

Atendimento inicial do paciente grave: fundamentos da abordagem sistematizada na medicina de emergência

Beatriz Fernanda da Silva¹, Rodrigo Brandão.

Texto baseado na aula do professor Rodrigo Brandão na plataforma SUMMA.

O atendimento inicial do paciente grave constitui um dos pilares da medicina de emergência, uma vez que as primeiras decisões tomadas nas fases iniciais do cuidado influenciam diretamente a morbimortalidade. Nesse cenário, o objetivo primário do médico é reconhecer rapidamente condições ameaçadoras à vida e instituir medidas de estabilização, criando condições para que a investigação diagnóstica ocorra de forma segura e racional.

A condução adequada desse paciente exige raciocínio clínico estruturado, capacidade de priorização, comunicação eficiente e reavaliação contínua. Diferentemente de contextos ambulatoriais ou de enfermaria, o atendimento ao paciente grave é marcado por instabilidade fisiológica e dinamismo clínico, de modo que a condição observada em determinado momento pode modificar-se em poucos minutos. Assim, a abordagem inicial deve ser simultaneamente diagnóstica e terapêutica, orientada por prioridades fisiológicas e sustentada por método.

¹Residente de Medicina de Emergência da Santa Casa de Barretos

Reconhecimento do paciente grave e papel da triagem

O primeiro passo para o atendimento eficaz consiste no reconhecimento precoce do paciente com risco iminente de deterioração. De modo geral, devem ser considerados prioritários os pacientes com alteração do nível de consciência, insuficiência respiratória, instabilidade hemodinâmica ou necessidade de monitorização contínua e intervenção imediata. Nesses casos, a gravidade clínica se impõe, sendo mais importante identificar se o paciente corre risco imediato do que determinar, naquele primeiro momento, qual diagnóstico explica integralmente o quadro.

Nesse contexto, a triagem e a classificação de risco cumprem papel organizador essencial para estratificar o risco e definir qual paciente deve ser atendido antes, conforme o potencial de agravamento clínico. Sistemas de classificação em cinco níveis mostraram melhor desempenho do que modelos mais simples, pois permitem discriminação mais refinada da urgência assistencial. Ainda assim, a triagem não substitui avaliação médica nem é procedimento estático: pacientes que aguardam atendimento devem ser reavaliados sempre que houver mudança clínica ou prolongamento do tempo de espera.

A classificação de risco deve:

- otimizar o tempo de espera conforme a gravidade;
- reconhecer pacientes com maior chance de deterioração;
- garantir que o tempo até a avaliação médica seja clinicamente seguro;
- reduzir atraso no atendimento de síndromes potencialmente letais.

O mindset necessário na emergência

No atendimento inicial do paciente grave, algumas posturas mentais são essenciais:

- **Pensar no pior cenário plausível:** O médico não deve ser alarmista, mas precisa manter atenção permanente para diagnósticos e desfechos ameaçadores à vida.
- **Pedir ajuda precocemente:** Ninguém conduz adequadamente um paciente grave de forma isolada. A abordagem efetiva é, por natureza, multiprofissional.
- **Tomar decisões rápidas e ordenadas:** A lentidão no raciocínio ou a perda de prioridade custam tempo fisiológico do paciente.
- **Sistematizar condutas:** Em vez de agir de forma fragmentada, é preciso seguir um roteiro lógico e repetível.
- **Reavaliar continuamente:** O paciente da sala de estabilização deve ser revisto o tempo todo. A conduta que parecia correta há cinco minutos pode já não ser suficiente agora.
- **Comunicar-se com clareza:** Comunicação assertiva, preferencialmente em alça fechada, reduz erro e melhora integração da equipe.

Fundamentos da abordagem XABCDE

A estrutura mais consolidada para a abordagem inicial do paciente grave é o modelo XABCDE, correspondente à avaliação sequencial da via aérea, respiração, circulação, estado neurológico e exposição. A relevância desse método reside na sua capacidade de organizar o raciocínio diante do caos

potencial da emergência, impedindo a negligência de ameaças imediatas à vida. O XABCDE representa uma lógica assistencial: ao identificar um problema com potencial letal, o médico deve corrigi-lo prontamente antes de prosseguir para a etapa seguinte.

Na prática, essa abordagem não ocorre de forma estritamente linear. Em ambientes de emergência, múltiplas intervenções são frequentemente realizadas em paralelo, com monitorização, oxigenoterapia, obtenção de acesso venoso, coleta de exames e aplicação de medidas de suporte ocorrendo simultaneamente. Ainda assim, o método preserva seu valor por fornecer um eixo central de priorização. O paciente grave deve ser continuamente reavaliado, e a resposta às intervenções precisa ser incorporada ao raciocínio em tempo real.

A avaliação inicial do paciente grave deve ser estruturada pelo modelo **XABCDE**:

- X- Exsanguinating (hemorragia exsanguinante)
- A – Airway (via aérea)
- B – Breathing (respiração)
- C – Circulation (circulação)
- D – Disability (avaliação neurológica)
- **E – Exposure (exposição)**

O valor do ABCDE é baseada em três princípios:

- 1. organiza o atendimento por prioridades fisiológicas;**
- 2. ajuda a reconhecer ameaças imediatas à vida;**
- 3. permite tratar problemas críticos antes que o diagnóstico final esteja claro.**

(X): Hemorragia exsanguinante: estancando o sangramento

A letra **X** do XABCDE representa o controle imediato da **hemorragia exsanguinante**, prioridade máxima no trauma grave por seu potencial de causar choque hemorrágico e morte em poucos minutos. Nessa etapa, deve-se identificar rapidamente sangramentos externos maciços, especialmente em extremidades, amputações traumáticas e ferimentos penetrantes com perda volumosa.

O controle da hemorragia deve ser imediato e pragmático, utilizando medidas como **compressão direta**, curativos compressivos, agentes hemostáticos quando disponíveis e, nos sangramentos graves de extremidades, aplicação precoce de **torniquete** proximal à lesão. A prioridade nesse momento é interromper a perda sanguínea ameaçadora à vida e ganhar tempo para a continuidade do atendimento inicial. Após o controle inicial, o paciente deve seguir rapidamente para a sequência do XABCDE, com reavaliação frequente do sangramento, reconhecimento de sinais de choque, obtenção de acesso vascular adequado, reposição hemostática quando indicada e encaminhamento para tratamento definitivo, cirúrgico ou intervencionista, conforme o mecanismo e a gravidade da lesão.

(A e B): Via aérea e respiração: reconhecimento precoce da insuficiência respiratória

A via aérea representa a primeira prioridade fisiológica. Sua avaliação inicial inclui observação da fala, inspeção da cavidade oral, busca por ruídos respiratórios anormais, identificação de sangue, vômito, corpo estranho ou sinais de trauma, além da percepção de situações associadas a risco de obstrução, como rebaixamento do nível de consciência e edema de vias aéreas superiores. A incapacidade de manter via aérea patente exige intervenção

imediate, seja por meio de manobras simples de abertura, aspiração, retirada de obstruções ou preparo para manejo avançado da via aérea.

Uma vez abordada a via aérea, a avaliação da respiração deve investigar se o paciente é capaz de ventilar e oxigenar adequadamente. Para isso, observam-se frequência respiratória, padrão ventilatório, simetria da expansão torácica, uso de musculatura acessória, ausculta pulmonar, percussão e oximetria de pulso. A insuficiência respiratória pode manifestar-se predominantemente por hipoxemia, por falência ventilatória com retenção de dióxido de carbono, ou por ambas. Nesse cenário, a oxigenoterapia deve ser instituída com metas definidas, evitando-se tanto a hipoxemia quanto o uso indiscriminado de oxigênio em populações específicas, como pacientes com risco de retenção de CO₂. De modo geral, saturações entre 92% e 95% são aceitáveis para a maioria dos pacientes, enquanto indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica e tendência à hipercapnia podem demandar alvos entre 88% e 92%.

O ultrassom à beira do leito também tem papel relevante na avaliação respiratória, especialmente na diferenciação entre congestão pulmonar, consolidação, derrame pleural e pneumotórax. No entanto, seu valor depende de interpretação integrada ao quadro clínico, não devendo ser utilizado de forma dissociada da hipótese diagnóstica e da clínica e exame físico.

(C): Circulação e perfusão: além da pressão arterial

A avaliação circulatória do paciente grave deve ser acompanhada da avaliação de choque e hipoperfusão, uma vez que podem estar presentes antes da hipotensão manifesta, razão pela qual o médico deve incorporar múltiplas janelas de avaliação da perfusão tecidual. Entre elas, destacam-se a qualidade do pulso, o estado da pele, o tempo de enchimento capilar, a diurese, o nível de

consciência, a presença de livedo, os sinais de congestão e os marcadores laboratoriais de hipoperfusão, como lactato elevado e acidose metabólica.

Essa ampliação conceitual é fundamental porque pacientes com pressão arterial aparentemente preservada podem já se encontrar em estado de choque compensado. Dessa forma, a definição contemporânea de instabilidade circulatória exige uma abordagem mais abrangente, em que os sinais clínicos e laboratoriais sejam interpretados em conjunto. O lactato, nesse contexto, tem valor como parâmetro prognóstico e evolutivo, já que sua depuração ao longo do atendimento se associa a melhores desfechos. Ainda assim, sinais clínicos simples, como o tempo de enchimento capilar, mantêm utilidade prática e podem orientar a ressuscitação à beira do leito.

A avaliação hemodinâmica pode ser complementada pelo POCUS, sobretudo na análise da contratilidade cardíaca, do estado volêmico, da veia cava inferior e de causas obstrutivas de choque. Mais uma vez, o método deve ser compreendido como extensão do exame clínico, e não como substituto do raciocínio médico.

(D): Avaliação neurológica e investigação do rebaixamento do nível de consciência

A avaliação neurológica inicial deve ser pragmática e orientada para identificação de causas potencialmente reversíveis. Ela inclui determinação do nível de consciência, aplicação da escala de coma de Glasgow, análise do padrão pupilar, observação de movimentos espontâneos ou respostas motoras, pesquisa de sinais focais e verificação imediata da glicemia capilar. Este último exame ocupa posição de destaque, por ser rápido, acessível e capaz de identificar uma causa reversível de deterioração neurológica em poucos segundos.

Embora lesões estruturais do sistema nervoso central tenham relevância clínica evidente, grande parte dos casos de rebaixamento do nível de consciência decorre de causas metabólicas, infecciosas, tóxicas ou sistêmicas. Diagnósticos como hipoglicemia, distúrbios eletrolíticos, insuficiência renal, hepatopatia, intoxicações, sepse, estado pós-ictal e encefalopatias diversas devem integrar o raciocínio inicial. Os exames complementares subsequentes, incluindo eletrólitos, função renal, função hepática, hemograma, coagulograma, exames toxicológicos e neuroimagem, devem ser solicitados de acordo com a hipótese clínica e com os achados do exame inicial.

(E): Exposição

A exposição completa do paciente permanece como etapa indispensável da abordagem inicial, pois lesões traumáticas, sangramentos ocultos, sinais infecciosos, estigmas cutâneos e outras pistas diagnósticas podem passar despercebidos sem exame global adequado. Entretanto, essa etapa deve ser realizada com preservação da dignidade do paciente e com atenção à prevenção de hipotermia, especialmente em contextos de trauma e ressuscitação prolongada.

Integração da equipe e reavaliação contínua: a chave para um bom atendimento

Do ponto de vista operacional, o atendimento ao paciente grave depende intensamente de trabalho em equipe, liderança clínica e comunicação clara. A atuação do médico da emergência deve incluir a coordenação de tarefas, priorização de ações e integração entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado. Esse processo exige comunicação objetiva, idealmente em alça fechada, reduzindo ruídos assistenciais e aumentando a segurança do atendimento.

A reavaliação contínua é igualmente central. O paciente crítico deve ser revisto a cada intervenção e a cada mudança clínica, uma vez que a estabilidade observada em um momento pode ser transitória. Em medicina de emergência, a ausência de reavaliação transforma condutas inicialmente corretas em condutas potencialmente insuficientes.

Considerações finais

O atendimento inicial do paciente grave deve ser compreendido como um processo estruturado de reconhecimento, priorização e intervenção. Seu sucesso depende menos de sofisticação diagnóstica precoce e mais da capacidade de identificar rapidamente aquilo que ameaça a vida, instituir medidas de suporte em tempo oportuno e manter vigilância clínica contínua enquanto o raciocínio etiológico se aprofunda. Nesse contexto, o modelo XABCDE permanece como a principal ferramenta organizadora da avaliação inicial, justamente por permitir que a medicina de emergência atue com método mesmo em cenários de alta pressão e incerteza.

Em síntese, o manejo inicial do paciente grave exige abordagem sistematizada, raciocínio fisiológico, integração multiprofissional e disposição permanente para reavaliar. Trata-se de um campo em que a precisão técnica e a clareza de prioridades frequentemente definem a diferença entre deterioração progressiva e estabilização bem-sucedida.