QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL PARA AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL ASB

Módulo II – Livro-Texto

SUPORTE EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

5

Material Didaticopedagógico de Educação Profissional da Escola Técnica do SUS em Sergipe

ETSUS Escola Técnica do SUS
FUNESA
Secretaria de Estado da Saúde
Governo de Sergipe Presente e Futuro

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL PARA AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL - ASB

Suporte em Urgências e Emergências na Clínica Odontológica

Autores
Diego Noronha de Gois
Paulo Almeida Júnior

Organizadores
Francis Deon Kich
Josefa Cilene Fontes Viana
Marcilene Maria de Farias Pereira

Editora
Fundação Estadual de Saúde - Funesa
Aracaju-SE
2014

ETSUS Escola Técnica do SUS
FUNESA Fundação Estadual de Saúde
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GOVERNO DE SERGIPE PRESENTE E FUTURO

Copyright 2014 – Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, Fundação Estadual de Saúde/Funesa e Escola Técnica do SUS em Sergipe/Etsus/SE

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e que não seja para venda ou para fim comercial.

Impresso no Brasil

EDITORA FUNESA
Elaboração, distribuição e informações:
Av. Mamede Paes Mendonça, nº 629, Centro
CEP: 409010-620, Aracaju – SE
Tel.: (79) 3205-6425
E-mail: editora@funesa.se.gov.br

Catalogação – Biblioteca Pública Epifânio Dória

Funesa – Fundação Estadual de Saúde

F981q

Qualificação Profissional para Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Suporte em Urgências e Emergências na Clínica Odontológica – Volume 5 – Módulo II - Livro Texto. SDiego Noronha de Gois, Paulo Almeida Júnior. Organizadores:Francis Deon Kich, Josefa Cilene Fontes Viana, Marcilene Maria de Farias Pereira.Material didaticopedagógico de educação profissional da Escola Técnica do SUS em Sergipe. Aracaju: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe/ FUNESA, 2014.

118 p.

ISBN: 978-85-64617-25-4

1. Saúde bucal 2. Odontologia preventiva I. Título II. Autor III. Assunto

CDU 616.314

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE

Governador
Jackson Barreto de Lima

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Secretária
Joélia Silva Santos

FUNDAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE/FUNESA

Diretora-Geral
Cláudia Menezes Santos

Diretora Operacional
Andréia Maria Borges Iung

Diretor Administrativo e Financeiro
Carlos André Roriz Silva Cruz

ESCOLA TÉCNICA DO SUS EM SERGIPE – ETSUS/SE

Coordenador
Alessandro Augusto Soledade Reis

Assessora Pedagógica
Rosyanne Vasconcelos Mendes

COORDENAÇÃO DE GESTÃO EDITORIAL

Coordenadora
Josefa Cilene Fontes Viana

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Organizadores
Francis Deon Kich
Josefa Cilene Fontes Viana
Marcilene Maria de Farias Pereira

Autores
Diego Noronha de Gois
Paulo Almeida Júnior

Colaboradores
Marcilene Maria de Farias Pereira
Mayra Borges Lemos
Josefa Cilene Fontes Viana

Revisores Editoriais
Daniele Travassos
Gustavo Ávila Dias
Josefa Cilene Fontes Viana

Revisora Pedagógica
Nivalda Menezes Santos

Revisoras Textuais
Caroline Barbosa Lima
Maria Augusta Teles da Paixão

Projeto Gráfico
Ícaro Lopes do Rosário Silva

Ilustrador
Mário César Fiscina Júnior

Diagramador
Guilherme Raimundo Nascimento Figueiredo

Revisoras Técnicas
Josefa Cilene Fontes Viana
Marcilene Maria de Farias Pereira
Rosiane Azevedo da Silva Cerqueira

Elaboradores de Atividades
Josefa Cilene Fontes Viana
Marcilene Maria de Farias Pereira
Mayra Borges Lemos

Validadores

Alexsandra Gomes dos Santos
Carla Cristina Nunes de Araújo
Claudivânia Alves Santos
Gustavo Marques Sobral dos Santos
Maria América Bezerra Dória
Maylin Auras Cintra
Meyrielle Andrade Lima
Regiane Laranjeiras Ramos
Rosana Sales de Oliveira

APRESENTAÇÃO GERAL

Caro aprendiz,

A Secretaria de Estado da Saúde, por intermédio da Fundação Estadual de Saúde (Funesa), apresenta este livro-texto: "Suporte em Urgências e Emergências na Clínica Odontológica", pertencente ao Volume V do módulo II do Curso de Qualificação Profissional para Auxiliar em Saúde Bucal - ASB, com objetivo de ofertar-lhe ferramentas no seu processo de aprendizagem, a partir da mediação do conteúdo por um conjunto de atividades individuais e coletivas e conteúdos textuais, que serão desenvolvidos em sala de aula sob a coordenação do docente. Este livro possibilita o conhecimento do conteúdo programático planejado, trazendo atividades, sugestões e casos clínicos que permitem proximidade com seu cotidiano de trabalho e um olhar qualificado sobre a saúde bucal.

O socorro a uma vítima de acidente ou malsúbito é uma ação que qualquer pessoa pode e deve prestar, sobretudo, em função de poder salvar uma vida. No entanto, muitos acham que prestar primeiros socorros significa ter que, obrigatoriamente, tocar a vítima; outros, por mais que tenham a intenção de fazê-lo, não sabem como proceder. Diante disso, este componente curricular X " Primeiros Socorros" abordará diversas situações de urgência e/ou emergência e fornecerá elementos para habilitar o aprendiz a atuar como cidadão e profissional de saúde na prestação de primeiros socorros a vítimas, com o intuito maior de manter a vida e prevenir as complicações que os incidentes podem ocasionar.

A elaboração do componente XI "Procedimentos de Urgência e Emergência em saúde Bucal" traz aspectos de extrema relevância em situações de urgência e emergência no âmbito da odontologia. Além de mostrar as principais situações de urgências e emergências, o conteúdo aponta noções de suporte básico de vida e, com isso, dá subsídio ao ASB/TSB para agir da melhor forma possível, para auxiliar o cirurgião dentista no pronto atendimento ao usuário, com o objetivo de preservar sua saúde. No campo específico das urgências odontológicas, o programa contempla as mais diversas situações, para capacitar o ASB/ TSB a identificar, orientar e agir, visando ao bem estar e à melhoria das condições de saúde bucal do usuário. Diante de procedimentos cirúrgicos, o ASB/TSB poderá orientar de forma adequada e objetiva as recomendações pós-operatórias, representando, portanto, um importante papel dentro da equipe de saúde bucal.

Um ótimo aproveitamento.

Os autores.

SUMÁRIO GERAL

COMPONENTE CURRICULAR X

Primeiros Socorros.....11

COMPONENTE CURRICULAR XI

Urgência e Emergência em Saúde Bucal.....73

X

COMPONENTE CURRICULAR

PRIMEIROS SOCORROS

Diego Noronha de Gois

SUMÁRIO

1 Introdução.....15
2 Aspectos Legais em Primeiros Socorros.....17
3 Princípios Gerais na Atenção ao Usuário Vítima de Acidente ou Mal Súbito.....18
4 Avaliação do Local do Acidente.....19
5 Avaliação Geral da Vítima.....20
6 Funções, Sinais Vitais e de Apoio.....21
6.1 Funções Vitais.....21
6.2 Sinais Vitais.....21
6.2.1 Temperatura.....22
6.2.2 Pulso.....24
6.2.3 Respiração.....25
6.2.4 Pressão Arterial.....26
6.3 Sinais de Apoio.....28
6.3.1 Fotorreatividade das Pupilas.....28
6.3.2 Cor e Umidade da Pele.....28
6.3.3 Estado de Consciência.....29
6.3.4 Mobilidade e Sensibilidade do Corpo.....29
7 Parada Cardiorrespiratória (PCR).....30
7.1 Parada Respiratória (PR).....30
7.2 Parada Cardíaca (PC).....31
7.3 Parada Cardiorrespiratória (PCR).....32
8 Urgência e Emergência Neurológica.....34
8.1 Tontura.....34
8.2 Desmaio.....35
8.3 Convulsão.....36
9 Reação Aguda ao Estresse.....37
10 Distúrbios Causados pelo Calor.....38
10.1 Insolação.....39
10.2 Intermação.....39

10.3 Queimaduras....39
11 Choque Elétrico....42
12 Hemorragias....44
13 Ferimentos....47
13.1 Contusões....47
13.2 Escoriação....47
14 Estado de Choque....48
15 Lesões Traumato-ortopédicas....50
15.1 Entorses....50
15.2 Luxações....51
15.3 Fraturas....52
16 Corpos Estranhos....54
16.1 Corpos Estranhos nos Olhos....55
16.2 Corpos Estranhos nos Ouvidos....56
16.3 Corpos Estranhos no Nariz....57
16.4 Corpos Estranhos na Garganta....58
16.5 Corpos Estranhos na Pele....61
17 Mordidas e Picadas de Animais....62
17.1 Mordidas de Gatos e Cachorros....62
17.2 Picadas de Cobras....63
17.3 Picadas de Escorpiões....64
17.4 Picadas de Aranha....64
17.5 Picadas de Insetos que possuem Ferrões....64
18 Intoxicações....65
18.1 Intoxicação por Alimentos....65
18.2 Intoxicação por Medicamentos....66
18.3 Intoxicação por Substâncias Químicas....67
18.4 Intoxicação por Plantas Venenosas....67
18.5 Intoxicação por Drogas....68
19 Transporte de acidentados....69
Referências Bibliográficas....70

1 INTRODUÇÃO

ATIVIDADE 1



Tipo da atividade: individual

Primeiros Socorros

Sigam as orientações do docente. Depois, responda às questões seguintes e discuta sobre o tema:

1.O que você entende por primeiros socorros?
2.Qual a importância do conhecimento sobre primeiros socorros?
3.Qual o seu papel como cidadão diante de uma situação de acidente ou malsúbito?



Nas situações e atividades diárias, seja de trabalho, lazer ou nas atribuições domésticas, estamos sujeitos a diversas eventualidades que podem estar associadas a acidentes e/ou malsúbitos. Como visto no Componente de Biossegurança, os incidentes e os acidentes são eventos que podem causar lesões ou danos e, por conseguinte, caracterizar situações de urgência ou emergência.

Mas, o que, de fato, diferencia essas duas situações?

A diferença reside no risco à vida. Segundo a Resolução nº 1451/1995 do Conselho Federal de Medicina, define-se por urgência "a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata"; já a emergência é entendida como "a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou no sentido de subsidiar ações preventivas nos agravamentos de acidentes ou de sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato" (CFM, 2005).

Dados do Ministério da Saúde referentes ao ano de 2010 revelam que, no Brasil, do total de internações hospitalares por **causas externas** no âmbito do SUS, 82,0% foram decorrentes de acidentes, sendo 31,9% relacionados a quedas; 15,7% envolvendo acidentes com transporte terrestre; e 27,2% representando, em conjunto, outras causas acidentais, como afogamentos e queimaduras (BRASIL, 2010). Isso sinaliza a necessidade de políticas e ações voltadas a aspectos preventivos, bem como de minimização dos danos, por meio de cuidados em primeiros socorros.

As **causas externas** de morbidade e mortalidade englobam as lesões decorrentes de acidentes relacionados ao trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras (causas acidentais), assim como as violências incluindo as agressões/homicídios, suicídios, tentativas de suicídio, abusos físicos, sexuais e psicológicos (causas intencionais). Tais lesões podem levar ao óbito ou não.

Por primeiros socorros, entende-se o conjunto de cuidados imediatos que devem ser aplicados às vítimas de acidentes ou de malsúbito, no local em que ocorreram ou se manifestaram. A finalidade das medidas e procedimentos a serem aplicados é manter as funções vitais e evitar novas lesões ou agravar as já existentes, até a chegada da assistência especializada ou ao recurso hospitalar adequado. (BRASIL, 2003).

A prestação dos primeiros socorros pode ser feita por qualquer pessoa, desde que tenha qualificação específica para tal. Em se tratando de um profissional da área de saúde, como é o caso de você, ASB, há uma expectativa positiva por parte da população para o desenvolvimento de ações de socorro. Além disso, o próprio desempenho profissional em instituições de saúde pública oferece riscos específicos de acidentes de trabalho e isso sugere o conhecimento e prática de noções de primeiros socorros para auxiliar os demais componentes da equipe em uma eventual situação de urgência e/ou emergência.

ATENÇÃO

Prevenir acidentes é sempre à melhor solução.

Os primeiros socorros não substituem a assistência médica ou de profissional especializado, sobretudo nos casos de lesões graves.



Nesse sentido, serão apresentadas, ao longo deste componente, orientações específicas que embasem a prestação de socorro imediato a uma vítima de acidente ou malsúbito.

2 ASPECTOS LEGAIS EM PRIMEIROS SOCORROS



Prestar socorro a uma pessoa configura-se como uma obrigação moral e legal. Segundo o Código Penal Brasileiro, no artigo 135, é crime "deixar de prestar assistência, quando possível de fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e eminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública". Como pena, pode ser aplicada detenção de 1(um) ano e 6(seis) meses, ou multa (BRASIL, 1940).

É importante destacar, no entanto, que prestar socorro a uma pessoa não implica, necessariamente, executar manobras técnicas para ajudá-la. Muitas vezes, a ausência de uma qualificação específica ou mesmo a falta de confiança para atuar são condições que caracterizam o possível prestador de socorro. Nesses casos, o simples fato de chamar socorro especializado já é visto como prestação de socorro e descaracteriza a ocorrência de omissão prevista na lei.

Por outro lado, faz-se também necessário compreender que a pessoa atendida tem direitos a serem assegurados e um deles é o direito de recusa do atendimento, independentemente do motivo, como nas situações que seguem (SILVEIRA; MOULIN, 2003):

- vítima adulta, consciente e com clareza de pensamento verbaliza sua não aceitação ao socorro oferecido;
- vítima adulta, consciente, mas impossibilitada de falar em decorrência do acidente, mas que demonstra, por meio de gestos, que não aceita o socorro oferecido;
- vítima menor de idade com recusa de socorro feita por seu responsável legal.

Nesses casos, a vítima não deve ser tocada, o que configuraria violação dos seus direitos. Sugere-se que o prestador do socorro dialogue, apresente-se como tecnicamente preparado para ajudar, mas, sobretudo, que respeite o direito de recusa do socorro e esteja pronto para auxiliar no que for necessário. Por meio do diálogo, "monitora-se" a vítima até a chegada do socorro especializado. Como medida de proteção legal para quem se propõe prestar o socorro e é impedido, é importante que testemunhas sejam arroladas para comprovar o fato, se necessário.

IMPORTANTE



A legislação considera consentimento implícito nos casos em que a vítima adulta encontra-se inconsciente, confusa ou gravemente ferida a ponto de não poder verbalizar ou sinalizar consentindo com o atendimento. De modo semelhante, aplica-se esse mesmo princípio de entendimento se a vítima for menor de idade e encontra-se desacompanhada do responsável legal. (SILVEIRA; MOULIN, 2003).

3 PRINCÍPIOS GERAIS NA ATENÇÃO AO USUÁRIO VÍTIMA DE ACIDENTE OU MALSÚBITO

O conhecimento teórico-prático acerca dos procedimentos necessários numa situação de urgência ou emergência está bem-estabelecido. No entanto, outros pontos merecem consideração especial, pois determinarão, em parte, o sucesso da abordagem. Tais pontos, em si, remetem-se à postura do socorrista no momento da prestação do socorro e, segundo Texeira e Silva ([s.d.], p.3), envolvem os seguintes aspectos:

- agir com calma e confiança – evitar o pânico;
- ser rápido, mas não precipitado;
- usar bom-senso, sabendo reconhecer suas limitações;
- usar criatividade para improvisação;
- demonstrar tranquilidade, dando ao acidentado segurança;
- se houver condições, solicitar ajuda a alguém do mesmo gênero da vítima;
- manter sua atenção voltada para a vítima quando estiver interrogando-a;
- falar de modo claro e objetivo;
- aguardar a resposta da vítima;
- não atropelar com muitas perguntas;
- explicar o procedimento antes de executá-lo;
- responder honestamente às perguntas que a vítima fizer;

Todos esses aspectos são fundamentais no contato com as pessoas envolvidas na situação. Além disso, é importante que o socorrista tenha sempre em mente que o objetivo desse primeiro contato é tentar manter a vítima com vida, dentro de suas limitações, até a chegada de profissionais especializados ou até a sua remoção para atendimento.

ATIVIDADE 2

Tipo da atividade: coletiva

A Comunicação com o Samu

Após a leitura sugerida pelo docente sobre o tema em questão, formem grupos e elaborem um caso onde há a ocorrência de um acidente em que um auxiliar estava próximo e foi ajudar outra pessoa que estava prestando socorro e pediu para que você chamasse a equipe especializada. Simulem como seria a conversa com o Samu.



4 AVALIAÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE

A avaliação rápida e precisa do cenário onde aconteceu o acidente é o primeiro passo para se prestar socorro adequado a uma vítima. Isso é necessário para que seja obtido o maior número de informações visuais possíveis, as quais auxiliarão nas condutas a serem adotadas posteriormente, tanto pelo socorrista quanto pelas equipes especializadas. Nesse sentido, é importante refletir sobre os seguintes questionamentos:

- existem riscos ou perigos iminentes para a vítima e/ou para o socorrista (fios elétricos soltos e desencapados, tráfego de veículos, vazamento de líquidos ou gás, máquinas funcionando)?

Se a resposta for positiva, deve-se tentar anular esses riscos para, então, proceder ao socorro, ou contatar equipes especializadas de socorro (Samu e bombeiros) e aguardar a chegada delas.

ATENÇÃO

Socorrista não é sinônimo de herói!

Agir por impulso e realizar manobras precipitadamente só tendem a piorar a prestação do socorro e, talvez, colocar em risco a própria vida.



- existem curiosos e/ou pessoas descontroladas na cena do acidente?

Em caso afirmativo, é fundamental afastá-los para que não prejudiquem a prestação dos primeiros socorros. O auxílio da polícia militar (190) torna-se pertinente nesses casos.

- como ocorreu o acidente?

Tentar entender rapidamente o modo como o acidente ocorreu pode contribuir para o entendimento do estado da vítima e suas possíveis lesões, bem como para a melhor forma de prestar o socorro em si.

- quantas vítimas estão envolvidas no acidente?

A constatação do número total de vítimas determina a maneira como o socorro será prestado em termos de mobilizar pessoas que possam auxiliar, identificar vítimas em estados mais graves, entre outros.

Uma vez que essas perguntas tenham sido respondidas e, sobretudo, que existe segurança para entrar na cena do acidente, passa-se para a aproximação e avaliação da(s) vítima(s).

A sinalização do local do acidente é um aspecto importante e fundamental. Além de contribuir para a delimitação de uma área de atendimento às vítimas, pode conter a aproximação de curiosos e evitar novos acidentes.

5 AVALIAÇÃO GERAL DA VÍTIMA

Existem vários tipos de agentes para realizar a limpeza cavitária. De um modo geralNa avaliação inicial da vítima, é preciso tentar identificar determinadas condições que possam ameaçar a vida dela. O primeiro ponto a ser verificado é o estado de consciência: se a vítima estiver acordada, o socorrista deve perguntar o nome, a idade e algum outro dado objetivo que possa descartar confusão mental (por exemplo: que dia é hoje?). Diante de respostas claras e precisas, sobretudo para o último questionamento, o socorrista deve informar o próprio nome, identificar-se como pessoa tecnicamente capacitada para ajudá-la e solicitar o consentimento para prestar o socorro (posso ajudá-la?). Se a vítima consciente manifestar autorização de ajuda, procede-se avaliação mais específica.

Assim, durante essa avaliação, devemos lançar mão de algumas técnicas simples (questionamento, observação e palpação), de modo a compreender melhor a situação da vítima. O quadro a seguir direciona melhor o socorrista em cada um desses aspectos:

Quadro 1 - Técnicas para abordagem inicial sistemática à vítima de acidente ou malsúbito.

Técnica	Descrição
Questionamento	Existe sensação de dor no corpo? Em que local?
	Há dificuldade ou incapacidade de movimentar o corpo ou parte dele?
	Apresenta perda de sensibilidade em algum local?
Observação	Há alteração ou ausência de respiração?
	Há sangramento?
	Apresenta deformação em alguma parte do corpo?
	A pele apresenta coloração diferente?
	Há sudorese intensa?
	A vítima está inquieta?
	Há expressão de dor?
	Qual o estado de dilatação e simetria das pupilas?
Palpação	Como está a temperatura do corpo na face e nas extremidades?
	Qual a frequência cardíaca?
	Existem fraturas?
	Como está a umidade da pele?

Diante das respostas, é possível que o socorrista entre em contato com equipes especializadas de socorro, solicite ajuda qualificada e informe todos os fatos em relação ao local e à vítima. Além disso, com o conhecimento maior da situação, ele poderá prestar o socorro mais direcionado à condição que a vítima apresenta, bem como ajudar à equipe médica, se assim for solicitado. Assim, na abordagem que segue, serão pormenorizados, inicialmente, alguns aspectos condizentes à avaliação objetiva da vítima, para, em seguida, apresentar as condutas a serem dispendidas no momento da prestação de socorro.

ATENÇÃO



No contato direto com a vítima, é fundamental a utilização dos equipamentos de proteção individual (EPIs), sobretudo as luvas. Na sua indisponibilidade, é prudente improvisar com sacos plásticos limpos, evitar o contato com secreções corpóreas e possível contaminação.

6 FUNÇÕES, SINAIS VITAIS E DE APOIO

Prestar primeiros socorros a um usuário vítima de acidente ou malsúbito pressupõe a compreensão de aspectos básicos relacionados à anatomia e fisiologia do corpo humano, sobretudo no que se refere aos sinais emitidos pelo corpo diante do seu funcionamento.

6.1 Funções Vitais

No componente sobre noções de anatomia humana, foram apresentados os constituintes básicos do corpo humano e sua organização em tecidos e sistemas. Essa organização pressupõe uma lógica de relacionamento entre esses sistemas com vistas à manutenção da vida. Nesse sentido, evidenciam-se as funções vitais relacionadas à digestão, respiração, circulação e excreção, controladas e coordenadas pelo sistema nervoso central.

ATENÇÃO



A reprodução, apesar de ser considerada uma função vital, não é essencial à manutenção da vida, mas à perpetuação da espécie.

6.2 Sinais Vitais

Pelo próprio significado dos termos, sinais vitais podem ser definidos como quaisquer manifestações corporais que denotem vida. Em outras palavras, estão relacionadas ao funcionamento e às alterações da função corporal e servem como parâmetro para descrever o estado clínico geral (normal ou patológico) de um indivíduo/vítima, bem como acompanhar a evolução do seu quadro clínico (TIMBY, 2001). Os quatro sinais vitais básicos são:

- temperatura;
- pulso ou batimentos cardíacos;
- respiração;
- pressão ou tensão arterial.

6.2.1 Temperatura

A atividade metabólica celular das várias partes do corpo humano determina a produção de calor nelas. No entanto, por ser o homem um ser **homeotérmico**, um sistema termorregulador controla a produção e a perda de calor pelo organismo, de modo a manter o equilíbrio térmico. Esse equilíbrio térmico é o que define a temperatura corporal (POTTER, 1998).

Os animais **homeotérmicos** são aqueles que mantêm a temperatura do corpo constante, independente mente das variações do meio externo. São também chamados de animais de sangue quente (BRIDI, 2009).

É importante salientar que essa temperatura varia em função de fatores fisiológicos, como digestão e exercícios, bem como em estados patológicos (BRIDI, 2009). Para regular a temperatura do corpo, o organismo dispõe de alguns mecanismos que determinam a perda de calor, como evaporação pela pele (perda passiva); eliminação por meio das fezes, urina, saliva e respiração; e condução, ou seja, troca de calor entre o sangue (avermelhamento da pele por aumento da circulação local) e o ambiente.

Em condições fisiológicas normais, a temperatura corporal varia entre 36 e 37ºC. Entretanto, quando a produção de calor do corpo excede a perda, ocorre um aumento da temperatura e isso deve ser visto como um sinal de alerta, de que algo não está bem e o organismo tenta se defender.

Nos casos de aumento patológico da temperatura corporal, evidencia-se o que se convencionou chamar de febre ou pirexia (ver quadro 2), com sinais e sintomas que podem variar entre calafrios, cefaleia (dor de cabeça),hipertermia da pele, mal-estar, olhos brilhantes e lacrimejantes; perda de apetite, pulso rápido, respiração rápida e sudorese. Em temperatura corporal muito alta, pode ocorrer lesão cerebral irreversível.

Quadro 2 - Classificação do estado térmico corporal em função da variação de temperatura local (axilar, bucal, inguinal ou retal) (BRASIL, 2003).

Estado térmico	Temperatura (°C)
Questionamento Subnormal (hipotermia ou hipopirexia)	34-36
Normal	36-37
Estado febril	37-38
Febre (pirexia)	38-39
Febre alta	39-40
Febre muito alta (hipertermia ou hiperpirexia)	40-41

Para verificar a temperatura corporal, deve-se posicionar o termômetro na região axilar, bucal, inguinal ou retal, e mantê-lo por cerca de três a cinco minutos. No quadro 3, são apresentados detalhes sobre a verificação da temperatura em cada uma dessas áreas.

Quadro 3 - Aspectos relacionados à verificação da temperatura corporal em função das regiões axilar, bucal, inguinal e retal.

Região	Temperatura média (ºC)	Técnica	Observações
Axilar	36,0 e 37,8	Enxugar a axila. Posicionar o termômetro com reservatório de mercúrio no côncavo da axila, de maneira que o bulbo fique em contato direto com a pele. Solicitar que a pessoa comprima o braço em encontro ao corpo, colocando a mão no ombro oposto, por 5 minutos.	Contraindicada em vítimas de queimaduras no tórax, com fratura dos membros superiores e com processos inflamatórios na axila ou em pessoas muito fracas ou magras.
Bucal	36,2 a 37,0	Posicionar o termômetro sob a língua. Solicitar que a pessoa feche a boca e mantenha o termômetro em posição por 7 minutos.	Contraindicada após a ingestão de líquidos/alimentos quentes ou gelados, após extrações dentárias, em indivíduos com inflamação na cavidade bucal ou vítimas inconscientes.
Inguinal	36,0 a 36,8	Enxugar a região. Posicionar o termômetro com reservatório de mercúrio na região inguinal, de maneira que o bulbo fique em contato direto com a pele. Flexionar a coxa sobre o abdome e mantê-la nessa posição por 5 minutos.	Mais comumente realizada em recém-nascidos.
Retal	36,4 a 37,0	Posicionar a pessoa em decúbito lateral, com a flexão de um membro inferior sobre o outro. Lubrificar o termômetro com vaselina ou óleo. Inserir cerca de 2cm do termômetro através do orifício anal.	Contra indicada em vítimas que tenham tido intervenção cirúrgica no reto, com abscesso retal ou perineorrafia.

Como foi dito, a febre, em si mesma, não se constitui em uma doença, mas pode ser o sinal de alguma doença. Nesse sentido, e considerando que a febre é um processo de defesa orgânica, as ações em primeiros socorros só devem realizadas em pessoas com febre muito alta, e o tratamento deve ser voltado para as causas. Compressas umedecidas com solução de água e álcool (meio a meio) podem ser aplicadas sobre áreas com grande vascularização, como testa, cabeça, pescoço, axilas e virilhas, trocando-as com frequência para mantê-las frias. A vítima de febre, no entanto, deve ser, após primeiros socorros, encaminhada para tratamento básico orientado de acordo com suas causas (BRASIL, 2003).



Curiosidade

Diariamente, a temperatura corporal humana sofre uma pequena variação, nunca maior que um grau Celsius, mesmo em condição clínica de perfeito estado de saúde. Pela manhã, ela é mais baixa e um pouco elevada no final da tarde; nas mulheres, após a ovulação, há um pequeno aumento da temperatura, bem como no primeiro trimestre da gravidez. (BRASIL, 2003).

6.2.2 Pulso

O pulso se configura como uma onda perceptível de expansão e contração alternada das paredes arteriais, diante da pressão exercida pelo coração sobre o sangue a cada batimento cardíaco. Na palpação do pulso com o objetivo de verificação de sinal vital, duas características devem ser observadas: frequência e ritmo (HENRIQUES-COELHO et al., 2004).

A frequência representa o número de batimentos por unidade de tempo (em minutos). Nos indivíduos em normalidade clínica, a frequência cardíaca média varia entre 60 e 120 batimentos por minuto (bpm). Essa variação ocorre em função do gênero e, sobretudo, da idade, como apresentado no quadro 4. Quando o pulso se apresenta abaixo da faixa normal, dizemos que o indivíduo apresenta bradicardia ou bradisfigmia; ao contrário, se estiver acima da faixa normal, denominamos usuário com taquicardia ou taquisfigmia.

Quadro 4 - Variações do pulso normal em função da faixa etária (BRASIL, 2003).

Pulso normal	Faixa etária
60-70 bpm	Homens adultos
70-80 bpm	Mulheres adultas
80-90 bpm	Crianças acima de 7 anos
80-120 bpm	Crianças de 1 a 7 anos
110-130 bpm	Crianças abaixo de um ano
130-160 bpm	Crianças abaixo de um ano

Por outro lado, o ritmo corresponde à sequência das pulsações, ou seja, ocorre em intervalos regulares ou variáveis. Nesse sentido, observa-se o pulso regular/rítmico ou irregular/arrítmico, respectivamente.

Para realizar a avaliação do pulso, o usuário deve estar em posição confortável (deitado ou sentado), com o braço relaxado e apoiado em alguma superfície (cama, mesa ou colo) e a palma da mão voltada para baixo. Na palpação, os dedos indicador, médio e anular devem ser posicionados sobre a artéria escolhida, fazendo uma leve pressão para sentir a pulsação. Certifique-se de sentir bem o pulso e conte os batimentos durante um minuto.

Nessa avaliação, os pulsos arteriais periféricos são eleitos para verificação. Muito embora várias artérias periféricas possam ser utilizadas para aferição do pulso, mais comumente a radial (situada ao longo da face medial do antebraço), nas situações de emergência, utiliza-se a artéria carótida comum externa (situada na região lateral do pescoço, ao longo da borda medial do músculo esternocleidomastoideo).



6.2.3 Respiração

No funcionamento do corpo humano, como visto no componente sobre noções de anatomia, o oxigênio inspirado do meio ambiente passa através do trato respiratório para a corrente sanguínea e é conduzido para todos os órgãos. Após seu aproveitamento, as células eliminam gás carbônico, o qual é conduzido de volta aos pulmões para ser expelido. A esse processo de troca gasosa (oxigênio-gás carbônico), que ocorre ao nível de alvéolos, dá-se o nome de respiração (GUYTON; HALL, 2011).

Na avaliação da respiração como sinal vital, são observados os movimentos respiratórios de inspiração e expiração. É importante que o usuário ou vítima não perceba que essa observação está sendo feita; com isso, diminui a possibilidade de ele tentar controlar, conscientemente, a respiração. Uma sugestão é observar os movimentos torácicos ou abdominais enquanto procede a uma suposta verificação do pulso.

Para caracterizar a respiração, é necessário que três características sejam observadas: frequência, amplitude ou profundidade e ritmo respiratórios. A frequência respiratória é definida como o número de ciclos de respiração (inspiração e expiração) realizados num intervalo de um minuto (movimentos respiratórios por minuto – mrpm). No quadro 5, são apresentadas as frequências respiratórias médias segundo agrupamentos etários.



Curiosidade

Os homens apresentam uma respiração abdominal mais aparente, ao passo que, nas mulheres, é a respiração torácica que mais se evidencia.

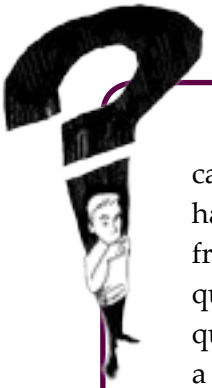
Quadro 5 - Variações do pulso normal em função do agrupamento etário (STAPE et al., 1998).

Frequência respiratória normal	Agrupamento etário
40 a 60 mrpm	Recém-nascido pré-termo
30 a 50 mrpm	Recém-nascido a termo
20 a 30 mrpm	Bebês até 6 meses
20 a 30 mrpm	Crianças (6 meses a 2 anos)
12 a 20 mrpm	Crianças (2 aos 12 anos)
16 a 20 mrpm	Adolescentes e adultos

Por outro lado, a amplitude ou profundidade respiratória é determinada pelo grau do movimento da parede torácica (ou abdominal), podendo ser normal, superficial ou profunda (expansão plena dos pulmões). Já o ritmo ventilatório consiste na regularidade ou irregularidade do intervalo de tempo entre os ciclos respiratórios.

Com base nesses parâmetros clínicos, podem ser identificados alguns estados respiratórios do usuário ou da vítima, como seguem (BRASIL, 2003):

- eupneia: características respiratórias de frequência, amplitude e ritmo normais;
- bradpneia: respiração anormalmente lenta, mas com ritmo regular;
- taquipneia: respiração anormalmente rápida, mas com ritmo regular;
- apneia: falta de movimentos respiratórios por vários segundos;
- dispneia: dor ou dificuldade ao respirar (falta de ar).



Curiosidade

Os movimentos respiratórios estão relacionados aos batimentos cardíacos, uma vez que existe uma interação entre os dois sistemas para haver as trocas gasosas. Diante disso, pode-se pensar numa proporção entre frequência respiratória e ritmo de pulso de, aproximadamente, 1:4 (um para quatro), ou seja, para cada ciclo respiratório, o coração bombeia sangue quatro vezes. Exemplo: 20 movimentos respiratórios por minuto equivalem a oitenta batimentos por minuto (HORTA, 1979).

6.2.4 Pressão Arterial

Na fisiologia do sistema circulatório, visto no componente sobre noções de anatomia humana, o coração contrai e bombeia o sangue. Nessa contração, a pressão exercida sobre o sangue impulsiona-o por todo o corpo por meio dos vasos sanguíneos (artérias e veias) e essa pressão, como dito anteriormente, pode ser percebida pela pulsação arterial. A medida dessa pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias é o que define a pressão ou tensão arterial (PA). Vale ressaltar que, além da força de contração do coração, pressão arterial depende da quantidade de sangue circulante e da resistência dos vasos (POTTER, 1998).

A verificação da PA é feita utilizando-se o esfignomanômetro ou tensiômetro, e para auscultar os batimentos, usa-se o estetoscópio. Ao medir a PA, dois momentos são considerados: (1) a contração ventricular para ejetar o sangue, a qual determina a pressão máxima ou sistólica; (2) o "relaxamento" do coração, o qual determina a pressão mais baixa ou diastólica. A medida da pressão é em milímetros de mercúrio (mmHg), por ter sido o manômetro desse metal nos estudos de referência em fisiologia.

Para aferir a pressão arterial de um usuário, é importante considerar a sequência descrita a seguir:

- converse com o usuário, solicite permissão para realizar o procedimento e explique como será feito;
- posicione-o confortavelmente (sentado ou deitado), com o braço estendido e apoiado numa superfície plana, de modo que fique na mesma altura do coração;
- localize a artéria braquial ao longo da face interna superior do braço palpando-a;
- posicione a margem inferior da braçadeira do tensiômetro 2,5cm acima da dobra do cotovelo;
- envolva a braçadeira do tensiômetro em torno do braço do usuário, de forma suave e confortável, centralizando o manguito sobre a artéria braquial;
- localize a artéria braquial ao nível da prega do cotovelo;
- posicione a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial;
- com a saída de ar fechada, insufle o manguito até que o ponteiro do manômetro atinja 20 mmHg acima do ponto em que cessa a pulsação arterial, pela oclusão da artéria braquial;
- abra lentamente a válvula de saída de ar para diminuir a pressão do manguito;
- observe no manômetro em quais momentos surgem o primeiro e o último ruído regular, o que corresponde à pressão arterial máxima ou sistólica e à pressão arterial mínima ou diastólica.



Curiosidade

A pressão de todo o sistema circulatório é maior que a pressão atmosférica, caso contrário, todo o sistema entraria em colapso. Assim, quando se diz que um usuário apresenta pressão arterial igual a 120/80 mmHg, significa que a pressão máxima é 120 vezes maior que a pressão atmosférica, e a mínima, 80 vezes.

Com base nas mensurações obtidas, define-se a PA do usuário ou vítima. No geral, a PA máxima ou sistólica em um adulto varia entre 100 e 140 mmHg e a mínima

ou diastólica, entre 60 a 90 mmHg. É difícil definir uma combinação precisa para uma suposta PA normal. Os extremos de valores (140/90 e 100/60 mmHg), no entanto, definem os quadros de hipertensão e hipotensão arterial, respectivamente (BRASIL, 2003).

ATIVIDADE PRÁTICA 1



Tipo da atividade: coletiva

Contagem das Pulsações e Aferição da PA

Vamos praticar!
Seguindo as etapas ensinadas no livro-texto, façam a contagem das pulsações do colega ao lado e a aferição da pressão arterial.

6.3 Sinais de Apoio

Quando uma pessoa sofre um acidente ou um malssúbito, além das alterações nos sinais vitais, o corpo pode emitir outros sinais, dependendo do estado de funcionamento dos órgãos vitais (BRASIL, 2003). Esses são chamados de sinais de apoio e fornecem informações adicionais sobre o estado geral da vítima e independem do seu estado de consciência. Por si só, não são prioritários e não devem ser analisados isoladamente. Sua evidência é maior com o agravamento do estado da vítima.

Os principais sinais de apoio são (BRASIL, 2003):

- dilatação e reatividade das pupilas;
- cor e umidade da pele;
- estado de consciência;
- motilidade e sensibilidade do corpo.

6.3.1 Fotorreatividade das Pupilas

Em condições fisiológicas, a pupila responde à presença de luz contraindo-se; por outro lado, na presença de pouca luz ou mesmo na sua ausência, a pupila se dilata.

Algumas condições e/ou alterações sistêmicas, como parada cardíaca, intoxicação, traumatismos crânio-encefálicos, entre outros, provocam mudanças na resposta pupilar. Nesses casos, pode haver ausência da reatividade da pupila ao estímulo da luz, determinando sua permanente dilatação (midríase) ou contração (miose).

6.3.2 Cor e Umidade da Pele

A pele, em condições fisiológicas, apresenta cor uniforme e umidade adequada (nem seca, nem sudorética). Determinadas condições e/ou alterações orgânicas promovem modificações no aspecto da pele, como demonstrado no quadro 6.

Quadro 6 - Alterações orgânicas que provocam modificações na cor e umidade da pele (BRASIL, 2003).

Cor e umidade da Pele	
Alteração	Ocorrência.
Cianose (pele azulada)	Exposição ao frio, parada cardiorrespiratória, estado de choque, morte.
Palidez	Hemorragia, parada cardiorrespiratória, exposição ao frio, extrema tensão emocional, estado de choque.
Hiperemia (pele vermelha e quente)	Febre, exposição a ambientes quentes, ingestão de bebidas alcoólicas, queimaduras de primeiro grau, traumatismo.
Pele fria e viscosa ou úmida e pegajosa	Estado de choque.
Icterícia (pele amarelada)	Bilirrubinemia, hipercarotenemia, distúrbios hepáticos, hemólise de hemácias.

6.3.3 Estado de Consciência

O indivíduo compensado fisiologicamente é capaz de reconhecer a si mesmo e aos estímulos do ambiente. Isso define seu estado de consciência plena. Diversos fatores, no entanto, podem alterar o estado de consciência de uma pessoa, como hipertermia, dor, hemorragia, parada cardíaca, parada respiratória, alcoolismo, intoxicação por drogas, entre outros. Nesses casos, a vítima pode apresentar desde uma desorientação temporoespacial até um estado de coma profundo ou inconsciência, mesmo após estímulos.

6.3.4 Mobilidade e Sensibilidade do Corpo

No seu estado de consciência plena, o indivíduo possui a capacidade de mover e sentir partes de seu corpo. Quando existe dificuldade ou incapacidade de sentir ou mover determinados segmentos do corpo, ou mesmo dormência ou formigamento, existe possibilidade de dano ao sistema nervoso. Dessa forma, é importante que os cuidados com o manuseio da vítima e seu transporte sejam redobrados para evitar que uma possível lesão nervosa se agrave (BRASIL, 2003).

ATIVIDADE PRÁTICA 2

Tipo da atividade: coletiva

Ocorrências mais frequentes de Primeiros Socorros



Sigam as orientações do docente para fazer uma pesquisa sobre quais são as ocorrências, que necessitam de primeiros socorros mais frequentes no seu município.

7 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)

A PCR é uma situação que põe em risco a vida da vítima e requer tratamento imediato. No geral, as paradas respiratória e cardíaca são entidades que ocorrem isoladamente, mas, a depender do tempo de início das manobras de socorro e de resposta do organismo, as duas condições se somam, pela relação intrínseca entre os sistemas respiratório e circulatório, e agravam o quadro clínico da vítima (GONZALES et al., 2013). Com base nessa relativa independência inicial, elas serão apresentadas separadamente.

ATIVIDADE 3

Tipo da atividade: individual e coletiva

Primeiros Socorros/Asfixia

Leiam o caso seguinte, respondam à questão e discutam coletivamente.

Seu Geraldo, vizinho da ASB Vera, estava em casa, na garagem, ingerindo bebida alcoólica em grande quantidade. O seu filho mais velho acionou o carro, que liberou uma grande quantidade de fumaça, quando, de repente, Seu Geraldo começou a se sentir mal.



Descrever como Vera poderá ajudá-lo?

7.1 Parada Respiratória (PR)

A PR ou asfixia ocorre quando a pessoa para de respirar. Conceitualmente, a asfixia é definida como supressão do pulso (a: falta, privação;sphyxis: pulso). No entanto, convencionou-se utilizar esse termo como definidor para supressão da respiração, pois o coração tende a parar após algum tempo de cessadas as trocas gasosas respiratórias.

As causas da asfixia podem ser várias e, didaticamente, são agrupadas em três categorias:

- asfixia por constrição do pescoço (obstrução das vias aéreas), seja por enforcamento, estrangulamento ou esganadura;
- asfixia por sufocação direta, seja por oclusão da boca e narinas com as mãos,da traqueia e brônquios com corpos estranhos, soterramento ou confinamento; ou sufocação indireta, seja por compressão do tórax ou eventualmente do tórax e abdome;

• asfixia por modificação do meio ambiente, seja por introdução do sujeito em meio líquido (afogamento) ou em ambiente com gases irrespiráveis.

A vítima de PR apresenta sinais claros, os quais envolvem:

• ausência de saída de ar pelo nariz e boca;

• ausência de movimentos respiratórios ou atitudes que caracterizam dificuldade respiratória pelo fluxo aéreo diminuindo a inconsciência;

• cianose (lábios, língua e unhas arroxeadas);

• inconsciência.

ATENÇÃO

Quando, por um dado motivo, os movimentos respiratórios são interrompidos, o coração mantém a circulação e a oxigenação tecidual durante algum tempo. Se a parada respiratória se mantém, o coração para de funcionar e o quadro evolui para a parada cardiorrespiratória. No entanto, caso medidas de primeiros socorros sejam adotadas, a respiração pode ser revertida e parada cardíaca prevenida.



7.2 Parada Cardíaca (PC)

A PC, como o próprio nome indica, configura-se como a cessação dos batimentos cardíacos. Diversas causas concorrem para tal situação e elas serão apresentadas quando forem mencionadas as causas de parada cardiopulmonar.

Os sinais da PC são representados por (BRASIL, 2003):

• ausência de pulsação em grande artéria;

• ausência de som de batimentos cardíacos;

• dilatação das pupilas;

• coloração arroxeada da pele e lábios (cianose);

• insuficiência respiratória;

• inconsciência.

ATIVIDADE 4



Tipo da atividade: individual e coletiva

Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP)

Assistam ao vídeo proposto pelo docente e respondam às seguintes questões:

1. Qual o primeiro passo que devemos dar em caso de parada cardiopulmonar?
2. Quando percebemos que a pessoa não está respirando, qual a atitude mais adequada?
3. Qual o procedimento considerado mais importante: a respiração boca a boca ou as compressões torácicas?

7.3 Parada Cardiorrespiratória (PCR)

Quando o coração para de funcionar, a circulação sanguínea deixa de ocorrer e, por consequência, os movimentos respiratórios e a oxigenação tecidual são interrompidos, e a vítima entra em parada cardiopulmonar. Após alguns minutos de PCR, células cerebrais e cardíacas começam a morrer. Mantida a falta de oxigênio por cinco a seis minutos, ocorre lesão cerebral irreversível (morte cerebral).

As causas da PCR são várias, podem atuar de modo isolado ou associado e são divididas em primárias e secundárias. As causas primárias decorrem de problemas intrínsecos ao coração, sendo a isquemia cardíaca (chegada de quantidade insuficiente de sangue oxigenado ao coração) a condição principal, determinando uma arritmia cardíaca (alteração da frequência ou ritmo dos batimentos cardíacos) (BRASIL, 2003).

Já nas causas secundárias, a disfunção cardíaca decorre de problema respiratório ou causa externa. Como exemplos dessas condições, Rocha (2011) apresenta as situações que seguem:

- deficiência na oxigenação dos tecidos cardíacos, seja por obstrução das vias aéreas e/ou pela existência de doenças pulmonares;
- transporte inadequado de oxigênio decorrente de hemorragia grave, estado de choque ou intoxicação por monóxido de carbono;
- ação de fatores externos sobre o coração, como drogas e descargas elétricas.

A PCR pode ser constatada quando a vítima apresenta três sinais clássicos:

- ausência de pulso em grande artéria (carótida no adulto e braquial no bebê);
- ausência de respiração;
- inconsciência.

O quadro clínico de PCR pode ser revertido por meio da aplicação imediata de um conjunto de manobras de ressuscitação cardiopulmonar (MRCP), que dará suporte às funções respiratórias e circulatórias, retardando ao máximo a lesão cerebral.

O que fazer nos casos de vítimas em RCP?

Diante de uma vítima imóvel e pálida, é muito importante proceder à verificação do ABC da vida (do inglês: A – airway [vias aéreas]; B – breathing [respiração]; C – circulation [circulação]). As etapas a seguir resumem os passos para a execução do Suporte Básico de Vida e manobras de RCP (ROCHA, 2011). Maiores detalhes serão apresentados no componente sobre procedimentos de urgência e emergência em saúde bucal.

1. Avaliar a responsividade da vítima, predizendo seu nível de consciência.

Toque a vítima pelo ombro e chame-a em voz alta com estímulos verbais como: "você está bem?".

2. Chamar por ajuda.

Na ausência de resposta da vítima, acionar imediatamente o serviço médico de emergência (Samu, 192) e solicitar desfibrilador.

3. Detectar presença de pulso (circulação).

Palpe a artéria carótida ou femoral (5 a 10 segundos). Na ausência de pulso, iniciar compressões torácicas, com força e rapidez. Para isso, realize 30 compressões para cada 2 ventilações (em recém-nascidos, realizar 15 para 2), considerando um mínimo de 100 compressões por minuto.

4. Abrir as vias aéreas.

Assegure a permeabilidade e desobstrução das vias aéreas e identifique a respiração anormal ou agônica.

5. Avaliar respiração.

Realize a ventilação de resgate (2 insuflações, com duração de 1 segundo cada).

A realização das manobras de RCP pode representar a diferença entre a vida e a morte para a vítima.

Para a realização das manobras de RCP, a vítima deve estar em decúbito dorsal, sobre superfície plana e rígida, e o socorrista deve ficar, se possível, de joelhos, ao lado da vítima, com seus ombros diretamente sobre o esterno do acidentado. É importante assegurar que a cabeça da vítima não esteja mais alta que os pés. Isso prejudicaria o fluxo sanguíneo cerebral (BRASIL, 2003).

ATIVIDADE PRÁTICA 3



Tipo da atividade: individual

Simulação de uma Ressuscitação Cardiopulmonar



Agora, vamos praticar!
Seguindo os passos ensinados no livro-texto e no vídeo apresentado na atividade anterior, vamos fazer a simulação de uma ressuscitação cardiopulmonar.



8 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NEUROLÓGICAS

8.1 Tontura

A tontura, em si, constitui-se como um sintoma decorrente de alguma perturbação do equilíbrio corporal. De fato, ela não pode ser considerada como uma doença, embora esteja relacionada a várias delas. Diversas situações podem favorecer a ocorrência desse sintoma, como: má alimentação, traumatismos, anemias, diabetes, álcool, nicotina ou cafeína em excesso, mudanças posturais rápidas, alturas elevadas, ambientes abafados, doenças neurológicas, psiquiátricas ou do labirinto (ouvido interno), entre outras (GANANÇA et al., 1999; SENAC, 2002; GANANÇA et al., 2010).

Didaticamente, a tontura se subdivide em dois tipos, com sintomas característicos:

- não rotatória: o indivíduo tem a sensação de "cabeça leve", flutuação (pisar em nuvens), desequilíbrio, impressão de estar caindo ou de desmaio, além de queda súbita da pressão arterial e de escurecimento da visão;

• rotatória: também chamada de vertigem, nela, o indivíduo vê os objetos do ambiente rodarem a sua volta ou seu corpo rodar em relação ao ambiente. Náuseas, vômitos, sudorese, surdez momentânea, zumbido e até diarreia podem ocorrer em conjunto.

O que fazer nos casos de tontura?

Basicamente, a vítima deve ser deitada em decúbito dorsal (de barriga para cima), sem qualquer tipo de apoio para a cabeça. Afrouxar as roupas do indivíduo com tontura permite que a circulação sanguínea seja favorecida. É importante também que movimentos bruscos, principalmente com a cabeça, sejam desencorajados para evitar hipotensão postural (SENAC, 2002).

8.2 Desmaio

O desmaio é uma condição em que o indivíduo apresenta uma súbita e breve perda de consciência, geralmente com rápido retorno, ocasionada pela diminuição do suprimento sanguíneo no cérebro e, por consequência, da oxigenação (SENAC, 2002; BRASIL, 2003).

Entre as situações mais comuns que podem contribuir para a ocorrência de desmaio, encontram-se (BRASIL, 2003):

• hipoglicemia e fome;

• cansaço excessivo;

• nervosismo intenso e emoções súbitas;

• susto;

• acidentes, principalmente os que envolvem perda sanguínea;

• dor intensa;

• hemorragias;

• prolongada permanência em pé;

• mudança súbita de posição;

• ambientes fechados e quentes;

• disritmias cardíacas (bradicardia).

A vítima de desmaio, geralmente, manifesta alguns sinais e sintomas, como fraqueza, tontura, sudorese fria e abundante, palidez intensa, escurecimento da visão e falta de controle muscular (SENAC, 2002; BRASIL, 2003).

O que fazer nos casos de sensação de desmaio?

Da mesma forma que nos casos de tontura, ao prestar socorro a uma vítima com sensação de desmaio ou já desmaiada, é conveniente posicioná-la deitada em decúbito dorsal (de barriga para cima), com as pernas elevadas acima do tórax, roupas

afrouxadas e com a cabeça lateralizada. Se a vítima ainda estiver consciente, peça-a para respirar lenta e profundamente; caso já esteja inconsciente, proceda à avaliação e conduta como nos casos de parada cardiorrespiratória.

Depois que a vítima recuperar a consciência, posicione-a sentada por, pelo menos, 10 minutos, antes de ficar de pé, para evitar que um novo desmaio ocorra, e procure atendimento médico para identificar as causas do desmaio (SENAC, 2002).

ATIVIDADE PRÁTICA 4



Tipo da atividade: coletiva

Primeiros Socorros/Desmaio

Dividam-se em quatro grupos e sigam as orientações do docente.

8.3 Convulsão

As convulsões são manifestações clínicas decorrentes do funcionamento elétrico anormal do cérebro, com contrações musculares involuntárias de parte ou de todo o corpo, e duração média de 5 minutos. Muito embora os sinais e sintomas de uma crise convulsiva estejam na dependência da região do cérebro afetada, no geral, observa-se uma contratura/rigidez generalizada da musculatura e queda da própria altura, seguida de movimentos musculares desordenados e salivação excessiva. Em alguns casos, pode haver perda do controle dos esfíncteres da bexiga, cianose de lábios e dedos e olhos virados para cima; a perda de consciência é recorrente. Após uma crise convulsiva, a vítima apresenta sonolência e confusão mental (SENAC, 2002; BRASIL, 2003). Entre as causas da convulsão, encontram-se as doenças do Sistema Nervoso Central, febre muito alta, intoxicações (álcool, medicamentos), infecções, traumatismo cranioencefálico (BRASIL, 2003).

O que fazer nos casos de convulsão?

Diante de uma vítima em crise convulsiva, convém ao socorrista afastá-la de locais e ambientes potencialmente perigosos e mantê-la em decúbito dorsal, com a cabeça lateralizada e as roupas afrouxadas. Qualquer objeto com que a vítima possa se machucar (óculos, colares, anéis) ou engasgar (próteses, detritos de alimentos) deve ser removido, bem como o excesso de saliva. Embora se oriente a deixar a vítima se debater livremente, é prudente assegurar que ela não se machuque, principalmente na região da cabeça (aconselha-se colocar um pano debaixo da cabeça).

Após o episódio convulsivo, manter a vítima em local confortável e permanecer com ela até sua recuperação. Encaminhá-la para avaliação médica.

9 REAÇÃO AGUDA AO ESTRESSE

ATIVIDADE 5



Tipo da atividade: individual e coletiva

Reação Aguda ao Estresse

Responda:

1. Descreva uma situação de um usuário em reação aguda ao estresse.
2. O que fazer diante de um usuário com esse quadro?

Corriqueiramente, diversas situações a que estamos expostos podem ser consideradas traumáticas. No entanto, aspectos psicológicos também interferem no impacto do trauma. Em outras palavras, a ideia do trauma se refere a determinadas situações percebidas como impossíveis de serem lidadas pela pessoa, e que, muitas vezes, implicam em risco à própria vida ou de outros.

Diante do trauma em si ou de sua iminência, instaura-se um estado de estresse no indivíduo, podendo ser definido como uma resposta psicofisiológica da pessoa a alguma exigência ambiental (do meio), quando interpretada como desafio ou ameaça. Nesses termos, o estresse não é, em si, maléfico: ele se configura como uma reação adaptativa do organismo para restabelecer o equilíbrio por meio de um conjunto de respostas fisiológicas e comportamentais complexas. De fato, ele prepara o organismo para enfrentar o desafio e, para isso, induz uma rápida mobilização de energia nos locais apropriados, como seguem (BALLONE; MOURA, 2008; ZUADI, s.d.):

- aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, permitindo que o sangue circule mais rápido e as atividades cerebral e muscular sejam potencializadas;
- contração do baço, para liberar mais glóbulos vermelhos na corrente sanguínea;
- liberação de glicose na corrente sanguínea pelo fígado, para servir de alimento e energia para cérebro e músculos;
- redistribuição do sangue, melhorando o aporte sanguíneo para cérebro e músculos;
- aumento da frequência respiratória e dilatação dos brônquios, para auxiliar a captação de oxigênio pelo sangue;
- dilatação das pupilas, para melhorar a eficiência visual;
- aumento do número de linfócitos na corrente sanguínea, para defender o corpo de uma possível invasão de agentes agressores externos.

No entanto, a exposição real ou iminente a um evento traumático grave, a exemplo de assaltos, acidentes, violência, entre outros, pode gerar sofrimento psicológico nas vítimas e desencadear o que se chama de reação ao estresse grave, a qual varia de indivíduo para indivíduo. Nesses casos, a vítima pode entrar num estado de atordoamento, com variações nos níveis de consciência e de humor, sendo recorrente a falta de compreensão de determinados estímulos e manifestações de tristeza, ansiedade, raiva, desespero, entre outros. Intensa agitação psicomotora, agressividade e falta de memória são outras ocorrências possíveis.

Como dito anteriormente, a resposta varia de pessoa para pessoa e, neste ponto, a vulnerabilidade individual e a capacidade prévia de adaptação são determinantes tanto para a ocorrência quanto para a gravidade do quadro. No geral, a reação aguda ao estresse tem caráter transitório e pode durar dias ou semanas, mas sua não resolução pode desencadear algum transtorno psiquiátrico.

O que fazer diante de uma vítima em reação aguda ao estresse?

As medidas de "primeiros socorros" a serem aplicadas nos casos de vítimas em reação aguda ao estresse referem-se a condutas básicas de acolhimento com base na realidade do estresse. Muitas vezes, o simples ato de escutar a vítima é capaz de desencadear um estado de tranquilidade nela. Em outros casos, é necessário fazê-la enxergar a situação como menos catastrófica ou menos fantasiosa. No geral, manter a calma, mostrar-se tranquilo e seguro, responder honestamente às perguntas que a vítima fizer e prestar informações necessárias são condutas que têm efeito positivo (FLORIANÓPOLIS, 2010; FUNESA, 2011).

ATIVIDADE 6



Tipo da atividade: individual e coletiva

Dinâmica sobre Reação Aguda ao Estresse

Agora, dividam-se em grupos e sigam as orientações do docente.

10 DISTÚRBIOS CAUSADOS PELO CALOR

A temperatura corpórea no ser humano, como dito anteriormente, mantém-se regulada por diversos mecanismos para que as funções orgânicas sejam viáveis. No entanto, a exposição excessiva a temperaturas elevadas provenientes de várias fontes, sejam elas naturais ou não, pode determinar consequências prejudiciais ao organismo.

Os principais distúrbios causados pelo calor são a insolação, a intermação e as queimaduras. De modo geral, o risco de uma pessoa apresentar qualquer desses distúrbios é maior em dois casos (CARTER; CHEUVRON; SAWKA, 2009): (1) locais com a umidade elevada, por diminuir o efeito refrescante da sudorese; e (2) esforço físico excessivo, pelo aumento do calor produzido pelos músculos. Além disso, idosos, obesos, elitistas crônicos e usuários de drogas têm uma maior propensão a desenvolver tais distúrbios.

10.1 Insolação

A insolação é uma condição desencadeada pela exposição excessiva aos raios solares. Nesses casos, o corpo não é capaz de manter a temperatura regulada. Sobretudo por meio do suor, ocorre desidratação, a pele mostra-se seca e quente e a pessoa começa a apresentar dor de cabeça, tontura e náusea. Além disso, a frequência cardíaca pode se elevar e a respiração tornar-se difícil e, subitamente, a pessoa desmaiar.

O que fazer diante de uma vítima com insolação?

Diante de uma vítima com insolação, é importante removê-la para um local fresco, à sombra, remover o máximo de peças de roupas, deitá-la com a cabeça mais baixa que o corpo e, gradativamente, tentar diminuir sua temperatura corpórea. Para isso, podem ser utilizados alguns recursos: (1) borrifar água fria pelo corpo; (2) envolver a vítima em toalhas molhadas com água fria; e (3) aplicar compressas frias na testa, pescoço, axilas e virilhas. Nos casos em que a vítima apresenta-se consciente, aconselha-se posicionar a cabeça dela elevada e oferecer água para beber; se estiver inconsciente e em parada cardiopulmonar, proceder às manobras de ressuscitação cardiopulmonar (SENAC, 2002).

10.2 Intermação

A intermação apresenta semelhanças com a insolação; no entanto, ela ocorre por ação do calor em ambientes com temperatura muito alta e pouco arejados, como em locais com fornos, fogões, caldeiras, fundições, etc. As características clínicas da vítima e manobras de primeiros-socorros são igualmente aplicáveis como nos casos de insolação (SENAC, 2002).

10.3 Queimaduras



Lucas, filho de Filomena, tem apenas sete anos de idade e adora soltar fogos nos festejos juninos. Sua mãe tem muito medo, mas seu pai compra os fogos todos os anos. Este ano, porém, o São João não foi tão alegre, pois quando Lucas foi acender um vulcão, acabou queimando a mão e o braço direitos. Desesperado, saiu correndo em direção à mãe, que, assustada, foi logo seguindo a orientação da vizinha em colocar gelo e creme dental para não fazer bolhas. Como o braço de Lucas estava vermelho e a mão estava muito queimada e com perda de pele, seus pais preferiram levá-lo ao hospital.

ATIVIDADE 7



Tipo da atividade: individual e coletiva

Primeiros Socorros em Vítimas de Queimaduras

Após a leitura do caso, respondam às seguintes questões:

1. Você já ouviu algo sobre queimadura de primeiro, segundo e terceiro graus? O que diferencia uma da outra? No caso de Lucas, a queimadura no braço e na mão poderia ser enquadrada em que tipo? Por quê?
2. Em relação às condutas da mãe, ao prestar socorro ao filho, como você a avalia? Justifique sua resposta.
3. O que você faria para prestar os primeiros socorros em um caso semelhante ao de Lucas?

As queimaduras são lesões que ocorrem nos tecidos de revestimento do corpo humano, provocadas pela ação, curta ou prolongada, de agentes térmicos (calor e frio), químicos, elétricos ou radioativos. Como foi visto no componente de anatomia deste módulo, a pele é o maior órgão do corpo humano e possui uma barreira contra a perda de água e calor pelo corpo, por isso tem um papel importante na proteção contra infecções (BRASIL, 2003).

As lesões de queimaduras podem determinar a destruição total ou parcial da pele e seus anexos, podendo comprometer também camadas mais profundas (tecido subcutâneo, músculos, tendões e ossos). A depender da extensão, a queimadura pode determinar risco à integridade física da vítima ou a sua vida.

Uma das formas de se avaliar uma lesão de queimadura é quanto ao comprometimento das camadas da pele em espessura. Nesse sentido, são definidos três tipos (BRASIL, 2003):

- primeiro grau: afeta superficialmente a pele, ao nível da epiderme, e apresenta como características vermelhidão, dor, edema. Não há formação de bolhas e o tecido descama em 4 a 6 dias. Ocorre, frequentemente, por exposição prolongada aos raios solares ou por curto contato com líquidos ou superfícies quentes;

- segundo grau: afeta a pele numa espessura parcial (toda a epiderme e parte da derme), com presença de bolhas ou flictenas. Devido à exposição de raízes nervosas atingidas, esse tipo de lesão é muito doloroso. Ocorre por contato com líquidos ou superfícies muito quentes, chamuscamento por explosão de combustíveis e por contato com substâncias cáusticas. A restauração tecidual acontece entre 7 e 21 dias;

- terceiro grau: afeta a pele profundamente, podendo chegar a músculos e ossos. As lesões possuem um aspecto seco, esbranquiçado ou escurecido/carbonizado, e não provocam dor, pois os nervos são destruídos. Ocorre por contato direto com chamas, líquidos inflamáveis ou corrente elétrica.



IMPORTANTE

Na maioria das vezes, a gravidade do quadro não reside na profundidade da lesão, e sim na extensão da superfície atingida (BRASIL, 2003).

O que fazer diante de uma vítima de queimadura?

O primeiro passo no socorro a vítimas de queimaduras é extinguir a fonte de calor. Em seguida, independentemente do grau da lesão provocada, o importante é resfriar a área atingida com água corrente em temperatura ambiente, ao mesmo tempo em que limpa o local, e protegê-la com um pano limpo umedecido. Em nenhuma situação, é indicada a aplicação de gelo.



ATENÇÃO

Nos casos de acidentes envolvendo queimaduras, o mais importante é saber o que não fazer

A seguir, são listados vários aspectos, recorrentes em situações de socorro a vítimas de queimaduras, que, na verdade, tendem a prejudicar as lesões:

- não retire as roupas queimadas nem corpos estranhos que estiverem aderidos à pele da vítima;
- não fure as bolhas ou flictenas;
- não toque a área afetada, sobretudo se a pele estiver solta;
- não cubra a queimadura com algodão;
- não use "soluções caseiras" para diminuir a dor e a ardência das queimaduras, como sal, açúcar, pó de café, pasta de dente, pomadas, ovo, manteiga, óleo de cozinha, entre outros;
- não use pomadas, remédios naturais ou qualquer tipo de medicação, a não ser por prescrição médica;
- não arranque a pele, mesmo se parecer estar solta.

Duas situações especiais merecem comentários extras:

- nos casos de queimaduras por substâncias químicas líquidas, lavar a área afetada com água em abundância, a fim de remover todo o resíduo do produto; se a substância for sólida (geralmente em pó), remover os resíduos dele com um pano seco e, depois, lavar o local com água;

- nos casos de queimaduras por exposição prolongada a baixas temperaturas, sobretudo em extremidades, levar a vítima para um local aquecido, mantendo-a deitada, e aquecer as partes congeladas com água quente (entre 37,7 e 40ºC) ou panos molhados com água quente. Além disso, sugere-se realizar massagem suave nas partes próximas do membro congelado para ativar a circulação (nunca massagear diretamente a parte congelada). Podem-se oferecer bebidas quentes não alcoólicas, como chá ou café, e pedir à vítima para movimentar a extremidade afetada, a fim de ajudar na recuperação da circulação local.

11 CHOQUE ELÉTRICO

A praticidade contemporânea remete, em grande parte, aos diversos equipamentos elétricos disponíveis para vários fins. Em função disso, o risco de acidentes envolvendo choques elétricos aumenta consideravelmente, sobretudo quando recomendações de segurança não são respeitadas.

Por choque elétrico, entende-se a reação do organismo à passagem da corrente elétrica pelo corpo humano. Isso ocorre porque o nosso corpo é relativamente bom condutor de eletricidade, em face de sua complexa composição química.

As consequências de um choque elétrico (extensão e gravidade das lesões) estão na dependência (1) da intensidade da corrente elétrica, (2) do caminho percorrido por ela ao longo do corpo, desde o ponto de entrada até o ponto de saída, e (3) da duração do choque. No geral, quanto maior for a tensão elétrica (50, 110, 220, 1000, 1500 Volts), maior a intensidade da corrente e piores os danos ao organismo, sobretudo em função do tempo de contato. Assim, podem ser verificados sinais e sintomas diversos desde mais simples até mais complexos, como seguem (BRASIL, 2003):

- estremecimento muscular (sensação de choque);
- mal-estar geral;
- sensação de angústia;
- náusea e vertigem;
- escotomas cintilantes (visão de pontos luminosos);
- cãibras musculares de extremidades;
- cefaleia;
- lesões nervosas (parestesias, dormência, formigamento); ardência ou insensibilidade da pele);

- queimaduras;
- dificuldade ou parada respiratória;
- arritmias cardíacas (alteração do ritmo cardíaco);
- ataque cardíaco;
- parada cardíaca;
- traumatismos (de crânio, ruptura de órgãos internos, etc.);
- morte.

O que fazer diante de uma vítima de choque elétrico?

A primeira atitude a ser tomada é interromper o fornecimento de corrente elétrica. Para isso, desligue o aparelho, tire o fio da tomada (desde que esteja encapado), desligue a chave geral de força. Nos casos de cabos elétricos de alta tensão, recomenda-se entrar em contato com a concessionária e solicitar o desligamento da rede naquela área. Diante da impossibilidade dessas ações, procure afastar a vítima da fonte de energia, removendo o condutor elétrico com materiais que possuam propriedade de isolamento elétrico, de modo a proteger o socorrista, como luvas de borracha grossa, cabo de vassoura, tapete de borracha, jornal dobrado, pano grosso dobrado, corda, etc. (Fig. 1). É importante atentar para que esses materiais estejam completamente secos (SENAC, 2002; BRASIL, 2003).



Fig 1: Procedimento para afastar a vítima da corrente.

Em seguida, puxe a vítima pelos pés ou mãos, sem tocar diretamente na pele, com auxílio de material isolante, como pano grosso dobrado, deite-a em decúbito dorsal, flexione sua cabeça para trás, para que a respiração seja facilitada e proceda a avaliação dos sinais vitais. Se a vítima apresentar batimentos cardíacos e estiver respirando, verificar a presença de hemorragias, fraturas e queimaduras. Na ocorrência dessas situações, realizar as manobras de primeiros socorros específicos, atentando para essa ordem no cuidado (SENAC, 2002; BRASIL, 2003).

Uma vez constatada que a vítima se encontra em parada cardiorrespiratória, proceder imediatamente às manobras de ressuscitação (massagem cardíaca e respiração artificial) até que o atendimento especializado chegue ao local (SENAC, 2002; BRASIL, 2003).

12 HEMORRAGIAS

A hemorragia é a perda súbita de sangue devido ao rompimento da integridade dos vasos sanguíneos. A depender da magnitude do sangramento, pode haver alteração no fluxo circulatório normal, com alterações na frequência cardíaca, na respiração, na pressão arterial e, em casos mais graves, pode provocar a morte da vítima em até cinco minutos.

Didaticamente, as hemorragias podem ser classificadas:

- quanto à origem (ROCHA, 2011):

arterial: ocorre pelo rompimento de uma artéria; o sangue apresenta-se vermelho vivo, eventualmente com bolhas, e sai em jatos em sincronia com os batimentos cardíacos;

venosa: ocorre pelo rompimento de uma veia; o sangue é vermelho escuro e sai continuamente, em filete;

capilar: ocorre pelo rompimento de capilares sanguíneos; o sangue apresenta-se em cor intermediária ao vermelho vivo e o escuro, é discreto, geralmente em gotas, e contínuo.

- quanto à localização (SENAC, 2002):

interna: o sangramento ocorre numa cavidade fechada;

externa: o sangramento ocorre para o exterior por meio de ferimentos na pele ou mucosas;

mista: o sangramento ocorre no interior do corpo, mas o sangue sai por um orifício natural do corpo (boca, nariz, ouvidos, ânus, uretra ou vagina).

Nos casos de sangramento externo ou misto, o sangue em si já caracteriza a condição. Ao contrário, nas hemorragias internas, existe dificuldade de identificação. A suspeita deve recair, sobretudo, nos caos de acidente violento em que a vítima não apresenta lesão externa aparente e/ou quando há distensão abdominal com dor após traumatismo. Além disso, alterações fisiológicas devem ser observadas, como (ROCHA, 2011):

- pulso fraco e rápido;
- respiração rápida, superficial e irregular;
- pele fria com sudorese abundante;

- palidez intensa e mucosas descoradas;
- sede acentuada;
- náuseas, vertigens e desmaio;
- vômito;
- apreensão e medo;
- calafrios;
- confusão mental e agitação.



Curiosidade

As cavidades do corpo onde ocorrem hemorragias mais frequentemente são o tórax e o abdome. Entre os órgãos, o fígado e o baço são os que mais, frequentemente, produzem sangramentos graves (BRASIL, 2003; RIBAS-FILHO et al., 2008).

O que fazer nos casos de hemorragia?

Existem diferenças nas condutas de primeiros socorros a depender da localização do sangramento. Nos casos de hemorragia interna, orienta-se manter a vítima deitada de costas, com as roupas afrouxadas (colarinho, gravata, cinto, etc.), para melhorar a circulação do sangue, e aquecida. Se não houver suspeita de fratura, sobretudo de coluna vertebral, nem ferimentos graves em cabeça, orienta-se elevar as pernas da vítima e virar sua cabeça para o lado, para impedir broncoaspiração. Alimentos, prótese dentária e/ou secreções na boca da vítima devem ser removidas para evitar asfixia. Enquanto aguarda o socorro médico especializado, monitorar os sinais vitais e proceder à reanimação ou respiração artificial caso se faça necessário.

A mesma conduta deve ser adotada nos casos de hemorragia mista (esôfago, estômago, duodeno, pulmões, vagina, com exceção para o sangramento nasal, no qual a vítima deve ser posicionada sentada em uma cadeira, com a coluna ereta e a cabeça levemente inclinada para trás. Nessa posição, a narina sangrante deve ser comprimida por, no mínimo, cinco minutos. É importante orientar a vítima a não assoar o nariz.

Nos casos de hemorragias externas, o princípio básico é a compressão local do ferimento com pano limpo (lenço, gaze, compressa, toalha, roupa, etc.). A compressa deve ser amarrada em posição com uma tira de pano para mantê-la no lugar. Se a hemorragia for em algum dos membros e não houver suspeita de fratura, pode-se favorecer o controle do sangramento elevando a região afetada. No entanto, se a compressão local não for suficiente, recomenda-se comprimir a artéria afetada em uma região mais acima da lesão.

Uma particularidade das hemorragias externas é quando há amputação ou dilaceração de parte do corpo. As lesões que possuem essa característica não estão, na maioria das vezes, associadas a um bom prognóstico e, por isso, demandam formas específicas de

intervenção. Em situações como esta, o socorrista deve dispor de conhecimento necessário para estabelecer critérios de avaliação do quadro e das possibilidades de ação, sobretudo no que diz respeito à complexidade e a conseqüência dos procedimentos a serem realizados. O uso do torniquete é um exemplo disso. Considerado um procedimento polêmico, muitos referenciais teóricos discutem a sua prática no sentido de analisar os critérios que deliberam sobre a sua viabilidade, assim como as situações ou condições em que ela se torna uma das possibilidades de intervenção.

De acordo com o manual de práticas de primeiros socorros elaborado pelo SENAC (2002), a prática do torniquete se torna viável nas situações já mencionadas anteriormente, isto é, quando há amputação ou dilaceração de parte do corpo. Outros autores estabelecem como critério, além destes, a existência de risco iminente de morte somado a impossibilidade de contatar ou acionar um serviço especializado de pronto atendimento.

Para fazer o torniquete é necessário um pedaço de pano limpo com, pelo menos, três centímetros de largura e um pedaço de pau, lápis ou caneta. Em seguida, proceda como segue:

- enrole o pano duas vezes ligeiramente acima do ferimento, mas não próximo de articulações;
- amarre o pano com um nó simples;
- amarre o pedaço de pau, lápis ou caneta sobre o nó;
- gire esse dispositivo até que o sangramento seja estancado;
- firme o dispositivo com as pontas livres do pano;
- anote o horário em que o torniquete foi colocado.

Obs.: é fundamental que o torniquete seja gradualmente afrouxado a cada 10 ou 15 minutos ou sempre que a vítima apresentar as extremidades frias ou cianóticas. Com isso, a circulação do membro afetado será mantida. Se o sangramento prosseguir, aperte o torniquete novamente e repita o procedimento até a chegada de socorro médico.

ATIVIDADE 8



Tipo da atividade: individual e coletiva

Primeiros Socorros/ Hemorragia

Respondam às questões:

1. Quais as medidas utilizadas para conter uma hemorragia?
2. Quando devemos suspeitar um caso de hemorragia interna?

Agora, discutam sobre os resultados da coleta de dados das ocorrências mais frequentes de primeiros socorros e façam a dramatização de uma dessas ocorrências.

13 FERIMENTOS

Diversos agentes externos (físicos, químicos e/ou biológicos) podem provocar danos à estrutura dos tecidos corporais, caracterizando vários tipos de ferimentos (SENAC, 2002; BRASIL, 2003).

13.1 Contusões

Esse é um tipo de ferimento fechado, no qual não há rompimento da pele. Decorre da forte compressão dos tecidos moles de revestimento do corpo (pele, gordura e músculos) contra os ossos e pode ocasionar equimose (extravasamento de sangue por ruptura de capilares) ou hematomas (extravasamento de sangue por ruptura de veias e arteríolas, com formação de coleção/aumento de volume). Clinicamente, o local apresenta-se vermelho-arroxeado e dolorido.

O que fazer nos casos de contusão?

Basicamente, a conduta nos casos de contusão consiste em proteger o local afetado com pano limpo e aplicar gelo.

IMPORTANTE

No geral, os ferimentos contusos são lesões superficiais que não põem em risco a vida da vítima. No entanto, a depender do local atingido, deve-se atentar para a possibilidade de lesões de órgãos internos.



13.2 Escoriação

A escoriação ocorre quando a superfície da pele atrita uma superfície áspera e dura, principalmente como consequência de quedas. Geralmente, os joelhos, cotovelos e as palmas das mãos são as regiões mais afetadas. Embora as lesões não sangrem muito, são extremamente dolorosas.

O que fazer nos casos de escoriação?

As medidas de primeiros socorros, nos casos de escoriação, consistem em lavar a ferida com água e sabão para remover sujidades e proteger o local com curativo ou pano limpo, mantendo esse em posição sem apertar. Se houver sangramento abundante, comprimir o local até cessar a hemorragia; na presença de partículas de corpo estranho (vidro, metal, farpas, entre outros), não tentar retirá-las, a menos que saiam com facilidade durante a limpeza.

Outros tipos de ferimentos envolvem aqueles produzidos por bisturi, faca, estilete, pregos, projéteis de arma de fogo, mordidas de animais, entre outros. A depender da natureza do objeto, produzir-se-ão ferimentos com características distintas, mas

que, no geral, apresentam-se sangrantes e doloridas. O risco de a vítima apresentar hipotensão e entrar em estado de choque deve ser considerado.

O que fazer nos casos de ferimentos?

Os procedimentos a serem adotados como conduta geral referem-se àqueles descritos para escoriações, com algumas observações, como seguem:

- nenhum objeto deve ser movido ou retirado do corpo;
- quando o objeto estiver encravado, o curativo deve envolvê-lo, de modo que fique bem-protegido e estabilizado;
- nas lesões de tórax com suspeita de perfuração de pulmão (saída de ar ou sangue borbulhando), um curativo de três pontas (três lados fechados e um aberto) deve ser feito após o término da expiração;
- nos ferimentos de abdome com evisceração (saída de vísceras abdominais pelo ferimento), os órgãos não devem ser colocados no lugar; ao contrário, devem ser cobertos com panos limpos e úmidos (embebidos em água ou soro fisiológico);
- nos casos de amputação, deve-se controlar a hemorragia (se necessário, com o uso de torniquete) e acondicionar a parte amputada, envolvida em pano limpo, num saco plástico, e dentro de um recipiente com gelo.

14 ESTADO DE CHOQUE

ATIVIDADE 9



Tipo da atividade: individual e coletiva

Primeiros socorros/ Estado de Choque



Leiam o caso seguinte, respondam à questão e discutam coletivamente.

Após ingestão de analgésico à base de dipirona sódica, para aliviar a cefaleia, Camille, sobrinha da ASB Aline, começou a apresentar coceira, dificuldade de respirar, pele fria e sudorese exagerada nas mãos e testa. Ana pensou tratar-se de uma queda de pressão. Mas a menina só piorou, começando a ficar com os olhos inchados e seus dedos ficaram um pouco arroxeados.

Respondam:

Quais as providências que você tomaria, de imediato, para tentar salvar a vida de Camille?

Como foi visto no componente sobre Anatomia Humana, o sistema cardiovascular e, sobretudo, o sangue desempenham um papel importante na comunicação entre os diversos órgãos, permitindo o transporte de substâncias, a respiração celular e a defesa do organismo.

Algumas condições, no entanto, podem desencadear uma crise aguda de insuficiência cardiovascular, impossibilitando que os tecidos do corpo sejam adequados e suficientemente irrigados e oxigenados. Com isso, instala-se um quadro clínico geral chamado de estado de choque.

Basicamente, o estado de choque pode ser determinado por uma das condições que seguem:

- hemorragias graves ou desidratação, com diminuição abrupta da pressão arterial (choque hipovolêmico);
- falência cardíaca por diversas causas, ficando o coração impossibilitado de manter a pressão arterial (choque cardiogênico);
- infecção grave, com produção de endotoxinas que levam à vasodilatação generalizada dos vasos sanguíneos e, por consequência, diminuição da pressão arterial (choque séptico).

A vítima em estado de choque, independentemente do tipo, apresenta sinais e sintomas diversos, muitos dos quais manifestam-se na dependência da intensidade do quadro, como seguem (SENAC, 2002):

- hipotensão arterial;
- pulso rápido e fraco, às vezes, difícil de palpar;
- respiração rápida, fraca e irregular;
- palidez intensa;
- pele fria;
- sudorese abundante;
- tremores e calafrios;
- sede;
- tonturas, náuseas e vômitos;
- diminuição da vascularização e oxigenação periféricas, com aparência arroxeada (cianótica) da pele das mãos, pés e lábios;
- ansiedade e agitação ou inconsciência.

O que fazer nos casos de vítimas em estado de choque?

As recomendações sugeridas para socorro à vítima em estado de choque consistem em mantê-la deitada de costas, com as roupas afrouxadas (colarinho, gravata, cinto,

etc.), para melhorar a circulação do sangue, descobrir a causa do quadro e tentar eliminá-la. Se não houver suspeita de fratura, sobretudo de coluna vertebral, nem ferimentos graves em cabeça, deve-se elevar as pernas da vítima (favorece a circulação cerebral) e virar sua cabeça para o lado (para impedir broncoaspiração). Caso haja a suspeita de lesão da coluna cervical, a vítima deve ser imobilizada totalmente e virada (em bloco) para o lado.

É muito importante verificar se existem objetos (prótese dentária, alimentos, por exemplo) ou secreções na boca da vítima que possam provocar asfixia, e retirá-los. Além disso, convém aquecê-la com cobertor, toalhas, roupas ou mesmo jornais, mantendo a temperatura corporal adequada, sem, no entanto, abafá-la. O monitoramento dos sinais vitais é fundamental enquanto aguarda o socorro médico especializado. Caso seja necessário, deverá proceder as manobras de reanimação ou respiração artificial.



ATENÇÃO

Fornecer líquidos para uma vítima em estado de choque poderá prejudicá-la caso necessite de alguma intervenção cirúrgica, além de haver a possibilidade de afogamento, uma vez que os reflexos estão diminuídos.

15 LESÕES TRAUMATO-ORTOPÉDICAS

No componente sobre anatomia humana, vimos que os sistemas osteoarticular e muscular compõem o complexo locomotor do corpo. Apesar de se protegerem mutuamente, esses sistemas podem sofrer traumatismos capazes de desencadear entorses, luxações e fraturas, as quais requerem abordagens específicas.



IMPORTANTE

Independentemente do tipo de lesão traumato-ortopédica, é fundamental manejar a vítima com delicadeza para evitar traumas adicionais. Além disso, o atendimento médico é condição necessária e obrigatória.

15.1 Entorses

As entorses são lesões provocadas por estiramento ou ruptura dos ligamentos das articulações após um movimento brusco, sem que haja deslocamento completo dos ossos articulares envolvidos. Essas lesões são popularmente conhecidas como "torceduras" ou "mau jeito" e são mais recorrentes nas articulações do punho, joelho e tornozelo (SENAC, 2002; BRASIL, 2003).

Na sintomatologia relacionada à entorse, podem ser relatados dor intensa ao redor da articulação atingida e inchaço. A limitação de movimento é também uma consequência, em função da contração muscular ao redor da lesão. No caso de rompimento de vasos sanguíneos, a pele poderá apresentar manchas vermelho-arroxeadas.



O que fazer nos casos de vítimas de entorse?

As medidas a serem tomadas nos casos de entorses consistem em aplicar gelo ou compressas frias no local afetado, protegendo a pele com pano limpo para não causar queimadura; e imobilizar o local numa posição que seja confortável para a vítima, a fim de evitar movimentações desnecessárias que causarão desconforto ou dor a ela. O atendimento médico subsequente é importante para avaliação e conduta específicas (SENAC, 2002; BRASIL, 2003).

IMPORTANTE

Sempre que uma área for enfaixada, recomenda-se não apertá-la com a bandagem e deixar uma parte ou extremidade à mostra para a observação da normalidade circulatória.



15.2 Luxações

As luxações decorrem do deslocamento e perda de contato permanente, total ou parcial, de um dos ossos articulares, após um trauma. A vítima se queixa de dor local e impossibilidade de movimentação. É possível observar deformação no local da articulação e hematoma (SENAC, 2002; BRASIL, 2003).

As regiões em que esse tipo de lesão é mais recorrente envolvem as articulações do ombro, cotovelo, dos dedos e da mandíbula.

O que fazer nos casos de vítimas de luxação?

Da mesma forma que nos casos de entorses, as medidas de primeiros socorros limitam-se à aplicação de gelo local ou compressas frias e imobilização da articulação, de modo que a vítima seja transportada até uma unidade de saúde para que a conduta traumato-ortopédica adequada seja realizada (SENAC, 2002; BRASIL, 2003).

15.3 Fraturas

A fratura é assim denominada quando existe uma interrupção na continuidade do osso em função do trauma. O(s) local(is) onde o(s) osso(s) quebra(m) pode(m) coincidir com a região do trauma (ação direta) ou não. Nos casos de ação indireta, o impacto do trauma é transmitido por meio dos ossos e por contração muscular intensa, o osso se quebra (SENAC, 2002; BRASIL, 2003).

Muito embora existam diversos tipos de fraturas, é importante aqui que sejam distinguidas apenas as fraturas abertas (em que há exposição de osso) das fechadas. Nesses casos, a suspeita se dá quando se constata um quadro com as seguintes características:

- edema e dor intensa no local, a qual aumenta ao menor movimento;
- deformação do local afetado em relação à outra não atingida;
- limitação ou incapacidade de movimento;
- crepitação (ruído) ao tocar o local afetado, ocasionado pelo atrito entre as extremidades fraturadas do osso;
- hematoma local, quando há rompimento de vasos.

IMPORTANTE

A identificação de uma fratura nem sempre é fácil. Por isso, é prudente que os casos de entorse e luxação sejam considerados, ao menos nessa fase de primeiros socorros, como possível fratura.



O que fazer nos casos de vítimas de fratura?

Basicamente, as condutas de primeiros socorros nos casos de fraturas restringem-se à imobilização do local afetado e encaminhamento a serviço de saúde. Nos casos de fraturas abertas, antes da imobilização, convém cobrir o local com pano limpo para prevenir contato com sujidades que possam desencadear uma infecção.

Para imobilizar um local afetado, o ponto-chave é não tentar colocar o osso no lugar. Ele deve ficar na posição que for confortável e menos dolorosa para a vítima ou, quando houver resistência, deve ficar na posição que se encontra. Na sequência, recomenda-se:

• improvisar talas para auxiliar na sustentação da parte atingida, de modo que seu comprimento ultrapasse uma articulação acima e outra abaixo do local; para isso, podem ser utilizados quaisquer materiais rígidos ou semirrígidos, como madeira, papelão, galhos de árvore, revista ou jornal grosso dobrado, entre outros;

• envolver as talas com ataduras, panos ou outro material macio para não ferir a pele;

• preencher os espaços vazios entre a tala e o corpo;

• amarrar as talas com tiras de pano largas em volta do local afetado, sem pressionar muito, causar desconforto, garrotear e impedir a circulação; manter, se possível, a parte machucada elevada para diminuir o edema e a dor.

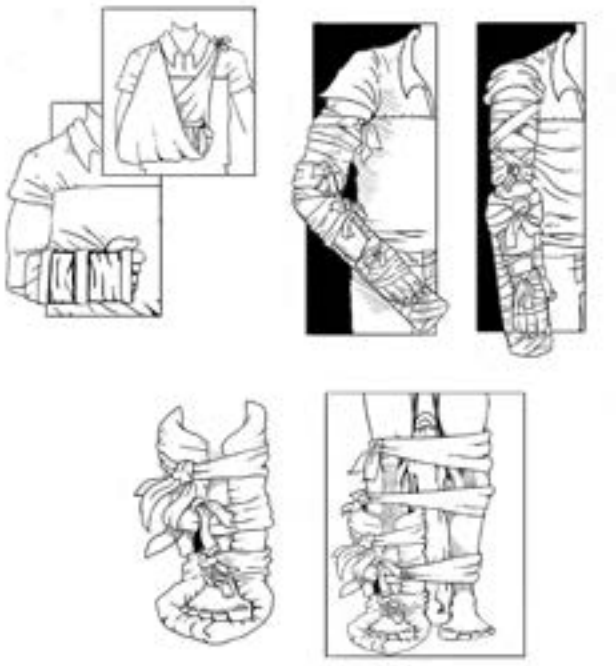


Fig 2: Exemplos de imobilizações.

Observação: no caso de imobilização de braços ou pernas, os dedos devem ficar visíveis para que qualquer alteração (inchaço, arroxeamento ou dormência) seja percebida.

IMPORTANTE

A vítima de fratura, ou com suspeita, não deve ser deslocada, removida ou transportada antes de ter a parte afetada imobilizada corretamente, exceto quando há risco iminente de morte. No entanto, mesmo nesses casos, o transporte deve ser executado com prudência (BRASIL, 2003).



Nos casos de fratura de coluna e de bacia, o mais prudente é manter a vítima deitada, imóvel, com os sinais vitais monitorados, enquanto aguarda uma equipe especializada de socorro.

16 CORPOS ESTRANHOS

ATIVIDADE 10



Tipo da atividade: individual e coletiva

Primeiros socorros/ corpos estranhos.



Leiam o intertexto, respondam à questão e discutam coletivamente.

Rita estava no seu trabalho, auxiliando a cirurgiã-dentista Denise, que atendia o senhor Nemia. Ele estava começando um tratamento periodontal e hoje faria sua primeira sessão de remoção de tártaro. Logo no inicio do procedimento, um pedaço de cálculo se alojou no olho da ASB, deixando-a muito aflita e nervosa, pois não conseguia removê-lo.

Como você poderia socorrer Rita?

A ocorrência de pequenos acidentes envolvendo a penetração de corpos estranhos no corpo humano configura-se como algo recorrente em pronto socorro pediátrico e adulto (MEIRELLES, 2004). Segundo a literatura médica especializada, a presença desses objetos respondem, em média, por 11% dos casos de atendimento hospitalar em otorrinolaringologia, com evolução e complicações em cerca de 22% dos casos (BRESSLER; SHELTON, 1993; MARQUES et al., 1998;HANKE FILHO; HANKE; HANKE, 2002; FIGUEIREDO, 2006).

Por corpo estranho entende-se qualquer objeto, animado ou inanimado, que adentra o organismo e é capaz de causar desconforto, provocar ferimentos e prejudicar o funcionamento de alguma estrutura do corpo. Entre os possíveis locais de alojamento de corpos estranhos, encontram-se os olhos, os ouvidos, as vias respiratórias, o trato gastrointestinal e a pele.

Os sinais e sintomas decorrentes da presença do corpo estranho variam de acordo com o tipo de objeto, sua localização, tempo de permanência e complicações provocadas (COSTA et AL., 2007). Nesse sentido, é importante ressaltar que, apesar de parecer algo simples, a presença e/ou a manipulação de corpos estranhos para a sua retirada constituem-se como risco potencial para complicação (IKINO et al., 1998).

A seguir, serão apresentadas especificidades relacionadas à presença de corpos estranhos em algumas estruturas corporais.

16.1 Corpos Estranhos nos Olhos

Os olhos são órgãos susceptíveis à penetração de corpos estranhos pela sua localização anatômica, exposição direta ao meio ambiente e, sobretudo, pela sua importância fisiológica no sentido da visão. Muito embora as pálpebras, os cílios e as sobrancelhas protejam as superfícies expostas do globo ocular, são recorrentes os casos de acidentes envolvendo essa estrutura.

A presença de corpo estranho nos olhos determina sinais e sintomas clássicos, como lacrimejamento, eritema (vermelhidão), ardência, dor e edema. A depender da natureza do objeto, ferimentos mais graves podem ocorrer, inclusive com lesão na superfície da córnea, e potencial risco de infecção por micro-organismos conduzidos pelo objeto. A perda de visão é uma consequência possível.

O que fazer diante da presença de corpo estranho nos olhos?

O primeiro passo ao prestar socorro a um usuário com corpo estranho nos olhos é localizar o objeto visualmente e, em seguida, reconhecê-lo. É importante também distinguir o caráter de mobilidade ou fixação dele às superfícies oculares ou palpebrais. Diante disso, duas situações distintas são definidas, com procedimentos de socorro específicos.



Fig 3: Corpo estranho nos olhos.

IMPORTANTE

Não deixar a vítima esfregar o olho para que o objeto não acabe se fixando no globo ocular e/ou provoque lesões em qualquer estrutura.



Nos casos de corpos estranhos móveis, é fundamental que o olho seja lavado em água corrente, com as pálpebras afastadas, tomando-se o cuidado de direcionar o fluxo da água de modo que o corpo não saia de um olho e entre no outro. Se o objeto estiver na pálpebra, pode ser retirado com um cotonete ou com um lenço umedecido. Para isso, exponha sua superfície interna segurando pelos cílios, próximo à borda e solicite que a vítima olhe no sentido contrário ao corpo estranho; no caso da pálpebra superior, dobre-a sobre um cotonete ou objeto semelhante.

Já nos casos de corpos estranhos fixos ou alojados no globo ocular, é prudente proteger a região com gaze estéril ou pano macio e limpo, de modo a funcionar como curativo oclusivo (tampão) não compressivo, e procurar, imediatamente, atendimento especializado. Uma vez que os olhos realizam movimentos em sincronia (isocoria), é interessante vedar também o olho não atingido.

Outra situação possível é a penetração de substâncias químicas nos olhos. A conduta de socorro a ser adotada é a lavagem abundante com água para diluir a solução irritante, mesmo durante o transporte ao encontro de atendimento especializado.

16.2 Corpos Estranhos nos Ouvidos

A presença de corpos estranhos nos ouvidos é uma condição recorrente de atendimento em pronto-socorro e a penetração desses objetos, na maioria das vezes, é acidental, sobretudo em crianças, embora ocorra em alguns adultos. Além do caráter acidental, outros motivos justificam tal intercorrência, como curiosidade infantil, brincadeiras, tentativas de higiene local e prurido (FORNAZIERI et al., 2010).

A ocorrência de corpo estranho no ouvido, em si, não se configura como uma emergência, raramente é uma urgência e o atendimento especializado pode ser providenciado com calma.

IMPORTANTE

O perigo de corpos estranhos no ouvido está mais relacionado às tentativas de extração malsucedidas do que pela sua presença. Entre as complicações, pode ocorrer até surdez.



Entre os corpos estranhos encontrados no meato auditivo, podem ser listados: algodão, borracha, isopor, papel, peças ornamentais (contas de rosário e colar, bolinhas, pérolas, brinco, miçangas), pedaços de madeira (palitos de dente, de fósforo e gravetos), pedra, pontas de lápis, sementes (arroz, feijão, milho, laranja). Alguns insetos, como moscas, baratas pequenas, formigas, mosquitos e escorpiões, podem também entrar e se alojar no ouvido externo.

Um corpo estranho no canal auditivo externo geralmente provoca algum tipo de desconforto. A dor pode ser referida caso o canal e/ou o tímpano tenham sido lesionados, ou mesmo se houver alguma infecção local, e a audição pode ser afetada se o objeto obstruir o canal auditivo. Na presença de um inseto vivo, a pessoa pode ouvir zumbidos ou sentir prurido intenso, o que pode desencadear irritabilidade e inquietação na vítima.

O que fazer diante da presença de corpo estranho nos ouvidos?

O passo inicial ao prestar socorro a um usuário com corpo estranho no ouvido

é tentar identificar o tipo de objeto e se ele é móvel ou está fixo (encravado à pele ou membrana timpânica).

Nos casos de objetos encravados (ou com suspeita), deve-se realizar curativo oclusivo não compressivo, e procurar, imediatamente, atendimento especializado.

Nos casos de objeto ou fragmento móvel, se ele estiver muito exteriorizado, pode-se tentar retirá-lo com as pontas dedos. É mais prudente, no entanto, inclinar a cabeça da vítima para baixo e para o lado do ouvido atingido e encorajá-la a dar leves batidas na cabeça,com a mão no mesmo lado afetado, na região próxima ao pavilhão auricular.

Quando o corpo estranho for um inseto vivo, pode-se tentar atrai–lo para fora do canal auditivo. Para isso, recomenda-se tracionar a orelha da vítima para trás e para cima e, com uma lanterna, direcionar um facho de luz para o canal auditivo. Se o inseto permanecer no ouvido, convém posicionar a vítima deitada de lado, com o lado afetado para cima, pingar cerca de três gotas de azeite, óleo ou álcool e aguardar. Após alguns minutos, solicitar que a vítima vire o lado afetado para baixo e aguardar o inseto sair. Se o inseto permanecer vivo, deve-se procurar atendimento médico imediato para condutas mais adequadas.

IMPORTANTE

Independentemente do tipo de objeto estranho no ouvido, nunca tentar removê-lo com o auxílio de cotonete, pinças, palitos ou algo semelhante, pois além da possibilidade de ferir o conduto auditivo externo, pode também aprofundar o corpo estranho



16.3 Corpos Estranhos no Nariz

A presença de corpos estranhos nasais é algo relativamente recorrente em crianças, sobretudo na faixa etária entre um e seis anos (BALBANIet al., 1998). Em adultos, a ocorrência é mais rara, exceto em casos de usuários com distúrbios psiquiátricos ou de acidentes, como penetração de insetos ou deslocamento de objetos da oro e hipofaringe para a rinofaringe (FIGUEIREDO et al., 2006).

A maioria dos corpos estranhos nasais fica retida na porção anterior das fossas nasais, pela própria disposição anatômica dessa região, com a presença dos cornetos inferiores. Brinquedos, moedas, papéis, pilhas e sementes são exemplos de objetos encontrados no nariz. Tais itens podem determinar, em poucos dias de permanência, condições como obstrução nasal unilateral e rinorreia fétida mucopurulenta ou sanguinolenta. Possíveis complicações incluem sinusite unilateral e infecção bacteriana da região periorbitária.

O que fazer diante da presença de corpo estranho no nariz?

A manobra básica para tentar remover um corpo estranho do nariz consiste em solicitar à vítima para manter a boca fechada, comprimir a narina não obstruída e

expelir o ar pela narina afetada, sem fazer muita força, para não ferir a cavidade nasal. É prudente que a vítima respire pela boca enquanto o objeto estiver na cavidade nasal para não haver o risco de deslocamento posterior dele durante a inspiração. Caso o objeto não seja expelido, o auxílio especializado deve ser procurado imediatamente.



IMPORTANTE

A introdução de pinças, cotonetes ou qualquer outro material, por pessoas não habilitadas e treinadas, para tentar remover o corpo estranho da narina pode machucar a mucosa nasal, deslocar o objeto mais para dentro e possibilitar complicações, inclusive broncoaspiração.

16.4 Corpos Estranhos na Garganta

Corpos estranhos na garganta constituem condição comum na prática otorrinolaringológica (ARORA et al., 2009) e incluem agulhas, botões, brincos, correntinhas, dentaduras, espinha de peixe, moedas, pedaços de ossos, pregos e unhas. Geralmente, esses espécimes passam pelo trato gastrointestinal sem que qualquer complicação seja observada; alguns, no entanto, ficam presos na mucosa faríngea (HACHIMI-IDRISSI; CORNE; VANDENPLAS, 1998).

A presença e permanência de um corpo estranho na garganta podem provocar lesões na mucosa faríngea, bem como obstrução, completa ou incompleta, das vias aéreas. Nos casos de obstrução incompleta, o ar consegue chegar aos pulmões e a vítima consegue emitir sons e tossir; por outro lado, na obstrução completa, o ar não passa pelas cordas vocais e a vítima não emite qualquer som, apresenta coloração arroxeada e apresenta o sinal clássico das mãos agarrando o pescoço.

O que fazer diante da presença de corpo estranho na garganta?



Na maioria das vezes, quando uma pessoa se engasga com alimentos ou bebida, o ato reflexo de tossir é suficiente para expelir o corpo estranho que dificulta ou impossibilita passagem de ar. No entanto, quando isso não é suficiente, ou mesmo quando a dimensão do objeto é maior, outras posturas devem ser adotadas.

O primeiro passo é tranquilizar a vítima, de modo que ela controle a respiração, respire normalmente e não entre em pânico. Em seguida, identificar o tipo de objeto que causou o engasgo e proceder às manobras de socorro. A primeira delas é a tapotagem, que consiste em bater, cerca de quatro a cinco vezes, nas costas da vítima, na região entre as escápulas, com a mão em concha. O socorrista deve posicionar-se de pé, ao lado e ligeiramente atrás da vítima, segurá-la com uma das mãos, apoiando no peito dela e incliná-la para frente, de modo que sua cabeça esteja mais baixa que o peito.

Se o corpo estranho não for expelido, aplica-se a manobra de Heimlich, como segue (ROCHA, 2011):

- posicione-se atrás da vítima e envolva a cintura dela, de modo que uma de suas mãos esteja fechada, com o polegar para dentro, e situada abaixo do externo e logo acima do umbigo;
- agarre firmemente o punho com a outra mão e realize cinco compressões abdominais, puxando a vítima para cima, em sua direção;
- reavalie a vítima de modo a verificar se conseguiu expelir o corpo estranho; no caso de insucesso, proceder a manobra tantas vezes quanto forem necessárias.



IMPORTANTE

As compressões devem ser feitas de forma rápida e vigorosa, a fim de aumentar a pressão intratorácica, mas de forma cautelosa para não quebrar nenhuma costela e/ou provocar lesões em órgãos internos.

Algumas vezes, a vítima não consegue manter-se de pé ou o socorrista não tem força suficiente para realizar a compressão de pé. Nesses casos, a manobra pode ser executada com a vítima sentada ou deitada, como apresentado na figura 4.

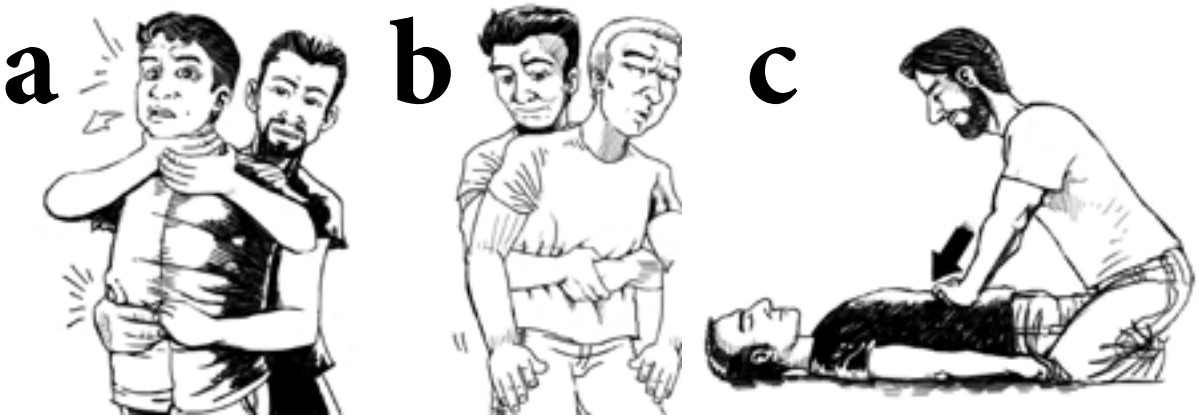


Fig. 4: Manobra de Heimlich.



IMPORTANTE

Em vítimas obesas ou gestantes, a manobra de Heimlich está contraindicada e as compressões devem ser feitas na região torácica.

Após várias tentativas sem sucesso da manobra de Heimlich, é provável que a vítima perca a consciência, uma vez que a oxigenação cerebral apresenta-se comprometida ou ausente. Nessa situação de inconsciência, o socorrista deve proceder como segue (SENAC, 2002):

- deitar a vítima no chão em posição de decúbito dorsal;
- posicionar-se sobre a vítima;
- realizar cinco compressões no abdome, para dentro e para cima, com as mãos ao nível do umbigo;
- abrir a boca da vítima e verificar se o corpo estranho encontra-se visível.

Corpo estranho visível:

- tentar remover o corpo estranho puxando-o de trás para frente com o dedo indicador;
- uma vez removido o objeto, realizar duas ventilações artificiais (respiração boca a boca) e verificar a expansão do tórax;
- se o tórax expandir, houve desobstrução;
- diante da não expansão do tórax, reiniciar as compressões abdominais.

IMPORTANTE

Nas situações em que o corpo estranho foi expulso e a vítima permanece inconsciente, deve-se verificar o pulso carotídeo, identificar uma possível parada cardiorrespiratória e, caso positivo, iniciar reanimação cardiopulmonar.



Corpo estranho não visível:

- realizar duas ventilações artificiais, seguidas de cinco compressões abdominais até a chegada da equipe médica de socorro.

É importante ressaltar, neste ponto, que a desobstrução das vias aéreas em bebês segue manobras específicas, como:

- sentar-se em local plano, com pernas flexionadas em 90º e pés no chão;
- apoiar o braço de força (direito para os destros e esquerdo para os canhotos) sobre a perna homolateral;
- posicionar o bebê sobre o braço apoiado, de barriga para baixo (decúbito ventral) e com a cabeça ligeiramente inclinada para baixo, mantendo a boca dele aberta para desobstruir as vias aéreas;
- bater cinco vezes com a base da mão nas costas do bebê, na região da linha média, entre as escápulas, utilizando força adequada ao tamanho da criança;

• alternadamente, posicionar o bebê de costas (decúbito dorsal), ligeiramente inclinado, sobre o outro braço ou sobre uma superfície dura e executar cinco compressões sobre o esterno, com dois dedos ou com os polegares e os demais dedos a envolver o tórax da criança;

• verificar se o objeto que causa a obstrução encontra-se visível e passível de ser removido; se sim, removê-lo com o dedo mínimo, ganchando-o de trás para frente; em caso negativo, proceder novamente as manobras até que seja eficaz. Caso a criança fique inconsciente, as manobras de ressuscitação cardiopulmonar devem der iniciadas.

16.5 Corpos Estranhos na Pele

As lesões por corpos estranhos na pele certamente estão entre as mais recorrentes no dia a dia, quer por ser esse o maior órgão do corpo humano, quer pela sua maior exposição. Na maioria dos casos, os objetos se instalam nas mãos, pés e/ou membros; a exceção ocorre nas situações que envolvem projéteis de arma de fogo, nas quais o acaso é fator determinante.

Diversos agentes podem figurar como corpo estranho na pele, sendo mais comuns agulhas, espinhos vegetais, fragmentos de madeira, projéteis de arma de fogo, vidros. Todos eles podem provocar ferimentos e desencadear infecções, na dependência do grau de contaminação e da resposta imunológica da vítima.

O que fazer diante da presença de corpo estranho na pele?

De modo geral, a conduta a ser adotada quando um pequeno fragmento de objeto encontra-se na pele, com parte dele para fora, é lavar a ferida com água e tentar extrair o corpo estranho com pinça limpa e desinfetada ou com agulha esterilizada ao rubro. Uma vez removido o objeto, o local deve ser lavado com água e sabão; caso não consiga removê-lo ou se o objeto estiver cravado profundamente, sugere-se proteger o local com pano limpo ou gaze e encaminhar a vítima para atendimento médico.

IMPORTANTE

É prudente considerar as condições do corpo estranho que penetrou na pele em função da necessidade de profilaxia antitetânica.



Outras situações especiais relacionadas a corpos estranhos na pele referem-se a acidentes com anzol e **empalamento** ou encravamento de objetos maiores. Em ambos os casos, recomenda-se (1) expor a ferida, mediante remoção de peças de roupa em torno da área lesada; (2) limpar a região adjacente à ferida com água em abundância; (3) estabilizar o objeto com curativo e bandagem; e (4) encaminhar a vítima para atendimento médico.

No **empalamento**, o objeto penetra por aberturas naturais do corpo humano; já no encravamento, a passagem é forçada, havendo o rompimento de camadas da pele e de músculos, com fraturas e/ou deslocamentos ou não de ossos.

17 MORDIDAS E PICADAS DE ANIMAIS

Os animais, em geral, oferecem riscos ao homem, independentemente de serem domésticos, domesticados ou selvagens. Uma condição especial se relaciona àqueles classificados como peçonhentos ou venenosos, ou seja, que possuem glândulas secretoras de veneno e aparelhos inoculadores.

Embora existam particularidades inerentes às mordidas e picadas dos diferentes animais, duas condutas gerais podem ser estabelecidas perante qualquer situação. São elas:

- se possível, levar o animal que provocou o acidente para que possa ser identificado e o soro específico seja adequadamente utilizado;
- providenciar, em caráter de urgência, auxílio médico em unidade de saúde que ofereça o tratamento com soro.

17.1 Mordidas de Gatos e Cachorros

As mordidas e arranhões de gatos e cachorros, em geral, provocam pequenos ferimentos. Na maioria dos casos, não há necessidade de atendimento de urgência. No entanto, mais do que o trauma físico, deve-se dar importância às doenças infecciosas possíveis de serem transmitidas nessas situações, causadas por bactérias, vírus, fungos ou outros agentes biológicos.

Várias são as doenças infecciosas transmitidas por mordedura animal. Ganha destaque, entretanto, a raiva pela recorrência dos casos. Essa é uma condição que se dá por meio de contato com a saliva de animal infectado, seja por mordedura ou lambida em feridas abertas, mucosas ou arranhões.

A suspeita de raiva em um animal deve acontecer quando ele apresentar alteração comportamental (depressão, demência ou agressão), fotofobia, salivação excessiva e espumante, dificuldade para comer e beber devido à paralisia da mandíbula. O animal morre entre cinco a sete dias após ter contraído a doença.

Por outro lado, a pessoa contaminada apresenta febre alta, dor de cabeça, mal-estar geral, dificuldade para respirar e deglutir, fotofobia, entre outros. Em casos mais graves, podem ser observadas convulsões e paralisia respiratória.

O que fazer diante de uma vítima de ataque de animal raivoso?

A única conduta a ser realizada na prestação de socorro a uma vítima de ataque de animal raivoso, ou com suspeita, é lavar bem o ferimento com água e sabão. Em seguida, procede-se a orientação geral de encaminhar a vítima à unidade de saúde mais próxima para que orientações e procedimentos mais específicos sejam realizados.

IMPORTANTE

É fundamental que o animal com suspeita de raiva seja confinado e observado por 10 dias. Se nesse tempo não manifestar os sinais e sintomas da doença, poderá ser solto. Caso apresente, a vítima deve ser tratada com vacina e soro.



17.2 Picadas de Cobras

Na natureza, existem muitos tipos de cobras; no Brasil, menos de 30% delas são venenosos, sendo as mais conhecidas a jararaca, a cascavel, a coral verdadeira e a surucucu. A picada de cobra pode desencadear manifestações locais e/ou gerais, a depender de como seja classificada (venenosa ou não).

Além do tipo de cobra, outros fatores determinam a resposta do organismo à picada, como a parte do corpo mordida, a quantidade de veneno injetado no organismo, a forma como as presas se prenderam no corpo e o peso da vítima. No geral, após a picada, a vítima pode apresentar inchaço, vermelhidão e dor local, de intensidade moderada, persistente e que pode aumentar. Náuseas, tonturas, palidez, pulso fraco, confusão mental e até perda de consciência são outros sinais e sintomas que a vítima pode manifestar, mais em função do temor das consequências do que, em si, da própria picada.

A depender do tipo de cobra peçonhenta, pode haver formação de bolhas, abscessos, microcoágulos que se depositam nos pulmões, necrose tecidual, destruição das células vermelhas do sangue e efeitos neurotóxicos, como ptose (queda) palpebral e diplopia (visão dupla), dor muscular generalizada, mal-estar geral, sialorreia (salivação abundante), dificuldade de deglutição e insuficiência respiratória.

O que fazer nos casos de vítimas de picada de cobra?

Nos casos de acidentes envolvendo cobras, é importante que o socorrista mantenha a vítima deitada e calma, a fim de minimizar as chances de o possível veneno se espalhar rapidamente pelo corpo. Além disso, orienta-se lavar bem o local com água corrente, remover roupas e acessórios que possam garrotear o local atingido (por exemplo, anéis) e, se possível, manter o local afetado abaixo do nível do coração. Considerando-se que o veneno se difunde pelo organismo nos primeiros 30 minutos depois da picada, é fundamental que a vítima seja levada ao serviço de emergência imediatamente. Havendo condições de segurança, a cobra deve ser levada também, mesmo que morta, para facilitar a identificação e usar o soro adequado.

IMPORTANTE

A realização de torniquete para reter o veneno no local da picada pode causar necrose ou gangrena. De forma contrária, incisões ou cortes para tentar remover o veneno podem provocar hemorragias e favorecer infecções ou mesmo necrose.



17.3 Picadas de Escorpiões

Os escorpiões são animais que possuem na cauda bolsas de veneno e um ferrão inoculador. Da mesma forma que as cobras, existem várias espécies, mas nem todas possuem veneno suficientemente tóxico para provocar um acidente grave. No geral, esses animais não são agressivos; os ataques ocorrem como forma de defesa quando eles são molestados ou se sentem ameaçados.

Os sintomas mais comuns envolvendo picadas de escorpiões envolvem dor local intensa, com possibilidade de se espalhar pelo corpo; ardor ou formigamento e inflamação local. Em casos mais graves, pode haver palidez, sudorese intensa, enjoos, vômitos, dificuldade para respirar, aumento da frequência cardíaca, queda de pressão arterial, salivação abundante e dificuldade para falar.

O que fazer nos casos de vítimas de picada de escorpião?

Quando houver a suspeita ou a constatação de picada de escorpião, é prudente lavar o local com água corrente e manter a vítima em repouso até o atendimento médico de emergência.

17.4 Picadas de Aranha

Da mesma forma que os escorpiões, as aranhas não são agressivas; a picada desses animais só ocorre quando eles são molestados ou se sentem ameaçados. Apesar de serem comuns, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), os acidentes causados por aranhas não apresentam relevância em termos de saúde pública. Entre esses animais, três espécimes ganham destaque por sua característica venenosa: a aranha-armadeira, a viúva-negra e a aranha-marrom.

Os sinais e sintomas decorrentes da picada de aranha podem variar consideravelmente em função do tipo envolvido; a dor local, o edema e o eritema são os únicos pontos em comum.

A aranha caranguejeira e a tarântula, apesar de muito temidas, não são perigosas. No geral, elas provocam irritação na pele e mucosas por causa dos pelos urticantes que elas liberam como forma de defesa.

O que fazer nos casos de vítimas de picada de aranha?

Em acidentes provocados por aranhas venenosas, deve-se lavar o local da picada com água e sabão e procurar imediatamente o serviço de saúde mais próximo para que o tratamento adequado seja realizado.

17.5. Picadas de Insetos que Possuem Ferrões

Entre os insetos que possuem ferrões, as abelhas, os marimbondos e as formigas são os que têm importância médica, por serem esses ferrões verdadeiros. As reações desencadeadas pela picada desses insetos são variáveis, na dependência do local e do número de ferroadas, bem como das características e do passado alérgico da vítima.

A sintomatologia básica envolve dor aguda local, vermelhidão, prurido e edema. Febre, dor de cabeça, enjoo e vômitos podem estar presentes em casos mais graves.

O que fazer nos casos de vítimas de picada de insetos?

As medidas a serem tomadas não diferem daquelas apresentadas anteriormente no que diz respeito a lavar o local com água e sabão e procurar assistência médica. Compressas geladas podem ser aplicadas na área afetada para aliviar a dor.

IMPORTANTE

A remoção do ferrão não deve ser realizada por pinçamento ou espremendo-se a região afetada, pois, dessa forma, pode-se comprimir a glândula e inocular o veneno ainda presente.



18 INTOXICAÇÕES

Uma grande variedade de substâncias,sejam elas de origem animal, vegetal ou mineral, está presente no dia a dia. Todas elas, quando em contato com o organismo, provocam alterações funcionais, com limites entre o benefício, o malefício e a neutralidade representados pela dose consumida.

A intoxicação é a consequência orgânica, com sinais e sintomas específicos, em resposta aos efeitos desencadeados por uma substância tóxica, capaz de romper o equilíbrio orgânico. No geral, uma vez consumida em grande quantidade, qualquer substância pode ser tóxica. Por outro lado, define-se como veneno toda substância capaz de provocar danos temporários ou permanentes no organismo, quando em quantidade suficiente.

Tanto a intoxicação quanto o envenenamento são provocados quando o produto é ingerido, aspirado, introduzido ou entra em contato direto com a pele e/ou mucosas, de modo acidental ou não. Os sinais e sintomas, via de regra, estão na dependência direta (1) da natureza do produto, de sua quantidade e grau de toxicidade; (2) da via de ingestão da substância; e (3) de particularidades da vítima (idade, estado nutricional, suscetibilidade).

18.1 Intoxicação por Alimentos

Alimentos deteriorados por má conservação e/ou contaminados por substâncias químicas podem provocar intoxicação. A vítima apresenta sinais e sintomas típicos, entre os quais, destacam-se:

- náusea e vômito;
- palidez e sudorese;
- diarreia;
- fraqueza geral ou cansaço;
- dor de cabeça;



- dor abdominal por irritação gástrica ou cólica intestinal;
- desidratação.

O que fazer diante de uma vítima com intoxicação por alimentos?

As orientações a serem seguidas diante de uma vítima de intoxicação alimentar referem-se a mantê-la deitada após vomitar, não interromper a diarreia com remédios (mesmo caseiros), iniciar a reidratação oral com **soro caseiro** e procurar médico.

O **soro caseiro** é preparado misturando-se duas medidas de açúcar e uma de sal em 200 ml de água filtrada ou fervida. A colher-medida oficial para o preparo é distribuída gratuitamente nos postos de saúde.

18.2 Intoxicação por Medicamentos

A intoxicação por medicamentos ocorre quando uma dose excessiva é administrada, várias substâncias são misturadas ou quando o produto encontra-se fora do prazo de validade. No Brasil, essa é a forma de intoxicação mais recorrente: quase 28% dos casos notificados anualmente enquadram-se nessa classificação, sendo comum o uso de antidepressivos anti-inflamatórios,antigripais e ansiolíticos (SINITOX, 2009). As circunstâncias envolvendo os casos apontam, com frequência, para acidentes e tentativas de suicídio.

Os sinais e sintomas relacionados à intoxicação por medicamentos não diferem daqueles já apresentados anteriormente, e podem incluir:

- azia;
- náuseas e vômitos;
- palidez e sudorese;
- diarreia;
- sonolência;
- sensação de fraqueza;
- inconsciência;
- dificuldade respiratória;
- parada cardiopulmonar.

Além de aspectos relativos à vítima, a gravidade da sintomatologia dependerá do tipo de substância e da via de administração (tópica, enteral, parenteral).

O que fazer diante de uma vítima com intoxicação por medicamentos?

De modo geral, mantenha a vítima aquecida e monitore constantemente os sinais vitais até a chegada de uma equipe médica de socorro. Caso perceba alguma alteração no estado da vítima, proceder às manobras necessárias como descrito anteriormente no tópico sobre ressuscitação cardiopulmonar.

É interessante, na abordagem à vítima, identificar o medicamento que provocou a intoxicação, a dose ingerida e as circunstâncias que determinaram o quadro (acidental, intencional ou forçada). Tais informações são importantes para que a equipe médica proceda de maneira eficaz.

18.3 Intoxicação por Substâncias Químicas



Diversas substâncias químicas fazem parte do dia a dia das pessoas, seja nos ambientes doméstico e de lazer, seja no trabalho. Os exemplos mais comuns são os produtos de limpeza, os cosméticos, os pesticidas, os combustíveis e outros produtos industriais e poluentes.

A depender da natureza desses produtos, pode haver intoxicação por ingestão, inalação ou contato direto com a pele. Diante disso, as manifestações orgânicas podem ser agrupadas seguindo essas mesmas vias, como mostrado no quadro a seguir:

Quadro 7. Possíveis sinais e sintomas em vítima de intoxicação por substância química.

Ingestão	Inalação	Contato direto com a pele
• Manchas, lesões ou queimaduras peribucais • Dor ou desconforto ao engolir • Dor ou desconforto abdominal • Mal estar súbito • Náuseas e vômito • Sudorese • Diarréia • Odores incomuns na respiração, no corpo, nas roupas da vítima ou no ambiente • Perturbação mental • Sonolência • Inconsciência • Convulsões • Midríase ou miose • Alterações no pulso, na respiração e da temperatura corporal	• Taquipneia • Tosse • Irritação ocular • Dor de cabeça • Fraqueza muscular • Sonolência • Enjoo • Inconsciência • Mudança da cor da pele	• Prurido • Irritação nos olhos • Dor de cabeça • Aumento da temperatura cutânea • Lesões cutâneas • Queimaduras

O que fazer diante de uma vítima com intoxicação por substância química?

O socorro inicial prestado à vítima de intoxicação por substância química consiste em manter a vítima em repouso e aquecida, observar os sinais vitais e de apoio e proceder manobras específicas, caso necessário, até que o atendimento médico de urgência possa ser realizado.

Três particularidades, no entanto, merecem destaque: (1) se for necessário transportar a vítima, fazê-lo em posição lateral, a fim de evitar aspiração de vômito, se ocorrer; (2) nos casos de intoxicação por inalação, é prudente retirar a vítima do local contaminado para um ambiente arejado; e (3) nos casos de intoxicação por contato direto com a pele, lavar abundantemente o local afetado com água corrente.

18.4 Intoxicação por Plantas Venenosas

Muitas plantas cultivadas em casa ou em jardins, bem como presentes em terrenos baldios, podem ser venenosas, a exemplo da hera, comigo-ninguém-pode, tinhorão, saia-branca ou trombeta (de anjo), espirradeira, chapéu-de-Napoleão, urtiga,

mamona, entre outras. Em geral, as pessoas suscetíveis apresentam reação alérgica a essas plantas, seja por contato direto ou indireto com a seiva. No entanto, o uso delas no preparo de infusões pode provocar intoxicação e levar à morte.

A pessoa vítima de intoxicação por plantas venenosas pode apresentar vários sinais e sintomas, a depender do agente e do modo de exposição. No geral, podem ser percebidos:

- edema e prurido locais;
- pele quente, seca e avermelhada;
- manchas na pele;
- salivação abundante;
- dor de cabeça;
- dificuldade e dor ao deglutir;
- vômito;
- pulso rápido e fraco;
- alterações visuais (vista embaçada);
- irritação nos olhos;
- comportamento alterado;
- convulsões (eventualmente);
- inconsciência (eventualmente).

O que fazer diante de uma vítima com intoxicação por plantas venenosas?

Nos casos de intoxicação por contato, recomenda-se lavar bem o local com água corrente. Nos casos de ingestão, observar os sinais vitais da vítima, não tentar induzir o vômito e nem oferecer líquidos a ela (água, leite, bebida alcoólica ou outros). Nos dois casos, procurar serviço médico de urgência e, de preferência, munido do nome do agente da intoxicação.

18.5 Intoxicação por Drogas

O consumo de drogas, lícitas ou ilícitas, está inserido nas várias classes sociais e tem aumentado nos últimos anos. Seu uso determina diversas reações, em função de peculiaridades do usuário e do tipo e da quantidade de substância consumida.

Didaticamente, os sinais e sintomas do uso abusivo de drogas, independentemente do tipo, podem ser listados como seguem:

- inquietação/irritabilidade, insônia ou, ao contrário, depressão e sonolência;
- agitação motora ou sonolência/inconsciência;
- alucinações;
- taquipneia (podendo se tornar bradipneia);

- taquicardia (podendo se tornar bradicardia);
- salivação excessiva;
- sudorese.

O que fazer diante de uma vítima com intoxicação por drogas?

De modo semelhante ao que fora apresentado para a intoxicação por medicamentos, nos casos de vítimas com intoxicação por drogas, deve-se observar os sinais vitais e o nível de consciência dela, protegê-la e procurar serviço médico de urgência.

ATIVIDADE 11



Tipo da atividade: individual

Substâncias Tóxicas

As unidades básicas de saúde contêm grandes quantidades de substâncias tóxicas e medicamentos que podem promover riscos aos usuários e aos seus profissionais. Identifiquem, no seu ambiente de trabalho, os riscos de intoxicação e envenenamento de substâncias por inalação, contato com a pele ou ingestão. Em seguida, dê sugestões que eliminem ou reduzam esses riscos.

19 TRANSPORTE DE ACIDENTADOS

O transporte é uma etapa fundamental no socorro a vítimas de acidentes. Diante disso, assume-se que todo o manejo e toda a movimentação devam ser feitos com extremo cuidado, pois a realização malfeita do transporte, seja pela falta de conhecimento ou de técnica, pode determinar agravos ou danos, muitas vezes irreversíveis, à integridade física do acidentado.

Com base nessas afirmações, fica convencionado que o transporte de vítima de acidentes é competência de equipes especializadas de socorro (Samu e bombeiros) ou de pessoal com treinamento adequado para tal.



A título de conhecimento, existem várias maneiras de transportar um acidentado. A escolha é motivada pelas condições do acidente, do local e, sobretudo, da vítima, segue princípios de segurança e respeita parâmetros técnicos e materiais para cada tipo de transporte. Em geral, o transporte em maca é o melhor meio para remover uma vítima de um determinado local, pois garante uma estabilidade nos movimentos executados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARORA, S.; SHARMA, J. K.; PIPPAL, S. K.; SETHI, Y.; YADAY, A.; BRAJPURIA, S. Corpo Estranho Incomum (Ponta de Agulha de Costura) nas Amígdalas. Brazilian Journal of otorhinolaryngology 75 (6) nov/dez 2009.

BALBANI, A. P. S.; KII, M.; ANGÉLICO JR, F. V.; SANCHEZ, T. G.; VOEGELS, R. L.; BUTUGAN, O.; CÂMARA, J. Atendimento para Retirada de Corpos Estranhos de Ouvido Nariz e Faringe em Crianças. Revista de Pediatria do Centro de Estudos Prof. Pedro Alcântara. Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP. Pediatria (São Paulo) 1998; 20(1): 8-13.

BALLONE, G. J.; MOURA, E. C. Estresse: Fisiologia - Como (e porque) Acontece o Estresse. 2008. Disponível em: < http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=23>. Acesso em; 8/10/2013.

BRASIL. Código Penal – Decreto-lei 2848, de 7 de dezembro de 1940. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1940.

BRASIL. Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos. 2ªed. - Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para Tratamento de Emergência das Queimaduras. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Epidemiologia das Causas Externas no Brasil: Morbidade por Acidentes e Violências. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_10_saude_brasil_2010.pdf> Acesso em: 8/10/2013.

BRESSLER K.; SHELTON, C. Ear foreign-body removal: a review of 98 consecutive cases. Laryngoscope 1993;103(4 Pt 1):367-70.

BRIDI, A.M. Adaptação e Aclimatação Animal. 2009. Disponível em: <http://www.uel.br/pessoal/ambridi/Bioclimatologia_arquivos/AdaptacaoeAclimatacaoAnimal.pdf>. Acesso em: 7/5/2014.

Carter, R.; Cheuvron, S. N.; Sawka, M. N. Doenças Provocadas Pelo Calor. 2009. Disponível em: http://www.gssi.com.br/generatePdfServlet?execute=generatePDF&artigoId=132. Acesso em: 11/05/2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1451, de 10 de março de 1995. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 março 1995. Seção I, p.3666.

COSTA, K. C. C.; DUARTE, B. B.; VIDA, M. L. B.; SIGNORINI, M. A. T.; CARLOS, F.; SCHAFFER, C.; ZERBINATTI, W. MARONE, S. A. M. Corpos Estranhos em Otorrinolaringologia: Aspectos Epidemiológicos de 346 Casos. Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia, v. 11, n.2, abr/jun, 2007.

FIGUEIREDO, R. R.; AZEVEDO, A. A.; KÓS, A. O. A.; TOMITA, S. Corpos Estranhos de Fossas Nasais: Descrição de Tipos e Complicações em 420 Casos. Rev. Bras Otorrinolaringol 2006;72:13-23.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Atenção em Saúde Mental. Secretaria Municipal de Saúde. Tubarão: Ed. Copiart, 2010. 72 p. Disponível em: < http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf>. Acesso em 11/5/2012.

FORNAZIERI, M. A.; CUTOLO, D.; MOREIRA, J. H.; NAVARRO, P. L.; TAKEMOTO, L. E.; HESHIKI, R. E.; ROSSETO, L. A. B. Foreign-body in External Auditory Meatus: Evaluation of 462 Cases. Int. Arch. Otorhinolaryngol. 2010;14(1):45-49.

FUNESA. Atenção Psicossocial no Estado de Sergipe - Saberes e Tecnologias para Implantação de uma Política. Livro do Aprendiz 8 / Fundação Estadual de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Aracaju: FUNESA, 2011. 120p.

GANANÇA, M. M. et al. Manual de Otoneurologia. São Paulo: ABORL- CCF, 2010.

GANANÇA, M. M. G. et al. Labirintopatias. RBM- ORL, v.6, p.1, P.3-12, 1999.

GOLIN, Valdir; SPROVIERI, S. R. S. Condutas em Urgências e Emergências para o Clínico. São Paulo: Atheneu, 2008.

GONZALEZ, MM et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol. [online]. 2013, vol.101, n.2, suppl.3, pp. 1-221.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Tratado de Fisiologia Médica. 12ª ed. São Paulo: Elsevier, 2011.

HACHIMI-IDRISSI, S.; CORNE, L.; VANDENPLAS, Y. Management of Ingested Foreign Bodies in Childhood: Our Experience and Review of the Literature. Eur J Emerg Med 1998;5:319-23.

HANKE FILHO, E. H.; HANKE, E. M. R.; HANKE, M. M. R. Corpos Estranhos de Nariz, Ouvidos, Faringe e Seios Paranasais. Rev Soc Otorrinolaryngol RJ 2002;2:73-7.

HENRIQUES-COELHO, T.; ALBUQUERQUE, R. R.; MARTINS, J. F.; LEITE-MOREIRA, A. Pulsos e Pressão Arterial: Texto de Apoio. 2004. Disponível em: <http://fisiologia.med.up.pt/Textos_Apoio/cardiaco/PulsosTensao.pdf>. Acesso em: 7/5/2014.

HORTA, W. A. Processo de Enfermagem. Ribeirão Preto: Pedagógica, 1979.

IKINO, C. M. Y.; DANTONIO, W. E. P. A.; BALBANI, A. P. S.; SANCHEZ, T. G.; BUTUGAN, O. Análise dos Atendimentos para Retirada de Corpos Estranhos de Ouvido e Nariz em Crianças. Rev Bras Otorrinolaringol 1998;64:379-83.

MARQUES, M. P. C.; SAYURI, M. C.; NOGUEIRA, M. D.; NOGUEIROL, R. B.; MAESTRI, V. C. Tratamento dos Corpos Estranhos Otorrinolaringológicos: um Estudo Prospectivo. Rev. Bras Otorrinolaringol 1998;64:42-7.

MEIRELLES, R. C. Corpo Estranho em Otorrinolaringologia. In Patrocínio, JA, Patrocínio, L G: Manual de Urgências em Otorrinolaringologia, 1a edição, Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2004, pp 201-207.

OLIVEIRA, B. F. M.; PAROLIN, M. K. F.; TEIXEIRA, E. V. Trauma: Atendimento Pré-hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2001.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Grande Tratado de Enfermagem Prática: Clínica e Prática Hospitalar. 3.ed. São Paulo: Santos, 1998.

RIBAS-FILHO, J. M. et al. Trauma Abdominal: Estudo das Lesões mais Frequentes do Sistema Digestório e suas Causas. ABCD, arq. bras. cir. dig., São Paulo, v. 21, n. 4, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202008000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11/05/2014.

ROCHA, M. P. S. Suporte Básico de Vida e Socorros de Emergência. 2011. Disponível em: <http://lms.ead1.com.br/webfolio/Mod5986/mod_suporte_basico_v5.pdf>. Acesso em: 8/12/2013.

ROCHA, M. P. S. Suporte Básico de Vida e Socorros de Emergência. 2011. Disponível em: <http://lms.ead1.com.br/webfolio/Mod5986/mod_suporte_basico_v5.pdf>. Acesso em: 11/05/2014.

SANTOS, Raimundo Rodrigues; CANETTI, M. D.; RIBEIRO, C.; ALVAREZ, F. S. Manual de Socorro de Emergência. São Paulo: Atheneu, 2003.

SILVEIRA, E. T.; MOULIN, A. F. V. Primeiros Socorros – Aspectos Legais do Socorro. 2003. Disponível em: http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_print.asp?cod_noticia=1128. Acesso em: 30/10/2013.

SINITOX. Medicamentos. Série Prevenindo Intoxicações. 2009. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/media/medicamentos.pdf>. Acesso em: 8/10/2013.

STAPE, A; TROSTER, J. E.; KIMURA, H. M.; GILIO, A. E.; BUSSO, A.; BRITTO, J. L. B. C. Manual de Normas – Terapia Intensiva Pediátrica. São Paulo: Savier, 1998.

TEIXEIRA, T. H. V.; SILVA, R. N. M. Noções Básicas de Primeiros Socorros. 2009. Disponível em: <http://www.iqm.unicamp.br/csea/docs/QG362_2009/primeiros%20socorros%20Prof.%20Fabio%20Gozo.pdf>. Acesso em: 8/10/ 2013.

TIMBY, B. K. Conceitos e Habilidades Fundamentais no Atendimento de Enfermagem. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

ZUADI, A. W. Fisiologia do Estresse e sua Influência na Saúde. [s.d]. Disponível em: <http://rnp.fmrp.usp.br/~psicmed/doc/Fisiologia%20do%20estresse.pdf>. Acesso em: 8/10/2013.

XI

COMPONENTE CURRICULAR

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE BUCAL

Paulo Almeida Júnior

SUMÁRIO

1 Emergências Médicas em Odontologia.....77
1.1 Conceitos, Incidência e Recomendações.....78
1.2 Noções de Suporte Básico de Vida (SBV).....80
1.3 Lipotimia.....85
1.4 Síncope.....86
1.5 Hipoglicemia.....87
1.6 Hipotensão Ortostática.....88
1.7 Síndrome da Hiperventilação.....89
1.8 Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho.....90
1.9 Reações Alérgicas.....92
2 Urgências Odontológicas.....94
2.1 Dor de Origem Pulpar.....99
2.2 Abscesso Apical Agudo.....100
2.3 Traumatismo Dentário.....102
2.3.1 Fratura Coronária.....103
2.3.2 Fratura Corono-radicular.....104
2.3.3 Fratura Radicular.....104
2.3.4 Concussão e Subluxação.....105
2.3.5 Luxação Intrusiva.....105
2.3.6 Luxação Extrusiva.....107
2.3.7 Luxação Lateral.....108
2.3.8 Avulsão Dentária.....109
2.4 Pericoronarite.....110
2.5 Alveolite.....111
2.6 Luxação da Articulação Têmporo-Mandibular.....112
3 Orientações Pós-operatórias.....113
Referências Bibliográficas.....115

1 EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM ODONTOLOGIA

ATIVIDADE 1



Tipo da atividade: coletiva

Reflexões

Formem dois grupos. Cada grupo deve ler um dos pensamentos seguintes, discutir e apresentar para o coletivo o seu pensamento e o que foi discutido no grupo.

Pensamento 1
O Caminho da Vida
O caminho da vida pode ser o da liberdade e da beleza, porém nos extraviamos. A cobiça envenenou a alma dos homens... levantou no mundo as muralhas do ódio... e tem-nos feito marchar a passo de ganso para a miséria e os morticínios. Criamos a época da velocidade, mas nos sentimos enclausurados dentro dela. A máquina, que produz abundância, tem-nos deixado em penúria.
Nossos conhecimentos fizeram-nos céticos; nossa inteligência, empedernidos e cruéis. Pensamos em demasia e sentimos bem pouco.
Mais do que de máquinas, precisamos de humanidade. Mais do que de inteligência, precisamos de afeição e doçura. Sem essas virtudes, a vida será de violência e tudo será perdido.
(O Último discurso, do filme O Grande Ditador - Charles Chaplin, 1940)

Pensamento 2
Nós pedimos com insistência
Não digam nunca: Isso é natural!
Diante dos acontecimentos de cada dia.
Numa época em que reina a confusão.
Em que corre o sangue,
Em que se ordena a desordem,
Em que o arbitrário tem força de lei,
Em que a humanidade se desumaniza,
Não digam nunca: Isso é natural!
(Bertolt Brecht)

Durante a vida de qualquer profissional da área de saúde, é possível que este se depare com uma situação de urgência ou emergência médica. Apesar de serem incomuns, estas situações podem ocorrer na prática odontológica de modo inesperado, sem seguir padrões definidos. Diante disto, a equipe de saúde bucal deve estar preparada para reconhecer e realizar medidas de pronto atendimento, caso ocorram situações que ponham em risco a saúde do usuário.

ATIVIDADE 2



Tipo da atividade: coletiva

Conceito de Urgência e Emergência

Formem cinco grupos, discutam e escrevam nas tarjetas sobre a concepção que tem sobre os temas "urgência e emergência". Em seguida, juntem as tarjetas em uma caixa, discutam sobre os conceitos que serão fixados na lousa pelo docente e construam um conceito único.

ATIVIDADE COMPLEMENTAR: individual e coletiva

Urgência e Emergência no Consultório Odontológico

Respondam as seguintes questões e discutam em seguida:

1- Você já presenciou alguma situação de urgência ou emergência no seu local de trabalho? Na sua opinião, quais as principais urgências e emergências que podem ocorrer durante o atendimento odontológico?

2- Qual a importância do conhecimento do ASB/TSB em relação às situações de urgência e emergência que podem ocorrer no consultório odontológico?

1.1 Conceitos, Incidência e Recomendações

Torna-se primordial solidificar alguns conceitos, como: urgência e emergência:

• **urgência:** são situações em que apesar da necessidade de um pronto atendimento, não causam risco de vida ao usuário ou vítima, o objetivo é minimizar danos aos tecidos. Na odontologia, pode-se citar como exemplos as pulpites, os abscessos, os traumatismos dentários;

• **emergência:** são situações que surgem de forma inesperada e que colocam em risco a vida do usuário. Na odontologia poucas são as possibilidades que levam às emergências, como infecções severas, traumastismos faciais extensos; na maioria das vezes, o que pode ocorrer são emergências médicas que se desenvolvem dentro do consultório ou clínica odontológica, como por exemplo: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico (derrame), hipoglicemia, dentre outros.

O avanço da medicina, tanto em relação ao diagnóstico precoce de doenças, quanto à evolução terapêutica fez com que a expectativa de vida da população brasileira aumentasse significativamente e como consequência os cirurgiões-dentistas se deparam cada vez mais com idosos em seu consultório, quer seja em serviços

públicos ou clínica privada. Certamente, esses idosos apresentam alterações sistêmicas (diabetes, hipertensão arterial, distúrbios renais ou hepáticos) com mais frequência, o que faz com que o profissinal precise avaliar o estado geral de saúde do usuário, bem como os sinais vitais e adotar medidas preventivas no atendimento, com o objetivo de aumentar a segurança durante o atendimento. Esses fatores costumam reduzir a incidência das emergências.

RELEMBRANDO

"A incidência é um indicador que mede o adoecimento, expresso pelo número de novos casos de uma doença, que ocorrem em uma certa população, em um dado período de tempo. A prevalência também é um indicador que mede o adoecimento e se expressa através do número total de casos de uma doença, que ocorrem em uma certa população, em um determinado tempo" (FUNESA, 2011).



Poucos são os estudos sobre incidência das situações de emergências médicas na clínica odontológica. Um estudo clássico realizado por Malamed, em 1993, mostrou mais de trinta mil casos ocorridos em consultórios particulares dos Estados Unidos, em um período de 10 anos (quadro 1). Vale a pena ressaltar que grande parte desses casos parece estar associada ao estresse cirúrgico (lipotimia, síndrome da hiperventilação, angina, distúrbios cardiovasculares).

Quadro 1 - Episódios de emergências em 10 anos de consultórios particulares de 4.309 dentistas dos EUA.

Tipos de Emergência	Nº de casos	Tipos de Emergência	Nº de casos
Síncope e Lipotimia	15.407	Parada cardíaca	331
Alergia moderada	2.583	Reação anafilática	304
Angina do peito	2.552	Infarto do miocárdio	289
Hipotensão ortostática	2.475	Superdosagem do anestésico local	204
Convulsão	1.595	Edema pulmonar agudo	141
Crise Aguda de Asma	1.392	Coma diabético	109
Hiperventilação	1.326	Acidente Vascular Cerebral	68
Reação à adrenalina	913	Insuficiência adrenal	25
Hipoglicemia aguda	890	Crise hipertireoidismo	4

Fonte: MALAMED, S.F. Managing medical emergencies. J Am Dent Assoc. 1993;124(8):40-53.

Santos e Rumel (2006) realizaram um estudo no qual foi enviado questionário a seis mil dentistas de Santa Catarina, destes, apenas 506 responderam. As principais emergências médicas relatadas pelos dentistas foram: síncope (42,1%), taquicardia (33,9%), hipertensão (31,8%), reação alérgica ao anestésico local (13,2%), hipoglicemia (9,7%) e convulsão (6,1%). Observaram ainda que 88,7% do pessoal auxiliar (ASB ou TSB) que trabalha junto com os cirurgiões-dentistas correspondentes não recebeu qualquer treinamento em emergência médica. Recomendam e destacaram a importância do

treinamento e da capacitação de toda equipe de saúde bucal, para que possam ser capazes de reconhecer e ajudar a solucionar qualquer emergência médica.

A incidência das emergências médicas nos consultórios odontológicos brasileiros foi avaliada em um recente trabalho realizado durante o 27° Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo (CIOSP 2010) e mostrou que a lipotimia foi a situação que mais ocorreu (54%), seguido da hipotensão ortostática (44%).

Andrade e Ranali (2011) referem que, independentemente do tipo ou gravidade da situação de emergência ocorrida no consultório odontológico, deve-se seguir algumas recomendações básicas:

- manter a calma: o cirurgião-dentista como responsável pelo usuário deve transmitir segurança a sua equipe e ao usuário;
- saber quando e a quem pedir ajuda: nem todas as situações de emergência necessitam de um acionamento de um serviço médico de urgência. A lipotímia e a síncope, por exemplo, podem ser controladas no consultório odontológico. Porém, quando existe a necessidade de solicitar socorro, o número do telefone de um serviço de pronto-socorro médico ou hospital próximo ao consultório deve estar sempre à disposição. Algumas cidades possuem o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), que pode ser acionado pelo número 192 ou o serviço de resgate (Corpo de Bombeiros), que atende pelo número 193.
- treinamento em suporte básico de vida (SBV): a equipe de saúde bucal deve realizar o treinamento das manobras de suporte básico de vida em cursos apropriados e regulamentados;
- conhecer o equipamento de emergência: a equipe deve estar familiarizada com o kit de emergência, tanto em relação aos equipamentos (glicosímetro, cilindro de oxigênio) quanto aos medicamentos.

1.2 Noções de Suporte Básico de Vida (SBV)



Fig. 1: Compressões torácicas.

As manobras do suporte básico de vida podem ser rapidamente aprendidas e realizadas em qualquer lugar, tanto por socorristas leigos como por profissionais de saúde. Essas manobras podem salvar vidas; portanto devem ser ensinadas a todas as pessoas capazes de aprendê-las.

O cirurgião-dentista e sua equipe devem estar preparados para prestar os primeiros socorros em situações de emergência; deve-se portanto, estar aptos para realizar procedimentos que garantam a ventilação pulmonar e a circulação sanguínea, o que é chamado de suporte básico de vida. Estas manobras devem ser realizadas até que a vítima possa receber cuidados médicos intensivos (ANDRADE; RANALI, 2011).

Em outubro de 2010 a Associação Americana do Coração (American Heart Association) publicou novas diretrizes, que trazem recomendações para a execução das manobras do SBV (AMERICAN HEART ASSOCIATION, Destaque das diretrizes da Americam Heart Association para RCP e ACE, 2010).

A parada cardiorespiratória (PCR) é caracterizada pelo fim da atividade mecânica do coração com consequente parada da circulação sanguínea, bem como pela interrupção da oxigenação do sangue devido à apnéia ou respirações agônicas. Sabe-se que o sistema nervoso central suporta a falta de oxigênio por, no máximo, 5 minutos. Portanto, as manobras do SBV objetivam reduzir o tempo entre o reconhecimento e execução adequada das mesmas, diante de uma PCR.

• PROTOCOLO DO SBV PARA PROFISSINAIS DE SAÚDE NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

O primeiro passo é avaliar o local onde ocorreu o evento, com o objetivo de preservar a integridade da vítima e do socorrista, fato este normalmente dispensável dentro da clínica ou consultório odontológico.

Em seguida a vítima deve ser abordada com um estímulo físico (tocar as mãos nos ombros) e verbal (você está bem?) simultaneamente e também observada a presença de respiração normal ou agônica (anormal).

Deve-se observar qualquer movimento ou reação da vítima, pois podem ser indícios de consciência, indicando presença de respiração e pulso, mesmo que irregulares. Neste caso (consciente) a vítima deve ser mantida em posição supina e a respiração e o pulso checados a cada 2 minutos.



Curiosidade

O pulso caracteriza-se por uma onda de distensão arterial propagada pela pressão que o coração exerce sobre o sangue, podendo ser avaliado por meio de qualquer artéria acessível em crianças e adultos. Em situações emergenciais recomenda-se a verificação de um pulso central, ou seja, artéria carotídea ou femural.

Caso não haja resposta da vítima aos estímulos realizados anteriormente, considera-se que a mesma esteja incosciente. Portanto, a primeira atitude do socorrista é buscar ajuda, acionando assim um serviço móvel de urgência ou resgate juntamente com um desfibrilador externo automático (DEA). O CD deve solicitar que um membro de sua equipe contacte o serviço móvel de urgência enquanto outro o auxilia no que for necessário e solicitado.

ATENÇÃO



Os desfibriladores externos automáticos são aparelhos computadorizados extremamente sofisticados, confiáveis e de fácil manipulação, proporcionando que qualquer pessoa possa tentar realizar a desfibrilação. Estes aparelhos registram e analisam sinais elétricos do coração, determinando se existe fibrilação ventricular.

O passo seguinte é checar o pulso carotídeo por não mais que 10 segundos, ato este realizado exclusivamente por profissionais de saúde. Para leigos esta manobra não deve ser executada, pois, considera-se que na ausência de respiração normal a vítima encontra-se em parada cardio-respiratória.

Quando a vítima estiver inconsciente, apenas em parada respiratória, as diretrizes do SBV indicam a necessidade de uma boa ventilação (oxigenação do sangue), seguindo a frequência de 8 a 10 ventilações por minuto, lembrado que cada manobra de ventilação deve durar entre 6 e 8 segundos. A técnica de ventilação engloba a desobstrução das vias aéreas, que pode ser realizada com a elevação do mento (exceto vítimas de trauma) (Fig. 2), tracionamento do ângulo mandibular e colocação da cânula orofaríngea (Guedel) (Fig. 3). A ventilação pode ocorrer sem o uso de qualquer equipamento, como a respiração boca a boca, porém com possibilidade de contaminação cruzada entre o socorrista e a vítima. Com o intuito de prevenir esta contaminação cruzada, alguns dispositivivos de barreira foram desenvolvidos ao longos dos anos. O mais simples deles é o lenço facial que apresenta uso único, sendo, portanto, descartável. O dispositivo seguinte é a máscara, que engloba o nariz e a boca e apresenta uma válvula que impede a troca de fluidos entre o socorrista e a vítima. O método mais indicado é também o mais caro, é chamado de dispositivo bolsa máscara (Fig. 4), que também engloba o nariz e a boca (Fig. 5), oferece um volume adequado do ar ambiente ou do cilindro de oxigênio à vitima e tem ainda a vantagem de poder ser reutilizado, pois pode ser submetido ao processo de esterilização.



Fig 2: Desobstrução das vias aéreas com a elevação do mento



Fig. 3: Conjunto de cânula orofaríngea (Guedel).



Fig. 4: Dispositivo bolsa máscara.



Fig. 5: Dispositivo bolsa máscara, englobando nariz e boca.

Quando a vítima estiver inconsciente, apenas em parada cardíaca, as diretrizes do SBV indicam a realização de, no mínimo, 100 compressões torácicas por minuto. Para executar adequadamente a técnica, torna-se necessário seguir as seguintes recomendações:

1) posicionar a vítima em posição supina em superfície rígida (chão ou prancha); não se deve realizar a manobra sobre a cadeira odontológica, pois a mesma irá ceder ao movimento ou até mesmo tombar;

2) o socorrista deve estar ajoelhado ao lado da vítima e localizar o processo xifóide;

3) coloca-se dois dedos acima do **processo xifóide** e com a base da palma da mão sobre o osso esterno entrelaça os dedos da outra mão (Fig. 6);

O **processo Xifóide** está localizado na porção mais inferior do osso esterno.



Fig. 6: Dois dedos acima do processo xifóide.

4) com os braços estendidos, faz-se a força contra o esterno da vítima, utilizando o peso do corpo. Jamais se deve flexionar os braços, pois a compressão será ineficaz e o socorrista cansará rapidamente (Fig. 7);



Fig. 7: Posição adequada; ajoelhado ao lado da vítima com os braços estendidos.

5) as compressões devem deprimir o esterno da vítima em no mínimo 5 centímetros no caso de adultos, 1/3 do diâmetro anteroposterior em crianças (5 centímetros) e 4 centímetros em bebês;

6) descomprimir o tórax para que o sangue flua para dentro dele e do coração, ou seja, deve retirar a pressão totalmente e permitir que o tórax volte a sua posição normal depois de cada compressão (sem retirar as mãos para não perder a posição adequada);

7) a cada 2 minutos deve-se checar o pulso.

Quando a vítima estiver inconsciente e sem respiração e pulso, considera-se a situação mais ameaçadora à vida, estando diante de uma parada cardiorespiratória. De acordo com as diretrizes atuais do SBV, procede-se a realização de 30 compressões seguidas de 2 ventilações para adultos e crianças; porém, quando existem dois socorristas, (situação muito comum no consultório odontológico), no atendimento a crianças, a frequência será de 15 compressões para 2 ventilações. A técnica de compressão e ventilação deve seguir os mesmos critérios mencionados anteriormente, seguindo 5 ciclos de 30/2 em dois minutos.

A utilização do desfibrilador deve ser o mais precoce possível, intercalando com os cilcos de compressão/ventilação a cada 2 minutos.

IMPORTANTE

As novas diretrizes do SBV (2010) alteraram a sequência de prioridades da assistencia à vítima durante a reanimação cárdio pulmonar (RCP), ao invés de seguir a ordem de abertura de vias aéreas (A), boa ventilação (B) e compressões torácicas (C); houve uma inversão para C-A-B. Estudos em animais demonstram que atrasos ou interrupções nas compressões torácicas reduzem a sobrevivência.



ATIVIDADE PRÁTICA 1



Tipo da atividade: coletiva

Suporte Básico de Vida

Formem duplas, simulem a técnica de SBV para usuários com parada cardiorespiratória e descrevam a sua sequência. Realizem também a aferição da PA.

1.3 Lipotimia

Trata-se de uma situação muito comum durante o atendimento no consultório odontológico, sendo definida como um mal-estar passageiro em decorrência da redução temporária do fluxo sanguíneo cerebral (MALAMED, 2000; FIGUEIREDO; AGUIAR, 2007; ANDRADE; RANALI, 2011).

Apresenta como fator etiológico uma íntima relação com fatores emocionais (a ansiedade ou medo ao tratamento odontológico), a visualização de instrumental ou sangue pelo usuário e a dor intensa e inesperada. A prevenção pode ser realizada por meio de identificação e do controle da ansiedade, da não visualização de instrumentais (agulha, lâmina, martelo, alicates, limas endodônticas) e da técnica anestésica o menos dolorosa possível (MALAMED, 2000; FIGUEIREDO; AGUIAR, 2007; ANDRADE; RANALI, 2011).

Clinicamente a lipotimia se mostra como uma palidez generalizada, sudorese fria, visão turva, zumbidos auditivos, náusea ou vômitos, sem haver perda da consciência (MALAMED, 2000; FIGUEIREDO; AGUIAR, 2007; ANDRADE; RANALI, 2011).

Qual a conduta da equipe de saúde bucal diante de um quadro de síndrome da lipotimia no consultório odontológico?

1) Remover qualquer instrumental ou material que esteja na boca do usuário;

2) a equipe pode auxiliar primeiramente posicionando-se em local que não atrapalhe a movimentação de quem está inserido neste processo e, em seguida, tranquilizar o usuário por meio de diálogo;

3) posicionar a cabeça do usuário em um nível mais baixo que o restante do corpo (posição de Trendenlemburg) ou colocar a cabeça do usuário entre as próprias pernas;

4) monitorizar a respiração, pulso e pressão arterial;

5) aguardar 2 a 3 minutos para que haja melhora da condição;

6) dispensar o usuário, com acompanhante, após 10 a 15 minutos;

7) investigar a causa no intuito de minimizar recorrência.

1.4 Síncope

Trata-se de uma das causas mais comuns de perda de consciência no consultório odontológico, sendo caracterizada pela inconsciência (desmaio) em decorrência da rápida redução do fluxo sanguíneo cerebral (MALAMED, 2000; FIGUEIREDO; AGUIAR, 2007; ANDRADE; RANALI, 2011).

A síncope de natureza psicogênica ocorre com mais frequência no consultório odontológico e está associada as experiências prévias de dor durante o tratamento dentário, a visão do instrumental e de sangue, ao ruído da caneta de alta rotação e a um odor característico, todas estas situações tornam-se estímulos que chegam ao cérebro (MALAMED, 2000; FIGUEIREDO; AGUIAR, 2007; ANDRADE; RANALI, 2011).

Os aspectos preventivos envolvem os mesmos observados anteriormente para o caso de lipotimia, sendo de fundamental importância o conhecimento do estado geral de saúde do usuário.

O protocolo de tratamento envolve muitas similaridades com a lipotimia:

1) interromper do atendimento odontológico, seguido da remoção de qualquer instrumental ou material que esteja na boca do usuário;

2) avaliar o nível de consciência através de estímulo físico e verbal;

3) posicionar a cabeça do usuário em um nível mais baixo que o restante do corpo;

4) monitorizar a respiração, pulso e pressão arterial;

5) aplicar máscara de oxigênio;

6) aguardar 2 a 3 minutos para que haja melhora da condição;

7) dispensar o usuário, com acompanhante, após 10 a 15 minutos;

8) investigar a causa no intuito de minimizar recorrência.

1.5 Hipoglicemia

Este tipo de situação pode ocorrer no consultório odontológico tanto em indivíduos diabéticos (mais comum) como não diabéticos. Considera-se o estado de hipoglicemia quando a taxa de glicose sanguínea cai para valores abaixo do mínimo normal (60mg/dL). Esta patologia costuma ser mais grave, em curto prazo, que a hiperglicemia, por ser a glicose o principal substrato energético do cérebro. A ausência de glicose pode desencadear distúrbios funcionais, lesão tecidual e até mesmo a morte (MALAMED, 2000; FIGUEIREDO; AGUIAR, 2007; ANDRADE; RANALI, 2011).

A causa mais comum de hipoglicemia é a ingestão abusiva de bebidas alcoólicas, o que dificulta a liberação de glicose pelo fígado. O jejum prolongado, o esforço físico demasiado, o uso inadequado de insulina e drogas hipoglicemiantes orais são outras formas que podem levar ao mesmo quadro clínico.

A melhor forma de prevenir esta condição é o adequado conhecimento, por parte do profissional, da história médica do usuário colhida durante a anamnese. Os usuários diabéticos são considerados de alto risco para a odontologia, pois podem apresentar alterações cardiovasculares e variações da glicemia sanguínea, portanto o cirurgião-dentista deve acompanhar o estado atual da doença por meio de de exames laboratoriais (glicemia em jejum e hemoglobina glicada) e, caso necessário, troca de informações com o médico endocrinologista. Além disso, deve-se orientar o usuário a se alimentar antes de qualquer consulta, bem como realizar o teste de glicemia capilar com o glicosímetro (MALAMED, 2000; FIGUEIREDO; AGUIAR, 2007; ANDRADE; RANALI, 2011).

Os usuários com hipoglicemia apresentam extremo nervosismo, sudorese, frio, palidez, tremores, alucinações, dilatação das pupilas, taquicardia, sensação de fome, náusea, vômito, desconforto abdominal. Em estágios mais avançados, as alterações ocorrem devido a redução de glicose no cérebro: alteração no humor, choro, cansaço, fraqueza, tontura, visão dupla, dificuldade de fala, falta de coordenação motora, coma, respiração difícil e crise convulsiva.

O que a Equipe de Saúde Bucal (ESB) deve fazer?

1) interromper do atendimento odontológico, seguido da remoção de qualquer instrumental ou material que esteja na boca do usuário;

2) posicionar o usuário confortavelmente;

3) caso o usuário esteja consciente administrar carboidrato por via oral (água com açucar, suco ou refrigerante), até os sintomas desaparecerem;

4) caso o usuário esteja inconsciente, chamar um serviço móvel de urgência e aplicar uma ampola de glicose a 50% por via endo-venosa;

5) monitorizar a respiração, pulso e pressão arterial;

6) investigar a causa no intuito de minimizar recorrência.

ATENÇÃO



O diabetes mellitus é uma alteração metabólita caracterizada pelo metabolismo irregular de carboidratos, proteínas e lipídios. A característica primordial desse distúrbio é a hiperglicemia (aumento nos níveis de glicose do sangue), ocasionada pela redução na secreção de insulina pelo pâncreas, modificação na ação da insulina ou ambos. Tem sido observado que a persistência da hiperglicemia afeta quase todos os tecidos do corpo, e está relacionada com complicações significativas de vários sistemas de órgãos, incluindo olhos, nervos, rins e vasos sanguíneos.

1.6 Hipotensão Ortostática

Consiste em uma queda rápida da pressão arterial, que ocorre quando o usuário deitado de costas, assume rapidamente a posição ereta, ficando susceptível ao desmaio. Não se trata de uma doença e sim de uma regulação inadequada da pressão arterial pelo sistema nervoso autônomo, que costuma ser leve e passageira, não oferecendo risco à vida do usuário, porém pode ser intensa e duradoura quando estiver relacionada a doenças degenerativas do sistema nervoso simpático (MALAMED, 2000; FIGUEIREDO; AGUIAR, 2007; ANDRADE; RANALI, 2011).

Quando se assume a posiçao ortostática (em pé) repentinamente faz com que o sangue fique represado nas veias dos membros inferiores, com isso, há um retardo temporário no retorno venoso e débito cardíaco e consequente redução da pressão arterial. Algumas drogas utilizadas no tratamento da hipertensão arterial e angina do peito podem predispor o indivíduo a esta condição, bem como algumas condições, como: idade avançada, disfunções venosas nas pernas, gravidez, sessões de atendimento longas e longos períodos de convalescença (MALAMED, 2000; FIGUEIREDO; AGUIAR, 2007; ANDRADE; RANALI, 2011).

A prevenção deste quadro requer atenção ao reconhecimento do perfil do usuário de risco, evitar sessões de tratamento odontológico muito prolongadas e ao término de cada atendimento, pedir que o usuário se levante lenta e cuidadosamente.

As manifestações clínicas envolvem a palidez generalizada, sudorese, visão turva, vertigem e tontura.

O tratamento contempla:

1) fazer com que o usuário volte posição anterior (deitado) e só levante de forma gradativa;

2) aplicar máscara de oxigênio;

3) monitorizar a respiração, pulso e pressão arterial;

4) caso o usuário esteja inconsciente chame um serviço móvel de urgência e aplique os princípios discutidos anteriormente no SBV.

1.7 Síndrome da Hiperventilação

Trata-se de um acidente muito comum no consultório odontológico, caracterizado pelo excesso de ventilação, ou seja, um aumento da quantidade de ar inspirado nos pulmões. A ansiedade ou o medo ao tratamento dentário promove um estímulo nos centros respiratórios e ocasiona aumento na amplitude e frequência respiratória (taquipnéia), gera um aumento no volume de ar inspirado, determinando uma alcalose, aumento na alcalinidade dos fluidos do corpo, pois a ventilação pulmonar em excesso reduz a concentração sanguínea de hidrogênio, enquanto eleva a de bicarbonato.

Os sinais e sintomas mais observados são: nervosismo, palpitação, taquicardia, aumento da frequência respiratória (25 a 30 movimentos por minuto), sensação de sufocamento, distúrbios visuais, tontura, tremores ou formigamento nos membros e face e pode haver perda de consciência.

A prevenção desta condição passa pela identificação do nível de ansiedade do usuário e de seu controle por intermédio de métodos farmacológicos (benzodiazepínicos) e não farmacológicos (hipnose, verbalização).

O ASB/TSB deve seguir as orientações do CD e auxiliá-lo diante de um quadro de síndrome da hiperventilação.

E o que a ESB deve fazer?

1) interromper do atendimento odontológico, seguido da remoção de qualquer instrumental ou material que esteja na boca do usuário;;

2) colocar o usuário em posição confortável;

3) tranquilizar o usuário falando que vai auxiliá-lo;

4) fazer o usuário respirar um ar rico em CO2, com um auxílio de um saco plástico ou com suas mãos em forma de concha e cobrir o nariz e a boca;

5) repetir a manobra até a melhora do quadro clínico;

6) se não houver melhora do quadro, administrar um comprimido de diazepan 10mg, por via oral.

1.8 Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho

O tratamento odontológico proporciona um grande risco de que objetos possam cair na cavidade bucal ou na orofaringe, e levar a possibilidade de ser ingerido ou aspirado. Sendo assim o corpo estranho pode ser conduzido para o esôfago (trato gastrintestinal) ou a traqueia (via aérea), ocluindo a passagem de ar. Geralmente, o objeto deglutido passa pelo trato gastrintestinal sem problemas, porém , em alguns casos, pode provocar perfurações, abscessos e peritonite. O corpo estranho que entra na traqueia pode causar asfixia e morte do usuário, portanto requer do cirurgião-dentista e de sua equipe uma atuação imediata e eficaz e, para isso, cada profissional deve estar apto a reconhecer o quadro e aplicar as manobras necessárias para a desobstrução (MALAMED, 2000; FIGUEIREDO; AGUIAR, 2007; ANDRADE; RANALI, 2011).

Como foi dito, isto pode acontecer durante um tratamento odontológico. Como exemplo tem-se, a área de endodontia, na qual são utilizados vários instrumentos pequenos que podem cair na cavidade bucal e pode desta forma ser aspirado pelo usuário. Pode ocorrer também na área de dentística, durante a remoção de uma restauração e nas diversas especialidades da odontologia.

O corpo estranho pode promover obstrução parcial ou total das vias respiratórias e desencadear, às vezes, a contração dos músculos da laringe, ocasionar um laringoespasmo e dificultar ainda mais a respiração.

Alguns indivíduos apresentam predisposição a desenvolver este quadro, como: bebês, crianças e idosos, obesos e gestantes, indivíduos sedados, indivíduos com déficit neurológico (etilistas, epilépticos, deficientes mentais), dentre outros.

As características clínicas da obstrução das vias aéreas variam de acordo com o comprometimento da via respiratória. Nos casos de obstrução parcial, o usuário apresenta uma tosse fraca, dificuldade de respiração, pele azulada ou acinzentada (cianose), rouquidão, sibilo e nervosismo. Já na obstrução total oserva-se impossibilidade de falar, ausência de respiração (apnéia), ausência de tosse, cianose nas extremidades e o sinal universal de asfixia (mãos na garganta) (Fig. 8).



Fig. 8: Sinal universal de asfixia.

A prevenção da obstrução institui o uso de isolamento absoluto em qualquer procedimento odontológico, desde que seja possível. Além disso, existe a possíbilidade de amarrar os objetos a um fio dental. Nos usuários que apresentam um risco maior, deve-se atentar também para a posição da cadeira odontológica, que deveria estar o mais sentada possível. Um outro item que ajuda é a presença de bomba a vácuo como meio de aspiração de fluidos da cavidade bucal.

Nos usuários com obstrução parcial das vias aéreas deve-se estimular que o mesmo tente resolver o problema sozinho, pois nenhuma manobra é mais eficaz de que sua própria tosse. Já nos casos de obstrução total o auxílio deve ser imediato, pois o indivíduo não consegue falar, respirar ou tossir. Os procedimentos manuais aplicados nos casos de obstrução total das vias aéreas são:

1) golpes nas costas – só deve ser realizado em bebês, desde que se possa colocá-lo com a cabeça para baixo, não é recomendado para crianças e adultos, pois pode deslocar o objeto mais profundamente (Fig. 9);



Fig. 9: Golpes nas costas.

2) inspeção com os dedos – recomendada apenas quando os objetos estão acima da epiglote e em vítimas inconscientes (Fig. 10);



Fig. 10: Varredura digital.

3) compressões manuais – podem ser realizadas compressões abdominais (na parte superior do abdome) através da **Manobra de Heimlich**, já abordada no capítulo anterior, e compressões torácicas (na parte inferior do tórax), ambas com o objetivo de aumentar a pressão intra-abdominal, simulando uma tosse artificial que pode expelir o corpo estranho. A compressão torácica está indicada apenas para gravidez, obesos morbidos e em bebês de até 1 ano, devido ao risco das compressões abdominais causarem lesões de órgãos, nas demais situações, aplica-se a manobra de Heimlich.

1.9 Reações Alérgicas

ATIVIDADE 3



Tipo da atividade: coletiva

Rodas de Leitura - Anestesia X Emergência Médica

Formem dois grupos, leiam e discutam sobre os pontos principais do texto proposto pelo docente. Apresentem suas considerações para o coletivo.

Apesar de serem raras, as reações alérgicas severas podem ser potencialmente fatais. O contato com substâncias alérgenas no consultório odontológico pode envolver o uso de várias drogas ou materiais, como o povidine, a resina acrílica e os anestésicos locais. A consequência mais grave de uma reação alérgica é a obstrução das vias aéreas superiores por um edema de glote ou um choque anafilático (MALAMED,

2000; FIGUEIREDO; AGUIAR, 2007; ANDRADE; RANALI, 2011).

A possibilidade de reação alérgica ao anestésico local é muito baixa em virtude de alterações feitas na sua estrutura molecular. Julga-se que os usuários que ainda são sensíveis ao anestésico local, na verdade seriam sensíveis aos conservantes inseridos na solução anestésica. Outros fatores relacionados à anestesia local podem gerar situações emergênciais, como; a superdosagem do anestésico, a técnica incorreta de administração e a ansiedade gerada durante a aplicação anestésica.

> [...] acidentes e complicações constituem situações passíveis de ocorrência, podendo estar associadas às técnicas anestésicas e às substâncias químicas utilizadas. As complicações, quando ocorrem, podem ser divididas em psicogênicas e não psicogênicas. As primeiras independem do anestésico e estão relacionadas ao estado de estresse do paciente. As não psicogênicas são raras, estando relacionadas à técnica de administração inadequada, superdosagem ou a uma reação alérgica ao anestésico (PAIVA, 2005, apud TRENTO, 2010, p.45).

O choque anafilático é uma situação ameaçadora à vida do usuário, pois ocorre de forma aguda e compromete vários sistemas orgânicos (respiratório e cardiovascular). O tratamento exige extrema rapidez por parte do profissional e sua equipe, pois o usuário deve ser transportado de imediato para uma unidade hospitalar, enquanto os primeiros socorros são prestados.

Clinicamente, o usuário que apresenta reação alérgica pode mostrar coceira, vermelhidão da pele, urticária, edema (angioedema) na região de lábios e pálpebras. Nos casos mais severos pode haver comprometimento do sistema respiratório, com presença de chiado, obstrução parcial ou total das vias aéreas, broncoespasmo, com consequênte dificuldade respiratória.

O tratamento envolve a utilização de medicações antiinflamatórias esteroidais, anti-histamínicos e adrenalina, de acordo com a gravidade de reação alérgica, bem como uso de oxigênioterapia e a aplicação dos princípios do suporte básico de vida.

2 URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

ATIVIDADE 4



Tipo da atividade: coletiva

Casos de Emergência Ocorridos no Ambiente Odontológico

Formem dois grupos e produzam uma estória de uma situação de emergência que ocorreu no consultório odontológico. Para isso, discutam com os componentes do grupo sobre casos ocorridos e selecionem o melhor caso relatado. Por fim, cada grupo deve apresentar a estória selecionada e discutir com toda a turma sobre a possibilidade de prevenção da ocorrência do caso apresentado.

ATIVIDADE 5

Tipo da atividade: individual e coletiva

Urgências Odontológicas

Situação Problema: "CONHECENDO A HISTÓRIA DE SEU JOAQUIM ...".



Seu Joaquim é um homem mui to alegre e comunicativo, com seus 49 anos de idade, é um dos pescadores mais querido da Cidade de Cabrobró do Judas onde reside com sua esposa (D. Gedalva) e com seus 4 filhos (Jordan, Julio, Jessé e José). O título não veio por acaso, é fruto de sua dedicação para o trabalho.

Atualmente, Seu Joaquim voltou a ser o único provedor da casa, pois Jordan, seu filho mais velho, foi demitido, após o Natal, do armazém onde trabalhava como ajudante. A renda da família é muito baixa, em torno de R$ 90,00/mês.

Nos últimos dias, Sr. Joaquim andava meio desanimado e com pouca disposição para o trabalho, fato que chamava a atenção. O motivo era uma dor de dente que ele vinha tentando de tudo para se livrar. Colocou folha de Sambacaitá, chá de Anador, AAS, pimenta, cachaça e nada resolveu. Só que Joaquim é daqueles homens que não têm muita conversa com o povo de dentro de casa, tem mais abertura com o povo da rua, principalmente, com os amigos do bar onde joga dominó. Só que sua mulher já vinha observando algo estranho. Aí resolveu questionar:

- O que tá acontecendo, hein? Porque você nem come mais direito, e nem dorme? Passa a madrugada para lá e para cá?

Ele retruca e desabafa:

- Mas Você!!! É que ando com uma dor nos dentes miserável, você sabe o que é isso? É uma dor desgraçada. Já tentei de tudo, até tirar no facão, mas como se trata do "dentiqueiro", tá ruim de tirar.

- Mas Hôme! Isso é porque você tem medo de dentista e ainda com mania de esconder as coisas de mim. Eu já podia ter marcado ficha para a dentista, toda semana tô na cidade.

- Tá bom muler, mas deixa de sermão e de muito "converseiro", que eu tenho que ir trabalhar.

- Você vai trabalhar assim?

- Deixe de invenção, já viu dor de dente deixar alguém sem trabalhar, muler?

Nesse momento, o pescador se retira, pega sua rede de pesca e sai em disparada. Dona Gedalva, preocupada, começou a correr atrás de uma solução, indo atrás do Agente de Saúde da área. Chegando à casa do Agente, ele informou que poderia ir à consulta a qualquer hora, já que se tratava de um caso de urgência. Ele aproveitou para comunicar que a Equipe de Saúde Bucal estaria no povoado na tarde do dia seguinte. Assim, dona Gedalva procurou a odontóloga, já que a mesma estava junto com a ASB na escola reunidos com 30 alunos de três povoados formando multiplicadores de saúde bucal. Dona Gedalva, aproveitando a pausa do curso relatou a situação de Sr. Joaquim.

Assim, conversaram e a odontóloga solicitou-lhe que pedisse ao marido para ir no outro dia de manhã procurá-la.

No dia do atendimento, Sr. Joaquim foi o primeiro a chegar à unidade e o primeiro a ser atendido.

A odontóloga aproveitou e questionou sobre a pressão, se tinha alergia a algum medicamento, se ele ingeria bebidas que continham álcool e se fumava.

O usuário todo desconfiado falou que bebia, mas não fumava e que "vim aqui não foi para consulta, vim porque ando com uma "dor de dente", daquelas..."

Nesse primeiro encontro a profissional aproveitou e preencheu o odontograma, verificou a PA e prescreveu o Diclofenaco de Sódio de 50mg. Alertando em seguida: de 8/8 horas durante 3 dias.

-Seu Joaquim, o senhor deverá retornar na segunda-feira para realizarmos a extração.

O usuário inconsolado por não ter sua expectativa atendida reclama:

- Segunda-feira, mas, doutora, vim para a senhora me livrar desse "infeliz" e a senhora não fez nada, minha mulher já não contou meu caso? E ainda me passa remédio que eu não tenho nem dinheiro para comprar.

A dentista busca acalmar o usuário e comunica o motivo da não execução do procedimento e que ele fique calmo, pois a medicação que ele precisará vai despachar na farmácia básica do município, pedindo que a ASB Aline explicasse como ele faria para chegar à farmácia.

Assim, o usuário volta para casa com sua medicação muito indignado, toma e na segunda-feira vai extrair o seu dente. A odontóloga procedeu à extração, e suturou.

Aline orientou nos cuidados pós-cirurgicos, pedindo que ele retornasse após 7 dias.

- Voltar de novo!!!!!!!. Exclamou Joaquim "você já não me livrou desta coisa ruim".?

- Seu Joaquim, o senhor vai voltar para observamos a cicatrização e realizarmos outras ações que o Sr. necessitar. Explicou a dentista.

O pescador sai, fazendo gestos de descontentamento, mas passados os 7 dias volta à Clínica de Saúde da Família.



.....

Fonte: FUNESA – Fundação Estadual de Saúde. Atenção à Saúde Bucal no Estado de Sergipe - Saberes e tecnologias para implantação de uma política. Livro do Aprendiz 7 / Fundação Estadual de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. – Aracaju: FUNESA, 2011.

Após leitura e processamento da situação problema "CONHECENDO A HISTÓRIA DE SEU JOAQUIM..." respondam as questões seguintes e discutam sobre os temas abordados:

1. O que você entende por urgências odontológicas? Qual o trecho, na história de Joaquim, que você percebe que há um caso de urgência odontológica?
2. Quais as urgências odontológicas mais comuns na sua área? E quais as urgências odontológicas que você conhece?
3. Quais os objetivos do tratamento de urgências odontológicas?
4. Por que Seu Joaquim demorou a procurar os serviços odontológicos? E por que ele se chateou quando a dentista prescreveu um medicamento e solicitou que ele retornasse depois?

As pessoas reagem de forma diferente à dor. Justifique esta afirmativa.

ATIVIDADE PRÁTICA 2

Tipo da atividade: coletiva

Tratamento Caseiro



Formem grupos e busquem na comunidade estórias que conhecem de usuários que tenham feito tratamentos com medicações caseiras. Apresentem posteriormente estas estórias de maneira criativa e listem os remédios ou produtos que foram citados durante as apresentações.

O ASB/TSB desempenha um papel de fundamental importância no auxílio ao cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento das urgências que ocorrem no âmbito do consultório odontológico. A regulamentação de suas atividades foi sansionada em 24 de dezembro de 2008 pela lei número 11.889, sendo, portanto, um instrumento de validação de suas atividades profissionais (BRASIL, 2008).

De acordo com a Associação internacional para estudo da dor (IASP, 1992), a dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável, que geralmente está ligada aos quadros de urgências odontológicas, e que está associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou que é descrita como causada por esta lesão. A dor aguda está relacionada a um dano tecidual de acometimento recente e duração limitada, já a dor crônica implica em persistência da dor, mesmo que tenha havido cicatrização do tecido.

A maioria das urgências odontológicas envolve dor orofacial aguda, proveniente de um ou mais dentes, mas que pode se originar em qualquer tecido ou estrutura facial.

Geralmente as pessoas retardam a procura por profissionais especializados, talvez, devido à ansiedade ao tratamento odontológico de urgência, tenham esperança de que a dor cesse. É comum ouvir relatos de pessoas em relação ao medo que sentem diante de um tratamento de urgência odontológica.

De acordo com Mazzili (2008), esse retardo pode estar relacionado a aspectos comportamentais e às possíveis dificuldades de acesso aos cuidados em saúde bucal e associar ainda, quer por iniciativa própria, quer por orientação de terceiros o uso de práticas para contornar o quadro sintomático, ao uso de remédios caseiros, a automedicação, as ”simpatias”. Este uso incorreto de medicamentos pode favorecer o agravamento do problema.



Para refletir

Poderia a automedicação estar sendo influenciada pela dificuldade de acesso às CSF?

E as desigualdades ocupacionais podem influenciar na iniciativa da automedicação e de uso de medicamentos caseiros diante de um quadro de urgência odontológica?

A automedicação também pode estar sendo influenciada, dentre outras causas, pelas limitações de acesso a serviços de prevenção e assistência à saúde bucal, impostas, principalmente, a boa parte da população economicamente ativa, em razão de fatores ligados às suas próprias ocupações, em especial, quando dependem de atendimento público nos grandes centros urbanos (MAZZILLI, 2008).



ATIVIDADE PRÁTICA 3

Tipo da atividade: coletiva

Os Riscos do Uso de Remédios Caseiros e da Automedicação

Na atividade anterior vocês apresentaram estórias de usuários que fizeram uso de medicações caseiras diante de um quadro de urgência odontológica. Agora, produzam instrumentos (cartazes, slides, painéis) para serem utilizados em uma palestra na comunidade, em que orientem os usuários sobre os riscos do uso de remédios caseiros e da automedicação diante de um quadro de urgência odontológica.

ATIVIDADE 6

Tipo da atividade: coletiva

Roda de Leitura – Medo do Tratamento Odontológico de Urgência

Formem grupos e realizem a leitura do texto que será distribuído pelo docente. Em seguida, discutam e façam uma síntese do assunto abordado no artigo para apresentar ao coletivo.

2.1 Dor de Origem Pulpar

A dor de origem pulpar ou periapical representa cerca de 90% das situações de urgência que chegam ao consultório odontológico e necessita de terapia restauradora, endodôntica ou exodôntica. Apresentam-se de três formas, descritas a seguir:



- **Hipersensibilidade Dentinária:**

Normalmente associada à recessão gengival com exposição dentinária na região cervical do dente. Clinicamente o usuário se queixa de dor aguda, fugaz, localizada e provocada após estímulos mecânicos e térmicos(LOPES, 2004; FIGUEIREDO; AGUIAR, 2007).

O tratamento consiste em utilizar substâncias que promovam a obliteração dos túbulos dentinários expostos, o que pode ser consseguido com adesivos dentinários ou cimentos de ionômero de vidro fotopolimerizáveis. Portanto, a ASB/TSB deve estar atento à seleção do material pelo cirurgião-dentista e promover o auxílio necessário à aplicação do produto.

- **Pulpite Reversível:**

A dor quando existe, normalmente, é provocada por estímulos alimentares, térmicos (frio ou calor) ou testes de sensibilidade. Uma tomada radiográfica periapical ou interproximal realizada pelo TSB/CD poderá revelar presença de lesão de cárie, geralmente profunda, restaurações extensas ou fraturadas, sem contudo haver comprometimento pulpar(LOPES, 2004; FIGUEIREDO; AGUIAR, 2007).

O tratamento consiste na remoção do tecido cariado ou restauração defeituosa, aplicação de uma proteção do complexo dentina polpa, seguido de um material restaurador. Caberá ao ASB/TSB auxiliar o profissional em relação aos instrumentais necessários e manipulação dos materiais selecionados.

ATENÇÃO



Caberá apenas ao TSB a inserção do material restaurador no preparo cavitário.

- **Pulpite Irreversível Sintomática:**

Na fase inicial da pulpite irreversível sintomática a dor pode ser provocada ou espontânea e intermitente. Com a evolução do processo a dor torna-se contínua, persistente, lancinante, difusa e piorada por estímulos térmicos. Num exame radiográfico periapical observa-se comprometimento pulpar, com discreto espessamento do ligamento periodontal(LOPES, 2004; FIGUEIREDO; AGUIAR, 2007).

O ASB/TSB devem compreender, observar e auxiliar a execução do tratamento, que envolve:

anestesia;

remoção de dentina cariada e/ou restaurações inadequadas;

isolamento absoluto;

antissepsia do campo operatório;

acesso à câmara pulpar;

pulpectomia;

preparo químico-mecânico;

medicação intracanal;

selamento coronário.

2.2 Abscesso Apical Agudo



A contaminação microbiana dos tecidos perirradiculares promove a liberação de mediadores químicos envolvidos na resposta inflamatória aguda. Estes mediadores (histamina, prostaglandina) irão promover vasodilatação e aumento da permeabilidade vascular, com consequente formação de edema e compressão de nervos sensoriais (dor) (LOPES, 2004; FIGUEIREDO; AGUIAR, 2007).

Clinicamente, o usuário se queixa de dor espontânea, pulsátil e durante a mastigação e pode haver comprometimento sistêmico e quadro febril. Ao exame físico intraoral constata-se dor à percussão vertical e palpação (LOPES, 2004; FIGUEIREDO; AGUIAR, 2007).

De acordo com a fase em que se encontra o abscesso, haverá um tratamento mais apropriado:

• **Fase inicial: não existe aumento de volume**

anestesia;

remoção de dentina cariada e restaurações inadequadas;

isolamento absoluto;

antissepsia do campo operatório;

acesso à câmara pulpar;

drenagem da coleção purulenta pelo canal;

desinfecção progressiva;

preparo químico-mecânico;

medicação intracanal;

selamento coronário

prescrição de medicamentos.

• **Em evolução: presença de edema consistente, sem ponto de flutuação**

anestesia;

remoção de dentina cariada e restaurações inadequadas;

isolamento absoluto;

antissepsia do campo operatório;

acesso à câmara pulpar;

drenagem da coleção purulenta pelo canal;

desinfecção progressiva;

preparo químico-mecânico;

medicação intracanal;

selamento coronário

prescrição de medicamentos.

• **Evoluído: existe aumento de volume com ponto de flutuação**

anestesia;

incisão da região flutuante, quer seja por intra ou extraoral com lâmina de bisturi número 11 ou 15;

instalação e fixação de um dreno Pen Rose número 1;

isolamento absoluto;

antissepsia do campo operatório;

acesso à câmara pulpar;

drenagem da coleção purulenta pelo canal;

desinfecção progressiva;

preparo químico-mecânico;

medicação intracanal;

selamento coronário

prescrição de medicamentos.

2.3 Traumatismo Dentário

ATIVIDADE 7

Tipo da atividade: individual e coletiva

Traumatismo Dentário

Relato de caso



André, um garoto de 12 anos, sobrinho da ASB Viviane, estava conversando com o seu amigo na varanda de casa e caiu de repente. Ele bateu com os dentes no chão e acabou fraturando o incisivo superior direito e o esquerdo ficou deslocado. Houve muito sangramento na hora e, por isso, todos que estavam lá ficaram muito nervosos, inclusive Viviane, que estava presente no momento do acidente. Levaram o garoto à CSF, onde foram realizados os procedimentos de urgência. O lábio inferior de André estava machucado, mas o cirurgião decidiu não suturar já que eram vários cortes pequenos. No dia seguinte, o garoto voltou ao dentista queixando-se que os dentes que sofreram o trauma estavam muito sensíveis, principalmente o que não fraturou e que um dos cortes estava aberto e inflamado e os outros haviam cicatrizados. O CD então suspeitou que um fragmento do dente que havia fraturado estivesse dentro do lábio. Tirou uma radiografia e comprovou sua suspeita.

Formem grupos, discutam e escrevam num painel as orientações que vocês dariam no caso relatado. Apresentem em seguida.
Diante deste caso, reflita e escreva no caderno sobre a importância das orientações que a ASB Viviane deveria prestar na hora do acidente.

Os traumatismos dentários representam situações clínicas problemáticas dentro da urgência odontológica, pois ocasionam lesões desagradáveis do ponto de vista visual, fazendo com que o usuário e os pais fiquem transtornados e exijam uma atitude rápida por parte da equipe.

Apesar de lesões traumáticas envolvendo dentes poderem ocorrer em qualquer faixa etária, normalmente observa-se um maior acometimento de dentes permanentes jovens, na faixa etária bastante ativa, que compreende meninos de 8 aos 12 anos. As causas mais comuns são os acidentes de bicicleta e os decorrentes de práticas esportivas. Em virtude de ser o dente mais proeminente da arcada, o incisivo central superior sofre a maioria dos traumatismos, estudos mostram até 80% de acometimento deste dente (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001; PRADO; SALIM, 2004; PETERSON et al., 2005).

Podem ocorrer desde fraturas coronárias até as avulsões dentárias, nas quais, dependendo da orientação da equipe de saúde bucal, o sucesso do tratamento instituído pode estar comprometido.

O diagnóstico do tipo de traumatismo que acometeu um usuário deve envolver um detalhado exame clínico, com a história completa do acidente, bem como a anamnese, testes de inspeção, palpação, percussão, vitalidade pulpar e finalizar com um exame radiográfico.

É importante que o ASB/TSB conheça as etapas para se alcançar um diagnóstico e as formas de tratamento para cada caso para atuar auxiliando o cirugião-dentista.

2.3.1 Fratura Coronária

Andreasen; Andreasen (2001) referem que as fraturas coronárias são o tipo de dano a estrutura dentária mais comum na dentição permanente. O tecido duro pode ser perdido e ainda ocorrer um dano à polpa dental. Tais fraturas resultam de um impacto frontal, cuja energia excede à resistência do esmalte e dentina. Este tipo de lesão se apresenta como a principal fonte de complicações pulpares após o traumatismo dentário.

O tratamento a ser adotado depende do tecido duro envolvido (esmalte e/ou dentina) e do grau de comprometimento pulpar (Fig. 11), podendo variar de uma simples restauração com resina composta, uma colagem do fragmento fraturado, um capeamento pulpar direto ou inidreto ou tratamento endodôntico (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001; PRADO; SALIM, 2004).

O ASB/TSB deve orientar o usuário ou familiares a manter o fragmento do dente hidratado em recipiente contendo água e orientar a procurar um cirurgião dentista.



Fig. 11: Fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar do dente 21e sem exposição pulpar do dente 22.

2.3.2 Fratura Corono-Radicular

Este tipo de traumatismo é comum e se apresenta decorrente de um impacto horizontal no dente. Apresenta geralmente envolvimento de esmalte, dentina e cemento, com comprometimento pulpar e traço de fratura oblíquo abaixo do sulco gengival (Fig. 12), aspectos que tornam este tipo de traumatimo mais complexo (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001).

Após o delineamento dos limites da fratura por meio de radiografia periapical, várias são as possibilidades de tratamento, de acordo com a extensão subgengival da lesão, da morfologia da lesão, da morfologia da raiz dentária e do posicionamento estético do dente fraturado. As opções englobam a remoção do fragmento fraturado e recomposição estética, tratamento endodôntico, tracionamento ortodôntico ou cirúrgico e cirurgias periodontais (gengivectomia) (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001; PRADO; SALIM, 2004).

Assim como nos casos de fratura coronária, o ASB/TSB deve orientar o usuário ou familiares a manter o fragmento do dente hidratado em recipiente contendo água e orientar a procurar um cirurgião-dentista.



Fig. 12: Fratura corono-radicular do dente 22.

2.3.3 Fratura Radicular

As fraturas radiculares são incomuns e apresentam um padrão cicatrização bem complexo devido ao traumatismo simultâneo da polpa, ligamento periodontal, dentina e cemento. Normalmente resulta de um impacto horizontal ao dente e podem acometer o terço médio ou apical. Uma radiografia periapical em várias angulações é necessária para adequada localização da fratura (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001).

O tratamento deste tipo de fratura envolve o tratamento endodôntico, o reposicionamento da coroa (caso haja deslocamento) e uma contenção durante 21 dias (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001; LOPES; SIQUEIRA JR., 2004; PRADO; SALIM, 2004).

O ASB/TSB deve orientar o usuário ou familiares a procurar um cirurgião-dentista para que seja realizado um exame radiográfico.

2.3.4 Concussão e Subluxação

Estes traumatismos representam danos leves ao ligamento periodontal e polpa dentária. Na concussão ocorrem hemorragia e edema no interior do ligamento periodontal e torna o dente sensível à percussão e a mastigação, no entanto não há mobilidade dentária, não existe sangramento no sulco gengival ou deslocamento dental. A subluxação promove rompimento de algumas fibras do ligamento periodontal, que resulta em mobilidade dentária e pequeno sangramento do sulco gengival (Fig. 13) (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001).

O tratamento de ambas as injúrias envolve a orientação de uma dieta macia e desgate oclusal com o objetivo de retirar interferências oclusais. No caso de subluxação deve ser realizada uma contenção semirrígida por duas semanas e preconizado um acompanhamento clínico e radiográfico, com o objetivo de diagnosticar possível necrose pulpar.

O ASB/TSB deve orientar o usuário a procurar um cirurgião dentista logo após o ocorrido. Pode ainda reforçar as orientações de dieta macia e pedir que o usuário observe possíveis mudanças de coloração (escurecimento) da coroa do dente traumatizado.



Fig. 13: Subluxação do dente 21.

2.3.5 Luxação Intrusiva

A intrusão resulta de um impacto direto no sentido do longo eixo do dente. Nesta lesão ocorre um dano maior à polpa e às estruturas de sustentação, uma vez que o dente foi deslocado para dentro do processo alveolar (Fig. 14 e Fig. 15). As complicações mais frequentes são necrose pulpar (maior que 96% dos dentes permanentes com rizogênese completa), reabsorção radicular e perda do tecido ósseo marginal de suporte (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001).



Fig. 14: Intrusão completa do dente 22.



Fig. 15: Visualização da coroa do dente 22.

Quando o dente intruído apresentar rizogênese incompleta, pode-se aguardar a reerupção, não sendo necessário nenhum outro tipo de tratamento, a não ser que este dente tenha atingido o assoalho nasal, neste caso deve ser realizado tracionamento cirúrgico seguido de contenção semirrígida por até duas semanas (Fig. 16 e Fig. 17) (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001; LOPES; SIQUEIRA JR., 2004; PRADO; SALIM, 2004).

É de fundamental importância que o ASB/TSB oriente o usuário a procurar um cirurgião dentista logo após o ocorrido. Pode ainda reforçar as orientações de dieta macia e pedir que o usuário observe possíveis mudanças de coloração (escurecimento) da coroa do dente traumatizado.



Fig. 16 - Perfuração do assoalho nasal pela intrusão do dente 22.



Fig. 17: Reposicionamento cirúrgico com fórceps do dente 22.

Nos casos de rizogênese completa deve ser realizado o tracionamento ortodôntico durante três a quatro semanas. Como a necrose pulpar irá acontecer na totalidade dos casos de ápice completamente formado, o tratamento endodôntico deverá ser realizado no máximo até a terceira semana (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001; LOPES; SIQUEIRA JR., 2004; PRADO; SALIM, 2004).

É de fundamental importância que o ASB/TSB oriente o usuário a procurar um cirurgião dentista logo após o ocorrido. Pode ainda reforçar as orientações de dieta macia e pedir que o usuário observe possíveis mudanças de coloração (escurecimento) da coroa do dente traumatizado.

2.3.6 Luxação Extrusiva

A extrusão é ocasionada por um impacto oblíquo à superfície vestibular do dente, deslocando-o parcialmente o dente do seu alvéolo e rompendo a maior parte das fibras do ligamento periodontal e o suprimento neurovascular da polpa. Clinicamente, o dente extruído está deslocado para fora do seu alvéolo, gerando um desnível oclusal e mobilidade (Fig. 18) (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001).



Fig. 18: Extrusão do dente 11.

Como tratamento, deve ser realizado o reposicionamento do dente, por meio de uma pressão digital no sentido apical, de forma lenta e constante. Logo em seguida o dente deve ser imobilizado com uma contenção semirrígida durante duas a três semanas. Um rigoroso controle clínico (com testes de vitalidade pulpar) e radiográfico deve ocorrer por até um ano pós-trauma (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001; LOPES; SIQUEIRA JR., 2004; PRADO; SALIM, 2004).

Cabe ao ASB/TSB orientar o usuário a procurar um cirurgião dentista logo após o ocorrido. Pode ainda reforçar as orientações de dieta macia e pedir que o usuário observe possíveis mudanças de coloração (escurecimento) da coroa do dente traumatizado.

2.3.7 Luxação Lateral

Na luxação lateral ocorre um impacto horizontal ao dente, que desloc a a coroa no sentido palatino e o ápice no sentido vestibular. Promove um rompimento de algumas fibras do ligamento periodontal e de todo o suprimento neurovascular da polpa dentária e fratura da parede óssea alveolar. Clinicamente, a coroa do dente luxado lateralmente, está deslocada horizontalmente para palatino ou lingual, com o dente firmemente preso na posição deslocada (Fig. 19) (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001; PRADO; SALIM, 2004).



Fig. 19: Deslocamento palatino da coroa do dente 21.

O tratamento consiste numa manobra de redução bidigital e imobilização por meio de contenção semirrígida por um período de 6 a 8 semanas (Fig. 20). Um rigoroso controle clínico (com testes de vitalidade pulpar) e radiográfico deve ocorrer por até um ano pós-trauma (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001; LOPES; SIQUEIRA JR., 2004; PRADO; SALIM, 2004).



Fig. 20: Dente 21 reposicionado e imobilizado.

O ASB/TSB deve orientar o usuário a procurar um cirurgião dentista logo após o ocorrido. Pode ainda reforçar as orientações de dieta macia e pedir que o usuário observe possíveis mudanças de coloração (escurecimento) da coroa do dente traumatizado.

2.3.8 Avulsão Dentária

ATIVIDADE 8



Tipo da atividade: coletiva

Avulsão Dentária

Se, no caso da situação relatada anteriormente, ocorresse uma avulsão dentária quais as orientações que Maria deveria oferecer ao usuário ou aos seus responsáveis?

É caracterizada pela saída total do dente de seu alvéolo, provocado por um trauma, que ocasiona danos ao ligamento periodontal e polpa dental (Fig. 21) (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001; LOPES; SIQUEIRA JR., 2004; PRADO; SALIM, 2004).



Fig. 21: Avulsão do dente 11.

O tratamento busca reduzir os danos e as sequelas, fazendo com que o reimplante dentário ocorra nos primeiros 20 minutos e/ou que o dente seja colocado em um meio de conservação (leite) (Fig. 22) para que as células do ligamento periodontal que ainda permaneceram aderidas à raiz se mantenham viáveis. Portanto esta informação deve ser compartilhada com toda a equipe de saúde bucal visando à orientação adequada aos usuários, pais e familiares (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001; LOPES; SIQUEIRA JR., 2004; PRADO; SALIM, 2004).



Fig. 22: Dente avulsionado mantido no leite.

Para se realizar o reimplante dentário imediato é necessário a radiografia periapical, anestesia local, curetagem e irrigação do alvéolo com soro fisiológico, recolocação do dente no alvéolo e esplintagem através de uma contenção semirrígida (resina composta e fio de aço ou nylon) (Fig. 23) (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001; LOPES; SIQUEIRA JR., 2004; PRADO; SALIM, 2004).



Fig. 23: Dente 11 reposicionado com contenção.

2.4 Pericoronarite

Trata-se de um processo inflamatório ou infeccioso localizado no tecido gengival que recobre a coroa de um dente parcialmente erupcionado, normalmente um terceiro molar inferior (Fig. 24). Esta alteração pode variar de leve a grave, de acordo com a resposta sistêmica do indivíduo.



Fig. 24: Dente 38 parcialmente erupicionado com pericoronarite.

O tratamento da pericoronarite vai variar de acordo com a gravidade. Nos casos leves (dor e vermelhidão local), preconiza-se a aplicação de solução de água oxigenada ou clorexidina a 0,12% associada a uma rigorosa higiene local. Nos casos moderados a grave, em que se observa também trismo, edema e supuração local, deve-se associar aos cuidados anteriores uma antibioticoterapia por sete dias. Caso a exodontia esteja indicada, a mesma deve ser executada apenas quando o quadro clínico estiver regredido.

O papel do ASB/TSB é orientar o usuário a ser rigoroso com a higiene na região afetada, mesmo que ocasione sangramento ou dor. Deve ainda salientar ao usuário que uma avaliação do cirurgião dentista é de fundamental importância para definir a necessidade de medicação, radiografia e extração.

2.5 Alveolite



ATIVIDADE 9

Tipo da atividade: individual e coletiva

Alveolite

Respondam e discutam com seus colegas sobre as questões seguintes:

1. Você já ouviu falar em alveolite? O que significa?
2. Quais as causas e meios de prevenção da alveolite?
3. Quais as formas de tratamento?
4. Na história de Seu Joaquim, quais as orientações importantes que, por Aline ter omitido, poderiam causar uma alveolite?

A alveolite é uma complicação pós-operatória, resultante da extração dentária e caracterizada por inflamação, desintegração do coágulo sanguíneo intra-alveolar normal, deixando o alvéolo vazio, com as paredes desnudas e sensíveis, recobertas por uma camada constituída por detritos e tecido necrótico (Fig. 25). A incidência da alveolite nas extrações dentais é bem variável, com ocorrência de 1 a 6%.



Fig. 25: Alveolite após exodontia do 24.

Apresenta uma sintomatologia objetiva que ocorre normalmente no terceiro ou quarto dia após a remoção do dente. O usuário se queixa de dor intensa e pulsátil, sendo esta constante e frequentemente resistente aos analgésicos habituais, irradiando-se para o ouvido e região temporal quando o elemento envolvido for do arco inferior, e da maxila para órbita e região frontal. A dor aumenta com a mastigação e sucção e pode persistir por vários dias. O usuário exala um odor desagradável e, às vezes, apresenta linfonodos aumentados e doloridos, tumefação, aumento de temperatura e irritabilidade, fica impossibilitado de comer, dormir, trabalhar e a higiene bucal é dificultada, podendo apresentar língua saburrosa.

Inúmeras são as condições que predispõem o alvéolo à infecção favorecendo esta patologia, por isso, vários fatores, de ordem geral e local, têm sido associados à ocorrência da mesma. A anamnese tem seu papel relevante, uma vez que é nela que devem ser considerados: história médica - estado geral do usuário (doenças cardíacas, diabetes não controlada, anemia, doença hepática, sífilis, deficiências vitamínicas e nutricionais); hábitos e vícios – tabagismo e uso de contraceptivos orais.

Fatores de ordem local também apresentam especial importância, entre eles estão: (1) uso de materiais não esterilizados; (2) presença de saliva no alvéolo antes da formação do coágulo; (3) curetagem excessiva do alvéolo; (4) suprimento sanguíneo precário; (5) trauma cirúrgico; (6) exposição do alvéolo ao meio bucal por razoável espaço de tempo; (7) infecção na região apical do dente a ser extraído; (8) aumento da atividade fibrinolítica no coágulo sanguíneo; (9) remoção do coágulo por enxaguatórios ou medicamentos; (10) presença prolongada de gaze seca no alvéolo; (11) sucção ou constante superposição da língua ou dedo na loja cirúrgica; (12) inexperiência do operador; e (13) condições de higiene bucal do usuário.

Em decorrência da etiologia da alveolite não estar claramente definida e acreditando que exista uma grande variedade de terapias, Mitchell (1984) classificou a terapêutica da seguinte maneira: (1) curativos seladores; (2) curativos para redução da dor, incluindo os mais tradicionais medicamentos, tais como pasta de óxido de zinco e eugenol e os mais recentes agentes ativos controladores das cininas; (3) agentes bacterianos (local ou sistemicamente administrados); (5) intervenção cirúrgica para remoção de material necrótico e estimulação da formação do coágulo sanguíneo; e (6) outros, tais como irrigação com soro fisiológico.

Os curativos utilizados no tratamento da alveolite passam a ser ideais quando apresentam as seguintes características: promoverem um rápido e efetivo controle da dor; não serem irritantes aos tecidos vizinhos; serem absorvíveis ou incorporáveis; permitirem íntimo contato com o tecido ósseo; serem antissépticos, bactericidas, antifibrinolítico e contribuírem para a reparação alveolar; não sofrerem alteração de volume em contato com o sangue e a saliva, ou seja, serem estáveis; serem de fácil aplicação; e possibilitarem a realização do tratamento em uma única sessão.

Na ausência de curativos, outra possibilidade de tratamento descrita é a curetagem do alvélo, seguida de irrigação abundante com solução fisiológica, manutenção de um novo coágulo sanguíneo e sutura do alvéolo.

Neste tipo de urgência o ASB/TSB deve orientar o usuário a procurar um cirurgião dentista o mais rápido possível, pois apenas a intervenção trará o alívio do quadro doloroso.

2.6 Luxação da Articulação Têmporo-Mandibular

Consiste na saída do côndilo manbibular de dentro da cavidade articular, passando anteriormente à eminência articular, podendo ocorrer tanto uni como bilateralmente. Esta situação leva o indivíduo a um quadro doloroso e de impossibilidade de fechamento e abertura da boca, seguido de salivação intensa.

Situações que exijam ampla abertura de boca pelo usuário podem predispor ao fato, como por exemplo, a extração de dentes inferiores e posteriores. Uma forma de prevenção

da luxação é apoiar a mandíbula pela mão oposta do operador ou do auxiliar, contrapondo os movimentos de lateralidade.

O tratamento deve ser a redução imediata da luxação pelo profissional, devendo o ASB/TSB estar atento para a realização da bandagem, a qual deverá permanecer pelas primeiras 24 horas, com o intuito de propiciar conforto e evitar novos episódios espontâneos de luxação. O uso de medicação analgésica e aintiinflamatória estão indicados.

Para realização da bandagem utiliza-se esparadrapo e atadura. Primeiramente se passa a atadura do mento em direção ao couro cabeludo, circundando toda a face, anteriormente a região auricular. Com outra atadura, circunda a região frontal em direção à região occipital e lembrar sempre de prendê-las com esparadrapo.

A equipe de saúde bucal deve orientar o usuário a manter a bandagem por um dia e também limitar a abertura de boca durante a alimentação, bocejo e espirro, pois nestas situações pode haver recidiva do quadro, principalmente nos primeiros dias após a luxação.

ATIVIDADE 10



Tipo da atividade: individual e coletiva

Roda de Leitura - Emergência Médica na Prática Odontológica

Realizem individualmente a leitura do texto que será distribuído pelo docente. Em seguida, façam uma síntese do assunto abordado no artigo para apresentar ao coletivo.

3 ORIENTAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

ATIVIDADE 11



Tipo da atividade: coletiva

Cuidados pós-operatório

Dramatizem um caso de usuário que foi submetido a um procedimento cirúrgico que necessita de orientações sobre cuidados pós-operatórios.

As orientações pós-operatórias devem ser bem claras e de fácil entendimento. São instruídos o usuário e o acompanhante, tanto verbalmente quanto por escrito e tem como principal função prevenir possíveis complicações, como: hemorragias, infecções, inchaço exagerado e dor intensa.

Segue abaixo algumas recomendações que o deve passar, de acordo com cada situação:

• **DOR** – desconforto pós-operatório é normal e esperado, principalmente nas primeiras 24 horas. Este desconforto pode ser controlado com a medicação prescrita (analgésicos e antiinflamatórios). A medicação deve ser tomada após a ingestão de algum alimento, a não ser que especificado ao contrário. Devem-se evitar bebidas alcoólicas enquanto estiver tomando qualquer tipo de medicação.

• **SANGRAMENTO** – um discreto sangramento após cirurgia oral é normal e não deve preocupar, a não ser que seja excessivo ou persistente. Neste caso, o sangramento pode muitas vezes ser coibido colocando-se na área sangrante uma gaze dobrada, umedecida em soro fisiológico, e mordendo esta durante 30 minutos. Quando se deitar deve manter a cabeça elevada com travesseiro, a fim de reduzir o fluxo sanguíneo para a região.

• **EDEMA (INCHAÇO)** – faz parte do processo cicatricial do organismo e a não ser que seja extremo não deve representar um problema. O pico máximo ocorre por volta de 48 horas após a cirurgia e começa a regredir a partir do terceiro dia. Para minimizar o inchaço, deve-se aplicar uma bolsa de gelo externamente na face durante as primeiras 12 horas da cirurgia (não aplicar continuamente), e quanto antes iniciar o gelo externo, mais eficaz é o efeito. Antes de aplicar o gelo a face deve ser protegida com um creme hidratante ou um pedaço de tecido.

• **ALIMENTAÇÃO** – nas primeiras 48 horas a dieta deve ser apenas com alimentos líquidos ou pastosos frios, a fim de manter a área operada sem traumatismo, contribuindo também para a hemostasia. A partir do terceiro dia, pode-se ingerir alimentação branda, que deve ser mantida até a próxima consulta.

• **HIGIENE ORAL** – o usuário não deve fazer bochechos nos primeiros dois dias da cirurgia, pois isto poderá remover o coágulo formado e retardar a cicatrização. O restante da dentição pode ser escovada normalmente.

• **REPOUSO** – deve-se evitar qualquer esforço físico nas primeiras 48 horas pós-operatórias. Atividades físicas mais intensas devem ser retomadas apenas após o 7º dia após a extração, conforme reavaliação de liberação do cirurgião-dentista.

• **FUMAR** – o fumo retarda a cicatrização e pode provocar aumento de dor pós-operatória e infecções, portanto deve ser evitado na primeira semana após a cirurgia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERICAN HEART ASSOCIATION, SBV para Provedores de Saúde, 2002.

2. AMERICAN HEART ASSOCIATION, Destaque das Diretrizes da Americam Heart Association para RCP e ACE, 2010.

3. ANDRADE, E.D.; RANALI, J. **Emergências Médicas em Odontologia**. Artes Médicas, 3ª edição, São Paulo, 2011.

4. ANDREASEN, J.O.; ANDREASEN, F.M. **Fundamentos de Traumatismo Dental**. 2ª edição Porto Alegre: Artmed, p. 113-132, 2001.

5. ARAÚJO, A.; GABRIELLI, M.F.R.; MEDEIROS, P.J. Extração de Dentes Erupcionados. In: **Aspectos Atuais da Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial**. 1ªedição São Paulo: Santos, p. 25-68, 2007..

6. ARSATI, F. et al., Brazilian Dentists Attitudes About Medical Emergencies During Dental Treatment. **J Dent Educ**. 2010;74(6):661-66.

7. CAMINO JÚNIOR, R.; LUZ, J.G.C. Alveolite – Prevenção e Princípios de Tratamento. **JBC**, Curitiba, v.7, n.39, p.228-232, 2003.

8. CARVALHO, A.C.P.; OKAMOTO, T. Reparação do Alvéolo Dental. In: **Fundamentos Experimentais Aplicados à Clínica**. São Paulo: Panamericana, p.55 e 80, 1987.

9. CARVALHO, P.S.P; POI, W.R. Alveolite: Incidência e Tratamento. **Rev. Cient. UNOESTE**, v.9, n.10, p.33-40, 1990.

10. FIGUEIREDO, I.M.B.; AGUIAR, A.S.W. Urgências em Cirurgia Bucodental. In: **Situações Emergênciais no Consultório Odontológico.** 1ª edição São Paulo: Santos, p. 181-194, 2007.

11. FIGUEIREDO, I.M.B.; AGUIAR, A.S.W. Urgências em Endodontia. In: **Situações Emergênciais no Consultório Odontológico**. 1ª edição São Paulo: Santos, p. 125-151, 2007.

12. FIGUEIREDO, I.M.B.; AGUIAR, A.S.W. Urgências em Periodontia. In: **Situações Emergênciais no Consultório Odontológico**. 1ª edição São Paulo: Santos, p. 153-177, 2007.

13. FUNESA – Fundação Estadual de Saúde. **Atenção à Saúde Bucal no Estado de Sergipe - Saberes e Tecnologias para Implantação de uma Política**. Livro do Aprendiz 7 / Fundação Estadual de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. – Aracaju: FUNESA, 2011.

14. LOPES, H.P.; SIQUEIRA JR., J.F. Emergências e Urgências em Endodontia. In: **Endodontia Biologia e Técnica**. 2ª edição Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 787-799, 2004.

15. LOPES, H.P.; SIQUEIRA JR., J.F. Traumatismo Dentário. In: **Endodontia Biologia e Técnica**. 2ª edição Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 801-835, 2004.

16. MALAMED, S.F. Managing Medical Emergencies. **J Am Dent Assoc**. 1993;124(8):40-53.

17. MALAMED, S.F. **Medical Emergencies in the Dental** Office. 2ª edição St. Louis: Mosby, 2000.

18. MARZOLA, C. Acidentes e Complicações da Exodontia – Profilaxia e Tratamento. In: **Técnica Exodôntica**. 2ª edição São Paulo: Pancast, p.267-301, 1994.

19. PETERSON, L.J. et al. Prevenção e Tratamento das Complicações Cirúrgicas. In: **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. Trad. Por FLORES, DS. 4ªedição Rio de Janeiro: Elsevier, p. 237-254, 2005.

20. PRADO, R.; SALIM, M. Complicações em Exodontias. In: **Cirurgia Bucomaxilofacial Diagnóstico e Tratamento**. 1ª edição Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 195-207, 2004.

21. PRADO, R.; SALIM, M. Traumatismo Alvéolo-dentário. In: **Cirurgia Bucomaxilofacial Diagnóstico e Tratamento**. 1ª edição Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 209-233, 2004.

22. SANTOS, J.C.; RUMEL, D. Emergência Médica na Prática Odontológica no Estado de Santa Catarina: Ocorrência, Equipamentos e Drogas, Conhecimento e Treinamento dos Cirurgiões-dentistas. **Ciência e Saúde Coletiva** 2006; 11(1):183-190.

23. SINGI, G. Emergências Médicas no Consultório Dentário. In: **Fisiologia para Odontologia**. 2ª edição Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 127-143, 2005.

24. TRENTO, C. L.; GAUJAC, C. SANTOS, E. F. LIMA, G. D. N. **Complicações no Uso de Anestésicos Locais: uma Revisão**. POS – Perspect. Oral Sci. | v.2 | n.2 | AGO | 2010, pg. 45.

25. MAZZILLI, L. E. N. **Urgência Odontológica e Prevalência da Automedicação na População Economicamente Ativa de uma Micro-área da Cidade de São Paulo**. Tese(Doutorado – Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas). Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.São Paulo, 2008.

ETSUS
Escola Técnica do SUS

FUNESA
Fundação Estatal de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE

GOVERNO DE
SERGIPE
PRESENTE E FUTURO!