

MEDICAMENTE®

CONDUTA SEGURA NO PLANTÃO



M

CONDUTA SEGURA NO PLANTÃO



CONDUTA SEGURA

SUMÁRIO

Apresentação	4
PARTE 1 — O ERRO INVISÍVEL DO PLANTÃO	5
PARTE 2 — TRIAGEM CLÍNICA REAL	10
PARTE 3 — MATRIZ DE DECISÃO POR SÍNDROME	15
PARTE 4 — RED FLAGS QUE NÃO GRITAM	22
PARTE 5 — DECISÃO SOB PRESSÃO	27
PARTE 6 — CONDUTAS QUE DÃO PROCESSO	31
PARTE 7 — OBSERVAÇÃO VS INTERNAÇÃO	35
PARTE 8 — DOCUMENTAÇÃO DA CONDUTA	39
PARTE 9 — CASOS CLÍNICOS DECISIVOS	43
Encerramento	49



APRESENTAÇÃO

O PLANTÃO TESTA MAIS A CONDUTA DO QUE O CONHECIMENTO

Na prática, a maior parte dos erros médicos não acontece por desconhecimento técnico, mas por decisões tomadas sob pressão, com informações incompletas, tempo curto e alto risco envolvido.

É exatamente nesse ponto que este módulo atua.

O **Conduta Segura no Plantão** foi criado para estruturar o raciocínio e a tomada de decisão nos momentos mais críticos do atendimento, quando ainda não há diagnóstico fechado, mas já existe a obrigação de agir com segurança.

Aqui, você não encontrará protocolos extensos ou textos teóricos.

Você encontrará critérios claros de conduta, aplicáveis ao mundo real do pronto atendimento.

ONDE O ERRO REALMENTE COMEÇA

PARTE 1

**DECIDIR MAL NOS PRIMEIROS MINUTOS CUSTA MAIS DO QUE
PRESCREVER ERRADO DEPOIS.**

O ERRO INVISÍVEL DO PLANTÃO

A maioria dos eventos graves não começa:

- na dose
- na medicação
- na alta

Começa antes, na avaliação inicial.

Erro de conduta inicial gera efeito cascata:

- exame errado
- prescrição desnecessária
- alta precoce
- retorno grave

Se a decisão inicial está errada, todo o resto também estará.

O MITO DO "CASO SIMPLES"

Não existem casos simples no PA.

Existem casos subestimados.

Frases clássicas que precedem erro:

"É jovem"

"É ansiedade"

"Já melhorou"

"Exame normal"

Quando o caso parece simples demais, pare.

É aí que o erro entra.

ONDE O ERRO REALMENTE COMEÇA

PARTE 1

CONDUTA NÃO É DIAGNÓSTICO

Diagnóstico pode:

- ser provisório
- mudar com o tempo

Conduta precisa:

- proteger o paciente agora
- considerar o pior cenário plausível

Você não precisa fechar diagnóstico para tomar boa conduta.
Mas precisa tomar boa conduta mesmo sem diagnóstico fechado.

A PERGUNTA QUE ORGANIZA TUDO

Antes de qualquer decisão no plantão, responda:

“O que pode matar este paciente nas próximas horas?”

Se você não sabe responder:

- não investigou o suficiente
- não pode liberar
- não pode minimizar

Essa pergunta organiza o raciocínio inteiro.

O MÉTODO MEDICAMENTE DE CONDUTA INICIAL

Este módulo usa um método simples, repetível e defensável:

◆ MÉTODO P.A.R.E.

P — Priorize o risco

- Qual o pior desfecho possível?
- Ele já foi excluído?

ONDE O ERRO REALMENTE COMEÇA

PARTE 1

A — Avalie além da queixa

- Perfil do paciente
- Contexto
- Retorno precoce
- Comorbidades

R — Red flags silenciosas

- Idoso
- Dor desproporcional
- Melhora enganosa
- Exame “normal” isolado

E — Estabilize a decisão

- Observar?
- Investigar?
- Internar?
- Liberar com segurança?

Sem passar por P.A.R.E., não existe decisão segura.

ONDE O ERRO REALMENTE COMEÇA

PARTE 1

MÉTODO P.A.R.E. (VISÃO RÁPIDA)

Etapa	Pergunta-chave	Erro comum
P	O que pode matar?	Pensar só no diagnóstico
A	Quem é o paciente?	Ignorar perfil
R	Há red flag silenciosa?	Confiar em exame isolado
E	A decisão é defensável?	Pressa / fila

Essa tabela deve ficar aberta no início de todo atendimento.

PRESSA É FATOR DE RISCO

Fila cheia, plantão lotado, cobrança externa.
Nada disso muda o risco biológico do paciente.
A pressa do ambiente não reduz o risco clínico.
Só reduz o tempo para errar.

ONDE O ERRO REALMENTE COMEÇA

PARTE 1

CONDUTA SEGURA ≠ CONDUTA AGRESSIVA

Conduta segura não é:

- pedir todos os exames
- internar todo mundo

Conduta segura é:

- saber quem precisa
- saber quem não pode ir embora
- saber quando observar

Excesso também é erro.

REGRA DE OURO DO MÓDULO C

Se você não consegue justificar sua conduta em uma frase objetiva, ela não está clara.

Exemplo seguro:

"Paciente mantido em observação para exclusão de causa grave."

Exemplo frágil:

✗ "Vamos observar."

Como usar este módulo no plantão

- Início do atendimento → Método P.A.R.E.
- Dúvida clínica → Matrizes por síndrome
- Paciente 'bom demais' → Red flags silenciosas
- Decisão final → Documentação estruturada

Não é para decorar. É para consultar.

**A partir daqui, você não decide mais por sensação.
Você decide por método.**

TRIAGEM CLÍNICA REAL

PARTE 2

**A PULSEIRA ORGANIZA A FILA.
A DECISÃO MÉDICA ORGANIZA O RISCO.**

POR QUE A TRIAGEM TRADICIONAL FALHA

Classificação de risco:

- organiza fluxo
- prioriza atendimento
- não decide conduta

Erros acontecem quando o médico:

- delega decisão à cor da triagem
- confunde prioridade com gravidade
- subestima paciente "verde" ou "amarelo"

Pulseira não protege você em processo.

Raciocínio clínico, sim.

O ERRO CLÁSSICO

Paciente chega como "baixo risco", mas:

- tem perfil de risco
- tem red flag silenciosa
- tem queixa que engana

Triagem não exclui gravidade.

TRIAGEM CLÍNICA REAL

PARTE 2

TRIAGEM MÉDICA EM 30 SEGUNDOS

(antes de qualquer exame)

◆ 4 PERGUNTAS OBRIGATÓRIAS

1. Qual é a queixa real?
2. (não a frase da ficha)
3. Quando começou e como evoluiu?
4. (início súbito ≠ progressivo)
5. O que pode matar este paciente hoje?
6. (não amanhã, não "em geral")
7. Quem é esse paciente?
8. (idade, comorbidades, retorno, contexto)

Se você não responde essas 4, ainda não avaliou.

TRIAGEM CLÍNICA REAL

Elemento	Pergunta-chave	Erro comum
Queixa	O que incomoda de verdade?	Aceitar a ficha
Tempo	Súbito ou progressivo?	Ignorar cronologia
Risco	O que pode matar hoje?	Pensar só em diagnóstico
Perfil	Quem é o paciente?	Tratar como padrão

TRIAGEM CLÍNICA REAL

PARTE 2

QUEIXAS QUE ENGANAM NA TRIAGEM

Sempre reavalie com cautela:

- dor torácica "atípica"
- dispneia "ansiosa"
- dor abdominal "inespecífica"
- síncope "simples"
- febre "viral"

Essas queixas concentram os maiores erros.

O PERIGO DO PACIENTE "BEM"

Paciente:

- fala bem
- anda
- ri
- tem sinais vitais normais

Isso não exclui risco.

Paciente bem na sua frente pode estar grave por dentro.

TRIAGEM CLÍNICA REAL

PARTE 2

TRIAGEM + PERFIL = DECISÃO

A mesma queixa muda totalmente de risco se o paciente for:

- idoso
- gestante
- imunossuprimido
- anticoagulado
- retorno precoce

Perfil pesa mais que a cor da triagem.

RED FLAGS SILENCIOSAS NA TRIAGEM

Mesmo sem sinais vitais alterados:

- dor desproporcional
- piora progressiva
- retorno em <48h
- história truncada
- exame "normal" isolado

Red flag não precisa gritar.

TRIAGEM NÃO É LIBERAÇÃO

Erro comum:

"Veio como verde, dá pra liberar rápido."

Triagem define prioridade, não alta.

TRIAGEM CLÍNICA REAL

PARTE 2

REGISTRO MÍNIMO DA TRIAGEM MÉDICA

Mesmo rápida, registre:

"Paciente avaliado, queixa principal X, início há Y, perfil de risco considerado, conduta definida."

Isso já te protege.

**Triagem clínica real:
não é burocracia
não é ficha
é decisão médica inicial
É aqui que você ganha ou perde o controle do caso.**

MATRIZ DE DECISÃO POR SÍNDROME PARTE 3

O QUE VOCÊ NÃO PODE PERDER EM CADA QUEIXA

Princípio:

Você não precisa saber tudo.
Precisa não perder o que mata.

Cada matriz abaixo responde a 3 perguntas:

1. O que pode matar?
2. O que engana?
3. Qual a conduta segura agora?

DOR TORÁCICA

■ O que pode matar

- SCA
- Dissecção de aorta
- TEP
- Pneumotórax hipertensivo

■ O que engana

- ECG normal
- Dor que melhora
- Paciente jovem
- "Ansiedade"

MATRIZ DE DECISÃO POR SÍNDROME

PARTE 3

■ Conduta segura

- estratificar risco
- observar se dúvida
- nunca liberar sem critério

Dor torácica não é ECG. É contexto + evolução.

MATRIZ — DOR TORÁCICA

Situação	Conduta
Dor típica / fatores de risco	Observação / estratificação
ECG normal + dúvida	Observar
Dor atípica + perfil de risco	Investigar
Dor resolvida sem explicação	NÃO liberar

MATRIZ DE DECISÃO POR SÍNDROME PARTE 3

DISPNEIA

- O que pode matar
 - Insuficiência respiratória
 - TEP
 - Edema agudo de pulmão

- O que engana
 - melhora com O₂
 - exame inicial normal
 - "ansiedade"

- Conduta segura
 - definir causa
 - observar se não definiu
 - não liberar só porque melhorou

Resposta ao oxigênio não é diagnóstico.

MATRIZ — DISPNEIA

Situação	Conduta
Dispneia sem diagnóstico	NÃO liberar
Melhora com O ₂	Observar
Sat limítrofe	Investigar
Perfil de risco	Baixo limiar para internar

MATRIZ DE DECISÃO POR SÍNDROME PARTE 3

SÍNCOPE

■ O que pode matar

- arritmia
- morte súbita
- TEP

■ O que engana

- recuperação rápida
- sinais vitais normais
- "lipotimia"

■ Conduta segura

- estratificar
- síncope sem pródromo = alto risco
- observar se dúvida

Síncope não é sintoma benigno até provar o contrário.

MATRIZ — SÍNCOPE

Situação	Conduta
Sem pródromos	NÃO liberar
Esforço/repouso	Alto risco
Idoso	Observar
Causa definida e benigna	Alta criteriosa

MATRIZ DE DECISÃO POR SÍNDROME PARTE 3

DOR ABDOMINAL

■ O que pode matar

- perfuração
- sepse
- abdome agudo

■ O que engana

- exame inicial normal
- dor inespecífica
- paciente jovem

■ Conduta segura

- observar evolução
- reavaliar seriado
- dor persistente ≠ alta

Abdome é diagnóstico evolutivo.

MATRIZ — DOR ABDOMINAL

Situação	Conduta
Dor persistente	Observar
Dor progressiva	Investigar
Dor inexplicada	NÃO liberar
Exame inicial normal	Reavaliar

MATRIZ DE DECISÃO POR SÍNDROME

PARTE 3

FEBRE

■ O que pode matar

- sepse
- infecção oculta
- choque

■ O que engana

- febre isolada
- melhora com antitérmico
- "viral"

■ Conduta segura

- avaliar foco
- considerar perfil
- febre em risco ≠ alta simples

Antitérmico não trata sepse.

MATRIZ — FEBRE

Situação	Conduta
Febre sem foco + risco	NÃO liberar
Imunossuprimido	Investigar
Idoso	Baixo limiar
Febre isolada e baixo risco	Alta criteriosa

MATRIZ DE DECISÃO POR SÍNDROME PARTE 3

REGRA TRANSVERSAL DAS MATRIZES

Se qualquer uma destas estiver presente:

- diagnóstico indefinido
- red flag silenciosa
- perfil especial
- retorno precoce

Observe, investigue ou interne.

**Matriz não serve para decorar.
Serve para evitar o erro clássico:
"Parecia tranquilo."**

RED FLAGS QUE NÃO GRITAM

PARTE 4

ONDE O ERRO MAIS TRAIÇOEIRO ACONTECE

Princípio:

O paciente grave raramente chega gritando.
Ele chega convencendo você de que está bem.

O PERIGO DO EXAME NORMAL

Exames normais:
não excluem doença
apenas reduzem probabilidade

Erro clássico:
"ECG normal, então ok."

Exame normal isolado não dá alta.

MELHORA CLÍNICA ENGANOSA

Melhora:

- após analgesia
- após oxigênio
- após hidratação

Isso não significa resolução.

Resposta ao tratamento $\neq$ segurança.

RED FLAGS QUE NÃO GRITAM

PARTE 4

RED FLAGS SILENCIOSAS UNIVERSAIS

Mesmo sem sinais vitais alterados:

- dor desproporcional
- piora progressiva
- início súbito
- retorno precoce
- história mal explicada

Se uma estiver presente, pare.

O PACIENTE "BOM DEMAIS"

Paciente que:

- anda
- conversa
- quer ir embora

Isso gera viés de liberação precoce.

Comportamento não exclui gravidade.

RED FLAGS QUE NÃO GRITAM

PARTE 4

RED FLAGS POR PERFIL

Idoso

- confusão leve
- dor vaga
- queda recente

Gestante

- dor abdominal
- cefaleia
- hipertensão

Anticoagulado

- trauma mínimo
- cefaleia
- dor abdominal

Imunossuprimido

- febre isolada
- poucos sintomas

RED FLAGS QUE NÃO GRITAM

PARTE 4

RED FLAGS POR SÍNDROME

Dor torácica

- dor em repouso
- fatores de risco
- dor recorrente

Dispneia

- sat limítrofe
- necessidade de O₂
- causa indefinida

Abdome

- dor persistente
- vômitos
- defesa tardia

Síncope

- sem pródromos
- esforço
- idoso

Febre

- sem foco
- imunossupressão
- sinais sistêmicos

RED FLAGS QUE NÃO GRITAM

PARTE 4

RED FLAG → CONDUTA

Red flag	Conduta segura
Exame normal isolado	Observar
Melhora enganosa	Reavaliar
Retorno precoce	Investigar
Perfil de risco	Baixo limiar
Diagnóstico indefinido	NÃO liberar

A PERGUNTA FINAL ANTES DE LIBERAR

“O que eu posso estar perdendo aqui?”
Se você não consegue responder, não libere.

**Red flag não precisa ser óbvia.
Ela precisa ser procurada.**

DECISÃO SOB PRESSÃO

PARTE 5

COMO NÃO ERRAR QUANDO O AMBIENTE TE EMPURRA PARA ERRAR

Princípio:

A pressão do plantão não muda o risco clínico.

Ela só aumenta a chance de decisão ruim.

38. O inimigo invisível: o ambiente

No plantão cheio, o médico decide sob:

- fila
- ruído
- interrupções
- cobrança de tempo
- cansaço

Esse cenário não é neutro. Ele distorce o julgamento.

VIÉS DA PRESSA

O viés mais comum do PA.

Manifestações típicas:

- "Vamos agilizar"
- "Depois a gente vê"
- "Está melhor, pode ir"

Consequência:

Alta precoce, subinvestigação, prescrição excessiva.

DECISÃO SOB PRESSÃO

PARTE 5

VIÉS DO FECHAMENTO PRECOCE

Quando você "fecha" o caso cedo demais.

Exemplo:

- primeira hipótese parece plausível
- exames iniciais ajudam
- você para de pensar

Parar de pensar cedo demais é erro cognitivo clássico.

VIÉS DA NORMALIDADE

Sinais vitais normais criam falsa segurança.

Erro comum:

"Se estivesse grave, já teria alterado."

Gravidade pode preceder alteração de sinais vitais.

VIÉS DO PACIENTE COLABORATIVO

Paciente:

- educado
- tranquilo
- quer ir embora

Isso gera viés emocional.

Ser agradável não reduz risco biológico.

DECISÃO SOB PRESSÃO

PARTE 5

O RITUAL MEDICAMENTE DE DECISÃO

Quando o plantão aperta, aplique este ritual obrigatório:

◆ PAUSA DE 15 SEGUNDOS

Antes de liberar, pergunte:

1. O que pode matar este paciente hoje?
2. Isso já foi excluído de verdade?
3. Eu consigo defender essa decisão amanhã?

Se qualquer resposta for não, reavalie.

PRESSÃO x ERRO

Situação	Erro comum	Conduta segura
Fila grande	Alta precoce	Pausa obrigatória
Plantão cheio	Prescrever para "resolver"	Avaliar risco
Cansaço	Copiar conduta anterior	Reavaliar
Cobrança externa	Decisão apressada	Registrar raciocínio

DECISÃO SOB PRESSÃO

PARTE 5

DECIDIR OBSERVAR É DECIDIR

Erro clássico:

"Não vou internar, mas também não sei o que é."

Observação é conduta ativa, não indecisão.

Observe quando:

- diagnóstico indefinido
- red flag presente
- melhora recente

QUANDO O AMBIENTE TE PRESSIONA

Se houver cobrança por alta rápida:

Frase interna (mental):

"A fila não assume o risco por mim."

Frase segura no prontuário:

"Paciente mantido em observação para melhor definição diagnóstica."

O ERRO QUE MAIS DÓI DEPOIS

Não é o erro técnico.

É o erro que você sentiu que estava errado, mas seguiu mesmo assim.

Sensação de desconforto é sinal clínico.

**Decidir bem no plantão:
exige método
exige pausa
exige coragem de não acelerar**

CONDUTAS QUE DÃO PROCESSO PARTE 6

ONDE O ERRO NÃO É TÉCNICO — É DE JULGAMENTO

Princípio:

A maioria dos processos não nasce de ignorância médica, nasce de decisão mal sustentada.

ALTA SEM CRITÉRIO OBJETIVO

Erro: liberar porque “está melhor”.

Por que dá processo: melhora subjetiva não sustenta alta.

Alta precisa de critério documentado.

Conduta segura:

- critérios objetivos
- reavaliação seriada
- orientação registrada

CONFIAR EM EXAME ISOLADO

Erro: ECG normal, TC normal, exame “tranquilizador”.

Por que dá processo: exame não exclui risco sozinho.

Exame ajuda o raciocínio, não substitui.

Conduta segura:

- interpretar exame no contexto
- observar se dúvida

CONDUTAS QUE DÃO PROCESSO PARTE 6

NÃO REAVALIAR ANTES DE LIBERAR

Erro: decisão baseada na primeira avaliação.

Por que dá processo: quadro evoluiu e você não viu.

Reavaliar é obrigação antes da alta.

Conduta segura:

- nova avaliação
- novo registro

IGNORAR RETORNO PRECOCE

Erro: repetir conduta do atendimento anterior.

Por que dá processo: falha diagnóstica documentada.

Retorno precoce é red flag absoluta.

Conduta segura:

- nova abordagem
- novo raciocínio

SUBESTIMAR PERFIL DE RISCO

Erro: tratar idoso, gestante ou anticoagulado como padrão.

Por que dá processo: risco era previsível.

Perfil especial exige rigor maior.

CONDUTAS QUE DÃO PROCESSO PARTE 6

NÃO DOCUMENTAR RACIOCÍNIO

Erro: prontuário pobre, genérico.

Por que dá processo: você não consegue se defender.

Raciocínio não escrito não existe.

Conduta segura:

"Conduta baseada em avaliação clínica, risco considerado e decisão justificada."

Ceder à pressão externa

Erro: alta por cobrança da fila, paciente ou equipe.

Por que dá processo: a decisão foi sua.

Ninguém divide o risco jurídico com você.

NÃO ORIENTAR RETORNO

Erro: "se piorar, volte".

Por que dá processo: orientação vaga não protege.

Retorno precisa ser específico.

Conduta segura:

"Orientado quanto a sinais de alerta específicos e retorno imediato."

CONDUTAS QUE DÃO PROCESSO PARTE 6

CONDUTA → RISCO → COMO EVITAR

Conduta	Risco jurídico	Como evitar
Alta sem critério	Indefensável	Checklist
Exame isolado	Falha de julgamento	Contexto
Sem reavaliação	Omissão	Avaliar novamente
Retorno ignorado	Erro repetido	Nova abordagem
Registro pobre	Sem defesa	Documentar

A PERGUNTA QUE SALVA

Antes de finalizar qualquer conduta:

"Se isso voltar pior, meu prontuário me protege?"

Se a resposta for não, pare.

**Processo raramente vem do inesperado.
Vem do previsível que foi ignorado.**

OBSERVAÇÃO VS INTERNAÇÃO PARTE 7

QUANDO NÃO LIBERAR É A MELHOR DECISÃO

Princípio:

Observar não é adiar decisão.

É decisão ativa de segurança.

O ERRO DE ENXERGAR OBSERVAÇÃO COMO FRACASSO

Erro comum:

"Não sei o que é, então vou liberar."

Isso é exatamente quando NÃO se deve liberar.

Observação existe para:

- reduzir incerteza
- acompanhar evolução
- evitar alta precoce

QUANDO OBSERVAR (REGRA PRÁTICA)

Observe se qualquer item estiver presente:

- diagnóstico indefinido
- red flag silenciosa
- melhora recente após intervenção
- exame inicial normal, mas clínica suspeita
- retorno precoce (<48h)

Um único item já justifica observação.

OBSERVAÇÃO VS INTERNAÇÃO PARTE 7

QUANTO TEMPO OBSERVAR

Não existe tempo mágico.
Existe objetivo clínico.

Observe para:

- ver evolução do sintoma
- repetir avaliação
- confirmar estabilidade

Se não há objetivo claro, a observação está errada.

QUANDO INTERNAR (MESMO SEM DIAGNÓSTICO FECHADO)

Internar se:

- risco potencial alto
- instabilidade intermitente
- incapacidade de seguimento ambulatorial
- perfil especial com incerteza

Diagnóstico fechado NÃO é pré-requisito para internação.

OBSERVAÇÃO VS INTERNAR

PARTE 7

ERRO CLÁSSICO

Manter em observação sem reavaliar.

✚ Observação exige:

- reavaliação seriada
- registro
- decisão ao final

OBSERVAR OU INTERNAR?

Situação	Melhor conduta
Diagnóstico incerto	Observar
Red flag presente	Observar/Internar
Perfil de alto risco	Internar
Melhora recente	Observar
Sem suporte social	Internar

Alta após observação

Alta só após:

- estabilidade sustentada
- reavaliação documentada
- critérios objetivos

Alta pós-observação ≠ alta direta.

OBSERVAÇÃO VS INTERNAÇÃO PARTE 7

DOCUMENTAÇÃO DA OBSERVAÇÃO (MODELO SEGURO)

"Paciente mantido em observação para melhor definição diagnóstica. Reavaliado após X horas, evolução favorável, critérios objetivos de alta atendidos."

DOCUMENTAÇÃO DA INTERNAÇÃO (MODELO SEGURO)

"Paciente com risco clínico no momento, optado por internação para investigação/monitorização."

A PERGUNTA FINAL

"O risco de liberar é maior do que o risco de observar?"

Se sim → observe.

Se dúvida → observe.

Observar é maturidade clínica.

Internar é proteção quando necessário.

DOCUMENTAÇÃO DA CONDUTA CLÍNICA PARTE 8

O PRONTUÁRIO QUE TE DEFENDE QUANDO A DECISÃO É QUESTIONADA

Princípio:

O prontuário não é narrativa.

É prova de raciocínio.

O ERRO SILENCIOSO DA DOCUMENTAÇÃO

A conduta pode ter sido correta, mas:

- o raciocínio não foi registrado
- a decisão não ficou clara
- o risco não foi mencionado

Decisão correta sem registro vira decisão indefensável.

O QUE A DOCUMENTAÇÃO PRECISA RESPONDER

Toda anotação de conduta deve responder a 4 perguntas:

1. O que foi considerado como risco?
2. O que foi excluído até o momento?
3. Por que esta conduta foi escolhida agora?
4. O que foi orientado ao paciente?

Se faltar uma, a história fica incompleta.

MODELO PADRÃO DE REGISTRO DE CONDUTA

(copiar e colar)

"Paciente avaliado, considerado risco clínico no momento.

Hipóteses graves foram consideradas e avaliadas conforme quadro clínico.

Optado por [observação / investigação / internação / alta criteriosa] no contexto atual.

Paciente orientado quanto a sinais de alerta e retorno imediato."

DOCUMENTAÇÃO DA CONDUTA CLÍNICA PARTE 8

LINGUAGEM QUE PROTEGE

Use sempre termos:

- temporais
- objetivos
- não absolutos

Exemplos seguros:

- "no momento"
- "no contexto atual"
- "risco baixo, porém não nulo"
- "critérios objetivos"

LINGUAGEM QUE EXPÕE

Nunca use:

- ✗ "Sem risco"
- ✗ "Totalmente resolvido"
- ✗ "Alta tranquila"
- ✗ "Nada a fazer"

Promessa implícita = fragilidade jurídica.

REGISTRO DA DÚVIDA CLÍNICA

Dúvida não é fraqueza.

Não registrar dúvida é erro.

Modelo seguro:

"Diante de incerteza diagnóstica, optado por observação clínica."

DOCUMENTAÇÃO DA CONDUTA CLÍNICA PARTE 8

REGISTRO DA PRESSÃO EXTERNA

Se houve pressão por alta ou decisão rápida, não registre a pressão, registre a decisão técnica.

Forma correta:

"Conduta definida com base em avaliação clínica e risco."

REGISTRO DA REAVALIAÇÃO

Sempre que reavaliar, registre.

Modelo:

"Paciente reavaliado após X horas, mantendo estabilidade clínica."

Reavaliação sem registro não existe.

REGISTRO DA ALTA CRITERIOSA

Alta precisa fechar o raciocínio.

Modelo seguro:

"Após período de observação e reavaliação, critérios objetivos de alta atendidos no momento. Orientado quanto a sinais de alerta e retorno."

DOCUMENTAÇÃO DA CONDUTA CLÍNICA PARTE 8

CHECKLIST FINAL DA DOCUMENTAÇÃO

Antes de finalizar o atendimento:

- Risco considerado
- Conduta justificada
- Reavaliação registrada (se houve)
- Orientação documentada

**Documentar bem não é burocracia.
É extensão da conduta clínica.**

CASOS CLÍNICOS DE CONDUTA PARTE 9

QUANDO A DECISÃO PARECE CERTA — ATÉ NÃO SER

Objetivo desta parte:

Treinar decisão, não memória.

Aqui o foco é o que fazer, por que fazer e como registrar.

CASO 1 — DOR TORÁCICA “TRANQUILA”

Cenário:

Homem, 49 anos, dor torácica atípica, ECG normal, sinais vitais estáveis.

Erro comum:

Liberar baseado no ECG e na aparência clínica.

Risco real:

SCA inicial, retorno grave.

Conduta segura:

Observar e estratificar.

Registro ideal:

“Dor torácica avaliada, ECG inicial sem alterações, mantido em observação para estratificação de síndrome coronariana.”

CASOS CLÍNICOS DE CONDUTA PARTE 9

CASO 2 — DISPNEIA QUE MELHOROU

Cenário:

Mulher, 63 anos, dispneia súbita, melhora com oxigênio.

Erro comum:

Alta após melhora clínica.

Risco real:

TEP, IC, insuficiência respiratória.

Conduta segura:

Não liberar sem diagnóstico definido.

Registro ideal:

"Dispneia de início súbito, melhora parcial com O₂, sem definição etiológica no momento."

CASOS CLÍNICOS DE CONDUTA PARTE 9

CASO 3 — DOR ABDOMINAL INESPECÍFICA

Cenário:

Homem, 34 anos, dor abdominal difusa, exame inicial normal.

Erro comum:

Alta precoce.

Risco real:

Abdome agudo em evolução.

Conduta segura:

Observação e reavaliação seriada.

Registro ideal:

"Dor abdominal em avaliação, exame inicial sem sinais peritoneais, mantido em observação clínica."

CASO 4 — SÍNCOPE "SIMPLES"

Cenário:

Idoso, síncope sem pródromos, recuperação rápida.

Erro comum:

Classificar como lipotimia.

Risco real:

Arritmia maligna.

Conduta segura:

Estratificar e observar.

Registro ideal:

"Síncope sem pródromos em paciente idoso, mantido em observação para investigação."

CASOS CLÍNICOS DE CONDUTA PARTE 9

CASO 5 — FEBRE SEM FOCO EM PACIENTE DE RISCO

Cenário:

Paciente imunossuprimido, febre isolada.

Erro comum:

Alta por estabilidade momentânea.

Risco real:

Sepse oculta.

Conduta segura:

Investigar e observar.

Registro ideal:

"Paciente imunossuprimido com febre sem foco definido, risco aumentado considerado."

CASO 6 — RETORNO PRECOCE AO PA

Cenário:

Paciente retorna em <48h pela mesma queixa.

Erro comum:

Repetir a mesma conduta.

Risco real:

Falha diagnóstica documentada.

Conduta segura:

Nova abordagem, novo raciocínio.

Registro ideal:

"Retorno precoce ao PA, reavaliado quadro considerando possível evolução."

CASOS CLÍNICOS DE CONDUTA PARTE 9

CASO 7 — PACIENTE “BOM DEMAIS”

Cenário:

Paciente orientado, conversando, quer ir embora.

Erro comum:

Alta baseada no comportamento.

Risco real:

Subestimação clínica.

Conduta segura:

Basear decisão em critérios objetivos.

Registro ideal:

“Conduta definida com base em critérios clínicos objetivos, independente da percepção subjetiva de melhora.”

CASO 8 — PRESSÃO POR ALTA

Cenário:

Fila cheia, cobrança por liberação rápida.

Erro comum:

Alta apressada.

Risco real:

Erro previsível.

Conduta segura:

Pausa obrigatória e decisão técnica.

Registro ideal:

“Conduta definida após avaliação clínica e consideração de riscos, independente de fatores externos.”

CASOS CLÍNICOS DE CONDUTA PARTE 9

O QUE TODOS OS CASOS ENSINAM

- O erro raramente é grosseiro
- O erro costuma parecer justificável
- A decisão segura é estruturada
- A documentação muda o desfecho

ENCERRAMENTO

Conduta segura no plantão não é talento.

É método aplicado sob pressão.

CONDUTA SEGURA NO PLANTÃO

