

# Caso Cristiane

*Dr. João Batista Marinho de Castro Lima*

Diretor clínico da Maternidade Sofia Feldman

## Antes de iniciar sua leitura...

Espera-se dos alunos que, diante da leitura da evolução do caso, procurem se ater apenas aos aspectos relacionados à segurança da paciente, principalmente em relação à organização do trabalho em rede para melhorar os cuidados. Não é objetivo discutir o manejo clínico, embora seja importante analisar que instrumentos podem ser utilizados no seu auxílio, do ponto de vista da organização do cuidado.

## Informações gerais sobre esse caso

Cristiane mora em um distrito de 6 mil habitantes, pertencente a um município de 110 mil habitantes. Nesse distrito, existe uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e duas equipes de saúde da família, que cobrem 80% da população. A unidade funciona de segunda a sexta-feira, das 7h às 17h, e não funciona nos fins de semana. Os médicos e enfermeiros das equipes não residem no distrito e sim na sede do município, que fica distante 40 minutos de carro do distrito onde Cristiane mora e conta com uma UPA 24 horas e um hospital municipal com uma maternidade de baixo risco que atende, aproximadamente, 1.300 partos por ano.

Cristiane tem 25 anos de idade e está na sua primeira gravidez. Iniciou pré-natal na UBS com 13 semanas de gestação, ficando sob os cuidados de uma das equipes de saúde da família. Não apresentava história pessoal ou familiar de patologias dignas de nota. Na consulta inicial foram solicitados os exames laboratoriais de rotina e planejado o seu seguimento, com consultas mensais intercaladas entre a enfermeira e o médico de família da equipe. A gravidez de Cristiane transcorreu sem anormalidades. Com 32 semanas de gestação, durante uma consulta com a enfermeira, que não detectou anormalidades, sua PA (pressão arterial) era = 110/70 mmHg. Foi agendada a próxima consulta com o médico da equipe para um mês depois.



Foto: Benjamin Earwicker (2007).

## Cena 1

Num sábado, com 33 semanas de gestação, Cristiane acordou sentindo um pouco de mal-estar e leve dor de cabeça, além de perceber que estava mais inchada que o habitual. Não se preocupou muito e prosseguiu com suas atividades rotineiras. O seu marido, pedreiro, havia saído cedo e só retornaria após 12h. No decorrer da manhã, a dor de cabeça de Cristiane piorou um pouco mais e quando o seu marido chegou, avisou-lhe que precisaria de uma consulta.

A UBS só funcionava de segunda a sexta-feira, então eles precisariam se deslocar até a sede do município. Como o casal não possuía automóvel, teriam que se valer do transporte coletivo, da ajuda de parentes ou amigos, ou do transporte sanitário da UBS destinado para esse fim. O marido de Cristiane, então, foi procurar o motorista do transporte sanitário do distrito para levá-los até o atendimento.

Ao entrar em contato com o motorista, este lhe disse que estava autorizado a transportar, fora do horário habitual, apenas pacientes com quadros emergenciais, como acidentados com traumas etc. Após insistir com o motorista, o marido de Cristiane conseguiu que ele os levasse até a sede do município. O motorista, entretanto, lhes disse que só poderia transportá-los até a UPA, pois, fora dos horários habituais só poderia levar pacientes até essa unidade. A essa altura já eram quase 18h do sábado.

## Cena 2

Por volta das 18h30 saíram do distrito. A dor de cabeça de Cristiane estava piorando e, antes de sair de casa, ela havia tomado um comprimido de paracetamol. Ao chegar à UPA, às 19h20, a dor havia melhorado um pouco. Foi aberta uma ficha de atendimento e orientaram Cristiane a aguardar que a chamassem. A ordem seria por chegada. Havia já muitas pessoas aguardando para serem atendidas. Cristiane esperou cerca de 2 horas, sendo finalmente atendida pelo médico plantonista da UPA, um clínico geral recém-formado.

No momento da consulta, continuava com cefaleia de leve intensidade e com PA = 160/90 mmHg, sem outras anormalidades. Como o médico assistente não tinha experiência com gestantes, não a medicou, mas entrou em contato com a maternidade do hospital municipal para tentar transferi-la para lá. No primeiro contato, não conseguiu falar com o médico obstetra de plantão, que estava ocupado em um procedimento. Cristiane ficou numa sala de observação, sem medicação e, cerca de uma hora mais tarde, o médico da UPA conseguiu falar com o médico obstetra de plantão da maternidade. Este foi o diálogo entre os colegas:

– Me ajuda aí, colega. Estou aqui na UPA com uma gestante de 33 semanas com cefaleia leve, PA = 160/90 mmHg, sem outras intercorrências, e gostaria de saber se posso transferi-la para você.

– Ih, colega! Não posso aceitar essa paciente não. Ela vai precisar de UTI neonatal e eu não tenho UTI aqui. Você deve solicitar transferência para uma maternidade de alto risco com UTI neonatal. Infelizmente não vou poder te ajudar.

---

### Para refletir

Como você analisa a forma pela qual Cristiane foi acolhida na UPA?

Que instrumentos podem ser utilizados para melhorar o acolhimento e a classificação de risco em unidades de urgência e emergência, com base nas necessidades dos pacientes e não por ordem de chegada?

Como o médico plantonista não tinha experiência com gestantes, que instrumentos deveriam existir nesses locais para orientar o manejo de pacientes como a Cristiane? Que papel a maternidade municipal, ainda que de baixo risco, deveria ter na condução do caso? O que você acha da comunicação entre os dois colegas médicos em relação à situação de Cristiane?

---

## Cena 3

Como a maternidade de referência para alto risco obstétrico mais próxima se encontrava na capital, a cerca de 110 km do município, o médico da UPA deveria providenciar a transferência de Cristiane para lá. Nesse estado, especificamente, não existe uma central de regulação de leitos e, normalmente, as transferências entre os diversos pontos de atenção são realizadas mediante contato direto entre as equipes desses pontos. Como o médico da UPA estava muito atarefado para atender outros pacientes no plantão, solicitou a uma enfermeira que entrasse em contato com as maternidades de referência da capital, para transferir Cristiane. Antes disso, a enfermeira havia lhe informado que Cristiane estava com PA = 150/90 mmHg e a cefaleia havia melhorado.

A enfermeira então passou a contatar as maternidades de referência. Na capital são seis, todas equipadas com UTI neonatal e cinco com UTI adulto. Durante a comunicação com as maternidades, foi este o diálogo da enfermeira com as respectivas equipes:

– Alô. Aqui quem fala é a enfermeira da UPA de Francisco Leopoldo. Estou ligando a pedido do médico plantonista para transferir uma paciente. É uma gestante com 33 semanas, com aumento de PA, sem outras intercorrências. A PA dela agora é 150/90 mmHg.

(1ª maternidade) Outra enfermeira atende e responde: – O médico plantonista está ocupado e não pode atender agora. Você terá que ligar mais tarde. Mas já vou te adiantando. Aqui não tem vaga não.

(2ª maternidade) Médico obstetra atende e responde: – A maternidade está fechada porque a UTI neonatal está lotada e não posso aceitar essa transferência. Tente em outros lugares.

(3ª maternidade) Médico obstetra atende e responde: – Eu gostaria de conversar com o colega médico plantonista, me passe para ele, por favor.

Enfermeira: – No momento ele está muito ocupado e não pode falar.

Médico obstetra: – Então peça para ele me ligar assim que puder.

Enfermeira: – Então tá, vou passar a informação para ele.

Enquanto tentava se comunicar com as maternidades de referência, a enfermeira foi informada pela técnica de enfermagem de que Cristiane estava apresentando piora da cefaleia. A enfermeira então comunicou ao médico plantonista, que orientou a realização de um acesso venoso e administração de dipirona para manejo da dor. O médico não avaliou Cristiane nesse momento, pois estava muito atarefado com outros casos no plantão. A enfermeira ordenou à técnica para administrar o medicamento e continuou com o contato com as maternidades.

(4ª maternidade) Médico obstetra atende e responde: – Eu até tenho vaga aqui na maternidade, mas será necessário conversar com o pessoal da neonatologia, pois eu não sei se há vagas lá. Pede para o colega ligar, assim que puder, direto para a neonatologia, o telefone é 2111-1111.





Ilustração: Luiz Marcelo Rezende (2017).

### Para refletir

O que você acha da forma de comunicação entre as equipes dos diferentes pontos de atenção, a partir das respostas das maternidades contatadas? Que mecanismos poderiam ser introduzidos para melhorar a comunicação? Como uma diretriz clínica voltada à atenção perinatal poderia facilitar a condução mais adequada do caso e a melhoria da comunicação entre os pontos de atenção?

## Cena 4

Enquanto estava tentando se comunicar com o restante das maternidades, a enfermeira foi chamada com urgência na sala de observação, pelo técnico de enfermagem, pois, logo após terminar a administração da dipirona, Cristiane começou a apresentar convulsões generalizadas. Isso era por volta de 23h do mesmo dia.

A enfermeira imediatamente requisitou a presença do médico plantonista, que atendeu ao chamado e ordenou a administração de 10 mg de Diazepam por via endovenosa. A PA nesse momento era 170/120 mmHg. Enquanto a medicação estava sendo preparada, a convulsão cessou, e logo depois Cristiane foi medicada. Após a medicação, ela recobrou a consciência, mas com muita sonolência. Logo em seguida foi medicada com 500 mg de metildopa.

Após a avaliação de Cristiane, o próprio médico voltou a entrar em contato com as maternidades, mas apenas com aquelas que possuíam UTI adulto. Durante cerca de 2 horas, entre uma atividade do plantão e outra, o médico plantonista da UPA conseguiu contato com todas as cinco maternidades, mas não obteve nenhuma autorização para a transferência. Os motivos alegados foram falta de vagas em UTI adulto e/ou UTI neonatal. Nesse período, Cristiane apresentou outra convulsão e foi novamente medicada com Diazepam. Após essa segunda medicação, ela recobrou a consciência, mas apresentou-se mais sonolenta que antes. Por fim, após as tentativas frustradas de transferência para as maternidades que possuíam UTI adulto, o médico entrou em contato com a 6ª maternidade.

Embora tenha UTI neonatal, essa maternidade não possui UTI adulto, mas dispõe de uma unidade de cuidados intermediários que pode, excepcionalmente, assistir alguns pacientes graves até a sua transferência definitiva para a UTI. Nessa maternidade, todas as transferências são solicitadas diretamente ao chefe de equipe de plantão, a partir de uma política de “vaga sempre”, de acordo com a sua capacidade resolutive. Mesmo ciente da necessidade de UTI adulto para Cristiane, o chefe de equipe aceitou a transferência. Passou os detalhes clínicos para a equipe que assumiria o caso, orientou o médico da UPA quanto à conduta a ser estabelecida de imediato, e iniciou os trâmites para uma vaga de UTI adulto em um hospital geral. A paciente foi recebida na maternidade de referência às 4h da manhã, após ter sido transportada por um médico e uma enfermeira.

---

### Para refletir

Segundo as informações apresentadas, o manejo da eclampsia não foi realizado de forma correta. O que você acha que pode ser feito, mesmo para unidades de urgência e emergência sem maternidade, para tornar a assistência a mulheres com eclampsia mais segura?

O que você acha do procedimento utilizado pela maternidade que aceitou a transferência? Que elementos devem ser considerados na organização da rede de assistência perinatal, de forma a superar os três atrasos (o acesso, o diagnóstico e a intervenção)?

---