

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Os enfermeiros na “hora de ouro”

*Isabela Jorge de Brito¹**Marcelo da Silva Dehoul²**Maria Aparecida de Luca. Nascimento³*

Resumo

Relato de experiência que se utiliza da abordagem qualitativa para descrever a correlação existente entre a experiência dos autores, como integrantes de um grupo de socorristas voluntários do Rio de Janeiro, e como acadêmicos de graduação em enfermagem de uma universidade pública na mesma cidade. Tendo como objetivo principal direcionar informações aos enfermeiros sobre a importância da sua atuação no atendimento pré-hospitalar da criança acidentada, discute-se a importância não só de uma abordagem correta da vítima pediátrica, mas o conhecimento das primeiras avaliações e intervenções a serem realizadas nessa fase. Os dados que possibilitaram a descrição do estudo foram extraídos da observação participativa e de revisão bibliográfica. Concluiu-se que poucas pessoas sabem prestar uma assistência básica de qualidade à criança acidentada até que, efetivamente, lhe seja prestado um atendimento institucional.

Palavras-chave: *Acidente Pediátrico - Atendimento Pré-hospitalar - Enfermagem - Criança*

Abstract

Nurses at the “golden hour”

This is an account that uses a qualitative approach to describe the correlation which exists between the authors' experience as members of a group of voluntary paramedics of Rio de Janeiro and as nursing undergraduates of a public university in the same city. Its main objective is to provide the nurses with information about the importance, not only of a correct approach to the pediatric victim but also of the knowledge of the first evaluations and interventions to be accomplished in this phase. The data that made the description of this study possible were extracted from a participative observation and a bibliographic review. One concluded that few people know to give a good basic assistance to the child who has an accident before an institutional attendance is effectually given to it.

Key words: *Pediatric accident. Pre-hospital attendance. Nursing child.*

Resumen

OS ENFERMEROS EN LA “HORA DE ORO”

Relato de experiencia que se utiliza em el abordaje cualitativo para describir la correlación existente entre a experiencia de los autores, como integrantes de un grupo de socorristas voluntarios de Rio de Janeiro, y como

1 Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP) da Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO) 9º período.

2 Acadêmico de Enfermagem da EEAP/UNIRIO. 8º período.

3 Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAP/UNIRIO - Doutora em Enfermagem (orientadora)

acadêmicos de graduación en enfermería de una universidad pública en la misma ciudad. Teniendo como objetivo principal direccionar informaciones a los enfermeros sobre la importancia de su actuación en la atención pre-hospitalar del niño accidentado, se discute la importancia não solo de un abordaje correcto de la víctima pediátrica, sino el conocimiento de las primeras evaluaciones e intervenciones a ser realizadas en esta fase. Los datos que posibilitaron a descripción del estudio fueron extraídos de la observación participativa y de la revisión bibliográfica. Se concluye que pocas personas saben prestar una asistencia básica de calidad al niño accidentado hasta que, efectivamente, le sea prestada una atención institucional.

PALABRAS-CLAVE: *Accidente Pediátrico-Atención Pre-hospitalar- Enfermería-Niños.*

INTRODUÇÃO

Através de nossa experiência em um grupo de socorro voluntário nas ruas do Rio de Janeiro, podemos perceber que poucos são os profissionais da área de saúde que realmente sabem atender, de forma rápida e correta, a vítima no ambiente pré-hospitalar. Constatamos que, apesar de restrito e pouco divulgado, é de fundamental importância a presença de um enfermeiro dentro das unidades de transporte do acidentado. Por isso, sentimos a necessidade de divulgar nossa experiência e esclarecer aos demais enfermeiros a importância do bom atendimento pré-hospitalar nesse campo de trabalho que ainda é muito pouco utilizado por esses profissionais, tendo em vista o atendimento pediátrico.

Dessa forma, como acadêmicos de enfermagem, listamos alguns passos a serem seguidos pelos profissionais para que se realize um atendimento adequado até a entrada da criança no serviço de saúde.

Primeiramente, devemos avaliar a situação para que possamos tomar as decisões corretas, de forma a evitar maiores danos à vítima e à pessoa que irá atendê-la. Seguidamente realizamos o “ABC da vida” e o passo seguinte do atendimento é o exame físico. Nesse momento, deve-se manter a calma e procurar agir de forma rápida e segura na avaliação da vítima.

Foi nosso objetivo, direccionar informações aos enfermeiros sobre a importância do atendimento no ambiente pré-hospitalar da criança acidentada. Apresentar de forma criteriosa a sequência que deve ser seguida no exame físico pré-hospitalar.

METODOLOGIA

Para a construção deste estudo, baseamo-nos no método qualitativo de pesquisa, que segundo Minayo(1992)

responde as questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais como um nível de realidade que não pode ser quantificado...

Para a realização deste trabalho, utilizamos a revisão bibliográfica e a observação participativa.

As questões do cotidiano se expressaram pela observação participativa, que, segundo Lakatos e Marconi (1990), *consiste na participação real do pesquisador com a comunidade ou grupo. Ele se incorpora aos grupos, confunde-se com ele. Fica tão próximo quanto um membro do grupo que está estudando e participa das atividades normais destes.*

Os atores do estudo foram crianças por nós assistidas no atendimento pré-hospitalar, através de um grupo de socorristas voluntários, e nos hospitais conveniados à universidade, desde os casos mais graves, como atropelamentos e grandes queimados, a crianças em crises convulsivas.

ABORDAGEM DA VÍTIMA PEDIÁTRICA

Segundo Campbell (1998, p.24), se a vítima for abordada corretamente na primeira hora do acidente, denominada devido a sua importância como a “**hora de ouro**” (“golden hour”), o diagnóstico da lesão é facilitado e as intervenções são feitas de forma mais imediata, aumentando a sobrevivência e melhorando o prognóstico em cerca de 85% dos casos.

Quando se faz a abordagem de uma vítima num ambiente onde não se dispõe de recursos específicos, alguns fatores devem ser observados para que o atendimento seja eficaz e não ofereça mais riscos ao cliente pediátrico e àquele que irá abordá-lo. Portanto, analisar o local do evento e verificar se ainda há algum tipo de risco, como incêndio, desabamento, choque elétrico, atropelamento

ou envenenamento, e eliminá-lo quando possível é o primeiro passo para se obter o sucesso no atendimento à criança

As causas mais comuns de acidentes com crianças estão associadas a acidentes como quedas, queimaduras, envenenamentos e agressões físicas. E nós, como acadêmicos de enfermagem, aprendemos a cuidar de todos esses tipos de lesões através de uma assistência multidisciplinar.

Fora do hospital, os recursos são escassos e não se pode contar com os aparatos encontrados nas salas de emergência. Sendo assim, deve-se utilizar, principalmente, os conhecimentos de anatomia, fisiologia, semiologia e semiotécnica com algumas adaptações para o atendimento de emergência pré-hospitalar. Como exemplo, citamos a associação da anatomia e da semiologia à cinemática do trauma.

Nos hospitais onde são realizadas as etapas práticas das disciplinas, tivemos contato com crianças que deram entrada no setor de emergência com lesões graves, que não receberam atendimento pré-hospitalar adequado. Algumas delas tiveram seu prognóstico prejudicado e outras incorporaram defeitos irreparáveis. Ainda nos ensinamentos clínicos, pudemos acompanhar algumas vítimas pediátricas abordadas de maneira correta e dentro da primeira hora a contar do momento do acidente, observamos que o prognóstico era muito bom e as seqüelas nessas crianças eram bastante reduzidas ou nenhuma.

“ABC DA VIDA”

Este é um dos protocolos do sistema de emergências médicas norte-americano (EMS), descrito por Campbell (1998, p.38), que utilizamos nos atendimentos pré-hospitalares. Porém, associado aos conhecimentos adquiridos na academia, percebemos que a nossa assistência como acadêmicos de enfermagem, assumia uma dupla dimensão de cuidado que era o pré-hospitalar associado ao intra-hospitalar.

As crianças, quando estão sendo alfabetizadas, aprendem a ler e a escrever o alfabeto que se inicia pelo “A”, depois “B”, “C” e os demais. Assim é o “ABC” da vida, uma espécie de alfabeto simplificado do atendimento pré-hospitalar. Com ele é que são escritos os procedimentos adequados e ordenados que possibilitam as pessoas

prestarem o socorro de forma correta dentro e/ou fora do hospital.

Os sistemas orgânicos que merecem atenção especial são: o sistema respiratório, sistema circulatório e o sistema nervoso. Estes irão nortear o atendimento desde a abordagem primária da vítima até a sua admissão no hospital. O paciente pediátrico dificilmente sofre uma parada cardíaca como primeiro evento; ela só aparece como resultante de outras falhas orgânicas associadas, por exemplo: hipóxia, depressão ventilatória, má perfusão, acidose, e só então é que ocorre o colapso cardíaco (Henry e Stapleton, 1998, p.586).

O sistema respiratório é o item mais importante no atendimento pré-hospitalar, pois através da respiração o gás carbônico é trocado pelo oxigênio e este vai para os tecidos. No ABC da vida, a respiração está associada ao “A” que significa abertura das vias aéreas, que pode ser feita através de diversas manobras invasivas e não-invasivas, tais como: tração do mento, hiperextensão cervical, empuxo mandibular, manobra de “dedos cruzados”, varredura manual, cricotireoidostomia e intubação orotraqueal. Estas serão apenas citadas, ficando para um outro momento a descrição pormenorizada de cada uma delas.

A criança possui a língua um pouco maior que a do adulto, as mucosas são mais frágeis e a produção de saliva é maior, o que facilita a obstrução das vias aéreas. Uma particularidade dos neonatos é que eles respiram apenas pelo nariz e apresentam uma expansão abdominal bem maior que a torácica. Sendo assim, desobstruir as vias aéreas de um recém nascido torna-se relativamente fácil, pois basta abrir a boca e aspirar a secreção nasal. Estes procedimentos são simples e do conhecimento de todo enfermeiro.

No momento da abertura das vias aéreas deve-se atentar para a lesão da coluna cervical. Utilizar as mãos para manter a cabeça da criança alinhada ao corpo é o procedimento mais adequado para prevenir danos adicionais. Ele impede que ocorra a flexão do pescoço no sentido pósterior-anterior, o que obstrui a passagem de ar para os pulmões, e impede que ocorra uma lesão neurológica como a paraplegia, tetraplegia, até mesmo a morte.

A letra “B” orienta para se manter uma “Boa” ventilação. Aqui serão observados alguns parâmetros como a

idade da criança, o peso e forma de respiração (abdominal ou torácica). Ventilar uma vítima no ambiente pré-hospitalar consiste em introduzir ar de maneira forçada e periódica, através da boca e/ou nariz, observando se há expansão do tórax e/ou do abdome. Se a vítima não apresentar, espontaneamente, a expansão do tórax e/ou abdome, e não se escutar o “ruído” da respiração, pode ser que a vítima esteja em parada respiratória. Deve-se intervir imediatamente desobstruindo as vias aéreas, verificando se houve a queda da língua, se há algum objeto ou secreção que devem ser retirados e fazendo-se a respiração artificial, que pode ser boca-a-boca, boca-nariz, boca-máscara ou através do ambú.

O sistema circulatório corresponde à letra “C” que visa a avaliação da circulação (pulso) e o controle de hemorragias externas. De acordo com os sangramentos, podem ser utilizadas algumas manobras, tanto no pré-hospitalar quanto no hospital, como, por exemplo, a compressão direta, a elevação do membro, a compressão indireta, o garroteamento ou o torniquete. Estas duas últimas somente são utilizadas em sangramentos de grande vulto.

O pulso de uma criança tem seus valores modificados de acordo com a sua idade, peso, estado nutricional e tipo de lesão; ele pode variar entre 120/160, nos recém-nascidos que pesam entre 3 e 4 quilos, e 80/100, nas crianças entre 8 e 12 anos com peso variando de 26 a 50 quilos.

Deve-se observar se o pulso é cheio, constante e uniforme. Qualquer alteração nesses parâmetros, associados à sintomatologia de cianose de extremidades, sede, sonolência e perda completa da consciência, indicam a necessidade de transportar rapidamente a vítima para um hospital. A não constatação de pulso pode indicar uma situação grave, que é a parada cardíaca, quando se deve fazer a chamada massagem cardíaca esternal, utilizando-se o dedo polegar (recém nascido), palma de uma das mãos (crianças entre 2 e 10 anos) e com as duas mãos – massagem clássica – para crianças entre 10 e 12 anos de idade.

Juntamente com a massagem cardíaca, faz-se a respiração boca-a-boca, pois o músculo cardíaco precisa de oxigênio para voltar a funcionar. A associação dessas duas manobras caracteriza a reanimação cardiopulmonar

(RCP), e o padrão adotado a partir do ano 2000 para realizar a RCP, pela American Heart Association ficou sendo o seguinte:

- 2 ventilações para 15 massagens

Durante a manobra, deve-se observar se houve o retorno da respiração e do pulso, e caso isso ocorra suspende-se a reanimação. Lembramos que o pulso e a respiração devem sempre ser observados até a entrada no hospital.

Na sala de emergência, os recursos se multiplicam, tendo-se a possibilidade de acessar uma veia periférica ou profunda, monitores que avaliam a pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio e gás carbônico, frequência respiratória; dispõe-se ainda de exames laboratoriais como bioquímica e gasometria.

O EXAME FÍSICO

Como acadêmicos de enfermagem, aprendemos que o exame físico é soberano, ou seja, se houver algum achado através da inspeção, da palpação, da percussão e da ausculta, ele será identificado e confirmado pelos exames mais específicos como ultrassonografia, raio X, tomografia computadorizada e ressonância magnética.

Com os nossos conhecimentos acadêmicos, verificamos que a avaliação física da criança no pré-hospitalar deve ser diferenciada tornando-se rápida e específica. Campbell (1998, p.245) orienta para que sejam feitos dois exames físicos (primário e secundário), conforme o estado crítico ou não da vítima; ele chama essas situações de *LOAD AND GO*, o que significa resgatar e transportar imediatamente. As condições traumáticas críticas que caracterizam o transporte imediato são as seguintes:

- Obstrução das vias aéreas que não pode ser solucionada rapidamente;
- Parada cardiopulmonar traumática;
- Condições que resultam em ventilação inadequada (tórax instável, hemo-pneumotórax);
- Choque;
- Lesões na cabeça com inconsciência;
- Pupilas anisocóricas;
- Distensão abdominal;
- Instabilidade pélvica;
- Fratura bilateral de fêmur.

Após a realização do “ABC da vida”, passa-se para a segunda parte da avaliação, na qual será feito o exame físico propriamente dito. O exame físico clássico consta de quatro fases bem definidas, mas para o atendimento pré-hospitalar, feito por pessoas não especializadas, serão utilizadas apenas duas. A primeira é a da inspeção, momento em que a criança deve ser avaliada através da observação (olhar) e a segunda fase consiste na palpação. Chamamos esta de “exame físico simplificado”.

Nessa etapa, serão avaliados o tórax, o abdome e os membros em busca de sinais que podem caracterizar diversas lesões como fraturas, queimaduras, lesões por objetos cortantes, objetos pontiagudos, sangramentos, deslocamento de articulação, entre outros. Os sinais a serem procurados são:

Deformação	Grupo 01: DCAP
Contusão	
Abrasão	
Penetração	
Queimadura	Grupo 02: QLE
Laceração	
Edema	
Sensibilidade anormal (dor)	Grupo 03: SIC
Instabilidade	
Crepitação	

Durante a inspeção, procura-se pelos sinais de DCAP e QLE, enquanto na palpação busca-se os sinais de DCAP, QLE e SIC.

Sinais importantes podem ser observados durante o exame físico. Por exemplo, a dificuldade respiratória pode

ser constatada através do batimento da “asa do nariz”, tiragem intercostal, tórax em forma de “barril”, cianose das extremidades e da mucosa labial (também associados a distúrbios hemodinâmicos).

CONCLUSÃO

Com este estudo, refletimos sobre o que aprendemos na academia e concluímos que pouco faríamos no atendimento pré-hospitalar de emergência de uma criança acidentada caso não fôssemos também socorristas. Buscamos então associar a nossa formação de socorrista ao que aprendemos na escola de enfermagem.

O “ABC da vida” e o exame físico simplificado formam um instrumento de apoio para os enfermeiros. Dessa forma, sua divulgação se mostra de suma importância para que em tais situações saibamos como agir, de forma a diminuir o número de lesões adicionais causadas no atendimento pré-hospitalar por desconhecimento dos procedimentos básicos corretos.

Por oportuno, esclarecemos que a correlação existente entre o fato de sermos socorristas e acadêmicos de enfermagem, ao propiciar as considerações que compuseram este estudo, foram influenciadas pelo atual currículo da escola de enfermagem da qual fazemos parte.

O currículo supracitado, ao basear-se na problematização, fornece subsídios aos acadêmicos para que novas discussões sejam estabelecidas.

E pelo fato de problematizarmos, é importante que vejamos o assistir sob essa forma, aquela onde haja, através da formação profissional do enfermeiro, o enfoque para o cuidado a ser prestado antes da hospitalização da criança, de uma forma direta, atuante e resgatando vidas com dignidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAMPBELL, J. E. **Basic Trauma Life Support – for Paramedics and Advanced EMS Providers**. 3rd ed. New Jersey: Brandy, 1998. 245p.
- HENRY, M.C., STAPLETON, E. R. **EMT Prehospital Care**. 2nd ed. Philadelphia, Pennsylvania: Saunders, 1998. 586 p.
- LAKATOS, E. M., MARCONI, M. A. **Metodologia do Trabalho Científico**. 3 ed São Paulo: Atlas, 1990. 249p.
- MINAYO, M. C.de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992. 269 p.