

## VOO 3115, URGÊNCIA A BORDO: relato de experiência

Anna Alice de Paula Marinho<sup>1</sup>; Marcos Leandro Pereira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmica do 8º período do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

<sup>2</sup>Médico, Mestre em Neurociências, Docente e Preceptor do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

**RESUMO:** Alunos recém-ingressos no ensino superior são sempre incentivados a buscarem atividades extracurriculares, principalmente no curso de Medicina, o qual, em momento de seleção para residências médicas, recebem pontuações por cada atividade realizada por aquele aluno enquanto universitário. Este relato de experiência traz o caso de como uma atividade extra através de uma liga acadêmica foi crucial em um momento de urgência vivenciado em uma atividade de lazer, fora das paredes da universidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atendimento de emergência. Primeiros socorros. RCP.

### INTRODUÇÃO

Em decorrência da transição demográfica e epidemiológica, tem-se observado o aumento de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente cardiovasculares e neurodegenerativas, com a idade avançada e maior mobilidade, inclusive em trânsitos aéreos, sendo possível identificar o aumento de registros de emergências médicas durante o voo (PINE, 2016).

Não existe um protocolo universal para tratamento de emergências médicas durante o voo, mas existem considerações pontuais, principalmente acerca das principais queixas durante o voo (IATA, 2016; SILVERMAN; GENDREAU, 2008).

O atendimento emergencial é um dos cenários mais ilustrativos da tarefa de um médico em ação. O pronto atendimento e a tentativa de ressuscitação de um paciente permeia a mente de todos aqueles que estudam e vivem na área médica. Este cenário pode chegar mesmo antes da formatura e até antes da aquisição de habilidades e competência em urgência e emergência.

### OBJETIVO

Este relato objetiva compartilhar a experiência de um atendimento emergencial no cenário de voo internacional, assim como o papel do profissional nas ações de urgência e emergência aérea.

## **RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Miami, Flórida (EUA), 29 de maio de 2018. Voo 3115, Miami (EUA)-São Paulo (BRA), saída às 9:00. Passados cerca de 20 minutos da decolagem os comissários de bordo solicitaram a presença de um médico naquela aeronave. O aviso se repetiu por 3 vezes, foi quando me apresentei a uma comissária me identificando como acadêmica de medicina e me colocando à disposição, juntamente se apresentaram uma alergista e um urologista. Ao fundo da aeronave se encontrava a vítima, mulher, 74 anos, branca, em posição de decúbito dorsal, sem consciência, arresponsiva, sem pulsos. Iniciaram-se as manobras de ressuscitação cardiopulmonar, o desfibrilador externo automático (DEA) já estava posicionado, e as orientações já estavam sendo obedecidas pela equipe. Nos revezamos nas manobras de RCP e no dispositivo bolsa-válvula-máscara (AMBU), sempre checando batimentos com o estetoscópio. A vítima apresentava reflexos de mandíbula, porém sem retorno de batimentos ou pulsação. O DEA alertava sobre o choque aconselhado, avisava para afastar, contudo, ao fim, informava “choque não dado”. Acreditávamos no momento que o ritmo cardíaco da paciente não era chocável e seguíamos com as manobras de RCP. Enquanto o piloto procedia com o retorno da aeronave ao aeroporto de origem, as informações que chegavam era que a vítima tinha nacionalidade brasileira, porém vivia nos EUA e estava viajando sozinha. Como diagnóstico diferencial, pensamos em hipoglicemia, mas junto aos pertences da vítima foram encontrados anti-hipertensivos, o que nos fez pensar em IAM, uma vez que a mesma apresentou reflexo de esfíncter anal. Até o pouso se passaram cerca de 40 minutos. No momento em que as portas do avião se abriram, já havia uma equipe de socorro do próprio aeroporto que realizou um ECG na paciente e, por fim, constatou o óbito. Desde então, a polícia local foi acionada e todos que tiveram contato com a paciente foram interrogados.

## **DISCUSSÃO**

Segundo Aguiar et al. (2011), a importância do conhecimento em urgência e emergência é inquestionável, uma vez que a grande demanda e a potencial gravidade de seus casos podem ocorrer rotineiramente. Todavia, a formação acadêmica nessa área cumpre seus

objetivos principais parcialmente, porque o treinamento se restringe a tempo insuficiente e, na maioria das vezes, na falta de responsabilização do graduando no treinamento em serviço.

Para Fraga et al. (2014), é essencial a reestruturação no ensino de urgência e emergência traumática e não traumática na graduação médica em todas as academias do País. As programações devem ser realizadas de forma colaborativa e significativa entre as diferentes áreas do conhecimento, com complexidade crescente, desenvolvendo habilidades e competências utilizando de simulações que utilizem ambientes e materiais propícios para a capacitação prévia na assistência ao paciente em cenários pré-hospitalar e hospitalar.

Acerca da parada cardiorrespiratória a AHA (2010) descreve que o suporte básico de vida consiste primariamente do seu reconhecimento da PCR e de intervenção imediata, com o início das manobras de ressuscitação cardiopulmonar, cujo objetivo é de manter bom padrão de respiração e circulação, por meio da abertura das vias aéreas, ventilação efetiva com compressões torácicas eficientes e desfibrilação precoce para os casos de FV ou TV sem pulso. O êxito desse procedimento depende da habilidade e rapidez com que as manobras são aplicadas. Todos esses procedimentos foram realizados na prestação de assistência à vítima do voo 3111, entretanto, sem resposta. O que chama a atenção é o modo de resposta do DEA, que sempre informava “choque não dado”.

O DEA apresenta uma especificidade de 98 % a 100% na identificação das taquicardia ventricular e fibrilação ventricular, ritmos chocáveis. E especificidade de 100% na identificação de assistolia e outros ritmos não chocáveis. Como a sensibilidade do DEA capta atividade elétrica entre 0,01-0,15mV, pode acontecer falha na indicação do choque caso exista uma fibrilação ventricular muito fina (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010; CHAN, 2007).

## **CONCLUSÕES**

Conclui-se, portanto, que as ocasiões de urgência e emergência não escolhem nem local e nem hora para ocorrerem, muito menos avisam com antecedência que vão acontecer. Contudo, é necessário a aquisição de habilidades e competências para os primeiros cuidados ao paciente crítico, que são, por sua vez, adquiridos durante a graduação em Medicina. Além disso, tanto o acadêmico, quanto o profissional deve estar preparado para ocorrências adversas e, de que forma, com os recursos que se tem naquele momento, pode-se prestar um atendimento efetivo. Cabe ainda salientar que o ato médico deve ser

realizado com segurança, esbarrando no princípio da não-maleficência. Por fim, é de fundamental importância que os equipamentos utilizados na prestação da assistência de urgência e emergência sejam verificados sempre antes no início do processo de trabalho, para que não pegue a equipe de surpresa e esteja adequado ao uso.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, H. D. G. et al. The teaching of emergency medicine in Brazil. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 21, n. 4, 2011.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Aspectos mais Relevantes das Diretrizes da American Heart Association sobre Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular e Emergência. **Currents in Emergency Cardiovascular Care**, n. 4 v. 16, 2010.

CASTILLO, V. D. P.; MEDEIROS, C. M. Inflight medical emergencies: a literature review. **Saúde, Ética & Justiça**. v. 21, n. 1, pp. 18-27, 2016.

CHAN, W. M. Towards a better outcome of cardiopulmonary resuscitation. **Hong Kong Medicine Journal**, v. 13, n. 4, 2007.

FRAGA, G. P. A situação do ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação de medicina no Brasil e as recomendações para a matriz curricular. **10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**, cap. 3, pp. 41-56, 2014.

INTERNATIONAL AIR TRANSPORT ASSOCIATION (IATA). **Medical manual** - april 2016. 8. ed. Montreal: 2016. Disponível em: <<http://www.iata.org/publications/Documents/medical-manual.pdf>>. Acesso em 02 out. 2018.

PINE, J. R. **Management of inflight medical emergencies on commercial airlines**. UpToDate, 2015. Disponível em: <[http://www.uptodate.com/contents/management-of-inflight-medical-emergencies-on-commercial-airlines?source=search\\_result&search=inflight+medical+emergencies&selectedTitle=1~8](http://www.uptodate.com/contents/management-of-inflight-medical-emergencies-on-commercial-airlines?source=search_result&search=inflight+medical+emergencies&selectedTitle=1~8)>. Acesso em: 02 out., 2018.

SILVERMAN, D.; GENDREAU, M. Medical issues associated with commercial flights. **Lancet**, v. 373, n. 9680, pp. 2067-2077, 2008.