

Enfermagem em Emergências

Roseane Lino da Silva Freire

1. INTOXICAÇÕES

01 (PREFEITURA DE SÃO PAULO/SP – 2008 – VUNESP) Na intoxicação ou abstinência por álcool, abuso de anfetaminas ou cocaína e drogas depressoras do sistema nervoso central como opióides e barbitúricos, os sinais e sintomas que podem estar presentes são:

- a) alterações pupilares, de marcha, sudorese, hiperexcitação, hipervigilância, ansiedade e rebaixamento do nível de consciência.
- b) febre, rebaixamento do nível de consciência e confusão mental com prejuízo cognitivo.
- c) palpitação, diplopia, falta de ar, irritabilidade, tensões musculares e perturbações do sono.
- d) delírio de grandeza, desorganização global do comportamento e agressividade não dirigida.
- e) taquicardia, hipertensão, sudorese, sensação de vertigem, sensação de asfixia e medo de morrer ou de ficar louco.

COMENTÁRIOS

Grau de dificuldade: DIFÍCIL ■ ■ ■

Alternativa A: VERDADEIRA. As substâncias psicoativas podem causar transtornos mentais orgânicos na intoxicação por álcool e outras drogas psicoativas, como anfetaminas ou cocaína, estados de abstinência por álcool e outras drogas depressoras do sistema nervoso central (SNC) como opióides e barbitúricos e os sinais e sintomas que podem surgir são: nistagmos, alterações pupilares, alterações de marcha, sudo-

rese e outros sinais de disfunção autonômica, hiperexcitação, hipervigilância, ansiedade intensa e rebaixamento de consciência e de delírio.

Alternativa B: FALSA. O item B está incorreto, porque os sinais e sintomas estão associados às doenças próprias do SNC como trauma crânio encefálico (TCE), infecções, distúrbios cerebrovasculares, doença de Alzheimer, doença de Wilson, esclerose múltipla.

Alternativa C: FALSA. O item C está incorreto, porque descreve o transtorno de ansiedade. São quadros clínicos em que esses sintomas são primários, ou seja, não são derivados de outras condições psiquiátricas (depressões, psicoses, transtornos do desenvolvimento, transtorno hipercinético etc). Ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho.

Alternativa D: FALSA. O item D está incorreto, pois descreve a fase maníaca dos transtornos de afetivo bipolar. O distúrbio bipolar é um transtorno afetivo que se caracteriza por altas taxas de suicídio e o prejuízo no desempenho das funções do dia-a-dia. Vários eventos podem levar a essa patologia, mas os mecanismos exatos ainda são desconhecidos. No transtorno bipolar, há uma rápida alternância de humor, acompanhada por sintomas maníaco-depressivos.

Alternativa E: FALSA. O item E está incorreto, porque descreve que um ataque de pânico consiste em uma sensação de medo ou mal-estar intenso acompanhada de sintomas físicos e cognitivos e que se iniciam de forma brusca,

alcançando intensidade máxima em até 10 minutos. Estes ataques acarretam preocupações persistentes ou modificações importantes de comportamento em relação à possibilidade de ocorrência de novos ataques de ansiedade.

02 (PREFEITURA DE PETRÓPOLIS/RJ - 2012 - DOMCINTRA) Nos casos de intoxicação por opiáceos, acetaminofen e organofosforados, poderá ser utilizado como antídoto, respectivamente:

- atropina, n-acetilcisteína, naloxone.
- flumazenil, naloxone, n-acetilcisteína.
- naloxone, n-acetilcisteína, atropina;
- n-acetilcisteína, atropina, flumazenil.
- flumazenil, naloxone, atropina.

COMENTÁRIOS

Grau de dificuldade: DIFÍCIL ■ ■ ■

➤ **DICA DO AUTOR:** As alternativas apontam para os antídotos abaixo:

A atropina atua inibindo a atividade muscarínica da acetilcolina nos sítios neuroefetores parassimpáticos pós-ganglionares, inclusive no músculo liso, glândulas secretoras e Sistema Nervoso Central. Por isso, é usada no tratamento de intoxicações por inibidores da colinesterase (por exemplo: inseticidas organofosforados), drogas colinérgicas e muscarina.

N-acetilcisteína é indicado como antídoto na intoxicação acidental ou voluntária por acetaminofem (paracetamol). A N-acetilcisteína é o antídoto específico do paracetamol e age como um doador de grupo sulfidrila, substituindo o glutathion hepático e fazendo com que uma menor quantidade do metabólito tóxico seja produzida.

Naloxone é indicado para reversão completa ou parcial da depressão causada por opioide, inclusive depressão respiratória, induzida por ingestão de narcóticos opióides naturais ou sintéticos, apesar do mecanismo de ação ainda não esteja completamente compreendido, evidências *in vitro* sugere que o produto antagoniza os efeitos dos opioides competindo com os sítios receptores κ e σ no sistema nervoso central.

Flumazenil é uma substância que age no sistema nervoso central. É uma substância que tem efeito contrário (antagonista) ao dos benzodiazepí-

nicos. Os efeitos hipnóticos (que induzem sono), sedativos e de inibição psicomotora dos benzodiazepínicos são rapidamente neutralizados após administração intravenosa.

Alternativa A: FALSA. A atropina é antídoto para organofosforados, n-acetilcisteína para acetaminofen e naloxone para opioide.

Alternativa B: FALSA. Flumazenil é antídoto para Benzodiazepnico, naloxone para opioide e n-acetilcisteína para acetaminofen.

Alternativa C: VERDADEIRA. Naloxone é antídoto para opióide, n-acetilcisteína para acetaminofen e atropina para organofosforados.

Alternativa D: FALSA. N-acetilcisteína é antídoto para acetaminofen, atropina para organofosforados e flumazenil para benzodiazepnico.

Alternativa E: FALSA. Flumazenil é antídoto para benzodiazepnico, naloxone para opióide e atropina para organofosforados.

03 (PREFEITURA DE SERTÃOZINHO/SP - 2012 - VUNESP) Dentre as indicações para a lavagem gástrica após a ingestão acidental ou intencional de substâncias tóxicas, inclui-se

- hidrocarboneto de alta volatilidade.
- soda cáustica.
- pacote contendo drogas.
- hematemese volumosa.
- medicamento ansiolítico.

COMENTÁRIOS

Grau de dificuldade: INTERMEDIÁRIO ■ ■

➤ **DICA DO AUTOR:** O Ministério da Saúde, em 2011, no Caderno de atenção Primária "Procedimentos", faz referência das CONTRAINDICAÇÕES para a lavagem gástrica: pacientes com Glasgow, 8, exceto se forem intubados; Ingestão de hidrocarbonetos com alta volatilidade- solventes em geral (pela possibilidade de pneumonite, se houver aspiração).

Alternativa A: FALSA. Ingestão de cáusticos ou corrosivos (pela possibilidade de haver perfuração esofagástrica).

Alternativa B: FALSA. com exceção do Paraquate, que, por ter efeito sistêmico muito importante, mesmo sendo cáustico, a lavagem gástrica é

indicada; Varizes de esôfago de grosso calibre; Ingestão de pacotes contendo drogas.

Alternativa C: FALSA. Hematêmese volumosa.

Alternativa D: FALSA. Cirurgia recente do trato gastrointestinal (ex.: gastroplastia). Ingestão de materiais sólidos com pontas.

Alternativa E: VERDADEIRA. Essa alternativa não está incluída as contra indicações acima, portanto a lavagem gástrica deve ser feita após ingestão de medicamento ansiolítico com paciente consciente ou se inconsciente deve ser feita uma intubação prévia para prevenir aspiração. Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo, pois nesta posição o piloro fica voltado para cima, dificultando a passagem do tóxico para o duodeno.

04 (PREFEITURA DE VASSOURAS/RJ – 2012 – FIN-CAB) No caso de acidente humano por inoculação de veneno de escorpião:

- são indicados os soros antiescorpionico e antiaracnideo.
- é indicado unicamente o soro antiescorpionico.
- é indicada a soroterapia mesmo para os pacientes com quadro clinico leve.
- recomenda-se incisao no local da picada e utilizacao de torniquetes.
- não há risco de morte por envenenamento.

COMENTÁRIOS

Grau de dificuldade: DIFÍCIL ■ ■ ■

Alternativa A: VERDADEIRA. O soro antiaracnido é um soro polivalente porque neutraliza o veneno das aranhas dos generos *Phoneutria*, *Loxosceles* e *Lycosa*, bem como dos escorpiones do genero *Tityus*, por isso, na falta do soro antiescorpionico, usar o soro antiaracnido.

Alternativa B: FALSA. O soro antiaracnido por ser polivalente também pode ser utilizado quando não tem o soro antiescorpionico.

Alternativa C: FALSA. O soro antiescorpionico é indicado para os casos de acidente por picada de escorpião, de acordo com a gravidade da sintomatologia apresentada pela pessoa acidentada. Os acidentes em adultos jovens raramente apresentam gravidade. O sintoma se limita à dor local, não havendo necessidade de tratamento

especifico com o soro, apenas fazer o tratamento sintomatico que consiste no alivio da dor por infiltração de anestésico sem vasoconstritor ou analgésico sistêmico. No entanto, as crianças com menos de sete anos e pessoas idosas devem ser rigorosamente observadas, durante seis a 12 horas. No caso do aparecimento de sinais e sintomas (mesmo leves), administrar o soro antiescorpionico. As crianças com idade entre sete e 14 anos também devem ser observadas durante seis horas, no mínimo. Usar soro no adulto se apresentarem a forma moderada e grave.

Alternativa D: FALSA. Não fazer a incisao no local da picada, já que alguns venenos podem provocar hemorragias e os cortes feitos no local da picada com canivetes e outros objetos contaminados, favorecem a ocorrência de hemorragias e infecções. O garrote ou torniquete impede a circulação, podendo produzir necrose ou gangrena.

05 (PREFEITURA DE TANGARÁ/SC – 2012 – INCA-PEL) As complicações: insuficiência renal aguda e insuficiência respiratória, estão relacionadas a qual tipo de acidente com animais peçonhentos?

Aponte a alternativa correta.

- Acidente botrópico
- Acidente laquético
- Acidente crotálico
- Acidente elapídico
- Nenhuma alternativa está correta.

COMENTÁRIOS

Grau de dificuldade: INTERMEDIÁRIO ■ ■

➤ **DICA DO AUTOR:** No Brasil, quatro tipos de acidente são considerados de interesse em saúde: botrópico, crotálico, laquético e elapídico. Acidentes por serpentes não peçonhentas são relativamente frequentes, porém não determinam acidentes graves, na maioria dos casos, e, por isso, são considerados de menor importância médica.

Alternativa A: FALSA. ACIDENTE BOTRÓPICO (jararaca, jararacuçu, urutu, caíaca) Corresponde ao acidente ofídico de maior importância epidemiológica no país. A taxa de letalidade é de 0,3%.

Nas primeiras horas após a picada, visualiza a presença de edema, dor e equimose na região da picada, que progride ao longo do membro acometido. As marcas de picada nem sempre são visíveis, assim como o sangramento nos pontos de inoculação das presas. Bolhas com conteúdo seroso ou serohemorrágico podem surgir na evolução e dar origem à necrose cutânea. As principais complicações locais são decorrentes da necrose e da infecção secundária que podem levar à amputação e/ou déficit funcional do membro. Os sangramentos em pele e mucosas são comuns (gengivorragia, equimoses à distância do local da picada); hematúria, hematótese e hemorragia em outras cavidades podem determinar risco ao paciente. Hipotensão pode ser decorrente de sequestro de líquido no membro picado ou hipovolemia consequente a sangramentos, que podem contribuir para a instalação de insuficiência renal aguda.

Alternativa B: FALSA. ACIDENTE LAQUÉTICO (surucucu, pico-de-jaca) As manifestações, tanto locais, como sistêmicas, são indistinguíveis do quadro desencadeado pelo veneno botrópico. A diferenciação clínica se faz quando, nos acidentes laquéticos, estão presentes alterações vagais, como náuseas, vômitos, cólicas abdominais, diarreia, hipotensão e choque.

Alternativa C: VERDADEIRA. ACIDENTE CROTÁLICO (cascavel) A dor e o edema são usualmente discretos e restritos ao redor da picada; eritema e parestesia são comuns. Sistêmicos são o aparecimento das manifestações neurológicas que tem progressão craniocaudal, iniciando-se por ptose palpebral, turvação visual e oftalmoplegia. Distúrbios de olfato e paladar, além de ptose mandibular e sialorréia podem ocorrer com o passar das horas. Raramente, a musculatura da caixa torácica é acometida, o que ocasiona insuficiência respiratória aguda. Essas manifestações neurotóxicas regredem lentamente, porém são totalmente reversíveis. Pode haver gengivorragia e outros sangramentos discretos. Progressivamente, surgem mialgia generalizada e escurecimento da cor da urina (cor de “refrigerante de Cola” ou “chá preto”). A insuficiência renal aguda é a principal complicação e causa de óbito.

Alternativa D: FALSA. ACIDENTE ELAPÍDICO (coral verdadeira) – dor e parestesia na região da picada são discretas, não havendo lesões evidentes. Fácies miastênica ou neurotóxica (comum ao

acidente crotálico) constitui a expressão clínica mais comum do envenenamento por coral verdadeira; as possíveis complicações são decorrentes da progressão da paralisia da face para músculos respiratórios.

2 HUMANIZAÇÃO E ATENÇÃO BÁSICA ÀS URGÊNCIAS

06 (PREFEITURA DE LAGOA SANTA/MG – 2012 – FUNDEP) Segundo o Ministério da Saúde (2011), é imperativo prover atenção qualificada à saúde de toda a população brasileira, incluindo o atendimento ágil e resolutivo das urgências e emergências. Portanto, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências a partir da Portaria nº. 1600, de 7 de julho de 2011. No que se refere a essa temática, as seguintes afirmativas estão corretas, EXCETO:

- a) a rede de atenção às urgências deve priorizar as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.
- b) a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas, compor uma rede organizada de atenção às urgências.
- c) a Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo, eximindo-se da responsabilização pelo primeiro cuidado às urgências e emergências.
- d) o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências têm como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas e psiquiátricas entre outras.

COMENTÁRIOS

Grau de dificuldade: INTERMEDIÁRIO ■ ■

Alternativa A: VERDADEIRA. As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbidade, incapacidade e morte no mundo e no Brasil. Só no Brasil, o número de vítimas fatais por AVC chega a quase 100 mil pessoas: passou de 84.713, em 2000, para 99.726, em 2010. As

causas externas de morbidade e mortalidade são as lesões decorrentes de acidentes e de violências. Anualmente, as causas externas respondem por mais de cinco milhões de mortes em todo o mundo, respondendo por cerca de 9% da mortalidade mundial, segundo dados da OMS de 2011. Atualmente, no Brasil, as causas externas representam a terceira causa mais frequente de morte, configurando-se como inquestionável desafio aos gestores de políticas públicas, especialmente, aos dirigentes e profissionais do setor saúde.

Alternativa B: VERDADEIRA. A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências, além de, em conjunto com os Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares, devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Alternativa C: FALSA. A atenção básica em saúde tem como objetivo também o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

Alternativa D: VERDADEIRA. O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências têm como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

07 (PREFEITURA DE LONDRINA/PR - 2013 - PREF. LONDRINA) Acolher não é apenas o início de um projeto terapêutico, mas também o início ou continuidade de uma relação de vínculo. A fila e a cota de “consultas do dia” ou senhas limitadas são, muitas vezes, o contrário do princípio da equidade, na medida em que o critério mais comum de acesso, nesses casos, é a ordem de chegada. Uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação de risco como ferramenta, possibilitando identificar as diferentes graduações de risco, procedendo às devidas priorizações. A classificação de risco deve ser encarada de maneira dinâmica, já que pode haver mudança no grau de risco de um usuário. O acolhimento com classificação de risco auxilia as equipes a formatarem seu processo de atenção à demanda espontânea. Com base no texto acima, julgue as assertivas a seguir e marque V, para as verdadeiras, e F, para as falsas.

- () A estratificação do risco vai orientar não só o tipo de intervenção ou oferta de cuidado necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer. Na Atenção Básica, diferentemente de um pronto-socorro, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento médico após acolhimento inicial, a não ser em situações de alto risco, nas quais a intervenção médica imediata se faz necessária.
- () Sempre que possível, deve-se realizar o agendamento por hora marcada. É uma estratégia que possibilita, por um lado, a atenção em tempo oportuno à maior parte dos “casos agudos” que apresentam maior risco ou sofrimento e, por outro lado, auxilia na melhor distribuição do número de usuários na unidade ao longo do dia, evitando superlotação, desconforto e tensões.
- () A classificação de risco deve ser encarada de maneira dinâmica, já que pode haver mudança no grau de risco de um usuário. A classificação de risco é representada por valores numéricos.
- () Na classificação de risco, que é representada por cores, a cor verde significa risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante e o atendimento deve ser no mesmo dia.

() A cor azul significa que atendimento deve ser imediato, o usuário apresenta alto risco de morte e necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico.

Assinale a alternativa que contém, de cima para baixo, a sequência correta.

- a) V V F V F
- b) V V V F F
- c) F F F V V
- d) V V F F F
- e) V V F V V

COMENTÁRIOS

Grau de dificuldade: FÁCIL ■

Item 1: VERDADEIRA. Segundo o Ministério da Saúde, no caderno de Acolhimento à demanda espontânea de 2013, a estratificação do risco vai orientar não só o tipo de intervenção ou oferta de cuidado necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer. Lembrando que em certas situações é importante priorizar o atendimento, sob pena de manter a pessoas em sofrimento por tempo prolongado. E a estratificação de risco pode ser muito importante nesse sentido.

Item 2: VERDADEIRA. Ao dar entrada em uma unidade de saúde, o paciente é classificado, recebendo uma prioridade que determina o tempo alvo para o primeiro atendimento médico, essa prioridade é baseada na situação clínica apresentada e a depender do caso pode ser agendado, porém devem ser feitos sempre ajustes, pois a natureza da atenção básica é a combinação do olhar sobre riscos e vulnerabilidades.

Item 3: FALSA. A classificação de risco é representada por cores e não por números.

Item 4: VERDADEIRA. A cor VERDE, ou seja, sem risco de morte imediato (somente será atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO e AMARELO).

Item 5: FALSA. A cor AZUL, ou seja, quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social (deverá ser preferencialmente encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendido pelo Serviço Social). Se desejar, poderá ser atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO, AMARELO e VERDE..

Assim, a alternativa “A” é a correta.

08

(PREFEITURA DE VARGINHA/MG – 2012 – REIS AUDITORES)

Considerada prioritária no âmbito do SUS, a atenção às urgências em Saúde tem sido orientada, a partir de 2003, pela Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria nº 1.863 de 2003), fundamentada nos seguintes objetivos: EXCETO

- a) garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, ginecoobstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não intencionais, violências e suicídios);
- b) consubstanciar as diretrizes de regionalização da atenção às urgências, mediante a adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais, conferindo concretezude ao dimensionamento e implantação de sistemas estaduais, regionais e municipais e suas respectivas redes de atenção;
- c) promover de forma provisória a inserção das unidades hospitalares na rede de serviços de saúde.
- d) desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa e a recuperação da saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades.

COMENTÁRIOS

Grau de dificuldade: FÁCIL ■

Alternativas A, B, e D estão CORRETAS de acordo com a Portaria 1863 de 29 de setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Alternativa C: FALSA. O Brasil possui uma rede hospitalar bastante heterogênea do ponto de vista de incorporação tecnológica e complexidade de serviços, com grande concentração de recursos e de pessoal em complexos hospitalares de cidades de médio e grande porte. E a política da atenção hospitalar visa promover de forma definitiva a inserção das unidades hospitalares na rede de serviços de Saúde.

09 (PREFEITURA DE ANANIDEUA/PA – 2012 – CETAP) Todas as alternativas estão corretas quanto à classificação de riscos de usuários de unidade de emergência, segundo a escala de Manchester, EXCETO:

- VERMELHO- emergência (será atendido imediatamente na sala de emergência).
- AMARELO-urgência (será atendido com prioridade sobre os pacientes classificados como verde, no consultório ou leito da sala de observação).
- VERDE- sem risco de morte imediato (somente será atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO e AMARELO).
- ROXO- acompanhante de paciente (deverá ser retirado do local de assistência por profissionais, segurança ou força de polícia, se necessário).
- AZUL-quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social (deverá ser, preferencialmente, encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social).

COMENTÁRIOS

Grau de dificuldade: INTERMEDIÁRIO ■ ■

➤ **DICA DO AUTOR:** A Classificação de Risco é a estratificação de risco dos usuários que procuram atendimento nos serviços de saúde. Ao dar entrada em uma unidade de saúde, o paciente é classificado, recebendo uma prioridade que determina o tempo alvo para o primeiro atendimento médico, essa prioridade é baseada na situação clínica apresentada e não na ordem de chegada. Essa triagem separa os casos verdadeiramente urgentes dos não urgentes e garante o atendimento prioritário dos casos mais graves. Os pacientes deixam de ser atendidos pela ordem de chegada ao setor de urgência e passam a ser em função da gravidade da situação. A classificação de risco mais usada é o sistema de Manchester.

Alternativa A: VERDADEIRA. VERMELHO, ou seja, emergência (será atendido imediatamente na sala de emergência). Os pacientes classificados como VERMELHO devem ser rapidamente encaminhados para a sala de emergência, onde deverão receber cuidados médicos e de enfermagem imediatos. Existe um subgrupo de pacientes clas-

sificados como VERMELHO considerados PRIORIDADE I, que toda a equipe deve estar alerta para identificá-los e encaminha-los à sala de emergência com acionamento de sinal sonoro.

Alternativa B: VERDADEIRA. AMARELO, ou seja, urgência (será atendido com prioridade sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação); Os pacientes classificados como AMARELO devem aguardar atendimento médico em sala de espera priorizada, assentados, onde deverão estar sob supervisão contínua de toda a equipe da Unidade. Deverão ser reavaliados idealmente a cada 30min ou imediatamente em caso de alteração do quadro clínico, durante a espera para o atendimento médico.

Alternativa C: VERDADEIRA. VERDE, ou seja, sem risco de morte imediato (somente será atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO e AMARELO). Deverão ser reavaliados em caso de alteração do quadro clínico.

Alternativa D: FALSA. A cor ROXA não existe, ou seja, na classificação de risco, os acompanhantes de pacientes não entram na estratificação de risco.

Alternativa E: VERDADEIRA. AZUL, ou seja, quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social (deverá ser preferencialmente encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendido pelo Serviço Social). Se desejar poderá ser atendido após todos os pacientes classificados como VERMELHO, AMARELO e VERDE, porém devem ser avaliados em caso de mudança de quadro clínico.

10 (PREFEITURA DE CARUARU/PE – 2012 – IPAD) Assinale a alternativa correta no que diz respeito aos cuidados paliativos:

- O cuidado paliativo deve ser iniciado de forma precoce junto a outras medidas de prolongamento de vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para compreensão e manejo de sintomas.
- Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar a um paciente fora de possibilidades terapêuticas, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida,

- por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.
- c) Considera-se ação paliativa qualquer medida terapêutica, de intenção curativa, que vise diminuir as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do paciente.
- d) Um dos princípios dos cuidados paliativos é usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, não incluindo o suporte ao luto.
- e) O objetivo dos cuidados paliativos é a cura ou remissão, e isso é compartilhado com o doente e sua família de maneira otimista.

COMENTÁRIOS

Grau de dificuldade: FÁCIL ■

Alternativa A: FALSA. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, junto a outras medidas de prolongamento de vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas. Começar precocemente a abordagem paliativa permite a antecipação dos sintomas, podendo preveni-los. O erro está em “de forma precoce”, dando ideia imediatista (agora/hoje), quando na verdade deve ser iniciado precocemente dando ideia de continuidade/diariamente.

Alternativa B: VERDADEIRA. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”.

Alternativa C: FALSA. Ação paliativa é qualquer medida terapêutica, sem intenção curativa, que visa diminuir, em ambiente hospitalar ou domiciliar, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do paciente. É parte integrante da prática do profissional de saúde, independente da doença ou de seu estágio de evolução.

Alternativa D: FALSA. O Cuidado Paliativo prolonga-se após a morte sob a forma de atendimento do luto dos familiares. O processo de luto antecipatório envolve as perdas do adoecimento: da saúde, do corpo perfeito, dos papéis profissionais, conjugais, parentais, perdas de outras pessoas, perdas de si. Trabalhar a dor, elaborar um sentido, conversar sobre isso com familiares e profissionais, têm um caráter preventivo. É muito importante trabalhar o luto antecipatório nas instituições hospitalares e nos programas de Cuidados Paliativos.

Alternativa E: FALSA. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares cuja doença não é responsiva a tratamento de cura.

3. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CAUSAS EXTERNAS (TRAUMAS) E INTERNAS (DOENÇA RESPIRATÓRIA) – SISTEMA RESPIRATÓRIO

11

(PREFEITURA DE PORTO VELHO/RO – 2007 – CESPE)

Dentre as medicações utilizadas no tratamento do edema agudo de pulmão, estão os digitálicos, cuja finalidade é:

- tratar o broncoespasmo
- aumentar a vasodilatação
- reduzir a resistência periférica
- diminuir a frequência respiratória
- aumentar a força contrátil do coração

COMENTÁRIOS

Grau de dificuldade: DIFÍCIL ■ ■ ■

👉 **DICA DO AUTOR:** O edema agudo de pulmão (EAP) é uma síndrome clínica em que ocorre acúmulo de fluido nos espaços alveolares e intersticiais dos pulmões, podendo ser decorrente de causas diversas. O modelo clássico de estratificação do EAP é bastante simples e o divide em cardiogênico (exacerbação da Insuficiência Cardíaca Congestiva, síndrome coronariana aguda, valvulopatia etc) e não cardiogênico (aspiração, inalação, afogamento, contusão pulmonar etc).

Alternativa A: FALSA. Aminofilina, por exemplo, exerce efeito vasodilatador, diminuindo a resistência periférica, com discreto efeito inotrópico positivo. Apresenta também ação diurética por efeito direto no túbulo renal e efeito broncodi-

Alternativa D: FALSA. O sangramento renal é manifestado pela hematúria, que é definida pela presença anormal de eritrócitos na urina.

Alternativa E: VERDADEIRA. A melena é as fezes enegrecidas e extremamente fétidas, decorrentes da ação das enzimas digestivas sobre a hemoglobina, transformando-a em hematina, portanto, é o acúmulo excessivo de sangue no estômago.

➤ RESUMO PRÁTICO

1. DOR TORÁCICA

É uma das principais queixas no atendimento do pronto socorro. A dor torácica ainda é um desafio para os médicos, visto que existem enormes quantidades de diagnósticos diferenciais como mostra a tabela abaixo.

SISTEMA	SÍNDROME	DESCRIÇÃO CLÍNICA	CARACTERÍSTICAS DISTINTAS
Cardíaco	Angina	Pressão torácica retroesternal, queimação ou peso; irradiação ocasional para pescoço, mandíbula, epigástrico, ombros ou Membro Superior Esquerdo.	Precipitada pelo exercício, tempo frio ou estresse emocional; Duração < 2 – 10 minutos
	Angina em repouso ou instável	A mesma da angina, porém pode ser mais intensa.	Geralmente < 20 minutos, menor tolerância para o esforço
	IAM	A mesma da angina, porém pode ser mais intensa	Início súbito, com duração . 30 minutos. Associação com dispnéia, fraqueza, náuseas e vômito
	Pericardite	Dor aguda, pleurítica agravada com mudanças na posição; duração variável	Atrito pericárdico
Vascular	Dissecção aórtica	Dor excruciante, lacerante, de início abrupto, na parte anterior do tórax frequentemente irradiando-se para o dorso.	Dor muito intensa, refratária, geralmente em um contexto de hipertensão ou de um distúrbio subjacente do tecido conjuntivo.
	Embolismo Pulmonar	Início súbito de dispneia e dor, geralmente pleurítica, com infarto pulmonar	Dispneia, taquipnéia, taquicardia e sinais de insuficiência cardíaca direita
	Hipertensão Pulmonar	Pressão torácica subesternal exacerbada pelo esforço .	Dor associada à dispneia e sinais de hipertensão pulmonar
Pulmonar	Pleurite/ Pneumonia	Dor pleurítica, geralmente breve, sobre a área envolvida	Dor pleurítica e lateral à linha média, associada à dispneia
	Traqueobronquite	Desconforto em queimação, na linha média	Localização na linha média associada à tosse
	Pneumotórax espontâneo	Início súbito de dor pleurítica unilateral, com dispneia	Início abrupto de dispneia e dor
Psicológico	Síndrome do pânico	Aperto torácico ou dor frequentemente acompanhado por dispneia e durando 30 minutos ou mais, não relacionado ao esforço ou ao movimento	O paciente frequentemente apresenta outras evidências de distúrbios emocionais

A síndrome coronária aguda (SCA) pode resultar da ruptura de uma placa coronariana instável ou de uma formação de trombo intraluminal, uma embolização ou de obstrução coronária em graus variáveis. Quando o paciente possui oclusão total, pode apresentar infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST. Já a obstrução parcial de um vaso pode resultar em um IAM sem supradesnivelamento do segmento ST ou angina instável (AI).

Na SCA, a dor torácica é classificada como uma dor em aperto, desconforto, queimação ou sensação opressiva localizada na região precordial ou retroesternal, que pode irradiar para ombro e /ou braço esquerdo, braço direito, pescoço, mandíbula, além disso, pode vir acompanhada de náusea, diaforese, vômito ou dispnéia. O paciente leva a mão espalmada no centro do precórdio (Sinal de Levine), sugestivo de isquemia miocárdica.

➤ Em idosos, diabéticos, negros e mulheres, o evento isquêmico pode vir com pouca ou nenhuma sensação de desconforto precordial.

➤ DICA:

Mnemônico para facilitar quando encontrar questões de SCA que é MOV:

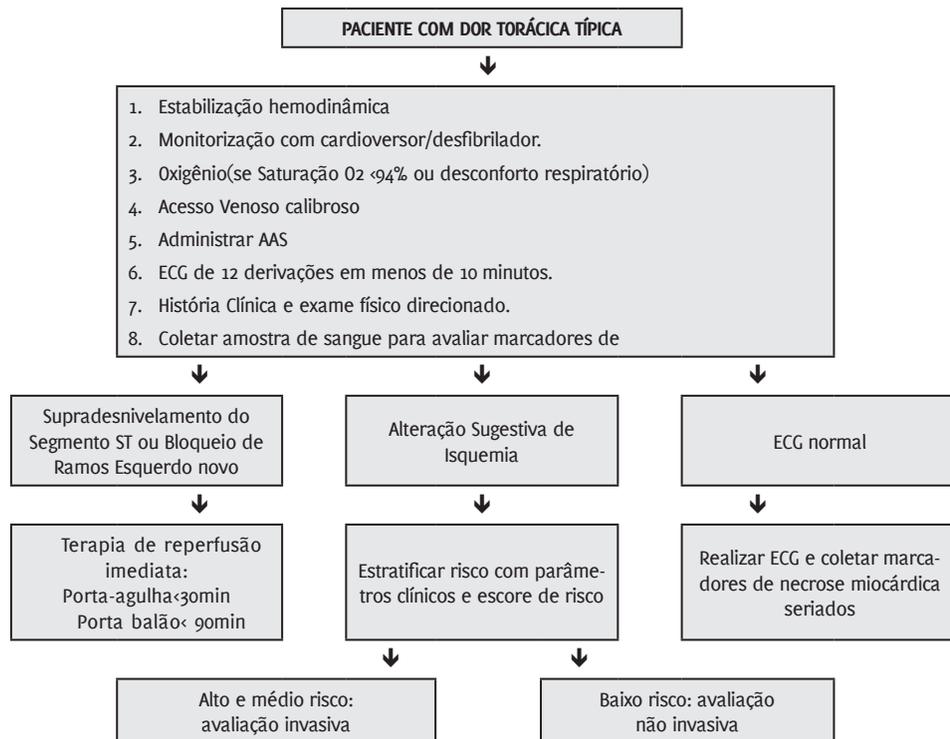
- Monitor
- Oxigênio
- Veia

Assim, irá monitorizar o paciente e realizar o ECG, ofertar oxigênio e realizar um acesso venoso periférico para eventuais drogas que serão administradas.

As drogas usadas no IAM também usamos um Mnemônico chamado MONABCH:

- Morfina
- Oxigênio para manter saturação $O_2 > 95\%$
- Nitrato
- AAS
- Beta bloqueador
- Clopidogrel
- Heparina

O que fazer com uma dor torácica típica? A figura abaixo mostra as etapas:



2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Síndrome neurológica focal súbita, caracterizado pelo aparecimento rápido de sintomas ou sinais de perda localizada da função cerebral (parcial ou global) de origem vascular.

A doença cerebrovascular pode ser dividida em três categorias: Acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI), acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH) e hemorragia meníngea ou subaracnóideia (HM ou HSA). O acidente vascular cerebral hemorrágico é definido por alguns como qualquer coleção de sangue intracraniana, já outros referem como sangramentos intracranianos intraparenquimatosos não traumático, relacionados ou não a hipertensão arterial sistêmica. O acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) é causado pelo fluxo sanguíneo insuficiente em uma região localizada do sistema nervoso central ou em todo ele. O Acidente vascular cerebral isquêmico é mais comum que o acidente vascular hemorrágico.

Quadro Clínico:

- Hemiparesia
- Dificuldade para caminhar
- Disartria
- Alterações da motricidade ocular
- Alterações na sensibilidade
- Tonteiras e/ou vertigens.
- Rebaixamento do nível de consciência
- Coma

➤ O tempo do início dos sintomas é um dado importante para estabelecer o critério do uso do trombolítico, caso o AVC seja isquêmico.

Avaliar o paciente no ABC (vias aéreas, respiração e circulação), inclusive avaliação neurológica e de possíveis comorbidades.

Tratamento

- É necessária uma boa oxigenação, sobretudo na região de penumbra, que é o principal alvo terapêutico no início do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI);
- Passar SNE, se dificuldade em deglutir ou com risco de aspiração;
- Realização de exames laboratoriais para exclusão de diagnósticos diferenciais e auxílio na decisão terapêutica;
- Realização de exame de neuroimagem para orientação terapêutica e diagnóstica na fase aguda;
- Monitorização cardiovascular não invasiva;
- Manter temperatura abaixo de 37,5° ;
- Suplementação de oxigênio deve ser realizada, apenas se necessário, para manter a saturação de oxigênio em níveis iguais ou maiores que 92%;
- A depender do grau de desidratação ou descompensação cardíaca, utilizar SFo,9% (não usar soluções com glicose, pois aumentará a área de edema cerebral);
- A indicação de suporte ventilatório e proteção de vias aéreas devem ser cuidadosamente avaliadas, especialmente nos pacientes com rebaixamento de nível de consciência e quadro neurológico sugestivo de AVCI de tronco cerebral;
- Avaliar a possibilidade diagnóstica de diabetes melito nos pacientes com hiperglicemia na fase aguda do AVC, mesmo sem antecedentes mórbidos, através do exame de hemoglobina glicosilada;
- Evitar e tratar causas adicionais de hiperglicemia e hipoglicemia;
- Utilizar insulina para correção de hiperglicemia tendo como objetivo manter a glicemia entre 80 e 140mg/dl;
- Não reduzir a pressão arterial na fase aguda do AVCI exceto quando os níveis pressóricos forem extremamente elevados (PAS >220mmHg ou PAD >120mmHg). Nestes casos, a redução não deve exceder a 15% dos valores pressóricos iniciais, nas primeiras 24 horas;
- Utilizar medicação anti-hipertensiva em pacientes candidatos ao tratamento trombolítico, mas com níveis pressóricos .185 x 110mmHg antes do início do tratamento;

O tratamento do AVCH é de suporte, ou seja, tem como intuito minimizar as consequências e evitar progressão da lesão.

Os critérios de inclusão e exclusão abaixo são os utilizados para os candidatos de trombólise endovenosa no AVCI.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NO TRATAMENTO TROMBOLÍTICO NO AVC ISQUÊMICO
<ul style="list-style-type: none"> » Uso de anticoagulantes orais com RNI >1,5 ou heparina nas últimas horas com tempo de tromboplastina parcial ativada(TTPA) elevado. » AVC isquêmico ou traumatismo crânio-encefálico grave nos últimos 3 meses. » História pregressa de hemorragia cerebral ou malformação vascular cerebral. » TC de crânio com sinais precoces de infarto (apagamento de sulcos cerebrais, hipodensidade ou edema) em mais de um terço do território da artéria cerebral média. » PA $\geq 185 \times 110$ mmHg refratária ao tratamento anti-hipertensivo. » Sintomas neurológicos melhorando rapidamente. » Déficits neurológicos leves (NIHSS ≤ 4), exceto por afasia isolada. » Cirurgia de grande porte ou procedimento invasivo dentro das últimas 2 semanas. » Hemorragia geniturinária ou gastrointestinal nas últimas 3 semanas. » Punção arterial não compressível na última semana. » Plaquetas $< 100.000/mm^3$ » Glicemia < 50 mg/dl com reversão dos sintomas após correção. » Infarto do miocárdio recente (três meses). » Suspeita clínica de hemorragia subaracnóideia ou dissecação aguda de aorta.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO TRATAMENTO TROMBOLÍTICO NO AVC ISQUÊMICO
<ul style="list-style-type: none"> » AVC isquêmico em qualquer território encefálico. » Possibilidade de se estabelecer precisamente o horário do início dos sintomas (dentro de 4,5 horas). » Realização de tomografia computadorizada do crânio sem evidência de hemorragia. » Idade superior a 18 anos.

3. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Como o próprio nome já diz, é uma cessação súbita da atividade cardíaca com colapso hemodinâmico. A falta de fluxo sanguíneo cerebral tornará a vítima inconsciente em segundos a minutos. Possíveis causas de PCR em todas as modalidades:

HIPÓXIA	TÓXICOS
Hipovolemia	Tamponamento Cardíaco
Hidrogênio(acidose)	Tensão no tórax (pneumotórax hipertensivo)
Hiper/hipocalcemia	Trombose coronária(IAM)
Hipotermia	Tromboembolismo

SUORTE BÁSICO DE VIDA (SBV)

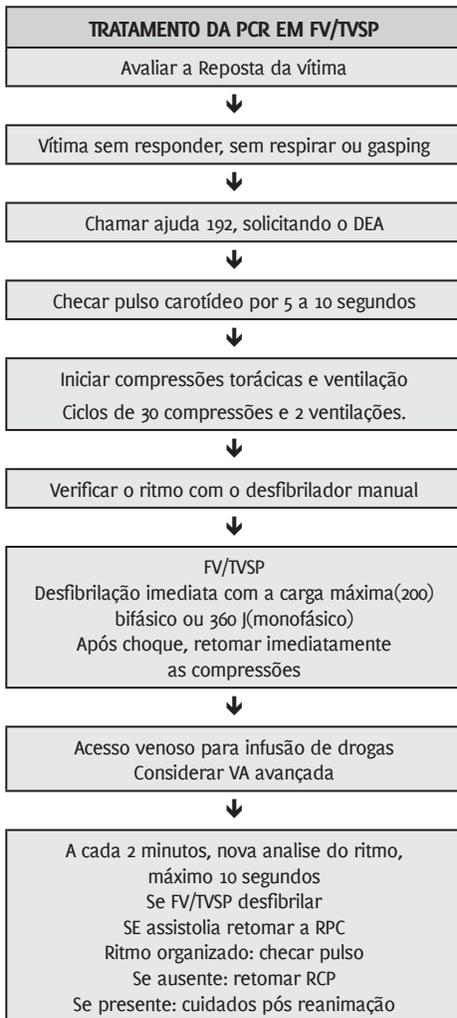
Em uma situação de PCR, usamos o atendimento do SBV: o "CABD". O "C" corresponde a Compressões (30 compressões), o "A" a Abertura das vias aéreas, "B" Boa ventilação (2 ventilações) e "D" Desfibrilação.

O suporte básico de vida compreende ventilação e compressão torácica. As compressões devem ser feitas em uma frequência de no mínimo 100 compressões por minuto, ou seja, numa razão de 30 compressões para duas ventilações quando não existir via aérea definitiva, se já existir VA definitiva deve fazer ventilação a uma frequência de 8 a 10 por minuto sem precisar alternar com a compressão torácica.

MODALIDADE DE PCR

Fibrilação Ventricular/ Taquicardia Ventricular sem Pulso (FV/TV sem pulso)

A FV é o distúrbio do ritmo cardíaco mais comum nos primeiros dois minutos de PCR, no adulto. Evolui, rapidamente, para assistolia, caso não sejam estabelecidas medidas de SBV. O único tratamento disponível para o controle desses distúrbios é a desfibrilação. A principal causa de FV, em nosso meio, são as síndromes isquêmicas miocárdicas. A FV/TV é a modalidade de PCR de melhor prognóstico.



↘ **DROGAS USADAS:**

Adrenalina: 1mg a cada 3 a 5 minutos

Amiodarona:

- 1ª dose: 300mg para FV/TVSP refratária.
- 2ª dose: 150mg

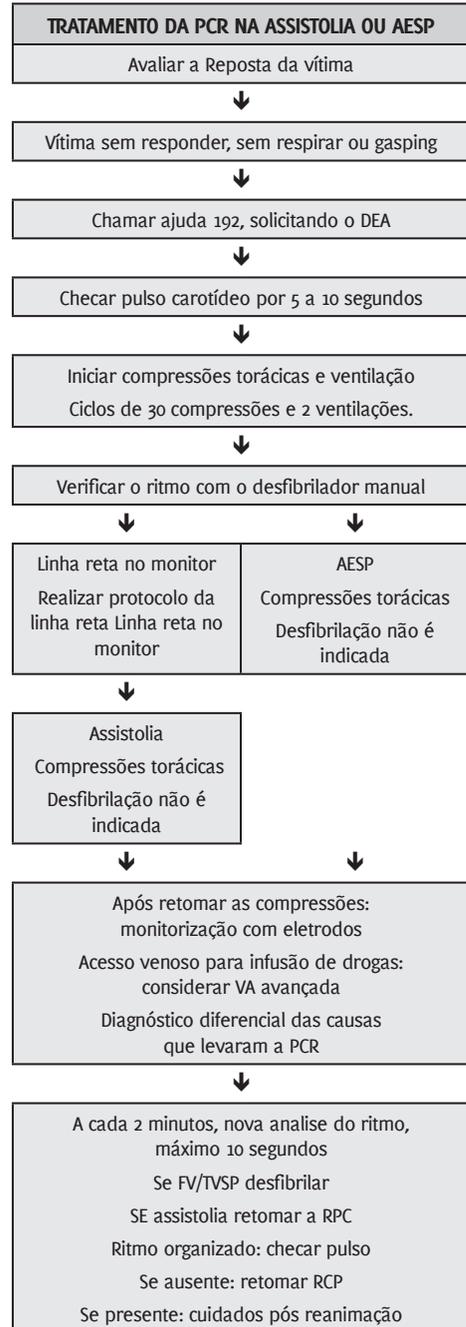
Assistolia:

A assistolia corresponde à ausência total de qualquer ritmo cardíaco. Não deve realizar desfibrilação nesse caso.

Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP)

Pode compreender ritmos bradicárdicos ou taquicárdicos, com complexo QRS estreito ou alargado, sinusal, supraventricular ou ventricular. O importante é identificar que, apesar de existir um

ritmo organizado no monitor, não existe acoplamento do ritmo com pulsação efetiva. Não deve realizar a desfibrilação.



➤ DROGAS USADAS:

Adrenalina: 1mg a cada 3 a 5 minutos

Vasopressina pode substituir a primeira ou segunda dose da adrenalina

PROTOCOLO DE LINHA RETA

Se visualizar uma “linha reta” no ECG deve verificar primeiro as causas que levam a um ECG isoelétrico antes de concluir que é uma assistolia. Para isso, existe um mnemônico CaGaDa. Verificar se os Cabos estão conectados no paciente, verificar se o Ganho não está muito baixo e verificar posicionamento das derivações.

➤ LEMBREM:

Se houver retorno da circulação espontânea deve lembrar sempre “Se tem PULSO tem PRESSÃO (Realize a medida da Pressão Arterial), quem tem PRESSÃO tem PULMÃO (faça uma ausculta cardiopulmonar), quem tem PULMÃO tem SATURAÇÃO (saturação de O₂)”.

4. QUEIMADURA

Caracteriza-se como lesões no revestimento cutâneo quando exposto a extremos de temperatura ocasionada por agentes térmicos, químicos ou físicos, como calor; substâncias corrosivas e irradiação. Ou seja, é resultado de uma ação direta ou indireta do calor sobre o revestimento do corpo. A pele tem diversas funções como proteção ao ambiente externo, termorregulação, regulação de fluidos, adaptação metabólica e sensibilidade. São considerados queimados graves os pacientes que apresentam lesões muito extensas (mais de 15% da área corporal) ou localizadas em áreas críticas a face e o períneo. A gravidade de uma queimadura é avaliada levando-se em consideração sua extensão, profundidade, localização, idade do paciente, o agente causador e a presença de doenças associadas.

Classificação quanto à profundidade:

Queimadura de primeiro grau: envolvem a epiderme (camada superficial da pele) e são caracterizadas pela coloração vermelha e dor. São chamadas de queimadura superficiais.

Queimadura de segundo grau: envolvem a epiderme e parte da derme. São chamadas de queimaduras de espessura parciais. Apresentam bolhas ou áreas com aparência brilhante. Também apresenta dor.

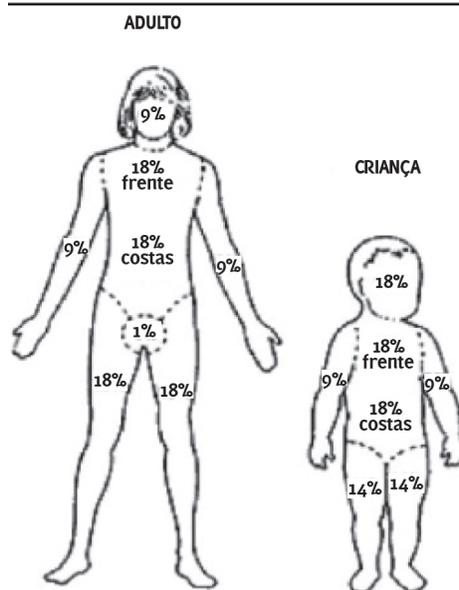
Queimadura de terceiro grau: envolve todas as camadas da pele, músculos e ossos. Ocorre necrose da pele, que se apresenta espessa, seca, com cor esbranquiçada ou escura. Também apresenta dor, já que nessa queimadura não apenas há a queimadura de espessura completa, mas as áreas com queimaduras de espessura parcial e superficial.

Queimadura de quarto grau: envolve todas as camadas da pele como também o tecido adiposo, músculo, ossos e/ou órgãos internos.

Extensão da Área: A extensão é calculada em porcentagem da superfície corporal total (SC), sendo consideradas apenas as áreas queimadas com profundidade de segundo e terceiro graus.

Regra dos nove: é atribuído, a cada segmento corporal, o valor nove (ou múltiplo dele).

CÁLCULO DA ÁREA CORPORAL



Fonte: <http://www.rbqueimaduras.org.br/imprimir.asp?id=140>