

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DAS PRINCIPAIS
URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO
SOBRADINHO NA CIDADE DE SÃO FRANCISCO – MG.

Rodrigo Mendonça Alves

Corinto/MG

2012

Rodrigo Mendonça Alves

**ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DAS PRINCIPAIS
URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO
SOBRADINHO NA CIDADE DE SÃO FRANCISCO - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientador: Juarez Oliveira Castro

Corinto/MG

2012

Rodrigo Mendonça Alves

**ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DAS PRINCIPAIS
URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO
SOBRADINHO NA CIDADE DE SÃO FRANCISCO - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientador: Prof. Juarez Oliveira Castro

Banca Examinadora

Prof. Juarez Oliveira Castro (Orientador)

Profa. Geralda Fortina dos Santos

Aprovado em Belo Horizonte: 15/09/2012.

Dedico este trabalho aos clientes e à equipe de saúde com os quais trabalhei na Unidade de Saúde do Sobradinho na cidade de São Francisco - MG, com o intuito de sempre proporcionar melhor acolhimento, maior eficácia na abordagem diagnóstica e terapêutica e minimizar sofrimentos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pelo privilégio de exercer tão nobre profissão, propiciando o reestabelecimento da saúde e a prevenção de doenças. Agradeço aos clientes, que são o cerne do nosso trabalho.

À família, de forma geral, pilar de sustentação social, diversas vezes alvo de degradação e desarmonia. À minha família em especial, pela educação oferecida e pelo incentivo em ajudar o próximo, valorizando a humildade e o respeito.

Por fim, não poderia esquecer-me dos Mestres, sempre nos tirando as vendas, para descobrirmos novas realidades e possibilidades.

RESUMO

Durante o exercício de médico generalista na Unidade de Saúde do Sobradinho, no município de São Francisco – MG, observou-se, não raramente, o atendimento aos usuários desta Unidade em diversas situações de urgências/emergências. Nestas circunstâncias, era notória a ausência de uma abordagem profissional adequada para estes usuários, na maioria das vezes, por falta de organização do processo de trabalho, não priorizando o que e/ou quem realmente deveria ser priorizado. Apesar de saber que as Unidades Básicas de Saúde não são unidades de emergência, elas acabam recebendo pacientes nesta situação, oferecendo atendimento inicial, para posterior encaminhamento a unidades de referência. Assim, o presente trabalho teve como objetivo geral propor a padronização do atendimento em situações de urgências/emergências aos usuários desta Unidade Básica de Saúde. Especificadamente, buscou-se identificar as situações urgências/emergências mais comuns e elaborar protocolos de atendimento aos usuários de acordo com as principais situações encontradas, que foram – crises hipertensivas, cefaleia, asma, pneumonia comunitária, diarreia e epilepsia. A elaboração dos protocolos foi baseada em literatura médica atualizada e revisada e - adaptada à realidade da Unidade de Saúde, sem oferecer aumento de custos.

Palavras-chave: Sobradinho. Urgências. Emergências. Organização. Protocolo.

ABSTRACT

During a general practitioner at the Health Unit of the Sobradinho in the city of San Francisco - MG, it was observed, not infrequently, the customer service of this unit in various situations of urgency / emergency. In these circumstances it was evident the absence of an appropriate professional approach to these users, mostly due to lack of organization of the work, not prioritizing what and / or who really should be prioritized. Despite knowing that the Basic Health Units are not units of emergency, they end up getting the patients in this situation, providing initial care, for forwarding to reference units. Thus, this study aimed to propose the standardization of care in situations of urgency / emergency users of the Basic Health. Specifically, we sought to identify the emergency situations / emergencies and to develop common protocols for customer service according to the main situations found, which were - hypertensive crisis, headache, asthma, community acquired pneumonia, diarrhea and epilepsy. The development of protocols was based on medical literature and reviewed and updated - with the reality of the Health Unit, without offering increased costs.

Keywords: Sobradinho. Urgencies. Emergencies. Organization. Protocol.

LISTA DE FLUXOGRAMAS

FLUXOGRAMA 1 – Crise Hipertensiva.....	19
FLUXOGRAMA 2 – Cefaléia.....	28
FLUXOGRAMA 3 – Asma.....	34
FLUXOGRAMA 4 – Pneumonia Comunitária.....	45
FLUXOGRAMA 5 – Diarreia.....	49
FLUXOGRAMA 6 – Crise epilética.....	52

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo geral	13
3.2 Objetivos específicos	13
4 METODOLOGIA	14
5 PROTOCOLOS PROPOSTOS	16
5.1 Crises hipertensivas	16
5.2 Cefaléia	20
5.3 Asma	29
5.4 Pneumonia comunitária	35
5.5 Diarréia	46
5.6 Epilepsia	50
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	54

1 INTRODUÇÃO

Como médico generalista, fui responsável pelo atendimento a usuários numa Unidade Básica de Saúde (UBS), na cidade de São Francisco – MG. Trata-se de uma Unidade urbana, com uma população aproximada de 4.500 pessoas, com condições estruturais e econômicas precárias. A unidade era dotada de um médico, um enfermeiro, sete auxiliares e duas secretárias para marcação de consultas. A estrutura física da Unidade contava, com consultório médico e de enfermagem, posto de vacina, sala de observação, sala de espera, com assentos e TV, copa e banheiros. Havia à disposição dos profissionais de saúde equipamentos do Protocolo de Manchester, este em fase inicial de implantação na UBS.

Dentro da concepção de reestruturação do modelo assistencial atualmente preconizado, inclusive com a implementação do Programa de Saúde da Família, é fundamental que a atenção primária e o Programa de Saúde da Família se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência. Destaca-se que a responsabilidade no atendimento aos usuários em situações de urgências e emergências estão dispostas na Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. (BRASIL, 2002).

Diante deste contexto era muito comum nos depararmos com diversas situações de urgências/emergências na UBS e muitas vezes não havia uma rotina de abordagem e resolução dessas situações, fato que atrasava o tratamento ou o tornava deficitário, potencializando os riscos para o paciente. Percebemos ainda que o atendimento pela ordem de marcação ou chegada, poderia não corresponder ao caso que realmente necessitava de uma resposta mais imediata. Diante disso, o médico e/ou o gestor podem ser responsabilizados nos casos de alguma fatalidade.

É evidente também, de uma forma geral, que a pressão de demanda, forçando o atendimento rápido, para gerar volume de pacientes atendidos, propicia maior chance de ocorrência de erros. A pressão explica o erro, mas pode não justificá-lo, frente à justiça na apuração de responsabilidades.

Devido a este quadro é bastante clara e fundamental a necessidade de padronização de procedimentos, constituindo-se protocolos. Estes servem como organizadores da demanda,

triando os casos que chegam, distribuindo-os em uma escala de prioridades, definindo seus encaminhamentos, evitando possíveis fatalidades, talvez evitáveis.

Sabemos que as UBS ainda não estão preparadas para o atendimento dos usuários em situações de urgência/emergência, apesar de os receberem; nem é este o propósito destas Unidades de Saúde. Daí, a importância de um atendimento inicial adequado e rápido, para posterior encaminhamento para o local de referência, que pode ser o hospital ou uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Assim, propusemos a elaboração de protocolos das principais urgências/emergências atendidas, no intuito de aperfeiçoar o acolhimento dos clientes, adaptando-os à realidade da UBS, local de trabalho do autor deste trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

Imperioso ressaltar que este trabalho não visa tornar a UBS numa Unidade Hospitalar ou Pronto Atendimento, mas sim aperfeiçoar e padronizar o atendimento e tratamento na Unidade Básica de Saúde, baseado sempre em evidências científicas, identificando rapidamente as urgências/emergências, para melhora no tratamento e agilidade no encaminhamento para local de referência, caso necessário, e ainda, reduzindo o atraso no atendimento das urgências/emergências e a falta de terapêutica adequada e, por fim, realizar uma revisão ampla de literatura, para que os profissionais possam embasar-se e agregar conhecimentos.

Além disso, os protocolos funcionam como uma forma de segurança para os profissionais, seja na prática clínica diária, ou na gestão, uma vez que se baseiam em dados científicos, amplamente difundidos no campo das ciências da saúde.

Necessário esclarecer que, apesar da revisão conter dados atuais e, às vezes, medicações de última geração, será utilizada a estrutura encontrada nas UBS, sem prejuízo da qualidade do atendimento. Estas informações são apenas de cunho informativo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Propor a padronização do atendimento em situações de urgências/emergências aos usuários da Unidade Básica de Saúde do Sobradinho no município de São Francisco/MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as principais situações de urgências/emergências atendidas na Unidade Básica de Saúde do Sobradinho no município de São Francisco/MG.

Elaborar protocolos de atendimento aos usuários de acordo com as principais situações de urgências/emergências encontradas.

4 METODOLOGIA

Este trabalho foi baseado na observação das mais frequentes urgências/emergências atendidas na Unidade de Saúde do Sobradinho, na cidade de São Francisco, durante o período de Janeiro/2010 a Janeiro/2011, fato que determinou a sequência de protocolos apresentada neste trabalho. Também foi observada a forma como cada caso era colhido, conduzido e encaminhado.

Realizou-se ainda, breves considerações sobre os assuntos abordados, no intuito de aperfeiçoamento técnico-científico. Com isso, foram elaborados, em ordem de frequência de casos atendidos, os protocolos das seguintes comorbidades: Crises hipertensivas, Cefaleia, Asma, Pneumonia Comunitária, Diarreia e Epilepsia.

Segundo a autora Simone Mahmud, protocolos clínicos são instrumentos constituídos com o objetivo, dentre outros, de atenuar a variabilidade de conduta clínica e garantir um atendimento mais qualificado aos usuários do serviço de saúde.

Ainda, para Abílio José Ribeiro de Castro

O protocolo clínico é um instrumento de gestão da clínica que, sob a forma de uma documentação sistematizada ou de algoritmos, normaliza o padrão de atendimento à saúde em um ponto de atenção. Provê ainda o respaldo institucional, fornecendo aos profissionais de saúde maior segurança, além do suporte para a educação permanente da equipe de saúde e de comunicação com os usuários dos serviços de saúde. (ABÍLIO, 2006, p. 09)

Dessa forma, o protocolo deste trabalho será baseado em três vertentes, a saber:

- 1) Triagem;
- 2) Atendimento clínico inicial;
- 3) Encaminhamento.

A Unidade de Saúde na qual trabalhei é dotada de equipamentos do Protocolo de Manchester, monitor, saturímetro (oxímetro) e termômetro, fato que viabiliza o processo de triagem. Deste modo, será utilizado tal Protocolo para acolhimento inicial da demanda espontânea, triagem esta realizada pelo profissional de enfermagem, baseado no protocolo – livro do próprio programa (Manchester). Deve-se tentar realizar um equilíbrio entre as

consultas já pré-agendadas e as que serão acrescentadas pela triagem para não sobrecarregar a equipe, minimizando possibilidade de erros.

Esta triagem poderá ser feita na própria sala/consultório do enfermeiro, de forma sucinta e rápida, uma vez que o protocolo é simples e direto.

Assim procedido, o paciente será classificado como azul, verde, amarelo, laranja e vermelho, nesta ordem de gravidade, sendo que os classificados com amarelo, laranja e vermelho serão priorizados. Os demais serão reagendados de acordo com disponibilidade ou encaminhados para outra referência caso necessite, sem muita demora. Importante manter o registro da clientela de cada Unidade. Não haverá necessidade de criação de um boletim de atendimento especial, face economia de papel, podendo os dados da triagem ser anotados na própria ficha de atendimento do paciente – a mesma que é utilizada nas consultas de rotina da Unidade. Desta forma, evitam-se gastos. Terminada a triagem, passaremos para o atendimento clínico inicial.

No atendimento clínico inicial, o paciente já triado será encaminhado ao consultório do médico da unidade, de acordo com a gravidade - cor, já com uma triagem do problema – principal queixa e com alguns dados vitais, fato que facilita o atendimento. Estes pacientes, teoricamente mais graves, terão prioridade perante os agendados. O médico procederá com sua investigação clínica, estabelecendo sua hipótese diagnóstica e basear-se-á em fluxogramas previamente estabelecidos, baseados em evidências científicas atuais para condução do caso, até que defina a necessidade ou não de encaminhamento.

Definida a necessidade de encaminhamento, deverão ser estabelecidos os locais de referência da Unidade, de acordo com a região. No nosso caso, possuímos como referência o Pronto Atendimento do Hospital Municipal, que será o responsável pelo recebimento do paciente, após contato prévio com a equipe de plantão, a fim de melhorar ainda mais o atendimento. O município dispõe de ambulâncias básicas, para efetuar o transporte destes pacientes. Também dispomos da Unidade Básica do SAMU (Serviço de Assistência Médica de Urgência), que se torna mais um aliado na realização dessa atenção.

5 PROTOCOLOS PROPOSTOS

Os protocolos deste trabalho foram construídos através de recomendações, baseadas em evidência e práticas de consenso. Realizou-se, dessa forma, um estudo com a equipe de saúde constituída e já citada, com a análise dos dados na UBS estudada, onde foram detectadas seis situações de urgências/emergências mais frequentes, que serão expostas ao longo do trabalho, e que se mostraram mais presentes durante o período de janeiro/2010 a janeiro/2011.

Dessa forma, a seguir são apresentados protocolos para Crises hipertensivas, Cefaleia, Asma, Pneumonia Comunitária, Diarreia e Epilepsia. Inclusive, mostrando, de forma objetiva e clara, os conceitos, epidemiologia, classificações, critérios diagnósticos e tratamentos de cada protocolo proposto.

5.1 Crises hipertensivas

No passado, as crises hipertensivas eram basicamente caracterizadas pelas elevações acentuadas de pressão arterial (pressão diastólica usualmente acima de 130 mmHg), recomendando-se a redução imediata dos níveis de pressão. Com o desenvolvimento e experiências, foi didaticamente classificada em emergências hipertensivas e urgências hipertensivas.

A conduta inicial geral para atendimento dos pacientes com crise hipertensiva, seja urgência ou emergência, tem como principais parâmetros:

- Objetivo - rápida e gradual redução da PAS. Nas emergências hipertensivas esta redução deverá ser obtida imediatamente, no máximo com 1 hora da chegada ao hospital.
- Redução de 25% da pressão arterial média.
- Redução da PAD para 100 a 110 mmHg nas 2 a 6 horas iniciais do tratamento, até níveis de PAS normais em alguns dias.
- Redução imediata em 15 a 20min da admissão na dissecação de aorta e/ou EAP.
- No Acidente Vascular Encefálico Isquêmico – AVCI , só intervir na pressão arterial caso esta seja superior a 230/110mmHg.

Emergência Hipertensiva

É definida como situação na qual ocorre elevação importante da Pressão Arterial Sistólica (PAS), associada ou não a lesão de órgão alvo irreversível.

São vários os tipos de emergências hipertensivas, tais como: encefalopatia hipertensiva, dissecação de aorta, edema agudo de pulmão, infarto agudo do miocárdio, hipertensão intracraniana, eclampsia e feocromocitoma. Para as diferentes emergências descritas, há diferentes anamneses, exames e tratamentos, conforme discriminado a seguir:

Emergências Hipertensivas	Anamnese	Exames complementares	Tratamento (por ordem cronológica)
Encefalopatia hipertensiva	Letargia, cefaléia, confusão, distúrbios visuais e convulsões	Tomografia computadorizada (para descartar acidente vascular encefálico)	Nitroprussiato de sódio por via venosa
Dissecação aguda da aorta	Dor lancinante, precordial ou irradia para as costas	Tomografia computadorizada, ecocardiograma transesofágico, angiorressonância, angiografia	Beta-bloqueador; Morfina, e Nitroprussiato de sódio, todos por via venosa
Edema agudo do pulmão	Paciente com dificuldade na fala, dispneia, com disfunção ventricular prévia	BNP sérico (se disponível), ecocardiograma	Nitrato sublingual; Furosemida; e Morfina, ambas por via venosa
Infarto agudo do miocárdio	Dor ou sensação de opressão precordial	Marcadores de necrose miocárdica (sempre), cineangiocoronariografia (quase sempre)	Nitrato por via sublingual; Morfina, e Beta-bloqueador, ambas por via venosa
Hipertensão intracraniana	Cefaleia, alterações visuais, náuseas e vômitos.	Radiografias do Crânio, Tomografia Computadorizada, Ressonância Nuclear Magnética, Angiografia Cerebral	acetazolamida e a metazolamida orais, drenagem líquórica, hiperventilação, manitol IV
Eclampsia	Gestante após 20ª semana de gestação – cefaleia, náuseas, convulsões	Nada em especial, apenas com diagnóstico prévio de pré-eclâmpsia, desenvolve convulsões	Hidralazina por via venosa
Feocromocitoma	Cefaleia, sudorese, palpitações, hipotensão ortostática, palidez, ansiedade, náuseas e perda de peso	Dosagens basais de catecolaminas e metabólitos na urina e no sangue, Tomografia computadorizada, Ultrasonografia abdominal, Ressonância magnética	Prazosin, doxazosin e terazosin, Antihipertensivos: Beta-bloqueador, Nitroprussiato de sódio Cirurgia - tratamento definitivo

Quadro 1 – Achado de história, exames complementares e tratamentos das diferentes emergências hipertensivas

A conduta inicial para pacientes com emergências hipertensivas, seja que tipo for, será com atendimento na emergência e posterior transferência para UTI, caso necessário. Importante estabelecer monitorização cardíaca, da pressão arterial média e oximetria; acesso venoso; iniciação do tratamento farmacológico (vide Quadro 1); e exames complementares (tomografia computadorizada de crânio, ressonância, ecocardiograma transesofágico, ultrassonografia de abdômen, etc.), em casos específicos de comprometimento de órgãos específicos.

Assim, para boa evolução do paciente diagnosticado com quaisquer das diferentes emergências hipertensivas, necessário se faz medidas enérgicas, com tratamento imediato com a finalidade de reduzir a pressão arterial, e posteriormente, tratamento específico em cada caso.

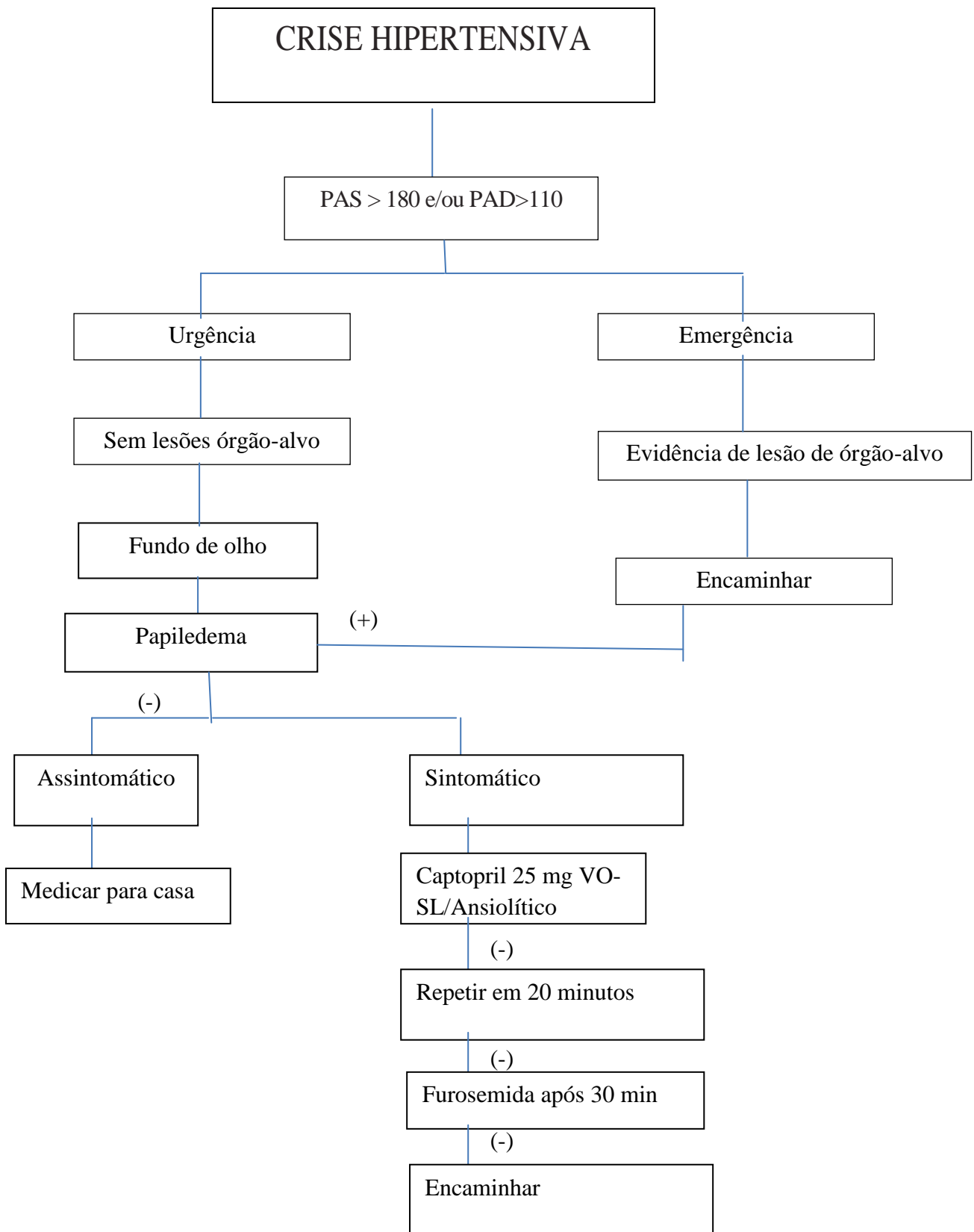
Urgência Hipertensiva

São situações em que a PAS está elevada, com Pressão Arterial Diastólica (PAD) \geq 120mmHg, porém não se observam lesão de órgão-alvo, sendo o caso, conduzido com controle da PA, reduzindo-a gradualmente, em 24h.

Pacientes com Urgência Hipertensiva (UH) estão expostos a maiores riscos futuros de eventos cardiovasculares comparados com hipertensos que não a apresentam, fato que evidencia o seu impacto no risco cardiovascular de indivíduos hipertensos e enfatiza a necessidade de controle.

Algumas condições clínicas podem mimetizar as urgências hipertensivas, tais como: hipertensão maligna; suspensão aguda de tratamento anti-hipertensivo; cirurgias de HAS grave no período operatório, pós-operatório e pós-transplante renal.

As observações de vários estudos apontam para a possível utilização de vários esquemas terapêuticos, por via oral, no tratamento da Urgência Hipertensiva. As condutas mais comumente empregadas são o uso de drogas como captopril, clonidina, furosemida.



Adaptado de: Protocolos de Urgência e Emergência da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – Brasília: 2006.

5.2 Cefaléia

Cefaléia ou dor de cabeça é um sintoma freqüente nos pacientes que procuram atendimento ambulatorial ou de urgência. No Brasil, encontrou-se uma prevalência de cefaléia de 82,9% (72,8% de cefaléia do tipo tensional e 9,9% de enxaqueca). São mais freqüentes nas mulheres e nos jovens.

A maioria dos pacientes que procura atendimento por cefaléia é portador de cefaléia primária, ou seja, cefaléia que cursa com uma história rica e exames físico e neurológico normais. Somente uma pequena porcentagem dos pacientes apresenta alterações como tumores ou hemorragias. Nesses casos, a doença se manifesta por sinais neurológicos focais, como comprometimento de alguns pares cranianos, além da cefaléia, fato que indica a necessidade de uma investigação diagnóstica mais abrangente.

Anamnese

História:

- Tipo, localização, intensidade, irradiação, duração, periodicidade, ritmo, fatores desencadeantes, de melhora e piora, irradiação e fenômenos acompanhantes. O diagnóstico da maioria das cefaléias é feito em bases puramente clínicas, sendo essencial, portanto, uma boa anamnese. Graduar uma dor em escala que varia de 0 (ausência de dor) a 10 (a pior dor possível) é maneira eficaz e simples de avaliar o impacto que a mesma está causando no bem estar do paciente, bem como de avaliar a eficácia do tratamento

- Tratamento usual e passado e sua efetividade.

- Uso de drogas lícitas e ilícitas. A classificação proposta pela Sociedade Internacional de Cefaléia (SIC), estabelece critérios para a classificação das cefaléias associadas ao abuso de substâncias ou a sua retirada, subdividindo tal capítulo em: 1) Cefaléia induzida por uso eventual de substância (ilícitas ou não, como ocorre com os nitratos); 2) Cefaléia induzida por uso prolongado de substâncias (ergotamínicos e analgésicos, por exemplo); 3) Cefaléia por retirada de substâncias em uso agudo (cefaléia da supressão do álcool – ressaca) 4) Cefaléia por abstinência de substâncias em uso crônico.

- História familiar.

- Relação com o padrão de sono. A cefaléia que desperta o paciente durante a noite deve ser cuidadosamente investigada, pela possibilidade de hipertensão intracraniana.
- Relação com o estado emocional e com a atividade profissional. Consideram-se, atualmente, as comorbidades emocionais (depressão, ansiedade) como importantes predisponentes das cefaléias crônicas diárias.
- Data da última menstruação.

Exame físico:

- Pressão arterial. Hipertensão arterial crônica, leve e moderada, não causa cefaléia, que pode ocorrer, no entanto, em vigência de picos hipertensivos e de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia.
- Temperatura: infecções não cefálicas (sistêmicas) são causa importante de cefaléia, em especial nas faixas etárias extremas.
- Palpação do crânio (pontos dolorosos, musculatura cervical, globos oculares, articulação temporomandibular (ATM), têmporas, seios da face). Importantes para diagnóstico de arterites, cefaléia cervicogênica e de outras patologias.
- Percussão dos seios da face.
- Ausculta de carótidas e globos oculares (sopros).
- Cavidade oral. Periodontite ou pericondrite, são causas de dores irradiadas.
- Otoscopia e percussão da mastóide.
- Fundo de olho e sinais meníngeos (erro grave não realizá-los)

Quando investigar ou encaminhar (A cefaléia que preocupa)

Lembrando que, na grande maioria dos casos, o diagnóstico é eminentemente clínico, considerar os pontos a seguir como indicativos de investigação laboratorial:

- História não sugestiva de cefaléia primária (dores que não preenchem os critérios da SIC para cefaléias primárias).
- Alterações ao exame clínico e/ou neurológico.
- Alteração do nível de consciência;
- Primeiro episódio de uma cefaléia aguda intensa.
- Mudança da característica de cefaléia crônica (“eu tenho dor de cabeça, mas, desta vez, ela está muito diferente”).

- Dor mais intensa que o habitual (“nunca tive uma dor igual a essa” ou “a pior dor da vida”).
- Cefaléia relacionada ao exercício físico, a cefaleia benigna do esforço é diagnóstico de exclusão, após afastadas causas estruturais.
 - Cefaléia orgásmica.
 - Cefaléia em salvas, existem diversos trabalhos recentes, mostrando a existência de cefaléias que preenchem critérios para cefaléia em salvas, secundárias.
 - Cefaléia associada à infecção pelo HIV.
 - Cefaléia noturna ou ao acordar, de início recente, deve-se, nesse caso, afastar-se a possibilidade de hipertensão intracraniana.
 - Cefaléia com componente miofascial importante.
 - Estado de mal enxaquecoso resistente às medicações (principalmente no sentido de afastar processo meningítico).
 - Piora da dor durante período de observação na UBS.

Critérios diagnósticos de cefaléia do tipo tensional episódica

- a) Pelo menos dez crises prévias - número de dias com cefaléia < 180/ano (< 15/mês).
- b) Cefaléia durando de 30 minutos a 7 dias.
- c) Pelo menos há duas das seguintes características da cefaléia: 1. cefaléia em pressão ou aperto (não pulsátil); 2. intensidade de fraca a moderada; 3. localização bilateral; 4. cefaléia não se agrava por subir escadas ou atividade física similar.
- d) 1- Não ter náuseas ou vômitos (anorexia pode ocorrer); 2. fotofobia e fonofobia ausentes.

Critérios de diagnóstico de cefaléia do tipo tensional crônica

- a) Frequência de crises > 180/ano (> 15/mês) por 6 meses ou mais, preenchendo critérios de B-D listados acima.
- b) Pelo menos há duas das seguintes características da cefaléia: 1) pressão/aperto (não pulsátil); 2) leve a moderada; 3) localização bilateral; 4) não agravada por subir escadas ou atividade física rotineira.

c) Ambas condições: 1) não vomitar; 2) não mais que um dos seguintes sintomas: náusea, fotofobia, fonofobia.

Migrânea ou Enxaqueca

Fase de sintomas premonitórios

Sintomas surgindo de horas a dias antes das crises:

- anorexia,
- dificuldade de concentração,
- irritabilidade,
- bocejos repetidos,
- alterações do humor,
- apetite ou sono,
- distúrbios do sistema digestório.

Aura

A presença de aura na crise migranosa assusta o paciente e é responsável por grande quantidade de encaminhamentos do generalista ao neurologista. Consiste em sintomas oriundos do sistema nervoso central, com duração de 5 a 20 minutos (máximo de 1 hora) e pode anteceder a dor, acompanhá-la ou surgir como manifestação isolada da crise. Pode se expressar por sintomas visuais mais freqüentemente:

- fosfenos – pontos de luminosidade intermitente;
- escotomas – pontos cegos centrais ou paracentrais dentro dos campos visuais que geralmente migram para a periferia;
- hemianopsias e quadrantopsias(perda de visão em certos campos visuais),
- teicopsias – espectros de fortificação;
- macro e micropsias – mudanças de cor e forma dos objetos);
- sintomas sensitivos (sensação de formigamento e/ou dormência que usualmente se inicia numa das mãos, migra através do membro superior e atinge a face, os lábios e a língua) e sintomas vestibulococleares.

- Hemiparesia, afasia, alucinações olfatórias, alucinações do tipo “jamais-vu e déjà vu” e distúrbios do movimento também foram relatados.

Farias da Silva (1998) analisou a aura de 209 pacientes, dos quais 82,9% relataram sintomas visuais e 4,8%, sintomas visuais e sensitivos. Salienta-se que a aura pode variar na sua forma de expressão entre as crises ou durante uma mesma crise.

A Cefaléia: Dor

A dor é o aspecto de maior destaque dentro do quadro sintomatológico da migrânea. Em geral, a dor se inicia insidiosamente, instala-se crescendo de intensidade, atinge um máximo e diminui lentamente. Não obstante, a dor pode se instalar subitamente, iniciando-se com sua máxima intensidade, inclusive despertando o indivíduo à noite. É unilateral no início em cerca de 50% a 75% dos casos, geralmente se tornando difusa no desenrolar da crise. O caráter pulsátil (latejante) está quase sempre presente, tornando-se mais evidente com o esforço físico. As localizações predominantes são a frontal e a temporal. A duração da crise varia entre os episódios, estando também na dependência do uso de analgésicos pelo paciente e da eficácia destes. O habitual é durar de 4 a 48 horas, em média de 6 a 12 horas (Farias da Silva, 1998). A frequência dos episódios de dor é extremamente variável, com relatos de crises anuais até diárias.

A intensidade também varia, mais freqüentemente, sendo a dor caracterizada como de moderada a forte (as mulheres de maneira consistente relatam seus ataques como mais intensos que os dos homens).

Entre os sintomas acompanhantes, náuseas, vômitos, visão turva e foto e/ou fonofobia são mais comuns nas mulheres, ao passo que nos homens auras visuais e somatossensitivas são mais comuns. Palidez cutânea (muito freqüente), osmofobia, hiperemia conjuntival, obstrução nasal, rinorréia, anorexia, tenesmo, diarreia, poliúria, apatia, irritabilidade, dificuldade de concentração, sudorese e visão borrada são também relatados. Em relação à fonofobia, sabe-se que migranosos apresentam maior desconforto induzido pelo som que o grupo-controle, mesmo fora do período de crise.

Em se tratando de fatores desencadeantes das crises, são citados problemas emocionais, cansaço, excesso de atividade física, alterações do sono, jejum prolongado, alimentos gordurosos, leite e derivados, temperos condimentados, chocolate, laranja, banana, abacate, refrigerantes, bebidas alcoólicas, falta ou excesso de café, estímulos olfatórios, visuais ou auditivos intensos, entre outros.

Em relação aos fatores de alívio ou melhora, são citados pelos pacientes freqüentemente o sono, a compressão das têmporas e o repouso em um ambiente agradável, silencioso e pouco iluminado. Este último aspecto é típico e permite a diferenciação do comportamento do paciente com cefaléia em salvas, o qual permanece inquieto e agitado durante as crises, não obtendo alívio com o repouso ou simplesmente não conseguindo permanecer quieto.

Resolução

Quando ocorre alívio da dor, há uma sensação de letargia, exaustão; algumas vezes depressão, outras, euforia. São comuns as queixas de irritabilidade, dificuldade de concentração, anorexia, as quais podem permanecer durante dias.

Tratamento

Migrânea

Para todos os casos: permitir que o paciente repouse deitado, em ambiente de penumbra e calmo (sabemos que a maioria das vezes isso não é possível na UBS, mas, havendo a possibilidade, deve ser feito).

O tratamento sintomático ou abortivo é indicado em praticamente todas as situações de crises moderadas e intensas e, portanto, tem impacto expressivo na qualidade de vida dos portadores de enxaqueca. Existe uma série de medicações abortivas, classificadas em dois grupos principais:

a) Drogas não-específicas:

- analgésicos não opiáceos (ácido acetilsalicílico, paracetamol, dipirona)

- isometepteno
- antieméticos(metoclopramida, domperidona, proclorperazina)
- antiinflamatórios não esteroidais
- cafeína
- analgésicos opiáceos
- neurolépticos (clorpromazina, haloperidol, droperidol)
- esteróides (dexametasona, prednisona, metilprednisolona)

b) Drogas específicas:

- derivados do ergot(ergotamina e diidroergotamina)
- agonistas dos receptores 5-HT_{1b/1d} (sumatriptano, rizatriptano, zolmitriptano, naratriptano, eletriptano, almotriptano, frovatriptano).

ESQUEMA 1: cefaléia moderada ou intensa, com náuseas moderadas ou intensas, porém sem vômitos profusos.

I. Cateterizar veia periférica, mantendo o acesso com catéter heparinizado ou Soro Fisiológico 0,9% (SF 0,9%).

II. Dipirona, 1 grama (2 ml) diluído em água destilada, por via endovenosa (EV).

– Não administrar dipirona a pacientes com hipersensibilidade à droga ou pacientes com doenças hematológicas reconhecidas

– Reavaliar. Se, em uma hora, o quadro permanecer intenso, passar para esquema 4.

ESQUEMA 2: cefaléia moderada ou intensa com vômitos importantes.

I. Acesso venoso periférico. Reidratar. Se necessário, colher exames e promover reposição eletrolítica.

II. Dipirona, 1 grama (2 ml) diluído em água destilada, EV.

III. Metoclopramida, 10 mg (1 ampola) EV diluídas lentamente.

– A metoclopramida, além de ação antiemética, possui ação anti-migranosa.

– Ficar alerta para a possibilidade de reações extrapiramidais secundárias à metoclopramida.

– Reavaliar. Se, em uma hora, o quadro permanecer intenso, encaminhar à referencia.

– Havendo conhecida hipersensibilidade à metoclopramida, optar pelo dimenidrato, 1 ampola intramuscular (IM).

ESQUEMA 3: cefaléia discreta ou moderada, em que há dificuldades em se conseguir acesso venoso.

I. Manter paciente em repouso físico e psíquico.

II. Diclofenaco, 75 mg IM.

III. Se náuseas intensas ou se a dor não ceder após uma hora, associar metoclopramida, 10 mg IM.

ESQUEMA 4: cefaléia intensa, refratária aos esquemas 1 e 2.

I. Acesso venoso.

II. Infundir SF 0,9%, 5 ml/Kg,

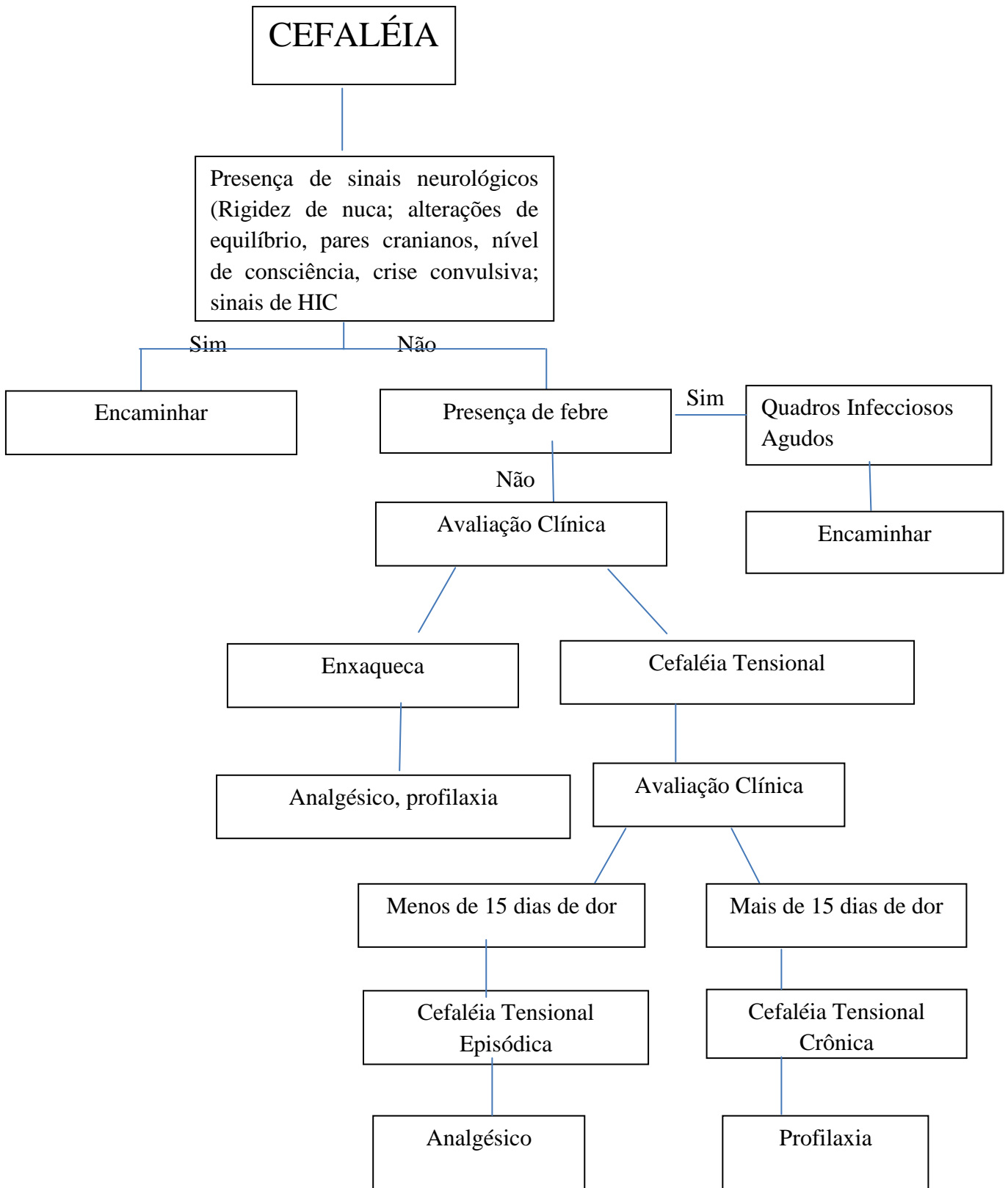
III. Encaminhar

Cefaléia tipo tensional: Tratamento da crise

Em geral, são usados analgésicos e antiinflamatórios não esteroidais. Muitas vezes, a associação com a cafeína melhora a ação daqueles. Os mais populares são: ácido acetilsalicílico, 500 mg a 1.000 mg; acetaminofeno, 500 mg a 750 mg; dipirona, 500 mg a 750 mg. Os antiinflamatórios, como naproxeno sódico, 550 mg, e ibuprofeno, são muito úteis.

Tratamento profilático: Os medicamentos mais usados são os antidepressivos tricíclicos. A amitriptilina é um dos mais populares. Seu efeito foi comprovado não só pela prática do dia a dia, mas também por ensaios clínicos controlados contra placebo. A dose inicial pode ser 15 mg a 25 mg à noite, aumentando-se progressivamente até 100 mg ou 125 mg se necessário. Raramente são usadas doses mais elevadas.

A clomipramina na dose de 25 mg a 125 mg é um recurso comprovado e eficiente. Os inibidores da recaptação da serotonina, como a fluoxetina, são úteis. A dose média é de 20 mg a 40 mg ao dia. Em geral, os efeitos são inferiores aos da amitriptilina.



5.5 Asma

Definição

A asma é uma doença inflamatória, crônica, caracterizada por hiper-responsividade das vias aéreas e limitação variável ao fluxo de ar, reversível espontaneamente ou com uso de medicamentos, e que se manifesta, clinicamente, por episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, opressão torácica e tosse, mais comumente durante a noite e ao despertar. A interação entre fatores genéticos e ambientais leva ao desenvolvimento e à manutenção dos sintomas.

Epidemiologia

A prevalência, a morbidade e a mortalidade da asma são crescentes no Brasil e no mundo. Segundo dados do III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, de 2002, estima-se que sua prevalência média seja de 20%, que ocasione cerca de 350.000 internações/ano (é a 4ª causa de internação de adultos pelo SUS - Sistema Único de Saúde) e que ocupe atualmente o 3º lugar em gasto anual com doenças.

Patogênese

Participam de sua fisiopatologia três importantes fatores: broncoconstrição, hipersecreção e inflamação brônquica. Esta última é, sem dúvida, um importante fator, que está presente em qualquer paciente, independente da gravidade da doença. Caracteriza-se por desgranulação mastocitária e liberação de mediadores, como a histamina, produção de citocinas e quimiocinas por linfócitos Th2, macrófagos e células epiteliais (interleucinas 4, 5, 13, entre outras) e subsequente infiltração tecidual de eosinófilos e produção de imunoglobulina E (IgE). Em consequência, ocorrem hipersecreção de muco e broncoconstrição, responsáveis pela sintomatologia. Há lesão do epitélio e tentativa de reparo com espessamento da membrana basal, alteração no tônus muscular, com hiperplasia e hipertonia do músculo liso, e na permeabilidade vascular. Cronicamente, tais mudanças acarretam o remodelamento brônquico, que modifica a arquitetura da via aérea e a reversibilidade da obstrução.

Diagnóstico

O diagnóstico é eminentemente clínico e depende de uma boa anamnese e um bom exame físico. É importante a caracterização do estigma atópico e dos fatores desencadeantes, a classificação de gravidade e a escolha da melhor opção terapêutica.

- **Clínico:** sintomas recorrentes de tosse, sibilos, dispnéia e desconforto torácico.
- **Funcional:** espirometria -Redução do VEF1 (volume expiratório, forçado no primeiro segundo) abaixo de 80% do previsto e da relação VEF1/CVF (capacidade vital forçada) abaixo de 0,75, o que pode ser melhorado com o uso de broncodilatador ou de corticóide.
- **Teste de broncoprovocação:** Consiste na inalação de doses crescentes de um agente broncoconstrictor (metacolina ou histamina) e medidas seriadas da função pulmonar, até a concentração que ocasione diminuição de 20% do VEF1 . É útil, quando há dúvida a respeito do diagnóstico de asma após a espirometria, pois os asmáticos respondem com broncoconstrição a concentrações da droga, consideravelmente menores.
- **Pico de fluxo expiratório:** Variações do Peak Flow acima de 20% entre as medidas matinais e noturnas, obtidas com o medidor portátil, são típicas da asma.
- **Alérgico:** teste cutâneo de punctura (Prick Test) e Radioalergosorbent Test (Rast Test), que detecta, no sangue, a presença de IgE específica, contra determinado antígeno.
- **Diferencial:** o diagnóstico diferencial é feito com as doenças que causam obstrução das vias aéreas, centrais (obstruções funcionais ou mecânicas da laringe, traquéia e brônquios maiores, disfunção de cordas vocais), com doenças que causam obstrução difusa (Doença Pulmonar Obstrutiva crônica - DPOC, bronquiolites, fibrose cística), com doenças ou situações que causam tosse crônica (doença do refluxo gastroesofágico, síndrome de descarga nasal posterior, uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina, bronquite), com doenças que causam dispnéia (insuficiência cardíaca e coronária, embolia pulmonar, transtornos de ansiedade) e as vasculites pulmonares, entre outras. A rinite, a sinusite, o refluxo gastroesofágico e a aspergilose broncopulmonar, alérgica são agravantes da asma pré-existente.

Classificação

CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA ASMA				
	Intermitente	Persistente leve	Persistente moderada	Persistente grave
Sintomas	Raros	Semanais	Diários	Diários ou contínuos
Despertares noturnos	Raros	Mensais	Semanais	Quase diários
Beta 2 para alívio	Rara	Eventual	Diária	Diária
Limitação de atividades	Nenhuma	Presente nas exacerbações	Presente nas exacerbações	Contínua
Exacerbações	Raras	Afeta atividades e sono	Afeta atividades e sono	Frequentes
Vef1 ou PFE	> 80% predito	> 80% predito	60 a 80% predito	< 60% predito
Varição Vef1 ou PFE	< 20%	< 20 a 30%	> 30%	> 30%

Quadro 2 – Classificação da gravidade de asma

Tratamento

Os principais objetivos do tratamento da asma são os citados a seguir:

- Controlar os sintomas.
- Prevenir a limitação crônica ao fluxo aéreo.
- Permitir atividades normais de lazer, de trabalho e escolares.
- Manter a função pulmonar normal ou o mais próximo disto.
- Reduzir a necessidade de uso de broncodilatadores para alívio, e minimizar os efeitos adversos das medicações.
- Evitar crises, idas às unidades de emergências, internações e prevenir a morte.

Tratamento das Exacerbações Agudas e Manutenção

A crise asmática também deve ser classificada de acordo com sua intensidade e tratada imediatamente. A tabela abaixo demonstra a classificação da intensidade da crise de asma em adultos e crianças.

Achado*	Muito grave	Grave	Moderada/leve
Gerais	Cianose, sudorese, exaustão	Sem alterações	Sem alterações
Estado mental	Agitação, confusão, sonolência	Normal	Normal
Dispnéia	Grave	Moderada	Ausente/leve
Fala	Frases curtas/monossilábicas. Lactente: maior dificuldade alimentar	Frases incompletas. Lactente: choro curto, dificuldade alimentar	Frases completas
Musculatura acessória	Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)	Retrações subcostais e/ou esternocleidomastóideas acentuadas	Retração intercostal leve ou ausente
Sibilos	Ausentes com MV localizados ou difusos	Localizados ou difusos	Ausentes com MV normal/localizados ou difusos
FR (irm)**	Aumentada	Aumentada	Normal ou aumentada
FC (bpm)	> 140 ou bradicardia	> 110	≤ 110
PFE (% melhor ou previsto)	< 30%	30-50%	> 50%
SaO ₂ (ar ambiente)	< 90%	91-95%	> 95%
PaO ₂ (ar ambiente)	< 60 mmHg	Ao redor de 60 mmHg	Normal
PaCO ₂ (ar ambiente)	> 45 mmHg	< 40 mmHg	< 40 mmHg

Quadro 3 - Classificação da intensidade da crise de asma

É importante a identificação precoce do asmático de risco. A causa da morte por asma é asfixia, na quase totalidade dos casos, sendo rara a morte em decorrência de tratamento excessivo. Alguns fatores que indicam risco são o uso frequente de corticóides sistêmicos, grave crise prévia, necessitando de intubação orotraqueal, duas ou mais hospitalizações por asma no último ano, presença de comorbidades, asma lábil e má percepção do quadro obstrutivo pelo paciente. Frequentemente, torna-se importante a solicitação de exames complementares, como a gasometria, as radiografias de seios da face e tórax, para descartar infecção, pneumotórax ou congestão, o hemograma, que pode ter leucocitose relacionada ao estresse ou ao uso de corticóides e a dosagem de eletrólitos séricos.

Terapêutica

- Doses adequadas e repetidas de 2 – agonistas (terbutalina, fenoterol ou salbutamol) por via inalatória, a cada 10 a 30 min, na primeira hora, associadas ou não à anticolinérgicos (brometo de ipatrópio). O uso de spray dosimetrado, com espaçador ou nebulizador é equivalente. O limite da dose deverá ser estabelecido, considerando-se a frequência cardíaca (FC > 140 bpm), tremor grosseiro e arritmias.
- Oxigenioterapia em todos os pacientes com saturação de O₂ < 95%, iniciando com fluxo de 3 L/min.
- Aminofilina não é formalmente indicada no tratamento inicial, mas pode ser coadjuvante no paciente muito grave. A experiência do Serviço de Imunologia recomenda o seu uso (6 mg/ Kg de forma diluída, inicialmente, e manutenção com 0,9 mg/Kg/h).
- Corticosteróides reduzem a inflamação e diminuem o risco de crise fatal. Devem ser administrados precocemente, embora não tenham efeito imediato.

A avaliação da resposta ao tratamento inicial (entre 30 a 60 min) e a reclassificação da avaliação do paciente quanto à gravidade determinam o prognóstico com respeito à admissão ou alta hospitalar e à necessidade de medicação posterior. Os pacientes com necessidade de internação em UTI têm taxa de óbito significativa, apesar dos modernos ventiladores mecânicos, o pneumotórax ainda é um risco. A complicação mais comum em tais doentes é a sepse. Sempre lembrar que, por ocasião da alta hospitalar, o paciente deverá ser orientado a utilizar todas as classes terapêuticas que foram necessárias para o controle de sua crise asmática, e ser encaminhado para um serviço especializado, para seguimento.

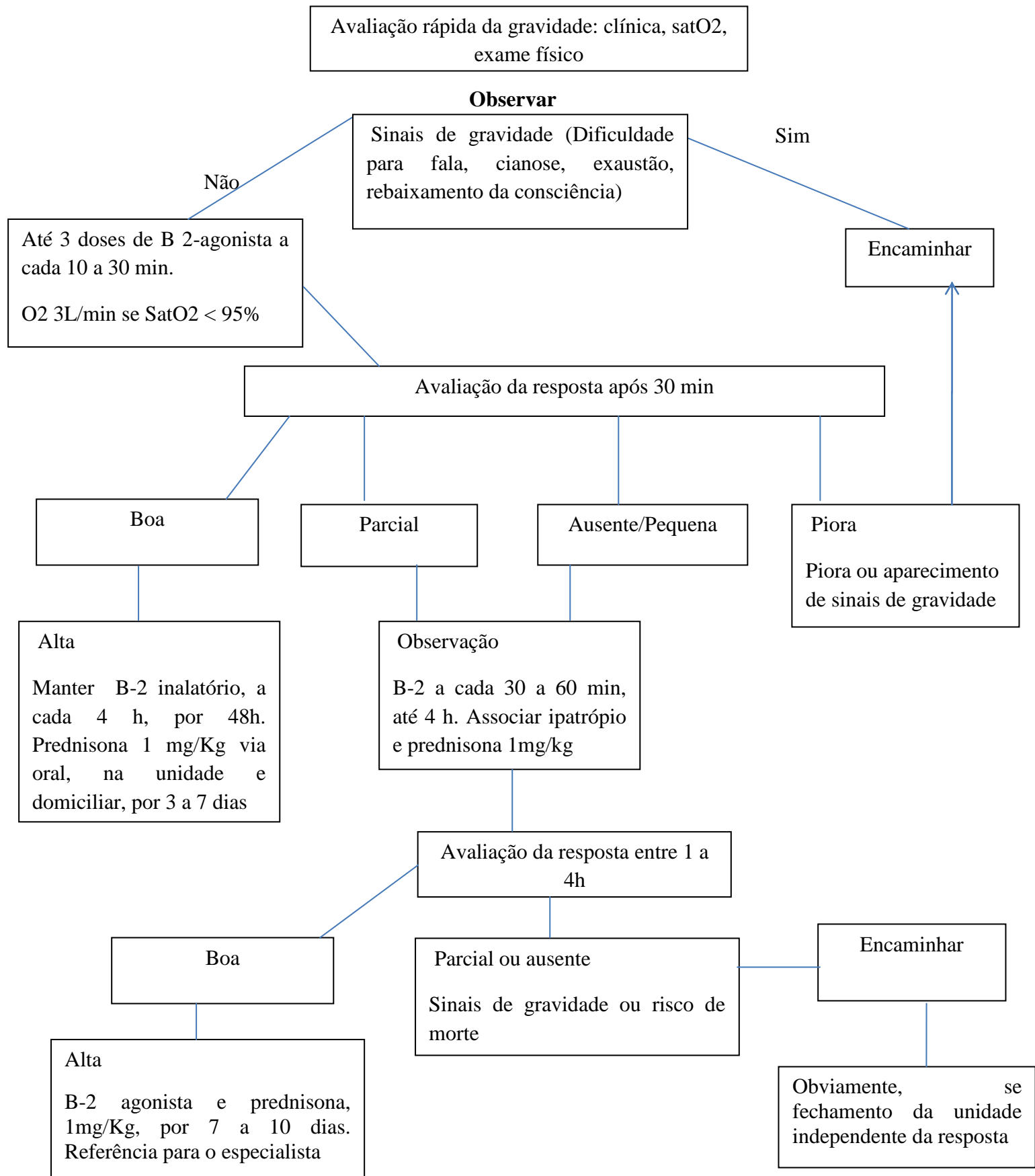
Tratamento de manutenção inicial baseado na gravidade

Gravidade	Alívio	Primeira escolha	Alternativa	Uso de corticóide oral
Intermitente	Beta-2 de curta duração	Sem necessidade de medicamentos de manutenção		
Persistente leve	Beta-2 de curta duração	CI dose baixa	Montelucaste Cromonas*	Corticosteróide oral nas exacerbações graves
Persistente moderada	Beta-2 de curta duração	CI dose moderada* a alta Ou CI dose baixa a moderada, associado LABA	Baixa a moderada dose de CI associada a antileucotrieno ou teofilina	Corticosteróide oral nas exacerbações graves
Persistente grave	Beta-2 de curta duração	CI dose alta* CI dose alta + LABA	Alta dose de CI + LABA, associados a antileucotrieno ou teofilina	Cursos de corticóide oral a critério do médico, na menor dose para se atingir o controle

* Especialmente em crianças. CI: corticosteróide inalatório; LABA: beta-2 agonista de longa duração.

Quadro 4 – Tratamento da asma baseado na gravidade

ASMA



Adaptado de: IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma

5.6 Pneumonia comunitária

Definição

Pneumonia pode ser definida como sinais e sintomas consistentes com infecção do trato respiratório baixo associado a novo infiltrado na radiografia de tórax, na ausência de outra explicação para tal. Pneumonia adquirida na comunidade é aquela que acomete o paciente fora do ambiente hospitalar ou que surge nas primeiras 48h da internação hospitalar.

Epidemiologia

Há aproximadamente 4 milhões de novos casos de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) nos Estados Unidos todos os anos, resultando em 1 milhão de hospitalizações, com grande impacto em custos e morbimortalidade.

No Brasil, dados do DATASUS evidenciam a pneumonia como a maior causa de mortalidade dentre as doenças respiratórias e ocupa o 4º lugar de mortalidade geral, excluindo-se as causas externas. Estima-se a incidência mundial em 12 casos por 1000 habitantes/ano.

Etiologia

Na maior parte dos casos, o germe responsável pelo quadro não é identificado. Sabe-se que o pneumococo é o germe mais frequentemente implicado na PAC, em todas as faixas etárias, sendo responsável por cerca de dois terços dos casos de pneumonias bacterianas da comunidade. Os demais agentes podem estar relacionados com as características epidemiológicas abaixo:

- Tabagismo/DPOC(Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica): H. influenzae e M. catarrhalis
- Casas de repouso: bacilos gram negativos, anaeróbios
- Dentes em mau estado de conservação: anaeróbios e bacilos gram negativos
- Bronquiectasias e fibrose cística: anaeróbios
- Obstrução brônquica: anaeróbios
- Uso drogas injetáveis: S. aureus, anaeróbios e pneumococo

- Alcoolismo: anaeróbios, pneumococo resistente à penicilina, bacilos gram negativos. Lembrar também de tuberculose
- Uso recente de antibiótico de largo espectro: Pseudomonas, bacilos gram negativos e pneumococo resistente à penicilina.

Podemos também avaliar a prevalência dos germes de acordo com a gravidade da pneumonia, com três divisões: ambulatorial, com necessidade de internação, mas não em UTI e com necessidade de internação em UTI, conforme tabela discriminada abaixo:

Prevalência de germes em ordem decrescente de frequência de acordo com a gravidade: ambulatorial, internação em enfermaria e internação em UTI		
Ambulatorial	Enfermaria	UTI (Grave)
S. pneumoniae	S. pneumoniae	S. Pneumoniae
M. pneumoniae	M. pneumoniae	S. Aureus
C. pneumoniae	C. pneumoniae	H. Influenzae
Vírus respiratórios	H. influenzae	Legionella spp
H. influenzae	Legionella spp	Bacilos gram negativos
	Vírus Respiratórios	

Quadro 5 – Avaliação dos germes em conformidade com a gravidade da pneumonia

Quadro clínico e diagnóstico

Pacientes com pneumonia geralmente se apresentam com tosse (90%), dispnéia (66%), dor pleurítica (50%), além de sintomas constitucionais, como queda do estado geral, febre, hiporexia, adinamia. Pneumonia pode ser diagnosticada por meio dos critérios abaixo:

- Sintomas de doença aguda do trato respiratório inferior: tosse e um ou mais dos seguintes - expectoração, dispnéia e/ou dor torácica;
- Achados focais ao exame físico: redução localizada do murmúrio vesicular, aumento do frêmito toracovocal, macicez à percussão, pectorilóquia (consiste em o doente conversar em voz baixa e o médico ouvir, na auscultação, um murmúrio), dentre outros;
- Pelo menos um achado sistêmico: confusão, cefaléia, sudorese, calafrios, mialgias, febre;
- Infiltrado radiológico não presente previamente;
- Exclusão de outras causas que resultem em achados semelhantes.

Em pacientes idosos, esses sinais/sintomas podem não estar presentes, a apresentação clínica nos idosos manifesta-se pode manifestar por alteração abrupta da capacidade funcional, confusão mental e descompensação de doença previamente estável (como DPOC e

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva), necessitando de alto nível de suspeição para diagnóstico mais precoce e correto tratamento.

Exames Complementares

- **Radiografia de tórax:** A radiografia de tórax é indispensável tanto para o diagnóstico como para avaliação de gravidade, bem como para identificar condições coexistentes como derrame pleural, cavitações, número de lobos acometidos e obstrução brônquica (complicações); acompanhar evolução e resposta ao tratamento, principalmente naqueles pacientes não respondedores à terapêutica inicial.
- **Hemograma:** O exame hematológico complementa a avaliação clínica, e pode ser útil na caracterização de gravidade quando há critérios para SIRS (Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica) no leucograma:
 - leucocitose (>12.000) ou leucopenia (<4000) ou mais de 10% de formas jovens.
- **Gasometria arterial:** Na ausência de doença pulmonar crônica, a saturação de oxigênio abaixo de 90%, indica maior gravidade, necessitando de suplementação de oxigênio. Na persistência de valores baixos apesar de 4L/min de oxigênio (suplementação de oxigênio por de cateter nasal) considerar internação em terapia intensiva.
- **Hemocultura:** O atual consenso brasileiro de pneumonia recomenda a solicitação de hemoculturas em pacientes com pneumonia considerada grave (CURB-65 \geq 3 e PORT \geq IV - vide descrição abaixo) e pacientes não respondedores ao tratamento clínico inicial. A título de memorização, a solicitação de hemocultura deve ser realizada quando resultar em alteração significativa do esquema antimicrobiano empírico, levando-se em conta aspectos clínicos e epidemiológicos. Algumas indicações de investigação adicional são: indicação de UTI, falência de tratamento ambulatorial, cavitações, leucopenia, alcoolismo, doença hepática crônica grave, doença pulmonar grave, asplenia (ausência de baço) e derrame pleural.
- **Escarro:** A análise e cultura do escarro são controversas, em virtude da dificuldade na obtenção de amostras adequadas e na qualidade da análise e dos testes realizados pelo laboratório. Um estudo prospectivo avaliou o uso do escarro como ferramenta de esclarecimento diagnóstico e evidenciou que amostras adequadas de escarro foram

obtidas somente em cerca de 16% dos casos. Uma metanálise avaliou 12 estudos quanto à sensibilidade e especificidade da análise do escarro: a sensibilidade comparada à cultura do escarro variou de 15-100 % e a especificidade de 11-100%. O guideline de 2007 da IDSA/ATS recomenda que a análise pré-tratamento do escarro deve ser realizada somente se for possível a obtenção de amostra de boa qualidade (adequada quantidade, com presença de polimorfonucleares e baixo número de células epiteliais escamosas; processamento para cultura deve ser realizado em até 2 horas, transporte rápido e análise de acordo com normas internacionais) nos seguintes casos: necessidade de UTI; falência de tratamento ambulatorial; lesões cavitárias; uso abusivo de álcool; doença obstrutiva grave ou doença estrutural pulmonar e derrame pleural.

OBS: Estes exames serão realizados na fase de encaminhamento, se necessário, uma vez que não são realizados na UBS.

Avaliação da Gravidade

A rápida caracterização do quadro clínico deve ser acompanhada de decisão quanto à necessidade de internação do paciente - avaliação da gravidade do quadro, doenças associadas, condição social e aderência são questões importantes e devem ser ponderadas para o manejo clínico. Nesse contexto, também o reconhecimento de fatores de risco para maior mortalidade como idade avançada, comorbidades (insuficiência cardíaca, neoplasia, doença coronariana, alcoolismo) e anormalidades no exame físico e radiológico, devem nortear o julgamento clínico.

Vários critérios foram propostos para analisar a necessidade de internação, como o PORT (Patient Outcome Research Team) - também conhecido como escore de gravidade de pneumonia - e, mais recentemente, o CURB-65 (proposto pela British Thoracic Society). No escore de gravidade de pneumonia (PORT), pontos são atribuídos aos muitos critérios analisados (Tabela abaixo) e, de acordo com o número de pontos obtidos, o paciente é alocado em uma das cinco possíveis estratificações de risco (Tabela abaixo), o que servirá como guia para manejo ambulatorial ou internado e quantificará a gravidade (mortalidade). Como são muitos aspectos a serem analisados, apesar de validada em muitos estudos, sua aplicabilidade é mais complexa.

Escore de gravidade de pneumonia (PORT)				
Idade	1 ponto para cada ano			
Sexo feminino	-10			
Reside em abrigo	+10			
Doença neoplásica	+30			
Doença hepática	+20			
Insuficiência cardíaca	+10			
Doença cerebrovascular	+10			
Doença renal	+10			
Confusão mental	+20			
FR \geq 30ipm	+20			
PAS <90mmHg	+20			
Temperatura \geq 40 ou < 35°C	+15			
FC \geq 125bpm	+10			
pH < 7,35	+30			
Uréia \geq 30mg%	+20			
Sódio <130mEq/L	+20			
Glicose >250mg%	+10			
Hematócrito <30%	+10			
PaO ₂ <60mmHg ou SatO ₂ <90%	+10			
Derrame pleural	+10			
Interpretação do Escore de PORT – soma dos pontos e decisão quanto à internação.				
Risco	Classe	Pontos	Mortalidade (%)	Tratamento
Baixo	I	-	0,1	Ambulatorial
Baixo	II	\leq 70	0,6	Ambulatorial
Baixo	III	71-90	2,8	Breve internação
Moderado	IV	91-130	8,2	Hospitalar
Alto	V	\geq 130	29,2	Hospitalar

Quadro 6 – Critérios propostos de acordo com a gravidade da pneumonia

O critério acima descrito (PORT, também chamado de Pneumonia Severity Index), adotado pela American Thoracic Society (EUA), tem ênfase na identificação de pacientes de baixo risco, nos quais o tratamento ambulatorial seria a escolha.

Já o critério CURB-65, designado pela British Thoracic Society, tem ênfase na identificação de pacientes com pneumonia comunitária grave, nos quais o tratamento hospitalar é mandatório. Pela facilidade de aplicação e memorização, o CURB-65 tem sido cada vez mais utilizado. Consiste na atribuição de pontos para os seguintes critérios:

- C - nível de consciência;
- U - uréia > 50mg/dl;
- R - frequência respiratória \geq 30 ipm;
- B (Blood pressure), PAS <90 mmHg e/ou PAD \leq 60 mmHg;
- Idade maior que 65 anos

Se a soma dos pontos estiver entre 0-1 há baixo risco de mortalidade, sendo preferível o tratamento ambulatorial; se totalizar 2 pontos, considerar tratamento hospitalar ; e, se ≥ 3 pontos, o paciente é classificado como portador de pneumonia comunitária grave, com necessidade obrigatória de internação.

Os critérios apresentados devem fazer parte de um julgamento clínico amplo, que deve ponderar idade, comorbidades, achados de exame físico e radiografia de tórax, bem como fatores psicossociais, econômicos.

Dentre os achados de exame físico, vale ressaltar a importância na identificação de SIRS, composto de dois ou mais critérios:

- 1) Taquicardia (FC > 90 bpm);
- 2) Taquipnéia (FR >20 ipm ou pCO₂ <32mmHg);
- 3) Febre ou hipotermia;
- 4) Leucocitose, leucopenia ou mais de 10% de formas jovens no hemograma.

Além disso, é considerado contraindicação absoluta ao tratamento ambulatorial qualquer uma das seguintes condições: hipoxemia (Sat<90% em ar ambiente), instabilidade hemodinâmica, condição ativa com necessidade de hospitalização e incapacidade de tolerar antibioticoterapia via oral. Caso CURB 65 ≤ 2 (não seria internado se esse critério fosse usado isoladamente), analisar outros fatores na sequência, como COX (Comorbidades, Saturação de O₂ e radiografia (Raio-X) com velamento bilateral), além da condição social, antes de optar por tratamento ambulatorial. Observe que o julgamento clínico não deve considerar isoladamente o critério CURB-65 na tomada da decisão quanto à necessidade de internação.

Indicação de Terapia Intensiva

Com relação à pneumonia comunitária grave, a indicação de terapia intensiva é de fundamental importância, tendo em vista que a precocidade do reconhecimento pode melhorar o prognóstico e evolução.

A antibioticoterapia deve ser iniciada em até 4 horas da chegada ao serviço hospitalar e, se os critérios abaixo forem preenchidos (1 critério maior ou 3 menores), o paciente deverá receber tratamento intensivo:

• Critérios maiores:

- 1) Instabilidade hemodinâmica com necessidade de vasopressores (choque séptico);
- 2) necessidade de ventilação mecânica ou ventilação não invasiva ou $FiO_2 > 40\%$ para manutenção de saturação de $O_2 > 90\%$.

• Critérios menores:

- 1) $FR \geq 30$ ipm;
- 2) $PaO_2/FiO_2 \leq 250$;
- 3) Infiltrado multilobar;
- 4) Confusão/Desorientação;
- 5) Uremia;
- 6) Leucopenia ($GB < 4000$ cels/mm³);
- 7) Trombocitopenia (< 100.000 cels/mm³);
- 8) Hipotermia;
- 9) Hipotensão necessitando de reposição volêmica agressiva.

Tratamento

A terapêutica antimicrobiana é tipicamente iniciada de forma empírica, uma vez que a identificação do germe responsável não ocorre em grande parte dos casos. A seleção da terapêutica é baseada em alguns fatores: o patógeno mais comum em cada situação, fatores que aumentam o risco para determinados patógenos, co-morbidades, estratificação de risco do caso (CURB 65 e escore de PORT) e efeitos adversos dos antibióticos (como alergia e causa de estado confusional em idosos, marcadamente com o uso de quinolonas nesse grupo de pacientes). A indicação de internação é baseada em julgamento clínico, conforme descrito acima.

A terapêutica empírica inicial deve ser modificada quando houver isolamento do patógeno em cultura, levando à redução do espectro antimicrobiano de acordo com o perfil de sensibilidade.

Qualquer derrame pleural significativo (acima de 1 cm na radiografia de decúbito lateral) deve ser puncionado para descartar empiema e derrame parapneumônico complicado, que demandam drenagem torácica.

Pacientes Ambulatoriais: Estudos orientando o tratamento em pacientes ambulatoriais não são suficientes para recomendação baseada em evidências. Os pacientes com PAC sem necessidade de internação são tratados de forma empírica, buscando um regime antimicrobiano contra os patógenos mais comuns nessa população (*S. pneumoniae*, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae* e *H. influenzae*). De acordo com as diretrizes brasileiras e americanas, um macrolídeo é recomendado como monoterapia para tratamento de pacientes ambulatoriais previamente sadios (azitromicina, claritromicina). Macrolídeo associado a beta-lactâmico ou fluoroquinolona sozinha são recomendados para tratamento inicial empírico de pacientes com comorbidades que não preenchem critérios para internação (DPOC, ICC, diabetes, nefropatia e neoplasias). Betalactâmico com inibidor de beta-lactamase deve ser de escolha quando houver suspeita de aspiração e infecção por anaeróbios. Em caso de alergia à penicilina, utilizar clindamicina.

A duração do tratamento deve ser baseada na resposta ao tratamento, doenças associadas e complicações. Em geral, recomenda-se o tratamento até que o paciente se torne afebril por 72 horas (pneumonias por pneumoco); 7-14 dias no caso de germes atípicos. Se o paciente estiver afebril após 48-72 horas do início do tratamento, o período poderá ser encurtado para 5 dias; do contrário, o tratamento deverá se estender até 7-10 dias.

Pacientes internados (enfermaria): A terapêutica empírica em pacientes com necessidade de internação será orientada de acordo com o critério de gravidade na admissão, comorbidades e busca de fatores que aumentam o risco de infecção por patógenos específicos.

A primeira dose do antibiótico deve ser realizada em até 4 horas da admissão hospitalar, sempre por via parenteral. A escolha da terapêutica inicial tem ampla variação quando se analisa as recomendações das entidades americanas, européias e canadenses. A recomendação do European Respiratory Society e do consenso brasileiro é o uso isolado de quinolona respiratória (levofloxacino, moxifloxacino ou gatifloxacino) ou uso isolado ou combinado com macrolídeo das seguintes drogas: beta-lactâmico associado à betalactamase

ou cefalosporinas de segunda/terceira geração (cefuroxima, cefotaxima, ceftriaxone). A associação com macrolídeo deve levar em conta comorbidades e gravidade na admissão.

Local de tratamento	Recomendação Terapêutica
AMBULATORIAL Previamente sadio	Macrolídeo (azitromicina 500 mg VO 1x/dia por 5 dias); Claritromicina 500 mg VO 12/12 horas 7-10 dias); se idade <60 anos, avaliar amoxicilina 500mg VO 8/8 horas
Terapia antimicrobiana recente ou doenças associadas	Levofloxacino 500 mg VO 1x/dia por 7dias OU gatifloxacino 400mg VO 1x/dia por 7 dias OU moxifloxacino 400 mg VO 1x/dia por 7 dias OU amoxicilina- clavulanato 500 mg VO 8/8 horas + macrolídeo OU cefuroxima 500 mg VO 2x/dia + macrolídeo
Suspeita de aspiração	Amoxicilina-clavulanato 500 mg VO 8/8hs OU Clindamicina 600 mg VO 6/6 horas
ENFERMARIA	Levofloxacino 500 mg EV 1x/dia OU amoxicilina-clavulanato 1G EV 8/8 horas + macrolídeo

Quadro 7 – Tratamento inicial empírico e parenteral para pneumonia

Pacientes não respondedores à terapêutica empírica inicial: Todos os pacientes devem ser reavaliados quanto à falha terapêutica, mesmo os pacientes alocados para tratamento ambulatorial. A imagem radiológica não deve ser utilizada como critério isolado, dado persistência das alterações radiológicas por até 7 semanas mesmo em pacientes com boa resposta clínica.

Falha terapêutica pode ser precoce (ausência de resposta ou piora do quadro clínico e radiológico em 48-72 horas) ou tardia (piora do quadro após 72 horas). Se não há explicação evidente para resposta demorada ou deterioração clínica, quatro principais fatores devem ser avaliados:

- 1) Seleção antimicrobiana inadequada (checar se microorganismo resistente à droga ou não coberto no esquema inicial; considerar pneumococo resistente, presença de fatores de risco para infecção por *Pseudomonas aeruginosa* ou *S.aureus*);
- 2) Patógenos não usuais: o diagnóstico diferencial inclui tuberculose, micobacteriose atípica, fungos endêmicos, pneumocistose. Muitas vezes o paciente apresenta pneumonia que aparentemente melhora (sobretudo se em uso de quinolona ou claritromicina) e evoluiu com

piora do quadro - considerar tuberculose, nocardiose e verificar fatores de risco para imunossupressão como infecção pelo HIV, agentes imunossupressores e colagenoses.

3) Complicações: complicações extrapulmonares ocorrem em cerca de 10% dos pacientes com pneumonia pneumocócica. Há infecções à distância, como meningite, endocardite, artrite, pericardite, peritonite e derrame pleural complicado ou empiema. Todo paciente com resposta inadequada à terapêutica inicial deve ser submetido a nova radiografia de tórax e reanálise do líquido pleural.

4) Doenças não infecciosas: podem mimetizar quadro pneumônico. Dentre elas: embolia pulmonar, ICC, carcinoma bronquíolo-alveolar, linfoma, hemorragia intrapulmonar, doenças inflamatórias pulmonares, colagenoses, sarcoidose, pneumonites intersticiais e doença pulmonar secundária a medicações.

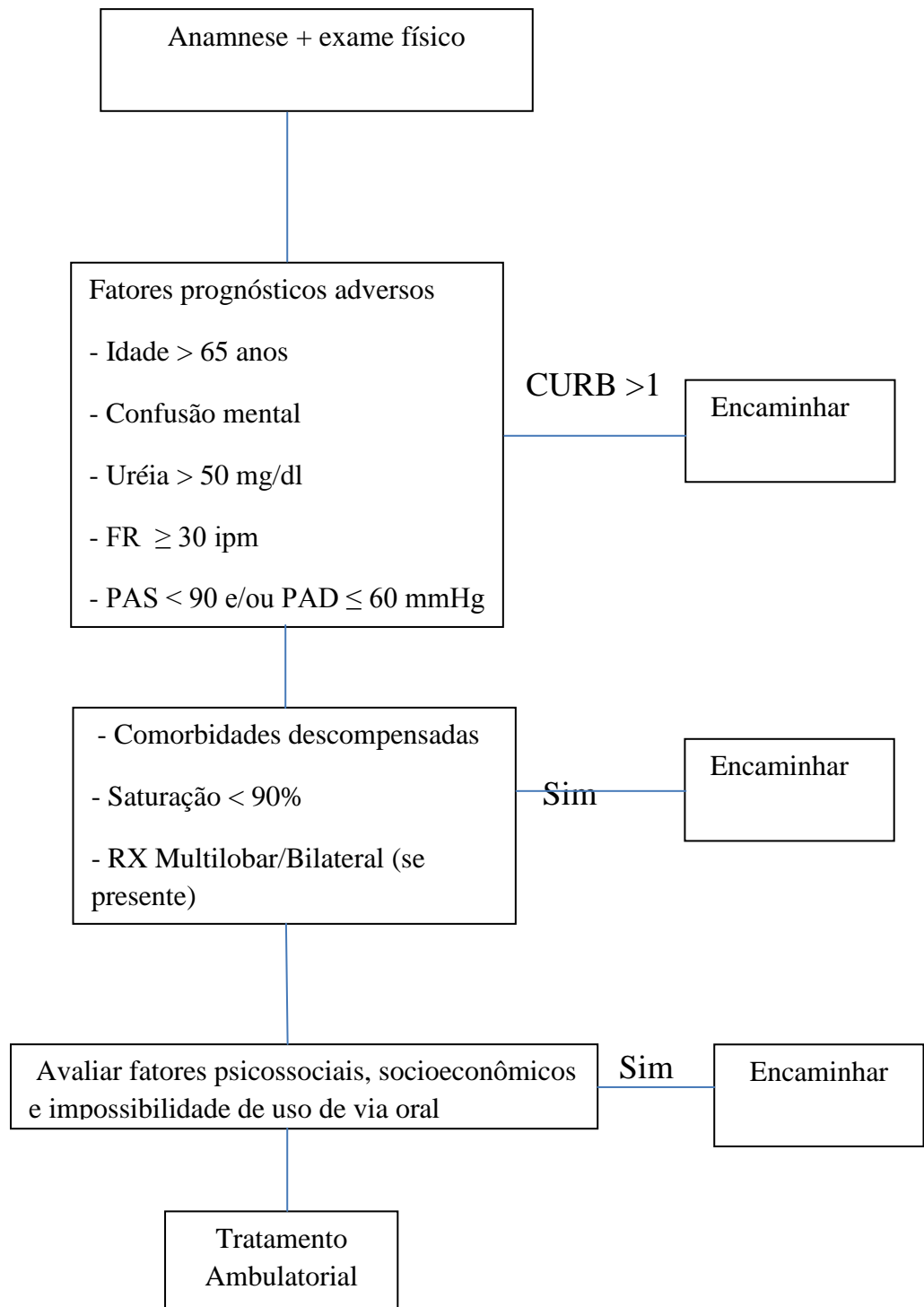
Prevenção

De acordo com a Diretriz Americana as seguintes recomendações para prevenção de pneumonia bacteriana de comunidade devem ser obedecidas:

1) Todas as pessoas acima de 50 anos e/ou em risco para complicações relacionadas a influenza, com contato domiciliar com pessoas de alto risco e profissionais de saúde devem ser vacinados contra influenza anualmente;

2) Vacina antipneumocócica é recomendada em pacientes acima de 65 anos e em pacientes com comorbidades (doença pulmonar, renal, hepática ou cardiovascular crônica, diabetes mellitus, etilismo, asplenia, imunossuprimidos secundários à doença ou medicações).

Pneumonia Comunitária



Adaptado de: Diretrizes para Pneumonias adquiridas na comunidade em adultos imunocompetentes. 6ª ed. Jornal Brasileiro de Pneumologia. Brasília: 2009.

5.3 Diarréia

Epidemiologia

No Brasil, as infecções intestinais têm impacto muito grande na qualidade de vida e são responsáveis pela mortalidade superior a quatro milhões de crianças pré-escolares por ano.

A diarréia aguda é adquirida, na maioria das vezes, por meio da ingestão de água e alimentos contaminados por microrganismos ou suas toxinas presentes em fezes humanas ou de animais e pela autocontaminação, que ocorre pelo toque das mãos em material contaminado.

As formas de contaminação na diarréia aguda são:

- Fecal-oral;
- Alimentos não cozidos, contaminados por água ou pelo solo de cultivo que entrou em contato com fezes;
- Frutos do mar não cozidos, colhidos de reservatórios de água poluídos, como ostras, que geralmente albergam bactérias e outros patógenos ao agirem como filtrantes no seu habitat;
- Alimentos manuseados por portadores assintomáticos de microrganismos patógenos, como a *Salmonella sp*;
- Contaminação pela água de piscina (por exemplo, giardíase).
- Quando existe contaminação oral com patógenos que causam diarréia, nem sempre a doença ocorre, uma vez que a manifestação clínica depende das interações do patógeno com os mecanismos de defesa do hospedeiro, tais como secreção ácida gástrica, motilidade e sistema imunológico intestinal.
- A secreção ácida age pelo seu pH letal aos microrganismos; a motilidade, impedindo a aderência e o sistema imunológico, por meio das defesas humorais e celular específica contra os patógenos.

Pacientes que são imunodeprimidos por doença ou desnutrição, ou que fazem uso de inibidores da secreção ácida (por exemplo, omeprazol, ranitidina) e também os idosos, por

diminuição da secreção ácida e da defesa imunológica, estão entre os mais predispostos às infecções intestinais.

Quadro Clínico

Diarréia é definida como uma alteração do hábito intestinal normal, em que uma evacuação por dia ou três vezes por semana é substituída por freqüentes e inúmeras dejeções líquidas.

5.3.2.1 Diarréia aguda:

- Duração menor que 04 semanas.
- Em adulto é causada principalmente por infecções, efeitos colaterais de drogas e isquemia.
- A infecção é a causa mais freqüente, podendo ser viral, bacteriana e parasitária (por exemplo, protozoários).

As **diarréias agudas** podem ser divididas, dependendo do agente infectante, em dois tipos:

a) **diarréia inflamatória** ou sanguinolenta

b) **não-inflamatória** ou aquosa, não-sanguinolenta. Os diagnósticos diferencial e etiológico são facilitados por esta classificação.

As diarréias inflamatórias provocam os quadros mais graves e podem requerer tratamento mais intensivo além de avaliação mais acurada.

As diarréias não-inflamatórias, freqüentemente, provocam alterações menores, porém, ocasionalmente, podem levar a situações graves, como desidratação.

As diarréias inflamatórias são, em geral, causadas por bactérias e suas toxinas invadem e lesam as células que recobrem a mucosa, provocando perda de sangue, fluido sérico e leucócitos dentro do lúmen (disenteria).

Diarréia crônica:

Duração maior que quatro semanas. Várias doenças causam má absorção (por exemplo, doença celíaca), além de doenças inflamatórias intestinais (por exemplo, retocolite, doença de Crohn) e neoplásicas.

Diagnóstico

Achados laboratoriais (exceto a pesquisa de leucócitos nas fezes, de fundamental importância para diferenciar diarréia inflamatória da não-inflamatória) são de pouca importância para detectar o agente etiológico e para distinguir entre os dois tipos de diarréia.

A rotina hematológica e bioquímica sanguínea, na vigência de desidratação, pode evidenciar aumento da hemoglobina, dos glóbulos vermelhos e também da uréia.

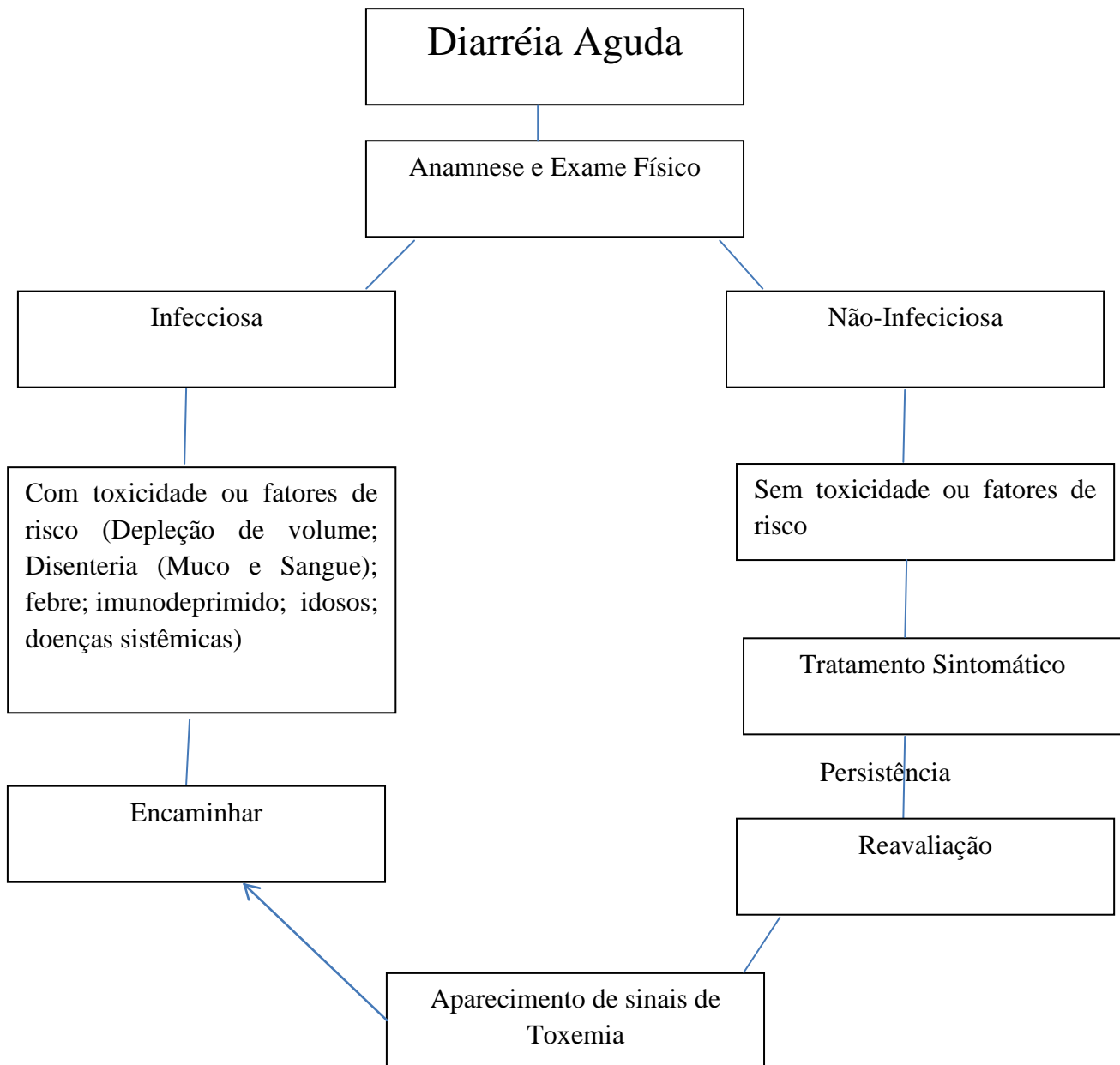
Quando ocorre maior depleção hídrica, observamos queda do bicarbonato no sangue venoso e do pH, ou seja, acidose metabólica, que pode ser evidenciada na gasometria arterial.

O teste de pesquisa de leucócitos ou qualquer dos testes de pesquisa de sangue oculto são positivos em pacientes com diarréia inflamatória.

Na amebíase intestinal, pode-se encontrar um menor número de leucócitos fecais. A cultura de fezes deve ser realizada quando o paciente apresentar: diarréia grave, com febre acima de 38,5 ° C, sangue nas fezes, leucócitos nas fezes ou qualquer marcador de sangue oculto nas fezes, diarréia persistente que não tenha sido tratada com antibiótico anteriormente.

Outro exame que deve ser realizado de rotina é a pesquisa de ovos e parasitas nas fezes, principalmente se a diarréia perdurar por mais de uma semana, e se o paciente não tiver sido tratado empiricamente com antiparasitários.

Exames endoscópicos deverão ser utilizados em casos especiais, quando os exames de fezes e cultura não forem conclusivos. Os exames utilizados são retossigmoidoscopia, colonoscopia e endoscopia digestiva alta com aspirado de duodeno e biópsia.



Adaptado de: Protocolos Clínicos para Unidades Básicas de Saúde. Escola de Saúde Pública. Belo Horizonte: 2006

5.4 Epilepsia

Conceito

Epilepsia é a segunda mais freqüente condição clínica neurológica. Só suplantada pela cefaléia. A epilepsia acomete entre 1 a 2 % da população, e cerca de 1 em cada 20 indivíduos experimentam crise epiléptica ou convulsão em alguma época da vida. Tem importância sob o ponto de vista clínico, neurológico, social e psicológico. Embora crises epilépticas sejam, na maioria das vezes, autolimitadas, podem eventualmente evoluir para o estado de mal epiléptico.

Crises epilépticas são usualmente tratadas no nível ambulatorial, entretanto por diversas razões esses pacientes podem ser atendidos na unidade de emergência. Crises epilépticas são fenômenos que não ocorrem apenas em epilepsia primária. Essas crises podem ocorrer como evento isolado e único, em indivíduo previamente saudável, como manifestação de doença sistêmica (ex. hipoglicemia, hipóxia, distúrbio hidroeletrólítico, sépsis, insuficiência renal), como sintoma de doença neurológica aguda (AVC, encefalite, TCE) ou de epilepsia primária. Frequentemente são secundárias e eventualmente decorrentes de doenças graves e letais. A anamnese detalhada com a caracterização do evento, neurológico e os exames laboratoriais são fundamentais para o diagnóstico diferencial e conduta terapêutica.

Aspectos clínicos

Anamnese: idade; profissão; dados do nascimento: traumas, infecções do Sistema Nervoso Central (SNC), uso de drogas ou doenças da mãe no período de gestação; história familiar; crises anteriores; doenças prévias: diabetes, distúrbios metabólicos, hepatopatia, uremia, neoplasias, vasculites, colagenoses, hipertensão arterial; uso de drogas; estresse; distúrbios do sono; gravidez atual; cefaléia; febre; perda de peso; distúrbios visuais; alcoolismo e outros distúrbios do comportamento social.

Observa-se que para o diagnóstico de epilepsia se impõe história de duas ou mais crises epilépticas.

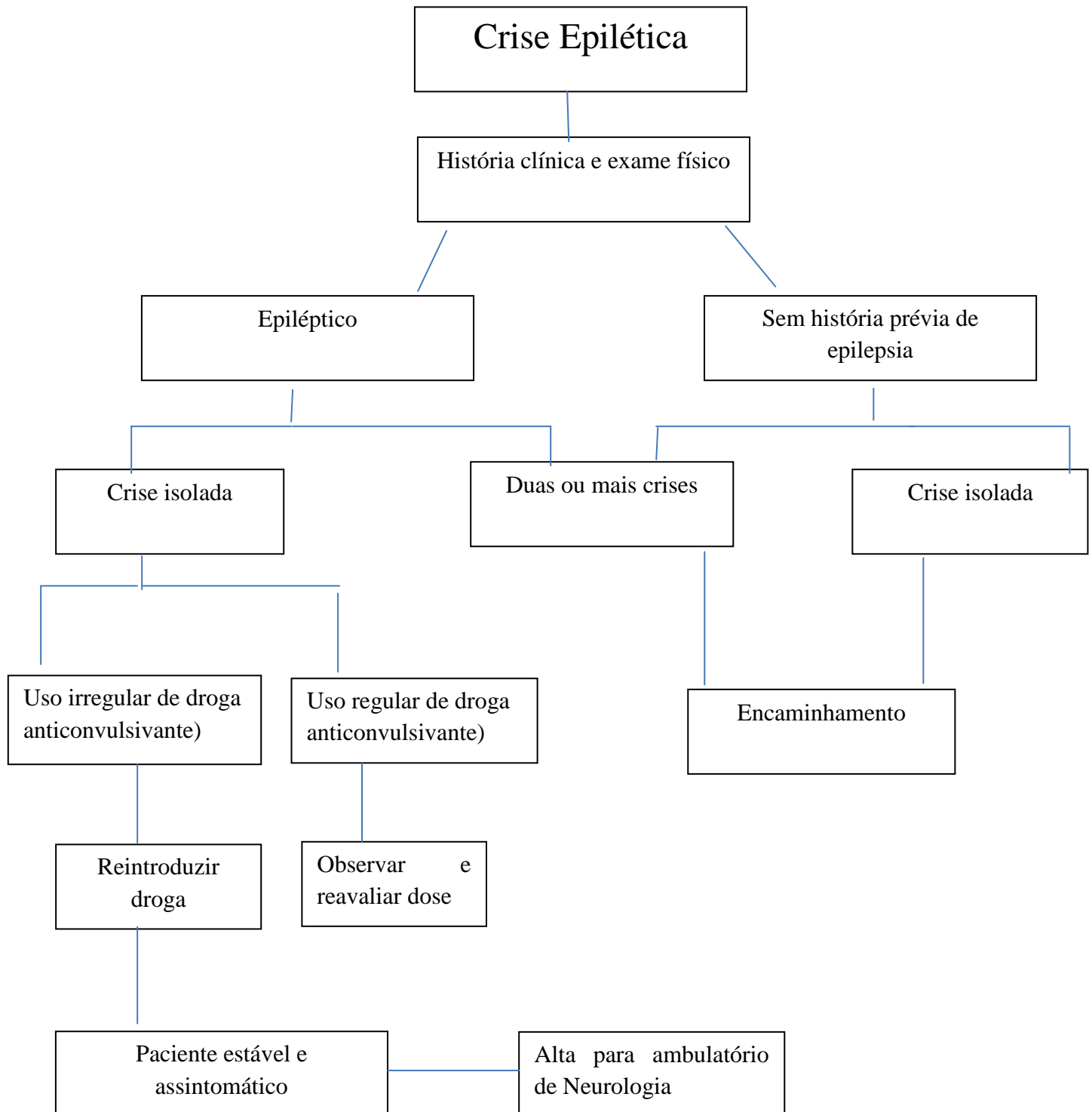
Caracterização do evento:

- 1- Manifestações iniciais (pródromos e aura)
- 2- Manifestações críticas (crise)
- 3- Manifestações pós-crise.

Exame físico – dados vitais; sinais de doença crônica (Uremia, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC, hepatopatia);

Exame neurológico - funções mentais; pares cranianos, fundoscopia, motricidade; sinais de irritação meníngea.

Exames complementares de rotina: Hemograma com plaquetas; glicemia; eletrólitos, cálcio sérico; CPK, dosar a DAE; radiografia de Tórax; ECG; EEG. Estes exames serão realizados na fase de encaminhamento, se necessário, uma vez que não são realizados na UBS.



Adaptado de: Protocolos de Urgência e Emergência da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – Brasília: 2006.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) são inúmeras e, dentre elas, destaca-se um setor crítico que é o atendimento aos usuários em situações de Urgências/Emergências. Verbas escassas, estruturas inadequadas e insuficientes, carência de mão-de-obra qualificada e de medicações, além do excesso de clientes somam-se num ambiente hostil.

Diante deste cenário, as UBS tem o papel de tentar aliviar a sobrecarga das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) ou as emergências dos Hospitais, atuando por meio da atenção básica, foco do modelo assistencial do SUS, evitando doenças preveníveis e, por conseguinte, desafogando os casos tecnicamente não graves. Muitas vezes pela dificuldade de atendimento nas emergências, os pacientes procuram auxílio diretamente na UBS, mesmo estas não sendo locais especializados neste tipo de atendimento. Assim, a padronização e a qualificação do atendimento é algo que não deve ser colocado em segundo plano ou esquecido.

Protocolos de atendimento, eficiência e qualidade no acolhimento são fundamentais para um bom funcionamento de uma unidade de saúde, sempre visando o bem-estar do cliente.

Assim buscamos aprimorar o processo de trabalho na UBS, propondo uma sistematização do atendimento, através de uma triagem adequada e seguimento de fluxogramas, a fim de oferecer uma abordagem diferenciada e com alta qualidade.

Estes protocolos foram escolhidos de acordo com as principais Urgências/Emergências deparadas na UBS e foram adaptados à realidade da mesma. Novos protocolos podem ser adaptados futuramente.

Conclui-se, assim, que para o bom funcionamento de qualquer Unidade de Saúde é necessário organização do processo de trabalho e um bom acolhimento. Este fato garantirá satisfação do cliente e uma melhor qualidade nos serviços prestados à comunidade.

REFERÊNCIAS

- ABBÊS, Cláudia. MASSARO, Altair. **Acolhimento com Classificação de Risco**. 1ª ed. Brasília: 2004.
- ABÍLIO, José R. De Castro. SHIMAAKI, Maria Emi. **Protocolos Clínicos para Unidades Básicas de Saúde**. Escola de Saúde Pública. Belo Horizonte: 2006.
- BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **Coordenação de Urgência e Emergência. Proposta de Regulação da Porta de Entrada das Unidades de Urgência e Emergência de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: SMSA, 2002.
- BIGAL, Marcelo E. BORDINI, Carlos A. SPECIALI, José G. **Protocolos para tratamento da cefaléia aguda, em unidade de emergência**. Medicina. Ribeirão Preto: 1999.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048 de 02 de novembro de 2002. Dispões sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência**. Brasília: DOU, 2002.
- CORRÊA, Ricardo de Amorim. LUNDGREN, Fernando Luiz C. PEREIRA-SILVA, Jorge Luiz. SILVA, Rodney Luiz F. **Diretrizes para Pneumonias adquiridas na comunidade em adultos imunocompetentes**. 6ª ed. Jornal Brasileiro de Pneumologia. Brasília: 2009.
- MAHMUD, Simone Dalla Pozza. **Protocolos clínicos : adesão e aplicabilidade numa instituição hospitalar**. Rio Grande do Sul, 2002.
- NOBRE, Fernando. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. São Paulo: 2010.
- NORONHA, R. **Projeto de Sistematização: atendimento contínuo, regular e escalonado na UPA Oeste**. Belo Horizonte: UPA Oeste, 2003.
- ROCHA, Andréia F. Silva. **Determinantes da Procura de Atendimento de Urgência Pelos Usuários nas Unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. Dissertação. Belo Horizonte: Faculdade de Enfermagem da UFMG, 2005.
- SAPER, Joel R. SILBERSTEIN, Stephen D. GORDON, C. David. HAMEL, Robert L. **Manual de tratamento da cefaléia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- SPECIALI, José Geraldo e Silva. FARIAS, Wilson. **Cefaléias**. São Paulo: Lemos, 2002.
- STIRBULOV, Roberto. BERND, Luiz Antônio G. SOLÉ, Dirceu. **IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma**. Jornal Brasileiro Pneumologia. Brasília: 2006.
- VIEIRA, Osmar Willian. **Protocolos de Urgência e Emergência da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES/DF**. 1ª Ed. Revisada e ampliada. Brasília: 2006.