



INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)

MEDICINA

**RELATO INDIVIDUAL VIVIDO DURANTE O INTERNATO
MÉDICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS**

ALINE DE OLIVEIRA BROTTTO

Foz do Iguaçu – PR

2022



INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)

MEDICINA

RELATO INDIVIDUAL VIVIDO DURANTE O INTERNATO MÉDICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS

ALINE DE OLIVEIRA BROTTTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu – PR

2022

ALINE DE OLIVEIRA BROTTTO

**RELATO INDIVIDUAL VIVIDO DURANTE O INTERNATO MÉDICO EM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso Trabalho de Conclusão de
Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de
Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da
Integração Latino-Americana, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em Medicina

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof^a Rosana Alvarez Callejas
UNILA

Prof. Luís Fernando Boff Zarpelon
UNILA

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor: Aline de Oliveira Broto

Curso: Medicina

Tipo de Documento

(.....) graduação	(.....) artigo
(.....) especialização	(..X..) trabalho de conclusão de curso
(.....) mestrado	(.....) monografia
(.....) doutorado	(.....) dissertação
	(.....) tese
	(.....) CD/DVD – obras audiovisuais
	(.....) _____

Título do trabalho acadêmico: Relato individual vivido durante o internato médico em Urgência e Emergência do Sus

Nome da orientadora: Prof^a Me. Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor:

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca LatinoAmericana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública [Creative Commons Licença 3.0 Unported](#).

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

AGRADECIMENTOS

Agradeço à vida que tenho, aos meus companheiros espirituais, anjo da guarda e meu Pai por nunca me abandonarem, sempre me mostraram, de algum modo, nunca perder a esperança.

Agradeço as portas fechadas do passado, pois foram elas que me oportunizaram ir para medicina.

Agradeço os espinhos, as marcas, a deficiência, as cicatrizes... eles é que me fortalecem.

Agradeço aos meus genitores, Ivete e José, meu bem maior, por toparem essa “loucura” de vida e estarem dispostos para toda vida seguir comigo. Às minhas irmãs Jaqueline e Nicole pelo apoio, pelo amor infinito, pela amizade, pelos momentos tão únicos e inesquecíveis.

Agradeço ao Rafael, meu companheiro de vida e luta diária, amor de minha vida, nunca desistiu de seguir minhas loucuras, me apoiou nas minhas escolhas, investiu em mim, na caminhada profissional e no nosso relacionamento. Com certeza chegar até aqui seria muito mais difícil sem você ao meu lado. E é com ele que pude realizar um dos meus sonhos...o meu tesouro de vida, nossa filha Lívia, que me ensina todos os dias a ser mãe.

Agradeço à minha sogra Eva, meus cunhados Caroline e Jefferson pelo apoio incondicional desde o primeiro instante.

Agradeço ao Roni pela oportunidade de conhecer pessoalmente um pouco da minha história.... minha vida mudou a partir dali, pra melhor!

Agradeço as pessoas que conheci durante minha trajetória de estudo na Unila (funcionários, professores, amigos), no hospital Municipal Padre Germano Lauck, na Unidade Básica de Saúde, nos serviços de atenção especializada... De algum modo, cada um fez parte da minha história de vida na medicina.

Agradeço aos que apostaram e acreditaram em mim! Consegui vencer barreiras!

*Não é sobre ter todas as pessoas do mundo pra si
É sobre saber que em algum lugar alguém zela por ti
É sobre cantar e poder escutar mais do que a própria voz
É sobre dançar na chuva de vida que cai sobre nós
É saber se sentir infinito num universo tão vasto e bonito
É saber sonhar*

E então fazer valer a pena

Cada verso daquele poema sobre acreditar

*Não é sobre chegar no topo do mundo, saber que venceu
É sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu
É sobre ser abrigo e também ter morada em outros corações
E assim ter amigos contigo em todas as situações*

A gente não pode ter tudo

Qual seria a graça do mundo se fosse assim?

Por isso, eu prefiro sorrisos

E os presentes que a vida trouxe pra perto de mim

*Não é sobre tudo que o seu dinheiro é capaz de comprar
E sim sobre cada momento, sorriso a se compartilhar
Também não é sobre correr contra o tempo pra ter sempre mais
Porque quando menos se espera a vida já ficou pra trás*

Segura teu filho no colo

Sorria e abrace seus pais enquanto estão aqui

Que a vida é trem-bala, parceiro

E a gente é só passageiro prestes a partir

Laiá, laiá, laiá, laiá, laiá

Laiá, laiá, laiá, laiá, laiá

Ana Vilela , música Trem-bala

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência vivenciada no campo prático durante o internato em Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde, módulo esse necessário para a formação médica. Estão representados em forma descritiva os aprendizados adquiridos baseados na vivência dos atendimentos prestados nos meses de agosto à dezembro do ano de 2021. As práticas foram em diferentes cenários de aprendizagem em Foz do Iguaçu: Hospital Municipal Padre Germano Lauck e duas Unidades de Pronto Atendimento (Dr. Walter Cavalcante Barbosa e João Samek). Ao todo foram 42 dias e meio de prática divididos em plantões de 12 horas/dia, diurnos e noturnos. Tem como objetivo descrever os casos clínicos vivenciados nos campos de prática selecionados elucidando as discussões com embasamento científico. A metodologia foi relato de caso e foi estruturado conforme orientado no plano de ensino do módulo de urgência e emergência da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). Ao todo foram selecionados sete temas clínicos estruturado em anamnese, exame físico, exames complementares, diagnósticos diferenciais, hipótese diagnóstica seguida de discussões das condutas clínicas. Justifica-se a escolha destes pela constante ocorrência nos diversos espaços. Ainda contempla a minha vivência pessoal durante o período da pandemia Covid-19. Concluiu-se que o internato permite o aluno ampliar os horizontes, adquirir conhecimentos de outras realidades e aprimorar habilidades e competências, entre elas, raciocínio clínico e a organização. Conhecer diferentes locais e equipes possibilitou entender a dinâmica do processo de trabalho do médico e refletir sobre as possíveis soluções e ações para os problemas levantados.

Palavras-chave: internato de medicina; médico interno; estudo de caso; medicina geral.

RESUMEN

Este es un relato de una experiencia vivida en el campo práctico durante la pasantía en Urgencias y Emergencias del Sistema Único de la Salud, cátedra necesaria para la formación médica. Se representa de manera descriptiva el aprendizaje adquirido a partir de la experiencia de los atendimientos en los meses de agosto a diciembre del año 2021. Las prácticas fueron en diferentes escenarios de aprendizaje en Foz del Iguazu: Hospital Municipal Padre Germano Lauck y dos Unidades de pronto atendimento (Dr. Walter Cavalcante Barbosa y João Samek). En total, fueron 42 días y medio de práctica divididos en turnos de 12 horas, día y noche. Tiene como objetivo describir casos clínicos experimentados en campos de práctica seleccionados, aclarando discusiones con base científica. La metodología fue un relato de caso y se estructuró de acuerdo al plan de enseñanza del módulo de Urgencias y Emergencias de la Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). En total, fueron seleccionados siete temas clínicos, estructurados en anamnesis, examen físico, exámenes complementarios, diagnósticos diferenciales, hipótesis diagnósticas seguidas de discusiones de procedimientos clínicos. Su elección se justifica por su constante aparición en diferentes espacios. Todavía incluye mi experiencia personal durante el período de pandemia de Covid-19. Se concluyó que la pasantía permite al estudiante ampliar horizontes, adquirir conocimientos de otras realidades y mejorar habilidades y competencias, incluyendo el razonamiento clínico y la organización. El conocimiento de diferentes lugares y equipos permitió comprender la dinámica del proceso de trabajo del médico y reflexionar sobre posibles soluciones y acciones para los problemas planteados.

Palabras clave: pasantía médica; doctor interno; estudio de caso; medicina general

ABSTRACT

It is about an experience report lived in a practical field during the internship in Urgency and Emergency of Unified Health System, a necessary module to get medical qualification. These are represented in a descriptive way the apprenticeships acquired based on service provided lived between august and december of 2021. The experiences were in different scenarios of learning in Foz do Iguaçu: Municipal Hospital Padre Germano Lauck and two Emergency Care Units (Dr. Walter Cavalcante Barbosa and João Samek). Overall, it were 42 days and half of experience divided in 12 hours, day and night shifts. The objective is to describe clinical cases lived in the selected practical fields elucidating scientific base discussions. The methodology was a case report and structured according to the module of urgency and emergency education plan of Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). In all, seven clinical themes were selected, organized in anamnesis, physical exam, complementary exams, differential diagnoses, diagnostic hypothesis followed by discussions about clinical conducts. These were chosen because of sustained occurrence in many spaces. In addition, it complements my personal experience during Covid-19 pandemic. The conclusion was that the internship allowed the student to broaden visions, acquire knowledge of different realities and improve abilities and competencies, including clinical reasoning and organization. The experience of knowing different places and teams allowed to understand the doctor's work process and ponder about possible solutions and actions to the problems raised.

Key words: medicine internship; resident doctor; case report; general medicine

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Componentes da Rede de Urgência e Emergência e suas interfaces.....	17
Figura 2: Mapa mental sobre o AVC.....	28
Figura 3: Tomografia de crânio representando um AVCi localizado na ACM.....	30
Figura 4: Tomografia de crânio do paciente R.R.	31
Figura 5. Manejo inicial do AVC	32
Figura 6. Fluxograma para AVC isquêmico.....	33
Figura 7: Eletrocardiograma de admissão (9:45h)	35
Figura 8. Segundo eletrocardiograma (12:06h)	38
Figura 9. Terceiro eletrocardiograma (12:06h) (pós medicações adenosina + amiodarona)	38
Figura 10. Fluxograma para atendimento ao paciente com taquicardia.....	39
Figura 11. Prova com vitropressão no diagnóstico diferencial da dengue com outras síndromes exantemáticas.	49
Figura 12. Valores de referência de hematócrito.	51
Figura 13. Critérios de alta hospitalar no manejo da dengue.....	55
Figura 14: Protocolo de atendimento de hemorragia digestiva alta do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.....	63
Figura 15. Fluxograma do atendimento psiquiátrico na rede de Urgência e Emergência do SUS.....	67
Figura 16. Gerenciamento de emergência do paciente adulto gravemente agitado ou violento.....	68

LISTA DE QUADRO

- Quadro 1:** Exames laboratoriais e seus marcadores relacionados ao fígado.....24
- Quadro 2.** Sinais clínicos da DAOP descritos na literatura comparado ao que paciente apresentava.....43
- Quadro 3.** Exames laboratoriais com valores comparativos do dia da alta (31/10), dia da admissão (03/11) e dias subsequentes à reinternação (04/11 e 05/11) e o tipo da dengue.....47

LISTA DE ABREVIATURA

GASO: gasometria

pCO₂: pressão parcial de gás carbônico

pO₂: pressão parcial de oxigênio

HCO₃: bicarbonato de sódio

HB: hemoglobina

HT: hematócrito

RDW: red cell distribution width - amplitude de distribuição dos eritrócitos

K: potássio

Na: sódio

BT: bilirrubina total

BI: bilirrubina indireta

BD: bilirrubina direta

LEUCO: leucócitos

KPTT: tempo de tromboplastina parcial ativada

TAP: atividade de protrombina

INR: international normalized ratio ou Razão Normalizada Internacional

FA: fosfatase alcalina

ALB: albumina

TGO: transaminase oxalacética

TGP: transaminase pirúvica

GGT: gama glutamil transferase

UR: uréia

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

BPM: batimentos por minuto

RPM: respirações por minuto

MMHG: milímetro de mercúrio

°C: grau célsio

AA: ar ambiente

AVCi: acidente vascular cerebral isquêmico

AVC: acidente vascular cerebral

AAS: ácido acetil salicílico

ECG: eletrocardiograma

CPK: creatinofosfoquinase

EAS: exame de urina - Elementos Anormais do Sedimento

HAS: hipertensão arterial sistêmica

MMII: membros inferiores

DEN: dengue

MS: Ministério da Saúde

HDA: hemorragia digestiva alta

EDA: endoscopia digestiva alta

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS	17
3. RELATO DE CASOS CLÍNICOS	20
3.1 CASO CLÍNICO: HEPATOPATIA ALCOÓLICA.....	20
3.1.1 História clínica e anamnese.....	20
3.1.2 Discussão do caso.....	22
3.2 CASO CLÍNICO: AVC ISQUÊMICO.....	26
3.2.1 História clínica e anamnese.....	26
3.2.2 Discussão do caso.....	27
3.3 CASO CLÍNICO: TAQUICARDIA.....	33
3.3.1 História clínica e anamnese.....	33
3.3.2 Discussão do caso.....	35
3.4 CASO CLÍNICO: DOENÇA ARTERIAL OCLUSIVA PERIFÉRICA.....	40
3.4.1 História clínica e anamnese.....	40
3.4.2 Discussão do caso.....	42
3.5 CASO CLÍNICO: DENGUE.....	45
3.5.1 História clínica e anamnese.....	45
3.5.2 Discussão do caso.....	47
3.6 CASO CLÍNICO: HEMORRAGIA DIGESTIVA.....	56
3.6.1 História clínica e anamnese.....	56
3.6.2 Discussão do caso.....	58
3.7 CASO CLÍNICO: ESQUIZOFRENIA.....	65
3.7.1 História clínica e anamnese.....	65
3.7.2 Discussão do caso.....	66

4. RELATO VIVENCIAL E EXPERIÊNCIA PESSOAL NA PANDEMIA DA COVID-19.....	70
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74

1. INTRODUÇÃO

O internato em Urgência e Emergência do SUS é uma parte integrante e primordial no processo da formação de um médico durante a academia de medicina. Este módulo, realizado em diferentes cenários de aprendizagem em Foz do Iguaçu como Hospital Municipal Padre Germano Lauck e Unidades de Pronto Atendimento (Dr. Walter Cavalcante Barbosa e João Samek), permite o aluno ampliar os horizontes, adquirir conhecimentos de outras realidades e aprimorar habilidades e competências, não apenas técnica, mas as outras necessárias na formação médica.

Este trabalho, descrito na forma de relato de experiência vivida nos ambientes supracitados, representa os aprendizados adquiridos e as abordagens realizadas em cada setor conforme suas particularidades, sempre associando a teoria com a prática. Tem como objetivo principal: descrever os casos clínicos vivenciados nos campos de prática selecionados elucidando as discussões com embasamento científico. Dentre os objetivos específicos têm-se: compreender a organização da rede de assistência de Urgência e Emergência do SUS correlacionando a legislação com a realidade e pontuar, de forma reflexiva, os aprendizados ao final de cada caso clínico experienciado.

A escolha dos temas clínicos justifica-se pela constante ocorrência nos diversos espaços e condutas práticas diferentes para tal. Em relação ao caminho metodológico utilizado nesse trabalho foi relato de caso, visto que é um tipo de pesquisa que permite a participação do pesquisador junto ao paciente e ampliar bem como detalhar o conhecimento a partir da pessoa examinada/avaliada no campo de prática.

Esse material foi estruturado conforme orientado no plano de ensino do módulo de urgência e emergência. Inicialmente é abordado a organização da rede de atendimento de urgência e emergência no SUS em legislação específica equiparando a experiência observada na rede de Foz do Iguaçu. Em seguida, os casos clínicos são relatados baseados na vivência dos atendimentos prestados nos meses de agosto à dezembro do ano de 2021 estruturados em história clínica e anamnese, contendo o exame físico, exames complementares, diagnósticos diferenciais, hipótese diagnóstica seguida de discussões das condutas clínicas comparando com a literatura e os pontos de aprendizado/reflexões acadêmica. No capítulo seguinte estão narrados a vivência pessoal durante o período da pandemia Covid-19. Por fim, acrescento as minhas considerações finais.

Dessa forma, o relatório expõe os aprendizados durante o internato do médico em formação na urgência e emergência, possibilitando uma leitura crítica construtiva pelo leitor a

partir da descrição das atividades e experiência exercidas em campo prático associado à reflexão teórica.

2. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Um dos componentes do atendimento à população é a rede de Urgência e Emergência a qual abarca todos os níveis de atenção – primária, secundária e terciária. Como exemplos da rede de Urgência, representados na figura 1 abaixo, têm-se: Atenção Básica; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); Sala de Estabilização; Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN/SUS); Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h; Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar.

Figura 1: Componentes da Rede de Urgência e Emergência e suas interfaces



Fonte: Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde, 2013.

No entanto, para que essa rede seja organizada, necessita ser regida por normas, resoluções, portarias e leis que auxiliam na organização do sistema, principalmente para equipe de saúde, mediante fluxos que promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada.

Segundo o Ministério da Saúde (2013) as portas de entrada hospitalares de urgência e emergência, constituem em unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas. Dessa forma cabe ao médico que atua na localidade reconhecê-lo e regular de acordo com o caso apresentado pelo paciente.

No município de Foz do Iguaçu, temos as seguintes portas de entradas da rede: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência / Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SAMU/SIATE), demanda espontânea, UPA, Unidade Básica de Saúde e Hospitais. E cada um referenciado para casos diferentes. Áreas de neonatologia, obstetrícia,

cardiologia e oncologia são referenciadas para o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC); áreas de pediatria, clínica médica, neurologia, trauma, ginecologia e cirurgia para o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL).

Os princípios e diretrizes, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços são estabelecidos pela Portaria 2.048 /2002, a qual atua no âmbito estadual. Ela institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, e tem como objetivo principal consolidar os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência., orientando os Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área.

Já a Portaria 1600/2011 reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS com estabelecimento de diretrizes e componentes. Isso significa que para ter resolutividade na atenção, em qualquer nível, a rede de Urgência deve se basear no acolhimento com classificação do risco, com a ressalva que se priorize as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica. Nas UPAs em Foz do Iguaçu é possível verificar na triagem essa classificação de risco utilizando o protocolo de Manchester, o que direciona o fluxo assistencial. E a comunicação da UPA para com o hospital visando transferir paciente para receber atendimento específico, também é realizado essa classificação prioritária.

O que vem acontecendo em Foz do Iguaçu, uma cidade com aproximadamente 257.971 habitantes (IBGE, 2022), a mesma preocupação já manifestada e justificada nas portarias supracitadas: as UPA's 24h lotadas de pacientes – demandas que não foram atendidas ou não foram satisfeitas na Atenção Primária – assistência à saúde não é de qualidade, sobrecarrega a equipe, e em alguns momentos não se tem equipamentos e materiais para adequada atenção às urgências. Como consequência estão a baixa resolutividade e retornos repetitivos dos pacientes em consultas de “urgências”.

Outra questão a ser pontuada, com o objetivo de reordenar a atenção a saúde na Urgência e Emergência, é central de Regulação Médica do acesso dos pacientes aos diferentes pontos do Sistema de Saúde por meio do Plano Estadual de Saúde do Paraná 2016-2019. Essa central permite absorver e nortear todo o fluxo da assistência na atenção básica, na média e alta complexidade, e sua composição se dá por meio de: Centrais de Regulação Médica de Urgência – SAMU/ SIATE, Centrais de Regulação de Leitos e Consultas Especializadas e Controle

Administrativo/ Financeiro e Auditoria. Quando acionada a central de regulação em Foz do Iguaçu, os atendimentos aos pacientes para as especialidades médicas como cardiologia, obstetrícia e oncologia são direcionados para o hospital Costa Cavalcanti e as demais para o Hospital Municipal Padre Germano Lauck, conforme já mencionado anteriormente. Na impossibilidade de leito no município Foz do Iguaçu, o paciente é colocado na vaga zero da regulação do estado, este então permanece na instituição aguardando pela vaga.

Por fim, o Plano Estadual é um instrumento base de gestão essencial que visa garantir a assistência qualificada e resolutiva bem como desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos - morbimortalidade, ações diagnósticas, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos para toda a população. Como afirma a Portaria 2.048/2002, “estas centrais, obrigatoriamente interligadas entre si, constituem um verdadeiro complexo regulador da assistência, ordenador dos fluxos gerais de necessidade/resposta, que garante ao usuário do SUS a multiplicidade de respostas necessárias à satisfação de suas necessidades”.

3. RELATO DE CASOS CLÍNICOS

3.1 CASO CLÍNICO: HEPATOPATIA ALCOÓLICA

Cenário: Hospital Municipal Padre Germano Lauck

3.1.1 História clínica e anamnese

Identificação: C.M.T, 45 anos, sexo masculino, residente em Matelândia, auxiliar de produção (frigorífico).

Queixa Principal: dor abdominal e amarelão.

História da Doença Atual: Admitido neste hospital por volta das 23:15h, provindo da UPA Morumbi, ictérico, inapetente, referindo dor abdominal e febre. Relata há 15 dias início da dor abdominal, especificamente em região suprapúbica, febre e vômito, vindo a procurar serviço de saúde em Matelândia, cidade onde reside. Segundo o paciente, ficou 4 dias em observação e liberado com medicações para febre e infecção urinária (não soube relatar o nome). Há 4 dias (06-11-21) veio visitar sua irmã em Foz do Iguaçu e a mesma assustou-se com sua aparência amarela associada a febre aferida em 38°C e dor abdominal. Procurou então UPA Morumbi onde foi atendido com quadro de astenia, inapetência, hematúria, dor abdominal difusa e ictérico, segundo ele, de início há uma semana associado a perda ponderal de mais de 11 kg desde 15 dias atrás. Em relação a sua aparência, relata o mesmo não ter notado mudança na sua coloração, quem falava eram os amigos. Etilista crônico desde 26 anos, e está há 40 dias sem beber. No momento refere dor abdominal difusa e prurido em mãos e pés. Inapetência e fraqueza. Nega cefaleia, nega vômito, nega diarreia, nega outras queixas. Nega alergia medicamentosa.

História Patológica Progressiva: nega comorbidades.

Medicamentos de Uso Contínuo: nega.

Hábitos de Vida: etilista crônico há 17 anos (SIC fazia uso de todas as bebidas, meio litro diariamente). Nega fumo.

Antibioticoterapia em uso: Ciprofloxacino 2 mg 12/12h (Iniciado Na Upa)

Metronidazol 250mg 8/8h (iniciado na UPA)

Sinais vitais: Temperatura: 36,1°C // Pulso: 96bpm // Respiração: 20rpm // Pressão arterial: 104x78mmHg // Hemoglicoteste: 106mg/dl // Saturação de O₂ 96% em ar ambiente.

Exame físico:

ECTOSCOPIA: REG, ictérico 4+/4+, desidratado, afebril, eupneico, acianótico. Eritema palmar.

NEUROLÓGICO: glasgow 15/15, pupilas isofotorreagentes, sem sinal de irritação meníngea

CARDIOVASCULAR: bulha normofonética em dois tempos, rítmica, não ausculto sopros.

Pulsos cheios, TEC < 3seg

RESPIRATÓRIO: expansibilidade preservada, murmúrio vesicular universalmente audível, sem ruídos adventícios, sem sinais de esforço respiratório

ABDOMINAL: globoso, ascítico, doloroso à palpação superficial e profunda, principalmente em região epigástrica e hipogástrica, ruídos hidroaéreos positivo.

EXTREMIDADES: edema de membros inferiores (+/4+), pulsos periféricos palpáveis e cheios. Sem lesões. Panturrilhas livres

Diagnóstico Sindrômico: Síndrome da insuficiência hepática, Síndrome ictérica, Síndrome hepatorenal, Síndrome colestática, Síndrome consumptiva (perda de 12 kg em 15 dias)

Hipótese Diagnóstica: Hepatopatia alcoólica. Peritonite Bacteriana Espontânea.

Diagnósticos Diferenciais: encefalopatia hepática // leptospirose e malária, febre amarela (para diagnóstico diferencial de hepatite, que cursam também com icterícia) // rabdomiólise, hemólise, doença tireoidiana (cursam com elevação significativa das transaminases sem lesão hepática) // hepatites virais

Exames Laboratoriais:

08/11/21: gasometria - ph 7,34; pCO₂ 35,10; pO₂ 77,5 ; HCO₃ 18,7 ; lactato 40,6

hemograma: hemácia 3,77 // hemoglobina 12,20 // hematócrito 35,40 // rdw 17,10 //

leucograma: leucócitos: 12.720 // neutrófilos 83% // eosinófilos 6% // plaquetas 258.000

uréia 79 // creatinina 2,9 // K 3,3 // NA 139 // BT: 34,4 // BD 31,8 // BI: 2,6 // alb 2,70 // GGT: 225 // amilase 67 // fosfatase alcalina 240 // lipase 382 // PCR 7,1 // TGO 95 // TGP 26 //

urina: leuco 2/campo // kptt 51,6 // tap: 14seg // inr: 1,37%

Exames de Imagem

08/11/21: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR

Relatório: Aumento das dimensões do fígado. Edema da parede da vesícula biliar. Aumento do volume do baço. Volumosa ascite. Edema da parede do cólon ascendente. Ausência de dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas. Baço, pâncreas e adrenais sem particularidades. Rins tópicos com dimensões e espessura do parênquima conservados. Ausência de cálculos ou hidronefrose. Aorta e veia cava inferior com calibre conservado.

08/11/21: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME INFERIOR

Relatório: Planos músculo-adiposos preservados. Alças intestinais visibilizadas de calibre normal e sem espessamento parietal. Não há adenomegalias ou coleções abdominais. Bexiga urinária com boa capacidade, paredes finas e regulares, sem evidência de cálculos.

Conduta Médica:

- Solicito exames de laboratório, eletrocardiograma (ECG) e radiografia de tórax
- Prescrevo ceftriaxona e metronidazol (prevenção da peritonite bacteriana)
- Prescrevo lactulona 30 ml a cada 8h
- Prescrevo 40 mg de prednisolona (Escore de Maddrey 48,2)
- Não prescrevo espirolactona por tendência a hipotensão
- Ponderar realizar albumina para profilaxia síndrome hepatorenal
- Ponderar realizar paracentese
- Solicito sorologias para hepatites, HIV e sífilis
- Solicito que paciente seja transferido para a sala vermelha e monitorizar

3.1.2 Discussão do caso

Esse é um caso clássico que toda semana sempre tem um paciente no hospital ou na UPA de Foz do Iguaçu com essa suspeita diagnóstica. Logo, justifica-se pela evolução do quadro – mal prognóstico - caso não seja realizada as medidas terapêuticas iniciais direcionadas.

Em conjunto com o médico residente da clínica médica, a partir da anamnese e exames físico, laboratorial e de imagem, que tivemos acesso, pois foi realizado na UPA e os exames de imagem no dia anterior, a primeira coisa que pensamos foi em estabelecer as síndromes, o conjunto de sinais e sintomas que o paciente estava apresentando naquele momento, que foram: síndrome icterícia a esclarecer; síndrome hepatorenal e síndrome consumptiva (perda de 12 kg em 15 dias). Esquecemos de abordar a síndrome colestática, visto o relato de prurido e icterícia. Mas, ao estudar, percebi que esqueci que a tríade (clássica) colestática é composta pela icterícia, colúria e hipocolia ou acolia fecal. Nesse sentido, na anamnese faltou ter explorado detalhadamente a coloração das eliminações vesico-intestinal.

No entanto, a partir dessas síndromes, pensando nas inúmeras doenças que podem levar a icterícia e pela história colhida durante a anamnese, onde foi abordado pelo paciente a questão da bebida alcoólicas durante 17 anos com uso de meio litro de cachaça e o exame físico alterado me levou a pensar em quadro de esteatose hepática ou cirrose hepática. Os sinais e sintomas clássicos da esteatose hepática pode revelar uma hepatomegalia. Uma cirrose tem icterícia,

ascite; esplenomegalia e hepatomegalia (embora, em estágios mais avançados, o fígado possa estar diminuído devido à fibrose); edema de membros, eritema palmar, diminuição da pressão arterial – todos esses sinais evidentes no nosso paciente, contribuindo para uma suspeita diagnóstica de cirrose hepática.

Além desses sinais, outros como: circulação colateral proeminente (circulação em cabeça de medusa); aranhas vasculares (telangiectasias); ginecomastia e atrofia testicular (no homem); contratura de Dupuytren (atrofia da fáscia palmar); baqueteamento digital; osteoartropatia hipertrófica (periostite proliferativa); distrofia ungueal (unhas de Muehrcke e unhas de Terry); *Flapping* (movimentos assincrônicos das mãos como "asas de borboleta" desencadeados por sua dorsiflexão), que geralmente acompanha o quadro de insuficiência/encefalopatia hepática (PEBMED, 2021)

A conduta médica inicial em solicitar exames laboratoriais está correta pois pacientes com doença hepática alcoólica comumente apresentam sintomas de disfunção orgânica acompanhando o quadro, principalmente: cardiomiopatia; disfunção pancreática; neuropatias; síndrome de Wernicke-Korsakoff e perda de massa muscular (desnutrição) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA, 2021). Então, a abordagem deve incluir exames laboratoriais para avaliação do acometimento hepático, um exame de imagem (preferencialmente ultrassonografia) e exames laboratoriais específicos para avaliação de outras causas de hepatopatia crônica.

Na avaliação do estado geral estava hemodinamicamente estável no momento, sem uso de droga vasoativa, um pouco letárgico para falar, inapetente e com fraqueza muscular, condizente já com alguns sintomas da doença hepática.

Tomografia realizada demonstrava um aumento do volume fígado, baço e edema de vesícula biliar e ascite. Além disso, seus exames laboratoriais anteriores evidenciaram leucocitose com desvio à esquerda (leucócitos: 12.720 // neutrófilos 83% // eosinófilos 6%), alterações hepáticas, renais e enzimas pancreáticas (bilirrubina total: 34,4 // bilirrubina direta 31,8 // bilirrubina indireta: 2,6 // uréia 79 // creatinina 2,9 // lipase 382 // tgo 95 // kptt 51,6 // tap: 14seg // inr: 1,37%). Tudo isso justificando o raciocínio clínico já suspeitado inicialmente, favorecendo a conduta clínica.

O quadro 1 “exames laboratoriais e seus marcadores relacionados ao fígado” é a representação pessoal, para facilitar o estudo prático.

Quadro 1: Exames laboratoriais e seus marcadores relacionados ao fígado.

EXAMES	MARCADOR	LABORATORIAL	OBSERVAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Fosfatase alcalina (FA) • Gama GT (GGT) • Enzima 5'-nucleotidase 	<p>Colestase (mas não define o local da obstrução). São enzimas canaliculares que se alteram quando tem algum problema na excreção da bilirrubina</p>	Estarão aumentadas	<p>Lembrar que a atividade da FA também pode estar aumentada em distúrbios ósseos e na gestação. Da mesma maneira, é importante lembrar que a atividade da GGT pode ser exacerbada por certos medicamentos ou pelo álcool (mesmo na ausência de um distúrbio hepático)</p> <p>– como esta enzima não é encontrada no osso, valores normais indicam que o aumento da FA é de origem óssea.</p>
AMINOTRANSFERASES: <ul style="list-style-type: none"> • TGO (AST) • TGP (ALT) 	<p>hepatites virais, hepatite isquêmica e na intoxicação por paracetamol</p>	Estarão aumentadas	
	<p>Obstruções biliares agudas por cálculo</p>	<p>aumento é inicialmente maior em TGO/TGP do que em FAL/GGT, mas, depois, predomina o aumento de FAL/GGT sobre TGO/TGP</p>	
	<p>Primeiro: Hepatite alcoólica. Outras possíveis causas são esteato-hepatite não alcoólica, hepatite fulminante por doença de Wilson ou evolução de qualquer hepatopatia crônica para cirrose.</p>	<p>Quando a TGO se eleva mais que a TGP, numa relação >2:1</p>	
GAMA GT	<p>Hepatite alcoólica ou colestase</p>	<p>Níveis superiores a duas vezes o limite da normalidade sugerem etiologia alcoólica ou colestase</p>	
Albumina	<p>Mostra a função do fígado</p>		
Bilirrubina indireta TAP INR	<p>Mostra a função hepática</p>		

Fonte: a autora, 2021.

Uma das coisas importantes a serem feitas em relação a hepatopatias alcoólicas, é utilizar o escore para mensurar a gravidade do caso e a indicação de corticoterapia como prevenção. Dentre os escores o que mais utilizamos no hospital são Madrey e Meld (avalia o prognóstico e o Child Pugh (mensura a severidade da cirrose, levando em conta a presença de sinais de encefalopatia, ascite, valores da bilirrubina, albumina, tempo de protrombina ou INR) .

O paciente do estudo apresentou: escore Child-pugh 13 pontos (classificação C); escore Meld 34 (83% de mortalidade em 3 meses) e escore Maddrey 48,2 .

Escore Maddrey nos ajuda a indicar o início do uso de corticoide. Complementando esse escore, pode ser usado o escore de Lillie é utilizado para definir quando o uso do corticoide deve ser interrompido, se no sétimo dia ou continuar até o 28º dia, bem como a falha na resposta terapêutica ao corticoide.

Após visto e calculado o escore de maddrey (48,2) do paciente, foi prescrito o corticóide (40 mg de prednisolona). A orientação é que seja por um tempo de 28 dias, e que após 7 dias seja calculado o escore Lillie para definir quando o corticóide será interrompido. Não devemos esquecer que o uso do corticóide deve ser evitada na presença de infecção ativa não controlada, incluindo hepatite B e hepatite C, também deve ser postergado na presença de hemorragia digestiva não controlada ou injúria renal aguda com creatinina maior que 2,5 mg/dL e está contraindicado seu uso na falência de múltiplos órgãos ou na presença de hepatocarcinoma intratável.

Ainda no tratamento farmacológico, deve-se lembrar que o consumo crônico também está associado à deficiência de tiamina ou vitamina B1, que pode provocar a Encefalopatia Wernicke – Korsakoff (ataxia, alterações nos movimentos oculares e confusão mental). A presença desses sintomas não é necessária para o início do tratamento com reposição de tiamina, pois essa síndrome pode evoluir para a síndrome de Korsakoff que produz dano cerebral irreversível. (VEDANA, 2016). Assim sendo, o paciente recebeu a tiamina, como todos os pacientes que internam no hospital ou na upa com essa suspeita. Também foi correta a abordagem da lactulona para prevenção da encefalopatia hepática, na dose de 20ml considerando atingir uma quantidade de 2 a 3 evacuações por dia. Uma outra proteção é o antibiótico metronidazol, que o paciente já estava utilizando na Upa antes de dar entrada no hospital devido ao quadro pensando na prevenção da peritonite bacteriana (PBE).

No decorrer do raciocínio foi ponderado realizar uma paracentese devido a ascite volumosa e a albumina, e é pensando na prevenção da piora renal nos pacientes que são submetidos a paracentese terapêutica. De toda a conduta, o que faltou foi prescrever um benzodiazepínico para garantir a abstinência total de álcool.

Acompanhando a evolução do caso, o paciente foi encaminhado para clínica médica, foi submetido a paracentese, com reposição de albumina, sendo realizado a rotina do líquido ascítico (GASA1,7 sem evidências de bactérias), piorando sua função renal (Ur 158 // Cr 6,80). Seus exames para hepatites virais vieram negativos, descartando o diagnóstico diferencial.

Por fim, foi importante a escolha do caso sobre hepatopatia alcoólica, pois pude perceber que toda a semana, condutas semelhantes entre Upa e hospital na prevenção da encefalopatia hepática, no entanto quando se refere a prevenção da abstinência essa já se apresentou falha.

3.2 CASO CLÍNICO: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO

Cenário: UPA WALTER – SALA VERMELHA

3.2.1 História clínica e anamnese

Identificação: R.R., paciente masculino, 75 anos, idoso, aposentado, reside em Foz do Iguaçu com a esposa.

História da doença atual: Chegou via SAMU com relato de estar desacordado em domicílio. Em conversa com os filhos Lúcia e Sidnei, referem que por volta das 18h o paciente estava mexendo na máquina de lavar roupa quando a esposa o encontrou no chão com o MSD paralisado, desvio de rima lado D, não verbalizando. Filhos negam perda involuntária de urina, negam outros sintomas associados. Ademais, relatam que ontem iniciou um quadro de tosse com secreção. Apresentou um episódio de vômito (de coloração habitual, ausência de sangue). Familiares negam outras alterações. Negam alergia medicamentosa.

História patológica pregressa: HAS / Dislipidemia. Há 4 meses o paciente ficou internado no HPMGL por 72 dias devido a quadro de Covid - Vacina: 2º dose de astrazeneca dia 06/08/21.

SINAIS VITAIS: Tº 35,2C; PA 200/104mmHg; FR 23bpm; FC 90bpm; HGT 121 ; SpO2 97% em ar ambiente.

EXAME FÍSICO:

NEUROLÓGICO: Pupilas isocóricas e fotorreagentes bilateralmente, afásico, Glasgow 10 (A:4, V 1, M 5), sem evidência de trauma de crânio, força motora em hemicorpo direito reduzida em comparação ao hemicorpo contralateral (+++/4+)

RESPIRATÓRIO: murmúrio vesicular presente, estertores crepitantes em base D

CARDIOVASCULAR: ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopro.

ABDOMINAL: Abdome flácido, sem fácie dolorosa a palpação.

EXTREMIDADE: hemiplegia à direita. Pulsos palpáveis. Ausência de lesões pelo corpo

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: síndrome motora, síndrome hipertensiva

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Acidente Vascular Cerebral (AVC isquêmico ou hemorrágico)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: distúrbio hidroeletrólítico; crises epilépticas não causadas pelo AVC agudo; tumores; trauma crânio-encefálico; hemorragias intracranianas (espontâneas ou traumáticas); distúrbios metabólicos (principalmente hipo e hiperglicemia); infecções do sistema nervoso central (meningite); esclerose múltipla; efeitos de medicamentos ou drogas de abuso; distúrbios psicossomáticos.

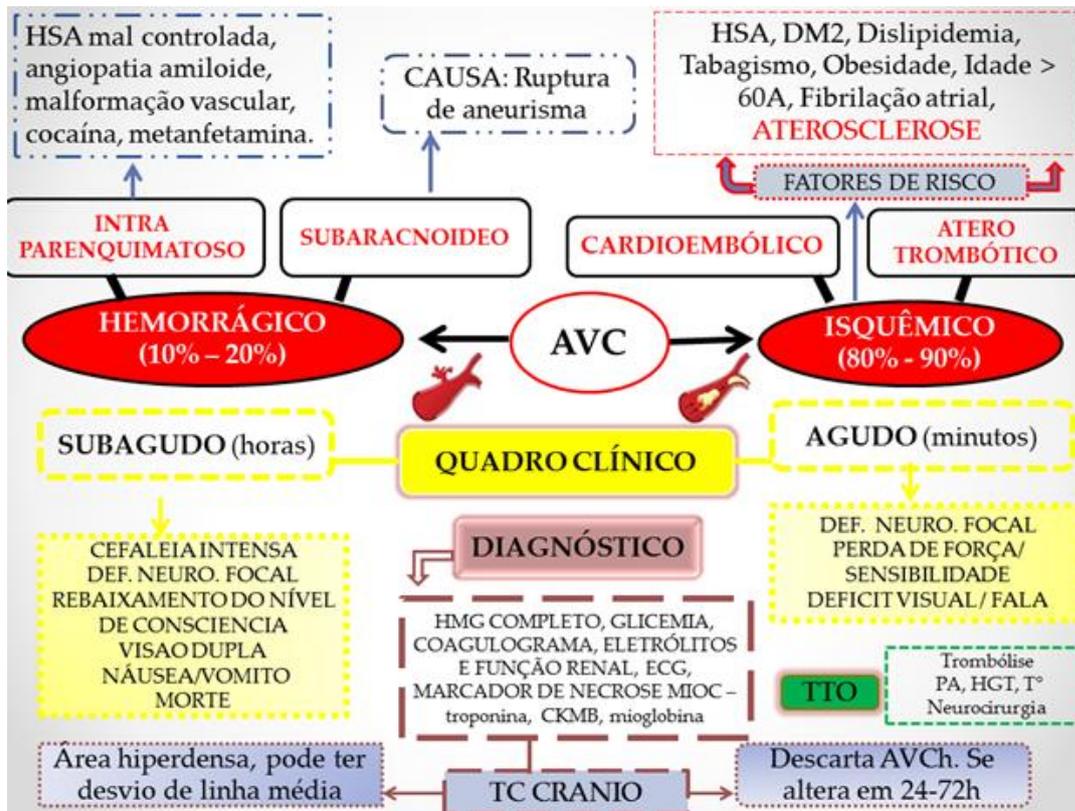
CONDUTA MÉDICA: Solicito exames laboratoriais. Solicito eletrocardiograma. Solicito tomografia do crânio. Prescrevo losartana, hidroclorotiazida, sinvastatina, atenol, ácido acetilsalicílico e sintomáticos caso necessário: dipirona, bromoprida, captopril. Solicito transferência para Hospital Municipal Padre Germano Lauck.

3.2.2 Discussão do caso:

Este foi um caso entre os muitos com suspeita de AVC que chegam na UPA. O diferencial deste foi em relação ao tempo entre o início dos sintomas e a chegada ao serviço, que durou uma hora. Nesse dia a expectativa de toda a equipe envolvida (e minha também) era muito grande diante de uma suspeita de AVC isquêmico, pois tínhamos ainda em haver três horas e meia para o paciente ser encaminhado para realizar a tomografia de crânio e ser implementada alguma medida após.

Enquanto a expectativa era mantida, e a torcida gigante para que o hospital aceitasse o paciente, procedemos com as medidas do protocolo de AVC. Dentre os dois tipos de acidentes cerebrais, o AVC isquêmico, epidemiologicamente, é o mais comum (em torno de 80 a 90%) em relação ao hemorrágico, sendo também o evento de início mais agudo dos sintomas. Como fator causal tem-se a aterosclerose nos idosos, já no AVC hemorrágico é a hipertensão, não esquecendo também a angiopatia amiloide como causa nessa população. A figura 2 “mapa mental sobre o AVC” demonstra de forma esquemática os principais fatores causais do evento.

Figura 2: Mapa mental sobre o AVC



Fonte: A autora. 2021.

A conduta executada pela equipe já na entrada mostrou-se correta. Esse paciente foi avaliado seguindo o protocolo ABCDE do trauma (A: vias aéreas; B: respiração; C: circulação; D: neurológico; E: exposição). No exame físico mesmo apresentava-se afásico, com hemiplegia à direita e com desvio de rima à direita. Esses sinais estão presentes no AVC, seja isquêmico ou hemorrágico, assim como outros: confusão mental; perda visual em um ou ambos os olhos; crise convulsiva; cefaleia intensa e perda de equilíbrio, coordenação ou dificuldade para andar.

Além disso, o paciente do estudo possui alguns fatores de risco para o AVC: idade acima de 60 anos, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia. Verificado outros sinais que pudessem indicar uma suspeita de trauma ou fratura de crânio e edema cerebral, nada encontrado. Não havia relato de confusão mental pela família poucos minutos antes dos sintomas relatados. Um dado que chama a atenção é o fato de haver um episódio de vômito no período que pode ser um sinal de alerta para um infarto, mas não seria o suficiente para causar um distúrbio hidroeletrólítico. Descartado distúrbio metabólico, visto que a glicemia capilar (121mg/dl) estava dentro do esperado. Poderia suspeitar de um AVC hemorrágico se houvesse quadros neurológicos mais graves (convulsão, cefaleia súbita ou rebaixamento do nível de consciência) embora isso não seja uma regra, mas é comum a piora do quadro em algumas horas de evolução.

Após exame físico, foi solicitado os exames laboratoriais , exame de imagem (radiografia de tórax) e eletrocardiograma (ECG). Na avaliação do ECG não havia alterações que pudesse suspeitar por exemplo de algum distúrbio hidroeletrólítico como por exemplo hipocalcemia (onda P apiculada ou a T aplanada) ou bradicardia.

Após exclusão de outros diagnósticos diferenciais e diante de uma imagem de radiologia torácica evidenciando opacidades alveolares, a principal hipótese diagnóstica era um AVC isquêmico. Durante o pedido de exames e solicitação de tomografia crânio, bem como a vaga para o hospital, foram prescritos os seguintes medicamentos losartana, hidroclorotiazida, sinvastatina, atenol e AAS, conduta esta correta quando ao que sugere vários protocolos até o laudo da tomografia de crânio.

O uso de antiagreganteplaquetário (AAS) é uma medida protetora e o estudo de Yamamoto (2021) não encontrou evidências que seja mais eficaz o uso de dupla antiagregação plaquetários com clopidogrel e AAS em relação a aspirina isoladamente, quando se visou reduzir infarto do miocárdio, AVC ou morte por causas cardiovasculares. Além do mais, efeitos colaterais de natureza hemorrágica foram mais frequentes com a dupla antiagregação.

Drogas que possam causar queda brusca e imprevisível da pressão arterial, como os bloqueadores de canal de cálcio (nifedipina) por via sublingual e os diuréticos de alça (furosemida, bumetanida), devem ser evitados. Outro sinal que devemos estar atento é em relação a hiperglicemia (valores maiores que 180mg/dl) pois no AVC, onde tem-se a hipoperfusão cerebral, a hiperglicemia favorece a glicólise anaeróbica aumenta a produção de lactato e desencadeia a acidose tecidual, liberando os aminoácidos excitatórios, culminando assim com maior extensão da lesão neuronal isquêmica. Então deve-se evitar soluções parenterais de glicose, utilizando-se soluções cristalóides para a reposição volêmica.

Outro cuidado é em relação a hipertermia, na qual favorece o desenvolvimento de acidose láctica e conseqüente aceleração da morte neuronal, contribuindo para o aumento da área isquêmica e piora do quadro neurológico. Em suma, recomenda-se evitar, na fase aguda do AVC, a hipotensão, a hiperglicemia e a hipertermia (regra dos 3 “h” no AVC agudo) (YAMAMOTO, 2021).

Algo que faltou aplicar foi a escala de AVC do NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale - NIHSS), score importante para avaliar a gravidade do quadro neurológico. Isso auxilia o profissional regulador, que irá receber o paciente, a quantificar a gravidade do quadro.

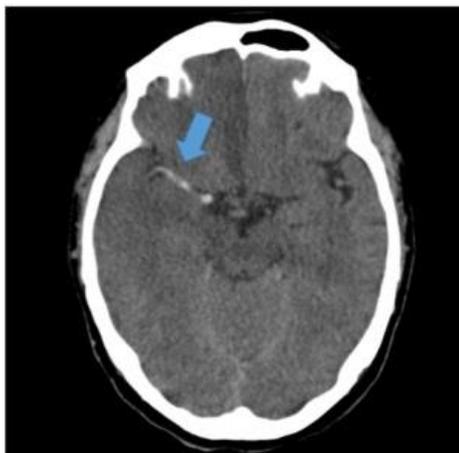
Dando continuidade ao caso, exatamente as 21:56h (quatro horas após o início dos sintomas) o paciente foi transferido para o hospital para realizar a tomografia de crânio. A equipe da Upa Walter estava na torcida para que o paciente conseguisse fazer a TC o quanto

antes e que, de todos os males, fosse um AVC isquêmico para que pudesse ser revertido com um antitrombolítico Alteplase (ainda havia meia hora dentro da janela terapêutica) - disponível há pouco tempo no hospital.

A TC de crânio sem contraste é padrão ouro porque vai possibilitar diferenciar o AVC isquêmico e o AVC hemorrágico e o seu manejo - indicada a trombólise no isquêmico e contraindicada no hemorrágico.

Interessante mencionar que em alguns casos na TC de crânio, quando o AVC está na fase aguda, pode não apresentar alguns sinais radiológicos, no entanto quando é visualizado a artéria cerebral média (ACM) hiperdensa pode ser considerado um sinal precoce do AVC isquêmico pois representa um trombo no interior da artéria cerebral média. A figura 3 mostra um exemplo de tomografia de crânio afetando a ACM:

Figura 3: Tomografia de crânio representando um AVCi localizado na ACM



Fonte: JALES, 2021.

Em relação ao fluxograma de AVC estabelecido em Foz do Iguaçu para que o paciente chegue a tempo no hospital (entre o horário do início dos sintomas até quatro horas e meia – 4,5h - do atendimento de urgência) e consiga realizar a TC de crânio em tempo menor que 4,5 horas e dispor de um neurologista de plantão para realizar uma trombectomia mecânica por exemplo, é limitado, ora pela disponibilidade de recursos (ambulância, equipe) ora pelo tempo que a família busca o atendimento. Assim, nos casos de AVCi como deste estudo, o tratamento inicial na unidade de urgência e emergência da UPA fica no uso de antiagregante plaquetário como forma de prevenção secundária.

O desfecho desse caso foi o seguinte: paciente fez uma TC de crânio as 23:29h evidenciando área de isquemia extensa em região temporal direita e sem sinais de sangramento

agudo (figura 4). Seus exames laboratoriais de admissão apresentaram bons parâmetros: Hb 14; Ht 42,5; Leuco 10.400; Plaq 225000; crea 1,0; ur 33; Na 144; K 4,6; CPK 60; troponina 3; EAS: nitrito, piuria e presença de bactérias; KPTT 39,9 ;INR 1,2. Não recebeu tratamento com trombolítico alteplase. Recebeu tratamento hospitalar preventivo com AAS e sinvastatina.

Figura 4: Tomografia de crânio do paciente R.R.



Laudo da TC do paciente: Presença de artéria cerebral média hiperdensa à esquerda por trombo/coágulo no interior do vaso, representando sinal precoce de infarto cerebral agudo. (AVC). Pequeno infarto lacunar na ponte.

Fonte: *site Vivace Connect*, 2021.

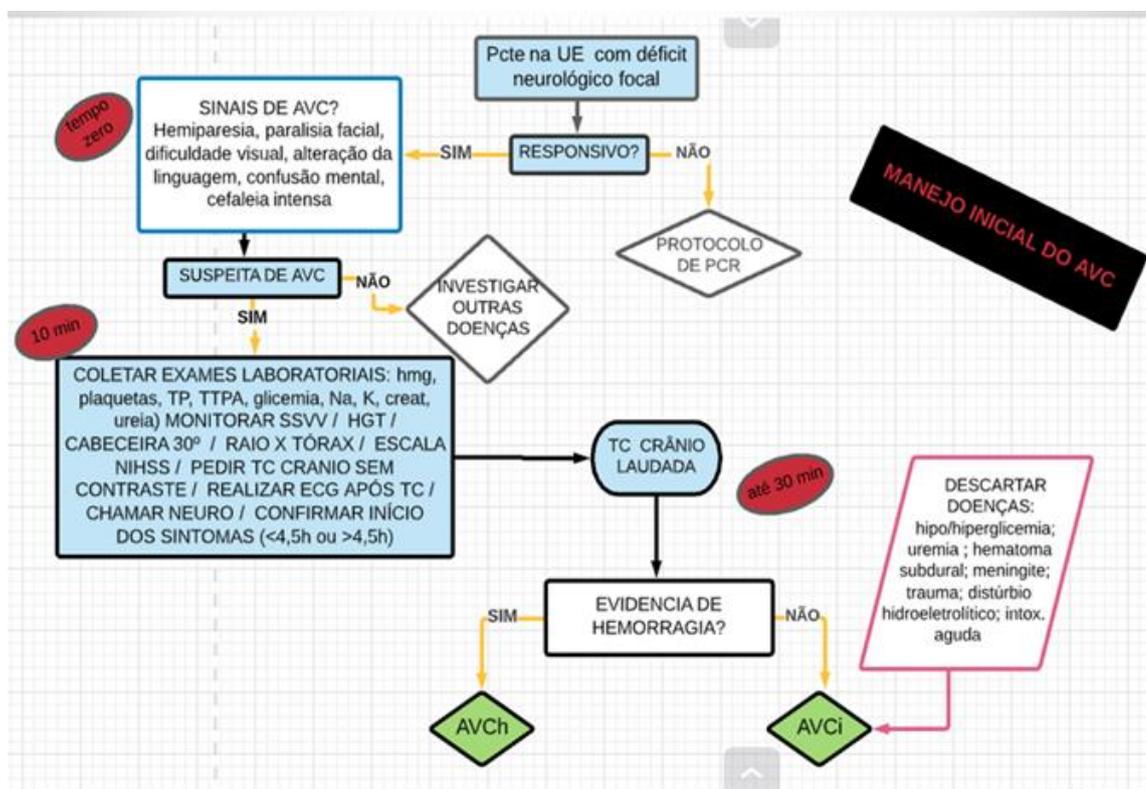
Ao final o que fica: quais os motivos que levaram o paciente não ter recebido o trombolítico? As hipóteses são: demora em fazer a TC de crânio até a interpretação do resultado da tomografia (já havia se passado 5h e meia do início dos sintomas); idade 75 anos; talvez pela persistência da pressão arterial sistólica >180mmHg (não se sabia o valor da pressão arterial após o paciente ter chegado no hospital). Importante, antes realizar trombolíticos, lembrar que os critérios de inclusão e exclusão de trombólise intravenosa.

Pesquisa de Sartoreto *et al.* (2019) sobre as contraindicações mais prevalentes ao uso de trombolítico nos pacientes acometidos por AVCi foram o tempo de chegada do paciente ao serviço de saúde acima de 4,5 horas (43,9%), seguida por pressão sistólica maior do que 185 mmHg e/ou diastólica maior do que 110 mmHg (12,9%). No entanto, chama atenção que 24,7% dos pacientes não apresentavam contraindicação documentada ao uso de trombolítico e que dentre os 112 pacientes que tinham o tempo como contraindicação, 24 (21,4%) chegaram ao hospital ainda dentro desse intervalo, porém a soma com o tempo decorrido até a interpretação da tomografia ultrapassou o prazo de 4,5 horas não sendo possível o uso de trombolítico corroborando com a realidade deste caso clínico, um desfecho não favorável para o paciente e sua família.

Em relação à trombectomia mecânica, este caso está indicado para pacientes que sofreram o AVC isquêmico com oclusão de artéria carótida interna ou artéria cerebral média proximal com até seis horas do início dos sintomas, além de outros como idade maior que 18 anos, pontuação maior que seis na escala de AVC do NIH e tomografia de crânio com pontuação maior que seis na Escala ASPECTS e pontuação 0-1 na Escala de Rankin modificada (mRs) antes do AVC atual (mRs pré-AVC) (USP, 2018)

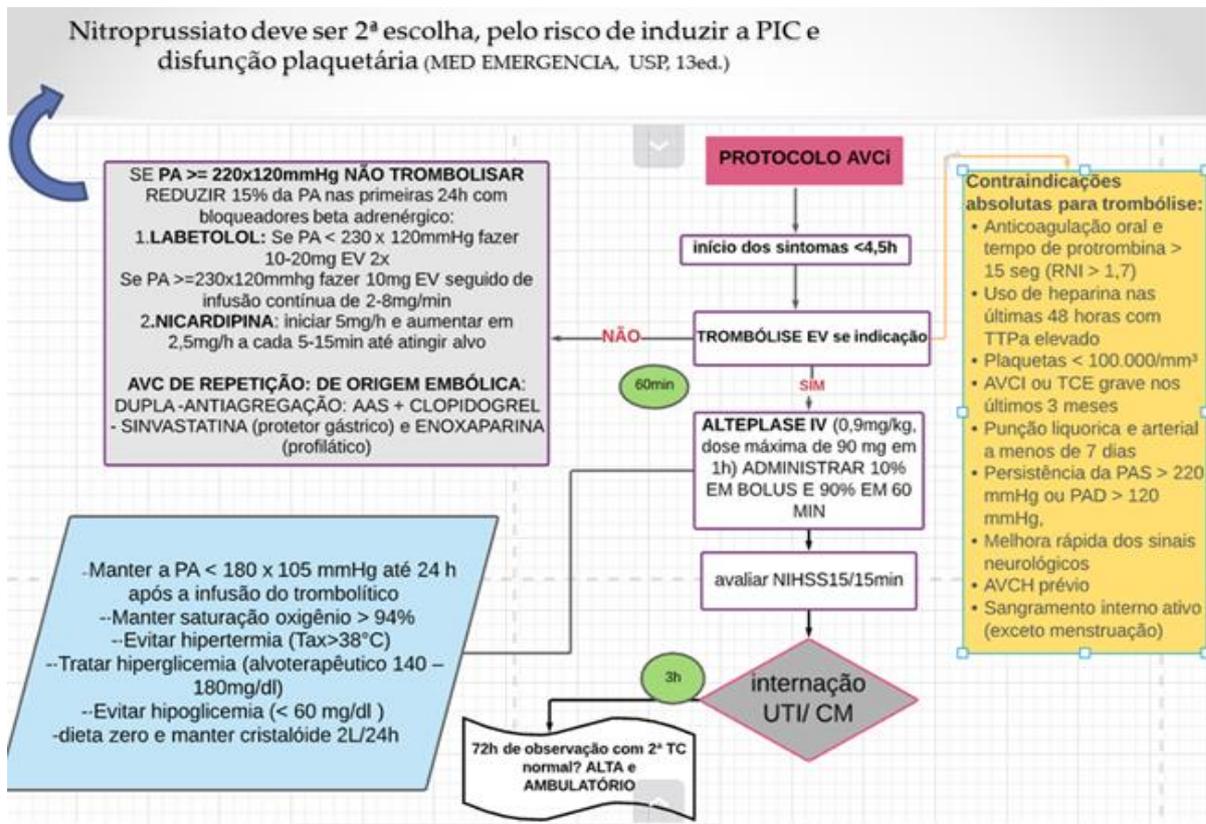
Abaixo segue uma proposta de manejo inicial do AVC (figura 5) e o fluxograma inicial do AVC isquêmico (figura 6):

Figura 5. Manejo inicial do AVC



Fonte: a autora, 2021.

Figura 6. Fluxograma para AVC isquêmico



Fonte : a própria autora, 2021.

Dessa forma, levando em conta essas informações, se faz necessário implantação de protocolos/fluxogramas intra-hospitalares (UPA-Hospital) em Foz do Iguaçu para nortear o manejo clínico e tratamento e conscientizar a população no geral quanto ao reconhecimento dos sintomas de AVC isquêmico.

3.3 CASO CLÍNICO: TAQUICARDIA

Cenário: UPA JOÃO SAMEK

3.3.1 História clínica e anamnese

Identificação: SSG, 42 anos, sexo masculino, casado, morador de Foz do Iguaçu, auxiliar de serviços gerais no refúgio biológico

Queixa principal: “palpitação, falta de ar e dor no estômago”

História da doença atual: Paciente deu entrada na Upa pela manhã, por meios próprios, com queixa de taquicardia, dispneia e epigastralgia. Relatou há cerca de 8 dias sentir taquicardia e febre não aferida e há cerca de 6 dias com epigastralgia do tipo queimação. Fez uso de Paracetamol 750mg, a cada 3h nos últimos dias, por "sensação de febre", tendo interrompido após iniciar com queimação epigástrica que persiste até o momento. Refere história de febre reumática, descoberto aos 4 anos de idade sendo tratado com benzetacil até os 17 anos, sendo necessário cirurgia para troca de válvula há 14 anos, em uso de válvula metálica até então. Relata que faz acompanhamento de INR há 14 anos, de forma mensal sempre com INR dentro do esperado (refere que cardiologista orienta INR de 2,0 - 3,5) e acompanhamento com cardiologista anual. Nega febre, tosse, coriza, sintomas gastrointestinais e urinários. Nega outras comorbidades. No momento que adentrou ao consultório: Frequência cardíaca:160bpm e FR: 22 ipm, PA: 130x90mmHg; Sat 98% em AA.

História patológica progressa: cirurgia de inserção válvula átrio ventricular metálica esquerda (há 14 anos) // úlcera gástrica (há 2 meses, já tratado). Nega outras comorbidades

Medicamentos de uso contínuo: Marevan 25mg 1cp/dia .**Observação:** realiza controle mensal com TAP – manter entre 20-35

SINAIS VITAIS NA ADMISSÃO (9:45h):

Sala amarela da Upa: FC: 160bpm ; FR: 22 ipm; PA: 130x90mmHg; Sat 98% em ar ambiente.

Sala vermelha da Upa: FC:142bpm; FR: 14ipm; PA: 110x80mmHg; Sat O2: 98% em ar ambiente; T: 36°C ; HGT: 100mg/dl

EXAME FÍSICO:

ECTOSCOPIA:REG, LOTE, afebril, corado, hidratado

NEUROLÓGICO: Glasgow 15/15, pupilas isocóricas e fotorreagentes bilateralmente, sem evidência de trauma de crânio, conversando.

RESPIRATÓRIO: expansibilidade preservada, MV + sem RA, ausência de esforço respiratório

CARDIOVASCULAR: BRNF em 2t com estalido metálico, normocárdico

ABDOMINAL: Flácido, timpânico, indolor, sem visceromegalias, sem sinal de peritonismo

NEUROLÓGICO: Glasgow 15. PIFR. Sem déficit neurológico

EXTREMIDADE: ausência de edema, função motora preservada

CONDUTA MÉDICA:

Conduta na sala amarela (9:40): Solicitado eletrocardiograma, radiografia de tórax, exames laboratoriais e encaminhado para sala vermelha.

Às 14: 12h: Paciente admitido na emergência proveniente do consultório por quadro de taquicardia, histórico de uso de válvula mitral, refere falta de ar, coração acelerado, consciente,

orientado, calmo, respiração em ar ambiente, eupneico, apresenta tosse, boa saturação de O₂, normotenso, taquicárdico, abdome plano, flácido, indolor a palpação, diurese espontânea, presente, sem edemas, corado, hidratado, realizado ecg, rx de toráx, coletado exames laboratoriais, realizado manobra de valsalva, sem sucesso, iniciado amiodarona em dose de ataque, em seguida dose de manutenção de 16 ml/h em BIC.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: fibrilação atrial de alta resposta

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: taquicardia supraventricular, fibrilação atrial

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: infarto agudo do miocárdio, taquicardia por reentrada nodal (TRN), taquicardia por reentrada atrioventricular (TAV), flutter atrial e taquicardia atrial (TA).

Exames laboratoriais solicitados na admissão: Hb 12,80 g; Ht: 38,70 ; VGM 87,76; leuco: 6.370 ; plaq 273.000 ; ureia 21 ; crea 0,8 ; Na 141 ; K 4,7 ; CPK :77 U/L; CKMB: 7 U/L ; troponina 9 ; KPTT: 71,3 seg ; TAP 12,4% atividade ;INR: 4,32

3.3.2 Discussão do caso:

Esse foi um caso que não realizei a admissão do paciente, mas sim a evolução após passagem de plantão. Apesar disso, fiz a estrutura de admissão novamente com inserção de novos dados que não havia na anamnese anterior.

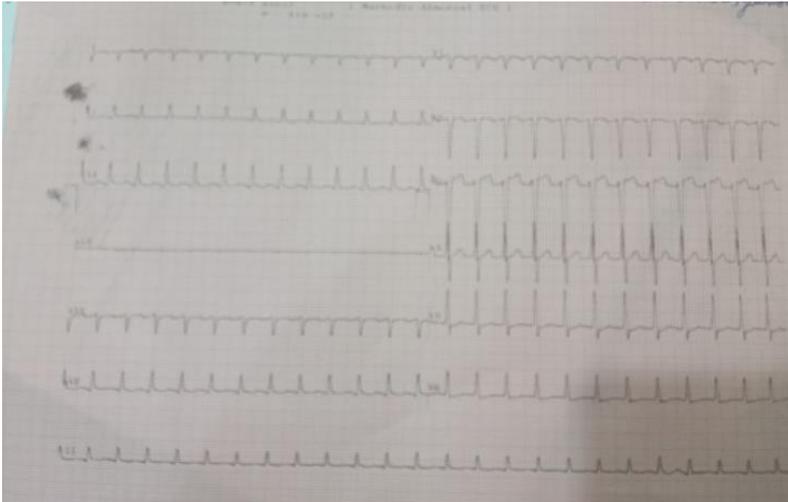
Trata-se do caso de um paciente jovem, com 42 anos e do sexo masculino, com história de febre reumática na infância e prótese valvar. Durante a entrevista paciente conta que antes de procurar a Upa entrou em contato com o SAMU para esclarecimento de onde procuraria atendimento, se no hospital Costa ou se a Upa, visto a história de inserção da válvula mitral. Foi orientado ele procurar a Upa e assim o fez por meios próprios.

Até aí acendeu um alerta para os médicos da Upa: por que o paciente não foi procurar direto o hospital referência Costa Cavalcanti, uma vez que o mesmo faz acompanhamento anual com cardiologista há anos? Segundo o paciente, foi orientação do SAMU buscar a Upa. Então, estaria o regulador equivocado? Ou o paciente não explicou toda a história? O paciente deveria ter procurado o hospital imediatamente? Falha de gestão na orientação? Fica a pergunta no ar com respostas diferentes por alguns médicos com o qual troquei informações: uns afirmam que deveria ter ido direto ao hospital de referência, outros disseram que o paciente fez certo, procurar a Upa.

Seguindo discussão do caso, o paciente deu entrada na Upa taquicárdico (frequência cardíaca 160bpm), dispneico e com epigastralgia. Foi encaminhado do consultório para sala

amarela, onde foi realizado o eletrocardiograma de admissão, conforme pode-se ver na figura 7, radiografia do tórax e os sintomáticos se fosse necessário (clonidina para hipertensão, atenolol, adenosina trifosfato, omeprazol, dipirona, ondansetrona, insulina). Dessas medicações a única que necessitou foi clonidina por volta do meio dia.

Figura 7: Eletrocardiograma de admissão (9:45h)



Fonte: Arquivo Upa, 2021

Cientificamente, o diagnóstico de um ECG com taquiarritmia baseia-se na avaliação das ondas QRS (SANTOS, 2013):

1. QRS estreito ($< 0,12$ ms):

- R-R irregular = fibrilação atrial (FA), flutter atrial e taquicardia atrial multifocal;
- R-R regular = taquicardia por reentrada nodal (TRN), taquicardia atrial, flutter atrial e taquicardia por reentrada átrio-ventricular (TRAV)

2. QRS alargado ($\geq 0,12$ ms): 80% dos casos são taquicardia ventricular (TV):

- R-R regular = TV monomórfica, ou taquicardia supraventricular com condução aberrante;
- R-R irregular = TV polimórfica, torsades de pointes, fibrilação atrial associada com pré excitação ventricular.

É importante avaliar a estabilidade hemodinâmica do paciente, pois em caso instável (hipotensão, dor precordial, dispneia, alteração do nível de consciência) pode ser necessário utilizar o cardioversor para restaurar a frequência cardíaca.

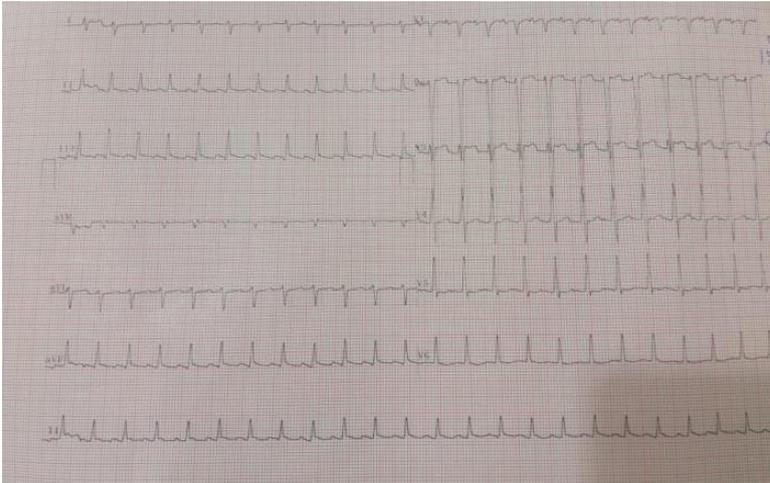
Em relação aos exames solicitados a conduta médica inicial está de acordo, inclusive solicitar a troponina, um exame sensível, para descartar possibilidade de infarto. Uma das coisas que o profissional médico poderia ter feito, logo após realizar o ECG, seria ter aplicado o tratamento não medicamentoso devido ao quadro estável do paciente: manobra vagal. Essa consiste em:

- Manobra de valsalva convencional: solicitar ao paciente que encha o peito de ar e sopre contra o braço sem deixar escapar o ar.
- Manobra de valsalva modificada: elevação dos membros inferiores após uma expiração contra resistência, visando atingir um maior grau de estimulação vagal.
- Indução do vômito.
- Beber um copo de água gelada rapidamente.

Em relação a essas manobras de valsalva, vale a pena mencionar o estudo de Ferreira, Fumagalli e Teixeira (2021) que avaliou a taxa de sucesso na reversão de taquicardias supraventriculares pela manobra modificada comparando-a com a manobra de Valsalva convencional. Nessa pesquisa, a maior eficácia na cardioversão da arritmia não medicamentosa foi obtida pela manobra modificada (48,3%) em comparação com a convencional (19,6%) trazendo benefícios aos pacientes enquanto menor exposição aos medicamentos e a cardioversão elétrica.

Como não houve diminuição da frequência cardíaca após algumas horas em observação, o paciente foi transferido para sala vermelha hemodinamicamente estável, sendo repetido novamente o ECG, que foi (figura 8):

Figura 8. Segundo eletrocardiograma (12:06h)

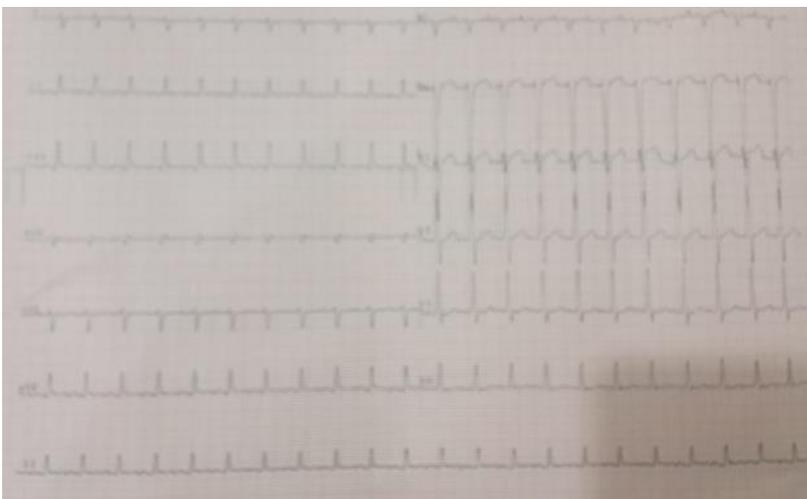


Fonte: Arquivo Upa, 2021

A conduta médica seguiu exatamente o preconizado pela diretriz de taquicardia, em relação à escolha de medicamentos (SANTOS, 2013):

- 1 – Realizou a manobra de valsalva, o qual no caso do paciente não teve boa resposta
- 2 – Iniciou adenosina em três oportunidades (6mg - 12mg - 12mg) sem retorno ao ritmo sinusal. Relembrando que podem ser repetidas mais duas doses de 12 mg cada uma não ultrapassando a dose máxima: 30 mg.
- 3 - O médico iniciou a amiodarona em dose de ataque (dose de ataque de 150 a 300 mg, EV, podendo-se repetir mais 150 mg após 15 minutos) em seguida dose de manutenção de 16 ml/h em BIC.
- 4 – Repetiu o eletrocardiograma após medicações (figura 9).

Figura 9. Terceiro eletrocardiograma (12:06h) (pós medicações = adenosina + amiodarona)



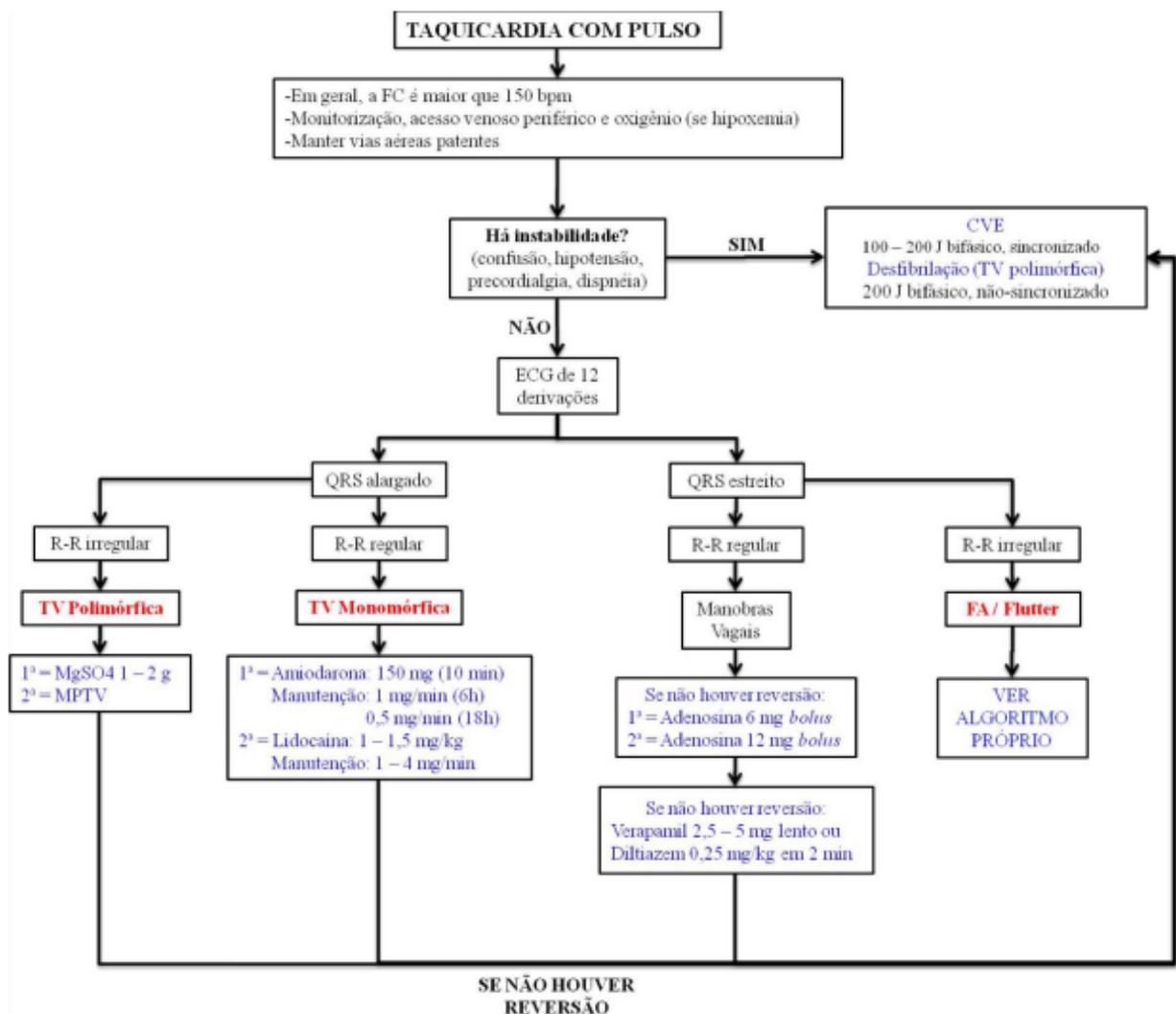
Fonte: Arquivo Upa, 2021

Após todos esses passos o paciente apresentou retorno ao ritmo sinusal, mantendo taquicardia sinusal de 130 batimentos por minuto e então foi associado um medicamento beta-bloqueador via oral atenolol.

Por fim, ficou sendo monitorizado os sinais vitais, manteve estável sua frequência cardíaca, e, após duas horas transcorridas as medicações adenosina e amiodarona, já estava em torno de 60bpm. Manteve-se na sala de emergência para monitoração, sendo ponderado a necessidade de vaga em referência cardiológica conforme seguia a evolução clínica.

Abaixo segue um modelo de fluxograma para taquiarritmia (figura 10):

Figura 10. Fluxograma para atendimento ao paciente com taquicardia



Fonte: Chierice, Pavão, Miranda; 2019.

Convém destacar que o paciente evoluiu com manutenção da frequência cardíaca no decorrer do período, sendo transferido para sala amarela para observação e controle do INR,

uma vez que nos seus exames laboratoriais vieram valores alargados (TAP 12,4% atividade ;INR: 4,32).

Conforme o mesmo mencionou, faz controle mensal do INR há 14 anos, devido ao uso de anticoagulante e sempre mantendo os parâmetros dentro da normalidade. Como são fatores de coagulação produzidos pelo fígado, na história do paciente, a sobredose de paracetamol. Seria importante nesse momento, solicitar exames que demonstram as demais funções hepáticas ou inflamações (bilirrubinas, TGO, TGP, albumina)

Por fim, a hipótese diagnóstica final fechou em taquicardia supraventricular, necessitando reajustar o anticoagulante visto que já é um paciente que faz uso em longo prazo.

Relatos de caso como este, demonstram a importância de uma boa comunicação entre regulador e o paciente para que o mesmo obtenha um melhor prognóstico. Além disso, é preciso aprimorar o olhar para todos os exames solicitados, visto que o manejo inicial correto depende de uma boa história clínica e um bom exame físico, e ao observar um ECG ou radiografia, exames estes que não demoram para serem realizados, a conduta esteja de acordo com a hipótese diagnóstica.

Conclui-se que a criação de um fluxograma na Upa, como já demonstrado na figura 10 anteriormente, aplicado a realidade Foz do Iguaçu auxiliaria no manejo rápido.

3.4 CASO CLÍNICO: DOENÇA ARTERIAL OCLUSIVA PERIFÉRICA

Cenário: HMPGL

3.4.1 História clínica e anamnese

Identificação: idosa, P.K., 84 anos, natural do Rio Grande do Sul, residente em Medianeira, mora com filha.

Queixa principal: "muita dor na perna"

História da doença atual: paciente deu entrada há dois dias (16/12) neste nosocômio, encaminhada do hospital de Medianeira, refere que no dia 12/12/21 iniciou, de forma súbita, dor de alta intensidade em ambos os membros inferiores, mais acentuado à esquerda, com impossibilidade de deambulação, cansaço prévio e cianose associada, nega hiperemia, nega edema, nega empastamento de panturrilhas, nega episódios prévios e sintomas respiratórios. Refere que no dia 12/12 foi internada por esse motivo tendo alta no mesmo dia sem medicação

ambulatorial, tendo a dor retomado no dia 14/12, novamente necessitando de atendimento e tido alta com codeína. Acompanhante refere que no dia 15/12 paciente teve uma parada cardiorrespiratória sendo atendida pelo SAMU que a encaminhou para hospital em Medianeira onde ficou internada até transferência a esse serviço.

HPP: HAS, nega outras comorbidades.

Medicações de Uso Contínuo: Hidroclorotiazida 25mg (1-0-0); Losartana 50mg (1-0-1); Anlodipino 5mg (1-0-1); Amiodarona 200mg (1-0-0); AAS 100 (0-1-0)

Alergias: nega

Hábitos de Vida: tabagista passiva e uso de fogão à lenha

Subjetivo: Refere leve dor na perna esquerda apenas à movimentação no leito.

Sinais vitais: PA: 144x96 // FR: 20 // FC: 80 // SPO2: 96% em cateter nasal a 1litro O2 // T°35,4 C

EXAME FÍSICO

ECTOSCOPIA: Regular estado geral, lúcida orientada em tempo e espaço, colaborativa, acianótica, anictérica, corada, desidratada +/-4, afebril, em uso de O2 1 L/min, hemodinamicamente estável sem uso de droga vasoativa.

NEUROLÓGICO: Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

CARDIOVASCULAR: Bulhas arrítmicas, NF, 2T, não ausculto sopros ou extrassístoles. TEC < 3segundos

RESPIRATÓRIO: Murmúrio vesicular universalmente audível, não ausculto ruídos aéreos. Ausência de esforço respiratório

ABDOMINAL: globoso à custa de panículo adiposo. Presença de ruído hidroaéreo nos quatro focos abdominais. Depressível, indolor à palpação superficial e profunda. Sem sinais de irritação peritoneal. Não palpo massas ou visceromegalias. Presença de dermatite por fralda em região inguinal bilateral.

MEMBROS: Membro inferior direito (MID) frio, com pulsos poplíteo, femoral, tibial posterior e pedioso palpáveis e força muscular preservada (grau 4). Membro inferior esquerdo (MIE) frio, com cianose nos dedos dos pés associada a palidez do membro até a região proximal da coxa, com pulso femoral palpável e AUSÊNCIA de pulso poplíteo, tibial posterior e pedial e dor a movimentação.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: síndrome da mobilidade reduzida, síndrome vascular

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: vasculopatia periférica, doença arterial obstrutiva periférica

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: aneurisma arterial, embolia, dissecação arterial, doença de buerger, doença cística, trombose venosa profunda

Exames Complementares:

Laboratório (16/12/21): Hb 17,4 / Ht 54,4 / Leuc 12360 / Plaq 232000 / Ur 76 / Cr 0,7 / Na 146 / K 4 / Lact 14,20 / Bil Total 2,51 (BD 0,74 / BI 1,77)

Ultrassonografia com doppler arterial de membro inferior esquerdo (15/12): oclusão arterial de MIE.

Angiotomografia computadorizada de pelve e membros inferiores (17/12/21):

- Estruturas vasculares, foco do exame, com intensa doença aterosclerótica e sinais de insuficiência arterial importante em ambos os membros inferiores.
- Oclusão de artéria ilíaca comum esquerda em sua origem.
- Oclusão de artéria femural superficial direita em canal de adutores.
- Demais estruturas visibilizadas sem evidências de outras anormalidades ao método.

CONDUTA MÉDICA

- Aguardando avaliação da vascular. Mantenho profilaxia gástrica. Sinvastatina e Antiagregante. Início enoxaparina 40mg 12/12h. Suspendo heparina em bomba de infusão contínua. Desmame de oxigênio. Manter aquecimento de membro esquerdo. Monitorização multiparâmetros.

3.4.2 Discussão do caso

Convém mencionar que o caso clínico foi descrito após o segundo dia de internamento da paciente.

A escolha desse caso se deu pela história (cansaço e a dor súbita nos membros inferiores) que foi tardiamente diagnosticado. Geralmente observa-se que quando há alguma lesão aparente nos membros é que surge a urgência no tratamento e cuidado.

Após realizar o exame de imagem ficou claro que o diagnóstico dessa paciente foi doença arterial por oclusão periférica (DAOP), nesse caso, por oclusão de artéria ilíaca decorrente da doença aterosclerótica em membro inferiores.

A paciente idosa possui uma única comorbidade, a hipertensão, sendo esta um dos fatores de risco para doença arterial periférica pois tem sido apontada como uma das causas para aterogênese. Chama atenção na sua história, a parada cardiorrespiratória, a qual a acompanhante não soube dar maiores detalhes, após o início dos sintomas. Artigo de Nunes et al (2021) trata que a isquemia aguda do membro suficiente para ameaçar a extremidade inferior seja mais comumente devido ao tromboembolismo, por exemplo, fibrilação atrial. A pergunta que fica: a

parada cardiorrespiratória, mencionada pela acompanhante seria por conta da fibrilação atrial e isso agravou o quadro de dor nos membros inferiores?

Segundo alguma leitura realizada sobre o tema percebe-se que a informação sobre a doença é escassa principalmente quando se fala em tratamento. Além disso, ficou demonstrada por meio de artigos de Nunes *et al* (2021) que os pacientes que apresentavam ausência de pulsos distais (tibial posterior e pedioso) associada a dor de repouso e/ou lesão trófica tiveram o diagnóstico de DAOP e a maioria deles só chegaram ao hospital após 45 dias dos sintomas. O que difere do caso, por a paciente chegar ao hospital com 6 dias após inícios dos sintomas. Porém a espera da paciente no hospital pela avaliação do cirurgião vascular corrobora com o encontrado na literatura que é em torno de 2,2 dias (até então, dois dias havia se passado do internamento). E onde há a espera, pode haver o agravamento.

Alguns sinais clínicos descritos por Neschis e Golden (2021) para sugerir DAOP corrobora com o que a paciente apresentava apresentados no quadro2 abaixo:

Quadro 2. Sinais clínicos da DAOP descritos na literatura comparado ao que paciente apresentava

LITERATURA DAOP	PACIENTE DO CASO COM DAOP
Doença aterosclerótica de membros inferiores	Com aterosclerose nos membros inferiores
Dor nos grupos musculares afetados seja como claudicação intermitente clássica ou dor atípica nas pernas (dor em repouso) localizada no antepé e frequentemente agravado pela elevação e aliviado pela dependência.	Não avaliado como era antes da dor súbita. No exame físico: dor em repouso
Presença de uma úlcera de extremidade é um dos sinais clínicos	Não tinha úlcera. Apenas cianose de extremidade
Isquemia aguda do membro (dentro de duas semanas)	Sim (no dia da dor já procurou serviço de saúde)
Palidez da pele ou cor azulada/arroxeadada nos dedos ou nos pés (cianose)	Sim, apenas nos dedos do pé
Unhas dos dedos dos pés quebradiças.	Não observado
Pulsações diminuídas ou ausentes das artérias no membro acometido.	ausência

Fonte: a autora, 2021.

Quanto ao exame, na literatura descreve que uma radiografia simples dos MMII pode demonstrar calcificação arterial em locais consistentes com a doença arterial periférica (SANSOLO, 2021). Como a paciente veio transferida de outro hospital de cidade vizinha, a

opção foi por outro tipo de exame de imagem. Mas, na UPA ou nas unidades básicas de saúde podemos usar esta alternativa mais acessível. O outro exame principal para diagnosticar a doença arterial periférica é medir o índice tornozelo-braquial, exame clínico que compara a pressão arterial nos braços e nas pernas. Se a pressão for menor nos membros inferiores — com uma diferença igual ou maior do que 0,9 — é provável que a DAP esteja instalada.

Quanto ao tratamento, segundo a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular Regional de São Paulo (2021) pacientes com DAOP sintomática devem ser tratados com agentes antitrombóticos a fim de reduzir o risco cardiovascular. O uso em esquema de monoterapia de AAS ou clopidogrel é recomendado, Quando a paciente deu entrada no hospital foi iniciado anticoagulante enoxaparina 40mg. Após, prescrito heparina 25mil unidades internacionais, 5ml a convencional, em bomba com controle de KPTT. Além disso, manteve o AAS, sinvastatina, clopidogrel 75mg, e demais sintomáticos se necessário. Percebe-se então que houve dupla antiagregação instituído no tratamento. No entanto, alguns desses são diferentes do recomendado na literatura. Estudo clínico pelo Eikelboom *et al* (2017) cita que o uso de rivaroxaban (anticoagulante) associado ao AAS (antiplaquetário) reduziu 1,54% ao ano o risco de amputação de membros em pacientes sintomáticos. Entretanto, estes benefícios devem ser ponderados, uma vez que há o aumento de risco de sangramento de 0,69% ao ano.

Em relação ao tratamento da doença arterial periférica, a literatura traz (SANSOLO, 2021; EIKELBOOM *et al.*,(2017) como recomendação, para casos classificados como leves, realizar atividade física e mudança de hábitos de vida como: cessação do tabagismo, mudança de hábitos alimentares, controle adequado da pressão arterial, controle dos níveis sanguíneos de colesterol e triglicérides e, quando presente também, rigoroso controle do diabetes. Ou seja, exercício físico e mudanças de hábito de vida é capaz de mudar o prognóstico da doença.

Em situações graves (já obstrutivo) indica-se a intervenção cirúrgica aberta ou por técnica endovascular (tipo cateterismo), como acredito ser o caso da paciente em questão. Isto permitirá uma melhora rápida do fluxo sanguíneo na tentativa de aliviar dor nas pernas ao caminhar quando esta limita substancialmente as atividades diárias (claudicação incapacitante); ou a dor mesmo em repouso na perna (indicando uma falta de circulação crítica) ou lesões isquêmicas como úlceras ou mesmo a morte de parte do membro (necrose) indicando que a circulação não consegue sequer suprir as necessidades mínimas desta perna, com grande chance de amputação do membro se nada for feito.

O desfecho desse caso clínico se deu com uma realização de embolectomia de membro inferior esquerdo (ilíaco-femoral) + fasciotomia de perna esquerda medial e lateral no terceiro dia de internamento no hospital, preservando então o membro inferior.

Este estudo possibilitou reconhecer que a doença arterial periférica quando presente pode ser considerada como um sinal da doença vascular coronariana (marcador de presença da aterosclerose nas artérias do coração) e que a suspeita diagnóstica da doença arterial periférica pode ser feita pelo médico generalista, utilizando instrumento de avaliação simples, como índice tornozelo-braquial – principal exame para diagnóstico clínico. No entanto, a avaliação de um cirurgião vascular é fundamental na confirmação do diagnóstico e na tomada de decisões para o tratamento adequado.

A falta do diagnóstico precoce em reconhecer os sinais da doença arterial, principalmente no âmbito da atenção primária, pode gerar um membro a menos ou uma lesão a mais para o paciente e um gasto maior para o SUS.

3.5 CASO CLÍNICO: DENGUE

Cenário: UPA MORUMBI

3.5.1 História clínica e anamnese

Identificação: LAO, 42 anos, sexo feminino, casada, mãe de dois filhos, do lar.

Queixa principal: “estou com dengue”

História da doença atual: Paciente procura atendimento há um dia (03/11) por quadro de náuseas e vômitos persistentes, dor abdominal, mialgia, cefaleia, diarreia, astenia, evoluindo com piora dos sintomas, prostrada. Refere que há quatro dias (31/10) esteve nesta Upa com mesmos sintomas associado dor retroorbitária e dorsalgia. Quadro de dengue tipo B confirmado com prova de laço positivo há 4 dias (31/10). Relata que neste dia dos sintomas (31/10) recebeu hidratação, e medicação, sendo realizada nova coleta de hemograma, após hidratação. Reavaliada e liberada para casa com orientação de retorno em 3 dias com novo hematócrito e hidratação via oral e medicações sintomáticas. Porém, houve pouca melhora da dor, e evoluiu com cefaléia e os demais sintomas supracitados. Nega febre, nega dispneia. Nega alergia medicamentosa.

História patológica progressa: Obesidade; antecedente de hepatite A, dengue tipo B. Nega Hipertensão arterial, diabetes mellittus. Nega alergias medicamentosas.

Medicamento de uso contínuo: nega

Hábito social: Nega tabagismo, etilista social.

Sinais Vitais: Pressão arterial: 140x85mmHg // Respiração: 20ipm // Temperatura: 36,2°C // frequência cardíaca: 82bpm // SatO2: 98% em ar ambiente // Hemoglicoteste: 105 mg/dl

EXAME FÍSICO:

ECTOSCOPIA: Regular estado geral, lúcida orientada em tempo e espaço, eupneica, deambulando, colaborativa.

NEUROLÓGICO: Glasgow 15; sem sinal de irritação meníngea, pupilas isofotorreagentes.

CARDIOVASCULAR: bulhas normofonéticas em dois tempos, sem sopros; pulsos periféricos palpáveis, tempo de enchimento capilar < 3 segundos;

RESPIRATÓRIO: expansibilidade preservada, MV+ sem ruídos adventícios;

Abdominal: globoso, sem visceromegalias, ruídos HA presentes, indolor a palpação superficial e leve dor a palpação profunda.

EXTREMIDADES: membros inferiores com edema +/4+; panturrilhas livres.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: síndrome algica, síndrome infecciosa, síndrome dolorosa abdominal; síndrome gastrointestinal

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: dengue tipo C

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: outras arboviroses (Chikungunya, febre amarela, zika), queimadura sola, escarlatina, influenza, doenças exantemáticas (rubéola, sarampo, parvovirose, mononucleose infecciosa, citomegalovírus, herpes zoster, etc.) meningococemia, leptospirose, malária, hepatites virais, hantavirose, riquetsioses, púrpura autoimune, alergias, abdome agudo.

EXAMES COMPLEMENTARES: estão descritos apenas os laboratoriais pois não foram solicitados outros exames complementares como radiografia. Ressalto que fiz um quadro comparativo (quadro 3) do último dia em que a paciente teve alta com dengue tipo B (31/10) a data de admissão novamente na Upa (03/11).

Quadro 3. Exames laboratoriais com valores comparativos do dia da alta (31/10), dia da admissão (03/11) e dias subsequentes à reinternação (04/11 e 05/11) e o tipo da dengue

31/10: DEN B	03/11: DEN B	04/11: DEN C	05/11: DEN C
Hb: 14,70 Ht: 44,2% Leuco: 3.630 Bast: 14% Neutro: 63%	Hb: 16,10; Ht: 47,70; <u>Leuco: 4.210;</u> Bast: 8%; neutro 77%,	Hb 14,3; Ht: 42,10 ; <u>Leuco 3.550;</u> <u>Bast: 8%,</u> Neutro 46 %	Hb 12,4; Ht 36,6 ; <u>Leuco 3.190;</u> Bast 0% bast, Neutro 47%,
Plaquetas 143.000 /mm ³	Plaq: 174.000 /mm ³	Plaq:182.000/mm³	Plaq 157.000/mm ³ ;
Linfócitos T: 1.052,70 /mm ³	Linfócitos T : 914,40 /mm ³	Linfócitos T: 1.668,5 /mm³	Linfócitos T. 1.212,20 /mm ³
Ureia: 15, Crea: 0,6; Na: 143, K: 4,0 ; Amilase: 45 ; bilirrubina total 0,6, bilirrubina direta: 0,3 ; bilirrubina ind: 0,3 ; fosfatasealcalina 118 ; Gama GT: 162 ; Lipase 36 ; PCR: 6,0 ; TGO : 54 ; TGP: 64 ; urina normal	Uréia 23 ; Crea 0,60 ; Na: 146 ; K: 4,2 ; albumina: 4,5 ; <u>bilirrubina total</u> <u>1,30, bilirrubina</u> <u>direta: 0,8</u> ; bilirrubina ind: 0,5 ; <u>PCR: 18,4</u>	Creat 0,50, Na 144 , K 4,0, <u>bilirrubina</u> total <u>1,30,</u> <u>bilirrubina direta:</u> <u>0,7</u> ; <u>bilirrubina</u> <u>ind: 0,6</u> ; <u>Mg 1,9</u> ; KPTT: 37,6 ; INR: 1,10; TAP: 11,5 seg, TGO: 36, TGP: 37 ,urina normal	

Fonte: a autora, 2021.

CONDUTA MÉDICA: Prescrito hidratação. Solicitado novos exames laboratoriais e vaga para Upa Samek.

3.5.2 Discussão do caso

Embora dengue seja uma doença comum no estado do Paraná, ainda assim acaba sendo muitas vezes negligenciada e mantém uma taxa de morbidade e mortalidade considerável. Ademais, por si só, é uma doença que se instala de forma mais insidiosa e lenta.

Estatisticamente, o boletim epidemiológico de 2020/2021 (desde 01/08/2020), trouxe 27.889 casos confirmados de dengue e 32 óbitos no Paraná, sendo três óbitos em Foz do Iguaçu

por dengue (BRASIL, 2021). Embora nesse boletim trouxesse a notícia que houve uma redução de 87,7% em relação ao período anterior, ainda assim os dados evidenciam que é uma doença que pode levar a um desfecho irreversível se, não diagnosticada e tratada no tempo certo.

Para construir o raciocínio clínico, pensando na história dessa paciente, o exame físico e o resultado desses exames laboratoriais, vieram os questionamentos: “será que ainda é dengue? O que me leva a pensar no agravamento do quadro? Quais são os sinais de alarme mesmo? Preciso comparar os hemogramas para saber a evolução para dengue grave, já que a doença é um pouco silenciosa” ...

Posso considerar que essa paciente que apresentava um quadro de dengue tipo B há dias atrás (31/10/21), deu entrada no serviço novamente dia 03/11/21 ainda com os mesmos sintomas (salvo a dor retroorbitária que já não tinha mais). “É uma paciente ainda com dengue tipo B, considerando que na nova admissão eu não tinha o exame laboratorial em mãos, ou classificaria já como dengue C pelo sinal de alarme? Como está a hidratação? Seu estado hemodinâmico? Está em choque? Preciso pedir vaga para o hospital ou consigo manter na unidade de pronto atendimento?”

O caso clínico aponta para o quadro de dengue tipo B que evoluiu para tipo C por conta da manutenção e a não melhora dos sintomas e sinais de alarme (dor abdominal e vômito persistente) mesmo tendo recebido medicações sintomáticas para tratar em casa (dipirona, paracetamol e metoclopramida e sais de reidratação oral). De certa forma, pode-se dizer que a paciente foi bem orientada quando teve alta da dengue tipo B, pois, além de ter sido orientada para retornar a Upa em três dias para controle do hematócrito pelo hemograma (data da alta dela foi 31/10), deveria retornar para Upa em caso de aparecimento de sinais de alarme, conduta essa condizente com o manejo clínico da doença orientado pelo Ministério da Saúde.

Vale mencionar quanto à nomenclatura: não se utiliza mais o termo clássico ou hemorrágico e sim dengue sem sinais de alarme (antigamente chamada de clássica) ou com sinais de alarme / grave (confusão mental, sangramento na boca- gengiva-nariz, fortes dores abdominais contínuas, pele fria e úmida, dificuldade na respiração). Na rotina diária, ainda é muito presente na fala dos colegas profissionais a dengue clássica ou dengue hemorrágica.

Em relação a pensar a hipótese diagnóstica eu ainda pensaria na dengue, visto que há poucos dias teve prova do laço positiva, mas reestadiaria ela para tipo C logo na atual admissão por conta dos sinais de alarme (vômito + dor abdominal), ainda sem considerar resultados de exames laboratoriais.

Em relação as provas clínicas e diagnósticas, como a prova do laço por exemplo, há outra prova para o diagnóstico diferencial da dengue com outras síndromes exantemáticas - com

vitropressão como demonstrado na figura 11. Ou seja, mais um auxílio para prova do laço. Na máculo- papular eu tenho um grupo de doenças como sarampo, rubéola e fazendo a prova, o exantema petequial ou púrpuro caracteriza a dengue com sinais de alarme.

Figura 11. Prova com vitropressão no diagnóstico diferencial da dengue com outras síndromes exantemáticas.



Fonte: SESA, 2020.

Quanto ao estudo de caso, seguindo o raciocínio, após a paciente ter retornado pra UPA, no dia 03-11-21, ficou na observação e recebeu soroterapia, realizada a coleta de exame e após hidratação um novo hemograma foi feito para controle do hematócrito.

Até então, a conduta médica estava correta. Segundo a literatura, o manejo clínico dos pacientes com a dengue tipo C, é atendê-los, inicialmente, em qualquer nível de complexidade, sendo obrigatório de imediato hidratação venosa rápida – o que foi que aconteceu - inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência. O que pude perceber é que o grande objetivo e preocupação do tratamento da dengue é iniciar o quanto antes a hidratação para tentar reverter o quadro grave além de regular o paciente para o local específico. Nesse caso clínico, a vaga para um hospital de referência foi solicitado um dia após o internamento na observação, sendo pedido para Upa Samek, que era a unidade de referência, porém foi negada, devido à mudança de referência para o Hospital Padre Germano Lauck (HMPGL). Percebo que quando se trata de Urgência e Emergência, é impossível ter todos os recursos em todas as Upas, então, há uma necessidade de regulação. Quem vai receber o paciente, no caso

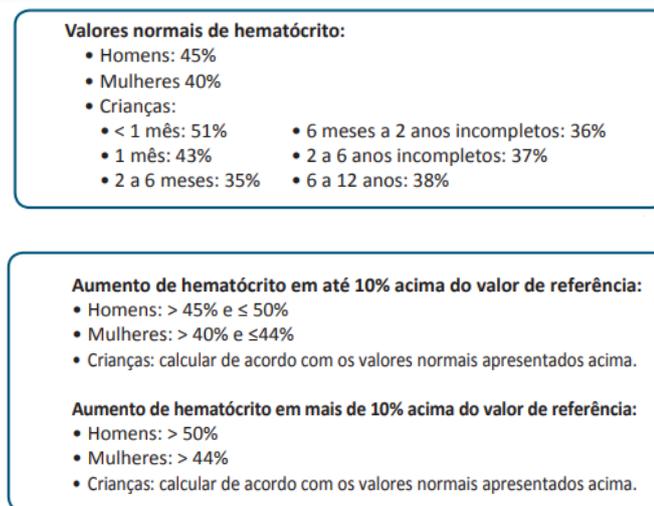
do estudo, o hospital, o regulador da Upa tem que dialogar melhor com o provável receptor, que no momento foi via sistema.

Quanto à anamnese, algo que não foi realizado, em nenhum momento na coleta de informações, foi ter investigado e registrado o histórico de viagens para área endêmica ou se a paciente tinha algum familiar com dengue ou na própria comunidade, fator este importante na história epidemiológica da doença. Ademais, faltou investigar a história de contato recente com doenças exantemáticas comuns na infância e pesquisar situação vacinal e o uso recente de antibióticos – isso auxiliaria no diagnóstico diferencial, uma vez que as doenças bacterianas podem ser assimilares a dengue. Descrever algumas características físicas, como presença ou não de alterações dermatológicas (turgor, lesões, manchas), mereceria atenção.

Em relação ao quadro clínico, importante lembrar que a se pessoa que possui alguma doença secundária, vai servir de alarme para o profissional médico, pois a chance de comprometer o sistema após infecção por dengue é muito maior, especialmente sintomas gastrintestinais – diarreia e vômito de difícil controle, odinofagia; dor abdominal principalmente em idosos que é preditivo como sinal de gravidade da doença.

Outro ponto importante que serve como um guia para nortear o tratamento são os hemogramas. Na dengue, esse exame tem como finalidade principal avaliar o hematócrito, para identificação de hemoconcentração. Este indica provável alteração de permeabilidade capilar (extravasamento plasmático), associado à gravidade. Uma queda de hematócrito pode sugerir hemorragias. A redução na contagem de plaquetas, principalmente quando associada à elevação concomitante do hematócrito, pode também indicar risco aumentado de evolução desfavorável.

Segundo o Ministério da Saúde (2016), o valor normal – basal e o alterado de hematócrito demonstrado na figura 12 são:

Figura 12. Valores de referência de hematócrito.

Fonte: Ministério da Saúde, 2016.

Monitorando o quadro clínico da paciente e os exames laboratoriais, este último demonstra um aumento do hematócrito - 47,70 no dia da admissão (03/11) - e uma queda deste para 42,10 no dia seguinte, lembrando que precisa estar 10% acima do valor basal para ser considerado alto. Além disso, também não havia disfunção plaquetária importante (plaquetas: 174.000) que acompanha o quadro grave, com manifestações hemorrágicas, resultados estes sugestivos de boa evolução com a hidratação venosa. Ademais, mostra uma leucopenia indicando a infecção viral, como pode ser visto anteriormente, no quadro 3.

Convém mencionar algumas alterações importantes nos exames laboratoriais. Antes, é preciso lembrar que a dengue possui as três fases de infecção e que todas elas ocorrem no cenário de dengue grave e dengue com sinais de alerta; porém, na dengue sem sinais de alerta inclui as fases febril e de convalescença, mas nenhuma fase crítica (THOMAS, *et al.* ; 2021).

Na fase febril da doença a leucopenia e trombocitopenia são comuns. A trombocitopenia significativa nem sempre está presente quando ocorrem manifestações hemorrágicas; mas a trombocitopenia acentuada (<100.000 plaquetas / mm^3) é um dos critérios usados para definir a dengue com manifestações hemorrágicas, aumentando o seu o risco. Ainda, na fase febril, os níveis séricos de aspartato transaminase (AST ou TGO) estão frequentemente elevados e são geralmente modestas (2 a 5 vezes o limite superior dos valores normais), mas ocasionalmente podem ser acentuadas (5 a 15 vezes o limite superior do normal). Enzimas hepáticas elevadas são comuns na fase febril; disfunção hepática sintética (isto é, tempo de tromboplastina parcial ativada elevado) e diminuições no fibrinogênio não são frequentemente identificadas

(THOMAS, *et al.* , 2021; THOMAS; ROTHMAN, 2021). O que não é o caso da paciente em estudo onde só há uma pequena alteração das bilirrubinas e da alanina aminotransferase (TGP).

De forma geral, o que devemos estar atentos, como médicos, é observar os sinais de extravasamento entre os dias 3 e 7 da doença (fase febril), uma vez que o vazamento vascular significativo reduz o volume intravascular e diminui a perfusão do órgão, logo haverá manifestações clínicas que podem ser: vômitos persistentes, dor abdominal cada vez mais intensa (não do tipo cólica e sim contínua), hepatomegalia sensível, desenvolvimento de derrames pleurais e / ou ascite, sangramento da mucosa e letargia ou inquietação além dos achados laboratoriais já descritos anteriormente (THOMAS, *et al.*; 2021).

Importante ressaltar que uma infecção por arbovírus flaviridae (DENV) primária é a primeira infecção de tipo selvagem que um indivíduo sustenta; uma infecção secundária é a segunda infecção de tipo selvagem causada por um tipo diferente de DENV. Como a grande maioria das infecções por DENV que progridem para uma fase crítica resulta de infecções secundárias mais de 18 meses após a primeira infecção, o desfecho clínico pode ser grave devido a uma síndrome de vazamento vascular sistêmico caracterizada por vazamento de plasma, sangramento, choque e comprometimento de órgãos. Relembrando que a fase crítica dura de 24 a 48 horas, e que no início o paciente pode parecer bem e a pressão sistólica pode estar normal ou elevada porque pode estar havendo um mecanismo de compensação fisiológica para manter a circulação adequada. No entanto, é importantíssimo uma ressuscitação volêmica urgente e cuidadosa, pois segundo é necessária uma ressuscitação urgente e cuidadosa; uma vez que a hipotensão se desenvolve, a pressão sistólica cai rapidamente e pode ocorrer choque irreversível, apesar das tentativas agressivas de ressuscitação (THOMAS, *et al.* ;2021).

Ainda na parte de exames laboratoriais, antes de discorrer sobre a ressuscitação volêmica, a paciente no primeiro internamento tinha a sorologia NS1 solicitada, porém não pôde ser realizado por falta de material. É um exame de suma importância também, pois o marcador do vírus NS1 ajuda no diagnóstico precoce da dengue, uma vez que saberá qual é o subtipo do arbovírus flaviridae (DENV-1, DENV-2, DENV-3 ou DENV-4). Lembrando que o DENV-2 é considerado o mais virulento, seguido pelo DENV-3, 4 e 1, em ordem decrescente, não devendo desconsiderar que o risco de doença grave é significativamente maior durante uma infecção secundária por DENV do que durante uma infecção primária (THOMAS, ROTHMAN; 2021). Sintetizando: embora as manifestações da hemorragia na dengue possam ocorrer durante a infecção com qualquer um dos quatro sorotipos da dengue, vários estudos prospectivos sugeriram que o risco é maior com o vírus da dengue-2. Além disso, não é porque

não se tem a sorologia que vai deixar de pontuar os riscos, aí sim é que necessita estar mais atento ao padrão semiológico que o paciente apresenta durante a doença.

Outro exame de diagnóstico sorológico de alta sensibilidade que ajuda são os anticorpos IgG e IgM. Na infecção primária, anticorpos IgM são detectados, em média, a partir do 4º dia do início de sintomas, declinando a partir do 7º dia de sintomas, até desaparecer totalmente. Segundo Thomas *et al.* (2021) a detecção de IgM da dengue em uma única amostra obtida de um paciente com síndrome clínica compatível com dengue é amplamente utilizada para estabelecer um diagnóstico presuntivo. O diagnóstico pode ser confirmado por soroconversão de IgM entre amostras em fase aguda e convalescente (obtidas 10 a 14 dias após a fase aguda); um diagnóstico de infecção aguda por DENV pode ser estabelecido por um aumento de quatro vezes ou mais no título de anticorpos.

A probabilidade de detecção de IgG depende se a infecção é primária ou secundária. A infecção primária por dengue é caracterizada por uma resposta de anticorpos de título lento e baixo; IgG é detectável em títulos baixos começando sete dias após o início da doença e aumenta lentamente. A infecção secundária por dengue é caracterizada por um rápido aumento no título de anticorpos começando quatro dias após o início da doença, com ampla reatividade cruzada. Então, sem o NS1, uma outra opção a ser pensada para auxiliar no diagnóstico primário seria as imunoglobulinas.

Ressalto que, o manual do Ministério da Saúde (2016) aborda a obrigatoriedade do exame para confirmar a dengue para os pacientes do grupo C, mas não são essenciais para conduta clínica.

Quanto aos exames de imagem, pediria uma radiografia para essa paciente? Não. Apenas solicitaria em caso de suspeita de algum derrame cavitário (hepatoesplenomegalia, edema de membros, estase jugular, dispneia, redução da expansibilidade torácica e outros sinais que podem me levar a pensar nisso). Via de regra nas Upas, nos internamentos, o exame radiológico de admissão é praxe. Porém, me pergunto se necessita realmente expor o paciente à radiação por rotina da instituição, gerando custos ao município.

No caso da dengue, observei que no estudo de Thomas e Rothman (2021) trouxeram dados bacanas em relação a detecção de derrame pleural em posição de decúbito lateral para raio X. Porém, tendo a disposição um aparelho de ultrassom e sabendo manusear, a possibilidade de encontrar fluidos peritoneais, vazamento de plasma em pacientes com três dias após o início da febre (este dado chamou minha atenção em especial), espessamento da vesícula biliar, foram maiores. No caso da Upa em Foz do Iguaçu, até o momento do estudo, não tinha a seu dispor o aparelho de ultrassom, apenas aparelho de raio x.

Em relação à conduta médica em prescrever uma ressuscitação volêmica foi em partes correta, vou dizer o porquê. A quantidade da solução fisiológica que a paciente recebeu foi soro fisiológico de 500ml a cada 4 horas. Em nenhum momento ouvi ou li registro sobre o peso da paciente para fazer o cálculo. Foi um simplesmente: “deixa correr o soro, o importante é hidratar”. Isso ficou marcado em mim, pois além disso, ainda ouvi: se você tivesse trabalhando num lugar sem recurso nenhum, não tivesse exame, paciente tá desidratada e com dengue, bota um sorão de mil e deixa correr”. Existe um cálculo de acordo com a classificação da dengue e a indicação clínica é a seguinte (BRASIL, 2016, p.21-22, grifo meu):

“a) **Reposição volêmica com 10 ml/kg de soro fisiológico na primeira hora.** Devem permanecer em acompanhamento em leito de internação até estabilização – mínimo 48 horas.
 b) Proceder a reavaliação clínica (sinais vitais, PA, avaliar diurese: desejável 1 ml/kg/h) após uma hora, **manter a hidratação de 10 ml/kg/hora, na segunda hora, até a avaliação do hematócrito que deverá ocorrer em duas horas** (após a etapa de reposição volêmica). Sendo o total máximo de cada fase de expansão 20 ml/kg em duas horas, para garantir administração gradativa e monitorada.”

Então, se minha paciente tem 85 kg, logo, nas duas horas primeiras horas deve ser infundido 1.700ml de soro fisiológico, sendo que após a primeira hora de reposição necessito colher um hemograma completo e também a dosagem de albumina sérica e transaminases, que segundo o MS (2016) são exames complementares obrigatórios. No caso da paciente só foi solicitada a albumina no dia do internamento (03-11), mas na reavaliação não, além do que havia outros exames como ureia, creatinina, eletrólitos, que não havia necessidade solicitar, enquanto as transminases sim (essas só solicitadas no segundo dia), gerando custos desnecessários ao serviço.

Ainda, são recomendados os exames radiológicos de tórax e ultrassom de abdome, mas como discutido anteriormente, vai da avaliação de cada paciente e os sinais de alarme e gravidade. Portanto, com essa recomendação pelo manual do Ministério da Saúde, a quantidade que de soro fisiológico que a paciente recebeu foi inferior ao prescrito (500ml de SF0,9% em 4h). Ainda que a paciente tivesse 50kg, estaria errada a distribuição do valor no tempo a receber, que teria que ser 500ml em uma hora. Em relação à coleta e horário dos exames, horário dos sinais vitais e reavaliação clínica também não foram respeitados.

As demais orientações conforme resultado do exame laboratorial e avaliação clínica da paciente são:

“c) **Se não houver melhora do hematócrito ou dos sinais hemodinâmicos, repetir a fase de expansão até três vezes.** Seguir a orientação de reavaliação clínica (sinais vitais, PA, avaliar diurese) após uma hora, e de hematócrito em duas horas (após conclusão de cada etapa).

d) **Se houver melhora clínica e laboratorial após a(s) fase(s) de expansão, iniciar a fase de manutenção:**

Primeira fase: 25 ml/kg em 6 horas. Se houver melhora iniciar segunda fase.

Segunda fase: 25 ml/kg em 8 horas, sendo 1/3 com soro fisiológico e 2/3 com soro glicosado.

Se não houver melhora clínica e laboratorial conduzir como grupo D” (BRASIL, 2016, p. 23, grifo meu).

Destarte, os pacientes de forma geral que pertencem ao grupo C, como já abordei anteriormente, podem apresentar edema subcutâneo generalizado e derrames cavitários, que não significa, a princípio, uma hiper-hidratação, e que pode aumentar após hidratação satisfatória. Assim, o acompanhamento da reposição volêmica é feito pelo hematócrito, diurese e sinais vitais, estando atento às possíveis complicações relacionadas à hiper-hidratação.

Quanto ao desfecho, a paciente teve alta no dia 07/11 (entrada dela foi no dia 03/11). Em 24 horas já estava apresentando melhor clínica e laboratorial. Logo, após 48h de observação com boa resposta já poderia ter tido alta com um encaminhamento de contra referência a Unidade Básica de Saúde para ser acompanhada, conforme orienta o Ministério da Saúde (2016) exposto na figura 13.

Figura 13. Critérios de alta hospitalar no manejo da dengue:

6.11 Critérios de alta hospitalar

- Os pacientes precisam preencher todos os seis critérios a seguir:
- Estabilização hemodinâmica durante 48 horas.
- Ausência de febre por 48 horas.
- Melhora visível do quadro clínico.
- Hematócrito normal e estável por 24 horas.
- Plaquetas em elevação e acima de 50.000/mm³.

Fonte: MS, Dengue diagnóstico e manejo clínico, 2016.

Outro ponto que gostaria de destacar é, não apenas para o caso da dengue, mas para maioria das situações de urgência que vivenciei, é a importância do contato via telefone com a instituição receptora (ou o médico receptor) em explicar o caso, pois muitas vezes os “anexos” inseridos no sistema associado à história e quadro clínico não são suficientes para esclarecer e/ou priorizar a transferência, ficando pendente a vaga no sistema por falta de apenas uma informação que já se tem, porém não foi contemplada. Aproveitando o subtópico da discussão, já ouvi alguns médicos do hospital municipal dizer: “mas tão pedindo vaga pro hospital por causa disso? Poderiam antes fazer isso ou aquilo...” demonstrando em uma simples frase a comunicação mal sucedida da referência-contrarreferência.

E, por fim, quando se trata de dengue, a ideia é sensibilizar os colegas profissionais para que o objetivo da prevenção secundária e terciária – que é preparar para diagnóstico precoce, reduzir sequelas, diminuir a quantidade de óbitos – sejam alcançados. Não se esquecendo de realizar a notificação na suspeita de dengue para que a equipe possa atuar no bloqueio.

3.6 CASO CLÍNICO: HEMORRAGIA DIGESTIVA

Cenário: HMPGL

3.6.1 História clínica e anamnese

Identificação: aposentado, 84 anos, residente em Foz do Iguaçu

História da doença atual: Paciente com histórico de gastrite e úlcera gástrica, em tratamento com inibidor da bomba de prótons, relata que há cerca de uma semana iniciou quadro de epigastralgia importante, em queimação, associada a refluxo gastroesofágico, com piora à alimentação. Refere que durante o período evoluiu com episódios de vômito em "borra de café", com maior volume há dois dias, quando vomitou duas vezes em grandes quantidades e apresentou hipotensão postural. Nega náusea antecendo vômitos. Nega hematoquezia ou melena, e refere que está há quatro dias sem evacuar. Nega febre. Nega síncope. Relata que no último ano realizou endoscopia digestiva alta por duas vezes, devido histórico de gastrite. Relata diagnóstico de H. pilory, sem tratamento. Relata diagnóstico recente de hipertensão arterial sistêmica, sem tratamento. Nega outras comorbidades. Nega uso de medicação contínua. Nega alergias.

História pregressa patológica: nega comorbidades, no entanto histórico de hipertensão arterial

sem tratamento.

Medicamentos de uso contínuo: relata às vezes usar "ômega 3"

Hábitos de vida: nega tabagismo. Bebida alcoólica socialmente

Sinais vitais: PA: 105x58mmHg // P: 75 // Spo2: 97% // R: 14

EXAME FÍSICO

ECTOSCOPIA: bom estado geral, colaborativo, anictérico, acianótico, hipocorado 2+/4+, afebril.

NEUROLÓGICO: ECG 15, pupilas isofotorreativas, sem sinais de irritação meníngea.

CARDIOVASCULAR: Bulhas normofonéticas, ritmo regular, em dois tempos. TEC < 4s.

RESPIRATÓRIO: Murmúrio vesicular uniformemente distribuído, sem ruídos adventícios. Sem sinal de esforço respiratório.

ABDOMEN: Globoso, flácido, depressível. Presença de duas cicatrizes cirúrgicas e hérnia em flanco esquerdo. Ruídos hidroaéreos presentes. Não palpo massas ou visceromegalias. Não doloroso à palpação, sinais de peritonismo negativo.

EXTREMIDADES: Panturrilhas livres, sem edema. Força muscular grau 5, extremidades frias.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: síndrome gástrica; síndrome da hemorragia digestiva, síndrome dispéptica

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: hemorragia digestiva

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Úlcera péptica; varizes esofágicas; esofagite erosiva; laceração de Mallory-Weiss, carcinoma, hemorragia digestiva baixa.

EXAMES COMPLEMENTARES.

-Lab (04/12): Hb **4,30** // Plaq 123.000 // **ureia 108** // Na 149 // Glicose 126 // PCR 2,5

-Lab (05/12): Hb 9,3 // Ht 28,3 // **ureia 90** // sódio 148 // PCR 3,3 // Gaso (05/12): pH 7,33 // pCO2 40,90 // pO2 158,00 // HCO3 21,2 // E.B -4,40

Endoscopia Digestiva Alta 04/12 (Laud): Hernia hiatal tipo I; Hemorragia digestiva - sem diagnóstico da lesão; Píloro disforme (piloplastia anterior?).

Endoscopia Digestiva Alta 05/12 (Laud): Realizado esclerose com adrenalina 1/20.000 em orificiopilórico e recesso duodenal superior e inferior. Conclusão: 1. Gastrite enantematose moderada de antro // 2. Úlcera pré pilórica A1 de sakita

Escala de Rockall: 5 (risco alto ressangramento)

CONDUTAS MÉDICAS NA ADMISSÃO: exames de admissão + ECG + radiografia de tórax; prescrito profilaxias; iniciadoreposição volêmica e transfusão 3 bolsas hematoconcentradas; solicitado endoscopia digestiva alta (EDA); controle de Hb/Ht ; atentar para novos sangramentos; iniciadomeprazol dose full + dose de ataque e vigiar padrão

hemodinâmico e respiratório.

CONDUTAS MÉDICAS POSTERIORES: solicitado novamente endoscopia digestiva alta (EDA); controle da hemoglobina e hematócrito seriadas, atentar aos possíveis sangramentos; manter profilaxia gástrica.

3.6.2 Discussão do caso

A escolha desse caso se deu por ser algo constantemente visto no pronto socorro clínico do hospital. De acordo com pesquisadores Sousa (2018) a hemorragia digestiva alta (HDA) é responsável por 25% das internações hospitalares nos serviços de urgência com taxa de mortalidade de 10%, sendo a população idosa e do sexo masculino de baixo poder socioeconômico manifesta um maior risco de desenvolver eventos de HDA, esse índice pode triplicar se o paciente apresentar doenças de pregressas, e/ou requeira intervenções medicamentosas complexas. É uma característica que aponta o caso desse estudo.

O paciente apresenta uma história anterior de gastrite e úlcera gástrica com uso de inibidor da bomba de próton (omeprazol). Essa história associada aos sintomas desde última semana indica um quadro suspeito de sangramento gastrointestinal agudo do trato superior. Uma anamnese com história bem detalhada me possibilita avaliar a gravidade do sangramento, identificar as fontes potenciais do sangramento e determinar se existem condições presentes que podem afetar o manejo subsequente e com base nessas informações irão me nortear sobre a terapia, os testes complementares e até mesmo o manejo da ressuscitação, principalmente em idosos, uma população mais vulnerável aos distúrbios hidroeletrólíticos.

O paciente relata êmese em borra de café, característica essa fundamental porque, segundo Saltzman, Feldman e Travis (2021) a presença de êmese com sangue sugere sangramento moderado a grave que pode estar em curso, enquanto a êmese com pó de café, que é o estudo em questão, sugere sangramento mais limitado.

Dentre as causas do sangramento a partir do relato pensaria em úlcera péptica por mencionar uma dor epigástrica, que acompanha a dor abdominal superior, além de ter uma porcentagem considerável – 36% - como causa da HDA; e também pensaria uma úlcera esofágica pelo histórico de refluxo gastroesofágico. Também pensaria como uma terceira causa varizes gastroesofágicas, por ser uma causa principal. Descartaria algo maligno por não ter histórico de perda de peso, nem saciedade precoce. Então como hipóteses, tudo leva a pensar em uma hemorragia digestiva alta secundária a alguma erosão de úlcera gástrica.

De todo modo, o objetivo principal desse caso é reduzir a morbimortalidade o quanto

antes. Para isso ideal é fazer uma ressuscitação volêmica/estabilização hemodinâmica e em seguida, realizar o exame endoscopia digestiva (EDA) dentro das 24h para o correto manejo terapêutico atendendo as necessidades do paciente.

Por que tudo isso? Primeiro: é paciente idoso; segundo, tem um histórico anterior de úlcera péptica com história de infecção pelo *H. pylori*, levando a pensar que novamente o sangramento pode estar relacionado na mesma lesão; terceiro, a estabilidade hemodinâmica em que ele se encontrava quando mencionou hipotensão postural após êmese levando a pensar em uma perda de volume de pelo menos 15%, é o que sugere estudo de Saltzman, Feldman e Travis (2021)

Quanto aos exames complementares a serem solicitados para pacientes com esse quadro devem ser: hemograma completo, análises químicas séricas, testes hepáticos e estudos de coagulação (SALTZMAN, FELDMAN e TRAVIS; 2021). Além disso, eletrocardiogramas seriados e enzimas cardíacas podem ser indicados em pacientes com risco de infarto do miocárdio, como idosos, pacientes com história de doença arterial coronariana ou pacientes com sintomas como dor torácica ou dispneia. Como no hospital é praxe qualquer paciente que interna solicitar eletrocardiograma e exames de laboratório de admissão, então a conduta está de acordo. Só não está registrado os valores do tempo de atividade de protrombina (TAP) e tempo de tromboplastina parcial ativada (KTTP), mas foram solicitados os estudos de coagulação. Apenas faltaram os testes hepáticos que é de importância como marcador de lesão, funcionamento hepático e na alteração pode ser um fator etiológico da HDA, principalmente se estivermos diante de um paciente que possui histórico de vida social com uso de bebida alcoólica.

O que se espera então encontrar em um exame laboratorial em paciente com HDA? Uréia sérica elevada, discreta leucocitose e trombocitose e algumas vezes o hematócrito pode não refletir a extensão da perda sanguínea. De acordo com leituras realizadas o nível inicial da hemoglobina pode estar na linha de base do paciente porque o paciente está perdendo sangue total. Com o tempo, o nível de hemoglobina diminui à medida que o sangue é diluído pelo influxo de fluido extravascular no espaço vascular e por fluido administrado durante a ressuscitação. O nível de hemoglobina deve ser monitorado inicialmente a cada duas a oito horas, dependendo da gravidade do sangramento. Tem protocolos que sugerem a cada seis horas. Se for um sangramento agudo, o mesmo não irá alterar o volume corpuscular médio (VCM), mas se o VCM estiver baixo, pode sugerir deficiência de ferro, que pode ser causada por sangramento crônico. Então, um outro problema que aparece diante da HDA coletada e o resultado do exame laboratorial é uma anemia (lembrando que o paciente teve hipotensão

postural e precisou receber bolsa de sangue) que pode ser secundária a uma hemorragia digestiva alta.

Interessante mencionar no estudo de Saltzman, Feldman e Travis (2021) é que uma elevada proporção de nitrogênio da uréia (BUN) para creatinina ou uréia para creatinina no sangue nos seguintes valores: > 30: 1 ou > 100: 1, respectivamente, sugerem sangramento gastrointestinal superior como a causa disso porque o sangue é absorvido ao passar pelo intestino delgado e os pacientes podem ter uma perfusão renal diminuída. Então, quanto maior a proporção, mais provável é o sangramento de uma fonte gastrointestinal superior.

Quanto a lavagem gástrica com uso de sonda nasogástrica, esta não é recomendada na suspeita de que o sangramento é de origem superior pois os estudos não conseguiram demonstrar um benefício em relação aos desfechos clínicos. Apenas sugerem que os pacientes sejam submetidos à lavagem se partículas, sangue fresco ou coágulos precisarem ser removidos do estômago para facilitar a endoscopia, o que foi que ocorreu com o paciente. Não foi possível realizar identificação de alguma lesão na primeira endoscopia pois havia muita quantidade de sangue vivo, sendo então necessário uma lavagem gástrica prévia para então realizar o exame posteriormente. Conseguiu-se constatar apenas a hérnia de hiato tipo 1 nesse primeiro momento.

Em relação as classificações da hérnia de hiato, a tipo 1, é do tipo deslizante, onde há um deslocamento da junção gastroesofágica (GE) acima do diafragma. O estômago permanece em seu alinhamento longitudinal normal e o fundo permanece abaixo da junção GE. Já dos outros tipos (Tipo II, III, IV) são hérnias paraesofágicas, chamada de hérnia verdadeira com um saco herniário, caracterizada por um deslocamento para cima do fundo gástrico através de um defeito na membrana frenoesofágica (KAHRILAS, 2021).

No caso do nosso paciente, essa hérnia do tipo 1 muitas vezes é assintomática, mas quando apresentam sintomas, estes são relacionados a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE): azia, regurgitação e disfagia. E o tratamento é com medicamentos antagonistas do receptor de histamina 2 (por exemplo cimetidina) no início e com inibidores da bomba de próton (por exemplo o omeprazol que ele já faz uso domiciliar) só se não tiver resultado satisfatório com o primeiro tratamento (persistência do sintoma).

Nosso paciente apresenta ulcera pré pilórica A1 de Sakita. Quanto à classificação de Sakita, está relacionado ao ciclo evolutivo da úlcera, onde se divide em três estágios sendo as iniciais referente ao nome em inglês: A (active) de ativa, H (healing) de em processo de cicatrização e S (scar) de cicatriz com graduações 1 e 2 em cada uma delas. O que caracteriza o estágio A é o depósito de fibrina esbranquiçada e espessa, sendo que no grau 1 tem margem

edemaciada e no grau 2 desaparece o edema mas forma um anel eritematoso. No estágio H o depósito de fibrina já é fina e no estágio S não se vê fibrina. A indicação é que seja realizada biópsia das margens quando é uma úlcera gástrica visto que o câncer gástrico pode se apresentar como uma úlcera (LAGE, 2021).

Uma indicação que ajuda momentos antes de fazer EDA, é o uso de prócinéticos como eritromicina ou metoclopramida para melhor visualização, pois ajuda na limpeza de coágulos de sangue e resíduos alimentares. Segundo Saltzman, Feldman e Travis (2021) a eritromicina, em uma dosagem de 250 mg por via intravenosa durante 20 a 30 minutos, 30 a 90 minutos antes da endoscopia, consegue promover o esvaziamento gástrico com base em sua capacidade de ser um agonista dos receptores de motilina. Ainda, os autores citam estudos comparativos entre pacientes que receberam ou não a medicação. Dentre os que usaram a eritromicina, foram mais propensos a ter visualização gástrica adequada, necessitavam menos de endoscopia de segunda análise e permaneceu menos tempo no hospital. Conduta então a ser pensada em inserir na prescrição de medicamentos.

Durante o exame endoscópico digestivo no paciente foi realizado o tratamento esclerose com adrenalina 1/20.000 em orifício pilórico e recesso duodenal superior e inferior. Na literatura, ele é classificado como um método de tratamento por injeção, só que isoladamente é considerada como tratamento insuficiente. É uma técnica para conter ou reduzir bastante o sangramento ativo facilitando a identificação do ponto sangrante e permitir a aplicação de um segundo método hemostático com mais precisão. Porém, este efeito é efêmero e se outro método não for aplicado o sangramento vai recidivar em um curto período de tempo.

Em relação à conduta inicial do médico que admitiu o paciente: reposição volêmica, transfusão de hemoconcentrado devido à baixa da hemoglobina (hb 4,3) e a solicitação da EDA.

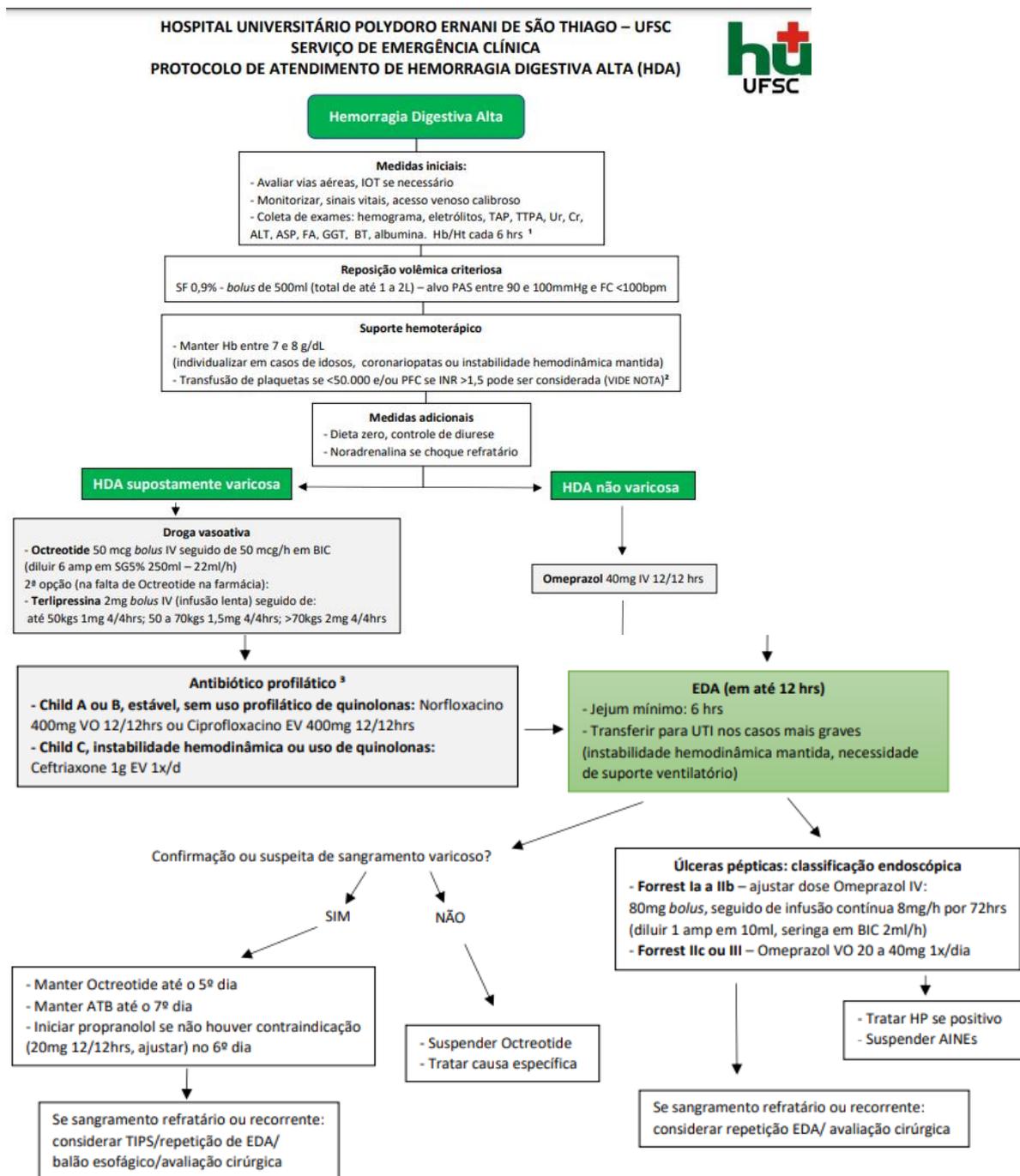
O manejo inicial para esse paciente estava de acordo com o descrito na literatura, considerando que o mesmo não tinha ainda feito a EDA logo na admissão (o EDA foi realizado cerca de 10 horas após admissão). Primeiramente recebeu reposição volêmica com soro fisiológico 1000ml visto o quadro de anemia, a queda de 10 mmHg na pressão sistólica (de 120 mmHg passou para 110mmHg), porém boa frequência cardíaca e extremidade pouco frias. Quando se faz uma reposição volêmica, o objetivo é manter uma pressão arterial sistólica por volta de 100 mmHg e a frequência cardíaca menor que 100 batimentos por minuto. Segundo Velasco (2019), o cuidado tem que ser nas reposições volêmicas maiores que três litros nas primeiras seis horas de admissão do paciente visto que podem aumentar o sangramento e devem ser evitadas.

Portanto o manejo da reposição volêmica, avaliando a necessidade de cristalóide e hemoderivados, varia de acordo com achados do exame físico (palidez cutânea, temperatura em extremidades, tempo de enchimento capilar, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, alteração do nível de consciência, diurese), não esquecendo a atenção com o uso maior que três litros.

Em seguida o médico assistente suspeitou de uma HDA não varicosa prescrevendo o tratamento com omeprazol em bomba de infusão (1frasco 40mg diluído 12/12h) "omeprazol dose full" - 80mg - com o objetivo de manter o pH gástrico acima de 6 para estabilizar o coágulo e já solicitou a EDA para fazer o mais precoce possível. Após, uma dose de ataque de omeprazol 8mg/h em infusão contínua por pelo menos 72h e reavaliar com endoscopia.

Outra coisa importante é definir se a HDA é supostamente varicosa ou não, pois os tratamentos são distintos. Se for a varicosa, além do omeprazol em *bolus*, também é prescrito - Octreotide 50 mcg em bolus IV seguido de 50 mcg/h em bom de infusão contínua (BIC) (diluir 6amp em SG5% 250ml – 22ml/h) ou Terlipressina como segunda opção. Em caso de não varicosa é só o omeprazol. Abaixo segue um modelo de protocolo utilizado pelo Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (figura 14):

Figura 14: Protocolo de atendimento de hemorragia digestiva alta do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.



Fonte: <http://www.hu.ufsc.br/setores/emergencia-clinica/wp-content/uploads/sites/36/2017/02/HDA.pdf>. 2017

Algo que chamou a atenção foi sobre o teste urease para investigação por *H. pylori* visto que na endoscopia apresentou uma úlcera ativa e a própria história de infecção pela bactéria. Será que na endoscopia foi realizada? Ou não realizado devido o paciente ter recebido tratamento com o omeprazol, o qual pode suprimir a bactéria? Não obtive resposta quanto a

isso. Mas encontrei que estudo que afirmava que teste para *H. pylori* não precisa ser realizado imediatamente, e pode ser realizado assim que o paciente parar de sangrar e poder ficar sem terapia com IBP por uma a duas semanas (LAMONT, 2021). Mas independentes da resposta, o que isso afeta no tratamento inicial agora? Nada. A prioridade é conter o sangramento, melhorar o quadro anêmico. Programar uma nova EDA quando fosse possível sem ele estar em uso de medicamentos ou se possível e tiver recursos realizar outro tipo de teste que não seja só ela endoscopia, como testes não invasivos: respiratório de uréia, teste de antígeno fecal e sorologia.

Acompanhando um pouco o desfecho do caso, o paciente evoluiu com melhora do quadro, mas três dias após internamento, teve uma crise convulsiva febril sendo constatado infecção urinária, recebendo tratamento com antibioticoterapia até então e sem novos quadros de hemorragia digestiva.

Um último ponto que quero abordar é sobre as ferramentas de avaliação de risco, prognóstico ou necessidade de intervenção terapêutica. A escala de Rockall foi mencionada neste caso (pontuada como 5) para avaliar o ressangramento. No entanto, uma pesquisa muito interessante (Leal, 2014) aplicou as escalas Rockall, Score Glasgow Blatchford (GBS), Guglielmi e AIMS65 para averiguar a sua aplicabilidade e como resultado obteve: 1) AIMS65 mostrou ser útil para prever a mortalidade e também demonstrou valor para prever a recidiva; 2) A escala de Rockall, GBS e Guglielmi não mostraram valor na predição de mortalidade ou de recidiva hemorrágica. 3) A escala GBS mostrou ser útil na previsão da necessidade de intervenção terapêutica (endoscópica, transfusional ou cirúrgica); além de ser útil também na previsão dos doentes de alto risco que necessitarão de intervenção terapêutica. Pelo contrário, as escalas de Rockall e de Guglielmi não se mostraram úteis para os seus objetivos principais.

Outra pesquisa mais recente (Ak ;Hökenek, 2021) encontrou como resultado que o score AIMS65 superou o score de Glasgow-Blatchford na predição de mortalidade em pacientes com sangramento gastrointestinal superior agudo que visitaram o pronto-socorro. Com isso, é interessante estar atualizada sobre o uso de escores, embora não seja uma medida usualmente implementada na prática clínica, considero importante no ponto de vista de manejo hospitalar visto que a mortalidade por HDA ainda é alta.

3.7 CASO CLÍNICO: ESQUIZOFRENIA

Cenário: UPA JOÃO SAMEK

3.7.1 História clínica e anamnese

Identificação: T.S.V., 22 anos, sexo feminino, “diarista”.

História da doença atual: paciente trazida pelo SAMU com relato de agitação, histórico de surto esquizofrênico, e relatado que faz uso de risperidona e que está sem medicação há alguns dias. Na anamnese, refere estar grávida de 3 crianças e que a "Milena" estava em seu corpo, querendo levar seu filho. Além disso, foi a igreja pedir ajuda porque essa "Milena" quer roubar sua herança, seu dinheiro. Diz ser vidente e que sua mãe é médica. Trabalha como diarista; se alimenta na casa dos "outros"; gosta de dormir de dia e de noite fica acordada porque tem medo do escuro. Refere dor em seu pé direito e quer tomar dipirona comprimido para passar a dor

Hábitos de vida: 2 cigarros/dia. Refere ingestão de cerveja quando está nervosa. Hoje fez uso de meio copo de cerveja

História patológica pregressa: comorbidades nega.

EXAME FÍSICO:

ECTOSCOPIA: agitada, falante, inquieta, deambulando com frequência

NEUROLÓGICO: pupilas isofotorreagente, glasgow 15/15

CARDIOVASCULAR: bulhas normofonéticas em 2 tempos, sem sopro. Pulso cheio

RESPIRATÓRIO: murmúrio vesicular universalmente audível sem ruídos adventícios

ABDOMEN: sem defesa, indolor a palpação

EXTREMIDADES: celulite em pé direito sem tratamento

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: síndrome ansiosa, síndrome psicótica, síndrome relacionada à substância psicoativa.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: surto psicótico (esquizofrenia)

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: transtorno bipolar com características psicóticas, transtorno delirante, transtorno de insônia, transtorno por abuso de drogas.

CONDUTA MÉDICA: sintomáticos + exames laboratoriais de admissão. Solicito vaga hospital municipal para avaliação da psiquiatria.

3.7.2 Discussão do caso

A equipe precisa considerar que os pacientes com comorbidades psiquiátricas que chegarão ao pronto atendimento serão classificados para a vermelha ou para a amarela.

Segundo o fluxograma de urgência e emergência do estado de Santa Catarina, o paciente que chegar via Samu na UPA, na sala vermelha, serão atendidos os casos de *delirium tremens*, toxicidade por álcool ou outras drogas, comportamento violento, tentativas de suicídio ou de homicídio, agitação extrema, ou casos que o paciente está inconsciente. Já na sala amarela serão os casos de síndrome de abstinência alcoólica, comportamento bizarro, agitação menos intensa, estado de pânico, potencial de agressividade, alucinação ou desorientação, pensamentos e atitudes sugestivos de conduta suicida, síndromes extrapiramidais.

Neste estudo clínico a paciente foi classificada como prioridade amarela. Essa é uma paciente que tem diversas passagens pela UPA com o quadro de surto psicótico, com delírios e alucinações auditivas e visuais.

Em um cenário típico, o paciente primeiro fica com raiva, depois resiste à autoridade e finalmente se torna confrontador. No entanto, o comportamento violento pode surgir sem aviso, especialmente quando causado por doença médica ou demência (MOORE, et al.; 2021).

A violência do paciente ocorre em muitos ambientes clínicos, e os médicos devem estar preparados para lidar efetivamente com pacientes agitados, a fim de reduzir o risco de lesões graves ao paciente e aos cuidadores (MOORE, et al.; 2021).

Um problema visualizado é a parte da negligência dos profissionais em relação à humanização no atendimento e as dificuldades no serviço em lidar com certas situações, principalmente quando o paciente encontra-se agitado e extremamente ansioso, acabando por ser contido quimicamente e mecanicamente.

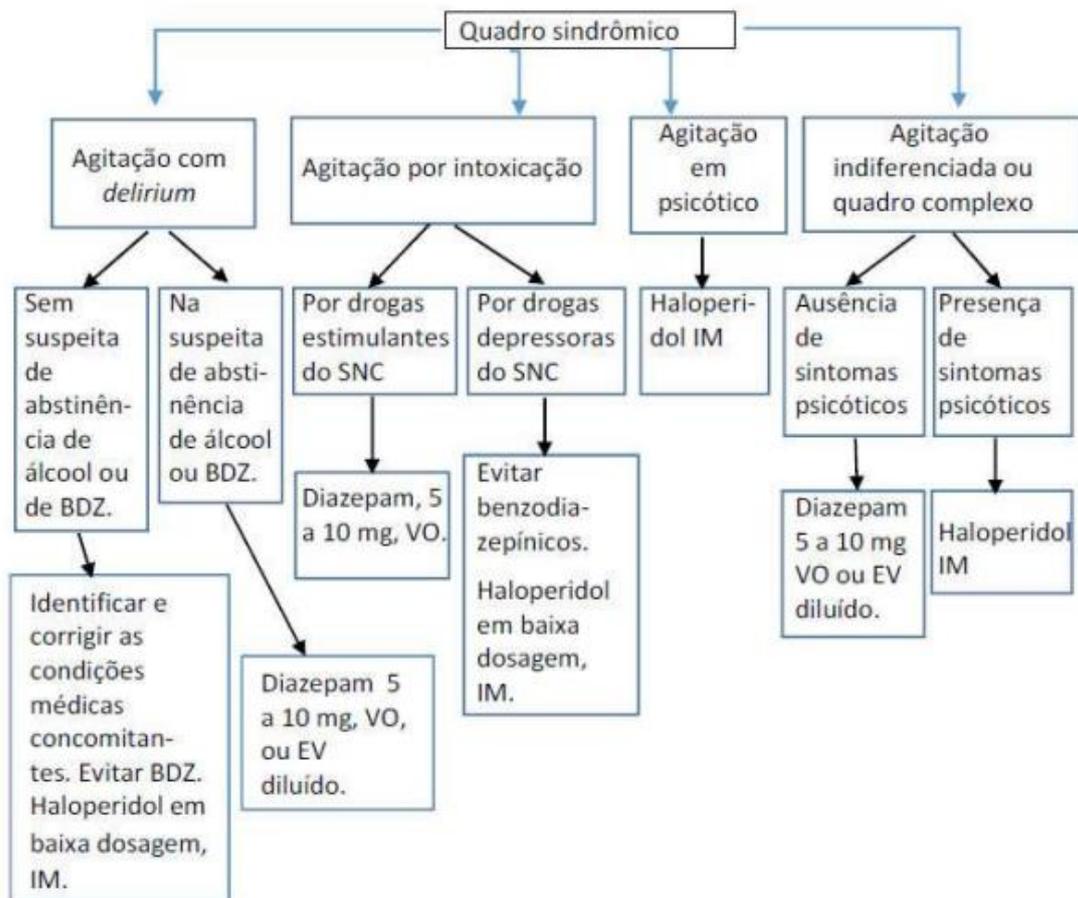
No geral a conduta para com esses pacientes mais ansiosos, é manter uma boa conversa/escuta, sem estigmatizá-los, não retribuir com agressividade, e conter quimicamente e mecanicamente se necessário.

Pesquisa de Moore *et al.* (2021) aponta o perfil do paciente sujeitos a contenção. Os que necessitam de contenção são mais propensos a ser mais jovens, do sexo masculino e sem-teto e ter seguro público ou nenhum, histórico de abuso de álcool ou substâncias, transtorno psicótico ou bipolar e histórico de violência. Pacientes negros são mais propensos a serem contidos no ambiente de emergência. Os adultos mais velhos que necessitam de contenção são mais propensos a ter uma causa médica para sua agitação.

A principal questão que me chamou a atenção era saber a conduta frente aos casos psiquiátricos no primeiro contato com o paciente: prescrever midazolam e haldol apenas casos de transtorno bipolar, esquizofrenia e abstinência do álcool? Para todas as patologias? Será que é o mais indicado? Ou alguma outra medicação que teria uma ação mais rápida?

Relacionado a isso, há um protocolo que traz a abordagem terapêutica a partir do diagnóstico sindrômico (figura 15):

Figura 15. Fluxograma do atendimento psiquiátrico na rede de Urgência e Emergência do SUS.



Fonte: Urgências e emergências psiquiátricas em pronto socorro. 2015. Siglas: BDZ: benzodiazepínico; VO: via oral; IM: intramuscular; SNC: sistema nervoso central; EV: endovenoso

A paciente do estudo encontrava-se sendo medicada com sintomáticos para o surto: midazolam, haloperidol e prometazina. E, se fosse seguir o esquema acima, o haloperidol intramuscular seria o suficiente para casos de agitação em psicótico.

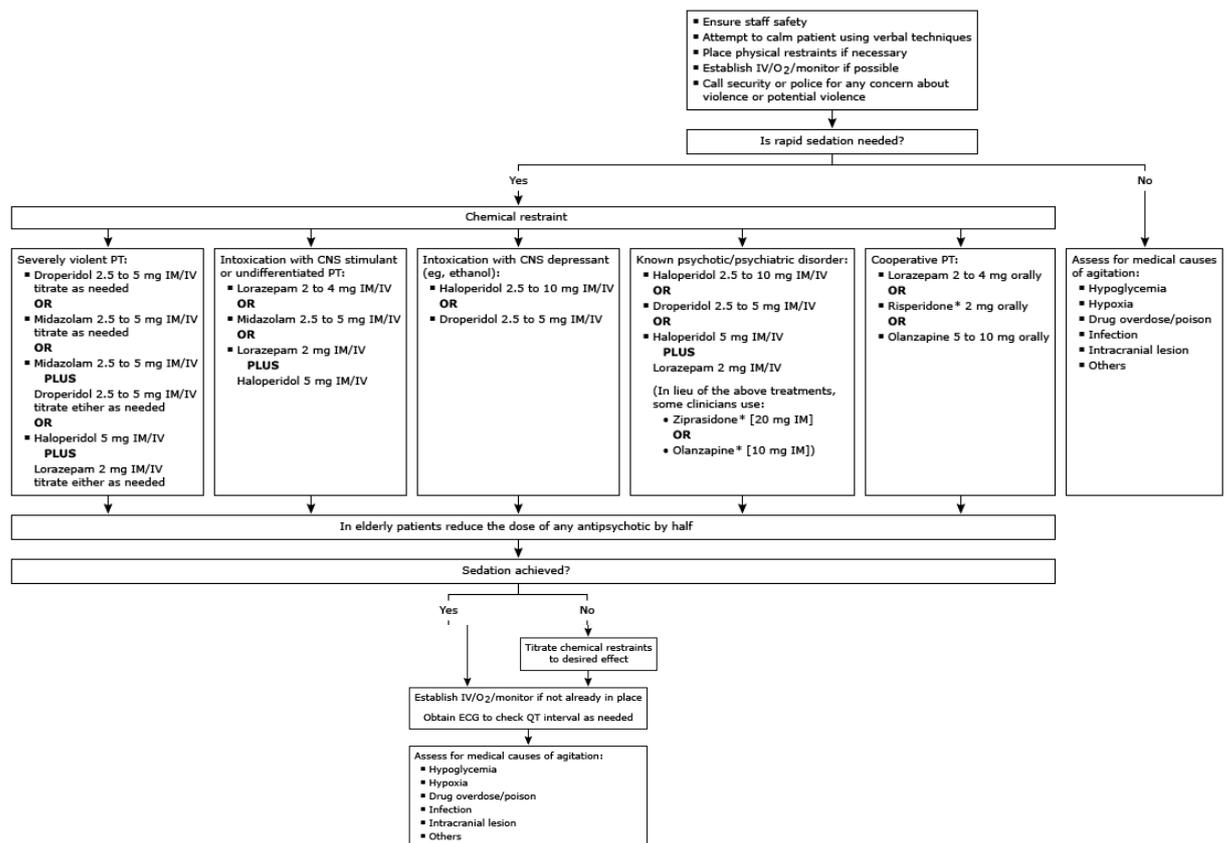
Marder (2021) em seu estudo sugere o tratamento com um antipsicótico com efeitos sedativos proeminentes - olanzapina 5 a 10 mg ou haloperidol 2 a 10 mg por via oral. Para aqueles que se encontram agitados que não desejam ou não podem tomar medicamentos orais,

sugeriu-se o uso de olanzapina 5 a 10 mg por via intramuscular (IM) ou haloperidol 2 a 10 mg por via intramuscular. O haloperidol intramuscular deve ser administrado com benztropina ou difenidramina para reduzir o risco distonia.

Para pacientes gravemente agitados, Marder (2021) sugeriu o uso de um benzodiazepínico em combinação com o antipsicótico. Como exemplo, a combinação de haloperidol 5 mg, lorazepam 2 mg e benztropina 2 mg administrados por via IM costuma ser eficaz no tratamento de agitação grave.

Na figura 16 esquematiza os medicamentos que podem ser aplicados nos pacientes adultos agitados:

Figura 16. Gerenciamento de emergência do paciente adulto gravemente agitado ou violento



IM: intramuscular; IV: intravenoso; PT: paciente; SNC: sistema nervoso central; ECG: eletrocardiograma.

* A segurança dos antipsicóticos atípicos em pacientes geriátricos permanece incerta.

Fonte: Moore, *et al.* 2021.

Os medicamentos antipsicóticos (aripiprazol, biperideno) são de primeira linha para tratamento da esquizofrenia. O objetivo do tratamento é minimizar os sintomas, sejam eles

positivos ou negativos; as deficiências funcionais permitindo assim a recuperação e integração do indivíduo na sociedade quando possível. O clonazepan, benzodiazepínico, ansiolítico, atua aliviando a insônia e ansiedade que é comum em pacientes com esquizofrenia.

A associação entre aripiprazol (AP) e benzodiazepínico (BZD) pode aumentar a sedação do paciente, efeito este que necessita o paciente para tratamento da insônia. Segundo Cordioli, Gallois e Isolan (2015), no tratamento da esquizofrenia, na prática clínica é importante a associação de um BZD e AP no controle de casos maníacos e psicóticos, principalmente quando predominam sintomas ansiosos.

Pode-se perceber então que a abordagem é diferenciada em algumas situações. E, diante de uma equipe despreparada em atender e até para nós internos, que se não fizermos os questionamentos, continuaremos a executar as práticas tal como qual acreditando aquilo ser o melhor.

Afirma Moore et al. (2021), que os médicos estão amplamente desprotegidos e despreparados para prevenir e tratar pacientes violentos. Não só médicos, mas a equipe no geral.

Não podemos desconsiderar que questões administrativas, de recursos humanos, sobrecarga de trabalho, salário baixo dos funcionários, o preconceito com paciente psiquiátrico, responsabilidades excedentes são fatores que influenciam e refletem na dinâmica do trabalho.

Por fim, algumas sugestões de proposta para melhorar o atendimento na urgência/emergência psiquiátrica bem como a prevenção da violência:

- educação permanente do manejo clínico em urgência psiquiátrica
- valorização do profissional e da equipe multidisciplinar
- construir fluxogramas de atendimento ou diretrizes para padronizar as condutas
- estrutura física bem projetada, com pessoal adequado.

4. RELATO VIVENCIAL E EXPERIÊNCIA PESSOAL NA PANDEMIA DA COVID-19

Esse foi um tópico difícil escrever, pois quando pensei o que tenho de experiência para contar em relação ao cuidado de pacientes com Covid, não tenho!

Meu internato ocorreu em um momento onde o grande pico de onda da pandemia já havia declinado e boa parte da população idosa já estava vacinada contra o Covid, com a segunda dose, os profissionais também já estavam vacinados, inclusive com a terceira dose da vacina. Então, de certa forma, agradeço por não ter o que contar de experiência ruim em relação a pandemia Covid, apenas algo bom, pois essa é a era em que temos vacina e testes rápidos que possibilitam uma triagem melhor contra o Covid

O que tenho a mencionar é que durante a grande onda do Covid estive afastada dos campos de prática, pois quando retornei aos estudos, no segundo semestre de 2019, para reiniciar o quarto ano, após 6 meses com matrícula trancada devido a vivência da maternidade, em março de 2020 – época do vírus novo matando todo mundo – o povo foi obrigado se recolher e manter distanciamento social. Enquanto aluna universitária do quarto ano, faltando apenas duas disciplinas para concluir o pré-internato em março de 2020, por conta de decreto federal, as aulas universitárias até o quarto ano de medicina pararam. Foi de certa forma frustrante e assustador ao mesmo tempo. Via e ouvia meus colegas da T3 vivendo momentos exaustivos e ao mesmo tempo rico de conhecimento sem ter que lidar com uma doença nova e letal com poucas horas de evolução.

Em agosto de 2020, morando de aluguel em Foz do Iguaçu, sem previsão de quando poderia retomar os meus estudos, minha filha com 1 ano e meio, meu esposo vivendo do trabalho autônomo me tempos difíceis, acabamos retornando para nossa casa em Cascavel sem muita perspectiva de melhora. Quando pensava em número de mortes por Covid, principalmente os profissionais de saúde e meus colegas que adoeceram mas recuperaram, eu agradecia por estar em casa com minha família, mas por outro lado a cobrança interna em entrar tarde para o mercado de trabalho, em atrasar mais o que previsto a minha formação para ter um retorno financeiro e ajudar minha família, afetou meu estado de saúde mental. Queria trabalhar, mas não tinha suporte para ter alguém e cuidar da minha filha, ia sair mais caro financeiramente pagar alguém para ter dentro da minha casa, considerando que escola estava fechada, e ainda correr o risco de trazer Covid para casa.

Assim foram passando os meses, até que em novembro de 2020, o pré internato de urgência e emergência retomou as aulas - em caráter híbrido. Esse foi o primeiro módulo do

pré-internato a retomar as aulas e era uma das disciplinas que faltava concluir. Realizei, frequentei algumas aulas presenciais e fiz ao todo seis plantões no pronto socorro geral do hospital municipal. Foi a base para o internato em urgência e emergência! Agora, quanto à vivência Covid, raros foram os pacientes que positivaram para Covid e estavam bem hemodinamicamente. Ao resultado confirmado, logo eram transferidos para outra ala – PS respiratório, onde não frequentava. Então, de novo, meu contato com pacientes sintomáticos respiratórios com Covid positivo foi mínimo.

Agora, o que a pandemia Covid me trouxe foram alguns desafios: a) driblar a audição por conta da perda auditiva e b) conciliar estudo x família x viagem (morar em Cascavel e viajar semanalmente a Foz para realizar plantões).

Em relação a conseguir escutar e entender o que as pessoas falavam (professores, médicos, alunos e pacientes) ao estarem com máscaras por conta de minha dificuldade auditiva (perda neurosensorial moderada a severa), mesmo com uso de aparelho auditivo, foi um divisor de águas. A máscara não me permite fazer leitura labial, logo, dificulta minha compreensão dos assuntos. Esse foi o primeiro momento em que por diversas vezes quis desistir do curso por não conseguir ouvir direito. Muitas coisas se perderam no ar. Alguns profissionais não compreendiam minha limitação outros até “abaixavam” sua máscara para falar comigo pois repetiam algumas vezes e ainda não conseguia entender o que falavam. Isso desanimava, queria desistir, quando tinha que ir para o estágio, onde as pessoas estavam usando máscara facial, claro por proteção da sociedade, pensava 10 vezes e rezava para que fosse com uma equipe compreensiva e paciente também. Mas venci! E aqui estou contando a história e relatos de casos!

Quanto às viagens semanais, o cansaço dos plantões seguidos, principalmente os noturnos, também quase me fizeram desistir da disciplina e deixar para outro momento. Outro motivo a mais para querer postergar é que a área da urgência e emergência não era a mais prazerosa para mim naquele momento, mas é a qual irá abrir portas para eu entrar no mercado de trabalho. Então, que outro momento vou fazer esse módulo? Atrasar mais? É justo comigo e com todos? Não havia condições financeiras e psicológicas de estar morando em Foz do Iguaçu, com uma família toda em Cascavel, minha filha estudando no Cmei (aqui em Foz ainda não havia voltado os Cmeis), empresa do meu esposo em Cascavel... então... Vamos em frente, encarar a estrada semanal e pedir proteção! Todos se esforçaram para que eu pudesse estar onde estou. Eu me esforcei dentro do meu limite. Foram as escolhas que fiz e estou colhendo frutos e plantando sementes... escolhi a medicina com uma segunda carreira, tardiamente, escolhi engravidar durante o curso (a idade também pesa nessa escolha), escolhi ter uma família, escolhi

ter uma vida social, porém, está me custando minha saúde. E ao final consegui (ou melhor, acredito que sim).

Portanto, minha experiência com Covid é pessoal e única, marcante como para tantas outras pessoas e profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho procurou descrever, em sua grande maioria, a realidade do dia a dia experimentada como médica das unidades de pronto atendimento João Samek e Walter e do pronto socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Ao todo foram 42 dias e meio de prática divididos em plantões de 12 horas/dia. Esse foi o meu primeiro internato como médica em treinamento.

Por meio do internato algumas habilidades foram treinadas e outras aprendidas, entre elas, raciocínio clínico e a organização. Conhecer diferentes locais e equipes possibilitou entender a dinâmica do processo de trabalho do médico, indiscutível sua importância para nós alunos do curso de medicina da Unila.

A partir da riqueza das vivências no estágio supervisionado, entendo que a descrição dessa experiência pode corroborar para novas reflexões sobre possíveis soluções e ações para os problemas levantados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AK, ROHAT ;HÖKENEK, NIHAT MÜJDAT . Comparação dos escores AIMS65 e Glasgow Blatchford na previsão de mortalidade em pacientes com sangramento gastrointestinal superior. **Rev. Assoc. Med. Bras**, 67 (5), Junho de 2021. Disponível em: https://www-scielo-br.translate.google/j/ramb/a/mCTTsdXyVVBtCHk33tQJ6R/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt-BR&_x_tr_pto=sc#. Acesso em 12 de dezembro de 2021.

BRASIL. Agência de notícias do Paraná. **Paraná fecha período epidemiológico com 27.889 casos de dengue e 32 óbitos.** Disponível em: <https://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=114284>. Acesso em 24/11/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em 20 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2048**, de 5 de novembro de 2002. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em 20 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em 15 de setembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Dengue : diagnóstico e manejo clínico : adulto e criança**. 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

CHIERICE, J.K.A.; PAVÃO, M.L.R.C.; MIRANDA, C.H. Taquiarritmias na Sala de Urgência. **Revista Qualidade HC**. FMRP-USP. Ribeirão Preto. 2019. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/200/200.pdf>. Acesso em 16 de dezembro de 2021.

CORDIOLI, A.V., GALLOIS, C.B., ISOLAN, L. **Psicofármacos** : consulta rápida [recurso eletrônico. 5ª ed, Porto Alegre: Artmed, 2015.

EIKELBOOM, J.W. *et al.* Rivaroxaban with or without Aspirin in Stable Cardiovascular Disease. **The New England Journal of Medicine**. Outubro de 2017; vol. 377, n. 14, p.1319-1330. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1709118#article_citing_articles. Acesso em 19 de dezembro de 2021.

FERREIRA, M. H. Q.; FUMAGALLI, B. C.; TEIXEIRA, A. B. Eficácia da manobra de Valsalva modificada como tratamento para reversão de taquicardia supraventricular: revisão sistemática. **Revista de Medicina**, v. 100, n. 2, p. 171-177, 2021. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v100i2p171-177. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/173755>. Acesso em: 16 dez. 2021.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO – UFSC. SERVIÇO DE EMERGÊNCIA CLÍNICA. **Protocolo de atendimento de hemorragia digestiva alta** (HDA). 2017. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/setores/emergencia-clinica/wp-content/uploads/sites/36/2017/02/HDA.pdf>. Acesso em 06 de dezembro de 2021. <http://sbacvps.com.br/doenca-arterial-obstrutiva-periferica/>. Acesso em 19/12/2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Foz do Iguaçu**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/foz-do-iguacu.html>. Acesso em 27 de junho de 2022.

JALES, R.M. **ACM HIPERDENSE - AVC ISQUÊMICO**. Dr.Pixel. Campinas. 2015. Disponível em: <https://drpixel.fcm.unicamp.br/conteudo/acm-hiperdensa-avc-isquemico>. Acesso em: 15 Dez. 2021.

KAHRILAS, P.J. Hérnia de hiato. **UpToDate**. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/hiatus-hernia?search=hernia%20de%20hiato%20tipo%201&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em 8 de dezembro de 2021.

LAGE, J. Úlcera péptica e semiologia gastroduodenal. Artigos em medicina. **Escola médica UNIFENAS – BH**. Disponível em: <http://unifenasresumida.blogspot.com/2013/07/ulcera-peptica-e-semiologia.html>. Acesso em 14 de dezembro de 2021.

LAMONT, T.J. Indicações e testes de diagnóstico para infecção por *Helicobacter pylori* em adultos. **UpToDate**. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/indications-and-diagnostic-tests-for-helicobacter-pylori-infection-in-adults?sectionName=INDICATIONS%20FOR%20TESTING&search=tratamento%20para%20h%20pilory&topicRef=7&anchor=H2&source=see_link#H2. Acesso em 14 de dezembro de 2021.

LEAL, T.F.A.F. **Escalas de prognóstico na hemorragia digestiva alta aguda**. Faculdade De Medicina Da Universidade De Coimbra. Artigo Científico. Área Científica De

Gastroenterologia. Orientador: prof. dr. José Manuel Godinho Matos Romãozinho; Dr. Pedro Nuno Abrantes Amaro. Março 2014.

MARDER, S. Psicose em adultos: gestão inicial. **UpToDate**. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/psychosis-in-adults-initial-management?search=urg%C3%A2ncia%20psiqui%C3%A1trica&source=search_result&selectedTitle=2~25&usage_type=default&display_rank=2. Acesso em 20 de dezembro de 2021.

MARTINS, HS, BRANDÃO, RA, VELASCO, IT. **Emergências Clínicas – Abordagem Prática – USP**. Manole, 12ª edição, 2018. Versão pdf.

MOORE, G. et al. Avaliação e gestão de emergência do adulto agitado agudamente ou violento. **UpToDate**. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-emergency-management-of-the-acutely-agitated-or-violent-adult?search=tratamento%20com%20um%20antipsic%C3%B3tico%20com%20efeitos%20se dativos%20proeminentes%20-%20olanzapina%205%20a%2010%20mg%20ou%20haloperidol%202%20a%2010%20mg%20por%20via%20oral.%20&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2. Acesso em 21 de dezembro de 2021.

NESCHIS, D.G.; GOLDEN, M.A. Características clínicas e diagnóstico de doença arterial periférica de membros inferiores. **UpToDate**. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-lower-extremity-peripheral-artery-disease?search=tratamento%20da%20doen%C3%A7a%20arterial%20obstrutiva%20periférica&source=search_result&selectedTitle=8~150&usage_type=default&display_rank=8. Acesso em 18 de dezembro de 2021.

NUNES, João Luiz Barbosa *et al.* Doença arterial oclusiva periférica de membros inferiores em hospitais públicos de Salvador–perfil dos pacientes e do atendimento. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 1, n. 3, p. 201-206, 2020.

PEBMED. WHITEBOOK. **Hepatopatia alcoólica**. Disponível em: <https://whitebook.pebmed.com.br/conteudo/hepatopatia-alcoolica>. Acesso em 02 de novembro de 2021.

SALTZMAN, J.R., FELDMAN, M., TRAVIS, A.C. Abordagem para sangramento gastrointestinal superior agudo em adultos. **UpToDate**. Última atualização deste tópico: 04 de outubro de 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-acute-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults?search=manejo%20hospital%20na%20hemorragia%20digestiva%20alta%20em%20idoso&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em 09 de dezembro de 2021.

SANSOLO, EDUARDO. Que antitrombótico usar em paciente com doença arterial obstrutiva periférica? Disponível em: <https://cardiopapers.com.br/que-antitrombotico-usar-em-paciente-com-doenca-arterial-obstrutiva-periferica>. Acesso em 19 de dezembro de 2021.

SANTOS ,E.C.L. *et al.* **Manual de cardiologia Cardiopapers**. São Paulo : Editora Atheneu, 2013.

SARTORETO, E.R. *et al.* Contraindicações ao uso de trombolítico em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral isquêmico num hospital de alta complexidade do sul catarinense no período de 2012 a 2014. **Arq. Catarin Med.** V. 48, n. 1, p. 108-117, 2019.

SBACVSP – Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular Regional de São Paulo. Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP). Disponível em:

SESA. Secretaria da Saúde do Paraná. Live 06 **Dengue: classificação de risco, estadiamento e manejo clínico na Urgência e Emergência**. 12 de novembro de 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=gKryXFxpMkU>. Acesso em 15/11/2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA. **RECOMENDAÇÕES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HEPATOLOGIA PARA MANEJO DA LESÃO RENAL AGUDA NA CIRROSE**. Disponível em: <https://sbhepatologia.org.br/wp-content/uploads/2017/12/Diretriz-SBH-AKI-FINAL.pdf>. Acesso em: 02 de novembro de 2021.

THOMAS, S.J., et al. Infecção pelo vírus da dengue: manifestações clínicas e diagnóstico. **UpToDate**. Atualizada em 23 de fevereiro de 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/dengue-virus-infection-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=diagnostico%20dengue&source=search_result&selectedTitle=1~106&usage_type=default&display_rank=1#H3997742967 . Acesso em 05-12-2021.

THOMAS, S.J., ROTHMAN, A.L. Infecção pelo vírus da dengue: Patogênese. **UpToDate**. Última atualização deste tópico: 22 de novembro de 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/dengue-virus-infection-pathogenesis?search=virus%20dengue%20mais%20virulento&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em 05-12-2021.

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS EM PRONTO SOCORRO. **Protocolo de acolhimento e regulação**. Estado de Santa Catarina. 2015. Disponível em: www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9185-urgencias-emergencias-em-pronto-socorro/file. Acesso em 20 de dezembro de 2021.

VEDANA, K.G.G. **URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS. ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**. 2016. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4342962/mod_resource/content/3/Nova%20pasta/APOSTILA%20URGENCIAS%20PSIQUI%20C3%81TRICAS%202016.pdf. Acesso em 10 de novembro de 2021.

VELASCO, I.T. **Medicina de emergência**: abordagem prática. 13. Ed, Barueri [SP]: Manole, 2019.

YAMAMOTO, F. I. **Doenças cerebrovasculares**. Grupo de Estudo de Doenças Vasculares Cerebrais da Divisão de Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível: <https://www.fm.usp.br/neurologia/conteudo/Manual-De-Doen%C3%A7as-Cerebrovasculares-Para-Os-Alunos-De-Gradua%C3%A7%C3%A3o-F%C3%A1bio-I.-Yamamoto.pdf>. Acesso em 15 de dezembro de 2021.