

APLS

- Advanced Piti Life Support -

Leandro A. Diehl, MD

Com a atual onda de cursos de suporte avançado de vida (ACLS, ATLS, PALS, ALSO, FCCS, PHTLS, GLS, etc, etc...), nós, residentes do HURNP, decidimos criar nosso próprio curso, para padronizar o atendimento de uma situação extremamente comum no dia-a-dia do pronto-socorro, e que apesar de sua grande frequência ainda gera muitas controvérsias e discussões sobre o seu adequado manejo: o piti, também denominado de "histeria conversiva" pelo célebre Dr. Reynaldo Miguita Jr. e de "transtorno dissociativo" pela Dra. Sandra Vargas; além de ser conhecido pelos funcionários do setor de convênio por "F44.9". Interessantemente, a nomenclatura do piti (pronuncia-se PI-TÍ, com sílaba tônica no TI) não é uniforme no território nacional. Na Gaucholândia, no extremo Sul do Brasil, por exemplo, esse distúrbio é conhecido como "agazão". Não temos muita certeza de que esta padronização produza algum benefício aos pacientes ou aos profissionais de saúde, e nem estamos muito preocupados com isso. Nosso objetivo maior, ao lançar este APLS, é o de ganhar seiscentos reais na inscrição de cada participante, para um curso medíocre e de muito baixo custo - afinal, também somos filhos de Deus!

Introdução

O piti, particularmente o que ocorre de maneira súbita na calada da noite, é a mais dramática situação na madrugada de um plantão no PSM, constituindo motivo de resmungos para os profissionais de saúde, alegria para os funcionários da triagem (pela oportunidade de sacanear o interno), escândalo para os familiares e emoções ímpares para o paciente.

As diretrizes que apresentamos nesta apostila têm como objetivo apresentar a essência do suporte avançado de vida no atendimento ao piti. Não pense que o texto fornece tudo que uma pessoa deve saber sobre APLS ou mesmo tudo que é necessário para completar com sucesso o atendimento prático ao pitizento. Esta apostila apresenta meramente um modo simplificado e organizado de pensar e agir frente a um piti. No entanto, a perfeição no atendimento só poderá ser adquirida após noites e mais noites atendendo inúmeros e interessantes casos de descompensação emocional aguda.

As informações aqui presentes foram fruto de um consenso entre diversos R1 de Clínica Médica e internos do sexto ano, realizado em uma tarde de absoluto ócio durante a greve dos funcionários do HU, ocasião em que foi fundada a **HPA (HU Piti Association)** para coordenar e lucrar com os cursos de APLS. Como esta é a primeira edição do curso, é óbvio que esta apostila não está ainda completa ou perfeita, mas acreditamos que, com as sugestões e correções que inevitavelmente receberemos dos demais profissionais envolvidos no atendimento ao piti, conseguiremos produzir uma padronização cada vez melhor nas próximas edições.

Etiologia

O piti é causado por um severo distúrbio da bioquímica "celebral", e a sequência de reações químicas associadas ao fenômeno fisiopatológico do piti foi recentemente descoberta por um ilustre clínico de pequenos animais (pediatra) do nosso serviço, o célebre Dr. Marco Antônio Pimpolho Montanha. Informações detalhadas sobre a cascata de reações do piti podem ser encontradas no artigo sobre a [Bioquímica do Piti](#).

Avaliação Diagnóstica

Geralmente, o pitizento é trazido ao box do PS ou à sala de urgência em estado supostamente comatoso. Dificilmente o paciente responderá às suas perguntas, e mais difícil ainda é obter uma história coerente ou organizada dos membros da família (os quais se ocupam, em geral, de fazer perguntas em voz alta, chorar ou ameaçar chamar a imprensa marrom). Assim sendo, na impossibilidade de realização de uma anamnese decente, o atendente deve atentar para alguns sinais que são de extremo valor diagnóstico na avaliação inicial de um paciente com suspeita de piti. Os principais sinais que encontramos na prática clínica estão relacionados abaixo.

Sinais Presentes ao Exame Físico

- 1 - Sinal do Pente - ao levantar o braço do paciente sobre seu rosto e deixá-lo cair, o paciente desvia a mão da trajetória da face para evitar o choque, "penteando" assim os cabelos.
- 2 - Sinal da Borboleta - contrações mioclônicas de alta frequência das pálpebras superiores, com os olhos fechados.
- 3 - Sinal do Elástico - as pálpebras se encontram cerradas, em contração tônica, com extrema resistência à abertura ocular passiva, e se fecham rapidamente logo após a sua abertura.
- 4 - Sinal do Zumbi - se o atendente conseguir abrir os olhos do paciente, este estará apresentando um desvio conjugado do olhar para cima, ocultando assim a íris sob a pálpebra superior. O atendente só poderá ver, assim, o branco dos olhos (como se fossem os olhos de um zumbi).
- 5 - Dor à palpação dos Tiger Points (vide **Figura 1**).
- 6 - Respiração de Tiger-Boar - ritmo respiratório rápido e irregular, com incursões inspiratórias profundas, com ausculta pulmonar rigorosamente normal e oximetria de pulso ³ 98%.
- 7 - Distúrbios da fala - rugido tiger-like, gemência, sons incompreensíveis ou afasia completa.
- 8 - Sinal das Lágrimas de Crocodilo - à estimulação dolorosa, o paciente se esforça para não emitir qualquer resposta motora ou verbal, mas apresenta lacrimejamento abundante, acompanhado ou não de espasmo facial.
- 9 - Sinal do Espião, ou do Buraco da Fechadura - o paciente abre o olho para averiguar o ambiente quando imagina que está sozinho na sala. Caso perceba que foi flagrado, fecha os olhos novamente e tenta dissimular.
- 10 - Globus histérico - nos pacientes comunicativos, a queixa de uma "bola na garganta que sobe e desce" é praticamente patognomônica de piti. Nenhuma patologia orgânica produz um sintoma tão esdrúxulo.
- 11 - Uso crônico de algumas medicações - por exemplo: cimetidina, digogina, capotril, dipironha, Antax, Berotex, crofenaque, Tegretal, Hidental ou Gardenol, geralmente de forma irregular.

12 - Acompanhamento ambulatorial em ³ 5 clínicas, incluindo obrigatoriamente: Neurologia, Ortopedia e Cirurgia Vascular.

13 - Desejo intenso de ser submetido a exames diagnósticos complementares - em geral, "rauxis" de tórax, "elétrico" do coração ou da cabeça.

14 – Tentativa de suicídio tomando uma caixa inteira de contraceptivos orais e/ou suplementos vitamínicos.

15 - Melhora espontânea ou com o uso de placebo.

16 - Intenção oculta ou manifesta de ser "encostado".

Além desses sinais clássicos, é claro, a maioria dos pacientes tem cara, cor, cheiro e jeito de piti, tornando o diagnóstico preciso muito fácil de ser realizado.

Também pode-se avaliar o nível de consciência do paciente, usando para isso a **Escala de Coma de Maroneze-Oliveira-Cascales-Bobroff (Quadro 1)**, específica para pitizentos e javalis.

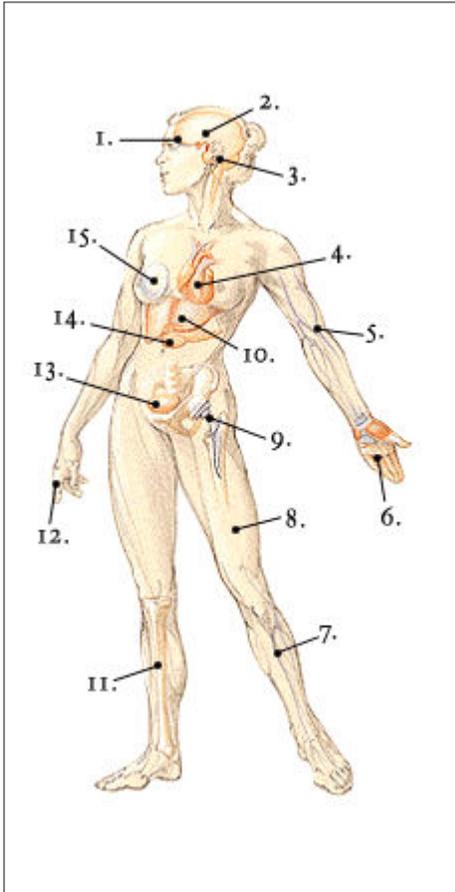


Figura 1 – Localização anatômica dos principais Tiger Points.

1 – “As vista”. Pode-se testar a sensibilidade neste ponto com uma kocher.

2 – A cabeça inteira.

3 – O “zuvido”.

4 – Bem em cima do coração. Este ponto pode ser testado aplicando-se uma pressão de 30 kg com as interfalanganias proximais.

5 – O braço inteiro.

6 – A mão inteira.

7 – A perna.

8 – A perna inteira.

9 – As “virilha”. Também pode ser referido como “as cadera”.

10 – O “istamo”.

11 – “Da canela pra baixo”.

12 – “Na pontinha dos dedo”.

13 – A “bixiga”.

14 – A barriga, difusamente.

15 – “Nos peito”.

Obs.: É muito comum a associação de diversos Tiger Points positivos simultaneamente. Neste caso, o paciente pode referir que “dói tudo”.

Escala de Coma de MOCB

A) Abertura Ocular	
4	Espontânea
3	Sinal da Borboleta
2	Sinal do Elástico
1	Sinal do Espião
B) Melhor Resposta Verbal	
5	Desorientado / Confuso / Agressivo
4	Palavras Obscenas
3	Rugido Tiger-Like
2	Pede Para Ir Embora
1	Pede Atestado
C) Melhor Resposta Motora	
6	Desfere Chutes e Socos
5	Tenta Levantar do Leito, Não Deixa Examinar
4	Convulsiona
3	Morde
2	Sinal do Duplo-Cruzado *
1	Finge de Morto

Quadro 1 – Escala de Coma de Maroneze-Oliveira-Cascales-Bobroff (MOCB).

Atribuem-se pontos a cada um dos quesitos avaliados conforme a tabela acima; a soma dos pontos determinará a gravidade do quadro. Pontuações abaixo de 12 indicam quadros graves, que necessitam de restrição no leito imediata.

** Sinal do Duplo-Cruzado: Quando se pede para o paciente deitar na maca para o exame, ele deita com as pernas e os braços cruzados, como se estivesse deitando na praia para tomar sol. Típico de pessoas muito desequilibradas e sem noção.*

ABCD da Avaliação Primária

- A – Abrir os olhos do paciente
- B – Beliscar os mamilos, efetuando uma torção de pelo menos 360 graus
- C – Cutucar o pé com uma agulha rosa (intensidades crescentes: 200, 300 e 360 joules)
- D – Dominar os familiares e retirá-los da sala

ABCD do Atendimento Primário ao Paciente Pitizado (Medicações Classe I)

- A - Água destilada EV

B - B-complex (complexo B) EV

C - Crofenaque (Voltaren IM)

D - Diazepam EV ou IM

ABCD da Avaliação Secundária

A - Atestado

B - Basic Unit of Health (encaminhamento à UBS)

C - "Chapa dos purmão"

D - DNC

E - Empurrar o paciente para outro (preferencialmente algum colega muito estimado)

Medidas Secundárias no Atendimento (Classe IIa)

a) Marmitex

b) Elétrico do coração

c) Conviver Project

d) Declaração para o(s) acompanhante(s)

e) Receita de dipironha

Metas do Atendimento Inicial

a) Tempo porta-beliscão (para avaliação da responsividade): 15 segundos

b) Tempo porta-restrição no leito: 30 segundos

c) Tempo porta-soro amarelo: 5 minutos

d) Tempo porta-diazepam: 35 minutos

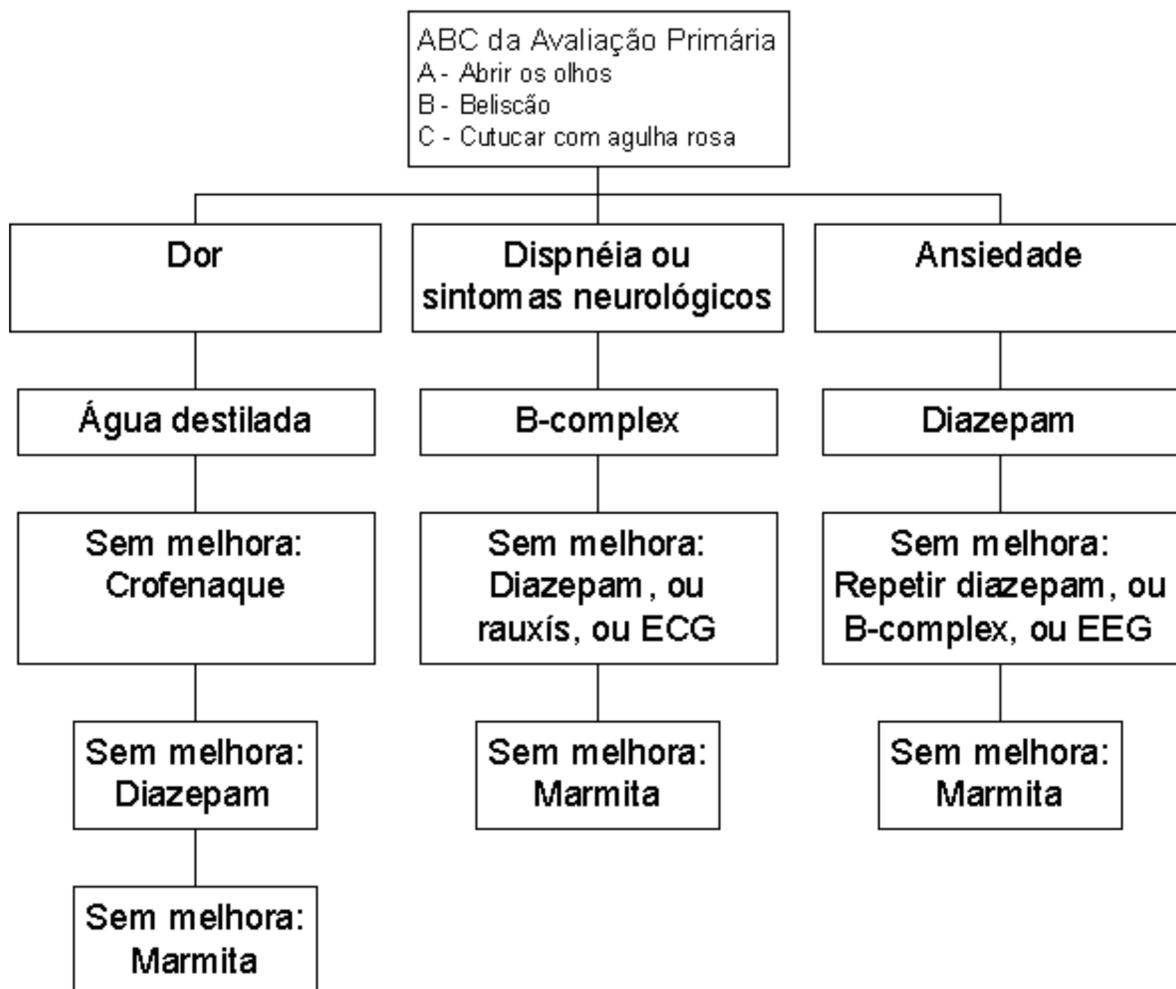
e) Tempo porta-"rauxis": 60 minutos

f) Tempo porta-marmitex: 90 minutos

g) Tempo porta-cartinha para a UBS: 120 minutos

- h) Tempo porta-atestado: 180 minutos
- i) Tempo porta-retorno sem melhora: 48 horas
- j) Tempo porta-atendimento na UBS: 6 meses

Algoritmo do Atendimento ao Piti



Observações:

- 1) Assim que o paciente obtiver melhora clínica após qualquer das medidas acima, deverá ser submetido à **avaliação secundária**, conforme os ABCs descritos no texto acima.
- 2) Após a avaliação secundária, o paciente poderá receber alta prontamente, desde que seja submetido às **medidas secundárias**, descritas no texto acima.

A Cadeia de Sobrevida do Piti

O sucesso na recuperação do piti depende de uma série de intervenções críticas. Se uma dessas ações imprescindíveis é negligenciada ou atrasada, a recuperação do piti pode demorar séculos, mas sempre acontece (de fato, até mesmo os pacientes que entram no PS gritando que vão morrer se cansam de fazer cena após algumas horas e costumam pedir para ir para casa logo após ganhar um marmitex). A HU Piti Association usa o termo "cadeia de sobrevida" para descrever essa seqüência de ações. A cadeia tem 4 elos interdependentes:

- a) acesso rápido;
- b) avaliação básica;
- c) placebo;
- d) encaminhamento para UBS.

Primeiro Elo: Acesso rápido

O acesso rápido não costuma ser nenhum problema nos casos de piti. Geralmente, os casos de piti se manifestam logo após alguma discussão ou briga em família, ocasião na qual todos os familiares presentes já se encontram naturalmente excitados e dispostos a atos dramáticos. Dessa forma, basta o paciente começar a manifestar os primeiros sinais de desmaio ou "convulsão" para já ser enfiado no carro (comumente uma Brasília ou Chevette) e ser trazido rapidamente ao PS.

Além disso, basta o paciente aparecer na porta se chacoalhando e retorcendo de maneira grotesca para que os funcionários da triagem e da portaria já se regozijem em colocar o paciente em alguma maca e entrar com ele PS adentro, produzindo grande estrondo, felizes por estarem acordando o interno de plantão. É digno de nota mencionar que muitas vezes o interno nem chega a ser chamado pela enfermagem, uma vez que ele já pode ser despertado pelos gritos dos acompanhantes.

Segundo Elo: Avaliação Básica

Uma vez que o atendente (interno ou R1 do PSM) se encontre cara a cara com o paciente pitizento, a avaliação inicial, composta pela detecção dos sinais descritos em "Avaliação Diagnóstica" costuma demorar poucos segundos, dependendo da experiência que o profissional de saúde já possua. Não esquecer o beliscão.

A avaliação básica é bastante facilitada pela retirada dos membros da família da sala de exame.

Terceiro Elo: O Placebo

Uma vez feito o diagnóstico de piti, o paciente deve ser prontamente tratado com medicações de uso parenteral, de preferência aquelas sem qualquer efeito farmacológico imediato.

Se a queixa principal do paciente for dor, a água destilada EV tem indicação Classe I. Se a sintomatologia dominante for constituída de sintomas vagos, como dispnéia, palpitações ou uma bola no

pescoço que sobe e desce, o uso de complexo B diluído em um soro glicosado (o famoso "soro amarelo") constitui a medicação de escolha (Classe I). Caso o quadro seja predominantemente composto de manifestações de ansiedade, pode-se obter melhora com qualquer das medicações citadas, mas na maioria dos casos, principalmente nos refratários, obtém-se uma melhora fantástica com diazepam IM ou EV (Classe I). O diclofenaco (clofenaque) pode ser usado nos casos de dor vaga não-responsiva às medidas iniciais, mas apenas via IM (Classe I nos casos refratários).

É importante ressaltar que qualquer medicação das citadas acima terá um efeito muito mais satisfatório se sua administração for acompanhada de um teatrinho por parte do atendente, dizendo que a medicação é tóxica, ou que é um lançamento importado, etc.

Quarto Elo: Encaminhamento para UBS

Esta é a parte final do atendimento. Geralmente, após o terceiro elo, o paciente já está muito melhor e pedindo para ir para casa. Assim sendo, deverá ser dispensado com a orientação formal de que procure a UBS todas as vezes em que os sintomas recorrerem, e nunca o PS. A maioria dos pacientes se contenta com uma cartinha de encaminhamento ao clínico geral da UBS para acompanhamento, mas alguns podem ser mais difíceis de manejar e exigir exames mais complexos, como "rauxis" de tórax ou "elétrico", seja do coração ou da cabeça. Se o paciente insistir em realizar tais exames, não hesite. É muito mais fácil e gratificante pedir logo o exame para agilizar a alta do paciente que tentar argumentar com ele que o "rauxis" não é necessário.

Conclusão

O tratamento do piti continua a evoluir. O manejo adequado de cada paciente pitizento requer que todo o sistema de atendimento funcione de maneira rápida e consistente. O desafio da próxima década, para todos os profissionais de saúde que se deparam com esse desafio diagnóstico e terapêutico no seu cotidiano, e principalmente para nós, peritos da HPA - HU Piti Association, é estabelecer essa infra-estrutura e otimizar os algoritmos padronizados de conduta, para melhor definir os fatores-chave que aumentarão o tempo disponível para o sono dos atendentes durante o plantão noturno.

Agradecimentos

Aos funcionários do HU, que entraram em greve e aumentaram consideravelmente o tempo ocioso dos internos e residentes, possibilitando que eles se reunissem para compilação desta brilhante revisão.

E principalmente, nosso muito obrigado, mas muito obrigado mesmo, a todos os trouxas que vão morrer em quinhentos reais para fazer este curso completamente inútil. É a boa disposição (e burrice) de vocês que possibilitará minha próxima viagem turística ao Nordeste e, quem sabe, à nova Zelândia.



Conselho Administrativo da HPA - HU Piti Association:

Leandro A. Diehl, MD

Flávio H. Bobroff da Rocha, MD

Coordenadores

[Voltar](#)