

## **ESTRUTURA DO PORTFÓLIO**

### ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Táisa De Boni Gauer

**CAPACITAÇÃO SOBRE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA**

Porto Alegre – RS

2017

Táisa De Boni Gauer

CAPACITAÇÃO SOBRE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão da Pós Graduação em Saúde da Família.

Orientador: Ana Amélia Nascimento da Silva Bones

Porto Alegre – RS

2017

## RESUMO

**Introdução:** no ano de 2016, a médica Taísa Gauer realizou o PROVAB no município de Antônio Prado – RS. Durante o período de atuação, uma dificuldade identificada nas equipes de saúde, foi a insegurança quanto aos possíveis atendimentos de urgência e emergência que poderiam ocorrer por demanda espontânea nas UBS. Foi desenvolvido um projeto de intervenção com uma capacitação para toda a equipe de enfermeiros e técnicos de enfermagem, que pode ajudar a esclarecer as dúvidas mais frequentes dos profissionais envolvidos e também melhorar o atendimento oferecido para a população. Também foi realizado um trabalho importante no âmbito da Saúde da Criança, com ênfase na puericultura e avaliação de risco dos lactentes, que recebiam visita domiciliar em seus primeiros 15 dias de vida. O trabalho em equipe apresentou resultados positivos, no controle de doenças cardiovasculares, a principal causa de morte do município. **Objetivos:** relatar o trabalho realizado durante um ano de atuação na atenção básica. **Metodologia:** relato de caso e experiência pessoal. Projeto de intervenção com equipe de saúde. **Conclusões:** no âmbito pessoal, oportunidade de vivenciar os princípios do SUS, com ênfase para a integralidade do cuidado e para a equidade, exemplificada durante as reuniões semanais de equipe, onde eram selecionados os casos com maior necessidade de receber visita domiciliar. Para a população, acredito ter contribuído positivamente com o treinamento da equipe durante o projeto de intervenção e com o cuidado continuado realizado durante o ano, enfatizando a prevenção e controle de doenças pré-existentes.

**Palavras-chave:** Atenção Básica. Sistema Único de Saúde. Emergências. Diabetes mellitus. Puericultura.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	8
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	14
4. VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.....	18
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	23
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
7. APÊNDICE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	26

## 1 INTRODUÇÃO

Táisa De Boni Gauer, 27 anos, natural de Caxias do Sul/RS, graduada pela Universidade de Caxias do Sul (UCS), em agosto de 2015. Alocada no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), no município de Antônio Prado/RS, onde realiza suas atividades na Unidade Básica de Saúde Aparecida, fazendo parte da ESF Panorâmico. Previamente ao PROVAB, trabalhou como médica contratada do município de Caxias do Sul, na Unidade de Pronto Atendimento 24hs e em serviço privado de atendimentos de emergências, também em sua cidade natal.

A cidade de Antônio Prado, está localizada no interior da Serra Gaúcha (Figura 1) e segundo dados do IBGE 2010, possui 12.833 habitantes, sendo 6.405 homens e 6.428 mulheres. A população estimada em 2016 é de 13.296. Possui índice de pobreza de 15,77% e índice de Gini de 0,37%. A maior causa de morbidade da população é decorrente de causas cardiovasculares. Em sua maioria, a população é de imigração Italiana, sendo conhecida como “A cidade mais italiana do Brasil”, tendo servido de locação para as filmagens do filme nacional “O Quatrilho”.



Figura 1: Fonte - <https://www.google.com.br/maps/place/Antônio+Prado+-RS>. Acesso em 15 de dezembro de 2016<sup>1</sup>

No aspecto de estrutura em saúde, possui um hospital (Hospital São José) e cinco Unidades Básicas de Saúde (Centro, Aparecida, Planalto, Linha 21 de Abril e Santana). No âmbito de urgências e emergências, possui equipe do SAMU, com atendimento realizado por equipe básica.

A população da ESF Panorâmico é composta por 2441 habitantes, sendo que, 1088 moram em zona urbana e os demais em zona rural. A equipe é composta por: 1 médica, 1 enfermeira, 2 técnicas em enfermagem e 1 agente comunitária de saúde. Na mesma UBS (Figura 2), atua a ESF Aparecida, que é composta por: 1 médico vindo de Cuba através do Programa Mais Médicos, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem e 3 agentes comunitárias de saúde. A UBS conta com atendimento odontológico todos os dias da semana, atendimento com psicóloga em 5 turnos da semana, nutricionista em 1 turno e ginecologista em 6 turnos.



**Figura 2:** UBS Aparecida. Fonte - <http://jornalobservatorio.com.br/2014/01/07/reforma-na-ubs-aparecida-em-antonio-prado>. Acesso em 15 de dezembro de 2016<sup>2</sup>

Os atendimentos médicos são realizados também, durante dois turnos da semana na UBS Linha 21 de Abril, situada no interior da cidade, área que ainda é de abrangência da ESF Panorâmico. Na Linha 21 de Abril, a maioria dos pacientes é composta por idosos, trabalhadores rurais e vitivinicultores.

O município de Antônio Prado não possui nenhuma equipe de NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) e quanto ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade), três equipes de ESF já possuem tal incentivo e duas estão durante o processo de adesão, incluindo a ESF Panorâmico.

Uma dificuldade existente nas equipes de saúde que foi identificada durante o início do PROVAB, foi a insegurança quanto aos possíveis atendimentos de urgência e emergência que possam ocorrer por demanda espontânea nas UBS. Devido a isso, foi

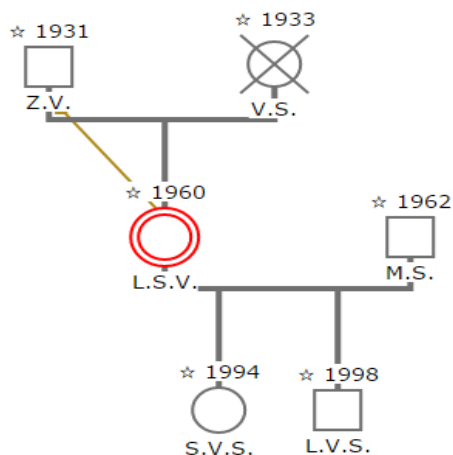
desenvolvido um projeto de intervenção com uma capacitação para toda a equipe de enfermeiros e técnicos de enfermagem, que pode ajudar a esclarecer as dúvidas mais frequentes dos profissionais envolvidos e também melhorar o atendimento oferecido para a população.



## 2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

O manejo de doenças crônicas tais como, Diabetes melittus e hipertensão arterial, faz parte da rotina de atendimentos na UBS Aparecida. Um dos maiores desafios encontrados é conseguir manter um acompanhamento contínuo desses pacientes visto que, uma característica de muitos é interromper o tratamento quando julgarem estar “curados” de suas patologias.

Um dos casos acompanhados durante o ano de 2016, foi de uma paciente feminina, 56 anos, que residia em Caxias do Sul e precisou se mudar para Antônio Prado devido a cuidados de saúde necessários a seu pai (figura 3).



**Figura 3:** Genograma da família da paciente L.S.V. Fonte: Elaborado pelo autor (Programa disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/genograma/>)<sup>4</sup>.

### Primeira consulta – Abril/2016

**Identificação:** L.S.V., sexo feminino, 56 anos, branca, casada, 2 filhos, natural de Antônio Prado, do lar.

**Lista de problemas:** hipertensão arterial sistêmica (diagnóstico há 10 anos), diabetes mellitus tipo II (diagnóstico há 8 anos) e dislipidemia (diagnóstico há 7 anos).

**Medicações em uso:** enalapril 10mg 1 comprimido VO de 12/12h. Metformina 850mg 1 comprimido VO após café, almoço e jantar. Sinvastatina 20mg 1 comprimido VO a noite.

História da doença atual: paciente procurou atendimento para efetuar troca de receita de suas medicações contínuas para que pudesse retirá-las na rede básica da cidade, pois as anteriores eram de Caxias do Sul. Conta que seu pai, de 85 anos teve diagnóstico de Alzheimer recentemente e que devido a isso, precisou voltar para o interior, deixando seus dois filhos, de 18 e 22 anos, com o esposo em Caxias, os quais virão visitá-la aos finais de semana. Relata que não faz exames de rotina há cerca de 2 anos e que não vem fazendo o uso das medicações como prescrito por julgar estar com a HAS e DM bem controladas.

Exame Físico: bom estado geral, lúcida orientada e coerente, mucosas úmidas e coradas. PA: 150/90mmHg - FC: 75bpm - SatO<sub>2</sub>: 99%AA – HGT: 245 Alt.: 1,60m - Peso: 66Kg IMC: 25,78 (sobrepeso)

Ausculta cardíaca: Ritmo regular, bulhas normofonéticas, sem sopros.

Ausculta pulmonar: murmúrios vesiculares uniformemente distribuídos, sem ruídos adventícios.

Abdome: depressível, indolor a palpação, ruídos hidroaéreos presentes, sem visceromegalias.

Extremidades: aquecidas, pulsos palpáveis bilateralmente, sem edema.

Conduta: solicitados exames de rotina e mantidas, por ora, as doses do tratamento. Orientado uso correto das medicações. Solicitado controle de PA.

### **Segunda consulta – Maio/2016**

Paciente retorna trazendo resultados dos laboratoriais e com controle de PA. Relata estar fazendo uso das medicações conforme prescrito após ter percebido, através do controle, que os valores de PA não estão bem controlados. Controle de PA realizado durante 20 dias com 12 aferições, sendo apenas 1 abaixo de 140x90mmHg.

Laboratoriais: glicemia de jejum: 120; HbA<sub>1C</sub>: 8,6%; Colesterol Total: 245; HDL: 35; LDL: 148; Triglicerídeos: 248; Creatinina: 0,7mg/dL; TGO: 14; TGP: 18; Microalbuminúria em amostra de urina: 10mg/g

Conduta:

- Explicado para a paciente que tanto seus níveis pressóricos quanto sua glicemia não estão dentro do alvo esperado com o tratamento; Orientadas mudanças no estilo de vida incluindo, caminhadas diárias e alterações nos hábitos alimentares;
- Adicionada hidroclorotiazida 25mg e aumentada dose de sinvastatina para 40mg;
- Mantidas doses de metformina devido a paciente não estar fazendo o uso correto previamente;
- Orientado retorno em 4 meses para revisão.

**Terceira consulta – Setembro de 2016**

Paciente retorna para revisão, aparentemente mais animada quanto a sua saúde, apresentando perda ponderal e relatando estar fazendo uso correto de medicamentos e estar realizando caminhadas de 30min 5 vezes por semana.

PA: 130x80mmHg HGT: 130 Peso: 62 IMC: 24,2 (peso adequado)

Conduta:

- Realizado reforço positivo quanto as mudanças no estilo de vida, perda ponderal e aparente melhora no controle de doenças crônicas;
- Solicitados laboratoriais.

**Quarta consulta – Outubro 2016**

Paciente retorna para mostrar laboratoriais e para renovar receitas dos medicamentos de uso contínuo. Relata estar feliz com o resultado do melhor cuidado com sua saúde e que seu pai está respondendo bem aos cuidados.

Laboratoriais: glicemia de jejum: 98; HbA1C: 6,9%; Colesterol Total: 190; HDL: 55; LDL: 120; Triglicerídeos: 180;

Conduta:

- Paciente parabenizada quanto aos seus cuidados de saúde; explicado que seus níveis glicêmicos e perfil lipídico estão dentro do esperado e que vem apresentando bons resultados com o tratamento correto;

- Mantidas as doses do tratamento devido a boa resposta ao tratamento.

**Revisão bibliográfica:**

**Diabetes mellitus:** a prevalência de DM, no Brasil, segundo dados de 2010 é próxima aos 15%. Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde, estimou que, em nosso país, 6,2% da população com 18 anos ou mais referiram diagnóstico de DM<sup>3</sup>.

A evolução para DM2 ocorre em um período variável, passando pelos estágios de glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose diminuída, decorrentes de uma combinação de resistência insulínica e disfunção de células beta<sup>1</sup> (figura 4).

Categoria	Jejum*	2 h após 75 g de glicose	Casual**
Glicemia normal	< 100	< 140	
Tolerância à glicose diminuída	≥ 100 a < 126	≥ 140 a < 200	
Diabetes mellitus	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (com sintomas clássicos)***

**Figura 4:** critérios diagnósticos de DM de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Acesso em: 20 de janeiro de 2017

Na prática, a avaliação do controle glicêmico é feita com a utilização de dois testes laboratoriais: glicemia de jejum e de hemoglobina glicada (HbA1c). Os testes de glicemia se referem ao nível glicêmico atual, enquanto os testes de HbA1c refletem a glicemia média dos últimos 4 meses (figura 5).

Instituições	Glicemia pré-prandial (mg/dl)	Glicemia pós-prandial (mg/dl)	HbA1c (%)
Associação Americana de Diabetes (ADA)	80 a 130	< 180	< 7
Federação Internacional de Diabetes (IDF)	< 115	< 160	< 7
Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos (AAACE)	< 110	< 140	< 6,5
Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD)	< 100	< 160	< 7

**Figura 5:** Recomendações de controle glicêmico para adultos com DM, de acordo com as diversas sociedades médicas. Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Acesso em: 20 de janeiro de 2017

O tratamento é composto por vários pilares, sendo a educação em diabetes a principal ferramenta para a garantia do autocuidado. A mudança no estilo de vida por ser um pilar fundamental, seguida do tratamento medicamentoso, escolhido de acordo com cada caso.

Na indicação da antidiabéticos orais, os mecanismos de resistência à insulina, a falência progressiva da célula beta, os múltiplos transtornos metabólicos e as repercussões micro e macrovasculares que acompanham a história natural do DM2 também devem ser lembrados. Pacientes com diagnóstico recente, as diretrizes são coincidentes nas recomendações iniciais de modificações do estilo de vida associadas ao uso de metformina. Um quadro que exemplifica a progressão do tratamento em níveis na DM2 (figura 6).



**Figura 6:** Algoritmo terapêutico para o tratamento de acordo com a progressão da doença. Fonte: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Acesso em: 20 de janeiro de 2017

O objetivo do tratamento do DM é mimetizar o perfil fisiológico da ação da secreção endógena de insulina. Na insulinoterapia, divide-se essa função em dois parâmetros: a insulina basal, cuja função é suprimir a produção hepática de glicose da noite e entre refeições, e a insulina em bolus, cuja função é cobrir a excursão glicêmica

alimentar. Nos pacientes com DM2 e glicemia de jejum continuamente elevada, com HbA1c acima do valor alvo máximo, apesar do uso de doses máximas de terapêutica oral combinada (dois ou três antidiabéticos orais), a insulino terapia deve ser iniciada. No início da insulino terapia, a medicação oral deve ser mantida na mesma dosagem. Uma única dose de insulina basal ao deitar é considerada a estratégia preferencial para início de insulino terapia no DM2<sup>1</sup>.

### **3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO**

Na UBS Aparecida, no município de Antônio Prado – RS, o trabalho realizado no âmbito de puericultura tem apresentado bons resultados quanto a promoção da saúde das crianças da comunidade.

O município não possui pediatra na Atenção Básica, sendo então, as puericulturas realizadas pelos médicos das equipes de saúde da família, o que colabora para a integralidade do cuidado, visto que, o médico tem maior conhecimento de todo o ambiente em que a criança está crescendo, além do vínculo com os familiares.

Entende-se por puericultura, o acompanhamento programático de saúde da criança, com o intuito de avaliar o seu crescimento e o seu desenvolvimento, além de orientar quanto a práticas preventivas<sup>5</sup>. Na UBS Aparecida, o calendário utilizado é o do Ministério da Saúde, que preconiza 6 consultas no primeiro ano, 2 no segundo e após anualmente<sup>6</sup>:

- Primeiro ano de vida:
  - Primeira semana
  - 1 mês
  - 2 meses
  - 4 meses
  - 6 meses
  - 9 meses
- Segundo ano de vida:
  - 12 meses
  - 18 meses
- Após os 2 anos, consultas anuais.

Para tornar o atendimento mais completo, foi criada uma ficha padrão para as puericulturas, contendo uma folha de rosto com os dados das criança, tabela de acompanhamento do aleitamento materno mensalmente, resultados dos testes de triagem neonatal e, nas páginas que seguem, todos os meses preconizados para atendimento, marcos do desenvolvimento a serem avaliados e questionados com os

pais, lembretes quanto aos cuidados mais importantes de acordo com cada mês e sobre as vacinas da idade.

Após a primeira consulta do lactente, é agendada para a semana seguinte uma visita domiciliar, realizada pelo médico e enfermeiro da equipe, visando uma espécie de rastreio de risco para melhor planejamento do acompanhamento da criança. Após a avaliação durante a visita, a equipe decide se será mantida uma puericultura padrão ou de alto risco, quando o acompanhamento pode ser feito mais seguidamente, de acordo com a necessidade e com os riscos identificados. Lactentes de baixo risco, podem ter algumas das consultas realizadas pela enfermagem, o que possibilita que o princípio da equidade seja respeitado, abrindo espaço na agenda do médico para alguma criança de alto risco da área de atendimento.

Durante o ano de atendimento na UBS Aparecida, as faltas para as consultas mensais foram raras, já na primeira consulta, as mães recebem o calendário dos atendimentos para que essas faltas sejam evitadas. Caso ocorram, é realizada busca ativa para que o seguimento não seja perdido, principalmente no âmbito da vacinação.

A parte de prevenção também é realizada de acordo com as orientações dadas pelo Ministério da Saúde:

- Complemento de vitamina D é iniciado nos primeiros 15 dias de vida e mantido até os 18 meses;
- O rastreamento de anemia para crianças assintomáticas não é preconizado, porém, o sulfato ferroso é iniciado aos 6 meses e mantido até os 2 anos;
- Aferições de pressão arterial devem ser realizadas aos 3 e 6 anos e após, aos 18 anos;
- Avaliação com oftalmologista é indicada, se assintomáticos anteriormente, aos 3 anos de idade.

Detalhando melhor a parte preventiva que está inclusa no trabalho de puericultura, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Suplementação de Ferro<sup>7</sup>, que foi instituído pela Portaria nº 730 de 13 de maio de 2005, tendo como



objetivo, a prevenção e controle da anemia por meio da administração profilática de suplementos de ferro às crianças dos 6 meses aos 2 anos de idade.

A anemia ferropriva é considerada um grave problema de saúde pública em nosso país em virtude das altas prevalências e da estreita relação com o desenvolvimento das crianças. Alguns estudos comprovaram que crianças com anemia nos primeiros anos de vida, possuem maiores chances de baixo rendimento escolar nas idades seguintes.

Durante as consultas, além da suplementação, que será detalhada adiante, é importante citar para as mães quais alimentos são ricos em ferro, para que aos 6 meses, quando a alimentação complementar for iniciada, eles sejam incluídos na dieta das crianças. Podemos citar: carnes vermelhas, carnes de aves, hortaliças folhosas verde-escuras e leguminosas, como o feijão e a lentilha. Também recomenda-se, para melhor absorção do ferro, a ingestão de alimentos ricos em vitamina C, (frutas cítricas como: laranja, acerola, limão e caju), vitamina A (frutas como: mamão e manga) e as hortaliças (como: abóbora e cenoura).

Quanto a suplementação, ela é realizada com sulfato ferroso, na dose de 1mg/Kg/dia para crianças dos 6 aos 24 meses, caso o lactente tenha nascido a termo, com peso adequado para a idade gestacional e esteja em aleitamento materno (dados completos na tabela 1). Caso a criança apresente o diagnóstico de anemia ferropriva antes dos 2 anos de idade, a dose preconizada passa a ser de 3mg/Kg/dia<sup>8</sup>.

**Tabela 1:** Recomendação quanto a suplementação de ferro. Fonte – Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.

<b>Recém-nascido a termo, de peso adequado para idade gestacional em aleitamento materno</b>	1mg/kg/dia do sexto mês (ou da introdução de outros alimentos) até o 24º mês de vida
<b>Recém-nascido pré-termo e recém-nascido de baixo peso até 1.500 g</b>	2mg/kg/dia durante um ano. Após, 1mg/kg/dia por mais um ano
<b>Recém-nascido pré-termo com peso entre 1.500 e 1.000 g</b>	3mg/kg/dia durante um ano. Após, 1mg/kg/dia por mais um ano
<b>Recém-nascido pré-termo com peso menor que 1.000 g</b>	4mg/kg/dia durante um ano. Após, 1mg/kg/dia por mais um ano

Avaliando o trabalho realizado com as crianças, notam-se algumas conclusões:

- Integralidade do cuidado, através da visita domiciliar durante os primeiros 15 dias de vida;
- Maior equidade nos atendimentos com a classificação de crianças de baixo e alto risco;
- Menor índice de abstenção às consultas, com a utilização de calendário fixo e busca ativa;
- Continuidade do aleitamento materno com o incentivo por parte da equipe e de acompanhamento com nutricionista a partir dos 3 meses;
- Melhor acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, com a ficha padrão contendo os principais marcos de cada idade;
- Fortalecimento do vínculo familiar com a equipe de saúde da família.

#### 4 VISITA DOMICILIAR

Na rotina semanal da UBS Aparecida, ESF Panorâmico, as reuniões de equipe ocorrem nas quartas-feiras a tarde, com a presença da equipe completa (médica, enfermeira, 2 técnicas de enfermagem e 1 agente de saúde). Durante a reunião, são discutidos tópicos importantes quanto ao bom funcionamento de ESF e principalmente, repassados os casos que solicitaram ou necessitam de visita domiciliar nos próximos dias.

As visitas domiciliares, acompanhadas pelo médico, ocorrem nas quintas-feiras a tarde, sendo elas, uma semana na área rural da equipe e na outra na área urbana. Visitas de enfermagem ou para curativos / verificação de sinais vitais, são realizadas nas segundas-feiras aos pacientes da área urbana e nas terças-feiras aos da zona rural.

Como os pacientes da equipe são, em sua maioria, idosos, muitos deles acabam apresentando dificuldade para se deslocar até a UBS, sendo então cadastrados no grupo dos pacientes do atendimento domiciliar. Ainda, são realizadas visitas, a pacientes com algum grau de imobilidade, seja por deficiência, sequela de doença pregressa, entre outros.

Durante uma das reuniões de equipe, foi relatado pela agente de saúde, que vizinhos de uma idosa da área, vinham aventando a possibilidade de maus-tratos a essa paciente. Com vistas ao esclarecimento do caso, foi agendada uma visita para o dia seguinte a reunião.

- Relato da visita domiciliar:

Paciente feminina, 87 anos, acamada devido a sequela de acidente vascular cerebral ocorrido há 6 anos, hipertensa, diabética e depressiva. Acompanhada pelo marido, 81 anos, alcoolista, hipertenso e diabético.

Encontrava-se deitada, emagrecida, lúcida, chorosa e queixando-se de dor em região genital. Ao exame físico, verificada grande quantidade de secreção fétida em fralda, demais sem alterações.

Questionado a respeito dos cuidados de higiene com a paciente, o esposo relatou que havia trocado a fralda há cerca de duas horas e que ela toma banho 3 vezes por semana, quando a filha vem para ajudar. A respeito da alimentação, refere que a paciente tem tido menor aceitação, conseguindo ingerir mais facilmente alimentos pastosos.

- Evolução do caso:

Após a visita, a equipe repassou o caso ao ginecologista da área, para que fosse feita uma avaliação melhor da parte ginecológica, para descartar algum tipo de neoplasia. Em data agendada, a paciente foi trazida por ambulância até a UBS, onde foi avaliada pelo ginecologista, que não identificou nenhuma alteração do ponto de vista anatômico e sim, uma provável infecção do trato urinário (ITU), decorrente da falta de cuidados de higiene com a paciente. Realizado exame qualitativo de urina e urocultura, a paciente foi tratada para a uma ITU resistente e apresentou melhora dos sintomas.

O caso também foi discutido com a assistente social, que realizou, juntamente com a médica e enfermeira, uma visita domiciliar, sem que os familiares fossem avisados previamente. Durante essa segunda visita, foi conversado com o esposo quanto as acusações de maus-tratos percebidas por vizinhos e também pela equipe da ESF, foi explicado a importância de um cuidado correto com idosos e solicitado que a filha comparecesse a UBS para um atendimento com a assistente social e com a nutricionista.

Na semana seguinte, a filha da paciente compareceu a UBS, sendo atendida pela assistente social que passou a gravidade das consequências de uma acusação de maus-tratos e a necessidade de um melhor cuidado com sua mãe. A filha se mostrou interessada em melhorar os cuidados e pediu ajuda para conseguir convencer seu pai a contratar uma cuidadora. No mesmo dia, teve consulta com a nutricionista, que indicou o uso de suplemento alimentar específico para idosos e orientou alimentos específicos para o caso.

Com o auxílio da equipe, em mais duas visitas, o esposo da paciente concordou com a necessidade de uma cuidadora, visto que, ele também já necessita de cuidados e não consegue prestar toda a assistência a esposa acamada.

Em visitas subsequentes, após o início do trabalho de uma cuidadora, a paciente encontrava-se com melhor aspecto, menos chorosa, conseguindo se alimentar melhor e com bons cuidados de higiene.

- Discussão:

Com o aumento do número de idosos em todo o mundo, cresceu também a incidência de casos de maus-tratos nesta faixa etária. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) define-se maus-tratos na terceira idade como o ato único ou repetido, ou ainda, como ausência de ação apropriada que cause dano, sofrimento ou angústia, e que ocorra dentro de um relacionamento de confiança<sup>9</sup>. Na literatura podemos encontrar algumas formas de maus-tratos contra os idosos, tais como:

- Físicos: uso da força para compelir o idoso a fazer o indesejado, feri-lo, causar dor, incapacidade ou morte;
- Psicológicos: agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir sua liberdade ou isolar do convívio;
- Abuso material: exploração imprópria ou uso não consentido de recursos financeiros;
- Abuso sexual;
- Negligência: recusa / omissão de cuidados necessários pelos familiares ou instituições;
- Abandono: ausência dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares na prestação de socorro;
- Autonegligência: idoso que ameaça a própria saúde ou segurança, pela recusa ou fracasso de prover a si próprio o cuidado adequado;

- Violação dos direitos humanos: privação de qualquer direito inalienável, como a liberdade, direito de fala e privacidade;
- Abuso médico: cuidados médicos de forma negligente ou imprópria;
- Segregação involuntária: relaciona-se ao espaço das instituições sociais que abrigam o idoso. Manifesta-se por qualquer forma de segregação em outro ambiente ou ala de um idoso residente, sem o consentimento de seu representante legal.

Não pode-se estimar em números precisos o peso da violência contra os idosos em nosso país, pois as fontes de dados são limitadas e pouco confiáveis. Geralmente as famílias ocultam tais fatos e também os profissionais de saúde não possuem treinamento clínico específico para identificar tais casos, quando leves.

As equipes de saúde devem estar atentas a possíveis sinais de maus tratos que possam ser percebido durante consultas ou visitas domiciliares, fato que pode tornar mais precoce o conhecimento dos reais fatos, tornando a resolução também, mais breve. Vários são os sinais físicos suspeitos de maus tratos: as lesões podem não ser recentes, pois a cicatrização do idoso é lentificada devido à menor vascularização, menor regeneração e maior atrofia dos tecidos. Ainda, pode haver distintos graus de cicatrização, devido a agressões repetidas, apresentação característica do padrão do instrumento utilizado na injúria, localização em locais incomuns e apresentação na forma de fraturas de dentes, nariz e outros ossos com evidência radiológica antiga e de desalinhamento<sup>10</sup>.

Além das pistas que podem surgir pelo exame físico, pode ocorrer negligência na administração de medicamentos, podendo acarretar descompensações de doenças crônicas ou até mesmo, intoxicação, caso a administração seja em dose excessiva.

A investigação e abordagem de casos de violência contra o idoso deve contar com informações de diferentes fontes como tais como: cuidadores, vítimas, familiares ou pessoas que intervêm na situação.

- Conclusão do caso:

Este caso foi capaz de exemplificar a importância de um trabalho multidisciplinar no âmbito da atenção básica, a boa comunicação e relação entre médicos, enfermeiros, agentes de saúde, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros, é capaz de trazer melhores respostas aos casos complexos existentes na realidade das equipes.

A integralidade do cuidado vista com essa paciente, mostra como é capaz de realizar mudanças e resultados positivos no cuidado com os pacientes, através de boas relações entre a equipe.

As visitas domiciliares são de suma importância, principalmente nos casos de pacientes idosos, além de permitir a equipe um conhecimento do real ambiente em que os pacientes estão inseridos.

## 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante o ano de realização do PROVAB, estive alocada no município de Antônio Prado, localizado no interior da serra gaúcha, onde tive o privilégio de conhecer uma nova cultura e também de amadurecer profissionalmente. Devido aos pacientes da minha área de abrangência serem, em sua maioria, moradores da zona rural, convivi com uma nova realidade e pude perceber o grande valor que eles dão ao trabalho realizado pela equipe de saúde, fato que já não ocorre tão comumente nos grandes centros urbanos.

Durante o Eixo I da especialização em Saúde da Família, referente a Saúde Coletiva, pude analisar e reconhecer na prática diária como realmente funciona o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo exemplos positivos e também negativos vivenciados em minha Unidade Básica de Saúde (UBS). Percebi que a Integralidade é essencial para um cuidado total das famílias cadastradas na equipe, pois de nada adianta manejar bem uma doença crônica, como HAS ou DM, se o paciente está passando por problemas pessoais ou não tiver condições de comprar os medicamentos indicados, por exemplo. O lado emocional tem grande importância na resposta terapêutica, e precisa receber a devida atenção pelos membros da equipe.

Pude vivenciar a equidade semanalmente durante as reuniões de equipe, quando eram discutidos casos dos pacientes com necessidade de receber Visita Domiciliar e também com a classificação de risco dos lactentes realizada também em VD durante os primeiros 15 dias de vida. As crianças consideradas de baixo risco, realizavam algumas das consultas de puericultura, de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, com a enfermeira, para que os de alto risco, pudessem ter um acompanhamento mais próximo com consultas médicas.

Com a realização do Eixo II, os Casos Complexos, tive a oportunidade de rever condutas e de me atualizar sobre doenças frequentes no dia a dia da UBS, o que acredito ter me ajudado muito para a prática clínica não apenas no âmbito da saúde básica, mas para a minha formação profissional como um todo. A existência dos fóruns, intercaladas as resoluções de questões sobre as patologias dos casos, foi de grande importância para a troca de experiências com colegas que viviam realidades



desde muito semelhantes até muito distintas das que vivi em Antônio Prado. Na maioria deles, pude perceber problemas diários semelhantes aos meus, mas ao mesmo tempo, um grande número de colegas interessados em melhorar a qualidade da saúde básica do nosso país.

Quanto ao Projeto de Intervenção que realizei em meu município, através de uma capacitação a equipe de saúde sobre Urgências e Emergências no âmbito da Atenção Básica, acredito que pude colaborar para uma melhora do atendimento de nossos pacientes, pois com uma equipe capacitada e segura, a resolução se torna mais fácil de ser alcançada.

A realização do portfólio final foi capaz de sintetizar todo o trabalho realizado durante todo o ano, contendo uma parte do que pude aprender e do que acredito poder ter passado de bom para a comunidade que convivi. Tive um enorme crescimento pessoal e profissional durante a realização do PROVAB e acredito que a realização concomitante da pós teve grande importância nesse crescimento.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=430080>
2. <http://www.antonioprado.com.br>
3. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)** / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016
4. Álbum de família, NESCON. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/genograma/>
5. BLANK, D. Acompanhamento de Saúde da Criança. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed . Porto Alegre: Artmed, 2013
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança; Nutrição Infantil**, Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.(Cadernos da Atenção Básica, n 23).
9. SOUZA. D. **Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros**. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Curso de Pós-Graduação em Gerontologia. Campinas, SP, Brasil - 2010
10. World Health Organization, IPEA. **Missing voices: views of older persons on elder abuse**. Geneva: World Health Organization; 2002

## 7 APÊNDICE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO



### **Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica**

Taísa De Boni Gauer

Capacitação à equipe de saúde: urgências e emergências no âmbito da Atenção Básica

Antônio Prado - RS  
Agosto, 2016

## Resumo

**Introdução:** o atendimento de urgência e emergência no âmbito da Atenção Básica é de suma importância para um desfecho favorável de seus pacientes, sendo a UBS, o primeiro contato com o sistema de saúde, pode acabar recebendo casos que exijam cuidados específicos, inicialmente, até que possam ser encaminhados ao serviço de referência necessário. **Metodologia:** será ministrada uma capacitação com alguns temas relevantes no âmbito de urgência e emergência que podem ocorrer numa UBS, para os técnicos de enfermagem e enfermeiros das cinco equipes de saúde da cidade. **Resultados esperados:** qualificar o atendimento realizado pelas equipes de saúde. Com a aula que será ministrada, a equipe terá a oportunidade de conhecer o manejo inicial das principais causas de atendimentos de urgência e emergência que possam ocorrer e terão a oportunidade de sanar suas dúvidas.

**Palavras-chave:** Urgência e emergência. Atenção primária à saúde. Sistema Único de Saúde.

## Sumário

1 Introdução .....	4
2 Problema .....	5
3 Justificativa .....	6
4 Objetivos .....	7
4.1 <i>Objetivo geral</i> .....	7
4.2 <i>Objetivos específicos</i> .....	7
5 Revisão de Literatura .....	8
6 Metodologia .....	11
7 Cronograma .....	12
8 Recursos necessários .....	13
9 Resultados esperados .....	14
10 Referências bibliográficas .....	15
11 Anexos.....	16

## 1 Introdução

O atendimento de urgência e emergência no âmbito da Atenção Básica é de suma importância para um desfecho favorável de seus pacientes. Na cidade de Antônio Prado, RS, onde estou alocada, me foi apresentada pela enfermeira coordenadora, uma necessidade de que a equipe de técnicos de enfermagem fosse capacitada para que pudesse realizar o primeiro atendimento de casos de urgência e emergência, que possam se apresentar como demanda espontânea na Unidade Básica de Saúde (UBS).

A UBS, por ser o primeiro contato dos pacientes com o sistema de saúde, pode receber casos que exijam cuidados específicos, inicialmente, até que possam ser encaminhados ao serviço de referência necessário. Devido a este fato, tanto o médico da atenção básica, quanto toda a equipe deve estar capacitada para realizar tal atendimento da melhor forma possível, visto que, o atendimento inicial tem papel crucial no prognóstico final do caso (DUNCAN ET AL, 2013).

Analisando os conhecimentos da equipe de técnicos de enfermagem, juntamente com a enfermeira coordenadora, será ministrada uma capacitação com alguns temas relevantes no âmbito de urgência e emergência que podem ocorrer numa UBS, tais como: anafilaxia, intoxicações exógenas, acidentes com animais peçonhentos, queimaduras, crises convulsivas, trauma e parada cardiorrespiratória.

Acredito que este projeto pode acrescentar muito a qualidade do atendimento na atenção básica na cidade de Antônio Prado, pois com uma equipe capacitada e confiante, os resultados positivos se tornam mais fáceis de serem alcançados.

## **2 Problema**

Falta de capacitação e orientações para a equipe de técnicos de enfermagem das UBS, quanto aos atendimentos de urgência e emergência que possam chegar por demanda espontânea.

### **3 Justificativa**

Devido a cidade de Antônio Prado possuir apenas um hospital como porta de entrada para atendimentos de alta complexidade, as Unidades Básicas de Saúde acabam recebendo pacientes por demanda espontânea com queixas de vários níveis de complexidade. Como a equipe de técnicos de enfermagem não possui nenhum treinamento específico sobre quais atendimentos de urgência podem ser realizados na UBS, uma capacitação tornará este tipo de atendimento mais eficaz para a população e trará mais confiança para os profissionais envolvidos.



## **4 Objetivos**

### **4.1 Objetivo geral**

Ministrar uma capacitação para a equipe de enfermagem e técnicos de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde, a respeito de urgências e emergências no âmbito da Atenção Básica.

### **4.2 Objetivo específico**

- Formular uma capacitação com temas prevalentes nos serviços de atenção básica, que mesmo sendo de uma complexidade maior, podem ser atendidos na UBS, mesmo que apenas inicialmente;
- Ministar a capacitação para os enfermeiros e técnicos da equipe de saúde;
- Fornecer o material da aula para que os profissionais possam consultá-lo posteriormente;
- Melhorar o atendimento na UBS, com profissionais mais capacitados e seguros quanto aos atendimentos que podem realizar até que o paciente seja encaminhado ao serviço de referência, se necessário.

## 5 Revisão de Literatura

A Atenção Básica à Saúde, foi criada com os objetivos de ampliar o acesso, fortalecer o vínculo com a população, responsabilização pelo seu território, ser a porta de entrada ao sistema de saúde, entre outros (MELO ET AL, 2011). Devido a esse último objetivo citado, ocasionalmente, atendimentos de urgência e emergência podem necessitar ser feitos nesse âmbito. Para tais atendimentos, são necessários desde um ambiente adequado, acolhimento e avaliação inicial da gravidade, até o conhecimento dos serviços de referência para os quais pode-se encaminhar o paciente.

Atendimentos de emergência, são definidos como eventos que requerem atendimento médico imediato, devido a serem situações de risco iminente à vida do paciente. São trazidos, geralmente por pessoas próximas, sendo a gravidade, muitas vezes reclassificada pela equipe de saúde, devido ao sofrimento vivenciado ser de origem emocional ou social, não apresentando risco de vida a curto prazo. Devido a isso, os profissionais da atenção básica, devem estar preparados para realizar uma avaliação rápida e segura, podendo classificar o caso dentro do correto grau de gravidade (DUNCAN ET AL, 2013).

Atendimentos de urgência, são situações de saúde potencialmente graves, podendo se tornar críticas em curto período, porém, apresentam menor risco imediato. Nesses casos, o atendimento pode ser feito, algumas vezes, inteiramente no âmbito da atenção básica (DUNCAN ET AL, 2013).

Com a publicação, pelo Ministério da Saúde, no ano de 2012, do Caderno de Acolhimento à Demanda Espontânea, este assunto foi bastante abordado, sendo discutidos temas como identificação de vulnerabilidades, classificação de risco e trabalho em equipe. Este mesmo caderno, trouxe como alternativa às Unidades Básicas, a implantação de Salas de Observação, o que qualificaria o atendimento das demandas espontâneas e dos casos de urgência e emergência, no período de funcionamento da UBS (BRASIL, 2012).

Em casos de urgência e/ou emergência que venham procurar o primeiro atendimento na Unidade Básica de Saúde, os profissionais do acolhimento devem estar

aptos a avaliar os sinais e sintomas evidentes, de forma sistemática e rápida, para que a gravidade seja prontamente classificada. Existem diversos modelos de classificação de risco ou triagem na urgência, sendo no Brasil, os mais utilizados: canadense (CTAS), norte-americano (ESI) e o Sistema Manchester (MTS)(BRASIL, 2013).

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde e grau de sofrimento (MELO ET AL, 2011).

Os resultados esperados com a implantação desses sistemas de classificação com acolhimentos são:

- Diminuir mortes evitáveis;
- Extinguir a triagem por funcionário não qualificado;
- Priorizar de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada;
- Criar a obrigatoriedade de encaminhamento responsável, com garantia de acesso à rede;
- Aumentar a eficácia do atendimento;
- Reduzir o tempo de espera;
- Detectar casos que provavelmente se agravarão se o atendimento for postergado;
- Diminuir a ansiedade do usuário, acompanhantes e funcionários;
- Aumentar a satisfação dos profissionais e usuários, com melhoria das relações interpessoais;
- Padronizar dados para estudo e planejamento de ações.

A monitorização dos sinais vitais deve ser realizada até que o médico da equipe termine de avaliar o paciente, ou até, que o diagnóstico e condutas posteriores sejam referidos.

Alguns dos temas importantes para um bom atendimento inicial na atenção básica, de acordo com a realidade local, são (MARTINS ET AL, 2012):

- Anafilaxia: manifestações clínicas sistêmicas características, potencialmente graves, desencadeadas por reações após exposição a um antígeno em indivíduos previamente

sensibilizados. O diagnóstico é clínico e o manejo inicial pode ser iniciado na UBS, sendo a adrenalina o principal medicamento utilizado.

- Intoxicações exógenas: identificar o agente causador, tempo decorrido do contato e quantidade do mesmo, é de suma importância para um melhor desfecho. No manejo inicial, inicialmente, deve ser lembrado do uso de equipamentos de proteção individual, por todos os profissionais que estiverem mantendo contato, caso o agente seja contaminante. A descontaminação posterior, deve ser realizada de acordo com o agente.

- Acidentes com animais peçonhentos: ocorrem mais em homens, entre 15 e 49 anos, em membros inferiores e moradores da zona rural. O cuidado inicial deve incluir lavagem da ferida com água e sabão, hidratação e repouso. O torniquete, muito utilizado antigamente, está contraindicado nos dias de hoje.

- Queimaduras: deve-se iniciar o atendimento descartando a presença de lesões de via aérea e calculando a superfície corporal queimada. Lavagem da superfície queimadas com água corrente entre 8 e 15 graus por pelo menos, 20 minutos. Caso ocorra acometimento ocular, preferir o uso de soro fisiológico.

- Crises convulsivas: manter o paciente em decúbito lateral para evitar possíveis ferimentos durante a crise. Garantir a perviedade da via aérea, segurando a cabeça com retificação e lateralização. Não tentar restringir os movimentos durante a crise e nem utilizar objetos para deixar a boca aberta. A crise é interrompida com o uso de benzodiazepínicos.

- Trauma: deve-se seguir os princípios do ATLS, com o ABCDE do trauma.

- Parada cardiorrespiratória: manejada com os princípios do ACLS.

## **6 Metodologia**

Trata-se de um projeto de intervenção a ser realizado na forma de uma capacitação à equipe de saúde (Enfermeiros e técnicos de enfermagem), da cidade de Antônio Prado - RS.

No primeiro momento, será discutido com a enfermeira chefe das equipes, a respeito das maiores dificuldades e dúvidas encontradas pelos técnicos de enfermagem durante os atendimentos de urgência que chegam por demanda espontânea a uma das cinco Unidades Básicas de Saúde da cidade.

No segundo momento, será formulada uma aula de capacitação que irei ministrar a esses profissionais. Serão incluídos temas tais como: parada cardiorrespiratória, anafilaxia, queimaduras, acidentes com animais peçonhentos, trauma, entre outros.

No terceiro momento, será ministrada tal capacitação, dando a oportunidade aos profissionais de saúde, para que possam sanar suas dúvidas ao final da aula e também fornecendo material impresso a respeito do que foi abordado durante a capacitação.

## 7 Cronograma

Ações	Julho/2016	Ago/2016	Set/2016	Out/2016	Nov/2016	Dez/2016
Discussão da ideia de intervenção com enfermeira chefe	X					
Revisão de bibliografia	X	X	X			
Montagem do projeto		X	X	X		
Montagem da aula para intervenção			X	X		
Revisão do projeto e da aula				X	X	
Apresentação da aula para equipe de saúde						X

## **8 Recursos necessários**

### 1. Recursos Humanos:

- Equipe de saúde para discutir temas prevalentes nas Unidades Básicas
- Médica da equipe de saúde para formular e ministrar a aula de intervenção

### 2. Recursos Materiais

- Computador
- Retroprojektor
- Folhas A4 para impressão do material da aula
- Impressora

## **9 Resultados esperados**

Ao final dessa intervenção espera-se qualificar o atendimento realizado pelas equipes de saúde das Unidades Básicas no município de Antônio Prado, Rio Grande do Sul. Com a aula que será ministrada, a equipe terá a oportunidade de conhecer o manejo inicial das principais causas de atendimentos de urgência e emergência que possam ocorrer em suas unidades e terão a oportunidade de sanar suas dúvidas.

O resultado final poderá ser avaliado de forma mais concreta a longo prazo, conforme os atendimentos sejam realizados nas unidades. Espera-se também que tendo o apoio dos médicos das equipes para esclarecerem dúvidas que surjam posteriormente, a equipe se sinta mais segura para tais manejos iniciais.




## 10 Referências

- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
- MARTINS, HERLON SARAIVA. **Emergências clínicas: abordagem prática.** 7. Ed. Barueri, SP: Manoele, 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- DUNCAN, Bruce Bartholow et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013
- MELO, MARIA DO CARMO BARROS DE. **Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

## 11 Anexos

### Anexo I: Aula ministrada para equipe de saúde



# URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA UBS

Dra Taisa De Boni Gauer

## Tópicos

1. Anafilaxia
2. Intoxicações exógenas
3. Acidentes com animais peçonhentos
4. Queimaduras
5. Crise convulsivas
6. Trauma
7. Parada cardiorrespiratória

## 1 → ANAFILAXIA

- Anafilaxia se refere à manifestações clínicas sistêmicas características, potencialmente graves, desencadeadas por reações, após exposição a um antígeno em indivíduos previamente sensibilizados
- Causas:
  - Alimentos
  - Medicamentos: alopurinol, IECA, ATB, aspirina, interferon, Aines e opioides
  - Veneno de insetos
  - Hemoderivados
  - Látex
  - Progesterona
  - Contrastes: iodados, fluoresceína
  - idiopática

## 1 → ANAFILAXIA

- Manifestações clínicas:
  - Isoladas ou em combinações
  - Início em minutos a horas após contato com alérgeno
  - Podem ter um curso unifásico ou bifásico:
    - Unifásico: aparecem e não retornam
    - Bifásico: somem/diminuem e reaparecem horas após
  - Duração de até 48hs: anafilaxia prolongada

## 1 → ANAFILAXIA

- Pele: + comum → urticária e angioedema, podendo ser precedidas por eritema e prurido




## 1 → ANAFILAXIA

- Tonturas ou síncope
- Gastrointestinais: náuseas, vômitos, diarreia e cólicas
- Via aérea:
  - Estridor, disfonia, rouquidão, dificuldade para deglutir → pensar em edema de glote
  - Sibilos, sensação de aperto no peito → pensar em broncoespasmo
- Perda de consciência
- Morte súbita
- Convulsões

## 1 → ANAFILAXIA

- Tratamento: de acordo com a clínica do paciente
  - PCR: seguir orientações do ACLS
- **Suporte inicial:**
  - O2 se envolvimento respiratório
  - Acesso venoso
  - Elevação de membros inferiores
- Adrenalina: principal
- Anti-histamínicos
- Corticoides: atenuar reações tardias e no broncoespasmo

## 1 → ANAFILAXIA

- Diagnóstico: CLÍNICO
  - Descartar episódios semelhantes no passado
  - Definir agente causal: indagar sobre contato com agentes comuns de anafilaxia e relação temporal de exposição e início dos sintomas
  - Listar medicamentos utilizados
- Diagnósticos diferenciais:
  - Hipotensão ou choque
  - Dispneia
  - Erupção cutânea
  - Alterações de nível de consciência

## Anafilaxia à PENICILINA

- Reações de hipersensibilidade ocorrem em 0,7 a 10% dos pacientes tratados com penicilina
- Fatores de risco:
  - Genéticos: atopia, + em mulheres
  - Doença Associada: imunodeficiências; infecções
  - Via de Exposição: parenteral > oral
  - Terapêutica Concomitante com Beta-bloqueadores
  - 20-49 anos
  - Reação Alérgica Prévia à Penicilina

## Anafilaxia à PENICILINA

- As reações podem ser divididas em:
  - Reações imediatas (até 20min se EV ou 2hs se VO): urticária, prurido, rubor cutâneo e, em < frequência, edema laríngeo, arritmia cardíaca e choque
  - Reações aceleradas (entre 1 e 72hs): urticária / angioedema, edema laríngeo e, raramente, hipotensão e morte
  - Reações tardias (após 72hs): + comuns → erupções cutâneas benignas de boa evolução. As reações tardias não cutâneas são: febre, doença do soro, anemia hemolítica imune, trombocitopenia, nefrite intersticial aguda, infiltrado pulmonar com eosinofilia e vasculite de hipersensibilidade

## 2 → INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

- Tentar identificar agente causador, tempo decorrido desde o contato e quantidade do mesmo
- Se possível, solicitar que tragam o recipiente/embalagem do produto
- **Manejo inicial:**
  - Lembrar do uso de EPIs caso o agente seja contaminante
  - Descontaminação cutânea → lavagem abundante (15 a 20min) com água fria ou SF, após retirar vestes e acessórios
  - Descontaminação ocular → lavagem com água gelada ou SF por 15 a 20min. Retirar lentes de contato, se presentes
  - Descontaminação inalatória → medir saturação, oferecer O2 a 100% umidificado → encaminhar brevemente à referência

## 3 → ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS

- + em homens, área rural, 15 – 49 anos, em MMII
- **Primeiros cuidados na chegada:**
  - Lavar a ferida com água e sabão / evitar medicamentos caseiros
  - Não fazer torniquete, cortes no local ou sucção com a boca
  - Hidratação e repouso
  - Evitar deambulação
  - Após → transporte para hospital referência
- Sempre que possível: capturar animal

### 3 → ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS



Jararaca



Cascavel



Coral verdadeira



Surucucu

### 3 → ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS



Armadeira



Aranha marrom



Viúva negra



Tarântula

### 4 → QUEIMADURAS

- Iniciar avaliação descartando presença de lesão em via aérea
- Verificar superfície queimada
- Toda a roupa deve ser removida precocemente
- Lavar a superfície queimada com água corrente entre 8 e 15 graus por pelo menos 20 minutos
  - Se acometimento ocular: preferir SF
- Cobrir a queimadura com lençóis quentes e secos

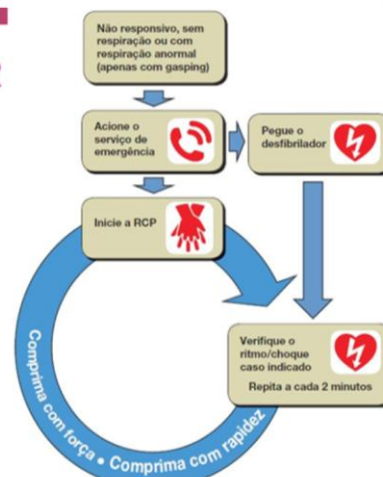
### 5 → CRISES CONVULSIVAS

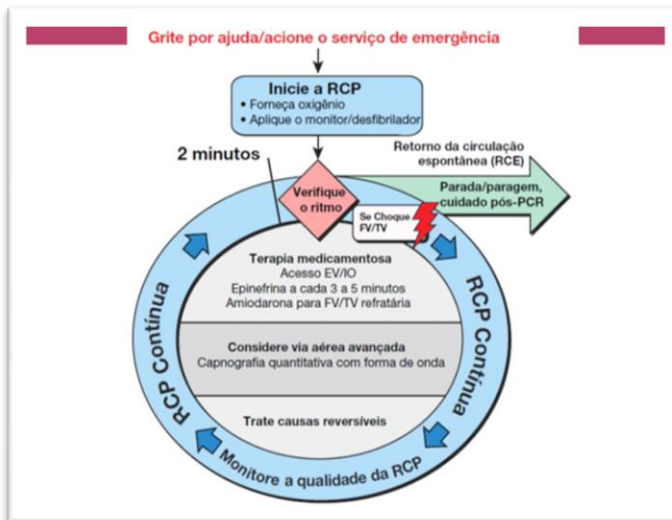
- Proteger o paciente de possíveis ferimentos durante a crise → decúbito lateral
- Segurar a cabeça com retificação e lateralização → garantir via aérea pérvia
- Não tentar restringir os movimentos durante a crise e nem utilizar objetos para deixar a boca aberta
- Cessar crise: benzodiazepínicos EV

### 6 → TRAUMA

- A: Colar cervical / via aérea
  - Primeiro: segurança → sinalizar via
  - Se intra-hospitalar → colar cervical e após via aérea
- B: Ventilação
  - O2 suplementar
- C: Circulação e controle hemorragias
  - 2 acessos periféricos
- D: Avaliação neurológica
- E: Exposição / Controle do ambiente

### 7 → PCR





**7 → PCR**

**COMPRESSÕES**

- 100/minuto
- 5cm profundidade
- Retorno total do tórax
- Alternar profissionais a cada 2 min
- Na troca: verificar pulso
- 30:2 – 5 ciclos = 2min
- Se pulso = 1 ventilação a cada 5 a 6 seg.