

Gabriela Ferreira Fraga

**Elaboração do capítulo “Abordagem das principais urgências e emergências
na Atenção Primária à Saúde (APS)” para o Manual do Residente de Medicina
de Família e Comunidade**

Gabriela Ferreira Fraga

Elaboração do capítulo “Abordagem das principais urgências e emergências na Atenção Primária à Saúde (APS)” para o Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ Fiocruz.

Orientador: Diego Canuto Ribeiro de Araújo

Campo Grande

2023

RESUMO

FRAGA, Gabriela Ferreira; ARAÚJO, Diego Canuto Ribeiro. **Elaboração do capítulo “Abordagem das principais urgências e emergências na Atenção Primária à Saúde (APS)” para o Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade.** Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande. **Objetivo:** Auxiliar na identificação e no manejo adequado das principais urgências e emergências em saúde na APS, por meio da elaboração do capítulo “Abordagem das principais emergências na unidade básica de saúde (UBS)” que irá compor o Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade. **Métodos:** para elaborar o trabalho foi realizada revisão bibliográfica utilizando livros texto de medicina de família e comunidade, medicina ambulatorial, artigos atualizados em medicina de emergência, atendimento pré-hospitalar e protocolos de encaminhamento. **Resultados:** produção do capítulo das principais urgências e emergências na APS incluindo os tópicos de classificação de risco, queimaduras, intoxicação exógena, acidente com animais peçonhentos, agitação psicomotora, risco de suicídio e sinais de alerta na gestação com foco no diagnóstico e manejo desses quadros destacando protocolos de encaminhamento para o Município de Campo Grande. **Considerações finais:** o estudo possibilitou aprofundar o conhecimento das principais urgências e emergências na APS que muitas vezes têm na unidade básica de saúde (UBS) seu primeiro atendimento, com a elaboração desse capítulo os profissionais da APS terão um material atualizado e sistematizado para auxiliá-los no manejo adequado.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade; Urgência e Emergência; Unidade Básica de Saúde; Parada Cardiorrespiratória; Ofidismo; Escorpianismo; Aracnideísmo; Intoxicações exógenas; Agitação psicomotora; Suicídio; Eclâmpsia; Encaminhamento à emergência.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	4
QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA.....	5
HIPÓTESE.....	5
OBJETIVO PRIMÁRIO.....	5
OBJETIVOS SECUNDÁRIOS.....	5
MÉTODOS.....	6
RESULTADOS.....	7
Definição: urgência e emergência.....	7
Materiais sugeridos.....	7
Classificação de risco.....	9
Queimaduras.....	11
Intoxicações exógenas.....	17
Acidente com animal peçonhento.....	24
Parada cardiorrespiratória.....	42
Emergência Psiquiátrica.....	44
Emergência Obstétrica.....	52
DISCUSSÃO.....	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS.....	58

INTRODUÇÃO

O atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência deve começar pelo suporte básico de vida (SBV) seja no domicílio, na rua ou na rede de atenção à saúde. Esse atendimento deve ser iniciado por profissionais da saúde ou indivíduos treinados de acordo com as condições encontradas no local da ocorrência. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

A unidade básica de saúde por ser a principal porta de entrada do cidadão ao sistema de saúde está sujeita a receber situações de urgência e emergência, sendo assim, os profissionais da UBS devem estar aptos a reconhecer os casos de gravidade, realizar o primeiro atendimento e encaminhar ao serviço especializado de forma adequada. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022)

Além disso, para viabilizar esses atendimentos toda unidade de saúde deve ter espaço adequado, materiais e medicamentos essenciais para estabilização de casos graves até que seja possível o transporte do paciente com segurança para uma unidade de suporte. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022)

Entende-se, portanto, que o atendimento em relação às urgências e emergências na atenção primária à saúde depende de algumas variáveis que envolvem a rede de atenção às urgências que devem fluir em todos os níveis do sistema único de saúde (SUS). Associado a isso, profissionais capacitados, espaço físico adequado e recursos materiais nas UBS são determinantes na agilidade e eficiência no atendimento de casos graves. (LAURINDO, RIBEIRO, LIMA, 2017)

A elaboração desse capítulo para o manual do residente de medicina de família e comunidade pode se tornar um guia para consultas rápidas frente a situações de emergências como queimaduras, acidente com animais peçonhentos, intoxicação exógena, agitação psicomotora, risco de suicídio, parada cardiorrespiratória (PCR), sinais de alarme em gestantes propondo uma conduta adequada para cada caso.

QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA

Como reconhecer e facilitar o atendimento às emergências pelos profissionais da APS?

HIPÓTESE

A elaboração do capítulo “Abordagem das principais emergências na unidade básica de saúde (UBS)” para o Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade qualifica na condução das principais emergências.

OBJETIVO PRIMÁRIO

Auxiliar na identificação e no manejo adequado das principais urgências e emergências em saúde na APS, por meio da elaboração do capítulo “Abordagem das principais emergências na unidade básica de saúde (UBS)” que irá compor o Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Identificar materiais com evidências científicas de alta qualidade relacionadas às principais urgências e emergências em cenários de APS

Listar os materiais e medicações básicos necessários para o atendimento das urgências e emergências nas UBSs.

Orientar, direcionar e sistematizar o atendimento através de imagens, fluxogramas, tabelas e quadros sobre o manejo e o referenciamento adequados diante das principais urgências e emergências.

Identificar sinais de alarme no atendimento a gestantes nas UBSs.

MÉTODOS

Trata-se da elaboração de capítulo por meio de revisão bibliográfica para composição do Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade. Neste estudo, foram utilizados livros texto como tratados de medicina de família e comunidade, medicina ambulatorial, artigos em medicina de emergência, atendimento pré-hospitalar e protocolos de encaminhamento.

RESULTADOS

1. Urgência e Emergência

1.1 Definição

Emergência se caracteriza por um evento que necessita atenção médica imediata, devido ao risco iminente à vida do paciente ou ao possível dano grave à saúde do mesmo. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022)

Urgência é definida como uma situação potencialmente grave, isto é, um evento que pode se tornar crítico ao longo de um curto período de tempo, porém apresenta menor risco imediato. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022)

1.2 Materiais sugeridos para atendimento em unidade de saúde.

É necessário que os profissionais da atenção primária à saúde (APS) tenham conhecimentos adequados para reconhecer a gravidade, prestar o primeiro atendimento e referir ao serviço especializado as emergências que possam aparecer, visto que, geralmente, a APS é o primeiro contato dos pacientes com o sistema de saúde. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022)

Para que o atendimento pré-hospitalar (suporte básico de vida - SBV) seja realizado de maneira eficaz nas condições agudas ou crônicas agudizadas, visando o reestabelecimento do equilíbrio dinâmico, a manutenção da vida e/ou minimização de sequelas a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve estar adequadamente equipada e com a equipe treinada para esse tipo de atendimento. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Segue a lista dos materiais e medicamentos sugeridos para atendimento de urgências na UBS na tabela 1:

Tabela 1 - Materiais e medicamentos sugeridos para o atendimento de urgências na UBS

Ambu adulto e infantil com máscara	Tubos orotraqueais
Laringoscópio	Cânula de Guedel
Fio-guia para intubação	Sonda de aspiração Traqueal
Oxigênio	Aspirador portátil ou fixo

Material para punção venosa e administração parenteral de medicamentos	Material para curativo
Compressas	Material para pequenas suturas
Material para imobilizações (colares, talas, pranchas, ataduras)	DEA (desfibrilador automático externo)
Eletrocardiógrafo	Água destilada
Soro glicosado	Soro glicofisiológico
Soro fisiológico	Ringer lactato
Glicose hipertônica	Insulina
Epinefrina	Atropina
Cloridrato de dobutamina	Dopamina
Amiodarona	Deslanosídeo
Lidocaína	Brometo de ipratrópio spray
Fenoterol ou salbutamol spray	Aminofilina
Cloreto de sódio	Cloreto de potássio
Diclofenaco de sódio	Dipirona
Escopolamina	Dexametasona
Hidrocortisona	Furosemida
Isossorbida	Meperidina
Fenobarbital	Fenitoína
Hidantoína	Haloperidol
Diazepam	Midazolam

Fonte: Ministério da Saúde, 2013

1.3 Organização do serviço e Classificação de risco

Objetivando a agilidade e a resolutividade nos casos de urgência e emergência na APS a equipe deve ser adequadamente capacitada para agir perante essas situações. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022)

A utilização de protocolos com classificação de risco tem o objetivo de facilitar a identificação e o manejo inicial de casos graves. São realizados com base na prioridade clínica, visando um atendimento mais equânime e adequado a cada paciente. Dentre os protocolos o mais utilizado no Brasil é o protocolo de Manchester (adaptado para a APS) em que se estabelece prioridade a partir da identificação de sinais e sintomas representados por diferentes cores, exemplificado na tabela 1.2. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022)

A necessidade de atendimento pré-hospitalar pode ser gerada por condições clínicas, cirúrgicas e traumáticas. Elas podem ser classificadas de acordo com a gravidade em códigos: verde ou “1” (mais benigno), amarelo ou “2” (média gravidade) e vermelho ou “3” (graves ou malignos). (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Tabela 1.2 Protocolo Manchester (adaptado para a APS)

Situação aguda ou crônica agudizada		
Classificação	Observações	Exemplo
Vermelha (atendimento imediato, alto risco de vida)	Necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico	Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa
Amarela (atendimento prioritário, risco moderado)	Necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional	Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis,

	mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento	pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.
Verde (atendimento no dia, risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)	Situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais.	Disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.
Situação não aguda		
Classificação azul	Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade. Adiantamento de ações previstas em protocolos. Agendamento/programação de intervenções.	Teste de gravidez, imunização

Fonte: Adaptado Cadernos de Atenção Básica, n.28, v.II: Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica.

1.4 Queimadura

1.4.1 Definição

São lesões dos tecidos orgânicos em decorrência de trauma de origem térmica, química, radioativa, biológica ou elétrica. A pele, maior órgão do corpo humano, é constituída por três camadas: epiderme, derme e hipoderme. O nível de comprometimento dessas camadas e sua extensão (superfície corporal queimada - SCP) é o que determina o grau da queimadura (primeiro, segundo e terceiro). Além da SCQ o tratamento também é norteado caso algumas áreas específicas tenham sido atingidas pela queimadura como: trato respiratório, face, pavilhão auricular, períneo e pés, como também a natureza da queimadura e a presença de comorbidades. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

1.4.2 Classificação por profundidade da queimadura

Queimadura de espessura parcial superficial, de primeiro ou segundo grau: apresenta comprometimento da epiderme e aspecto com pele rosada ou vermelha e seca, geralmente produzidas por queimadura solar, causam dor intensa e reepitelizam aproximadamente em 7 dias. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Queimadura de espessura parcial profunda, de segundo grau profundo: apresenta comprometimento de toda a epiderme e parte da derme, geralmente são decorrentes de acidentes com líquidos quentes ou com chama. Se caracterizam por pele vermelha com bolhas, apresentam dor de moderada a intensa e reepitelizam entre 10 a 21 dias. (GUSSO; LOPES; DIAS 2019)

As bolhas surgem quando a epiderme se separa da derme e o líquido que as preenche vem do extravasamento de vasos próximos. Este líquido apresenta proteínas osmoticamente ativas fazendo com que o fluido atraia mais líquido para dentro da bolha, consequentemente ela continua aumentando de tamanho. Com isso, ela aumenta a pressão sobre os tecidos no leito da ferida, o que pode piorar a dor do paciente. Juntando-se esse fato ao de que a pele da bolha não é normal e não retornará ao seu estado anterior, além dela dificultar a aplicação de antibióticos é que a maioria dos especialistas realizam a abertura e o desbridamento das bolhas ao chegar ao hospital. (BRIAN; SPOGMAI, 2021)

Queimaduras de espessura total, de terceiro grau: geralmente produzidas por exposição por tempo maior a objetos quentes, chamas, corrente elétrica, produtos químicos. Têm comprometimento de toda a epiderme e derme e parte ou toda a hipoderme, podendo atingir músculos, nervos e ossos. A pele tem aspecto branca perolada, seca, rígida e hipoalгésica. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

1.4.3 Classificação das queimaduras quanto à SCQ

Deve-se utilizar a “regra dos nove” para determinar a extensão da queimadura e conseqüentemente sua classificação:

Pequena gravidade: pessoa com queimaduras de 1º grau e/ou de 2º grau com área corporal atingida até 5% em crianças e 12% em maiores de 12 anos. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

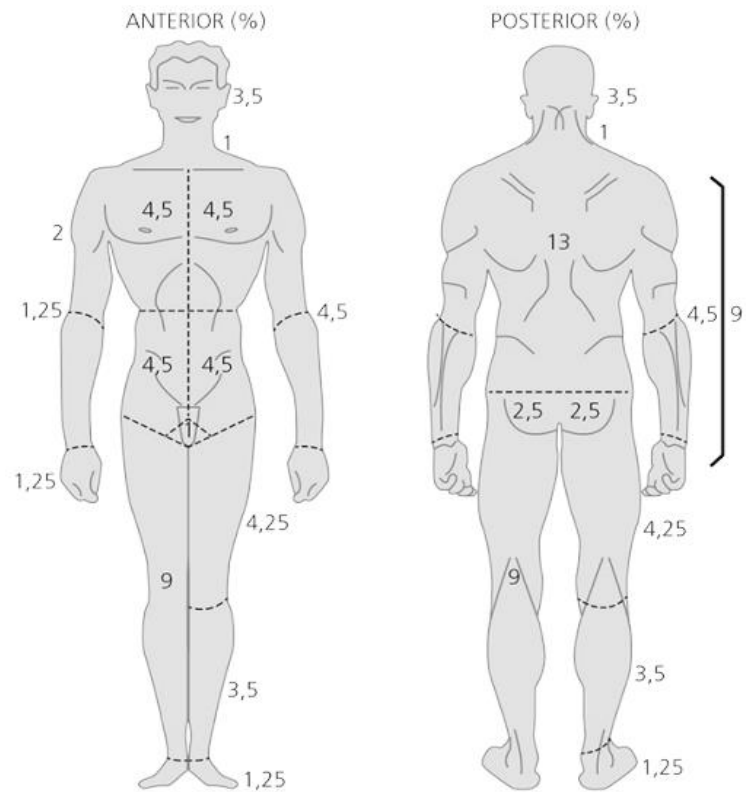
Média gravidade: Pessoa com área corporal atingida entre 5 a 15% em menores de 12 anos e 10 a 20% em maiores de 12 anos, ou; queimaduras de 3º grau com até 10% da área corporal atingida em adultos, quando não envolver face, mão, pé ou períneo e menor que 5 % em menores que 12 anos, ou ; Qualquer queimadura de 2º grau envolvendo face, mão, pé, pescoço ou axila. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Grande gravidade: pessoa com queimadura de 2º grau com SCQ maior do que 15% em menores de 12 anos ou maior de 20% em maiores de 12 anos, ou; queimadura de 3º grau com mais de 10% de SCQ no adulto e 5% em menores de 12 anos, ou; queimaduras de períneo, ou; por corrente elétrica, ou; queimaduras de face, mão, pé, pescoço ou axila que seja de 3º grau. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

1.4.4 Cálculo da superfície corporal queimada

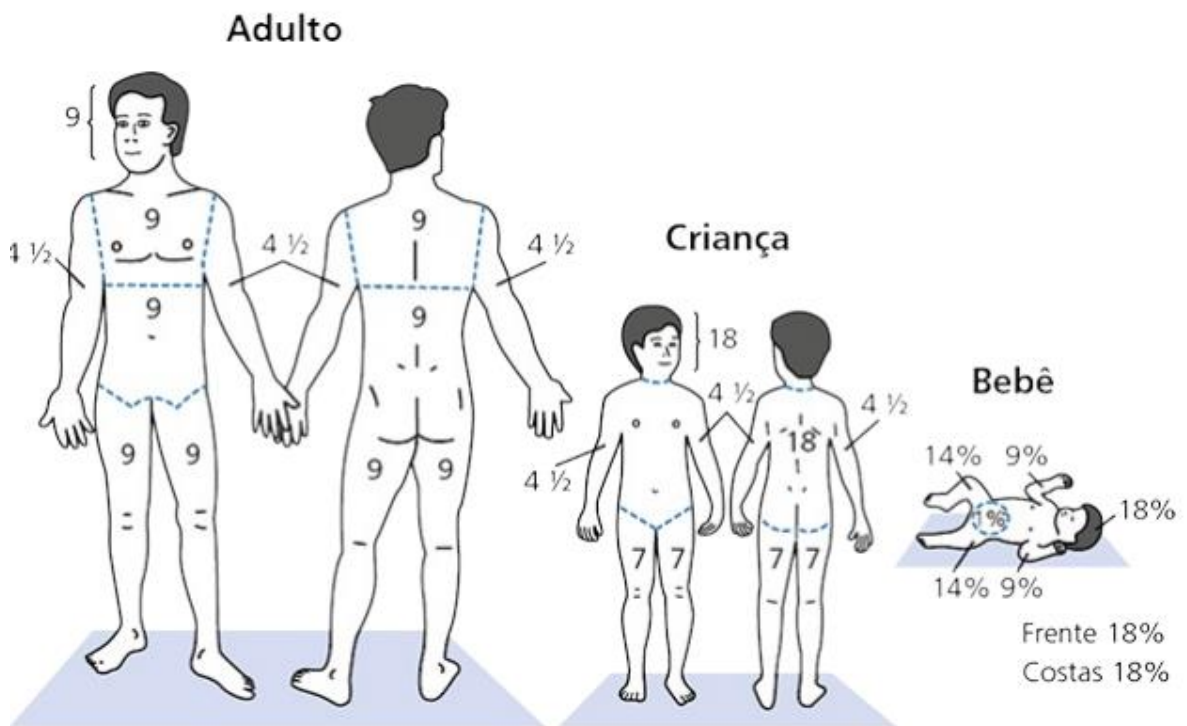
A figura 1.1 e 1.2 exemplificam a porcentagem de cada área corporal para a realização do cálculo ao avaliar um paciente queimado e assim definir a classificação conforme descrito anteriormente.

Figura 1.1 – Cálculo da superfície corporal queimada



Fonte: Gonçalves, 2012.

Figura 1.2 – Cálculo da SCQ



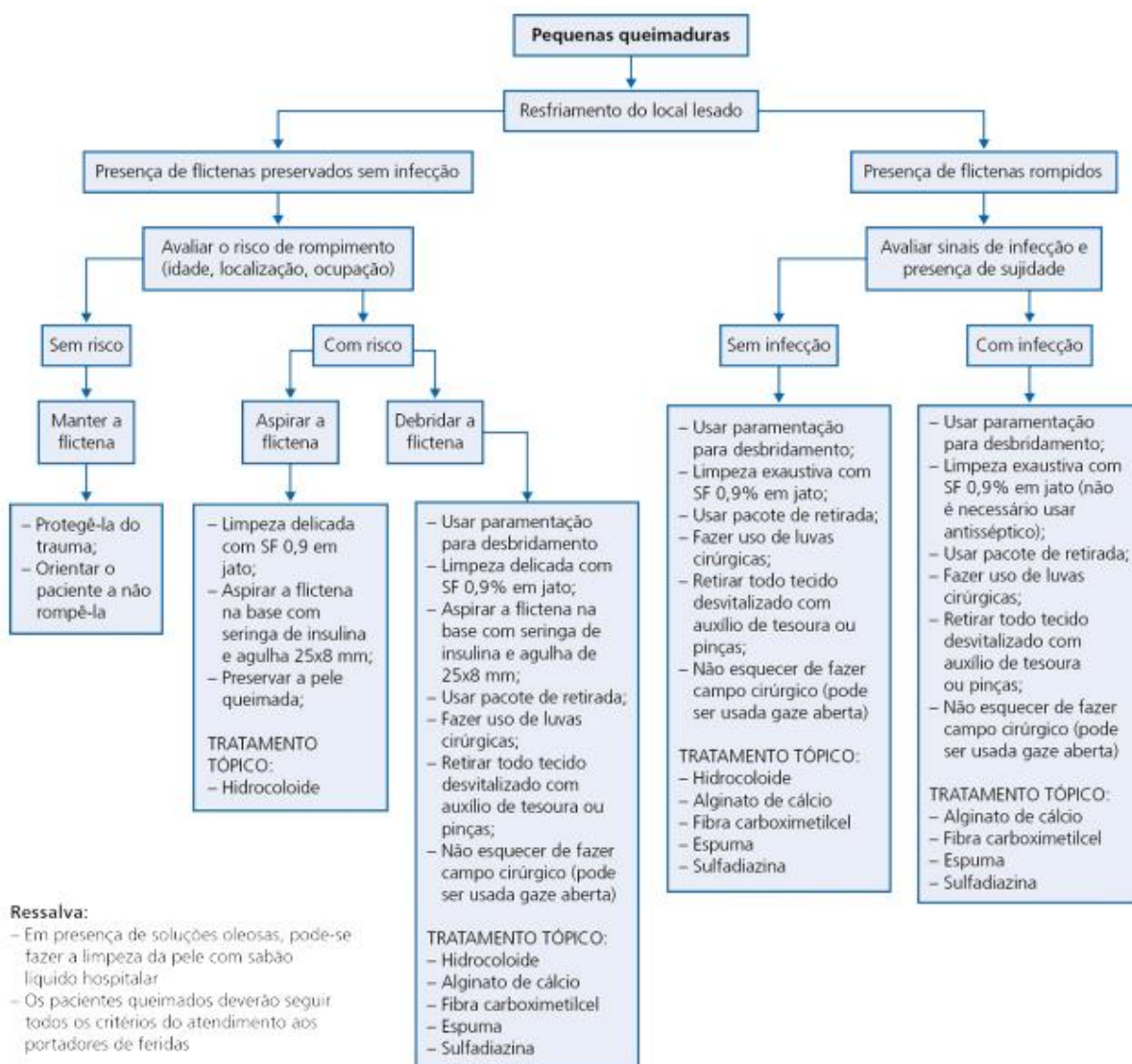
Fonte: Gonçalves, 2012.

1.4.5 Quem pode ser tratado na UBS

Todo pequeno queimado deve ser tratado na UBS, isto é, queimaduras de 1º grau e de 2º grau com menos de 15% em adultos e 8 % em crianças, desde que não tenha áreas críticas acometidas como face, mãos, punhos, pés, períneo, genitália, região cervical ou região anterior do tórax. O fluxograma 1.1 traz uma sistematização do atendimento do queimado na USB. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Quanto às queimaduras de 3º grau somente poderão ser tratadas na USB as com SCQ até 2%. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Fluxograma 1.1 - Abordagem e conduta para feridas de queimadura que serão tratadas na unidade de saúde.



1.4.6 Indicação de Exames e Prevenção Quaternária

Para os pacientes queimados elegíveis para tratamento na UBS não é necessário exames laboratoriais no primeiro atendimento, com exceção do hemoglicoteste para os diabéticos. Após esse primeiro atendimento, após individualizar cada caso, serão necessários alguns exames, principalmente para pacientes com comorbidade clínica, são eles: hemograma completo, albumina sérica, glicemia de jejum e hemocultura com antibiograma e exame de urina. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

1.4.7 Sinais de alarme

As principais complicações clínicas do pequeno queimado na APS são: 1) Infecção bacteriana secundária; 2) Cicatrização hipertrófica; 3) Formação de quelóide; 4) Dor intensa e refratária à analgesia comum; 5) Máculas hipercrômicas no local da queimadura. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

1.4.8 Quando encaminhar

Os quadros 1.1 e 1.2 a seguir mostram quando o paciente deve ser encaminhado para a emergência ou para o especialista focal.

Quadro 1.1 – Encaminhamento à emergência

Lesão de 3º grau atingindo mais de 2% de superfície corporal na criança e mais de 15% no adulto.
Lesão de 2º grau atingindo área superior a 10% na criança e superior a 15% no adulto.
Queimadura de face, mão, pé, pescoço, períneo, genitália, articulação.
Queimadura circunferencial de extremidades ou do tronco
Intoxicação por fumaça ou lesão das vias aéreas.
Queimaduras menores concomitantes a outros importantes traumas (fratura) ou a doenças preexistentes que venham agravar o quadro.
Queimadura causadas por fatores químicos, elétricos ou inalatórios.

Fonte: Adaptado tratado de Medicina de família e comunidade 2019 e Telessaúde 2019

Quadro 1.2 - Encaminhamento ao Especialista Focal

Cicatrizes por sequela de queimadura que causem: deformidade facial (alteração funcional das pálpebras, do nariz e dos lábios); deformidade e restrição dos movimentos do pescoço; restrição dos movimentos articulares em qualquer área.

Cicatrizes cujas características sejam de quelóide ou cicatriz hipertrófica, que causem limitação funcional (de mobilidade, dor, retração ou dificuldades nas atividades da vida diária).

Cicatrizes pós-trauma, cirurgia ou doença (geralmente grandes ou múltiplas) que resultem em aparência muito ruim e sofrimento psicológico importante ou prejuízo funcional (de mobilidade, dor, retração ou dificuldades nas atividades da vida diária).

Fonte: Adaptado Telessaúde 2019

Para o município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul (MS), o encaminhamento para cirurgia plástica de acordo com o protocolo SISREG deve conter de forma sucinta: quadro clínico, tempo de evolução, identificação do tipo de lesão, localização e dimensão, procedimentos cirúrgicos realizados, histórico de coagulopatia pessoal ou familiar. Exames complementares: coagulograma (se houver histórico de coagulopatia). (Protocolo SISREG, 2022)

1.4.9 Prevenção e atividade educativa para queimadura

Visando a prevenção de acidentes a criação de projetos voltados ao público infantil, como o 'Bombeiro Mirim', e palestras na UBS ou em associações locais são essenciais. Além da comunicação entre equipes de saúde da família e os demais órgãos públicos. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019). Dentre as ações preventivas algumas serão listadas no quadro 1.3 abaixo:

Quadro 1.3 – Prevenção e atividade educativa

Evite fumar. Se fumar, evite fazê-lo deitado no sofá, no tapete ou na cama.

Utilize cinzeiros fundos com proteção lateral.

Evite manipular álcool próximo a cigarros, charutos, cachimbos ou fósforos acesos.

Investigue vazamento de gás.

Feche o botijão antes de sair de casa.

Evite deixar cair o botijão de gás ao manuseá-lo.

Mantenha o botijão de gás longe de calor direto.

Mantenha o botijão de gás sempre em pé, nunca deitado.

Mantenha as crianças longe da porta do forno e do fogão ao ligá-lo.

Evite vazamento na mangueira que conduz o gás ao fogão.

Evite abrir a panela de pressão antes de escapar todo o vapor. Limpar periodicamente a válvula.

Mantenha cabos de panelas e frigideiras virados para a parte interna do fogão.

Evite a permanência de crianças na cozinha, principalmente nos horários de maior movimento.

Teste a temperatura da água com o dorso de sua mão antes do banho da criança.

Evite o uso de veículos a gás sem a devida segurança.

Evite transportar fogos de artifício e bola metralha em bolsos, pois eles podem se inflamar.

Manipule com cuidado fogos de artifício.

Evite abastecer com álcool fogareiros, fogueiras, churrasqueiras que tenham a possibilidade de existência de chamas ocultas.

Esteja alerta ao prazo de segurança e validade dos extintores de incêndio.

Fonte GUSSO; LOPES; DIAS, 2019

1.5 Intoxicações exógenas

Uma causa importante de procura por atendimento médico de emergência no Brasil é a exposição a agentes químicos, principalmente em crianças em idade pré-escolar causados acidentalmente. Em adultos a principal causa de intoxicações por agentes externos é por tentativa de suicídio. Dentre as principais vias estão a digestória, dérmica e respiratória. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Os agentes mais prevalentes são: medicamentos, produtos sanitários domésticos, produtos químicos industriais, agrotóxicos, inseticidas, raticidas, plantas, produtos de uso veterinário e cosméticos. A tabela 1.4 traz os agentes mais comuns:

Tabela 1.4 – Alguns medicamentos e outros agentes capazes de produzir intoxicação graves e óbitos em crianças, mesmo em doses pequenas.

Paracetamol: a partir de 150 mg/kg
ADTCs: a partir de 5mg/kg
Clonidina: 1-2 comprimidos (acima de 0,1mg até 4 anos)
Cânfora: 500mg
Descongestionante nasal tópico (nafazolina): 0,05 mg/kg intranasal ou 0,1-0,3 mg/kg por via oral
Ferro (elementar): acima de 20 mg/kg (dose tóxica) / acima de 60 mg/kg (intoxicação grave)
Hidróxido de sódio (soda cáustica): apresentações em grânulos ou pasta (desentupidores de canos) são mais lesivas ao esôfago
Hipoglicemiantes orais (sulfonilureias): 1comprimido pode causar hipoglicemia importante – 0,3 mg/kg de glibenclamida ou glipizida
Inseticidas organofosforados/carbamatos
Minibaterias tipo “disco” (de relógios, câmeras fotográficas): conteúdo fortemente alcalino. Se alojada no estômago por mais de 48 horas, deve também ser removida por endoscopia. (radiografia repetida em 24 a 48h. Se ultrapassar o piloro, há menor risco de produção de dano, com progressão pelo peristaltismo e eliminação das fezes.

ADTCs antidepressivos tricíclicos

Fonte: Adaptado Tratado de Medicina de família e Comunidade 2020

1.5.1 Anamnese e exame físico

Na Anamnese tem os 5 Ws na toxicologia que servem para direcionar a coleta das informações, que estão listados na tabela 1.3 (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022)

Tabela 1.3 – Os 5 Ws da anamnese em toxicologia

Who (identificação)	Informação como nome do paciente, sexo, idade, peso, presença de gestação, comorbidades, ocupação, procedência.
What (agente)	Princípio ativo (se conhecido), apresentação, excipientes, concentração, quantidade, via de administração, clandestinidade do produto.
Where (local)	Ocorrência em ambiente urbano ou rural, residência ou trabalho, ambiente externo.
When (quando)	Há quanto tempo (grande influência no manejo do paciente, por quanto tempo (aguda ou crônica) se deu a intoxicação?
Why (Circunstâncias)	A intoxicação foi acidental, ocupacional, tentativa de suicídio, erro de administração e afins? (forte impacto no prognóstico do caso)

Fonte: Adaptado Medicina Ambulatorial, 2022

O exame físico pode auxiliar o toxicologista ou o médico regulador a identificação da complexidade da intervenção além de auxiliar na elaboração de hipóteses e diagnósticos diferenciais. Quando o agente não é informado ou ignorado, a tentativa de enquadrar em uma síndrome (anticolinérgica, simpatomimética, opioide, colinérgica) é adjuvante. (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2022)

1.5.2 Diagnóstico

Alteração do nível de consciência (delírio, agitação, sonolência, torpor) ou convulsões, sem causa orgânica justificável (infecções do sistema nervoso central - SNC, processos expansivos intracranianos) são manifestações que devem ser investigados quanto à exposição a agentes químicos. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Em pessoas previamente hígdas, quadros agudos de distúrbios cardiocirculatórios (arritmias, crise hipertensiva, choque), respiratórios (disfunção respiratória, apneias) e metabólicos (hipo ou hipertermia, hipoglicemia, acidose metabólica) também deve-se cogitar a possibilidade de intoxicação. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019). O quadro 1.5 traz de acordo com a presença ou não de sintomas a conduta inicial.

Quadro 1.5 – Sintomatologia e conduta inicial

Pessoa Assintomática
Determinar o agente causador

Determinar quantidade/dose de exposição
Determinar a concentração do agente
Determinar o tempo decorrido entre a exposição e a chegada ao atendimento
Obter peso e idade da pessoa
Observação 1: Em casos do agente ser desconhecido o paciente deve ser mantido em observação por pelo menos 12 horas.
Pessoa Sintomática
Deve-se iniciar medidas de suporte básico para estabilização do quadro:
Manutenção de via aérea permeável (intubação, se necessário)
Manutenção de ventilação adequada (oxigênio por máscara, ventilação assistida)
Manutenção da circulação (solução fisiológica se choque, tratar arritmias)
Avaliação do nível de consciência (escala de coma de Glasgow)
Controle de convulsões.
Observação 2: Crianças com alteração no nível de consciência pode estar relacionada à hipoglicemia, portanto é necessária a realização do hemoglicoteste e administrar glicose 25%, 2 mL/ kg, se necessário.
Observação 3: Em casos de suspeita de intoxicação alcoólica aguda, podem ser administrados tiamina (100mg, intravenosa) e glicose a 50% (50ml, intravenosa).

Fonte: adaptado Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2019

Deve-se entrar em contato com um Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIAT). no site da Associação Brasileira de Centro de Informação e Assistência Toxicológica tem a relação dos CIAT em atividade no Brasil com telefone de emergência e e-mails. No quadro 1.6 estão as descrições do CIAT do Mato grosso do Sul. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Para pesquisa dos CIAT por região do Brasil acesse o site a seguir ou leia o QRcode.

Endereço eletrônico: <https://sinitox.iciict.fiocruz.br/centros-de-informacao>.

QRcode:



Quadro 1.6 – CIAT Campo Grande-MS

Centro Integrado de Vigilância Toxicológica – CIVITOX de Campo Grande

Endereço: Joel Dibo, 267, Campo Grande – MS, CEP 79 002-060

Telefones: (67) 3386-8655 / 0800 722 6001 (emergência).

E-mail: civitox@saude.ms.gov.br / cva@saude.ms.gov.br

Fonte:

<https://sinitox.iciet.fiocruz.br/sites/sinitox.iciet.fiocruz.br/files/Regi%C3%A3o%20Centro%20Oestex.pdf>

O estabelecimento do diagnóstico pode ser caracterizado por alguma síndrome tóxica, conforme a tabela 1.4.

Tabela 1.4 – Algumas síndromes tóxicas

Síndrome	Agentes	Sinais e Sintomas
Anticolinérgica	Atropina, antiespasmódicos, anti-histamínicos H1, antidepressivos tricíclicos	Delírio, midríase, pele e mucosa secas, hipertermia
Simpaticomimética	Anfetaminas, efedrina, Teofilina, cocaína	Agitação, midríase, sudorese, tremores, taquicardia, hipertensão, convulsões
Opioide	Morfina, meperidina, codeína	Miose, depressão respiratória, coma
Colinérgica	Inseticidas (organofosforados/carbamatos)	Salivação, broncorreia, tremores,

		fasciculações musculares, diarreia
--	--	---------------------------------------

Fonte: GUSSO; LOPES; DIAS 2019

1.5.3 Indicação de Exames e Prevenção Quaternária

Exames laboratoriais que podem auxiliar no monitoramento da evolução da intoxicação são: hemograma, eletrólitos, glicemia, gasometria arterial, provas de função hepática, provas de função renal, coagulograma. (GUSSO; LOPES; DIAS 2019)

Análises toxicológicas qualitativas e quantitativas são realizadas pelos CIATs. (GUSSO; LOPES; DIAS 2019)

1.5.4 Tratamento

Medidas de suporte (já mencionadas), de descontaminação e aplicação de antídotos. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Medidas de descontaminação - tem por objetivo diminuir a absorção do agente tóxico em contato com determinadas partes do corpo, como descrito no quadro 1.7.

Quadro 1.7 – Medidas de descontaminação

Olhos
Irrigar com água ou SF durante 15 a 20 minutos na admissão. Em caso de dor, hiperemia, lacrimejamento, distúrbios da visão, o encaminhamento para serviços especializados é obrigatória.
Vias respiratórias
É importante fornecer oxigênio para tentar retirar qualquer agente que ainda esteja presente nas vias aéreas inferiores (VAI) e também para combater a hipóxia. a Irrigação local com SF das vias aéreas superiores (VAS) pode minimizar a ação de agentes irritantes sobre a mucosa.
Pele
Remover roupas contaminadas e fazer a lavagem da pele com água morna ou SF, pode utilizar sabão neutro para auxiliar na remoção do agente. Atenção redobrada em regiões de dobras (axila, virilha), áreas cobertas por pelos e sob as unhas. Não é recomendado esfregar a pele, pois pode haver lesão e facilitar a penetração do tóxico.
Aparelho digestivo
Esvaziamento gástrico: deve ser realizado dentro de 1 hora da exposição e para doses potencialmente letais. Seu uso é restrito a essas situações devido às suas possíveis complicações: aspiração do conteúdo gástrico, pneumonite,

laringoespasmo, arritmias e perfuração gástrica ou esofágica. Nos casos de ingestão de agentes cáusticos corrosivos, a lavagem gástrica é contraindicada.

Carvão ativado em dose única: absorve a maioria dos medicamentos dentro de 1 hora após a ingestão. Deve ser usada em casos que a quantidade ingerida gere risco significativo de morte. A dose administrada é de 1g/kg de peso do paciente (50-100g para adultos e 15-30g para crianças) água deve ser utilizada para diluição, formando uma solução de 10 a 20%. O uso do carvão ativado é contraindicado na ingestão de ácidos ou álcalis e são indiferentes na ingestão de etanol, lítio, sais de ferro e chumbo, por exemplo.

Carvão ativado em múltiplas doses: algumas substâncias se beneficiam dessa forma de administração, que são o caso de intoxicação por carbamazepina, dapsona, fenobarbital, fenitoína e teofilina, devido a características da sua farmacocinética. A dose pode ser administrada via oral ou via sonda nasogástrica de 4/4 horas, podendo ser repetida por até 10 doses de 1g/kg de peso.

Fonte: Adaptado Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2019

1.5.5 Quando encaminhar

Para a Emergência

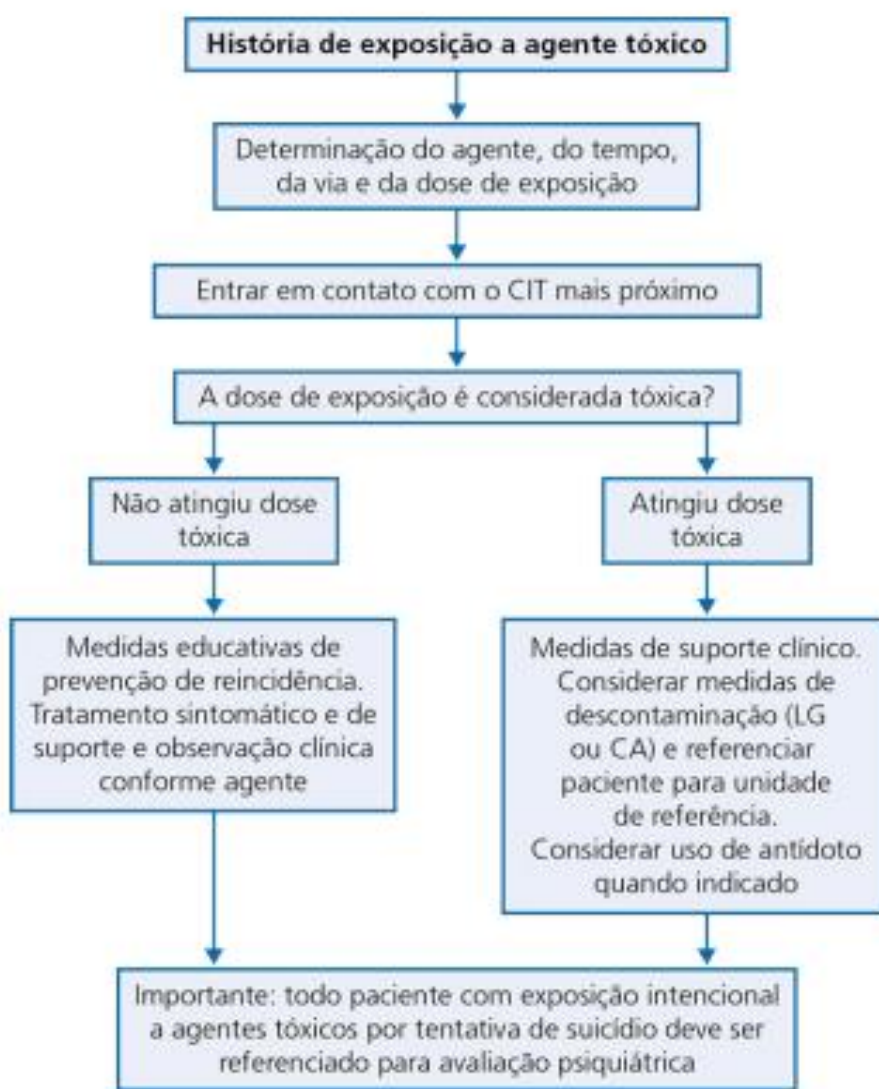
Paciente que estiverem sintomáticos após ingestão de doses potencialmente fatais. Vítimas de intoxicações intencionais com finalidade de violência, abuso físico ou sexual. Paciente que apresentarem distúrbios neurológicos e/ou cardiorrespiratórios graves. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Para o Especialista Focal

Paciente que necessitem de avaliação psiquiátrica (tentativa de suicídio) (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

A árvore de decisões representada pelo fluxograma 1.2 sistematiza a conduta frente a um caso de exposição a um agente tóxico.

Fluxograma 1.2 – Árvore de decisões frente a exposição a agente tóxico.



CA, carvão ativado; LG, lavado gástrico; CIT, Centro de Informação Toxicológica.

Fonte: GUSSO; LOPES; DIAS, 2019

1.6 Acidente com animais peçonhentos

Devido à grande frequência e gravidade de acidentes com cobras, aranhas e escorpiões, este se torna um tema médico de relevância. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

1.6.1 Ofidismo

No Brasil temos os seguintes gêneros de importância médica: *Bothrops* (jararaca, jararacuçu, caiçara, urutu, etc.), *Crotalus* (cascavel), *Lachesis* (surucucu,

pico de jaca), *Micrurus* (coral verdadeira) e por alguns da família *Colubridae*. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Conhecido popularmente por “serpente de quatro ventas” a fosseta lateral (ilustrada na figura 1.3) é o órgão sensorial termorreceptor, que fica situada entre o olho e a narina. Quando presente indica que a serpente é peçonhenta. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Figura 1.3 – Fosseta Loreal



1) Fosseta loreal de uma cascavel. 2) Fosseta loreal de uma jararaca.

Fonte: GUSSO; LOPES; DIAS, 2019

A seguir, a tabela 1.8, apresenta os sinais e sintomas e a avaliação de gravidade de acordo com cada acidente ofídico.

Tabela 1.8 – Acidente Ofídico

Acidente	Sinais e Sintomas	Avaliação do quadro clínico
Botrópico * - Jararaca - Fosseta loreal presente; cauda sem particularidades - Distribuído por todo Brasil - Veneno de ação proteolítica, coagulante e hemorrágica	- Marcas do implante de presas; 1 ou 2 sinais de picada evidentes; dor local, edema endurecido, calor, eritema de instalação precoce; após 6 horas, podem surgir bolhas, equimoses, necrose, oligúria e anúria; pode ocorrer hemorragia no local da picada ou distante dela, como gengivorragia, epistaxe,	- Caso leve: edema local leve, ausência de outros sinais; - Ttempo de coagulação normal (até 10 minutos) - Caso Moderado edema local evidente, presença ou não de hemorragia; - Tempo de coagulação prolongado (10-30 minutos)

	hematúria; choque em casos graves	- Caso grave: edema local intenso, flictenas, hemorragia local, oligúria e choque; Tempo de coagulação prolongado ou incoagulável (> 30 minutos)
Crotálico - Cascavél - Fosseta loreal presente; ponta da cauda com chocalho - Encontrado em zonas secas e pedregosas de uma vasta extensão territorial (cerrados, regiões áridas e semiáridas, campos e áreas abertas)	- Ausência de alterações inflamatórias ou discreto edema no local da picada - Náuseas, mal-estar, sudorese ou boca seca podem estar presentes após 2h. - Fácies miastênica (neurotóxica): ptose palpebral oftalmoplegia com ou sem diplopia, visão turva - Sintomas menos comuns: paralisia da musculatura respiratória, sialorreia, reflexo de vômito diminuído, mialgias, urina com de lavado de carne (mioglobínúria) aumento da creatinofosfoquinase (CPK) e da lactato desidrogenase (LDH); insuficiência renal aguda; - Tempo de coagulação alterado em 40-50% dos casos	- Não existem casos leves - Caso moderado: fácies neurológica, Tempo de coagulação normal. - Caso Grave: fácies neurotóxica, mialgias, mioglobínúria, insuficiência renal aguda Tempo de coagulação alterado
Elapídico - Coral-verdadeira - Fosseta loreal ausente, ponta da cauda sem particularidades; presas anteriores presentes	- Sinais e sintomas de surgimento precoce (30-60 minutos após a picada): ptose palpebral, diplopia, anisocoria, oftalmoplegia, paralisia flácida dos membros, insuficiência respiratória por paralisia	- Todo acidente é grave devido à rápida evolução para insuficiência respiratória

Triade de anéis completos pretos e vermelhos - Distribuída por todo Brasil - Veneno de ação neurotóxica	da musculatura intercostal e do diafragma	
Laquético* - Surucucu, pico de jaca - Fosseta loreal e presas anteriores presentes, cauda com pequenas escamas arrepiadas - Encontrado na região da mata atlântica nordestina e região amazônica - Veneno de ação proteolítica, coagulante, hemorrágica e neurotóxica	- Manifestações clínicas semelhantes às do acidente botrópico, acrescidas de estimulação vagal (cólicas abdominais e diarreia, bradicardia, hipotensão arterial e choque)	- Os acidentes são classificados em moderados e graves, segundo os sinais locais e a intensidade dos sinais e sintomas sistêmicos.
Colubrídeos - Cobra-cipó, parelheiro-do-mato, falsa coral, cobra-verde, papa-pinto - Ausência de fosseta loreal e de presas anteriores; corpo e coloração variável conforme a espécie; comportamento agressivo - Distribuídos por todo o Brasil	- Aspecto da picada: lesão serrilhada em arco - Reações de hipersensibilidade; acidentes com alguns colubrídeos, como a <i>Phylodrias sp.</i>, podem causar dor, edema e hemorragia local ou sistêmica; esses sintomas estão baseados no mecanismo de ação do veneno que possui atividades hemorrágicas sobre o endotélio vascular de microcirculação	- Crianças com idade < 7 anos devem ser observadas por no mínimo 12h a 24h em ambiente hospitalar

ACIDENTE BOTRÓPICO (jararaca)

Principal acidente ofídico no Brasil, sendo responsável por aproximadamente 90% dos envenenamentos. Sintomas: dor e edema local, pode ou não estar associados a manchas arroxeadas e sangramento nos orifícios da picada, além disso sangramento nas gengivas, pele e urina podem acontecer. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

ACIDENTE LAQUÉTICO (surucucu)

Devido a semelhança com o acidente botrópico torna-se difícil o diagnóstico diferencial. A presença de uma “síndrome gripal” pode auxiliar na distinção. O quadro também pode apresentar vômitos, diarreia e queda da pressão arterial, com surgimento de vesículas e bolhas no local da picada, com conteúdo seroso ou sero-hemorrágico. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

ACIDENTE CROTÁLICO (cascavel)

Diferentemente dos outros acidentes ofídicos já citados, neste caso não temos ou são poucas as manifestações no local da picada. Um sintoma presente é a parestesia que pode persistir por tempo variável, que pode ser acompanhado por edema e eritema discretos. Alterações visuais como diplopia e visão turva, dificuldade de manter os olhos abertos, dores musculares e urina escura são outros sintomas que o paciente pode apresentar. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Por evoluir rapidamente para insuficiência renal aguda (IRA) este é o acidente ofídico com maior coeficiente de letalidade. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

ACIDENTE ELAPÍDICO (coral verdadeira)

Assim como no acidente crotálico não há alterações características no local da picada. Apenas leve dor local associada à parestesia que tende à progressão proximal. Episódios de vômito são comuns, evoluindo para um quadro de fraqueza muscular, oftalmoplegia, ptose palpebral (figura 1.3) podendo aparecer fácies características como a miastenia ou “neurotóxica”. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Há risco de evolução para insuficiência respiratória aguda e para apneia, como consequência da paralisia flácida da musculatura respiratória comprometendo a ventilação. (GUSSO; LOPES; DIAS 2019)

Figura 1.3 - Ptose palpebral após acidente elapídico.



Fonte: GUSSO; LOPES; DIAS, 2019

ACIDENTE DA FAMÍLIA COLUBRIDAE

Possui a menor importância médica, já que não causam ferimentos graves, apenas lesões superficiais na pele. Os gêneros dessa família que mais causam acidentes são: *Philodryas* (cobra-verde, cobra-cipó) e *Cleia* (muçurana, cobra-preta). Como sintomatologia elas podem causar dor, edema e equimose no local da picada, sem causar alteração da coagulação. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

1.6.2 Araneísmo

São 3 os gêneros de importância médica no Brasil: *Loxosceles*, *Phoneutria* e *Latrodectus*, ilustrados na figura 1.4 (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

LOXOSCELES

Comuns na região sul do país, são aranhas que picam quando são espremidas contra o corpo, não são agressivas. São pequenas com até 3 cm de comprimento total, de cor marrom-acinzentada, estrela ou violino são formas que seu cefalotórax pode apresentar. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

São comuns acidentes comuns quando a pessoa está dormindo ou se vestindo. Os locais mais frequentemente acometidos pelas picadas são: tronco, abdome, coxa e braço. Quanto à sintomatologia edema e dor em queimação estão presentes no local da picada. Febre e mal-estar podem estar presentes. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

O local da picada, geralmente após 24 horas, evolui com bolha ou equimose central circundada por um halo isquêmico, seguido por eritema. Com o passar do

tempo essa lesão pode apresentar necrose podendo atingir grande extensão e profundidade. Outras complicações possíveis são coagulação intravascular e insuficiência renal aguda. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

PHONEUTRIA (“armadeira”, “aranha-da-banana”, “aranha-macaca”)

As aranhas desse gênero podem chegar a 15 cm de comprimento, de cor amarelada ou marrom-acinzentada, seu ventre pode ser marrom, alaranjado ou negro e possuem pelos curtos e densos nos palpos. Possuem a capacidade de saltar distâncias de até 40 centímetros e a agressividade é uma das suas características. Encontrada na região sudeste entre os meses de abril e maio, geralmente. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

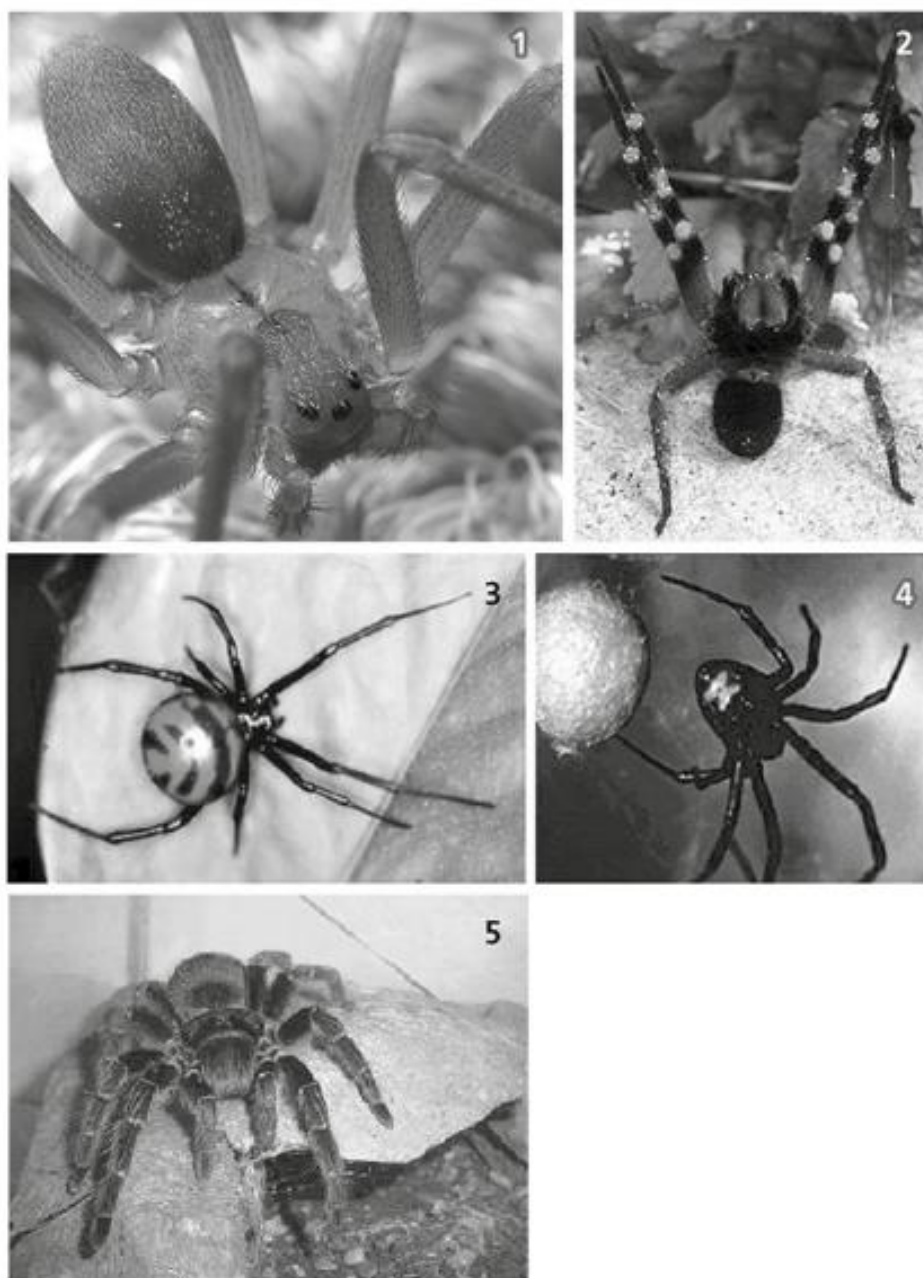
Após a picada a vítima pode apresentar dor leve a moderada, edema, sudorese local e fasciculações. Em quadros moderados vômitos, hipertensão, sialorreia e agitação podem estar presentes. Em crianças podem apresentar priapismo. Nos casos graves é comum ocorrerem convulsões, arritmia cardíaca, choque edema pulmonar e coma. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

LATRODECTUS (viúva-negra”)

Com uma diferença de tamanho significativa entre os machos que não passam dos 2-3 milímetros e as fêmeas que podem chegar a 2 centímetros. Algumas das cores que podem apresentar são: colorido negro e vermelho-vivo, esverdeado ou acinzentado com manchas alaranjadas. Não possuem como característica a agressividade. Mais comumente encontradas no litoral nordestino. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Podem causar no início dor local leve que pode progredir após uma hora com dor abdominal, contrações e dores musculares, sudorese, agitação. Em quadros graves, o que é raro, sintomas como trismo, hipertensão, bradicardia, dispneia, priapismo, retenção urinária, alterações hemodinâmicas e choque podem estar presentes. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Figura 1.4 – Aranhas de importância no Brasil



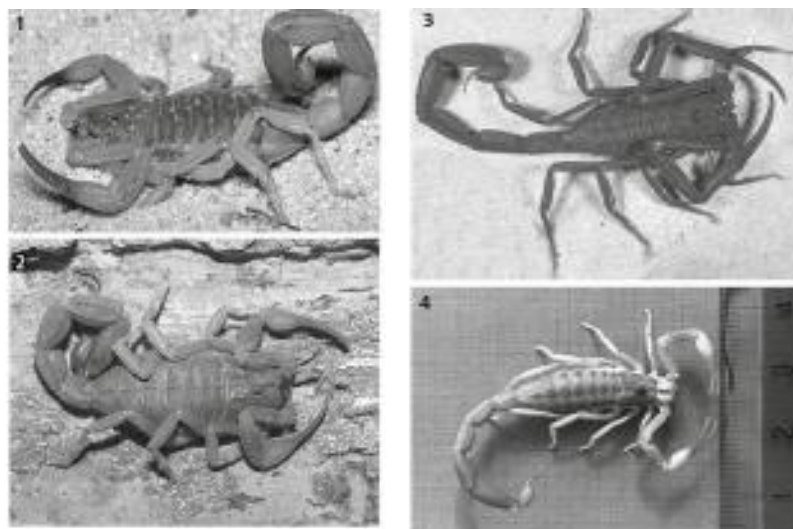
1) Aranha-marrom do gênero *Lexosceles*. 2) Aranha “armadeira” do gênero *Phoneutria*. 3) Aranha “flamenguinha” do gênero *Latrodectus*. 4) Aranha “viúva-negra” do gênero *Latrodectus*. 5) Aranha caranguejeira.

Fonte: Adaptado Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2019

1.6.3 Escorpionismo

No Brasil os escorpiões do gênero *Tityus* são os com maior importância médica. A espécie que mais tem acidente grave é a *Tityus serrulatus*. Os escorpiões têm hábito noturno, se escondendo durante o dia em tijolos, telhas, pedras, troncos e entulhos. São carnívoros e muitas espécies vivem em áreas urbanas. A figura 1.5 ilustra as espécies do gênero *Tityus*. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Figura 1.5 – Espécies do gênero *Tityus*



1) *Tityus serrulatus* 2) *Tityus bahienensis* 3) *Tityus cambridgei* 4) *Tityus trivittatus*

Fonte: (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

O escorpionismo pode causar dor local associada ou não com parestesia. Podem surgir manifestações sistêmicas, em acidentes moderados a graves, principalmente em crianças de minutos a poucas horas. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Os sintomas sistêmicos são: sudorese profusa, hipotermia ou hipertermia. Digestivas: náuseas, vômitos, sialorreia em casos raros pode haver dor abdominal e diarreia. Cardiovasculares: arritmias cardíacas, hipertensão ou hipotensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva e choque. Respiratórias: taquipneia, dispneia e edema agudo de pulmão Neurológicas: agitação, sonolência, confusão mental, hipertonia e tremores. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Fatores como espécie, tamanho do animal, quantidade de veneno inoculado, massa corporal do acidentado, sensibilidade do paciente ao veneno vão interferir na gravidade do acidente. Além disso, o diagnóstico (tempo entre a inoculação do veneno e a administração do soro e a manutenção das funções vitais) precoce é determinante na evolução ou não dos sintomas. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Os acidentes podem ser classificados em:

Leves: dor local associado ou não a parestesia. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Moderados: dor intensa no local da picada, sudorese discreta, náuseas, vômitos, taquicardia, taquipneia e hipertensão leve. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Graves: sintomas citados anteriormente associados um ou mais dos sintomas a seguir, Sudorese profusa, vômitos incoercíveis, salivação excessiva, alternância de agitação e prostração, bradicardia, insuficiência cardíaca, edema pulmonar, choque, convulsões, coma e óbito. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

1.6.4 Quando suspeitar

Muitas vezes o próprio acidentado reconhece e captura o animal, porém quando isso não é possível o profissional deve tentar identificar através dos sinais e sintomas descritos anteriormente. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

1.6.5 Anamnese

Definição de tempo da picada até o momento da consulta, medicamentos utilizados e sintomatologia detalhada da vítima é de extrema importância. Em algumas situações serão necessárias abordagens direcionadas às síndromes causadas por cada espécie. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

1.6.6 Exame físico

Avaliação minuciosa do local da picada com revisão de todos os aparelhos: respiratório, cardiovascular, digestivo, motor, neurológico. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

1.6.7 Exames complementares

Deverão ser realizados já em unidade secundária de atendimento à saúde: tempo de coagulação, hemograma, urina simples. Demais exames de acordo com a avaliação médica: eletrólitos, ureia, creatinina, eletrocardiograma, radiografia de tórax. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

1.6.8 Tratamento

Medidas gerais: manter o membro elevado e estendido, fazer limpeza local com água e sabão, realizar desbridamento se necessário; analgésicos, infiltração de lidocaína a 2% sem vasoconstritor no local da picada se dor severa. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Hidratação: Manter o paciente hidratado, com diurese entre 30 a 40ml/hora no adulto e 1 a 2 ml/kg/hora na criança. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Além das medidas já citadas é importante salientar que: Uso de antibióticos deve ser indicado apenas se houver evidência de infecção. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Manejo específico por espécie

O tratamento específico para acidentes com animais peçonhentos (conforme as tabelas 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12) deve ser iniciado o mais breve possível com aplicação de soro antiveneno que tem por objetivo neutralizar o veneno circulante. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Tabela 1.6 – Tratamento específico

Acidente	Tratamento
Botrópico	- O soro deve ser administrado preferencialmente diluído em soro glicosado a 5% ou soro fisiológico, por meio de gotejo rápido intravenoso (IV) - Dose em caso leve: 3 ampolas de soro antibotrópico (SAB) IV - Dose em caso moderado 6 ampolas de SAB IV - Dose em caso grave: 12 ampolas de SAB IV; - Realizar profilaxia para tétano - Na ausência de SAB administrar soro antibotrópico-crotálico (SABC)
Crotálico	- Caso moderado: 10 ampolas de soro anticrotálico (SAC ou de SABC IV - Caso grave: 20 ampolas de SAC ou de SABC IV; - Realizar profilaxia para tétano
Elapídico	- 10 ampolas de soroantielapídico IV - Assistência respiratória; em caso de paralisia respiratória usar anticolinesterásicos: 1 ampola de neostigmina 0,5mg IV com intervalos de 30 min até completar 5 administrações, sendo cada injeção precedida do uso de sulfato de atropina 0,5mg IV - Realizar profilaxia do tétano

Laquético	- Caso moderado: 10 ampolas de soro antilaquético (SAL) ou soro antibotrópico-laquético (SABL) IV - Caso grave: 20 ampolas de SAL ou SABL IV - Realizar profilaxia para tétano
Colubrídeos	- Sintomáticos: antissepsia local, analgésicos, anti-histamínicos e anti-inflamatórios - Realizar profilaxia para tétano

Fonte: Adaptado Medicina Ambulatorial, 2022

Tabela 1.6 – Manejo do acidente botrópico

Manifestação e Tratamento	Classificação		
	Leve	Moderada	Grave
Locais - dor - edema - equimose	Ausentes ou discretas	Evidentes	Intensas
Sistêmicas - Hemorragia grave - Choque - Anúria	Ausentes	Ausentes	Presentes
Tempo de Coagulação (TC)	Normal ou alterado	Normal ou alterado	Normal ou alterado
Soroterapia (Nº DE AMPOLAS) SAB/SABC/SABL*	2-4	4-8	12
Via de administração	Intravenosa	Intravenosa	Intravenosa

* TC normal: até 10min; TC prolongado: de 10 a 30 min; TC incoagulável: >30min

**SAB soro antibotrópico; SABC soro antibotrópico-crotálico; SABL soro antibiótico-laquético.

Fonte: Adaptado Tratado de Medicina de família e comunidade 2019

Tabela 1.7 – Manejo do acidente crotálico

Manifestação e Tratamento	Classificação		
	Leve	Moderado	Grave
Fácies miastênica/ Visão turva	Ausente ou tardia	Discreta ou evidente	Evidente
Mialgia	Ausente ou discreta	Discreta	Intensa
Urina vermelha ou marrom	Ausente	Pouco evidente ou ausente	Presente
Oligúria/anúria	Ausente	Ausente	Presente ou ausente
Tempo de coagulação (TC)	Normal ou alterado	Normal ou alterado	Normal ou alterado
Soroterapia (Nº de ampolas) SAC/SABC*	5	10	20
Vias de administração	Intravenosa	Intravenosa	Intravenosa

* SAC soro anticrotático; SABC soro antibotrópico-crotático

Fonte: Adaptado Tratado de Medicina de família e comunidade 2019

Tabela 1.8 – Manejo do acidente laquético

Tratamento específico indicado		
Orientação para o tratamento	Soroterapia (Nº de ampolas)	Via de administração
Poucos casos estudados. Gravidade avaliada pelos sinais locais e intensidade das manifestações vagais. (bradicardia, hipotensão, arterial, diarreia)	10 a 20 SAL ou SABL*	Intravenosa

* SAL soro antilaquético; SABL soro antibotrópico-laquético.

Fonte: Adaptado Tratado de Medicina de família e comunidade 2019

Tabela 1.8 – Manejo do acidente elapídico

Soroterapia Recomendada

Orientação para o tratamento	Soroterapia (Nº de ampolas) SAE	Via de Administração
Acidentes raros. Pelo risco de insuficiência respiratória aguda, devem ser considerados como potencialmente graves	10	Intravenosa

* SAE soro antielapídico.

Fonte: Adaptado Tratado de Medicina de família e comunidade 2019

Tabela 1.9 – Manejo do acidente por aranha *Loxosceles*

Classificação	Manifestações clínicas	Tratamento
Leve	- <i>Loxosceles</i> identificada como agente causador do acidente. - Lesão característica - Sem comprometimento do estado geral - Sem alterações laboratoriais	Sintomático Acompanhamento até 72h após a picada*
Moderado	- Com ou sem identificação da <i>Loxosceles</i> no momento da picada - Lesão sugestiva ou característica - Alterações sistêmicas (rash cutâneo, petéquias) - Sem alterações laboratoriais sugestivas de hemólise	Soroterapia % ampolas de SAAr** IV e/ou Prednisona Adultos 40mg/dia; crianças 1mg/kg/dia duração de 5 dias
Grave	- Lesão característica - Alteração no estado geral: anemia aguda, icterícia - Evolução rápida - Alterações laboratoriais indicativas de hemólise	Soroterapia 10 ampolas de SAAr IV e Prednisona Adultos 40mg/dia; crianças 1mg/kg/dia durante 5 dias

* Pode Haver mudanças de classificação durante esse período.

** SAAr soro antiaracnídico; IV intravenosa

Fonte: Adaptado Tratado de Medicina de família e comunidade 2019

Tabela 1.10 – Manejo do acidente por aranha *Phoneutria*

Classificação	Manifestações clínicas	Tratamento geral	Tratamento específico
Leve	Dor local na maioria dos casos, eventualmente taquicardia e agitação	Observação até 6 horas	-
Moderado	Dor local intensa associada a: sudorese e/ou vômitos ocasionais e/ou agitação e/ou hipertensão arterial	Internação	2-4 ampolas de SAAr* IV
Grave	Além das anteriores, apresenta uma ou mais das seguintes manifestações: sudorese profusa, sialorreia, vômitos frequentes, hipertonia muscular, Priapismo, choque e/ou edema pulmonar agudo	Unidade de cuidados intensivos	5-10 ampolas de SAAr* IV

* SAAr soro antiaracnídico; uma ampola =5ml (1ml neutraliza 1,5 dose mínima mortal) IV intravenoso.

Fonte: Adaptado Tratado de Medicina de família e comunidade 2019

Tabela 1.11 – Manejo do acidente por aranha Lactrodectus

Classificação	Manifestações Clínicas	Tratamento
---------------	------------------------	------------

Leve	- Dor local - Edema local discreto - Sudorese local - Dor nos membros inferiores - Parestesia em membros - Tremores e contraturas	Sintomático: analgésicos, glutamato de cálcio, observação.
Moderado	Além dos citados acima: - Dor abdominal - Sudorese generalizada - Ansiedade/agitação - Mialgia - Dificuldade de deambulação - Cefaleia e tontura - Hipertermia	Sintomático: analgésicos, sedativos e específicos SALatr* 1 ampola IM
Grave	Todos os citados acima e: - Taqui/bradicardia - Hipertensão arterial - taquipneia/dispneia - Náuseas e vômitos - Priapismo - Retenção urinária - Fácies latrosectômica	Sintomático: analgésicos, sedativos e específicos SALatr 1 a 2 ampolas IM

* SALatr soro antilatrofóxico; IM intramuscular.

Fonte: Adaptado Tratado de Medicina de família e comunidade 2019

Tabela 1.12 – Manejo do acidente escorpionico

Classificação	Manifestações clínicas	Soroterapia (nº de ampolas) SAEs ou SAAR*
Leve**	Dor e parestesia locais	-

Moderado	Dor local intensa associada a uma ou mais manifestações, como náuseas, vômitos, sudorese, sialorreia discreta, agitação, taquipneia e taquicardia	2 a 3 IV
Grave	Além das citadas na forma moderada, presença de uma ou mais das seguintes manifestações: vômitos profusos e incoercíveis, sudorese profusa, sialorreia intensa, prostração, convulsão, coma, bradicardia, insuficiência cardíaca, edema pulmonar agudo e choque	4 e 6 IV ***

* SAEs soro antiescorpiônico/SAAr soro antiaracnídico

** Tempo de observação das crianças picadas: 6 a 12 horas

*** Na maioria dos casos graves, quatro ampolas são suficientes para o tratamento, visto que neutralizam o veneno circulante e mantêm concentrações elevadas de antiveneno circulante por pelo menos 24 horas após a administração da soroterapia.

Fonte: Adaptado Tratado de Medicina de família e comunidade 2019

1.6.9 Erros mais frequentes

Estão listados no quadro 1.9.

Quadro 1.9 – Erros mais frequentes

Amarrar, fazer torniquetes ou garrotes. Além de agravar o acidente, podem descaracterizá-los, dificultando o diagnóstico médico.

Colocar no local da picada infusões, cataplasmas, café, fumo, folhas, esterco, urina, cachaça ou querosene, que podem infeccionar ou danificar ainda mais os tecidos afetados.

Dar bebidas alcoólicas, querosene, gasolina, urina, remédios ou qualquer outra bebida ao acidentado. Além de não ter atividade contra o veneno, podem intoxicar ainda mais o indivíduo.

Perfurar, cortar ou queimar o local da picada. Além de não retirar o veneno, prejudica a circulação local e favorece infecções.

Levar o acidentado para curandeiros e benzedadeiras. A demora de tratamento adequado pode significar a diferença entre a vida e a morte.

Fonte: GUSSO; LOPES; DIAS, 2019

1.6.10 Atividades preventivas e de educação

Listadas no quadro 1.10

Quadro 1.10 – Prevenção e educação populacional

Uso de equipamento de proteção individual: botas de cano alto, perneiras, luvas. Evitar andar descalço ou de chinelo em locais com maior probabilidade de ter animais peçonhentos.

Examine sapatos, cobertores e sacos de dormir, pois podem ser utilizados de abrigo por esses animais.

Não sentar, deitar ou agachar próximo a arbustos, barrancos, pedras, pilhas de madeira ou material de construção sem certificar-se de que algo não existem animais que possam oferecer algum risco.

Domicílio e arredores, áreas de estocagem de grãos devem ser mantidos limpos, pois a proliferação de roedores atrai serpentes.

Não pegar objetos, frutas ou plantas do chão sem antes observar seus arredores, não enfiar a mão em buracos, ocos de árvores ou vãos de pedras.

Evitar segurar cobras com as mãos, mesmo mortas, pois seu veneno permanece por um certo tempo após a morte do animal.

Os predadores desses animais devem ser protegidos: emas, seriemas, gaviões, corujas, gambás.

Capturar e criar cobras exige treinamento e autorização especial do IBAMA.

Fonte: GUSSO; LOPES; DIAS, 2019

1.7 Parada cardiorrespiratória

Parada cardiorrespiratória é caracterizada pela ausência de atividade cardíaca efetiva que mantenha a perfusão sanguínea nos órgãos nobres e vitais. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Têm etiologias variadas que podem ir desde causas previsíveis a morte súbita. Como as mostradas no quadro 1.11. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Quanto à faixa etária os eventos cardiovasculares são mais prevalentes após os 35 anos, enquanto acidentes e eventos não cardíacos são as principais causas de morte na população com menos de 35 anos. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

No Brasil a principal causa de mortalidade são as doenças cardiovasculares: acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e a morte súbita por arritmias. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

As principais causas de morte por PCR no Brasil são: causas externas, cerebrovasculares, isquêmicas do coração e diabetes melito. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Eventos esses que têm como principais fatores de risco história anterior de IAM ou IC. Obesidade, sedentarismo, tabagismo, hipertensão, dislipidemias e a alimentação cultural baseada em carboidratos são fatores de risco modificáveis. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Quadro 1.11 – Eventos diretos de PCR

Eventos cardíacos	Eventos não cardíacos
Acidente vascular cerebral	Trauma (acidente automobilístico e violência urbana)
Infarto agudo do miocárdio	Afogamento
Insuficiência Cardíaca Congestiva	Engasgamento
Morte súbita por arritmia	

Fonte: Adaptado Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2019

1.7.1 Diretrizes de RCP do American Heart Association (AHA)

Para acessar as diretrizes do AHA entre no site ou leia o QRcode abaixo.

Endereço eletrônico: https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlghts_2020ECCGuidelines_Portuguese.pdf

QRcode:



Algoritmo de PCR para adultos encontra-se na página 8 e o algoritmo de PCR em pediatria na página 18.

1.7.2 Corrente de Sobrevivência

Figura 1.6 – Corrente de sobrevivência



Fonte: American Heart Association (AHA) 2020

A figura 1.6 mostra quais os passos a serem seguidos no atendimento ao paciente com PCR, são eles:

- 1) Reconhecimento precoce e chamada por ajuda para prevenir a parada cardíaca. SAMU 192 ou Corpo de bombeiros 193.
- 2) RCP precoce para ganhar tempo
- 3) Desfibrilação precoce para regularização do ritmo cardíaco
- 4) Suporte avançado imediato

5) Cuidados após a ressuscitação para restaurar a qualidade de vida.

6) Recuperação. (AHA, 2020)

1.7.3 Erros mais frequentes

O quadro 1.12 lista os principais erros no atendimento ao paciente com PCR.

Quadro 1.12 – Erros frequentes

Desconhecimento da técnica
Atraso para iniciar a RCP
Insistência em tentar identificar pulso
Erro no posicionamento da vítima
Massagem ineficaz
Priorizar a respiração em detrimento da massagem
Falta de desfibrilador em ambientes públicos
Ausência de processos de educação permanente para profissionais
Falta de treinamento da população geral.

Fonte: GUSSO; LOPES; DIAS 2019

1.8 Emergência psiquiátrica

1.8.1 Agitação psicomotora

Essa é uma síndrome que pode ser causada por inúmeras patologias, como: Transtornos psicóticos, Transtornos de humor ou ansiedade, Reações de estresses agudos, Doenças clínicas, (Tabela 1.13), Demências, Delirium, Intoxicação e/ou abstinência de substâncias psicoativas. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

A agitação pode vir associada a agressividade, gerando risco para as pessoas em volta e para o próprio paciente. Deve-se atentar a atos impulsivos, como o suicídio, pois a agitação pode gerar angústia intensa. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Tabela 1.13 - Causas clínicas de agitação psicomotora

Trauma craniano
Meningite, encefalite ou outra infecção do sistema nervoso central

Encefalopatia (particularmente hepática ou renal)
Exposição a metais pesados
Problemas metabólicos (hiponatremia, hipocalemia, hipoglicemia)
Hipóxia
Doença da tireoide
Convulsão (estado pós-ictal)
Intoxicação medicamentosa

Fonte: Adaptado Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2019

Cuidados ao atender um paciente hostil ou agressivo:

Garantir a própria segurança, é prioridade. Se não há segurança, pedir ajuda para profissionais treinados (polícia, equipe especializada).

Ficar o mais perto possível da porta ou via de saída do ambiente.

Não dar as costas para o paciente.

Manter distância do paciente, de acordo com a situação.

Falar em tom calmo, amigável e mostra-se disposto a ajudar

Não realizar movimentos bruscos que possam ameaçar o paciente. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

19.7.2 Risco de suicídio

Caracterizada pela intenção clara de acabar com a própria vida, pode ter inúmeros fatores como causa, sendo a principal é a depressão. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019). O quadro 1.12 apresenta uma forma de abordagem do paciente com ideação e planejamento suicida.

Quadro 1.12 – Abordagem em caso de suspeita de Ideação suicida

A sugestão a seguir leva em conta uma aproximação gradual, mas incisiva, a uma pessoa com suspeita de ideação suicida. O fundamental é que o questionamento evolua objetivamente, de modo que o médico de família, ao fim da consulta, não tenha dúvidas sobre presença ou não de risco.

Olhe, você parece estar em um quadro de bastante angústia. Com qual intensidade isso está te afetando? Vê solução para esse problema?

Parece que você vem sofrendo muito com essa situação. Sabe, às vezes, as pessoas, no seu lugar, ficam tão desesperadas que pensam em acabar com a própria vida. Isto chegou a passar pela sua cabeça nos últimos dias?

Então, há algumas coisas que preciso lhe perguntar, e gostaria que você fosse bastante sincero, pois só assim poderei te ajudar. Parece que você está sem esperança e me preocupa você querer acabar com sua vida. Chegou a pensar nisso, correto?

Você chegou a imaginar como seria se matar? Tem ideia de como fazer isso? E dispõe desse meio? Chegou a marcar uma data?

O que você acha que vai acontecer com seus familiares se você se matar? Você quer acabar com sua vida, com a vida que está levando? Permite que tente te ajudar?

Vejo que você não vê saída. Nesse caso, o melhor lugar para ajudar você seria em um ambiente protegido, como um hospital. Vamos conversar sobre isso?

Fonte: Fonte: Adaptado Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2019

1.8.3 Diagnóstico

A prioridade do atendimento de uma emergência psiquiátrica não é realizar o completo diagnóstico como a etiologia, patologias subjacentes, mas sim é fundamental agir para preservar a vida do paciente e/ou minimizar os riscos de agressão a si e a terceiros. (GUSSO; LOPES; DIAS 2019)

Após os cuidados iniciais, o próximo passo é estabelecer um diagnóstico situacional. Tais como: patologia psiquiátrica, patologia clínica cursando com sintomas psiquiátricos, ausência de patologia, em que estresse ou transtornos de personalidade justifiquem o comportamento. (GUSSO; LOPES; DIAS 2019)

Essa classificação ajuda a esclarecer quais pacientes necessitam de uma investigação clínica mais detalhada para avaliação de patologias potencialmente

graves e urgentes, como infecções e acidentes cerebrovasculares. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

1.8.4 Abordagem e Seguimento

Risco de suicídio

Pessoas com risco de suicídio que apresentam rede de apoio devem ser encaminhadas ao serviço especializado - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019). O Quadro 1.13 apresenta os CAPS disponíveis em Campo Grande-MS e também o ambulatório de tentativa de suicídio no centro de especialidade médicas.

Quadro 1.13. CAPS do município de Campo Grande-MS

Caps	III	Aero	Rancho
Endereço:	Avenida Raquel de Queiroz, s/n	– Aero	Rancho
Telefones:	(67) 3314-6415 / (67) 2020-1899 – Recepção	/ (67) (67) 2020-1901 / (67) 2020-1902	
Horário de Atendimento:	segunda à sexta-feira das 07h às 17h		
Caps	III	“Afrodite	Dóris
Endereço:	Rua 7 de Setembro, 1.979	– Esquina com Rua Bahia	– Jardim dos Estados
Telefones:	(67) 2020-1897	– Recepção	/ (67) 2020-1898
Horário de Atendimento:	segunda à sexta-feira das 07h às 17h.		
Caps	II	“Marley Maciel Elias Massulo”	– Vila Margarida
Endereço:	Avenida Manoel da Costa Lima, 3272	– Bairro Guanandi	
Telefones:	(67) 3314-3144	/ (67) 2020-1895	– Recepção
Horário de atendimento:	Atendimento 07:00 h às 19:00 h (para acolhimento)		
Caps	III	Vila	Almeida
Endereço:	Rua Marechal Hermes, 854	– Vila Almeida	
Telefone:	(67) 2020-1714 – (67) 2020-1715		
Horário de Atendimento:	segunda à sexta-feira das 07h às 17h.		

Caps	Infanto-Juvenil	III	“Dr. Samuel Chaia Jacob”
Endereço: Avenida Manoel da Costa Lima, 3272 (Antigo CRS Guanandy)			
Horário de Atendimento: 24 h			
Centro	de	Apoio	Psicossocial
Endereço:	Rua	Marechal	Hermes, 854 – Vila Almeida
Telefones:	(67)	2020-7021	/ (67) 2020-9963
Horário de Atendimento: 07h às 11h e 13h às 17h			
Centro de Atenção	Psicossocial	Álcool e Drogas	III “Fátima M. Medeiros”
Endereço: Rua Teotônio Rosa Pires, 19 – São Bento / Esquina com a Rua José Antônio, duas quadras acima da Av. Fernando Correia.			
Telefone: (67) 3314-3756 / (67) 2020-1903 / (67) 2020-1904			
Ambulatório de tentativa de suicídio- Centro de Especialidades Médicas			
Endereço: Travessa Guia Lopes, s/n – Centro;			
Telefone: (67) 2020-1780;			
Horário de atendimento: das 7h às 11h e das 13h às 17h (de segunda-feira a sexta-feira);			
E-mail: ambulatoriodesaudementalcg@gmail.com.			

Fonte: <https://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/centro-de-atencao-psicossocial/>

Caso o paciente não tenha rede de apoio deve-se acionar o SAMU (192) e encaminhar o paciente ao serviço secundário. (GUSSO; LOPES; DIAS 2019). Caso não seja necessário o encaminhamento após a avaliação criteriosa do paciente e este tiver rede de apoio o quadro 1.14 apresenta atitudes importantes no contexto da APS frente à ideação suicida.

Quadro 1.14 – Atitudes importantes no manejo ambulatorial da pessoa com ideação suicida

Deixar um cuidador próximo da pessoa 24h por dia

Obter consentimento informado do familiar ou responsável legal, comunicando os riscos do manejo ambulatorial

Agendar retorno em 24h

Orientar como deixar o ambiente com o mínimo de riscos (sem acesso aos meios de autoagressão e sem acesso aos medicamentos, que devem ser fornecidos pelo cuidador)

Orientar sobre sinais de piora. Oferecer suporte telefônico ou serviço de atendimento de emergência, no caso de piora em horário em que a unidade de APS está fechada

Fornecer estas informações por escrito

Fonte: GUSSO; LOPES; DIAS 2019

Agitação psicomotora

Para o manejo adequado a abordagem deve ser avaliada em 3 pilares: 1) Ambiental e organizacional; 2) Atitudinal, 3) Farmacológico. (GUSSO; LOPES; DIAS 2019)

A UBSF deve estar preparada para lidar com os 2 primeiros, porém não é o que se encontra na realidade. (GUSSO; LOPES; DIAS 2019)

Em casos de risco de agressividade, caso a equipe não seja treinada para fazer contenção mecânica deve-se acionar o SAMU/bombeiros ou até mesmo a polícia. (GUSSO; LOPES; DIAS 2019)

O consenso internacional recomenda que antes da contenção, seja utilizada uma técnica atitudinal chamada: “de-escalamento” cujos princípios estão listados no quadro 1.15.

Quadro 1.15 – Técnica “de-escalamento”

Respeite o espaço e a pessoa

Não seja provocativo

Estabeleça contato verbal

Seja conciso

Identifique desejos e sentimentos

Ouçã atentamente o que a pessoa diz

Estabeleça limites claros

Ofereça alternativas e seja otimista

Oriente a pessoa e a equipe

Fonte: GUSSO; LOPES; DIAS 2019

O ideal é que todos os profissionais tenham conhecimento dessa técnica, para desde o acolhimento o paciente seja conduzido da melhor maneira possível. A tabela 1.14 apresenta os principais fármacos utilizados no manejo da agitação psicomotora. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

O objetivo principal da abordagem farmacológica é a tranquilização da pessoa, diminuindo os riscos de danos a si mesmos e a terceiros. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Idealmente deve-se utilizar esquema farmacológico para acalmar o paciente sem sedá-lo excessivamente. a via preferencial é a oral e em monoterapia, quando disponível a inalatória pode ser utilizada, evitando-se a intravenosa. Dentre os medicamentos para esse manejo destacam-se: Olanzapina, haloperidol e risperidona (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Em casos mais graves pode associar a levomepromazina com o haloperidol via oral, que se mostrou mais eficaz que o haloperidol em monoterapia. Outra opção é a associação entre benzodiazepínicos e antipsicóticos. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Em pessoas com histórico de etilismo é preferencial utilizar antipsicóticos na intoxicação e benzodiazepínicos na abstinência. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Uma vez que o paciente esteja tranquilizado, deve ser traçado um plano de cuidados que a depender do caso pode necessitar um encaminhamento ao serviço de urgência ou apenas um ajuste das medicações já em uso, de preferência com a colaboração do psiquiatra. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019)

Tabela 1.14 – Alguns Fármacos úteis no manejo da agitação psicomotora

	Posologia	Efeitos adversos	Observações
Antipsicóticos			
Haloperidol	Via Oral:	Sintomas extrapiramidais, distonia, discinesia,	Priorizar em casos de psicose franca

	2,5 – 5 mg de 30/30min Máximo 15mg Intramuscular: ½ - 1 ampola de 5 mg de 30/30 min Máximo 15mg	acatisia, Síndrome neuroléptica maligna	
Risperidona	Via Oral: 2mg a cada 1 hora Máximo 4mg	Hipotensão, sedação, sonolência	Melhor perfil de efeitos adversos do que haloperidol, mas menos estudos
Levomepromazina	Via Oral: 25mg, a cada 1 hora Máximo 200mg	Sedação excessiva, hipotensão, efeitos anticolinérgicos, arritmias, diminuição do limiar convulsivo.	Evitar, pelo perfil de efeitos adversos. Alternativa quando os outros fármacos não puderem ser usados, principalmente em associação com o haloperidol
Olanzapina	Via oral: 5-10 mg a cada 2 horas Máximo 20mg Intramuscular: ½ ampola de 10mg a cada 2 horas Máximo 10mg	Sedação, efeitos anticolinérgicos (risco de arritmias), convulsão	Caro Não associar com benzodiazepínicos Curta duração
Benzodiazepínicos			
Lorazepam	Via Oral: 1mg a cada 1 hora Máximo 4mg	Sonolência, hipotensão, depressão respiratória	É o benzodiazepínico intramuscular de escolha no Estados Unidos, mas não disponível no Brasil

Midazolam	Via Oral: 7,5 – 15 mg, dose única Intramuscular: 1/2 ampola (5mg/ml) Máximo 5mg	Sonolência, hipotensão, depressão respiratória	Rápido início de ação, mas atentar para depressão respiratória
Prometazina	Via Oral: 25-50mg, dose única Intramuscular: 1/2 ampola de 25 mg/ml, dose única	Efeitos anticolinérgico, arritmia, sedação excessiva, depressão respiratória	Usar somente associada ao haloperidol, pois parece potencializar a tranquilização e reduzir os riscos de efeitos extrapiramidais

Fonte: Adaptado Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2019

1.9 Emergência obstétrica

O atendimento de queixas agudas da gestante deve ser abordado de maneira integral, evitando viés de ancoragem na gestação, evitando assim, a perda de diagnósticos importantes, como colecistite e apendicite. (MOTTA, NASCIMENTO, ALENCAR 2022)

Os principais motivos que levam as mulheres grávidas à emergência são sintomas urinários, gastrointestinais, dor e sangramento. (MOTTA, NASCIMENTO, ALENCAR 2022)

Por apresentar diversas perspectivas a dor na gestante deve ser muito bem caracterizada, pois os diagnósticos diferenciais podem abranger desde causas musculoesqueléticas a descolamento de placenta. (MOTTA, NASCIMENTO, ALENCAR 2022)

Portanto, definir bem: localização, duração, repetição, intensidade, tipo, fator de melhora e piora da dor associação ou não com sangramento ou perda de líquido são decisivas para uma conduta adequada. (MOTTA, NASCIMENTO, ALENCAR 2022)

Além disso, é ideal avaliar a caderneta da gestante, pois ela permite a identificação das medicações em uso, da evolução ponderal, dos níveis pressóricos.

Também é possível avaliar exames laboratoriais e ultrassonografias que estiveram registradas no cartão. (MOTTA, NASCIMENTO, ALENCAR 2022)

A tabela 1.15 a seguir traz as principais situações na gestação com indicação de encaminhamento à emergência.

Tabela 1.15 – Quando encaminhar

Condição clínica	Alteração
Hipertensão	Suspeita de pré-eclâmpsia (quadro 1.16); ou Crise hipertensiva (PA sistólica $\geq$ 160 mmHg ou PA diastólica $\geq$ 110 mmHg)
Anemia	Anemia sintomática (dispneia, taquicardia, hipotensão) e/ou instabilidade hemodinâmica; ou Doença falciforme com crise álgica ou outros sinais de gravidade. Presença de citopenias concomitantes com critério de gravidade (quadro 1.17).
Gestação com abortamento recorrente ou risco de prematuridade	Sinais ou sintomas sugestivos de abortamento em curso ou inevitável (sangramento vaginal ativo associado a dor abdominal, presença de colo aberto, saída de material sugestivo de restos ovulares ao exame especular) Suspeita de trabalho de parto pré-termo (contrações regulares e modificações de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas)
Toxoplasmose	Pacientes imunossuprimidas com sintomas de toxoplasmose aguda/reactiva; ou Suspeita de toxoplasmose com lesão de órgão alvo (coriorretinite, miocardite, meningoencefalite, pneumonite ou miosite)
Sífilis	Gestante com sífilis e alergia à penicilina (para dessensibilização); ou

	Gestante com suspeita de neurosífilis por sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos.
Alterações ecográficas	Polidrâminio sintomático (dor, dispneia) Placenta prévia com sangramento Oligodrâmnio (para avaliação de bem-estar fetal) Crescimento intra-uterino restrito (para avaliação de bem-estar fetal)
Isoimunização Rh	Isoimunização Rh com feto apresentando achados ecográficos de anemia
Trombocitopenia	Qualquer manifestação hemorrágica; ou Assintomática e valor de plaquetas inferior a 20mil/mm³; ou Citopenias com critérios de gravidade (quadro 1.17); ou Trombocitopenia associada a: 1- aumento da pressão arterial (PA sistólica $\geq$ 140 mmHg ou PA diastólica $\geq$ 90 mmHg); 2- Presença de anemia hemolítica; 3-elevação de transaminases ou provas de função hepática; 4- Perda de função renal (elevação de creatinina prévia, proteinúria)

Fonte: Adaptado Telessaúde, 2019

Quadro1.16 - Diagnóstico de pré-eclâmpsia ou eclampsia

Pré-eclâmpsia

Hipertensão arterial (PAS $\geq$ 140 mmHg ou PAD $\geq$ 90 mmHg*) detectada em duas ocasiões com pelo menos 4h de intervalo, após a 20ª semana gestacional em uma mulher sem hipertensão prévia e início de qualquer uma das seguintes situações:

- proteinúria (relação proteinúria/creatininúria $\geq$ 0,3 mg/dL; 300 mg ou mais em urina de 24h ou fita reagente $\geq$ 2+); ou
- plaquetopenia (<100.000 céls/mm³); ou
- creatinina sérica >1,1 mg/dL ou o dobro da creatinina basal, na ausência de outras doenças renais; ou
- transaminases elevadas >2x o valor superior da normalidade; ou
- edema pulmonar; ou

- sintomas cerebrais ou visuais (cefaleia persistente ou grave, visão turva, escotomas, fotofobia, cegueira, confusão mental); ou

- dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, grave e persistente, não explicada por diagnósticos alternativos.

Pré-eclâmpsia com hipertensão crônica

Em gestantes com hipertensão preexistente, os critérios para pré-eclâmpsia sobreposta são qualquer uma das seguintes situações, após 20 semanas de gestação:

- novo início de proteinúria, ou
- disfunção significativa de órgãos-alvo.

Naquelas que apresentam proteinúria antes ou no início da gravidez, a pré-eclâmpsia sobreposta é definida por piora ou resistência da hipertensão (especialmente aguda) na última metade da gestação ou desenvolvimento de sinais e sintomas de gravidade da doença.

Eclâmpsia

Crise convulsiva em paciente com pré-eclâmpsia

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS, 2019

Quadro 1.17 – Citopenias com critérios de gravidade

Citopenias e manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda (como fadiga generalizada, fraqueza, palidez, equimoses, petéquias, sangramentos, infecções recorrentes); ou

Citopenias em pessoas com linfonodomegalia/esplenomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo; ou

Presença de blastos ou promielócitos no sangue periférico; ou

Paciente com febre e neutropenia (< 1500 céls/ μL); ou

Bicitopenia/pancitopenia com alterações hematológicas graves, como:

- hemoglobina < 7 g/dl; e/ou
- neutrófilos < 500 céls/ μL ; e/ou
- plaquetas < 50 mil céls/ mm^3 .

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS, 2019

DISCUSSÃO

O referencial teórico utilizado para a construção do capítulo “Abordagem das principais urgências e emergências na Atenção Primária à Saúde (APS)” que irá compor o Manual do residente de Medicina de Família e Comunidade mostra o quanto importante e decisiva é a APS no primeiro atendimento em casos de urgência e emergência, por ser, muitas vezes, o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde.

Diante desse estudo e da vivência prática no cenário de residência de medicina de família e comunidade surge a oportunidade de revisão e de adequação das UBS em relação aos recursos materiais e medicamentosos, bem como atualização teórica dos profissionais de saúde. Desse modo, a elaboração desse capítulo contribui para que os atendimentos às urgências e emergências sejam padronizados, sistematizados tornando-as mais eficientes e ágeis, através de fluxogramas, imagens, tabelas e de protocolos de encaminhamento com especificações de dispositivos contidos no município de Campo grande assim como seus endereços e telefones de contato.

Destaca-se a importância e a necessidade de uma equipe multiprofissional coesa e com conhecimento dos recursos presentes no local de trabalho para o atendimento de casos graves, além do conhecimento teórico atualizado sobre o manejo das urgências e emergências. Para isso, é necessário que haja educação continuada dos profissionais da saúde da APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho possibilitou a aprofundar o conhecimento do manejo das principais urgências e emergências no contexto da atenção primária, além de detalhar os materiais e medicamentos necessários para um atendimento adequado. Sendo temas essenciais para uma boa prática dos profissionais da saúde, já que, o primeiro contato do cidadão com o sistema de saúde acontece através da APS, em sua maioria.

A elaboração do Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade auxiliará e facilitará a prática da equipe de saúde com consulta rápida através do conteúdo sistematizado baseado em evidências científicas, além de direcionar corretamente sobre os encaminhamentos para os serviços secundários presentes no município de Campo Grande (MS).

REFERÊNCIAS

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

VELASCO, T. V. *et al.* **Medicina de emergência: abordagem prática**. 16. ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2022.

LAVONIAS, E.L. *et al.* **Destaques das Diretrizes de RCP e ACE. American Heart Association**. 2020

WILLIAMS, B. H.; KOMAK, S. **Prehospital Trauma Life Support (PHTLS) Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. 9. ed. Burlington, MA: Jones & Barlett Learning, 2021.

DA SILVA, B. H. R. *et al.* **Protocolo de acesso para consultas exames e procedimentos da secretaria municipal de saúde de Campo Grande MS**. Registro n 26.965, livro A-48, protocolo n. 244.268, Livro A-10. Resolução SASAU n. 574, de 18 de dezembro de 2020.

Gonçalves, T. M. P. **Situações de hipermetabolismo: queimados** [Internet]. Recife: Unicap; 2012. Disponível em: http://www.unicap.br/pos/cursos_atualizacao/downloads/queimados.pdf.

MANIFOLD, C., *et al.* **Advanced Medical Life Support (AMLS) Atendimento pré-hospitalar às emergências clínicas**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

MARTINS, A. C. M. *et al.* **RegulaSUS Protocolo de encaminhamento para obstetrícia**. TelessaúdeRS UFRGS. Porto Alegre. 2019.

FARIAS, D. C.; CELINO, S. D. M.; PEIXOTO, J. B. S.; BARBOSA. M. L.; COSTA, G. M. C. Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Educação Médica. Paraíba, v. 39, n. 1, p. 79-87, 2015.

MARTINS, A. C. M. et al. **RegulaSUS Protocolo de encaminhamento para cirurgia plástica**. TelessaúdeRS UFRGS. Porto Alegre. 2019.

MENDONÇA, C. S.; PINTO, H. A. **Acolhimento e demanda espontânea. Queixas mais comuns na atenção básica**. Caderno n. 28. Vol. 2. Ministério da Saúde. Brasília – DF. 2013.

CAMERRO, A.; ALVES, E. C.; CAMERRO, N. M. M. S.; LILIAN DONIZETE PIMENTA NOGUEIRA, L. D. P. **Perfil do atendimento de serviços de urgência e emergência**. Revista Fafibe On-Line. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 515-524, 2015.

LOPES, A. C. **Diagnóstico dos acidentes por animais peçonhentos** [Internet]. Campinas: UNICAMP; 2019. Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/peconh-prof.htm>

LAURINDO, M. V. et al. **A importância de adaptar as unidades básicas de saúde para o atendimento de urgências e emergências de menor complexidade**. Brazilian journal of health review. v. 2. n. 3. p. 1688-1709. Curitiba. 2019