



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

**CURSO DE MEDICINA**

**PRÁTICA MÉDICA DE UM INTERNO INSERIDO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:**

uma discussão de casos clínicos na rede de Foz do Iguaçu

**DELIA VERÓNICA BENITEZ SILVERO**

FOZ DO IGUAÇU

2023



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

**CURSO DE MEDICINA**

**PRÁTICA MÉDICA DE UM INTERNO INSERIDO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:**

uma discussão de casos clínicos na rede de Foz do Iguaçu

**DELIA VERÓNICA BENITEZ SILVERO**

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: Dra. Me. Flávia Julyana Pina Trench**

Foz do Iguaçu

2023

**DELIA VERÓNICA BENITEZ SILVERO****PRÁTICA MÉDICA DE UM INTERNO INSERIDO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:**  
uma discussão de casos clínicos na rede de Foz do Iguaçu

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**

---

Orientador: Prof. Dra. Flávia Juliana Pina Trench  
UNILA

---

Prof. Dra. Rosana Alvarez Callejas  
UNILA

---

Prof. Flavio Luiz Tavares  
UNILA

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor/a: Delia Verónica Benitez Silvero

Curso: Medicina

Tipo de Documento:

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> graduação | <input type="checkbox"/> artigo                         |
| <input type="checkbox"/> especialização       | <input type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso |
| <input type="checkbox"/> mestrado             | <input checked="" type="checkbox"/> monografia          |
| <input type="checkbox"/> doutorado            | <input type="checkbox"/> dissertação                    |
|   | <input type="checkbox"/> tese                           |
|   | <input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais    |
|   | <input type="checkbox"/>                                |

Título do trabalho acadêmico: Prática médica de um interno inserido na urgência e emergência: uma discussão de casos clínicos na rede de Foz do Iguaçu

Nome do orientador: 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 Latino Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública Creative Commons

Foz do Iguaçu,     de                     de 2023

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a minha família, amigos  
e aos mestres que contribuíram para meu  
aprendizado durante minha vida acadêmica.

## **AGRADECIMENTOS**

É com profundo sentimento de gratidão que expresso meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que tornaram possível a conclusão deste trabalho de conclusão de curso.

Primeiramente, desejo expressar minha gratidão aos meus orientadores, pelo apoio, orientação e paciência ao longo de todo o processo. Suas valiosas contribuições e insights foram fundamentais para o desenvolvimento deste estudo.

Aos meus colegas de classe, que compartilharam este desafio comigo, agradeço pela troca de ideias, apoio mútuo e amizade. Juntos, enfrentamos os obstáculos e celebramos as conquistas, tornando essa jornada acadêmica memorável.

À minha família, que sempre acreditou em mim, oferecendo apoio emocional e incentivo constante, meu mais profundo agradecimento. Suas palavras de encorajamento foram meu farol nos momentos de dúvida.

Aos amigos e todas as pessoas que, de alguma forma, colaboraram para a realização deste trabalho, meu reconhecimento e apreço. Cada conversa, revisão e palavra de incentivo fizeram a diferença.

Por fim, agradeço a todas as fontes de inspiração que me impulsionaram ao longo dessa jornada acadêmica. Este trabalho é dedicado a todos aqueles que acreditam na importância da busca constante de conhecimento e no poder da perseverança.

Muito obrigado a todos por fazerem parte desta conquista. Este trabalho é o resultado de esforço coletivo e dedicação.

“Se cheguei até aqui, foi porque me apoiei nos ombros de gigantes” - Isaac Newton

## RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso se concentra na prática médica, a partir da perspectiva de um interno do curso de Medicina, com foco em suas vivências nos diferentes locais de estágio abrangidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Foz do Iguaçu, Paraná. O principal objetivo deste estudo é analisar a relação entre teoria e prática na rede de urgência e emergência do SUS nesta região, enquanto demonstra o desenvolvimento do raciocínio clínico e o manejo adequado diante de pacientes em situações urgentes. Por meio da revisão de literatura atualizada e da medicina baseada em evidências, este trabalho avalia criticamente as condutas adotadas no atendimento de urgência e emergência, comparando-as com os princípios teóricos. A pesquisa explora os desafios enfrentados pelos profissionais da saúde em unidades de pronto atendimento e pronto socorro hospitalar, bem como a influência das políticas de saúde pública na prática clínica. Ao analisar de maneira crítica e acadêmica as abordagens clínicas e terapêuticas, este estudo busca contribuir para a melhoria contínua da qualidade do atendimento médico no âmbito do SUS, fornecendo insights valiosos para futuros profissionais de saúde e formuladores de políticas de saúde.

**Palavras-chave:** urgência; emergência; medicina; internato; SUS.

## RESUMEN

Este trabajo de finalización del curso se centra en la práctica médica, desde la perspectiva de un médico pasante, centrándose en sus experiencias en las diferentes localidades de pasantía cubiertas por el Sistema Único de Salud (SUS) en Foz do Iguaçu, Paraná. El principal objetivo de este estudio es analizar la relación entre teoría y práctica en la red de urgencia y emergencia del SUS en esta región, demostrando al mismo tiempo el desarrollo del razonamiento clínico y el manejo adecuado de los pacientes en situaciones de urgencia. A través de una revisión de la literatura actualizada y de la medicina basada en evidencia, este trabajo evalúa críticamente las conductas adoptadas en la atención de urgencia y emergencia, comparándolas con principios teóricos. La investigación explora los desafíos que enfrentan los profesionales de la salud en la atención de emergencia y las unidades de emergencia hospitalarias, así como la influencia de las políticas de salud pública en la práctica clínica. Al analizar crítica y académicamente los enfoques clínicos y terapéuticos, este estudio busca contribuir a la mejora continua de la calidad de la atención médica en el SUS, proporcionando conocimientos valiosos para futuros profesionales de la salud y formuladores de políticas de salud.

**Palabras clave:** urgencia; emergencia; medicamento; internado; SUS.

## ABSTRACT

This course completion work focuses on medical practice, from the perspective of a medical intern, focusing on their experiences in the different internship locations covered by the Unified Health System (SUS) in Foz do Iguaçu, Paraná. The main objective of this study is to analyze the relationship between theory and practice in the urgency and emergency network of the SUS in this region, while demonstrating the development of clinical reasoning and appropriate management of patients in urgent situations. Through a review of updated literature and evidence-based medicine, this work critically evaluates the conduct adopted in urgent and emergency care, comparing them with theoretical principles. The research explores the challenges faced by health professionals in emergency care and hospital emergency units, as well as the influence of public health policies on clinical practice. By critically and academically analyzing clinical and therapeutic approaches, this study seeks to contribute to the continuous improvement of the quality of medical care within the SUS, providing valuable insights for future health professionals and health policy makers.

**Keywords:** urgency; emergency; medicine; boarding school; sus.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Principais cargas de morbimortalidade no País (por faixa etária)

Tabela 2 - Diretrizes da RUE

Tabela 3 – Protocolo Manchester

Tabela 4: Resultado de exames laboratoriais 05/01/2023

Tabela 5: Escore de Marshal

Tabela 6: Resultado de exames Laboratoriais 08/01/2023

Tabela 7: Exames laboratoriais 27/01/2023

Tabela 8: Lista de procedimentos vistos e realizados

**LISTA DE FIGURAS:**

**FIGURA 1:** mapa das regionais de saúde paranaenses.

**FIGURA 2:** mapa da 9ª regional de saúde paranaense

**FIGURA 3:** Componentes da RUE e suas interfaces

**FIGURA 4:** Tomografia de abdome sem laudo

**FIGURA 5:** Radiografia de tórax 27/01/2023

**FIGURA 6:** Laceração esofágica - Síndrome de Mallory Weiss

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAA: Aneurisma de Aorta Abdominal  
AAS: Ácido Acetilsalicílico  
ACV: Ausculta cardiovascular  
ACLS Advanced Cardiovascular Life Support  
AESP Atividade Elétrica Sem Pulso  
AHA American Heart Association  
AP Aparelho Pulmonar  
APS Atenção Primária à Saúde  
ATLS Advanced Trauma Life Support  
AVC Aparelho Cardiovascular  
AVP Acesso Venoso Periférico  
BEG: Bom estado geral  
BRNF: Bulhas rítmicas normofonéticas  
CAPS II Centro de Atenção Psicossocial II  
CAT Comunicação de Acidente de Trabalho  
CFM Conselho Federal de Medicina  
CIATOX: Centro de Informação e Assistência Toxicológica  
DAC: Doenças do aparelho circulatório  
DAR: Doenças do aparelho respiratório  
DIP: Doenças infecciosas e parasitárias  
ECG Eletrocardiograma  
EDA Endoscopia Digestiva Alta  
GBS: Glasgow Blatchford  
HDA: Hemorragia digestiva alta  
HAS Hipertensão Arterial Sistêmica  
HHS Hiperosmolar Hiperglicêmico  
HMCC Hospital Ministro Costa Cavalcanti  
HMPGL Hospital Municipal Padre Germano Lauck

IAM Infarto Agudo do Miocárdio  
IOT Intubação Orotraqueal  
ISR Intubação de Sequência Rápida  
LOTE Lúcido e Orientado no Tempo e Espaço  
NIHSS National Institutes of Health Stroke Scale  
NIR Núcleo Interno de Regulação  
NPH Neutral Protamine Hagedorn  
NPO: Nada pela via oral  
NYHA New York Heart Association  
MUV: Murmúrios vesiculares  
PA Pressão Arterial  
PCR Parada Cardiorrespiratória  
PS Pronto Socorro  
PCR Proteína C Reativa  
REG: Regular estado geral  
RHA: Ruídos hidroaéreos  
RUE Rede de Atenção às Urgências e Emergências  
RX Raio-X  
SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SatO<sup>2</sup> Saturação de Oxigênio  
SCA Síndromes Coronarianas Agudas  
SIATE Serviço Integrado de Atendi. ao Trauma e à Emergência  
SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SMI São Miguel do Iguaçu  
SNC Sistema Nervoso Central  
SRI Sequência Rápida de Intubação  
SUS Sistema Único de Saúde  
UBS: Unidade Básica de Saúde.  
TC Tomografia Computadorizada  
TEC Tempo de Enchimento Capilar

TEP Tromboembolismo Pulmonar

TVP Trombose Venosa Profunda

VCI Veia Cava Inferior

VCS Veia Cava Superior

VM Ventilação Mecânica

UE Urgência e Emergência

UI Unidade Internacional

UNILA Universidade Federal da Integração Latino-Americana

UPA Unidades de Pronto Atendimento

USA Unidade de Suporte Avançado

USB Unidade de Suporte Básico

USGD Ultrassonografia com Doppler

UTI Unidade de Terapia Intensiva

## SUMARIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2. CAPÍTULO I: REDE DE URGENCIA E EMERGENCIA</b> .....	18
2.1 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA MEDIANTE O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL:.....	20
2.3 DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS .....	21
2.4 CONHECENDO O AMBIENTE REGIONAL E LOCAL:.....	22
2.5 POLITICA NACIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....	23
2.6 PONTOS DE ACESSO .....	24
2.6.1 Atenção Hospitalar: .....	24
2.6.2 Portas Hospitalares de Urgência e Emergência:.....	26
2.6.2.1 O Pronto Socorro do HMPGL:.....	26
2.6.2.2 Hospital Ministro Costa Cavalcanti – HMCC.....	28
2.6.2.3 Hospital Maternidade Municipal São Miguel Arcanjo de São Miguel do Iguçu - HMMSMA:.....	28
2.6.3 Atendimento Pré-Hospitalar Fixo .....	29
2.6.3.1 Atendimento à Urgência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) .....	29
2.6.3.2 Unidades de Pronto Atendimento - Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências .....	30
2.6.4 Componente Pré-Hospitalar Móvel:.....	32
2.6.4.1 Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU):.....	32
2.6.4.2 Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência - SIATE:.....	35
<b>3 CAPÍTULO II - ARTIGO Nº 38 DO CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA - “Cabe ao estudante defender o acesso universal à saúde, entendendo que este é um direito fundamental do cidadão”</b> .....	37
<b>4 CAPÍTULO III – CARREIRA MÉDICA E MÍDIAS SOCIAIS</b> .....	40
<b>5. CAPÍTULO IV – CASOS CLÍNICOS</b> .....	41
<b>CASO I - “Sinto uma dor muito forte no estômago”</b> .....	41
<b>CASO II – “Tô com muita dor nas costas e no estômago”</b> .....	49
<b>CASO III - “Etou vomitando sangue de novo”</b> .....	57
<b>CASO IV – “Só quero morrer de uma vez”</b> .....	65
<b>CASO V - “minha mãe não consegue caminhar por causa de dor insuportável na perna”</b> ... 71	
<b>CASO VI – “Doutor, estou muito fraca”</b> .....	79
<b>6. CAPÍTULO V – RELATO VIVENCIAL DO ALUNO E SUA EXPERIÊNCIA PESSOAL NO INTERNADO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS.</b> .....	89
<b>7. CAPÍTULO VI - LISTAGEM DOS PROCEDIMENTOS INVASIVOS REALIZADOS</b> .....	91
<b>8. CAPÍTULO VII - DIAGNÓSTICO SITUACIONAL X PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> ....	99
<b>REFERENCIAS</b> .....	103

## 1. INTRODUÇÃO

O Sistema único de Saúde (SUS) brasileiro, de acordo com Mendes (2013), é a maior política de inclusão social do país, sendo responsável pela demanda em serviços de saúde de aproximadamente 75% dos brasileiros. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido na década de 1980 em meio a movimentos populares que clamavam pela democratização do Estado e por políticas de garantia dos direitos humanos básicos (SILVA; NOVAIS; ZUCCHI, 2021).

Em conjunto com os princípios e diretrizes desse sistema, a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências vem sendo construída também com base na universalidade, a integralidade, a descentralização, a participação social, ao lado da humanização, a que todo cidadão tem direito. Nesse contexto, para abarcar uma concepção ampliada de saúde e seus determinantes, o sistema é pautado em princípios básicos já citados anteriormente (TEIXEIRA, 2011). De modo que, o atendimento a urgência e emergência (UE) deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipes de Saúde da Família (ESF) até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.

Perante essas premissas, é garantido a cobertura total das demandas dos usuários do sistema, sem exclusão ou tratamento diferenciado por questões raciais, sexuais, econômicas e afins. Sob a mesma circunstância, apesar do curso de medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), ser considerado novo frente a diversas escolas médicas, é notório que apresentamos fortes componentes nesse campo, visto que, temos gradualmente, o ensino de EU qualificado durante nossa formação. Por isso, o nosso internato médico é o período propício para podermos preencher lacunas e refletir sobre os déficits de conhecimento dessa especialidade.

O internato em UE no cenário do SUS, vivenciado por esse aluno do curso de medicina da UNILA, teve início no início de janeiro e perdurou até meados de abril, frequentado em alguns componentes da rede de urgência e emergência do município de Foz do Iguaçu e São Miguel do Iguaçu (SMI) – Paraná. Foram no total 42 plantões, de 12 horas cada, tendo o Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Hospital Municipal São Miguel Arcanjo (SMI), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) João Samek e Dr. Walter Cavalcante Barbosa e os centros de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) base e regulação.

Realizar esse relatório, portanto, é uma importante ferramenta para reflexão e sistematização da vivência das minhas práticas durante meu internato, pois me permitiu dedicar uma parte do meu tempo em relação a educação médica continuada, reforçando a importância de se manter sempre atualizado, para optar sempre pelas melhores condutas baseadas em evidências, e da análise aos meus erros e acertos, buscando sempre a correta abordagem que esses pacientes merecem. Esse material visa mostrar também, principalmente para minha coordenadora, minha capacidade de pesquisa contínua por evidências, trazendo sempre as referências mais atualizadas sobre cada situação discutida, sejam elas referentes aos aspectos clínicos ou a problematização dos serviços, em busca de suas compreensões e resolutividade

## **2. CAPÍTULO I: REDE DE URGENCIA E EMERGENCIA**

O Sistema único de Saúde (SUS) brasileiro, de acordo com Mendes (2013), é a maior política de inclusão social do país, sendo responsável pela demanda em serviços de saúde de aproximadamente 75% dos brasileiros. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido na década de 1980 em meio a movimentos populares que clamavam pela democratização do Estado e por políticas de garantia dos direitos humanos básicos (SILVA; NOVAIS; ZUCCHI, 2021).

Em conjunto com os princípios e diretrizes desse sistema, a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências vem sendo construída também com base na universalidade, a integralidade, a descentralização, a participação social, ao lado da humanização, a que todo cidadão tem direito. Nesse contexto, para abarcar uma concepção ampliada de saúde e seus determinantes, o sistema é pautado em

princípios básicos já citados anteriormente (TEIXEIRA, 2011). De modo que, o atendimento a urgência e emergência (UE) deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipes de Saúde da Família (ESF) até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.

Perante essas premissas, é garantido a cobertura total das demandas dos usuários do sistema, sem exclusão ou tratamento diferenciado por questões raciais, sexuais, econômicas e afins. Sob a mesma circunstância, apesar do curso de medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), ser considerado novo frente a diversas escolas médicas, é notório que apresentamos fortes componentes nesse campo, visto que, temos gradualmente, o ensino de UE qualificado durante nossa formação. Por isso, o nosso internato médico é o período propício para podermos preencher lacunas e refletir sobre os déficits de conhecimento dessa especialidade.

O internato em UE no cenário do SUS, vivenciado por esse aluno do curso de medicina da UNILA, teve início em meados de setembro e perdurou até final de dezembro, frequentado em alguns componentes da rede de urgência e emergência do município de Foz do Iguaçu e São Miguel do Iguaçu (SMI) – Paraná. Foram no total 42 plantões, de 24 horas cada, tendo o Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Hospital Municipal São Miguel Arcanjo (SMI), e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) João Samek e Dr. Walter Cavalcante Barbosa. Realizar esse relatório, portanto, é uma importante ferramenta para reflexão e sistematização da vivência das minhas práticas durante meu internato, pois me permitiu dedicar uma parte do meu tempo em relação a educação médica continuada, reforçando a importância de se manter sempre atualizado, para optar sempre pelas melhores condutas baseadas em evidências, e da análise aos meus erros e acertos, buscando sempre a correta abordagem que esses pacientes merecem.

Esse material visa mostrar também, principalmente para minha coordenadora, minha capacidade de pesquisa contínua por evidências, trazendo sempre as referências mais atualizadas sobre cada situação discutida, sejam elas referentes aos aspectos clínicos ou a problematização dos serviços, em busca de suas compreensões e resolutividade.

A partir da Portaria nº 1.600, de 7 de julho, em 2011, o Ministério da Saúde (MS) reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a RUE no Sistema Único de Saúde (SUS), reformulando a Portaria nº 1.863 de 29 de setembro de 2003 (BRASIL, 2011). A nova reformulação teve como objetivo ampliar o acesso de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência em todos os pontos de serviço de atenção médica, contemplando a classificação de risco e visando uma intervenção adequada e oportuna. Assim o objetivo principal não está voltado só a reordenar o atendimento à saúde em situações 13 mais graves de urgência e emergência, se não também a desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2013)

## 2.1 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA MEDIANTE O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL:

Para conseguir organizar uma rede que capaz de atender os principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência de forma resolutiva, é preciso considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro no total, que ao ser analisado evidencia uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até os 40 anos de idade, e acima desta faixa, uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC), segundo visto nos dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) (BRASIL, 2013). Além disso existem dados demonstrando que a população brasileira está em um estado de envelhecimento acentuado nas últimas décadas, levando a uma preocupação maior por parte da assistência a essa população, tendo-se em vista a tripla carga de doenças (causas externas, doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para as doenças cardiovasculares e, ainda, uma carga de doenças infecciosas), deve-se integrar todos os equipamentos de saúde implementando a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), com o objetivo de qualificar o acesso humanizado e integral dos usuários nos serviços de saúde, respeitando os critérios epidemiológicos e densidade populacional. (BRASIL, 2021).

Na tabela a seguir, são apresentadas as principais causas de morte por faixa etária, com destaque para as doenças cardiovasculares, as neoplasias e as causas externas

**Tabela 1 – Principais cargas de morbimortalidade no País (por faixa etária)**

		Faixa etária (anos)										
		<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60+	Total
1ra	Afecções perinatais 25637	Causas Externas 1.578	Causas externas 1.528	Causas Externas 2.431	Causas externas 13.595	Causas externas 37.306	Causas externas 24.057	DAC 20.641	DAC 40.436	DAC 241.607	DAC 314.506	
2da	Anomalia congênita 7.973	DAR 1.162	Neoplasia 669	Neoplasia 691	Neoplasia 899	DIP 2.822	DAC 7.016	Causas externas 17.816	Neoplasia 30.047	Neoplasia 108.857	Neoplasia 166.317	
3ra	DAR 2.363	DIP 1.003	Sistema nervoso 436	Sistema nervoso 483	DAC 659	Neoplasia 2.665	DIP 5.832	Neoplasia 15.924	Causas externas 11.865	DAR 81.926	Causas externas 133.644	

**Fonte:** Adaptado do Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). BRASIL, 2013.

### 2.3 DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Conforme a Nota Informativa Nº 9/2021-CGURG/DAHU/SAES/MS (2021), a rede de atenção às Urgências tem o objetivo de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, visando um acesso mais humanizado e integral aos usuários nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. No município de Foz do Iguaçu, a rede de serviços de urgência e emergência se encontram interligados. Como preconizado pela PNEU, os variados serviços estão descentralizados, ou seja, são ofertados em instituições distintas, porém, presentes na cidade.

Para o bom funcionamento de qualquer rede de atenção precisa de diretrizes/regras claros e precisos a serem cumpridos, na seguinte tabela mencionam-se as principais diretrizes que norteiam a implementação da RUE.

**Tabela 2 - Diretrizes da RUE**

Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
Ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos em todos os pontos de atenção;
Formação de relações horizontais. Articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação;
Classificação de risco;
Regionalização da saúde e atuação territorial;
Regulação do acesso aos serviços de saúde;
Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias;

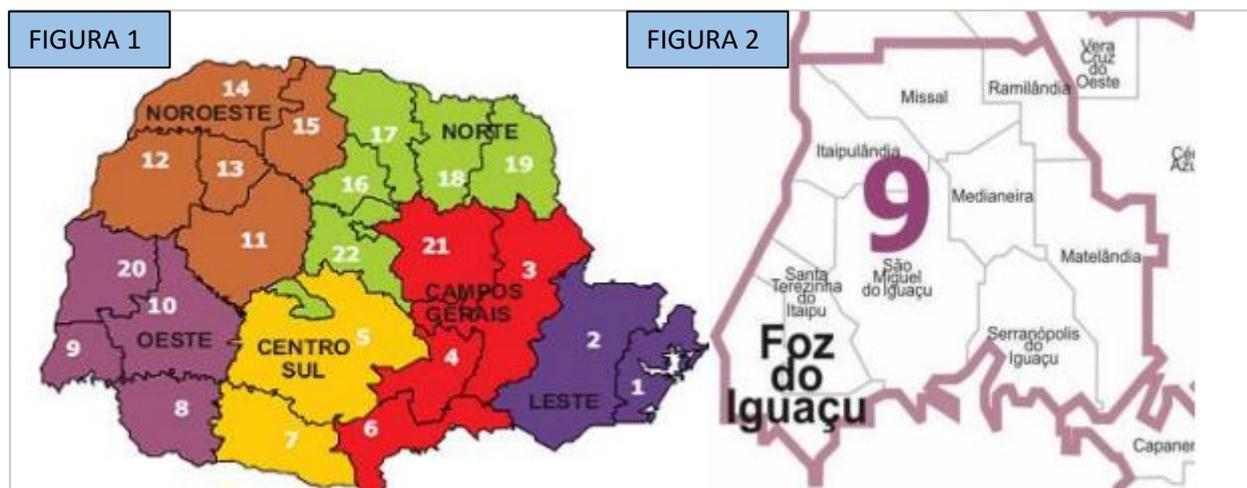
Centralidade nas necessidades de saúde da população;
Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada;
Articulação interfederativa;
Participação e controle social;
Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas; e
Qualificação da assistência por meio de educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores.

Fonte: adaptado de BRASIL, 2013)

## 2. 4 CONHECENDO O AMBIENTE REGIONAL E LOCAL:

O entendimento pleno e estrutural de como a Rede de Atenção do SUS (RAS) foi conformada é necessário para o contexto da Rede de Urgência e Emergência. Com isso deve-se destacar que entre as suas atribuições encontra-se regular o fluxo dos usuários dentro do sistema, resgatando pacientes acidentados nos locais extra hospitalares até o traslado para serviços de referência e contrarreferência da rede, intra ou intermunicipais (ALMEIDA. 2016). Ao mencionar a importância dos locais de referência, Foz do Iguaçu situado no Paraná é a sede da 9ª regional de saúde, ou seja, o município mencionado é a sede de referência de oito (8) municípios do Oeste do Paraná, sendo os seguintes: Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu, Serranópolis do Iguaçu.

**FIGURA 1:** mapa das regionais de saúde paranaenses. **FIGURA 2:** mapa da 9ª regional de saúde paranaense



**Fonte:** SESA/PR - Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. 2022

O município de Foz do Iguaçu, encontra-se situado na região Oeste do Paraná, entre as fronteiras do Paraguai e Argentina, O número de moradores de Foz do Iguaçu aumentou mais de 10,9% nos últimos dois anos, passando de 257.971 (estimativa de 2021) para 286.323 habitantes, a sexta maior população do Paraná, conforme a projeção do IBGE de 2022. O perfil epidemiológico do município segundo dados do IBGE de 2019, em consonância com o território Nacional, tem sua principal causa de morbimortalidade as doenças do aparelho circulatório, em segundo lugar neoplasias, seguido de doenças do aparelho respiratório e causas externas. Tendo em vista este contexto, a Rede de Assistência em Urgência e Emergência (RUE) de Foz do Iguaçu, deve ser organizada para que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários de forma resolutiva, articulada e integral, segundo a epidemiologia nosológica local (BRASIL, 2013).

O serviço de Urgência e Emergência municipal na cidade de Foz do Iguaçu conta com uma rede hospitalar estruturado de acordo com o hospital geral Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) que atende exclusivamente pelo SUS e é referência para os 9 municípios da nona regional de saúde, de caráter complementar nos casos de obstetrícia, cardiologia e clínica de hemodiálise a referência principal é o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC). Na rede pré-hospitalar está conformada pela UPA 24H Dr. Walter Cavalcanti Filho (UPA MORUMBI), UPA 24H João Samek (UPA SAMEK) e a Unidade Básica de Saúde 24H Padre Ítalo Paternoster. Como agente regulador e mediador entre os serviços de urgência e emergência e as vinte e duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) temos uma central reguladora do SAMU, uma base do SIATE (Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência), cinco veículos de transporte do SAMU, duas motolâncias e uma central reguladora de urgências e emergências (BRASIL. DATASUS. 2022).

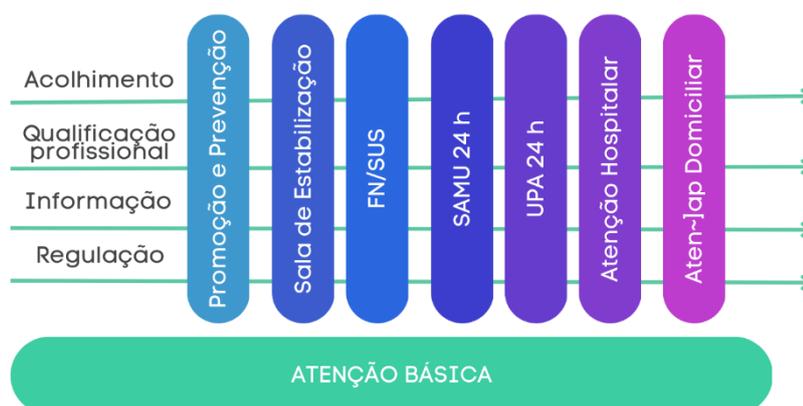
## 2.5 POLITICA NACIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Conforme mencionado anteriormente a articulação entre os componentes da RUE é fundamental, ainda mais a participação e proposição de políticas públicas intersetoriais efetivas e eficientes, envolvendo conselhos de saúde, gestores,

trabalhadores, prestadores, usuários, conselhos de classe, instituições de ensino, setores da Educação, Segurança Social, Transportes e outros (BRASIL, 2013)

RAS é estruturada de acordo com as demandas da população adstrita, tendo a necessidade da RUE estar constituída por: promoção, proteção e vigilância; atenção básica; SAMU e centrais de regulação; sala de estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; UPA e conjunto de serviços de urgência 24h; hospitalar e domiciliar. Assim, Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS (Ministério da Saúde, 2013) pontua os componentes da RUE de acordo com a figura a seguir:

Figura 3 – Componentes da RUE e suas interfaces



Fonte: Adaptado de Brasil, 2013

## 2.6 PONTOS DE ACESSO

### 2.6.1 Atenção Hospitalar:

Segundo a Portaria Nº 479, de 15 de abril de 1999, as unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências As Unidades Hospitalares de Atendimento em Urgência e Emergência são classificadas em:

- A. Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I: São hospitais especializados com recursos suficientes (tecnológico e humano) com experiência suficiente para o atendimento das urgências e emergências de natureza clínica, cirúrgica, pediatria ou traumato-Ortopedista ou cardiologia.
- B. Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II: São aquelas instaladas em hospitais gerais de médio porte aptos a

prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao segundo nível de assistência hospitalar da média complexidade para o atendimento geral das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica.

- C. Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo III: são hospitais gerais caracterizados como aqueles que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral das urgências/emergências clínicas, cirúrgicas e traumatológicas, desempenham ainda as atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades meio e fim da atenção às urgências/emergências.
- D. Unidades de Referência em Atendimentos às Urgências e Emergências: são aquelas instaladas em hospitais, gerais ou especializados, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente e à alta complexidade, de acordo com sua capacidade instalada, especificidade e perfil assistencial. São classificadas em I, II e III, com requisitos de recursos humanos e técnicos de acordo com o nível, mas no nível I já se requer especialidades como cirurgia cardiovascular e intensivista.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, com a qual estabeleceu-se as diretrizes para a PNHOSP em todos os hospitais da rede SUS incluindo as instituições sem fins lucrativos e privadas que prestam serviços a ele. Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas, crônicas e crônicas agudizadas que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Nessas normas, o atendimento hospitalar oferecido pelo SUS, atualmente, é dividido entre o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) e o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC).

## 2.6.2 Portas Hospitalares de Urgência e Emergência:

### 2.6.2.1 O Pronto Socorro do HMPGL:

Este local de atendimento é o principal serviço hospitalar de Urgência e Emergência iguaçuense, cuja responsabilidade de administrar e custear as operações recai para a Fundação Municipal de Saúde. Funciona 24 horas ao dia e 7 dias da semana, oferece atendimento mais complexo aos casos mais graves, sendo referência para os 9 municípios da 9ª Regional de Saúde, e também não negam atendimento a estrangeiros que são cenas muito gratas de se vivenciar na prática, um dos princípios do SUS, a UNIVERSALIDADE.

Segundo informação coletada diretamente com um dos funcionários do NEPI o centro de Pronto Socorro (PS) como um todo conta com 41 leitos, sendo divididos em áreas de PS clínico, área de observação, UCI e atendimento a trauma, os funcionários trabalham em plantões de 12 horas. tendo 2 (dois) médicos acompanhado de 1 (uma) enfermagem e 2 (dois) técnicas de enfermagem na área do recebimento do PS clínico, 2 (dois) médicos, 1 (uma) enfermagem e 1 (uma) técnica de enfermagem para cada quarto com no máximo de dois leitos na área de observação, sendo a mesma enfermagem e mais técnicos distribuídos para área de UCI e trauma, contando com um médico traumatologista em cada plantão. Além disso o PS também possui a sua própria farmácia com as principais drogas e materiais de utilidade no ambiente de urgência e emergência.

A via regulação interna para admissão de pacientes neste hospital é mediante regulação do SAMU, admitindo pacientes com demandas cirúrgicas, ortopédicas, traumas, Pediatria (exceto UTI e UTI neonatal), psiquiatria, neurológicas, clínicas e acidentes com materiais biológicos. O hospital não conta com recursos para as emergências gineco-obstétricas e cardíacas, essas demandas são referenciadas para a instituição parceira do município, o Hospital Ministro Costa Cavalcanti.

O sistema software interno utilizado no HMPGL para gerir os prontuários dos pacientes é o sistema TASY, além disso conta com um Centro de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH), salas de estabilização com todos os materiais de suporte de vida disponíveis para serem utilizados (carrinho de parada, materiais de ventilação mecânica, monitores digitais de controle de sinais vitais, aparelho de ECG,

entre outros), também se caracteriza por contar com aparelhos de ressonância magnética, tomografias computadorizadas, ultrassonografias beira leito, sendo centro de principal derivação dos demais locais, como UPAs para realizarem estes exames consideradas de mais alta complexidade obtendo o laudo preenchido por médicos radiologistas de plantão e finalmente conta com um laboratório próprio para realização de exames. Todos esses recursos garantem à instituição um caráter de alto teor tecnológico.

Desde o meu primeiro plantão fui observando o trabalho de cada profissional, acompanhando-os para experimentar e entender melhor a visão/perspectiva de cada um, dessa forma pude observar que cada nível de atendimento feito por médicos, enfermeiros e técnicos tem uma importância essencial e significativa na admissão e evolução do paciente no decorrer do tempo que ficam internados.

O principal e maior problema que percebi foi a quantidade massiva de pacientes psiquiátricos regulados pelo SAMU, não tendo psiquiatras disponíveis no plantão para o recebimento deles, dificultando o fluxo de outros pacientes graves, ocupando leitos do pronto atendimento. Não existe uma área específica de atendimento para esses pacientes, sendo remanejados na própria área em leitos de observação ou na última opção, se não tiver quartos, ficando no corredor até a área de psiquiatria liberar um leito para serem remanejados lá, porém a quantidade de demanda é muito superior ao que eles são capazes de receber. Além disso existe uma demora na aceitação de vagas das outras áreas, sendo a parte de clínica médica/enfermaria a mais solicitada, por último deve-se mencionar que existe uma leve falta de coleguismo entre os plantonistas, como por exemplo: não são informadas as transferências de pacientes de um local a outro dificultando o fluxo e atendimento adequado dos pacientes e a falta de aderência aos horários de entrada e saída, ficando muito visível o atraso dos profissionais para assumir o plantão, principalmente observado entre a equipe de enfermagem. O trabalho em UE é multiprofissional por excelência, mas para um ambiente saudável, é necessário parceria, respeito e coleguismo entre todos os membros.

### 2.6.2.2 Hospital Ministro Costa Cavalcanti – HMCC

Sob outro prisma, temos o HMCC, no qual não temos vivências práticas enquanto internos de medicina no módulo de UE. Entretanto, por ser referência em cardiologia, oncologia, neonatologia e obstetrícia muitos pacientes precisam ser referenciados para essa instituição. Segundo informações obtidas durante uma entrevista com um dos funcionários do local, este hospital como estabelecido pelo SUS, atua de forma complementar na atenção municipal, sendo a entidade responsável pela demanda de violência sexual de jovens e adultos, partos cesáreos e normais além de um serviço avançado de cardiologia para atender urgências como Infartos Agudos do Miocárdio (IAM) e síndromes coronarianas, conta com uma UTI neonatal nas instalações para atender os neonatos ali nascidos. Com respeito as experiências visualizadas estando no HMPGL, durante a petição de vagas para pacientes em estado de urgências/emergências cardiovasculares é bem irregular, pelo fato de recusarem os pedidos de transferência por falta de exames mínimos, não necessários para diagnósticos de pacientes em estado obvio de sofrimento, demonstrando uma atitude omissa por parte da gestão.

### 2.6.2.3 Hospital Maternidade Municipal São Miguel Arcanjo de São Miguel do Iguazu - HMMSMA:

Este centro de assistência médica é referência para casos mais complexos da cidade de São Miguel e proximidades, também funciona 24 horas ao dia e 7 dias da semana. O complexo é uma instituição parceira da UNILA e integrante da RAS da 9º regional de saúde. Previamente uma UPA, hoje o complexo atua como uma instituição municipal de maior teor tecnológico para o município, porém, ainda limitada em termos de recursos, quando comparada à referência regional, o HMPGL, mas que se adequa às demandas locais e ao perfil epidemiológico do território inserido. O complexo conta com um PS para demanda espontânea, uma ala de internamento clínico, uma sala vermelha para estabilização de pacientes e uma maternidade com centro cirúrgico para realizar partos e cirurgias eletivas. Infelizmente, a instituição não possui um software próprio, os prontuários são redigidos no word 2013 e armazenados no HD dos computadores ou simplesmente arquivado em papeis preenchidos na escrita. Isso traz um sério risco para o roubo de dados e perda de informação caso haja falha nos componentes eletrônicos. Além disso dificulta obter o

histórico do paciente para conseguir ter uma melhor abordagem e por conseguinte um melhor tratamento.

Deve-se mencionar que nas práticas diárias vividas neste centro foi observado o peso forte do “atendimento político”, não sendo feita nenhum tipo de triagem prévia, irrespeitando a política de acolhimento e classificação de risco, simplesmente porque o paciente é familiar ou possui um cargo “forte” na cidade deve, esse indivíduo deverá ser atendido primeiro que os demais e/ou receber vaga de internamento sem necessidade ou ter que acionar a todas as redes hospitalares possíveis até conseguir uma vaga para o local e área que eles preferem, isso ao meu ver dificulta o trabalho do médico plantonista, atrapalha o funcionamento do fluxo desde o início do acolhimento, e impossibilita tomar decisões corretas, simplesmente aceitando o que acontece ou vai acontecer.

### 2.6.3 Atendimento Pré-Hospitalar Fixo

O Atendimento Pré-Hospitalar Fixo é aquela assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Este atendimento é prestado por: unidades básicas de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências (UPA) e pelos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (BRASIL, 2002)

#### 2.6.3.1 Atendimento à Urgência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Na área da atenção primária se tem um papel fundamental em responsabilizar-se do acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência, se não for possível resolver no local de atendimento opta-se pela estabilização do paciente até acionar outro meio e conseguir a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário, considerando sua

responsabilidade de ofertar assistência resolutiva à demanda espontânea e ao primeiro atendimento às urgências e emergências (BRASIL, 2002)

Segundo a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, tanto individuais quanto coletivas, que abrange a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, redução de danos e manutenção da saúde com o objetivo principal de prover uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia dos indivíduos e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Neste sentido, ela deve ser resolutiva, base, coordenadora do cuidado e organizadora da rede, para contribuir positivamente no funcionamento das RAS (BRASIL, 2011b).

#### 2.6.3.2 Unidades de Pronto Atendimento - Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências

Estas unidades são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família e as Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, com importante potencial de complacência da enorme demanda que hoje se dirige aos prontos socorros, além do papel ordenador dos fluxos da urgência. Devem contar com uma equipe composta de no mínimo por médico e enfermeiro nas 24 horas para atendimento contínuo de clínica médica e clínica pediátrica (O'DWYER et al, 2017). Em casos de exigência maior de atendimentos em níveis de demandas em áreas diversas, como no caso da cidade de Foz do Iguaçu, a equipe deve ser ampliada contemplando as áreas de clínica cirúrgica, ortopedia e odontologia de urgência.

A Portaria nº 1.601, de 07 de julho de 2011 contém todas as atribuições da RUE e entre elas é mencionada que a localização das UPAs, estas devem ser implantadas em locais estratégicos para o bom cumprimento e conformação da RUE, em conformidade com a lógica de acolhimento e classificação de risco (BRASIL, 2011b). Todavia, em 2011, a Portaria nº 2.648, definiu a necessidade de uma rede de urgência, com regionalização e reorganização dos serviços pré-existentes. Com isso, as UPA ganharam notoriedade, por serem o principal componente fixo de urgência pré-hospitalar. Segundo mencionado especificamente no artigo no artigo 3º, as UPA existentes em nosso município são de Porte III, sendo estas a UPA João Samek (considerada uma das maiores UPAs do Paraná) e a UPA Dr. Walter Cavalcante. Além

deles existe uma Unidade 24h Padre Ítalo, que foi estruturada para atuar com USF, porém cumpre a função de pronto atendimento de porta aberta 24 horas.

Estas Unidades devem contar com suporte ininterrupto de laboratório de patologia clínica de urgência, radiologia, os equipamentos para a atenção às urgências, os medicamentos definidos por esta portaria, leitos de observação 24 horas, além de acesso a transporte adequado e ligação com a rede hospitalar através da central de regulação médica de urgências e o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.

A saber, o protocolo de Manchester estratifica os usuários do sistema em cores de acordo com a classificação de riscos, com a finalidade de melhorar o atendimento em tempo e qualidade para os pacientes que mais precisem. Tais cores são escalonadas de acordo com o risco à vida e gravidade do quadro. Os triados de azul e verde tem caráter mais ambulatorial e tem menos prioridade de atendimento, em um fluxo bem estruturado, mas compreensivelmente utópico, esses usuários deveriam buscar a UBS de referência. Os pacientes amarelos e laranjas já possuem caráter de urgência inegável e necessitam de atendimento precoce. O vermelho é o tipo de paciente mais grave, que necessita de atenção imediata pois sua situação leva a risco iminente à vida (SILVA et al, 2021).

**TABELA 3:** Protocolo de triagem de Manchester

Vermelho (Emergência)	prioridade zero - emergência. Necessitam de atendimento imediato. Ex. Projétil de arma de fogo, insuficiência respiratória, parada cardíaca
Laranja (Muita urgente)	Atendimento em cerca de 10 minutos. Hemorragias de difícil controle, fraturas, perda do nível de consciência.
Amarelo (Urgente)	Pode aguardar até 50 minutos. Pequenas hemorragias e desidratação.
Verde (Pouco urgente)	Pode aguardar até 2 horas. Dor de garganta, tosse, febre
Azul (Pode aguardar atendimento por até 4 horas. Possui estabilidade hemodinâmica.	Pode aguardar atendimento por até 4 horas. Possui estabilidade hemodinâmica.

Fonte Adaptado do Silva et al, 2021

## 2.6.4 Componente Pré-Hospitalar Móvel:

### 2.6.4.1 Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU):

Foi instituído pela Portaria Nº 1.864, de 29 de setembro de 2003 é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, que tem como finalidade proteger a vida das pessoas e garantir a qualidade no atendimento no SUS, é definido como “componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras). A política tem como foco cinco grandes ações: organizar o atendimento de urgência nos pronto-atendimentos, unidades básicas de saúde e nas equipes do Programa Saúde da Família; estruturar o atendimento pré-hospitalar móvel; reorganizar as grandes urgências e os prontos-socorros em hospitais; criar a retaguarda hospitalar para os atendidos nas urgências; e estruturar o atendimento pós-hospitalar. (MS, 2019).

O SAMU é acionado gratuitamente pelo telefone 192, a ligação é direcionada para a central que acolhe o comunicante e seleciona a abordagem mais apropriada ao caso. Geralmente a conduta envolve o envio de uma unidade básica, sem um profissional médico, ou a avançada, com um médico presente, dependendo da gravidade do caso, como por exemplo foi visto nos meus primeiros plantões, um caso de transferência de pacientes em estado de saúde preservada/hemodinamicamente estável, poderá ser transferido por uma unidade básica, porém quando o paciente está hemodinamicamente instável, com risco de vida (em uso de Drogas vasoativas (DV), por exemplo) deverá ser acionado a unidade avançada, pelo fato de precisar monitoramento e possíveis intervenções médicas.

Para um funcionamento eficaz, o SAMU possui atuação autônoma no município instalado, sendo que aqueles que não possuem aporte financeiro/populacional podem fazer pactuações intermunicipais e estaduais dentro das regionais, como acontece em Foz do Iguaçu com relação aos municípios vizinhos, como São Miguel do Iguaçu e o governo estadual do Paraná.

Segundo a Portaria GM nº 2.048, de 05/11/2002 a Central de Regulação de Urgências do SAMU será composta por:

- I. Médicos com capacitação em regulação médica das urgências (Médicos Regularadores): são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a solicitações dos usuários, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente.
- II. Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM); e
- III. Radio-Operador (RO).
- IV. As Unidades Móveis para atendimento de urgência podem ser das seguintes espécies:
  - V. Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB): tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;
  - VI. Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA): tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;
  - VII. Equipe de Aeromédico: composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;
  - IV - Equipe de Embarcação: composta por no mínimo 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/ técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida;
- VIII. Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância; e
- IX. Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro. Situações excepcionais serão analisadas pela área técnica da Coordenação-Geral de Urgências e Emergências do Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde (CGUE/DAE/SAS/MS), no sentido de se disponibilizar o tipo de Unidade Móvel mais adequado às peculiaridades regionais.

A composição de profissionais por unidades móveis básicas e avançadas, são cumpridas em Foz do Iguaçu, graças ao acompanhamento ofertado pelo internato de medicina consegui observar no meu primeiro plantão a funcionalidade da equipe

como um todo, acompanhando as duas ambulâncias, recebendo reporte de casos, abordando pacientes, reportando a central de regulação o estado atual do paciente acometido, recebendo indicações e finalmente transportando ao paciente até o destino que for assinado. Teve situações onde precisaram das duas unidades, sendo enviada primeiro a básica conforme já mencionado acima, para casos mais leves, porém o quadro apresentou uma piora, precisando acionar a regulação para solicitar apoio da ambulância de suporte avançado "Alfa". Essa situação me fez aprender sobre como abordar um caso leve que pode agudizar, quais os fluxos específicos a seguir, desde chegar no local, observar o panorama e conforme o estado acionar o nível de abordagem mais complexo.

### Materiais do SAMU (USA)

#### Maleta laranja:

- Seringas; Agulhas.
- Materiais cirúrgicos: pinça, tesoura, porta-agulha, luvas, fio de sutura, lâmina de bisturi, curativos e campo estéril
- Cobertor térmico (manta aluminizada)
- Material de acesso venoso central

#### Maleta vermelha

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laringoscópio, lâminas Macintosh e Miller</li> <li>- Pilhas</li> <li>- Cadastrarço</li> <li>- Máscara facial com reservatório</li> <li>- Guedel (rígido e maleável)</li> <li>- Fio guia</li> <li>- Ambu</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Máscaras</li> <li>- Tubos de traqueostomia</li> <li>- Gazes</li> <li>- Luva cirúrgica</li> <li>- Seringas</li> <li>- Cânulas endotraqueais com e sem balão</li> <li>- Mangueira de aspiração</li> </ul> |
|---|--|

#### Maleta azul:

- Talas; Bandagem; Gazes; Atadura de crepom; Luvas; Esparadrapos; Manta térmica; compressas de gazes hidrófilas; Seringas; Agulha; Guedel; Crachás de classificação de risco

#### Maleta Verde

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelco</li> <li>- Scalp</li> <li>- Agulhas</li> <li>- Adenosina (6): 3 mg/ml [amp.2ml IV]</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nitroglicerina (2): 5 mg/ml [amp. 10ml IV]</li> <li>- Furosemida (24): 10 mg/ml [amp. 2ml IV/IM]</li> </ul> |
|--|--|

- Bicarbonato de sódio (10): 8,4% [amp. 10ml]
- Dopamina (8): 5 mg/ml [amp. 10ml IV]
- Noradrenalina (8): 2 mg/ml [amp. 4ml]
- Nitroprussiato de sódio: 25 mg/ml [amp. 2ml]
- Dobutamina (2): 12,5 mg/ml [amp. 20ml]
- Adrenalina (20): 1 mg/ml [amp. 1ml]
- Atropina (30): 0,5 mg/ml [amp. 1ml]
- Amiodarona (15): 50 mg/ml [amp. 3ml IV]
- Sulfato de magnésio 10%:
- Gluconato de cálcio 10%:
- Cloreto de potássio 19,1%:
- Glicose 50%:
- Lidocaína (1): 20 mg/ml [amp. 20ml]
- Morfina (4): 10 mg/ml [amp. 1ml IV/IM/EPIDURAL/INTRATECAL]
- Fumazenil: 0,1 mg/ml [amp. 5ml IV]
- Naloxona: 0,4 mg/ml [amp. 1ml]
- Fentanil (2): 50 mcg/ml [amp. ml IV/IM/EPIDURAL]
- Succinilcolina (2): 100 mg liofilizado [IV/IM]
- Clorpromazina (4): 5 mg/ml [amp. 5ml]
- Diazepam (6): 10 mg/2ml [amp. 2ml IV/IM]
- Fenitoína (6): 50 mg/ml [amp. 5ml IV/IM]
- Fenobarbital (2): 100 mg/ml [amp. 2ml IV/IM]
- Midazolam 50 mg (2): 5 mg/ml [amp. 10ml IV/IM/RETAL]
- Midazolam 15 mg (4): 5 mg/ml [amp. 3ml IV/IM/RETAL]
- Haldol (10): 5 mg/ml [amp. 1ml IM]
- Hidrocortisona 50 mg [IV/IM]
- Hidrocortisona 100 mg [IV/IM] T
- erbutalina: 0,5 mg/ml [amp. 1ml IV/SUBCUTÂNEO]
- Dexametasona: 4 mg/ml [amp. 2,5ml IV/IM]
- Berotec Atrovent Aerolin
- Prometazina: 25 mg/ml [amp. 10ml IM]
- Ranitidina: 25 mg/ml [amp.]
- Nauseidrom: 2 mg/ml [amp. 2ml IV/IM]
- Bromoprida: 10 mg/2ml [amp. 2ml IV/IM]
- Dramin: 50 mg/ml [amp. 2ml ]
- Buscopam simples: 20 mg/ml [amp. ]
- Buscopam composto: 4 mg/ml + Dipirona 500mg/ml
- Dipirona: 500 mg/ml [amp. 2ml IV/IM]
- Diclofenaco: 25 mg/ml [amp. 3ml IM]
- Água destilada:
- AAS 100 mg
- Carvedilol 6,5 mg
- Isordil 5 mg
- Captopril 25 mg
- Nifedipina 10 mg
- Clonidina
- Metildopa
- Propanolol 40 mg

#### 2.6.4.2 Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência - SIATE:

O serviço originalmente foi criado no estado do Paraná, especificamente na capital, Curitiba, em 1987, em modelo a ser testado e que, posteriormente, seria expandido para o restante do país (ALTEMISTONCLEY. 2009). Este serviço encontra-se vinculado ao corpo de bombeiros é o encarregado de assistir pacientes vítimas de traumas, acidente de trânsito (colisão, atropelamentos e capotamentos), ferimentos por arma branca, ferimentos por arma de fogo, agressão, queimaduras, entre outros. A ligação de emergência ao 193 é recebida pela central de operações do corpo de bombeiros (COBOM) e é repassada ao Médico responsável.

Lastimosamente no nosso curso não é ofertado o acompanhamento a este centro, porém conforme vivenciado desde o local de recepção de referência para esses pacientes, o HMPGL, pude observar que tem uma porta de entrada exclusiva de 24 horas, onde o paciente é recebido e abordado pelo médico especialista em traumatologia de plantão, junto com a sua equipe de enfermagem e técnicos de apoio.

#### 2.6.5 Vaga zero:

O conceito de “vaga zero” é apresentado na Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 em que é atribuída ao médico regulador a autoridade para não aceitar a inexistência de vagas nos equipamentos de saúde de referência e lhe confere a possibilidade de encaminhar pacientes graves para hospitais de referência, mesmo que sem leitos vagos para internação (BRASIL, 2002).

A Resolução do CFM 2.110/2014, fala da Vaga Zero como um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, e esta deve ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências; ela é responsabilidade exclusiva do médico regulador de urgências. Por último, conforme mencionado na Resolução nº 2.077/14 do CFM, no artigo 17º, expressa que é responsabilidade do médico regulador decidir o local de destino do paciente assim como fazer contato com o médico plantonista que irá receber o usuário, devendo comunicar detalhadamente o quadro clínico, justificando o encaminhamento (CFM, 2014). Ressalta-se a importância da comunicação oportuna e efetiva entre os profissionais médicos dos diferentes pontos de atenção, principalmente regular e receptor. Até o momento só presenciei um caso em particular, onde o paciente estava com um quadro grave de dispneia progressiva aos pequenos esforços, com histórico de Tuberculose Miliar e pneumonia por aspiração, no HMPGL já não tinha leitos para receber esse paciente, porém, tiveram que deslocar outros pacientes que estavam em estado de menor gravidade até outros quartos, inclusive deixando-os nos corredores, para receber esse paciente, tendo visto a gravidade do caso foram tomadas medidas de abordagem imediatos e colocado em isolamento.

### **3 CAPÍTULO II - ARTIGO Nº 38 DO CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA - “Cabe ao estudante defender o acesso universal à saúde, entendendo que este é um direito fundamental do cidadão”**

Para começar deve-se lembrar do artigo 196 da constituição Nacional, que fala o seguinte:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

Esse conceito ampliado de saúde funda, então, um sistema de saúde baseado também no princípio da equidade, que é um dos princípios principais do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça social, orientado pelo respeito às necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão ou grupo social, o princípio da equidade inclui o reconhecimento de determinantes sociais, como as diferentes condições de vida, que envolvem habitação, trabalho, renda, acesso à educação, acesso à saúde, lazer, entre outros que impactam diretamente na saúde (BRASIL, 2022)

Para entender melhor o porquê do artigo escolhido, irei descrever melhor as frases nela presentes, iniciando com a palavra “defender o acesso”, o acesso à saúde se encontra dentro dos princípios do SUS da universalidade, onde é citado como um direito da cidadania de todas as pessoas e que cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Porém - porque defender se não é para mim? - Porque defender algo para os demais? Independentemente de que o curso da vida da população, siga sem necessidade da intervenção de ninguém, tem locais e aspectos que tem que ser defendidos, manter em pé tudo aquilo pelo qual o país e o mundo inteiro luto e segue lutando, pela liberdade de ação, pela liberdade de escolher, pela liberdade de viver.

O acesso a saúde de maneira universal, sem discriminação e distinção, foi e segue sendo um tema muito polêmico em nossos países, sendo visto maltrato, precariedade intensa, insalubridade e falta de empatia com aquelas pessoas que procuram atendimento nos centros de serviço. O desrespeito às necessidades básicas, humanas, como é a questão da saúde, é uma falta de reconhecimento ao

direito do ser humano, falta de consideração e omissão por aquilo que está escrito nos principais artigos das constituições nacionais, tratados e declarações internacionais. Falando disso, da controvérsia existente entre o que deveria ser e o que realmente é no cotidiano, ainda tem muito a ser melhorado, e nesse instante é onde o estudante, sendo estudante deve aprender desde o nível primário, analisar em conjunto com os demais colegas o código de ética do estudante, os princípios do SUS e os direitos dos pacientes, vivenciando e aplicando no campo de prática, observando o agir dos demais profissionais, tentar corrigir os más atos realizados, ensinando eles se não sabem ou simplesmente orientar e dar sugestões de melhora.

Tendo em conta a expressão de “direitos fundamentais”, não sendo como algo consensual na doutrina, que, para fazer referência à mesma categoria de direitos, emprega outras expressões, tais como “direitos humanos”, “direitos do homem”, “direitos públicos subjetivos”, “liberdades públicas”, “direitos individuais”, “liberdades fundamentais”, “direitos humanos fundamentais”, “direitos, fundamentais do homem” e “direitos naturais”, entre outras tantas, a Constituição Federal de 1988 repercute essa pluralidade terminológica, aludindo a “direitos humanos”, “direitos e garantias fundamentais”, “direitos e liberdades constitucionais”, “direitos e garantias individuais”, “direitos e liberdades fundamentais” e finalmente a expressão utilizada no presente artigo em discussão, o artigo 38 do código de ética do estudante em medicina: “direitos fundamentais da pessoa humana” (ANDRADE, 2003)

Ainda que a declaração de Alma-Ata (1978) conceitue a saúde de forma abrangente, a linguagem do direito à saúde só foi apresentada, aí sim ser de caráter internacional, nos Comentários da Convenção Internacional em Direitos Econômico, Social e Cultural. Mesmo que internacionalmente o reconhecimento do direito humano à saúde, enquanto fundamental e social, só se tenha dado no início do século XX, a heterogeneidade dos Estados permite reconhecer diferenças nesse reconhecimento, nos critérios distributivos e de aplicação da justiça.

O Acesso Universal à Saúde é entendido como a ausência de barreiras socioculturais, organizacionais, econômicas, geográficas e relacionadas aos gêneros, no que tange aos cuidados da saúde, e Cobertura Universal de saúde é compreendida como a capacidade dos sistemas de saúde para atender as necessidades das populações em qualquer nível de cuidado, fornecendo infraestrutura, adequada capacidade de recursos humanos, e tecnologias da saúde sem causar danos

financeiros (WHO, 2014). A adoção desse princípio fundamental, a partir da Constituição Federal de 1988, representou uma grande conquista democrática, que transformou a saúde em direito de todos e dever do Estado (CUPERTINO, 2016)

Antes do SUS, apenas pessoas com vínculo formal de trabalho (carteira assinada) ou que estavam vinculadas à previdência social poderiam dispor dos serviços públicos de saúde. A opção para as demais pessoas era pagar pelos serviços privados. De acordo com o princípio da igualdade adotado pela Constituição Federal de 1988, “todos os cidadãos têm o direito de tratamento idêntico pela lei, em consonância com os critérios albergados pelo ordenamento jurídico”. Sabe-se que essa igualdade não surge do acaso, ela é proveniente da evolução de direitos fundamentais, da luta da humanidade por direitos, constitui a dignidade um valor universal (ANDRADE, 2003)

A dignidade constitui, na moral kantiana, um valor incondicional e incomparável, em relação ao qual só a palavra respeito constitui a expressão conveniente da estima que um ser racional lhe deve prestar. Ao compreender que os serviços de saúde, no âmbito do conceito de cobertura universal significam métodos para promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, abrangendo assistência médica em comunidades, centros de saúde e hospitais, implica afirmar que os serviços essenciais de saúde devem ser (PALUCCI, 2016). A adoção de condições para o acesso de direito humano e social à saúde, que fundamenta o conceito de cobertura universal, confronta a igualdade e a não discriminação entre humanos, ali entra uma vez mais a formação do acadêmico praticando esses valores de saber reconhecer os pontos fracos do sistema e ajudar a melhorar o acesso, ensinando a população os direitos que eles têm, junto com os deveres de ambas partes.

Nos sistemas de trabalhos que o interno de medicina passa durante o todo o internado, dá para observar vários atos de crueldade ao paciente, atos desumanos que deixam muito que desejar, porém está nas nossas mãos tentar trocar isso e levar para o bem, aplicar o que foi ensinado verdadeiramente na faculdade, não só a parte teórica e prática da medicina, se não a parte humana que a UNILA proporciona para nós, o olhar holístico ao paciente, sempre sendo tratado como humanos e não como partes de uma doença, respeitando a integridade deles.

#### 4 CAPÍTULO III – CARREIRA MÉDICA E MÍDIAS SOCIAIS

É notório que o uso das mídias sociais pelos médicos vem aumentando de forma exponencial, resultando na utilização das redes sociais para obtenção de informações sobre saúde por acadêmicos e por toda a população. Da mesma maneira os estudantes de medicina utilizam as redes sociais para acompanhar perfis de médicos, de cursos, de ligas acadêmicas, buscar conselhos, dicas e até mesmo discutir casos clínicos, respondendo às perguntas e tendo uma resposta diretamente por parte de outra pessoa também interessada na área, aumentando assim o compartilhamento de saberes. Dessa maneira a mídia tornou-se uma grande aliada e facilitadora da troca de experiências por profissionais de todo o mundo; porém também existe o lado negativo, como a existência e compartilhamento de notícias falsas, os famosos chamados de “fake News” e seguidamente o descumprimento de normas do Código de Ética Médica. Dessa forma, é importante compreender como as redes sociais podem impactar na relação médico-paciente e como separar vida pessoal e profissional nos ambientes virtual e sempre pensar e reanalisar como aquilo que se encontra nas redes sociais irá afetar a tua vida pessoal e profissional.

Whatsapp, Twitter e Instagram, essas redes sociais são as principais plataformas utilizadas tornando-se um fenômeno impactando todos os aspectos das atividades humanas. Desse modo, podemos naturalmente afirmar que essas tecnologias trouxeram vantagens para diversos profissionais, de qualquer segmento, inclusive, os do campo médico. Para nós, essa mídia pode se tornar uma grande aliada em relação a nossa profissão e o público-alvo, sendo possível destacar inúmeras funções: promoção e prevenção em saúde, marketing e negócios, pesquisas, e etc. O marketing voltou-se algo sumamente necessário após a

Pandemia, todo mundo aprendeu utilizar e se submergir nas redes sociais, e voltou-se a maneira mais fácil de vender produtos e serviços, inclusive fortalecer vínculos com pacientes tendo maior contato em tempo real, acompanhando o tratamento e as dúvidas sem necessidade de estar-se deslocando de um local para outro. Ora também desfavorável, se considerarmos os direitos éticos legais implícitos nas relações humanas, e do próprio exercício médico.

O CFM publicou algumas resoluções que abordam este quesito, entre elas: Resolução nº 1.974/2011 inclui critérios para participação dos médicos nas redes sociais; a Resolução nº 2.126/2015 expressa ser vedado ao médico a publicação de imagens como autorretratos, imagens ou áudios que caracterizem sensacionalismo, concorrência desleal ou autopromoção; a Resolução nº 2.133/2015 altera o Anexo I da nº 1.974/2011, modificando os critérios para a relação dos médicos com a imprensa, no uso das redes e na participação de eventos. Da mesma forma, o Capítulo I do Código de Ética Médica em seu artigo 4º traz que cabe ao médico exercer a medicina sempre zelando pelo prestígio e conceito adequado da profissão.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), também fez apontes relacionados à publicidade médica e o uso das redes sociais, no qual os profissionais precisam estar cientes sobre como se comportar digitalmente, nesse contexto, ao considerar que dentro das próprias comunidades digitais existam políticas e diretrizes pré-acordadas pelos seus usuários, principalmente em relação aos direitos humanos e violências. Existem motivos em casos nas quais as postagens infrinjam de alguma forma o Código de Ética Médica, nós profissionais podemos ser punidos. É por isso que o CFM, em uma série de publicações e documentos oficiais. Existem palestras presenciais e online como tem acontecido em anos anteriores no prédio da UNILA, buscando tratar sobre as boas práticas nas redes sociais e mostrar como a publicidade médica, quando usada de forma responsável, tem um papel muito importante na sociedade e como cuidar da nossa imagem inclusive estando na faculdade para depois de ser formados não afetarem a nossa profissão.

As redes sociais são um excelente espaço para expor ideias, opiniões e posicionamentos. Porém, no que diz respeito à medicina, devemos sempre lembrar que ela é pautada em evidências, ou seja, nos responsabilizamos em provar a veracidade de tudo aquilo que nós divulgamos em mídias.

## **5. CAPÍTULO IV – CASOS CLÍNICOS**

### **CASO I - “Sinto uma dor muito forte no estômago”**

Identificação: K.H.L, masculino de 60 anos de idade, morador de Foz do Iguaçu, natural de Matelândia, casado, trabalha como vendedor de rua. HDA: Paciente admitido no Pronto Socorro do HMPGL, com quadro de dor abdominal em faixa de

forte intensidade associada a náuseas e vômitos há cerca de 1 dia. Os sintomas iniciaram-se após a comemoração do aniversário do seu melhor amigo. Desde então, não se consegue alimentar. Refere episódio de febre durante à noite (não aferida).

HMP: Nega comorbidades; nega alergia medicamentosa.

Estilo de vida: Etilista crônico (cachaça, cerveja e demais destilados) e tabagista há 30 anos.

### **Exame físico:**

Apresenta-se em REG, Desidratado (+II/IV+), hipocorado (+I/IV) taquicárdico, eupneico e ictérico (+I/IV)

SSVV: T: 36,1; Sat 90% em AA; FR: 24 irpm; PA: 80/50mmHg; HGT: 136; FC: 106 bpm.

Neuro: LOTE, comunicativo, colaborativo, Glasgow 15/15, sem sinais de irritação meníngea.

AC: BNF, RCR 2T, sem sopros, TEC<3s, pulsos simétricos

AP: MV+, sem RA, sem sinais de esforço respiratório

ABD: RHA ausente, distendido, doloroso à palpação superficial e profunda, com descompressão brusca dolorosa positiva.

MMII: panturrilhas livres, pulsos palpáveis, sem sinais de empastamento.

Diagnóstico sindrômico:

- ✓ Síndrome álgico abdominal – agudo?
- ✓ Síndrome inflamatória
- ✓ Síndrome emética
- ✓ Síndrome ictérica

Diagnósticos diferenciais:

- Pancreatite - alcoólica? Cálculos biliares?
- Úlcera péptica
- Colecistite

- Coledocolitíase e colangite
- Obstrução intestinal
- Nefrolitíase

Conduta médica frente ao caso:

- Mantenho jejum
- Exames laboratoriais (HMG, função renal, eletrólitos, enzimas hepáticas e canaliculares, marcadores inflamatórios, parcial de urina)
- Sintomáticos (analgésicos)
- Solicito TC de abdome
- Solicito avaliação do Gastroenterologista
- Início com antibioticoterapia

Resultado de exames.

**Tabela 4.** Resultado de exames laboratoriais 05/01/2023

Exames	Resultado - Achados	Valores de referência
Hemoglobina	13,6	14 a 18 g/dL
Hematócrito	39,42	40 a 50%
Leucócitos	18600 2% de bastões	4.500 a 11.000 leucócitos/mm <sup>2</sup>
Plaquetas	256000	150 mil a 400 mil
Ureia	60	13 a 43 mg/dL
Creatinina	2,4	0,6 a 1,30 mg/dL
Sódio	140	135 a 154 mEq/L
K	3,5	3,6 a 5,2 mmol/L
PCR	50	Abaixo de 0,3 mg/dL
AST	300	5 a 40
ALT	120	7 a 56
FA	120	40 – 150 U/L
GGT	190	12 – 64 U/L
BT	1,9	entre 0,2 mg/dL e 1,20 mg/dL
BD	1,2	Até 1,0 mg/dL
Glicemia	270	70 - 99
DHL	150	125,00 – 220,00 U/L

Amilase	810	28 – 100 U/L
Gasometria arterial - pH	7,36	
PaO2	85	102 mmHg
PaCO2	27	35 – 45 mmHg
SatO2	91%	98%

**Fonte:** Coletado do prontuário do paciente – Sistema Tasy

#### Observações e comentários:

Pacientes com pancreatite aguda geralmente apresentam hipovolemia importante secundária ao sequestro de líquido, necessitando de hidratação volêmica agressiva para melhorar a perfusão tecidual pancreática e tentar evitar o desenvolvimento de necrose pancreática e prevenir a evolução para formas graves. Como não há como antecipar as necessidades de reposição volêmica, os pacientes devem ser monitorados continuamente para avaliar a efetividade do tratamento. Os critérios utilizados são o hematócrito, débito urinário, frequência cardíaca, azotemia e turgor cutâneo. No caso de pacientes com comorbidades como insuficiência renal ou cardiopatias, pode ser necessária a utilização de monitorização invasiva. A maioria dos pacientes apresenta quadro de pancreatite aguda leve que responde satisfatoriamente ao tratamento clínico, com resolução dos sintomas e normalização dos níveis séricos de amilase e lipase. Nestes pacientes, é reiniciada a dieta com líquido sem resíduos, e evoluída progressivamente para evitar dor pós-prandial e recidiva da pancreatite.

#### Discussão do caso:

Leve definição da doença: é definida como um processo inflamatório agudo do pâncreas com envolvimento variável de outros tecidos regionais ou sistemas orgânicos. A pancreatite deve sempre ser considerada aguda, salvo prova em contrário fornecida por tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM) ou colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE). A pancreatite aguda grave é definida como um quadro de disfunção orgânica importante e/ou presença de complicações locais (necrose, abscesso ou pseudocisto).

Etiologia: colelitíase, etilismo, hipertrigliceridemia, pós-CPRE, drogas, autoimune, hereditária, trauma, infecções, hipercalcemia, pós-operatório.

Manifestações clínicas:

O principal sintoma é dor abdominal, geralmente é aguda, de instalação súbita, sem pródromos, localizada na porção superior do abdome, com irradiação dorsal e de intensidade moderada a forte, apresentando piora com a alimentação ou uso de álcool. Nos casos de etiologia biliar, a dor tende a ser mais localizada no hipocôndrio direito e pode ter início mais gradual, já que se confunde com a cólica biliar. Os achados do exame físico são proporcionais à gravidade do quadro de pancreatite.

O exame abdominal mostra dor em hipocôndrio direito e/ou epigástrio com defesa muscular, mas raramente com descompressão dolorosa. Pode haver distensão abdominal e diminuição da peristalse em decorrência do íleo adinâmico determinado pelo processo inflamatório pancreático. Bem como foi mencionado na clínica do exame físico do paciente do caso. Taquicardia e hipotensão variáveis são decorrentes da hipovolemia secundária ao sequestro de líquido.

Tratamento: A base do tratamento é o suporte clínico e a suspensão da ingesta oral, já que ainda não há tratamento específico para a pancreatite. Este suporte clínico consiste em manutenção da perfusão tecidual através de reposição volêmica vigorosa e manutenção da saturação de oxigenação, analgesia e suporte nutricional.

Correlação da literatura em conjunto com a avaliação do paciente:

O Consenso de Atlanta definiu a utilização do escore de Marshal modificado para aferição da gravidade de uma pancreatite aguda, esse escore avalia os 3 sistemas (Insuficiência orgânica) mais comumente acometido no SIRS que acompanha a pancreatite aguda: renal, respiratório e cardiovascular. Deve ser avaliado a entrada e reabilitado após 48 horas para cada. Quando há resolução da insuficiência, é considerada temporária.

**Tabela 5:** Escore de Marshal

Órgão/Sistema	0	1	2	3	4
Respiratório PaO2 FiO2	Maior que 400	31 a 400	201 a 300	101 a 200	Menor ou igual 100

Renal (creatinina, mg/dL)	Menor 1,4	1,4 a 1,8	1,9 a 3,6	3,6 a 4,9	Maior que 4,9
Cardiovascular (PAS mmHg)	Maior que 90	Menor que 90 responsivo à volume	Menor que 90 refratários à volume	Menor que 90, pH menor que 7,3	Menor que 90, pH menor que 7,2

**Fonte:** Manual de Urgências e Emergências- rede de ensino Terzi

Após aplicar o Score de Marshall modificado pode-se classificar o quadro do paciente como uma pancreatite alcoólica grave, pelo fato de estar apresentando insuficiência renal (Cr 2,4) e cardiovascular (PAS menor que 90) classificando-se assim no momento em uma pancreatite grave. Se forem revertidas após 48 horas, será reclassificada como moderadamente grave, enquanto a persistência classifica como grave.

O consenso de Atlanta estratifica gravidade da pancreatite aguda em:

- Leve (denominada como edematosa/ edematosa intersticial; ausência de falência de órgãos e complicações locais ou sistêmicas)
- Moderadamente grave (Falência orgânica transitória e/complicações locais ou sistêmicas não persistentes – resolvem em 48 horas.
- Grave (denominada de necrosante/necro-hemogênica; caracterizado por falência de orgânica persistente.

Enquanto ao manejo, inicialmente os íntens obrigatórios na abordagem da pancreatite aguda leve são jejum, hidratação e analgesia intravenosa. Já nos casos de pacientes mais graves deve-se optar por transladar o paciente até uma unidade de UTI para ser tratado.

Enquanto a hidratação deve ser agressiva, entre 5 e 10 mL/Kg de solução cristalóide por hora para todos los pacientes com pancreatite aguda, com balanço hídrico diário e controle eletrolítico e acidobásico. Nos casos graves, deve-se prover rápida reposição com 20 ml/kg de fluido em 30 minutos, seguida por 8 a 12 horas. O volume deve ser reavaliado a cada 6 horas, com base nos dados clínicos (pulso menor que 120 bpm e PAM entre 65 e 85) hematócrito (redução 35 a 44 %) e função renal (ureia, diurese entre 0,5 e 1 ml/kg/h)

Os analgésicos de escolha são a dipirona associada à hioscina e/ou meperidina, evitando-se a morfina por aumentar a pressão do esfíncter de Oddi (músculo circular na junção do colédoco com o duodeno). Entre os opioides, o uso do fentanil também vem aumentando por sua segurança frente à condição.

Nos casos de impossibilidade de reintrodução de dieta oral em cinco e sete dias, a opção preferencial é a sonda nasoenteral locada pós-ligamento de Treitz por endoscopia digestiva alta ou radiologia. Nutrição enteral precoce (24 a 48 horas) deve ser iniciada, seu benefício está na habilidade de manter a barreira intestinal e prevenir a translocação bacteriana do intestino, a qual pode ser maior causa de infecção. Se não for possível a dieta com uso do trato gastrointestinal, institui-se a nutrição parenteral total.

Após 3 dias da admissão o paciente mantém quadro de febre, dor e distensão abdominal.

Ao exame físico:

- ACV: BRNF 2T Sem sopro, FC de 102 bpm, PA: 100/70 mmHg,
- Ausculta Pulmonar: Murmúrios vesiculares presentes, ARA; FR20 irpm,
- Exame abdominal com RHA diminuído, doloroso à palpação profunda.

Os exames de controle demonstram:

**Tabela 6:** Resultado de exames Laboratoriais 08/01/2023

<b>Hemoglobina</b>	14
<b>Hematócrito</b>	40,1
<b>Leucócitos</b>	21.300, 8% de bastões.
<b>PCR</b>	200
<b>Glicose</b>	102
<b>AST</b>	208
<b>NA</b>	135
<b>K</b>	3,8
<b>Ca</b>	7 mg
<b>Gasometria arterial</b>	pH 7

**Fonte:** Coletado do prontuário do paciente – Sistema Tasy

A dosagem da Proteína C reativa é um marcador de gravidade e prognóstico após 48 horas de evolução da doença. Valores acima de 150 mg/L podem ser utilizadas com a finalidade de distinguir a pancreatite aguda leve da grave, é um

exame que apresenta acurácia próximo a 90% para a detenção de necrose pancreática e como é observado nos resultados laboratoriais, o paciente apresenta um aumento de 200 do PCR, estando acima do limite para classificá-lo como grave.

O tratamento iniciado com antibioticoterapia não é recomendado neste quadro, pelo fato de ter o resultado da tomografia e sendo este compatível com necrose pancreática extensa, normalmente demonstrada como perda do realce do parênquima pancreático após a injeção de contraste associada a líquido Peri pancreático. A causa mais comum de óbitos na pancreatite aguda após duas semanas é a infecção do tecido pancreático o peripancreático, em 5 a 10% dos pacientes com a pancreatite e em um terço daquela com necrose, aumentando e até quatro vezes a mortalidade em relação aos indivíduos com necrose não infectada. Geralmente ocorre mais tardiamente, no curso clínico da doença (após 10 dias). Os organismos que geralmente infectam a necrose são os derivados do intestino, incluindo *Escherichia Coli*, *Pseudomonas*, *Klebsiella* e *enterococcus*; 75% das infecções são monomicrobianas, o paciente apenas está no terceiro dia, devendo ser evitado o uso de antibioticoterapia.

Infecções fúngicas e com Gram positivo são incomuns, mas mais frequentes quando do uso de antibiótico profilático para pancreatites graves, especialmente por mais de 10 a 14 dias.

O uso profilático de antibióticos é controverso, mas estudos recentes não recomendam o uso de antibiótico profilático nos pacientes com pancreatite aguda, independentemente do tipo (intersticial ou necrosante) ou da gravidade da doença, pelo risco de resistência bacteriana. Aspiração percutânea guiada por TC com Gram e cultura é recomendada quando se suspeita de necrose infectada (instabilidade clínica ou sepse, leucocitose, febre), ou pode ser iniciada terapia empírica com antibióticos (com miripeném, meropeném, quinolonas ou metronidazol), sendo esta, como já citado, conduta controversa.

Questionamentos e percepções:

Lembrar que alguns achados são específicos de algumas complicações da pancreatite aguda. Alterações da ausculta pulmonar podem ser indicativas do derrame

pleural, comumente à esquerda, que pode acompanhar os casos de maior gravidade. A presença de equimose em flanco esquerdo (sinal de Gray-Turner) ou na região periumbilical (sinal de Cullen) são indicativos de hemorragia retroperitoneal que pode ocorrer em casos de pancreatite grave.

Os principais achados laboratoriais são leucocitose e hiperglicemia moderada como resultado da resposta inflamatória sistêmica. Há também elevação discreta das transaminases. Caso haja elevação significativa de ALT (acima de 150 UI/l), a etiologia biliar deve ser fortemente suspeitada. 26 26

Os principais exames laboratoriais no diagnóstico da pancreatite são as dosagens de amilase e lipase séricas. □ Atentar que nos casos de pancreatite de etiologia biliar, estes pacientes devem ser submetidos à colecistectomia com colangiografia

### **CASO II – “Tô com muita dor nas costas e no estômago”**

Relato escrito em sequência:

Identificação: Paciente de 64 anos, masculino, morador de Foz do Iguaçu, casado, aposentado.

HDA: Paciente da entrada neste local por uma solicitação de Tomografia computadorizada de tórax, trazido pelo SAMU “básica” de a UPA J. Samek. No dia 20/01/2023. Durante a realização de TC foi constatado Aneurisma de aorta roto. Foi solicitado avaliação do cirurgião cardiovascular. No momento da admissão, paciente queixando-se de dor 10/10, em região abdominal que irradia para flanco e fossa ilíaca esquerda, que início por volta das 21 horas aproximadamente, refratária a morfina, com leve melhora na mudança decúbito. Paciente se encontra sem acompanhante, relatando que foi sozinho até a UPA conduzindo o próprio carro, pelo fato de os familiares estarem em outra cidade.

HMP: Hipertenso em uso de enalapril, nega outras comorbidades. Nega alergia medicamentosa.

Estilo de vida: Nega tabagismo, nega etilismo.

Exame físico:

Ectoscopia: MEG, Hipocorado ++/4+, acianótico, afebril

SSVV: PA braço direito 100 x 70 - PA braço esquerdo 110 x 70; FC: 105 BPM; SatO<sub>2</sub>: 98% em AA, T: 36; FR: 20; FC: 115

AP: Murmúrios vesiculares universalmente audíveis, sem ruídos adventícios bilateralmente, sem sinais de esforço respiratório, expansibilidade adequada.

AC: Bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos, sem sopros.

ABD: Abdome globoso, tenso e doloroso a palpação superficial e profunda, apresentando sinais de irritação peritoneal. Sinal de cullen e Grey-Turner negativo

Extremidades: Membros sem edemas, panturrilhas livres, frias, mantendo tempo de enchimento capilar.

Diagnóstico sindrômico:

1. Abdome Agudo Hemorrágico
2. Abdome Agudo Vascular: (possui dor desproporcional ao exame físico, “dor mais forte da vida” + ausência de descompressão brusca”) -> Pode derrubar quem colocar vascular em primeiro por ter Grey-Turner)
3. Abdome Agudo perfurativo
4. Abdome agudo Inflamatório
5. Abdome agudo obstrutivo.

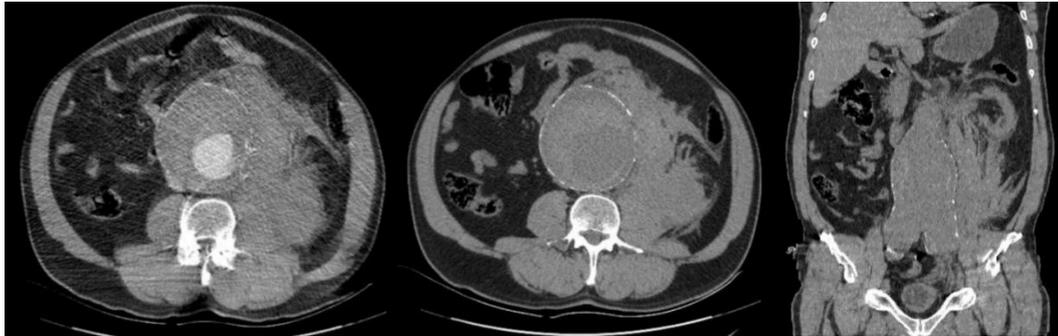
Diagnósticos diferenciais

- Diagnóstico final: Aneurisma de aorta abdominal roto (aaa)
- Ruptura de AAA;
- Ruptura de artéria renal;
- Ruptura de artéria esplênica;
- Ruptura de artéria mesentérica superior;
- Ruptura de artéria pancreática magna.
- Trombose mesentérica superior;
- Trombose mesentérica inferior.
- Embolia de mesentérica.

- Úlcera péptica perforada ou neoplasia (ambas são aceitáveis)

Tomografia de abdome sem laudo, realizada e avaliada pelo cirurgião cardiovascular que relata aneurisma de aorta abdominal roto.

**Figura 4** Tomografia de abdome sem laudo



**Fonte:** Coletado do prontuário eletrônico do paciente.

Discussão do caso:

Aneurisma da aorta abdominal (AAA) – é uma dilatação focal da aorta de pelo menos 50 por cento em relação ao normal, com qualquer medida superior a 3 cm considerada anormal. A maioria não apresenta sintomas, mas alguns manifestam dor abdominal, nas costas ou no flanco. A ruptura do aneurisma geralmente causa hemorragia exsanguinante e hipotensão profunda e instável. Os AAAs podem se romper no retroperitônio, onde podem tamponar, permitindo que o paciente permaneça normotenso inicialmente. É mais comum em homens >60 anos. DPOC, doença vascular periférica, HAS, tabagismo e história familiar estão associadas ao AAA.

Os aneurismas de aorta abdominal (AAAs) são geralmente assintomáticos e usualmente diagnosticados incidentalmente em exames de imagem realizados para outras indicações, como foi no caso do paciente.

Aneurisma sintomático da aorta abdominal (AAA) refere-se a qualquer um dos vários sintomas (por exemplo, dor abdominal, isquemia do membro) que podem ser atribuídos ao aneurisma. A presença de sintomas aumenta o risco de ruptura do AAA e, portanto, para a maioria dos pacientes com AAA sintomático, o reparo deve ser realizado. A ruptura do AAA também pode ocorrer na ausência de sintomas

associados, porém como foi visto no HDA, o paciente apresenta os sintomas principais mencionados e ainda acompanhado de uma dor intensa 10 de 10.

Mas como acontece a ruptura de aorta? A ruptura da aorta ocorre devido ao enfraquecimento da parede da aorta, levando ao rompimento da parede da mesma, permitindo que o sangue escape para fora dos limites da dela.

A ruptura de aneurisma da aorta abdominal (AAA) é considerada uma emergência cirúrgica de altíssimo risco, pelas consequências catastróficas e pelo alto índice de mortalidade.

O achado de imagem mais comumente relacionado a ruptura do AAA é o hematoma retroperitoneal adjacente ao segmento aórtico afetado. Tal achado traduz a perda da integridade da parede aneurismática, visto na tomografia computadorizada como uma área focal periaórtica com densidade de partes moles. O hematoma pode estender-se para os espaços pararenal e perirrenal para o músculo psoas e espaço intraperitoneal. Nos exames contrastados pode ser identificado o extravasamento ativo do produto de contraste utilizado por via intravenosa.

Para diagnóstico de AAA roto, uma dor em dorso que cursa em peso para os quadris pode ser sugestivo de um aneurisma, por conta do seu volume crescente dentro da cavidade retro-peritoneal. Quando ele estoura, ele pode ficar contido dentro da cavidade retroperitoneal causando dor intensa na região onde ele se originou, nesse caso no mesogástrico e flanco esquerdo.

Embora existam raros relatos de sobrevivência do paciente após uma ruptura contida de AAA, em geral, sem reparo, o AAA rompido é uniformemente fatal, com a morte ocorrendo geralmente dentro de horas e certamente dentro de uma semana após a ruptura. Assim, quando identificado AAA rompido, o reparo de emergência deve ser realizado para dar ao paciente a melhor chance de sobrevivência.

Após 5 horas de haver ingressado no Pronto atendimento do HMPGL, foi avaliado pelo cirurgião cardiovascular, quem conseguiu contato com familiares para explicar a situação do paciente, no momento paciente em sala vermelha, tendendo a hipotensão, lúcido e orientado, conversa com família, explicou a gravidade do caso, o médico explica que o paciente corre grandes riscos de ir a óbito, que no HMPGL não se dispõe de hemodinâmica, portando da impossibilidade de tratamento endovascular.

e ainda existindo a necessidade de correção, é discutido com família, entrando em consenso final de que a melhor alternativa é tentar a correção com a cirurgia aberta (convencional). Finalmente foi realizado termo cirúrgico para indicação de correção cirúrgica de AAA roto.

Segundo estudos recentes o reparo eletivo de aneurisma está associado a baixas taxas de morbidade e mortalidade em indivíduos adequadamente selecionados, mas, apesar dos avanços no manejo da unidade de terapia intensiva e nas técnicas de reparo, a mortalidade após o reparo do AAA roto permanece alta.

Os resultados cirúrgicos podem ser melhorados com o reparo endovascular da aorta (EVAR), mas por mais promissor que o EVAR possa ser para o tratamento de AAA rompido, barreiras logísticas e práticas precisam ser superadas. Um número crescente de instituições iniciou protocolos para reparo endovascular de AAA roto, com menor morbidade perioperatória, mas nem todas as instituições estão equipadas para tratar AAAs rotos usando tecnologia minimamente invasiva, como bem pode-se presenciar no relato, o Hospital onde o paciente se encontra situado não conta com os materiais necessários para realizar tal procedimento, ainda investigando um pouco mais sobre, soube que tem sim, só que não são utilizados pelo fato de serem operadores dependentes e não ter pessoas capacitadas para utilizá-lo.

Além disso, a transferência entre instituições que atrasa o tratamento definitivo aumenta o tempo de internação, o custo e a mortalidade geral. Assim, muitos AAAs rompidos serão reparados usando técnicas cirúrgicas abertas, como foi escolhido no caso apresentado.

Contraindicações (absolutas e relativas) — O reparo endovascular é contraindicado nas circunstâncias listadas abaixo, caso tivesse no hospital para ser realizado deve-se ter em conta:

- Um diâmetro do colo aórtico maior que 32 mm nas artérias renais **não** deve ser tratado com reparo endovascular de aneurisma (eletivo ou de emergência). A maior endoprótese disponível tem 36 mm de diâmetro (Zenith). Com 10 por cento de superdimensionamento conforme recomendado pela maioria dos fabricantes de endopróteses, um diâmetro do colo aórtico maior que 32 mm não terá uma vedação proximal adequada.

- Um AAA roto com colo aórtico < 7 mm **não** deve ser tratado com EVAR, pois esse é o menor comprimento de colo que pode ser tratado por qualquer dispositivo aprovado nos Estados Unidos (Ovation).
- Pelo menos 15 mm de aorta não dilatada (isto é, colo aórtico) abaixo das artérias renais é ideal para obter uma vedação adequada entre a endoprótese e o colo aórtico; entre 7 e 10 mm é o comprimento mínimo do colo, dependendo da quantidade de angulação do colo aórtico presente.
- Quando a angulação do colo for superior a 30 graus, um comprimento maior do colo deve estar presente para fornecer uma vedação adequada da endoprótese proximal. A adesão a esses critérios pode ajudar a reduzir a incidência de vazamento interno

As contra-indicações relativas ao EVAR incluem o seguinte:

- Mais de 40% do diâmetro do colo aórtico ocupado por trombo
- Calcificação circunferencial ao nível do colo aórtico
- Angulação do colo aórtico > 60 graus
- Artérias ilíacas bilaterais < 6,5 cm de diâmetro

Conversão para cirurgia aberta (que foi a decisão tomada pelo médico em conjunto com o paciente): A conversão do EVAR para reparo aberto geralmente está associada a taxas de mortalidade mais altas em comparação com o reparo aberto primário. Não há estudos comparáveis para AAA roto. Em um estudo de EVAR eletivo, a conversão precoce para cirurgia aberta foi associada a uma taxa de mortalidade de 12,4 por cento, o que contrasta com a mortalidade de aproximadamente 3 por cento para o reparo inicial do AAA. As conversões tardias tiveram uma taxa de mortalidade de 10 por cento.

A conversão precoce de EVAR para reparo aberto pode ser necessária após EVAR para AAA rompido pelos seguintes motivos:

- O sangramento não pode ser controlado com oclusão por balão endovascular
- O enxerto não pode ser posicionado ou implantado

- Grandes vazamentos internos ou sangramento contínuo são evidentes após a implantação do enxerto

Última evolução do cirurgião 09:32 min: início da cirurgia por volta das 8:30. após 5,02 minutos de cirurgia, paciente instável, com presença de sangramento disseminado (coagulopatia) evoluiu pra óbito, justamente apresentando todas as complicações explicadas na literatura.

#### Diagnóstico sindrômico:

Os achados de impulsões epigástricas, sopro em foco aórtico associado a dor em dorso e quadril nos sugere um aneurisma de aorta abdominal. Porém, tendo isso associado a quadro clínico de dor incapacitante de alta intensidade, associado a sinais de choque, devemos pensar em um caso de abdome agudo hemorrágico como primeira hipótese. A associação dos fatores de risco presentes no paciente, associado a uma *dor desproporcional ao exame físico*, ou seja, não houve uma mudança da dor à palpação apesar de o paciente referir que a dor abdominal é bastante intensa, devemos pensar obrigatoriamente como segunda opção um abdome agudo vascular.

O abdome agudo perfurativo deve vir em terceiro lugar por conta da intensidade da dor e origem súbita. O abdome agudo inflamatório ficou como o primeiro menos possível, em quarto lugar, por não haver sinais de inflamação, peritonite, ou até mesmo de um exame físico rico em achados. Porém ele não está em último por conta da dor inicial em dorso. Por último, temos o abdome agudo obstrutivo, pois o caso não mostra nenhum sinal sugestivo.

#### Percepções e considerações:

O paciente ser hipertenso tomando remédios para tal comorbidade. Esse pode ser um fator de risco importante para a suspeita de um aneurisma. Além disso, pode suspeitar por conta desse fator de risco, de abdome agudo vascular, justamente por causa do risco de oclusão de artérias mesentéricas ou de embolia causa infartos intestinais graves. Portanto, esse abdome agudo ganhou um segundo lugar da lista de problemas mais prováveis e deve ser investigado.

O seu exame físico deixa bastante sugestivo de que há hemorragia dentro do paciente: Paciente frio, com pulso de 140 bpm, 32 ipm, entrando em um estado de hipotensão, mantendo PA de 80x40 mmHg. *Paciente com taquicardia e frio deve ser considerado com perda hemorrágica até que se prove o contrário*, associado a isso tem uma pressão arterial sistêmica baixa, o que caracteriza choque grau III, segundo o ATLS, apesar de não envolver um caso de trauma.

A decisão deve ser tomada de acordo com os desejos do paciente (se conhecido) e da família ou de outros cuidadores, seja para prosseguir com o reparo ou fornecer medidas de conforto. Os pacientes que não serão submetidos ao reparo são mantidos sem dor e podem morrer

O exame físico ainda não apresenta, na inspeção do abdome, impulsões epigástricas e sinal de Grey-Turner. O sinal de Grey-Turner é caracterizado por equimose em flancos, o que se suspeita de hemorragia retroperitoneal, porém no caso não é apresentado. Devemos ter cuidado, pois o mesmo sinal pode aparecer em outros acometimentos retroperitoneais de origem hemorrágica, como por exemplo a pancreatite necro-hemorrágica. Ainda no exame físico do abdome, é encontrado na palpação abdome doloroso profundamente, e presença de impulsões epigástricas sendo sugestivos de AAA.

A ruptura do AAA é considerada uma emergência cirúrgica de altíssimo risco, em razão das consequências catastróficas e do alto índice de mortalidade. O diagnóstico clínico da iminência de ruptura do AAA pode ser difícil, visto que os pacientes são normalmente assintomáticos ou apresentam queixas álgicas inespecíficas. Como a tomografia computadorizada é a modalidade de escolha para o controle evolutivo dos AAAs e avaliação da dor abdominal no cenário da emergência, torna-se imprescindível o reconhecimento precoce pelo radiologista dos achados de imagem que indiquem aneurismas rotos ou com risco iminente de ruptura.

O presente caso apresenta os níveis de complexidades que podem ser apresentadas na Urgência e Emergência, quadros que não podem ser manejados no hospital por não ter os materiais, a maquinária necessária para realização de procedimentos levando ao paciente indiscutivelmente e irremediavelmente a óbito, o paciente chegou em perfeito estado, só com queixa de dor e em poucas horas evoluiu

para morte, ainda fazendo a cirurgia e sabendo dos riscos gigantescos, não se tinha outra opção.

### **CASO III - “Etou vomitando sangue de novo”**

Identificação: A.M, feminino, 57 anos, parda, natural e procedente de Foz do Iguaçu, viúva, católica, sem plano de saúde.

HDA: Paciente refere três internações recentes por HDA no ano 2022. Da entrada no HMPGL no dia 27/01/2023 devido história de novos episódios de fezes enegrecidas e hematêmese. Referiu astenia, náuseas e dor abdominal. Na entrada, paciente em choque hemorrágico, mucosas pálidas e necessidade de hemotransfusões, droga vasoativa e expansão volêmica. Transfundido 3 CH em 27/01, com melhora de Hb, porém com declínio de plaquetas. Paciente refere uso de frequente de AINES por cefaleia.

HMP: HAS; Colelitíase; Laceração esofágica (Síndrome de Mallory Weiss); Esteatose hepática.

Medicamentos: Não soube informar os nomes dos medicamentos de uso contínuo, pelo fato de ser analfabeta. Histórico familiar desconhecido.

Estilo de vida: Tabagismo (20 anos maço); Alcoolismo (750 de pinga por semana por 40 anos), cessou há cerca de seis meses. Nega uso de drogas, sedentária.

Exame físico:

Ectoscopia: BEG, LOTE, comunicativa, icterícia ++/4+, hipocorada +/4+, hidratada, acianótica, hemodinamicamente estável, eupneica em AA.

SSVV: FC 76 bpm, FR: 18 irpm; PA 134 x 68 mmHg; SpO2 96% em AA, HGT 91; Temperatura: 36,1.

Neurológico: ECG 15/15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea, Força e sensibilidade preservada em membros.

AC: BRNF 2t, não ausculto sopros. Tempo de enchimento capilar < 3 segs.

AR: Presença de telangiectasias na região torácica. Murmúrios vesiculares universalmente audíveis sem ruídos adventícios. Sem sinais de esforço respiratório. Eupneica em AA.

ABD: Globoso as costas de panículo adiposo, RHA presentes em todo o abdome. Sem dor a palpação. Fígado aumentado 3 cm no rebordo costal, de bordas regulares e rombas. Sem presença de ascite, nem massas palpáveis. Sem refluxo hepatojugular.

Extremidades: Sem edema, pulsos cheios e palpáveis, panturrilhas livres sem sinais de empastamento.

#### Diagnóstico sindrômico

- Síndrome hemorrágica
- Síndrome gastrointestinal agudo ou crônico
- Síndrome icterica
- Síndrome vascular
- Síndrome hepática

#### Diagnósticos diferenciais

- Laceração esofágica (Mallory-Weiss) - (Hipótese e diagnóstico principal)
- Úlcera péptica;
- Varizes esofágicas;
- Malformação arteriovenosa;
- Tumor;

Resultado de exames laboratoriais:

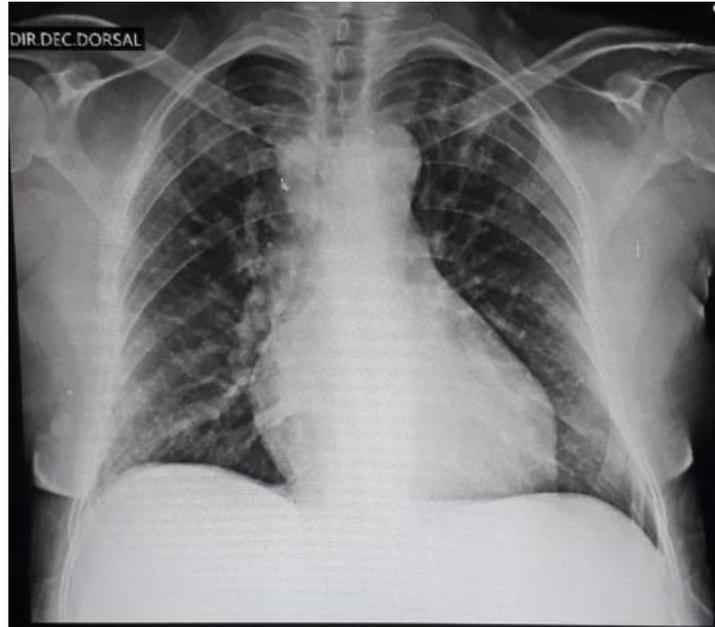
**Tabela 7:** Exames laboratoriais 27/01/2023

Exame	Resultado
Hb	6,30
Hematócrito	19,50
Leucócitos	14010
Plaquetas	122.000
Ureia	93
Sódio	141
Potássio	4,3
KPTT	36,2
INR	1,29

**Fonte:** Criado pelo autor - Informação coletada do prontuário do paciente.

**Radiografia de tórax:** LAUDO: Exame realizado no leito, Opacidades alveolares difusas bilaterais, sem demais alterações.

**Figura 5:** Radiografia de tórax 27/01/2023



**Fonte:** Prontuário eletrônico do paciente, Tasy 2023

- Esofagogastroduodenoscopia 29/01: Hérnia de hiato por deslizamento incipiente. Com artrite enantemática leve. (sem anexo de imagem)

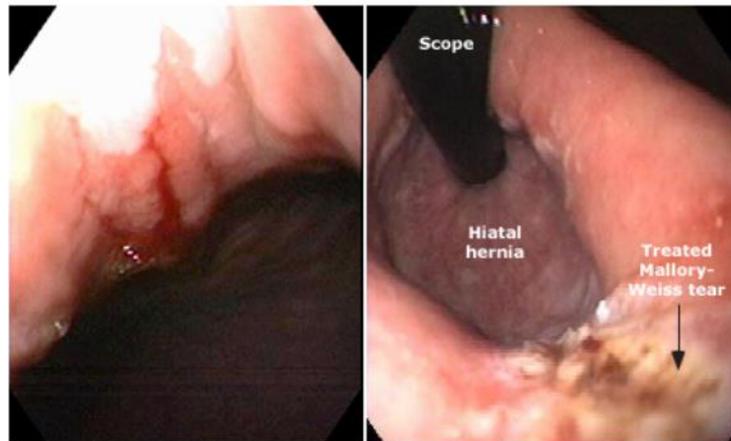
Segundo a Classificação de los Angeles observado segundo pesquisas feitas a paciente apresenta: Esofagite de refluxo grau A conforme consegue se observar na seguinte tabela 10 e ilustrada na figura 5, para maior representação do caso.

**Tabela 8:** Classificação los Angeles:

Grado A	> ou = 1 ruptura mucosa < ou = 5 mm sin pasar pliegues
Grado B	> ou = 1 ruptura mucosa < 5 mm sin pasar pliegues
Grado C	Uma o más rupturas mucosas que pasan pliegues e involucran <75% de la circunferência del esófago.
Grado D	Uma o más rupturas mucosas que involucran al menos el 75% de la circunferência del esófago

**Fonte:** Adaptado de Espino. A, 2010

**Figura 6:** Laceração esofágica - Síndrome de Mallory Weiss



**Fonte:** GUELRUD. M; et al 2022

#### Discussão de caso:

Para entender melhor a laceração esofágica ou a síndrome de Mallory-Weiss deve ser explicado que ela é caracterizada por lacerações longitudinais da mucosa (dissecção intramural) no esôfago distal e estômago proximal, que geralmente estão associadas a náuseas fortes. Ela é a causa de 8 a 15% dos episódios hemorrágicos na parte superior do trato digestivo sendo o diagnóstico do caso apresentado. Esta doença é principalmente descrita inicialmente em pessoas com transtorno por uso de álcool como apresentado no histórico de abuso e uso pesado de álcool, mas pode ocorrer em qualquer pessoa que pratique vômito induzido.

A patologia não é totalmente compreendida. Foi proposto que as lacerações da mucosa se desenvolvam secundariamente a um aumento súbito da pressão intra-abdominal. Supõe-se que o sangramento ocorre quando a ruptura envolve o plexo venoso ou arterial esofágico subjacente.

#### Fatores de risco potenciais:

- Idade - O aumento da idade tem sido defendido como um fator predisponente, no entanto, a maioria das lacerações ocorrem em pacientes com menos de 40 anos e crianças com apenas três semanas de idade, não sendo o caso da paciente. Os fatores precipitantes incluem vômito, esforço ou elevação, tosse,

convulsões, lesão abdominal contusa, colocação de sonda nasogástrica e gastroscopia

- Uso de álcool - Uma história de uso pesado de álcool levando a vômitos foi observada em 40 a 80 por cento dos pacientes com síndrome de Mallory-Weiss em séries de casos, que provavelmente seja o caso apresentado, pelo histórico de etilismo pesado. O sangramento geralmente é mais grave quando as rupturas de Mallory-Weiss estão associadas à hipertensão portal e varizes esofágicas.
- Hérnia hiatal - Não está claro se a hérnia hiatal é um fator de risco. Foi proposto que a ânsia de vômito aumenta o potencial de laceração da mucosa, criando um gradiente de pressão mais alto na hérnia de hiato em comparação com o resto do estômago. Existiam relatos de hernias 40-80% dos casos, porém estudos recentes não confirmaram essa prevalência.

Checklist das manifestações clínicas, entre elas as apresentadas pela paciente:

- ✓ Os pacientes geralmente apresentam início agudo de sangramento gastrointestinal com hematêmese (sangue vermelho ou vômito em pó de café).
- ✓ A hematêmese pode ser acompanhada por dor epigástrica ou dor nas costas.
- ✓ Os pacientes geralmente têm uma história de êmese não sanguinolenta, ânsia de vômito ou tosse antes da hematêmese.
- ✓ Pacientes com sangramento significativo podem apresentar sinais de hipovolemia e instabilidade hemodinâmica (por exemplo, taquicardia em repouso, hipotensão e necessidade de transfusão como foi descrito anteriormente).

Como observado no presente caso a paciente apresenta todas as manifestações mencionadas, sendo um caso de “livro”, fechando perfeitamente o diagnóstico de Mallory Weiss por critérios clínicos. Porém para o Diagnóstico principal é utilizada a endoscopia digestiva alta, método que estabelece o diagnóstico final, descartando outras etiologias e permitindo a intervenção terapêutica. Para o fechamento completo será descrito a abordagem e manejo do paciente para esclarecer o passo a passo a ser seguido.

## Manejo do paciente:

Exame Clínico – A história e o exame físico podem ajudar a identificar fontes potenciais de sangramento gastrointestinal superior, avaliar a gravidade do sangramento e identificar comorbidades que podem influenciar o manejo subsequente do paciente.

A presença de dor abdominal, especialmente se intensa e associada a sensibilidade de rebote ou defesa involuntária, levanta a preocupação de perfuração. Se algum sinal de abdome agudo estiver presente, uma avaliação adicional para excluir uma perfuração é necessária antes da endoscopia.

Testes laboratoriais – Os testes laboratoriais que devem ser obtidos em pacientes com sangramento gastrointestinal superior agudo incluem hemograma completo, química sérica, testes hepáticos e estudos de coagulação. Além disso, sugere-se descartar infarto do miocárdio em pacientes idosos e com doença cardiovascular conhecida que apresentem sangramento grave, principalmente se houver instabilidade hemodinâmica.

Estratificação de risco e triagem – É sugerido a incorporação de um escore de risco validado para sangramento gastrointestinal superior na prática clínica de rotina para facilitar decisões de triagem ideais. Pacientes com pontuação de Glasgow Blatchford (GBS) de 0-1 podem ser considerados para tratamento ambulatorial. Outros devem ser internados em um leito monitorado ou unidade de terapia intensiva, dependendo da gravidade do sangramento.

## Abordagem terapêutica

Manejo pré-endoscópico – Antes da endoscopia, os pacientes devem receber medidas gerais de suporte, incluindo:

- Fornecimento de oxigênio suplementar por cânula nasal;
- Nada pela via oral (NPO);
- Dois cateteres periféricos de grande calibre (calibre 18 ou maior) ou uma linha venosa central.
- A lavagem nasogástrica NÃO faz parte da rotina do tratamento da hemorragia digestiva alta aguda.

Terapia farmacológica – Os medicamentos que devem ser iniciados antes da endoscopia incluem um inibidor da bomba de prótons, eritromicina, antibióticos (para pacientes com cirrose) e somatostatina ou um de seus análogos (para pacientes com suspeita de sangramento varicoso).

Sugere-se que os pacientes internados no hospital com sangramento gastrointestinal superior recebam um inibidor da bomba de prótons (IBP) IV. A abordagem ideal para a administração de IBP antes da endoscopia não é clara. Uma abordagem é administrar um bolus de alta dose (por exemplo, esomeprazol 80 mg) a pacientes com sinais de sangramento ativo (por exemplo, hematêmese, instabilidade hemodinâmica como apresentado). Se a endoscopia demorar mais de 12 horas, uma segunda dose de um IBP IV deve ser administrada (por exemplo, esomeprazol 40 mg).

Para pacientes que podem ter parado de sangrar (por exemplo, pacientes hemodinamicamente estáveis com melena), administramos um IBP IV a cada 12 horas (por exemplo, esomeprazol 40 mg). A dosagem subsequente dependerá dos achados endoscópicos.

Sugere-se que a eritromicina seja administrada antes da endoscopia para ajudar a melhorar a visualização. Uma dose razoável é de 250 mg por via intravenosa durante 20 a 30 minutos. A endoscopia é realizada 20 a 90 minutos após o término da infusão de eritromicina. Os pacientes que recebem eritromicina precisam ser monitorados quanto ao prolongamento do intervalo QTc. Além disso, as interações medicamentosas devem ser avaliadas antes da administração de eritromicina porque ela é um inibidor do citocromo P450 3A.

Deve-se mencionar que pacientes com cirrose que apresentam sangramento gastrointestinal superior agudo (por varizes ou outras causas) devem receber antibióticos profiláticos, porém pode se falar que não é o caso do paciente.

Somatostatina, seu análogo octreotida ou terlipressina devem ser iniciados se houver suspeita de sangramento por varizes.

Transfusão de sangue

A transfusão é guiada pelo nível de hemoglobina e pela presença de comorbidades: A decisão de iniciar a transfusão de sangue deve ser individualizada. Uma abordagem é iniciar a transfusão de sangue se a hemoglobina for  $<7$  g/dL (70 g/L) para a maioria dos pacientes. Limiares de transfusão mais altos podem ser indicados para pacientes com risco aumentado de eventos adversos no cenário de anemia significativa ou naqueles com doença arterial coronariana. É de extrema importância deixar em claro que a paciente recebeu transfusão de sangue não só pela quantidade de referência de hemácia, sendo tomada essa decisão vendo o risco aumentado de ressangramentos que poderiam agravar o quadro do paciente.

É importante evitar transfusão excessiva em pacientes com suspeita de sangramento por varizes porque a transfusão pode precipitar a piora do sangramento; a meta de transfusão de sangue para sangramento varicoso é  $<7$  g/dL (70 g/L). Para pacientes com sangramento ativo/rápido e hipovolemia, as decisões sobre transfusão são guiadas por parâmetros hemodinâmicos.

Anticoagulantes, agentes antiplaquetários e coagulopatias – A abordagem para o manejo de anticoagulantes e agentes antiplaquetários depende dos medicamentos específicos que estão sendo usados, do motivo pelo qual estão sendo usados e da rapidez com que a reversão da anticoagulação é necessária. O manejo da coagulopatia depende da etiologia subjacente. Informações sobre hematologia podem ser aconselháveis.

Endoscopia – Recomenda-se endoscopia digestiva alta dentro de 24 horas para avaliação e manejo de pacientes internados com sangramento agudo do trato gastrointestinal superior. Para pacientes com suspeita de sangramento por varizes, realiza-se endoscopia em até 12 horas após a apresentação.

Uma vez analisado a teoria em conjunto com o caso apresentado o plano que foi aplicado foi o seguinte, estando em concordância plena com o estudado:

- ✓ Omeprazol em dose plena: Omeprazol 40 mg Fazer 1 amp IV de 12/12 horas  
Obs: Nos casos em que se confirma a causa da hemorragia como sendo por úlcera péptica, ajustar a dose do omeprazol para um “bolus” IV de 80 mg, seguido de 8 mg/hora, em bomba de infusão contínua, por 72 horas.

*Profilaxia primária de PBE em pacientes com ou sem ascite. Naqueles com ascite, fazer punção diagnóstica antes do início da dose profilática. Fazer norfloxacin 400 mg VO de 12/12 horas por 7 dias, ou ciprofloxacina 200mg IV, 1 vez ao dia, até conversão para norfloxacin VO.*

- ✓ Hidratação + controle de diurese
- ✓ Uso de sintomáticos, especialmente uso de analgésicos.
- ✓ Vigiar padrão hemodinâmico, respiratório e neurológico
- ✓ Dieta zero, mantendo paciente em jejum mantendo controle do sangramento.
- ✓ Ponderar vaga em enfermaria de CM se estabilidade hemodinâmica e ausência de sangramentos

Para finalizar posso mencionar alguns dos diagnósticos diferenciais que foram descartadas neste atendimento:

- Esofagite de refluxo - os pacientes costumam ter uma história de azia (pirose), regurgitação e disfagia / odinofagia. As ulcerações observadas na esofagite de refluxo são geralmente no esôfago distal, mas, ao contrário das lacerações de Mallory-Weiss, as úlceras podem ser de formato irregular e múltiplas.
- Esofagite induzida por medicamento - A esofagite induzida por medicamento é suspeitada pela história. As ulcerações induzidas por medicamentos são geralmente singulares e profundas, ocorrendo em pontos de estase (especialmente próximo à carina), com preservação do esôfago distal.
- Esofagite infecciosa - a esofagite infecciosa é circunferencial e tende a envolver o esôfago proximal. As úlceras são múltiplas e pontilhadas. Em pacientes com esofagite por vírus herpes simplex, as úlceras no esôfago distal são bem circunscritas e têm uma aparência "semelhante à de um vulcão".

Em pacientes com infecção por citomegalovírus, as úlceras tendem a ser lineares ou longitudinais e profundas. O diagnóstico de esofagite infecciosa é estabelecido por biópsias ou escovação, idealmente retiradas da borda de uma úlcera.

#### **CASO IV – “Só quero morrer de uma vez”**

Identificação: Paciente feminino, 24 anos de idade, moradora de foz do Iguaçu, estudante, solteira.

HDA: Paciente dá entrada no Pronto Socorro devido à ingestão de 4 comprimidos de clonazepam e 6 de fluoxetina. A mãe da paciente relata que a ingestão ocorreu após discussão com o namorado da paciente e que nas últimas semanas ela estava muito bem, indo à faculdade e saindo com os amigos. Nesse momento, a paciente diz querer apenas morrer e conta o plano para se jogar na frente de um carro na rua ou de conseguir uma arma para atirar na cabeça. Mora sozinha pois não se dá bem com os pais. Desde os 17 anos, a paciente sente-se deprimida, com sensação de vazio. Nunca realizou psicoterapia, além disso apresenta sentimentos de raiva e irritabilidade frequentes. Os sintomas em geral melhoram quando a paciente está conseguindo se relacionar bem com os que estão à sua volta, mas isso é difícil, pois costuma se desentender com as pessoas facilmente. Desde os 21 anos, já fez quatro tentativas de suicídio, semelhante à atual, além de episódios de automutilação em punhos e pernas com giletes. Eventualmente usa álcool em grandes quantidades quando sai com amigas, envolvendo-se em brigas e discussões, sem evidência de dependência.

HPP: Sem comorbidades clínicas ou histórico familiar de doença psiquiátrica. Nega tratamento e acompanhamento psiquiátrico. Nega alergia medicamentosas. Etilista social, nega tabagismo.

Exame físico:

Ectoscopia: Apresenta-se em REG, hidratada, corada, eupneica em ar ambiente, anictérica.

SSVV: T: 36,1; Sat 90% em AA; FR: 24 irpm; PA: 80/50mmHg; HGT: 136; FC: 106 bpm.

Neuro: LOTE, levemente sonolenta, comunicativo, colaborativo, Glasgow 15/15, sem sinais de irritação meníngea.

AC: BNF, RCR 2T, sem sopros, TEC<3s, pulsos simétricos

AP: MV+, sem RA, sem sinais de esforço respiratório

ABD: plano, RHA+, sem dor na palpação profunda. Sem VCM nem massas palpáveis. Sem dor da descompressão brusca do peritônio. Blumberg negativo. Giordano Negativo. Murphy negativo.

MMII: panturrilhas livres, pulsos palpáveis, sem sinais de empastamento.

Diagnósticos sindrômicos:

- Síndrome transtorno psiquiátrico
- Intoxicação exógena

Diagnósticos diferenciais:

Transtorno de personalidade borderline (TPB) – Diagnóstico principal

A saber, os principais diagnósticos diferenciais de TPB são transtorno bipolar, transtorno depressivo, outros transtornos de personalidade, outras condições médicas do sistema nervoso central e transtornos por uso de substâncias

Discussão do caso:

A paciente apresenta diversos clusters de sintomas que pertencem ao transtorno de personalidade borderline. São eles: Relacionamento interpessoais conturbados (instáveis e intensos, medo de abandono real ou imaginário, sensação de vazio), instabilidade afetiva (geralmente causada por problemas interpessoais, além de sentimento de raiva frequente). É comum esses pacientes apresentarem comorbidades psiquiátricas, como relacionadas ao uso de substância, depressão e transtornos alimentares.

Terminologia

Pensamentos e comportamentos autolesivos intencionais podem ser suicidas ou não suicidas, faço um checklist dos termos que se encaixam no caso apresentado:

- Ideação suicida – Pensamentos sobre se matar; esses pensamentos podem incluir um plano.
- ✓ Tentativa de suicídio – Comportamento autolesivo com a intenção de matar a si mesmo, mas não é fatal.
- Suicídio – Comportamento autolesivo com a intenção de matar a si mesmo e é fatal.
- ✓ Ameaça de suicídio – Pensamentos de envolvimento em comportamento autolesivo que são verbalizados e têm a intenção de levar os outros a pensar que alguém quer morrer, apesar de não ter intenção de morrer (por exemplo, “Se você me deixar, eu me mato”).

- Gesto suicida – Comportamento autolesivo que visa levar os outros a pensar que se quer morrer, apesar de não haver intenção de morrer.
- Pensamentos autolesivos não suicidas – Pensamentos de envolvimento em comportamento autolesivo caracterizados pela destruição deliberada de tecido corporal na ausência de qualquer intenção de morrer e para propósitos que não são socialmente sancionados.
- Autolesão não suicida – Comportamento autolesivo caracterizado pela destruição deliberada de tecido corporal na ausência de qualquer intenção de morrer e para propósitos que não são socialmente sancionados.

#### Avaliação e manejo:

- O manejo do indivíduo suicida deve incluir:
- Estabilização médica;
- Redução do risco imediato e planejamento do tratamento;
- Gerenciando fatores subjacentes e transtornos psiquiátricos;
- Monitoramento e acompanhamento.

#### Estabilização médica

A primeira prioridade para pacientes que tentaram suicídio é a estabilização médica em um hospital. O serviço cirúrgico apropriado deve ser contatado para tratamento do trauma. Segundo relatado o paciente deste presente caso foi admitida no Hospital Municipal, avaliando o quadro, ao não apresentar sinais de trauma físico, não sei pertinente acionar ao serviço cirúrgico, sendo importante avaliação psiquiátrica ponderada de maneira urgente, pela presença de ideação suicida.

Pacientes cuja tentativa envolveu ingestão de drogas devem ser descontaminados e receber antídotos conforme indicado como no caso, foi acionado o CIATOX quem indicou lavagem gástrica e manter em observação clínica por pelo menos 12 horas, posteriormente internação na área da psiquiatria.

*NOTA: O que é CIATOX? É Centro de Informação e Assistência Toxicológica que podem contribuir com sua expertise para a visibilidade das intoxicações no Brasil e para o desenvolvimento de práticas de atenção à saúde da*

*peessoa exposta ou intoxicada, integradas e operacionalizadas por meio de redes de atenção à saúde.*

## Internação

A internação psiquiátrica para avaliação posterior e início da terapia é quase sempre indicada para pacientes com comportamento suicida recente (por exemplo, tentativa de suicídio) ou alto risco iminente de suicídio (por exemplo, pacientes com ideação suicida moderada a grave que inclui um plano e intenção).

Fatores que podem colocar os pacientes em alto risco de suicídio incluem:

- Tentativa de suicídio com um método altamente letal (por exemplo, arma de fogo ou enforcamento);
- Tentativa de suicídio que incluiu etapas para evitar a detecção;
- Ideação suicida contínua ou decepção porque a tentativa de suicídio não foi bem-sucedida;
- Incapacidade de discutir aberta e honestamente a tentativa de suicídio e o que a precipitou;
- Incapacidade de discutir o planejamento de segurança;
- Falta de alternativas para acompanhamento e tratamento adequados;
- Distúrbios psiquiátricos subjacentes à ideação e comportamento suicida (Transtornos de ansiedade, Transtorno bipolar, Transtornos de personalidade, Transtorno de estresse pós-traumático, Transtornos psicóticos, Transtornos por uso de substâncias);
- Agitação
- Impulsividade
- Desesperança severa
- Suporte social ruim

## Precauções

Enquanto aguardam internação psiquiátrica, os pacientes devem ser mantidos em uma sala com todas as fontes de danos potenciais removidas e um membro da equipe deve ser designado para fornecer observação constante. Os

pertences do paciente devem ser guardados separadamente ou revistados em busca de possíveis métodos de automutilação. Membros cooperativos da família podem estar presentes se o paciente desejar. A equipe de segurança pode ser necessária para deter os pacientes que insistem em sair. A transferência do paciente deve ser feita em ambulância e os paramédicos devem estar cientes do risco de suicídio (neste caso o centro de internação psiquiátrica fica no mesmo prédio do Hospital clínico).

Esforços devem ser feitos para informar os cuidados primários ambulatoriais do paciente e os médicos de saúde mental sobre a hospitalização iminente. O tratamento hospitalar deve continuar até que a segurança do paciente esteja estabilizada. Neste caso sabe-se que tem fatores de risco para suicídio, principalmente pelo fato de ela estar apresentando uma doença mental, ter tendência a abuso de álcool, tendo agravantes como ser solteira e morar sozinha, sem bom relacionamento com os pais.

#### Hospitalização involuntária

Se os pacientes não concordarem com os planos de hospitalização, a internação involuntária pode ser necessária. É preciso que os médicos certifiquem que o paciente é um perigo para si mesmo ou para os outros, ou está em risco iminente de sofrer danos devido à incapacidade de cuidar adequadamente de si mesmo. As únicas medicações que podem ser administradas sem o consentimento delas, ou de seus responsáveis, são aquelas necessárias para a estabilização durante uma crise comportamental. Este ponto é de extrema importância, sabendo os planos de suicídio, deve-se ter um cuidado maior para proteger a integridade e a vida da paciente, porém ainda sabendo disso neste hospital onde se encontra situada, não se tem segurança para cuidar desses pacientes, sendo capazes de evadir atendimento/internação facilmente.

#### Questionamentos e percepções

Segundo a Resolução do CFM nº2.077/14, considerando que os Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência recebem frequentemente pacientes

psiquiátricos, é obrigatória a existência de salas específicas para o atendimento a estes pacientes.

Os pacientes psiquiátricos na maioria das vezes são marginalizados no cenário de Urgência e Emergência, sendo prescrito apenas Haloperidol e Fenergan com subsequente encaminhamento a Psiquiatria. Entretanto, nesse caso, em conjunto com a residente avaliamos a paciente de forma mais integral e humana possível, ouvindo detalhadamente o relato da paciente e dos familiares, construí a sumula psicopatológica para posterior encaminhamento a psiquiatria. Segundo análise o melhor tratamento que deverá receber na área de psiquiatria deveria ser tratamento medicamentoso adjuvante para eventuais comorbidades, como depressão que se encontra presente, podem ser utilizados inibidores seletivos de recaptção de serotonina, para casos mais leves. Para instabilidade afetiva e a impulsividade, podem ser utilizados antipsicóticos atípicos (risperidona), por curto período, sendo o tratamento principal a psicoterapia.

**CASO V** - “minha mãe não consegue caminhar por causa de dor insuportável na perna”

Identificação: Paciente 74 anos de idade, desempregada, mondadora de Foz do Iguaçu.

HDA: Uma paciente obesa, com diagnóstico de neoplasia de pulmão, transferida da UPA J. Sameck veio neste serviço de atendimento por meio do SAMU, acompanhada da filha quem refere que a mãe estava apresentando convulsões tônico-cônicas até 3 dias atrás. Durante os exames de investigação na UPA, foi observada metástase cerebral sem sinais de sangramento local. Hoje, no quarto dia de evolução da doença, apresenta quadro de edema e dor no membro inferior esquerdo, com empastamento local e discreta diminuição de temperatura de dedos.

HMP: Neoplasia de pulmão em tratamento há 8 meses, obesidade grau III, Hipertensa. Nega alergias medicamentosas.

Ectoscopia: REG, confusa, anictérica, desidratado +1/4, acianótico e afebril.

Sinais vitais: temp. 36,7° FC 97 FR 21 PA 140/69 HGT 117 Sat 93% em AA

Neuro: Glasgow 14/15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem nistagmo, sem déficits focais, sem sinais de irritação meníngea.

AC: BNF, RCR 2T, sem sopros, TEC<3s, pulsos simétricos

AP: MV+, sem RA, sem sinais de esforço respiratório

Abdome: globoso às custas de tecido adiposo, depressível, pouco distendido, RHA+, indolor a palpação, sem sinais de peritonismo, Murphy negativo, não palpo VCM ou massas

Extremidades: quentes e bem perfundidas, edema de MIE, cacifo positivo ++/4+, pulsos palpáveis e cheios no MID, levemente palpável, fraco no MIE, sinais de calor, rubor e dor, TEC > a 3 seg, diminuição de temperatura em dedos, presença de empastamento local.

Diagnóstico sindrômico:

- Síndrome vascular periférico – Agudo ou crônico agudizado?
- Síndrome neoplásica
- Síndrome convulsiva
- Síndrome edematoso

Diagnósticos diferenciais

- Trombose venosa profunda – “principal hipótese”
- Linfedema
- Celulite infecciosa
- Insuficiência venosa crônica

Plano:

- Solicito USG/Doppler arterial e venosa dos MIE - após solicitar avaliação do médico cardiovascular.
- Sintomáticos
- Observo sinais vitais
- Solicito avaliação do Neuro
- Ponderar início de anticoagulantes.

Resultado de USG 09/01/2023: Fluxo trifásico em todas as artérias do membro.

Nota em tempo: Em poucas horas a paciente evoluiu com piora da dor e da cianose de dedos do MIE.

Discussão de caso:

Primeiramente temos que definir como iniciar o raciocínio tendo em conta o caso apresentado, sabendo que apresenta edema de membros inferiores deverá avaliar-se o acometimento da perna em adultos, sabendo que depende se o paciente apresenta edema unilateral/assimétrico ou edema bilateral e da gravidade do edema: **Edema agudo unilateral (ou assimétrico):** Em pacientes com edema agudo unilateral ou assimétrico, primeiro avalia-se a existência de **trombose venosa profunda** (TVP). Se TVP for excluída, avalia-se outras causas de edema agudo unilateral ou assimétrico, como tensão muscular, ruptura ou lesão por torção na perna etc.

Se a primeira doença é a TVP, deve-se apresentar o famoso Escore de Wells que ajuda na decisão de seguir o fluxo de decisões ou não no caso de pessoas que apresentem o quadro de edema, empastamento e dor de panturrilha característicos da Trombose Venosa Profunda (TVP). Apresenta, ainda, cianose de dedos, o que poderia levar a pensar na hipótese de obstrução arterial aguda. No entanto esta possibilidade é descartada pelo exame de ultrassonografia. A diminuição da temperatura pode ocorrer e, função da compressão arterial pelo edema.

Falando um pouco mais do melhor método diagnóstico é a ultrassonografia com doppler venosa de membros inferiores, que foi aplicado no presente caso uma vez que é pouco invasiva e apresenta sensibilidade e especificidade de cerca de 95% e 98% respectivamente. O exame tem baixo custo e auxilia no diagnóstico diferencial com outras doenças que também cursam com edema de membros inferiores.

**Tabela 9:** Escore de Wells

Variável clínica	Pontuação
Câncer ativo (tratamento atual ou nos últimos 6 meses ou em cuidados paliativos)	+1
Paralisia, parestesia ou imobilização recente dos membros inferiores.	+1
Acamado há > ou igual a 3 dias ou cirurgia maior nas últimas 12 semanas.	+1
Dor localizada no trajeto do sistema venoso profundo.	+1

Edema no trajeto do sistema venoso profundo.	+1
Edema de panturrilha com pelo menos 3 cm de diâmetro maior do que a outra perna, (medindo 10 cm abaixo da tuberosidade tibial)	+1
Edema compressivo (cacifo) apenas na perna sintomática	+1
Veias colaterais superficiais (Não varicosas)	+1
TVP prévia documentada	+1
Diagnóstico alternativo mais provável que TVP	-2

**Fonte:** Traduzido do Mazzolai L. et al 2018

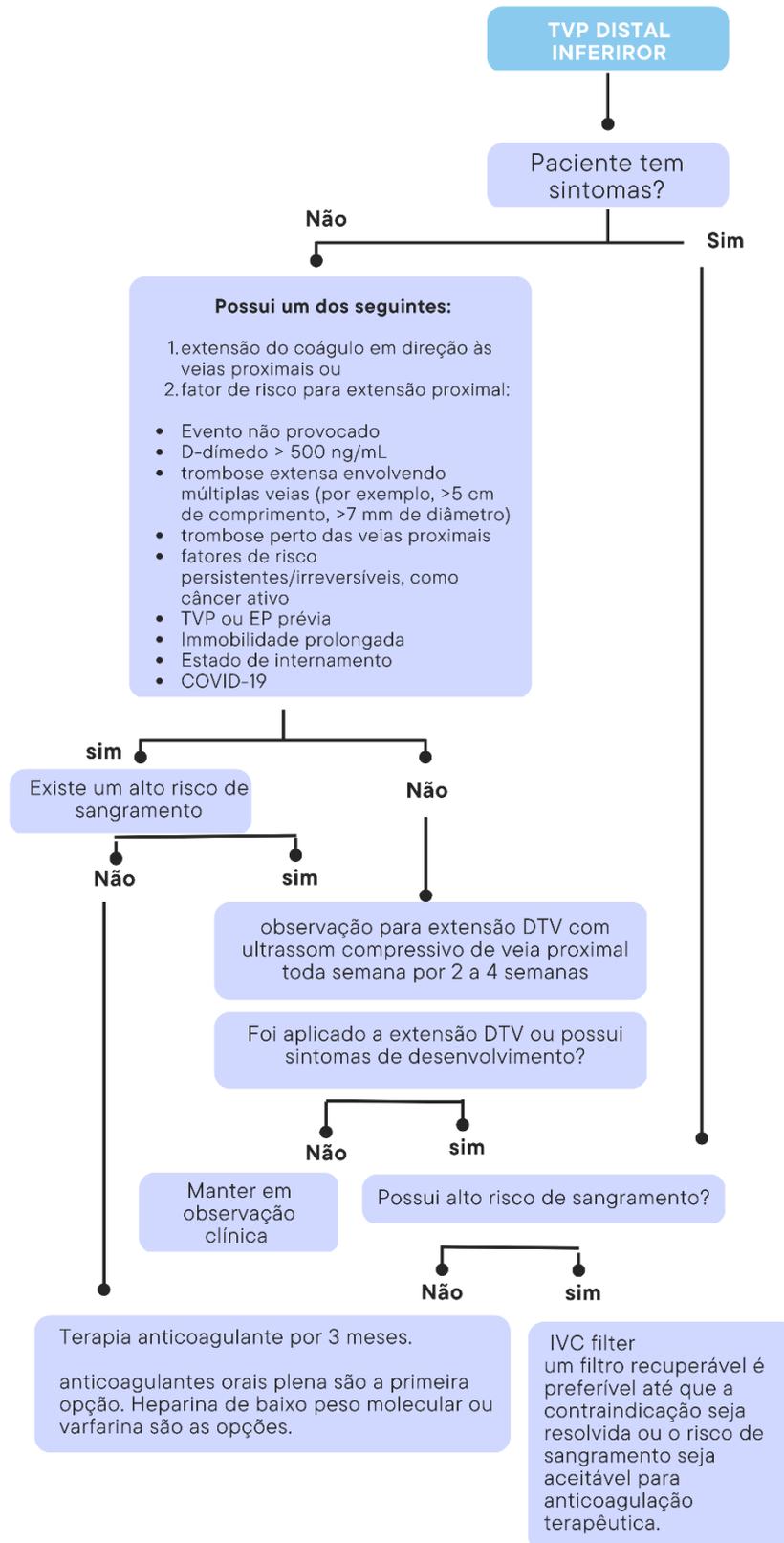
Sendo classificada em probabilidade de TVP em baixa quando for menor que 1 ponto, intermediária de 1 – 2 pontos e alta >2 pontos, como é no caso da paciente quem possui mais de 2 pontos sendo classificada dentro do quadro de alto risco para TVP.

Para os pacientes de TVP improvável (1 ponto ou menos), podemos utilizar o D-dímero como ferramenta. Esse exame avalia um produto de degradação da fibrina do coágulo, e quando negativo tem o poder de descartar o diagnóstico, haja vista seu alto valor preditivo negativo. Caso venha positivo, é necessário seguir com a propedêutica de imagem.

Os pacientes **com TVP provável (2 pontos ou mais)** devem ser avaliados com métodos de imagem para confirmar ou descartar o diagnóstico. O *duplex scan* venoso continua sendo o método de imagem *standart* para o diagnóstico nestes casos.

Na emergência, o POCUS (*Ultrassom point of care*) com compressão tem acurácia adequada para o diagnóstico e pode ser utilizado pelos médicos da emergência para esse fim. Estudos mostram que esta técnica pode chegar a uma sensibilidade de 96,1% e especificidade de 96,8%. A abordagem mais indicada é denominada “2 points / 2 region”, avaliando a região poplítea e femoral comum.

**Figura 7:** Fluxograma de Tratamento da trombose venosa profunda distal da extremidade inferior



Fonte: traduzido e adaptado de BAUER. K, 2023

No presente caso o fluxo mais indicado para ser implementado seria a de terapia anticoagulante por 3 meses, sempre monitorando o INR que tem que se manter entre 0,2 a 0,3 s. Por que tomar essa decisão? Porque a paciente apresenta sintomas evidentes de dor e sinais de edema em MIE e diminuição da perfusão periférica, sendo assim avaliada o risco de sangramento e ao não apresentar, finalmente optar pelo tratamento inicial de uso de anticoagulantes que serão discutidos mais adiante.

Quanto tempo deve receber tratamento? - Segundo a Sociedade americana de hematologia 2020, classifica nas seguintes etapas:

- **Baixo risco:** paciente que teve um evento que desencadeou a trombose (parto cesariana, hospitalização por mais de 3 dias imobilizado e cirurgia mais de 30 min): 3 a 6 meses.
- **Risco intermediário:** Dois eventos trombóticos com causa conhecida, não precisa de tratamento com anticoagulantes, mas em caso de obesos, viajantes recorrentes, deverá receber tratamento. Sempre terá que ser bem individualizado cada caso.
- **Alto risco:** evento trombótico não explicado, tem indicação de anticoagular pelo resto da vida.
- Trombose na vigência de Câncer: pensar sempre no risco benefício, ponderar sempre o risco de sangramento, como mencionado no relato deste caso.

Importante ressaltar que a duração do tratamento realizado com anticoagulantes orais vai depender do que precipitou o fenômeno trombótico (hemofilia, neoplasia, cirurgia, idiopática), da gravidade do quadro (ocorrência de embolia pulmonar associada, trombose cerebral) e da presença de história pregressa de TVP, portanto é de extrema importância que cada caso seja analisado cuidadosamente para que as condutas sejam direcionadas.

Segundo estudos do Sociedade americana de hematologia existem estudos que recomendam o tratamento ambulatorialmente para este tipo de casos, já que nesses estudos são relatados que a maior quantidade de evolução para TVP foram em pessoas que ficaram internados dentro de um serviço hospitalar. (recomendação fraca, sem muitos estudos de qualidade, porém utilizadas)

Se for no caso de tratamento ambulatorial deve ser tratado com enoxaparina junto com heparina dosando INR. Esse tratamento pode chegar a ser muito complexo, porque conforme visto em estágios anteriores de APS na unidade básica de saúde, o paciente vive dosando o INR, tendo total dependência de consultas semanais na unidade estando em constante risco de sangramento, pelo fato de não ter controle absoluto da quantidade exata a ser utilizada desses medicamentos.

E em que ocasiões ou quando é recomendado internar? Existem 4 motivos que podem ser citados:

- 1) Quando paciente não possui condições sociais médios para tratamento ambulatorial.
- 2) Quando paciente está descompensado por outras complicações.
- 3) TVP maciço, dor intensa que precisa de administração de medicamentos mais invasivos.
- 4) Edema da perna inteira levando a isquemia de membro, que pode evoluir a flegmasias cerula e posuidno alto risco de sangramento, maiormente em pacientes que já utiliza AAS e outros anticoagulantes.

Ao estar investigando mais do caso podemos pensar em uma variedade especial de TVP denominada flegmasia cérula dolens. Esta condição ocorre há trombose extensa da vaia ilíaca comum, determinando edema importante, estase venosa e cianose.

Inicialmente, podemos fazer a elevação do membro e anticoagulação plena. Caso a evolução seja desfavorável, com aumento do edema e isquemia, podemos realizar trombectomia venosa, trombólise e fasciotomia da perda.

Os fatores de risco para a trombose venosa profunda estão relacionados com a tríade de Virchow. Ou seja, patologias ou situações que favorecem a alteração da hemostasia, levando a estase sanguínea, ao dano vascular e/ou ao estado de hipercoagulabilidade. São elas: fatores genéticos, cirurgias ortopédicas, abdominais ou neurológicas de grande porte, repouso prolongado, alguns tipos de câncer, gravidez, terapias de reposição hormonal, viagens longas na qual o paciente fica muito tempo sentado, idade avançada, obesidade, síndrome metabólica, hiperlipidemia, hipertensão arterial, tabagismo e diabetes.

Para entender melhor a tomada de decisão do fluxo mencionado acima, devem ser mencionados alguns fatores de risco para TVP, fazendo um chek list do que a paciente possui:

- ✓ Idade acima dos 40 anos – a incidência aumenta com a idade
- ✓ Obesidade
- Varizes
- História de trombose anterior - caráter recorrente
- História em familiares - caráter genético
- Portadores de anormalidade genética do sistema de coagulação
- Uso de anticoncepcionais orais, sobretudo em mulheres fumantes
- Terapia de reposição hormonal
- ✓ Câncer e quimioterapia
- Gravidez e puerpério - no pós-parto
- Doenças cardíacas ou respiratórias graves
- Infecção grave
- Traumatismos
- Cirurgias grandes e anestesia de longa duração
- Período pós-operatório
- Hospitalização prolongada
- Viagens de longa duração

De acordo com os fatores de risco podemos classificar o risco de TVP em:

Baixo	Pequena cirurgia em pacientes abaixo dos 40 anos sem fatores de risco
Moderado	Qualquer cirurgia em pacientes entre 40 e 60 anos sem fatores de risco; ou grande cirurgia em pacientes abaixo dos 40 anos sem fatores de risco; ou grande cirurgia em pacientes abaixo dos 40 anos sem fatores de risco; pequena cirurgia em pacientes com fatores de risco.
Alto	Grande cirurgia em pacientes acima dos 60 anos sem fatores adicionais de risco; pacientes entre 40 e 60 anos com fatores adicionais de risco.
Muito alto	Grande cirurgia em pacientes acima dos 40 anos com atendentes de tromboembolismo venoso, doenças malignas ou estado de hipercoagulabilidade – trombofilia; pacientes com grande cirurgia ortopédica eletiva de membros inferiores, cirurgia de colo de fêmur, trauma múltiplo ou lesão da medula espinal.

**Fonte:** Adaptado de BAUER. K, 2022

A paciente apresenta, como fatores de risco, obesidade, neoplasia e idade acima de 40 anos, assim a profilaxia deve ser para alto risco, porém irei mencionar os demais manejos existentes.

✓ **Profilaxia para baixo risco:**

- Nenhuma profilaxia específica, apenas deambulação precoce e persistente.

✓ **Profilaxia para risco moderado:**

- Para cirurgias menores em pacientes entre 40 e 60 anos ou com fatores de risco associados e cirurgias maiores em pacientes abaixo dos 40 anos, com ou sem fatores de risco associados: Profilaxia com baixas doses de Heparina não fracionada (HNF) 5.000 UI, ou heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM) em dose igual ou superior a 3.400 UI; a primeira deve ser utilizada 2 ou 3x/d, e a segunda, 1x/d.
- Para cirurgias menores em pacientes acima de 60 anos ou com fatores de riscos adicionais e cirurgias maiores em pacientes acima de 40 anos ou com fatores de riscos adicionais: profilaxia com baixas doses de HNF 5.000 UI, ou HBPM em dose igual ou superior a 3.400 UI, ambas 1x/d.

✓ **Profilaxia para alto risco:** Cirurgias em pacientes com múltiplos fatores de risco, idade acima de 40 anos: Profilaxia com baixas doses de HNF 5.000 UI, ou HBPM em dose igual ou superior a 3.400, ambas 1x/d, combinadas com meia elástica de compressão graduada ou compressão pneumática intermitente.

✓ **Profilaxia para alto risco selecionado:** Além de todas as formas de profilaxia para alto risco, o paciente deve realizar cirurgia geral, incluindo aquelas devido ao câncer com HBPM depois da alta hospitalar.

**CASO VI – “Doutor, estou muito fraca”**

Identificação: Paciente feminino 72 anos de idade, moradora de Foz do Iguaçu.

HDA: Paciente é trazida ao Pronto Atendimento pelo SAMU, devido a quadro de adinamia, dor abdominal, náuseas, vômitos, diarreia líquida e febre baixa há três dias, sem melhora com uso de sintomáticos.

HPP: Portadora de Insuficiência cardíaca, diabetes mellitus, fibrilação Atrial e dislipidemia.

Medicamentos que faz uso: AAS 100 mg/d, enalapril 40mg/d, carvedilol 12,5 mg/d, espirinolactona 25 mg/d, furosemida 40 mg//d, digoxina 0,25 mg/d, sinvastatina 20 mg/d, varfarina 5 mg/d, e metformina 1000 mg/d. Teve Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) prévio há três anos (stent farmacológico). Nega alergia medicamentosa.

Estilo de vida: Tabagista 20 anos maço. Nega etilismo, nega uso de drogas ilícitas.

#### Exame físico

- Ectoscopia: Em mau estado geral, corada, desidratada (++/4+), eupneica em repouso, afebril, anictérica.
- Sinais vitais: FC: 72 bpm, PA: 90/60 mmHg, FR: 12 irpm; SatO2 97%
- Cabeça e pescoço: Ausência de massas ou linfonodomegalias, orofaringe sem alterações;
- Aparelho cardíaco: BRNF 2T sem sopros
- Aparelho respiratório: MV+ bilateral sem ruídos adventícios,
- Abdome: plano, flácido, ausência de visceromegalias, sem linfonodomegalias inguinais.
- Membros: sem edemas, pulsos palpáveis e simétricos, sem sinais de empastamento.
- 

#### Diagnóstico sindrômica:

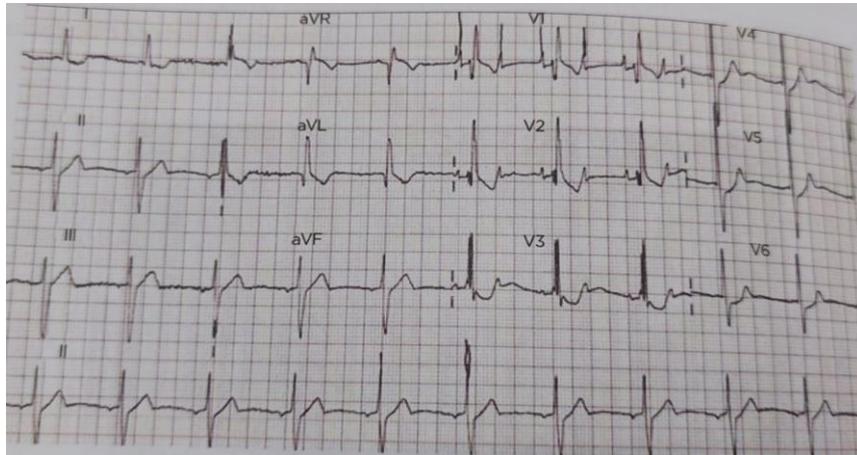
- Síndrome infecciosa
- Intoxicação aguda

#### Hipótese diagnóstica e diferencias:

- Intoxicação aguda? - Digitálica?
- Gastroenterite
- Intoxicação por outros medicamentos potencialmente indutores de arritmia (bloqueadores dos canais de cálcio, betabloqueadores, clonidina, organofosfatos ou carbamatos);
- Síndrome do nó sinusal;
- Infarto agudo do miocárdio;
- Distúrbios eletrolíticos de outra causa.

Realizado ECG na admissão:

Figura X: Eletrocardiograma realizada em 14/02/2023



**Fonte:** Prontuário físico do Paciente

Antes de tudo é importante lembrar o mecanismo de contração miocárdica para compreender e analisar melhor o caso pensando na hipótese diagnóstica inicial de intoxicação digitálica: inicialmente, a despolarização dos miócitos acontece com a abertura dos canais rápidos de sódio. A entrada do sódio em maior quantidade gera um potencial de membrana que permite o influxo, também, do cálcio. Essa entrada induz uma liberação do adicional de cálcio e, conseqüentemente, contração muscular. Sucedendo esse processo, o sódio é removido, especialmente, pela ATPase de sódio e potássio.

É exatamente nessa última etapa que atuam os digitálicos, que têm como principal representante a digoxina: inibem a ATPase da bomba, retendo o sódio e, conseqüentemente, o cálcio intracelular, aumentando o inotropismo. Somado a isso, os digitálicos têm a capacidade de aumentar o tônus vagal, diminuindo a condução pelos nós sinoatrial e atrioventricular. Ou seja, os digitálicos são cardiotônicos que atuam diretamente na excitabilidade, automaticidade, velocidade de condução e períodos refratários.

Fatores de risco para toxicidade

Grande parte dos fatores de risco para toxicidade por digitálicos estão relacionados ao aumento da ingestão da droga ou dificuldade de excreção da mesma.

Importante vigilância deve ser conduzida aos idosos que apresentam especial risco devido a polifarmácia típica da idade. Além destes, os principais fatores estão listados a seguir:

- ✓ Extremos de idade; (paciente idosa, 72 anos de idade)
- ✓ Descompensação de doença cardiovascular de base; (Portadora de ICC)
- Insuficiência renal importante;
- ✓ Congestão de drogas indutoras de bradicardia e hipotensão; (Polifarmácia)
- Overdose intencional;
- Hipocalemia.

É de grande importância mencionar os fatores de risco, assim podemos situar ao nosso paciente dentro do quadro de uma intoxicação digitalica como tal fazendo um checklist do que ela possui.

Como manejar um paciente com intoxicação digitalica?

O paciente com intoxicação digitalica deve ter cuidados sistêmicos e tratamento específico para a intoxicação. Além de assegurar vias aéreas, estabilidade hemodinâmica e monitorização cardiorrespiratória, é possível conduzir o paciente com algumas das seguintes medidas.

#### Cuidados sistêmicos

- Rins: por ser o principal responsável pela excreção da droga, é de suma importância restaurar a perfusão renal corrigindo os distúrbios eletrolíticos. Para isso, devem ser administrados cristaloides para converter a hipotensão e hipovolemia.
- Trato Gastrointestinal: considerada terapia adjuvante, é possível realizar a descontaminação com carvão ativado em 1h a 2h para pacientes com baixo risco de aspiração.
- Coração: para pacientes com bradicardia significativa com instabilidade hemodinâmica, pode ser feito atropina em dose inicial e repetir em até 5 minutos em dose máxima de 3mg/dia. Outra opção é a estimulação cardíaca intravenosa.

### Cuidados específicos

Partindo para a terapia específica, entra o papel do antídoto específico anticorpo antidigoxina chamado de digoxina-FAB. Esses anticorpos são o tratamento de escolha para intoxicações agudas com hipercalemia e para intoxicações agudas ou crônicas com qualquer arritmia potencialmente letal. De modo geral, alguns critérios são avaliados para a introdução da digoxina-FAB no tratamento:

- Ingesta oral da droga > 10mg em adultos;
- Níveis séricos de digoxina > 15 ng/mL dentro das 6 primeiras horas da ingestão ou > 10 ng/mL após as 6 horas;
- Digoxina sérica persistentemente elevada em sintomáticos;
- Usuários de digoxina com arritmia ameaçadora à vida sem nível sérico conhecido;
- Pacientes em terapia com digoxina com  $K^+$  > 5mEq/L inexplicado, sem nível sérico conhecido.

A dose do antídoto depende das condições clínicas do paciente e da temporalidade do acúmulo tóxico. Sabe-se que uma unidade de digoxina-FAB se liga, aproximadamente, a 0,5mg da digoxina, neutralizando-a. Desse modo, foi estabelecida a dose empírica endovenosa para quando a quantidade ingerida não é conhecida:

- Ingesta aguda = 10 a 20 frascos (400 a 800mg)
- Ingesta crônica = 3 a 6 frascos (120 a 240mg)

Os efeitos reversores do antídoto se iniciam em 20 minutos, os mais tardios podendo chegar ao máximo de 1 hora e 30 minutos.

Importante ressaltar que a administração do cálcio endovenoso não é uma boa escolha para pacientes intoxicados por digoxina devido ao seu potencial arritmogênico, principalmente levando em consideração que o paciente em questão já é portador de um distúrbio cardíaco.

### Discussão do caso:

O caso apresentado trata-se de uma intoxicação digitalica aguda. A história clínica de gastroenterite (provavelmente infecciosa), desidratação ao exame físico e

alteração eletrocardiográfica em usuária crônica de digoxina favorece esse diagnóstico.

A dose terapêutica utilizada normalmente é bastante próxima à dose tóxica, o que torna a digoxina um medicamento que necessita cautela em sua prescrição e administração.

Pacientes em uso crônico de digitálicos com quadro de gastroenterite infecciosa, desidratação e alterações eletrocardiográficas levam à suspeita de intoxicação atrioventricular 2:1. De forma geral, as taquicardias atriais são caracterizadas pela ativação focal do átrio com propagação centrífuga da onda de ativação. Nem o nó atrioventricular nem o sinusal participam da gênese ou da perpetuação da arritmia. A condução 2:1 é percebida pela presença de 2 ondas P (não sinusais) para cada complexo QRS.

A intoxicação digitálica pode acontecer após superdose aguda acidental, como resultado do longo acúmulo ou devido a interação de fármacos. Na história clínica, é importante determinar exatamente a quantidade da droga ingerida e o momento da ingestão, assim como outras drogas associadas. O tempo da ingestão é importante para podermos avaliar corretamente o nível sérico da droga (idealmente este deve ser realizado pós pelo menos 6 horas da ingestão para devida acurácia do teste laboratorial). Causas possíveis de desidratação ou insuficiência renal devem sempre ser investigadas durante anamnese, já que podem contribuir para a toxicidade cardíaca dos digitálicos.

Os efeitos cardíacos da intoxicação digitálica devem ser analisados com cautela, tanto nos casos agudos, como ao da paciente do caso, quanto nos casos crônicos. Podem ser diagnósticos mais difícil, já que os sinais e sintomas são mais arrastados e menos pronunciados, podem surgir manifestações neurológicas (Letargia, fadiga, delirium, confusão mental) e alterações visuais (xantopsia).

Os mecanismos pelos quais a toxicidade do digital promove o desenvolvimento de arritmias ainda são compreendidos. As taquiarritmias são associadas a maior tônus simpático e a elevação na concentração intracelular de cálcio ionizado, e as bradiarritmias podem ocorrer devido ao aumento excessivo no tônus parassimpático. As manifestações eletrocardiográficas dependem, em parte, da idade da paciente e do estado do miocárdio.

Os exames laboratoriais que devem ser solicitados na admissão segundo discutido com médico de plantão e analisado na literatura são dosagem de eletrólitos (principalmente de potássio) e função renal (ureia e creatinina). A hipercalemia é uma das manifestações da intoxicação digitálica aguda, além de ser um preditor de mortalidade. O exame que conforma o diagnóstico é a concentração sérica de digoxina (digoxinemia), porém, esta deve ser realizada após, no mínimo, 6 horas da ingestão, pelo risco de superestimar seus valores se dosada antes desse período, apesar de que isso seja a melhor maneira de diagnosticar precisamente, não pode ser feito neste local, sendo tratado empiricamente sem ter resultados em mãos.

Nos casos de intoxicação digitálica aguda, é obrigatória a realização dos seguintes exames laboratoriais: Potássio, uréia, creatinina e digoxinemia; este último é o exame que consegue confirmar a suspeita diagnóstica na maioria dos casos. Disfunção renal é mais comumente encontrada nos casos de intoxicações crônicas e usualmente é a responsável pelos aumentos nos níveis séricos de droga. Hipercalemia faz parte do quadro clínico de intoxicação digitálica e é importante para a predição da mortalidade.

Outra coisa a ser ressaltada neste caso é o nível terapêutico da digoxina, situando-se muito próximos dos níveis tóxicos. Conforme visto os valores de digoxinemia entre 0,5 e 0,8 ng/mL são considerados terapêuticos (em portadores de insuficiência cardíaca), sendo que concentrações plasmáticas acima de 2 ng/mL se associam a risco podem acontecer com níveis abaixo de 1,3 a 1,5 ng/mL. Idealmente essa dosagem é feita por, pelo menos, 6 horas e, de preferência, 12 ou mais horas após a última dose, uma vez que medicações feitas logo após às manifestações eletrocardiográficas e não apenas na sua dosagem sérica.

O tratamento específico da intoxicação digitálica aguda se faz pela administração de anticorpos de digoxina-específicos, que contêm somente o fragmento Fab. Devemos considerar seu uso nos casos de arritmias graves (taquicardia ventricular, fibrilação ventricular, assistolia, bloqueios de alto grau e bradicardia sintomática), sinais de disfunção orgânica (falência renal, alterações neurológicas) e hipercalemia grave (potássio sérico acima de 5 a 5,5 mEq/L), e conforma resultado de exames apresentados pela paciente o nível sérico de K estava inferior a esses valores.

O tratamento da intoxicação aguda por digitálico inclui a descontaminação intestinal com carvão ativado e lavagem gástrica (nos casos de ingesta em grande monta e ocorrido pouco antes da apresentação). A atropina (0,5 mg, intravenosa) pode ser utilizada nos casos de bradicardia sinusal de bloqueio atrioventricular não complicado; marca-passo temporário em pacientes com bradicardia sintomática persistente deve ser considerado; cristalóides devem ser administrados nos casos de hipotensão; e arritmias ventriculares devem ser tratadas se acordo com as recomendações do ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support).

A seguir, medidas gerais que devem ser tomadas:

- Identificação da intoxicação
- Intervenção precoce
- Lavagem gástrica se ingestão há menos de 1 hora
- Carvão ativado de 6 a 8 horas
- Correção de distúrbios eletrolíticos

Bradiarritmias: Atropina, marca-passo;

Taquiarritmias: controle de frequência cardíaca ou cardioversão.

Observação: A hemodiálise não diminui o nível sérico de digoxina.

O tratamento específico se faz por meio do uso de anticorpos digoxina-específicos, indicados a pacientes com manifestações graves de intoxicação, como arritmias sintomáticas e/ou hiperpotassemia grave. Sugere-se seu uso nas seguintes situações:

- Arritmias graves: Taquicardia ventricular, fibrilação ventricular, assistolia, bloqueios de alto grau e bradicardia sintomática.
- Sinais de disfunção orgânica: Falência renal alterações neurológicas.
- Hipercalemia grave: Potássio sérico acima de 5 a 5,5 mEq/L.

Estes anticorpos são clivados de modo a conter somente o fragmento Fab, filtrados e eliminado pelos rins após sua ligação à digoxina. Trata-se de droga segura e eficaz, com pico de atividade entre 20 e 30 minutos após sua administração. Sua dose depende do tipo de intoxicação e é calculada estimando-se a quantidade de fármaco ingerido. Quando a dose ingerida é desconhecida, os pacientes são tratados empiricamente. De modo geral, inicialmente, administram-se de 1 a 5 frascos,

dependendo da gravidade da intoxicação. Em pacientes com doença preexistente, que necessitem do efeito digitálico residual, como aqueles com insuficiência cardíaca congestiva ou fibrilação atrial, é mais seguro iniciarmos esse tratamento com doses menores e, então titulá-la conforme o efeito clínico desejado.

Potássio é o eletrólito que devemos monitorizar sistemicamente. Isso ocorre, pois, pelo mecanismo de ação dos digitais (inibição de sódio/potássio ATPase no miocárdio e músculo esquelético), em que há um aumento na sua concentração extracelular. Portanto, nos casos de intoxicação digitálica aguda, hipercalemia faz parte das manifestações clínicas, além de ser considerada um dos preditores de mortalidade nesses pacientes (quanto maiores seus níveis, maior a mortalidade). Nos casos com sintomas gastrointestinais mais proeminentes (diarreia e vômitos), pode ocorrer hipocalemia (porém, esta anormalidade é muito mais frequentemente associada aos casos de intoxicação crônica, usualmente pelo uso associado de digitais e diuréticos). Nestes casos, a correção de seus níveis é de suma importância, visto que a hipocalemia exacerba a toxicidade dos digitálicos. A monitorização do potássio também é crucial após início da terapia com anticorpos digoxina-específicos, pois, com a normalização da bomba  $\text{Na}^+/\text{K}^+$  - ATPase, o potássio retorna para o meio intracelular, levando a queda nos seus níveis séricos.

Após dose excessivamente alta de digitálico, os níveis séricos de potássio geralmente estão elevados, e a condução pelo nódulo atrioventricular é interrompida, levando a vários graus de bloqueio atrioventricular. Como dito, hipercalemia faz parte das manifestações clínicas e é considerada um dos preditores de mortalidade nesses pacientes, principalmente quando  $\text{K}^+$  acima de 5,5 mEq/L. É de suma importância a monitorização da calemia após o início do tratamento com anticorpos digoxina-específicos, já que este leva à rápida correção da hipercalemia existente (a bomba de  $\text{Na}^+/\text{K}^+$  -ATPase retorna à sua função normal, fazendo com que o potássio retorne para o meio intracelular).

Nas intoxicações crônicas, em contrapartida, predominam as arritmias ventriculares, como batimentos ventriculares ectópicos ou taquicardia ventricular bidirecional, e o nível de potássio geralmente está normal ou baixo (principalmente devido à administração de diuréticos).

Várias são as alterações eletrocardiográficas associadas à intoxicação digitálica, podendo-se citar fibrilação atrial/flutter atrial, bloqueios atrioventriculares, extrassístoles ventriculares, taquicardia juncional e fibrilação ventricular.

A intoxicação digitálica pode levar a vários tipos de arritmias cardíacas, e essas podem sofrer mudanças de forma rápida, além de terem o potencial de evolução para quadros mais graves. Com isso, torna-se muito importante a monitorização eletrocardiográfica contínua em associação a eletrocardiogramas seriados. As principais arritmias causadas pela intoxicação digitálica são:

- Taquicardia atrial: arritmia mais frequente, associadas à frequência ventricular baixa por bloqueio atrioventricular.
- Fibrilação e flutter atrial
- Bloqueio atrioventricular de segundo grau: comumente Mobitz I
- Taquicardia juncional: por excitabilidade do sistema His-purkinje
- Taquicardia e fibrilação ventricular: por excitabilidade ventricular.

Drogas a serem evitadas por riscos de piora do quadro clínico: Espironolactona e furosemida. A primeira, atuando como diurético poupador de potássio, pode levar a piora da hipercalemia e, portanto, maior mortalidade. A furosemida (diurético de alça) pode levar a hipocalemia e exacerbar os efeitos tóxicos dos digitais. Devemos nos preocupar com os níveis séricos de potássio durante todo o manejo dos pacientes com intoxicação digitálica (aguda e crônica).

Hipercalemia é associada a mortalidade e encontrada mais frequentemente nos casos agudos. Diuréticos poupadores de potássio podem exacerbar a hipercalemia já existente e piorar ainda mais o prognóstico. Hipocalemia, alteração mais associada a casos crônicos, pode ser encontrada nos casos agudos devido aos sintomas gastrointestinais porventura presentes, como vômitos e diarreia. Diuréticos de alça podem diminuir ainda mais os seus níveis e ou exacerbar a hipocalemia que pode surgir após o início do tratamento com anticorpos digoxina-específicos. Outras alterações eletrolíticas causadas por diuréticos de alça e que se associam ao aumento na suscetibilidade dos efeitos tóxicos dos digitais são hipogmagnesemia e hipercalemia. Quinidina, amiodarona e antibióticos macrolídeos são outras drogas que interagem com a digoxina podendo levar a aumentos de digoxinemia.

Os principais órgãos extracardíacos que podem ser acometidos na intoxicação exógena aguda são o sistema nervoso central e o trato gastrointestinal. Os principais sinais e sintomas são confusão mental, fraqueza muscular, alterações visuais (cegueira, xantopsia, escotomas), letargia, delirium, dor abdominal, náuseas, vômitos e anorexia. Nos casos de intoxicação digitálica aguda, os sintomas gastrintestinais surgem após algumas horas de ingestão e são comuns os sintomas neurológicos. Nos quadros crônicos, os sintomas são mais indolentes e podem surgir após dias ou meses, sendo os gastrintestinais mais discretos, e os neurológicos mais proeminentes.

Considerações:

Ao respeito deste caso, particularmente nunca antes tinha lido a profundidade e a melhor maneira de aprendizagem acho que foi vê-lo na prática, para associar melhor as indicações e contraindicações dos medicamentos e procedimentos feitos.

Assim como o meu desconhecimento era grande, assim também os pacientes não tem noção de todo o que pode acontecer utilizando estes medicamentos, sendo de suma importância aclarar todos os pontos quando for prescrito pelo médico.

## **6. CAPÍTULO V – RELATO VIVENCIAL DO ALUNO E SUA EXPERIÊNCIA PESSOAL NO INTERNADO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS.**

No início do meu internato de Medicina, a urgência e emergência sempre me pareceram um mundo à parte. Éramos lançados em cenários caóticos, onde segundos podiam fazer a diferença entre a vida e a morte. Foz do Iguaçu, Paraná, com sua diversidade de pacientes e estruturas de atendimento, foi o palco desse desafio.

Minha primeira experiência foi em uma unidade de pronto atendimento. Fui imerso em um turbilhão de casos variados, desde traumas a condições clínicas agudas. As dificuldades foram imediatas: o excesso de pacientes, os recursos limitados e a pressão constante. Eu estava diante da teoria colidindo com a prática. As decisões clínicas tinham que ser tomadas rápido, e o medo de errar era constante.

Com o tempo, percebi que, além do conhecimento técnico, a comunicação era uma ferramenta essencial. Aprendi a acalmar os pacientes e suas famílias, explicando

procedimentos e diagnósticos de forma simples e empática. Descobri que, muitas vezes, o toque humano era tão importante quanto a medicação.

Outro desafio foi aprender a trabalhar em equipe. A urgência e emergência exigem coordenação precisa. Compartilhar informações, respeitar opiniões e agir em conjunto são habilidades cruciais. As vezes em que hesitei em pedir ajuda me ensinaram que a humildade é uma aliada poderosa na medicina.

A rotação no pronto socorro hospitalar me apresentou a uma realidade ainda mais intensa. Lidei com pacientes gravemente doentes, enfrentando o dilema ético de quando parar ou continuar os esforços. Foi um período de fortaleza emocional, onde aprendi a lidar com a inevitabilidade da morte, buscando sempre proporcionar conforto e dignidade aos pacientes e suas famílias.

As noites no pronto socorro eram particularmente desafiadoras. A exaustão, o ambiente tenso e as decisões difíceis testaram minha resiliência. Mas, ao longo do internato, descobri que, mesmo nas situações mais difíceis, havia lições valiosas. Aprendi a manter a calma sob pressão, a pensar rapidamente e a confiar nas minhas habilidades.

O internato de urgência e emergência do SUS também me ensinou sobre a desigualdade no acesso à saúde. Vi pacientes que dependiam exclusivamente do sistema público, enfrentando longas filas e escassez de recursos. Isso me motivou a refletir sobre o papel da medicina na sociedade e sobre a importância de defender um sistema de saúde mais justo.

À medida que minha jornada no internato avançava, percebi que o conhecimento baseado em evidências era um guia seguro. A literatura atualizada tornou-se meu aliado na tomada de decisões clínicas. A combinação de teoria e prática, embasada em pesquisas sólidas, provou ser a base sólida da medicina de qualidade.

Concluindo, o internato de urgência e emergência no SUS em Foz do Iguaçu foi uma montanha-russa de emoções e desafios. Enfrentei dificuldades, questionei minhas próprias habilidades e tive a chance de crescer como profissional e como ser humano. Aprendi a equilibrar a teoria com a prática, a importância da comunicação, da equipe e da empatia. Minhas experiências moldaram minha visão da medicina e reforçaram minha determinação em contribuir para um sistema de saúde mais equitativo.

Ao olhar para trás, percebo que as maiores lições muitas vezes surgem nos momentos mais desafiadores. Estou grato por cada obstáculo superado, pois eles me transformaram em uma pessoa mais competente e consciente.

## 7. CAPÍTULO VI - LISTAGEM DOS PROCEDIMENTOS INVASIVOS REALIZADOS

A seguir, na tabela, estão listados os procedimentos feitos e visualizados assim como o campo de prática em que ele foi realizado. Em conjunto, há comentários sobre as principais indicações e contra indicações para as respectivas realizações. Procedimentos vistos como de interesse pela orientadora serão trabalhados em seguida.

PROCEDIMENTO	LOCAIS DE PRÁTICA E REALIZAÇÃO	INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES
Intubação Orotraqueal de sequência rápida	HMPGL – visto 6 e realizado 1 UPA Samek e Walter– Visto SAMU Base - Visto	<b>Indicações:</b> Perda de reflexos de proteção das vias aéreas, escore de glasgow menor que 8 pontos, insuficiência respiratória, parada cardiorespiratória, necessidade de assistência ventilatória prolongada ou controle da ventilação pulmonar, condições potencialmente obstrutivas da via, necessidade de sedação, instabilidade hemodinâmica, procedimentos eletivos. <b>Contraindicações:</b> trauma de face, anquilose temporomandibular, epiglote, trauma de laringe (abscesso), tumor deformando via aérea. <b>Questionamentos e percepções:</b> Realizar a primeira intubação após ter assistido tantas, foi bem especial, o médico deixou fazer dando palavras de apoio e calma a paciente estabilizou rapidamente e sentir a alegria minha, aumentada com os parabéns recebidos da equipe foi simplesmente inexplicável, além de aportar na minha formação e prática de técnicas médicas, aportou muito na minha segurança como pessoa.
Toracotomia de reanimação	HMPGL - Visto	Explicado após o quadro.
Paracentese	HMPGL – Ajudando ao médico	<b>Indicações:</b> Avaliação diagnóstica da ascite, suspeita de Peritonite bacteriana espontânea, ascite sintomática. <b>Contraindicações:</b> Coagulação intravascular disseminada (CIVD), evidências clínicas de fibrinólise, abdome agudo que exija intervenção cirúrgica imediata, gestação, aderências de alças intestinais, obstrução

		<p>intestinal (passar sonda nasogástrica antes), distensão vesical, trombocitopenia, hipoproteinemia, infecção no local da punção.</p> <p><b>Questionamentos e percepções:</b> Como foi a primeira vez que estava vendo como fazer na prática o médico pediu acompanhar e ajudar ele no procedimento, deixou mexer com os materiais e o paciente para ter mais segurança e na próxima vez deixar fazer.</p>
Acesso venoso central (AVC)	<p>HMPGL – Visto e Feito</p> <p>UPA Samek – Visto</p> <p>UPA Walter – Visto</p> <p>SAMU Base – Visto</p>	<p><b>Indicações:</b> Monitorização hemodinâmica invasiva, terapias extracorpóreas (diálise, plasmaferese, ECHMO), infusão de medicações e outras terapias (hiperosmóticas, cáusticas, nutrição parenteral ou alto risco de flebite), impossibilidade de acesso periférico, Acesso para intervenção endovascular.</p> <p><b>Contraindicações:</b> infecção na região a ser puncionada, coagulopatia e plaquetopenia (relativas), alterações anatômicas</p>
Sondagem nasoenteral/gástrica	<p>HMMSAM - feito</p> <p>HMPGL - feito</p> <p>UPA Samek - Feito</p> <p>UPA Walter - visto</p>	<p><b>Indicações:</b> descompressão do trato gastrointestinal superior, lavagem gástrica, nutrição enteral.</p> <p>Tem objetivo terapêutico na nutrição e inserção de medicamentos, além de diagnóstico com a drenagem de líquidos para análise.</p> <p><b>Contraindicações:</b> traumatismo facial extenso, fratura de base de crânio, estenose esofágica, ingestão de substância cáustica, procedimento gastroesofágico recente (relativa), cirurgia orofaríngea, queimadura esofágica, deformação grave da coluna cervical, aneurisma de arco aórtico, neoplasia do esôfago.</p>
Cateterismo vesical	<p>HMMSMA -Feito</p> <p>HMPGL - Feito</p> <p>UPA Samek – Feito</p> <p>UPA Walter - Visto</p>	<p><b>Indicações:</b> alívio em casos de retenção urinária secundários a disfunção vesical, obtenção de amostras de urinas estéreis, medicação intravesical, drenagem vesical por obstrução mecânica, bexiga neurogênica traumática, controle da diurese, assegura higiene perineal.</p> <p><b>Contraindicações:</b> Uretrorragia, hematoma perineal ou escrotal.</p>
Retirada de corpo estranho no olho	<p>UPA Samek - Feito</p> <p>UPA Walter - Feito</p>	<p><b>Indicações:</b> corpos estranhos pequenos, conjuntivais ou corneanos, alojados há 24 horas ou menos. (após procurar especialista).</p> <p><b>Contraindicações:</b> corpos estranhos alojados a mais de 24 horas (risco de infecção), corpos profundamente alojados, contaminação com ácido ou álcali, ruptura do globo, opacificação</p>

		da lente, irregularidades, sinais e sintomas de infecções.
Anestesia troncular	UPA Samek - Feito UPA Walter - Feito	Indicações: procedimentos ungueais, redução de fraturas distais, incisão e/ou drenagem de abscessos, tumores e cistos. Contraindicações: doença vascular periférica na região do procedimento, infecção próxima ao local de injeção, uso de drogas vasoconstritoras, mais de 7 mL do anestésico.
Anestesia local	HMPGL - Visto UPA Samek - Feito UPA Walter Feito	<b>Indicações:</b> indicada para pequenos procedimentos locais <b>Contraindicações:</b> alergia ao anestésico, feridas que necessitam de grandes doses. específicas para anestésicos vasoconstritores: grandes ferimentos em pessoas com comorbidades que podem sofrer com grandes doses sistêmicas de epinefrina, regiões distais sob risco de comprometer a perfusão, risco de infiltração ocular em pacientes com glaucoma, pacientes em uso de lurasidona e ergotamina e pacientes sensíveis a catecolaminas.
Retirada de corpo estranho no ouvido	UPA Samek - Feito UPA Walter - Feito	<b>Indicações:</b> presença de corpo estranho no meato acústico externo <b>Contraindicações:</b> sangramento abundante, visualização limitada, localização ou deslocamento distal, distorção anatômica por trauma, cirurgias prévias.
Lavagem auricular- Ouvido	UPA Samek - Feito	<b>Indicações:</b> otalgia, perda da acuidade auditiva, desconforto auditivo, zumbido, vertigem. <b>Contraindicações:</b> perfuração timpânica, otite média aguda, otite externa aguda, crônica ou recorrente; secreção sanguinolenta do canal, hemotimpanismo, diabéticos, imunossuprimidos, vertigem recorrente, história de cirurgia otológica.
Parada Cardio respiratória	HMPGL – Visto e Feito UPA Samek – Visto e Feito UPA Walter – Visto - Feito SAMU Base – Visto - Feito	
Cardioversão elétrica	UPA Walter - visto	<b>Indicação:</b> Taquiarritmias (>150bpm), fibrilação atrial, taquicardia supraventricular, taquicardia ventricular. <b>Contraindicações:</b> distúrbios hidroeletrólíticos, taquicardia sinusal, intoxicações, evidência de trombos atriais, hipertireoidismo não controlado, assistolia, atividade elétrica sem pulso (AESP).
Drenagem abscessos: cutâneos	UPA Samek - Feito	<b>Indicações:</b> casos leves, casos moderados e graves (com coleta de cultura), associado a sinais flogísticos. Pacientes com infecções de pele e partes moles que desenvolveram

		abscesso são comuns na prática médica e é preciso saber manejar, tanto na urgência quanto ambulatório. <b>Contraindicações:</b> ausência de sinais flogísticos.
Suturas	UPA Walter (Donatti, absorvível, intradérmica, pontos simples, simples contínuos) UPA SAMEK (Donatti, absorvível, intradérmica, pontos simples, simples contínuos)	<b>Indicações:</b> descontinuidade tecidual, hemostasia, reconstrução de partes moles, anastomoses, fixação de dreno e equipamentos médicos. <b>Contraindicações:</b> feridas/lesões infectadas, distúrbios da coagulação, feridas por mordedura de animais, escoriações, feridas com sangramento ativo (necessita hemostasia primeiro)
Gasometria arterial	HMPGL – Feito UPA Walter – Feito UPA Samek - Feito	<b>Indicações:</b> pacientes com doenças metabólicas, pulmonares ou renais, sob suspeita de desequilíbrio ácido básico. <b>Contraindicação:</b> má circulação colateral no local proposto (absoluta), dermatite, celulites, erisipela, ausência de pulso palpável no vaso escolhido, coagulopatia, Fenômeno de Raynaud, tromboflebite, doença arterosclerótica avançada
Redução de parafimose	HMPGL – Feito HMMSMA – Feito	<b>Indicações:</b> constrição da glândula pelo anel prepuçal. <b>Contraindicações:</b> não há, trata-se de uma urgência urológica.
Imobilização de membro traumatizado	UPA Samek – Feito HMMSMA - Visto	<b>Indicações:</b> segmento com suspeita de fratura ou luxação <b>Contraindicações:</b> Comprometimento neurovascular, síndrome compartimental.
Acesso venoso periférico e administração de medicação	HMMSMA – Feito HMPGL – Feito SAMU – Visto UPA Samek – Feito UPA Walter - Visto	<b>Indicações:</b> administração de medicações, fluidoterapia e hemoterápicos. <b>Contraindicações:</b> alterações patológicas no local (infecções e feridas, por exemplo), são a principal contra indicação. Além dessas, Inflamação, flebite, esclerose venosa, tentativa prévia no mesmo vaso, queimaduras, traumas próximos e fístula arteriovenosa no mesmo membro.

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

### Toracotomia de reanimação:

Este procedimento normalmente visto só nos livros e literaturas, foi realizado no meu segundo plantão no HMPGL após ter recebido um paciente vítima de colisão moto-carro, politraumatizado.

Os objetivos primários da TR são: aliviar o tamponamento cardíaco, controlar a hemorragia decorrente da lesão de vasos intratorácicos ou de lesão cardíaca, eliminar

o intenso embolismo aéreo ou a fístula broncopleurálica, executar a massagem cardíaca aberta e ocluir a aorta torácica descendente temporariamente a fim de priorizar o fluxo sanguíneo para o miocárdio e para o cérebro, além de atenuar hemorragias subdiafragmáticas. O propósito, portanto, é realizar uma tentativa de reanimação durante a abordagem inicial do paciente traumatizado e daquele que, sustentando ferimentos iminentemente fatais, apresenta rápida deterioração hemodinâmica logo após a chegada à sala de emergência.

Uma vez que os sinais vitais retornam, as prioridades na reanimação passam a ser: otimizar a função cardíaca e maximizar a oferta de oxigênio para os tecidos. Deve-se ter em mente que a manobra envolvendo o clameamento da aorta implica em sérias consequências, visto que ocorre uma acidose láctica importante secundária ao metabolismo anaeróbico do extenso território vascular submetido à isquemia distalmente à região do clameamento. Pode ocorrer, inclusive, a "síndrome do desclameamento aórtico", com acidose metabólica grave e muitas vezes irreversível, quando o tempo de clameamento for superior a 30 - 45 minutos.

Assim, aplicação ótima da TR requer um entendimento dos seus objetivos fisiológicos, das manobras técnicas, das consequências cardiovasculares e metabólicas e das indicações clínicas. O seu valor no paciente crítico e que ainda não está morto é inquestionável, embora seu uso indiscriminado o torne um procedimento pouco produtivo e de alto custo.

De acordo com o Suporte de Vida Avançado no Trauma (Advanced Trauma Life Support, ATLS), o único paciente com indicação para TR é aquele que foi vítima de trauma penetrante em tórax e apresenta-se sem pulso, porém com atividade elétrica cardíaca. Excluem-se, portanto, traumas fechados, mesmo com atividade elétrica cardíaca. Entretanto, diversas correntes de cirurgiões advogam outras aplicações para a TR, sendo que muitos incluem pacientes fatais ou vítimas de trauma fechado em seus atendimentos.

A possibilidade de se obter êxito depende muito do estado fisiológico do paciente na admissão, do tempo de PCR, do sítio e do número de lesões associadas. Estes são tidos como fatores prognósticos importantes para o sucesso do procedimento. Talvez, o local onde ocorreu a PCR seja um divisor de águas entre a maior possibilidade de sucesso ou de fracasso, pois estudos revelam que a grande

maioria dos sobreviventes que não evoluíram com graves repercussões neurológicas apresentava sinais de vida na admissão e sofreram PCR já dentro do hospital.

## **Paracentese**

A paracentese foi o primeiro procedimento realizado em conjunto com o médico. Esse procedimento é bastante usado como diagnóstico em enfermarias, a análise do líquido aspirado pelo escore de gaza permite inferir sobre a origem da ascite em paciente como sendo de causas cardíacas ou abdominais e neoplasias. No contexto da urgência e emergência ele tem um teor de alívio sintomático ou ponderar sobre o aparecimento de uma peritonite bacteriana espontânea.

- Como é realizado? Para realizar esse procedimento, posiciona-se o paciente em decúbito dorsal com cabeceira discretamente elevada. Após a assepsia e paramentação, degermação e colocação de campo estéril. A punção é realizada no terço médio entre a crista ilíaca esquerda e a cicatriz umbilical, tal região é justificada pelo menor risco de lesão de vasos e alças intestinais, porém, caso haja ultrassom disponível no serviço, não é necessário seguir esse ponto. Um ponto importante para evitar extravasamento de líquido é adotar a técnica em Z, em que se traciona a pele do paciente em aproximadamente 2 cm antes de inserir a agulha, isso serve para que, após o procedimento, o orifício da pele não sobreponha o do peritônio, fazendo uma contenção mecânica do líquido. Uma ressalva importante, é necessário monitorar a drenagem do paciente e repor albumina para aquelas paracenteses com extração de mais de 5 litros pois esses pacientes podem sofrer com alteração da pressão coloidosmótica do sangue.

## **Acesso Venoso Central (AVC):**

Nesta oportunidade teve a chance de fazer um AVC no HMPGL em companhia da Dra Marcela, R2 de Clínica médica, quem deixou colocar o nome dela neste relatório como parte de agradecimento. Na dita situação, usando a técnica de Seldinger, cateterizada a veia subclávia interna de um paciente portador de uma instabilidade hemodinâmica em necessidade de drogas vasoativas. Após a paramentação, é realizado um botão anestésico na região onde será introduzida a

agulha que tem um maior calibre. Por entre o lúmen da agulha, é passado o fio guia que se aproxima da cavidade atrial direita do coração e usado para introduzir o cateter após a dilatação da pele. O kit para acesso já conta com dois fixadores para serem suturas na pele do paciente. O procedimento ocorreu sem intercorrências. Após ter conseguido, feliz da vida, solicitei a radiografia da pelve, abdômen e do tórax para confirmação por imagem da posição do cateter. Em relação à evolução posterior ao procedimento, descrevi no prontuário eletrônico, em tempo, o passo a passo de todo o procedimento, inclusive se houvesse intercorrências.

### **Intubação Orotraqueal:**

A intubação orotraqueal é um procedimento rotineiro dentro da UE, e que gera certa ansiedade, muitas vezes pela própria equipe, pois geralmente indica certa gravidade e demanda maiores cuidados com o paciente. Como a maioria dos grandes procedimentos realizados, teve a oportunidade de realiza-lo no HMPGL em companhia e supervisão do Dr Alejandro, R2 de Clínica Médica, quem ante um paciente instável de acordo com as indicações de IOT como a impossibilidade de manter via aérea pérvia; insuficiência respiratória aguda grave e refratária; hipoxia e/ou hipercapnia; Escala de Coma de Glasgow (GCS)  $\leq 8$ ; Instabilidade hemodinâmica grave ou parada cardiorrespiratória, optou-se pela realização da mesma.

A equipe sempre muito ágil organizava e preparava todos os materiais, inclusive o carrinho de parada que também ficava próximo. Iniciando com a pré oxigenação por 3-5 minutos em oxigênio 15L/minutos com máscara não reinalante, já deixando pronto o AMBU para posterior utilização, em conjunto com as drogas que iriam ser utilizadas/administradas nesse momento. Os medicamentos optados para realização desta sequência rápida, foi o midazolam como droga de indução e depois o bloqueador muscular, sendo a succinilcolina a droga principal de escolha.

Ao momento do ato de fazer a intubação não teve nenhum problema em relação ao posicionamento e nem a passagem do tubo, sendo posicionado o paciente conforme a literatura, os preditores de via aérea eram bons, com um mallampati I, após a laringoscopia foi possível a perfeita visualização das pregas da epiglote, sem necessidade de aspiração até o momento, mantendo a calma pelo fato da ocasião

estar seguindo todos os padrões da “normalidade”, sem intercorrências. Logo, após passado o tubo, foi insuflado o cuff e auscultado o epigástrico, depois pulmão esquerdo e pulmão direito, averiguado o posicionamento era acoplado a ventilação mecânica. Em relação a ventilação mecânica, isso era algo que me dava muito muito medo. Então, após realizado o procedimento acompanhei a fisioterapeuta para aprender mais sobre a modalidade (sobre o básico), caso alguma vez me encontra se sem apoio desses profissionais e precisasse mexer naquelas máquinas.

Por fim, era pedido radiografia para ver o posicionamento do tubo que veio com resultado positivo, sem nenhuma intubação seletiva, sendo parabenizada pelos meus colegas.

### **Parada Cardiorrespiratória:**

A pesar de ser um tema sensível de estar contente por ter passado pela experiência ou simplesmente triste, é controverso, pelo menos na minha experiência das duas PCR que presenciei e participei foram casos onde o paciente sobreviveu, a primeira foi no meu terceiro plantão no HMPGL, no meio da evolução de um paciente grave, intubado em uso de DVA, o paciente deixou de responder, palpei os pulsos que se encontravam ausentes, onde somente chamei os meus colegas e preceptores e iniciei a massagem, completando um total de 4 ciclos, a segunda foi bem similar, aconteceu no UPA Walter, a minha dupla estava realizando o AVC quando a paciente apresentou parada e posterior Fibrilação Atrial e posterior rebaixamento do nível de consciência, o médico rapidamente conseguiu fazer uma IOT solicitando iniciar com as compressões, até chegar o carrinho junto com o desfibrilador, onde deu o primeiro choque, no quinto ciclo a paciente entrou em AESP, seguindo as compressões, administração de medicamentos sem indicação de choque, finalmente foram completados 6 ciclos conseguiu-se estabilizar a paciente solicitando vaga de internação na UTI do HMPGL.

Breve revisão da literatura: Ao abordar um paciente irresponsivo, devemos sempre checar a pulsação em um vaso central e ritmo respiratório a fim de identificar um quadro de PCR. Após a confirmação, considerando um ambiente intra-hospitalar, deve-se iniciar as compressões cardíacas de forma eficiente (numa frequência de 100 a 120 compressões por minuto e aproximadamente 5 centímetros de profundidade).

O segundo passo é determinar o ritmo cardíaco, isso é, um ritmo chocável (taquicardia ventricular e fibrilação ventricular) ou não chocável (assistolia ou atividade elétrica sem pulso).

Em um ritmo chocável, a cada 2 minutos de compressões são aplicados choques, que variam de 200 Joules no modo monofásico e 360 Joules no modo bifásico. As drogas a serem administradas são a epinefrina 1mg, a cada 4 minutos, na sequência “ciclo sim, ciclo não”, sendo que nos primeiros intervalos entre ciclos pode-se aplicar 2 bolus de amiodarona, o primeiro de 300mg e o segundo de 150mg. Sempre, após uma aplicação de drogas, deve-se infundir 20 ml de soro fisiológico para evitar resquícios dentro do equipamento.

Em um ritmo não chocável, a sequência segue da mesma forma, mas sem os choques, evidentemente. A cada 2 ciclos de compressões é infundido 1 mg de epinefrina, sendo que no segundo e quarto ciclos podem ser infundidos 300mg e 150mg de amiodarona, respectivamente. É importante lembrar que, em ritmos chocáveis ou não, o médico deve estar preparado para realizar uma via aérea avançada durante o processo de reanimação.

Além disso, em uso de ambu e antes da via aérea avançada ser realizada, a cada 30 compressões realiza se uma insuflação para garantir uma oxigenação ideal do paciente e mitigar os danos da parada. Nos dois casos, chocáveis ou não, a cada ciclo deve ser checado o ritmo cardíaco pelo monitor do carrinho de parada e a pulsação em vaso central. Durante todo o processo, deve-se estar bem determinado pelo líder da parada (médico) quem é o responsável pelo tempo, pelas compressões, pelas medicações.

## **8. CAPÍTULO VII - DIAGNÓSTICO SITUACIONAL X PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Mediante as minhas vivências ao longo do módulo de UE, estudos referenciais e a escrita desse relatório, pude desenvolver reflexões críticas e identificar inúmeros problemas estruturais, gerenciais, tecnológicos, assistenciais e sociais no cenário de urgência e emergência, em todas as áreas que formaram parte do nosso campo de estágio. Apesar de já ter feitos alguns apontes, ao escrever esse relatório, 101 devo

relembrar algumas questões já citadas que podem entrar na lista de problemáticas a serem elencadas, debatidas e resolvidas.

Deve-se mencionar que são questões que certamente não seriam resolvidas de um plantão para outro, logo, requerem estudos mais aprimorados, inclusive, participação e intervenção direta todos os níveis das gestões, tendo a necessidade ativa da nossa participação como futuros líderes de equipes de saúde. Portanto, não deixa de ser uma autocrítica de pontos que posso melhorar como futuro profissional da RUE.

Mencionando isso, iniciarei essa discussão pautando os problemas tecnológicos dos locais em que estivemos. Esse debate principalmente é para comentar um pouco sobre o meu primeiro local de estágio, na cidade de São Miguel do Iguçu, onde apesar de ser uma estrutura nova (menos de 5 anos de funcionamento) não conta com um sistema de informação (informática) estruturado para o serviço, não tem uma rede/estrutura de armazenamento de dados dos pacientes, impossibilitando uma boa comunicação de informações em trocas de plantão, transferências, até inclusive fazer um checklist das ações que foram feitas no paciente. Achei caótico admitir, prescrever e evoluir, muitas vezes a mão e depois em planilhas do word os pacientes que chegavam na emergência, folhas a mão que provavelmente poderiam se perder ou não ser entendido a escrita por outra pessoa, ou simplesmente planilhas de word que podem ser apagadas ou editadas por pessoas má intencionadas. Desse modo, sentia que além de atrapalhar todo o fluxo do serviço, é extremamente importante ter um sistema que permita ter padrões de registro em prontuário médico em um sistema que inclusive proteja esses dados. Além disso, nossa profissão exige de forma constitucional e jurídica uma clareza e descrição daquilo que é feito e pensado para cada paciente, até para os outros profissionais entenderem os manejos e poder dar continuidade.

Já no caso da cidade de Foz do Iguçu ter um sistema diferente em cada local, como no caso de o HMPGL ter o Tasy e as UPAs ter o RP saúde, é um problema não só no pronto atendimento, como também gera problemática no sistema primário nas unidades de saúde, não tendo comunicação de um sistema para outro. O problema começa quando o paciente é atendido na UPA, solicitando vaga para o Hospital Municipal onde ele é aceito por outro sistema e quando finalmente chega no local, o médico não possui o histórico do paciente, tendo que re-coletar toda a informação

novamente que na maioria das vezes não coincidem pela falta de comunicação com o paciente (por motivos de gravidade ou desorientação) e falta de presença de familiares para esclarecer dúvidas (que muitas vezes ainda presentes, não sabem explicar o que fizeram com o paciente estando internado no outro atendimento).

Outro problema é quando o paciente é dado de alta médica, na minha experiência pessoal estando no estágio da APS, o paciente chega para solicitar reavaliação, encaminhamentos ou receitas, para coisas que são desconhecidas, porque na folha de referências, não fica explicado detalhadamente o que o usuário teve, e como não existe esta comunicação entre os sistemas, fica simplesmente impossível procurar o histórico, só resta confiar na fala do paciente ou acompanhante, que como já falei, nem sempre possuem as informações concretas.

Nesse caso unificando os sistemas, ou pelo menos ter uma exportação das informações de um sistema ao outro, significaria muito para o município ter informações consistentes e de qualidade dos seus pacientes, sendo essa ferramenta fundamental para tomada de decisão, para a ampliação de possibilidades de racionalização de ações, coibição do desperdício, controle e alocação correta de recursos, logo, informação significa financiamento.

Enquanto a infraestrutura, apesar de ser questões que parecem ser impossíveis de serem resolvidas, porque demandam de reformas e orçamentos, não teve um lugar, tirando SMI que tem instalação novas, que os profissionais não se queixaram de falta de uma estrutura adequada. Sabendo isso é necessário pautar esse ponto, pois sem um local adequado não há assistência de qualidade, e não devemos confundir e romantizar instalações históricas e antigas com a falta de adequações laborais. Isso pode ser visto diariamente no Hospital Municipal onde os quartos dos pacientes parecem ser insuficientes nas UPAs principalmente, o corpo de trabalhadores, técnicos, enfermeiros, reclamam que não possuem salas de estar (local de descanso) para todos, sendo claro exemplo em uma das UPAS onde o local de parar um minuto para sentar, era a morgue, onde se tinha espaço para uma cadeira, dava para descansar um minuto para voltar ao serviço, incluindo os estagiários não possuímos nem lugar para deixar as mochilas, parecemos nunca entrar nessa lógica, que merecemos condições básicas para desenvolver nossas atividades, e que toda vez gera transtornos e conflitos nos plantões.

Além disso, nesse contexto estrutural, como já planteado no módulo de pré-internato, senti muita falta de uma sala para a comunicação de más notícias, todas as comunicações de óbito ou de paliativação de pacientes que presenciei foram a beira leito, nos corredores ou recepção do serviço, frente a outras pessoas que nem precisam saber o que está acontecendo gerando um ambiente incômodo para os familiares e pessoal envolvido.

Todo isso fere questões do atendimento humanizado, da falta de acolhimento e empatia que deveríamos ter com a população assistida, sendo o processo de morte algo tão impactante nas nossas vidas. Sendo essa a observação a melhor maneira de resolver seria que os diretores dos locais procurassem falar diretamente com o pessoal envolvido para tentar entender e procurar melhoras, sendo liberado algum espaço que não esteja sendo utilizado ou criar um novo.

Para finalizar, o último tópico que eu gostaria de comentar é sobre a assistência em geral, pensando na cidade de Foz do Iguaçu como tal, a população está cada vez mais aumentando, sendo sede de atendimento médico não somente para os moradores, além disso recebe pessoas vindas de outros países pela questão de ser tríplice fronteira, abarca bastante todos os dias pessoas vindas do Paraguai e turistas de outros pontos do mundo, deixando as estruturas de serviço insuficientes para abarcar toda a demanda, sobrecarregando o sistema de atendimento. Agora com a epidemia da dengue dá para ver como sistema encontra-se decaindo por falta de local para internação e prevenção primária.

Os consultórios encontram-se lotados, pessoas aguardando mais de 4 horas para serem atendidos, ter mais de 200 pacientes na tela a serem chamados e só 4 a 5 consultórios para atendimento, dificulta bastante o fluxo de pacientes, a sala de medicação das UPAs sempre estão cheias, a quantidade de técnicos e enfermeiros parecem ser insuficientes. A estrutura da UPA Walter principalmente, a área amarela e vermelha, tanto adulto quanto pediátricos, é diminuta, deixando os pacientes em uma situação de atendimento desumanizado, sendo deixados nos corredores em cadeiras normais o no máximo em poltronas, sem importar o quadro de gravidade, tudo pela falta de macas e quartos de internação/observação.

Assim também é bom mencionar a falta de ambulâncias do SAMU para o atendimento de emergências fora dos locais físicos, a demanda segue aumentando

deixando a regulação um pouco desorganizada, sem conseguir abarcar todos os pedidos de serviço de urgência/emergência solicitados. Além disso a falta de uma estrutura exclusiva de referência e atendimento de pacientes psiquiátricos sobrecarrega bastante o Pronto atendimento, estando cientes de que o plantão médico não possui um psiquiatra disponível 24 horas, e para serem internados no HMPGL pode levar muitas horas até liberar uma vaga, local que deveria ter o seu próprio centro de estabilização rápida com uma atenção especializada para esse tipo de usuários, sem ter a necessidade de ter práticas muitas vezes danosas e automatizadas pelos profissionais que só queriam terminar o serviço e não levar processos e penalidades jurídicas.

Mas tudo isso deve ser analisado e observado por todas as esferas envolvidas, não só por um local ou outro, deve ser dada e planejada e aplicada com o tempo, com ajuda de toda a equipe, criar engajamento e interesse nos dirigentes, diretores, e demais profissionais envolvidos, o que incluiria espaços de ausculta, feedbacks, reuniões, projetos de educação permanente, parcerias interinstitucionais e criação/reestruturação dos locais com a finalidade de ter lugares mais amplos pensando em resolver todas as questões anteriormente mencionadas.

## REFERENCIAS

ALMEIDA, P. M de et al. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. Escola Anna Nery [online]. 2016, v. 20, n. 2. Disponível em . Acesso em 06 de jan. 2023

ANDRADE. A. G. Princípio fundamental da dignidade humana e sua concretização judicial. Revista a Emerj. V. 6, n. 23, p. 316-335, 2003

AWAROOP. S, WHITCOB, D, ROVER. S. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis. UptoDate. Abrill, 2022

BAUER. K. A, LIP. G, MANDEL. J, et al Overview of the causes of venous thrombosis. UptoDate. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006

\_\_\_\_\_. 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: 2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 479, de 15 de abril de 1999. Brasília, 1999. 6. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2048, de 05 de novembro de 2002. Brasília, 2002

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.600, de 07 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). Brasília, 3 jan. 2017

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.601, de 07 julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2011<sup>a</sup>

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Brasília, 2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Editora MS, 2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde toda hora. Brasília, 2022a  
Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/smp/smprasredeemergencia>> Acesso em 18/01/2023

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Políticas de Promoção da Equidade em saúde. Brasília. 2022b. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/smp/smprasredeemergencia>> Acesso em 18/01/2023

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde DATASUS. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>> Acessado em 06 de janeiro de 2023

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde. Fiocruz. Universalidade. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/universalidade>> Acesso em 15 de jan. 2023

BURKE. C, ALDEA, G, S. VERRIER. E, et al. Overview of open surgical repair of the thoracic aorta. UptoDate, julho, 2023

COELHO BFL, MURAD LS, BRAGANÇA RD. Manual de Urgências e Emergências. Rede de Ensino Terzi, 2020

Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de ética do estudante de medicina – Brasília, DF: CFM, 2018

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Guia de boas práticas nas redes sociais para médicos nas redes sociais. São Paulo 2022.

CORRÊA IB, ALVES BLT, OLIVEIRA Sobrinho TA, et al. Aneurismas de aorta abdominal rotos e com risco iminente de ruptura. Radiol Bras. 2019. Belo Horizonte, MG, Brasil

CUPERTINO. F. P, DELDUQUE. M. C, DE OLIVEIRA. A. O direito á saúde e a proposta de cobertura universal. Consensus. Conass 19 de abr. 2016. Disponível em: Acesso em 28 de janeiro 2023

ESPINO. A; Classificación de los Angeles. Gastroenterol. Latinoam 2010; Vol 21, Nº 2: pp: 184-186

FRAGA, G. P. et al.. Toracotomia de reanimação: racionalização do uso do procedimento. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 33, n. Rev. Col. Bras. Cir., 2006 33(6), p. 354–360, nov. 2006.

GHIGGI, Karine Cristina; PEREIRA, Hugo Cataud Pacheco; AUDINO, Daniel Fagundes. Paracentese abdominal. VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde, 2021, 33.1: 84-100.

GUELRUD. M; SALTZMAN J. R; GROVER. S; Mallory Weiss Syndrome. Uptodate. Dec 08 2022

HELBER, Izo; TUCCI, Paulo J. F. Digitálicos: os resultados do DIG no século XXI. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 95, n. 4, p. e108–e111, 2010.

LIM. W, LE GAL G, BATES S. M, et al. American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: diagnosis of venous thromboembolism. Blood, 2018. doi: 10.1182/ bloodadvances.2018024828

L.Y.G, H.D.R et al Overview of the treatment of proximal and distal lower extremity deep vein thrombosis (DVT). UptoDate. Janeiro 2023. Disponível em < <https://www.uptodate.com/contents/search>> Acesso em 22 de fev. 2023]

LIP. G, HULL. R. D, MANDEL. J, et al. Overview of the treatment of proximal and distal lower extremity deep vein thrombosis (DVT). UptoDate, jan. 2023.

PALUCCI. M. H. Acesso Universal à saúde e Cobertura universal de saúde: contribuições da enfermagem. Rev. Latino-Americana Enfermagem. v. 24, 2016

PODRID. P. J, OLHANSKY. B, MANAKER. S, et al. Overview of sudden cardiac arrest and sudden cardiac death. Uptodate, 27 de janeiro 2023

REISDORFF, Earl J.; CLARK, Michael R.; WALTERS, Bradford L. Acute digitalis poisoning: The role of intravenous magnesium sulfate. Journal of Emergency Medicine, v. 4, n. 6, p. 463–469, 1986.

ROCKEY. C; FRIEDMAN M; TRAVIS. A.C. Causes of upper gastrointestinal bleeding in adults. UptoDate. Jul 2022

SCHREIBER. J, CYLPEPPER. L, ROY-BYRNE. P, et al. Suicidal ideation and behavior in adults. UptoDate, septiembre 2022

SCHWAN, Betina Luiza; AZEVEDO, Eliza Gehlen; COSTA, Laurence Bedin da. Acesso venoso central. Biblioteca virtual em saúde, 2018

SILVA, Lidiane Rosa, et al. Protocolo de Manchester. Revista Gestão & Tecnologia, 2021, Vol 32 p 33-44.

SKODOL. A, STEIN. M. B, FRIEDMAN. M. Approach to treating patients with borderline personality disorder. UptoDate Dec. 2022

VELASCO, Irineu Tadeu; SOUZA, Heraldo Possolo De; MARINO, Lucas Oliveira. Medicina de Emergência – 14a Edição Abordagem Prática. [s.l.: s.n.], 2020

ZOGBI, Luciano; RIGATTI, Gabriel; AUDINO, Daniel Fagundes. Sutura cirúrgica. VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde, 2021, 33.1: 29-44.