



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

CURSO DE MEDICINA

**REDE DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE TRÍPLICE FRONTEIRA:**

INSERÇÃO E VIVÊNCIAS DE UM ACADÊMICO DE MEDICINA

STEVEN MANUEL CRUZ GONZALEZ

Foz do Iguaçu

2024



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

CURSO DE MEDICINA

**REDE DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE TRÍPLICE FRONTEIRA:**

INSERÇÃO E VIVÊNCIAS DE UM ACADÊMICO DE MEDICINA

STEVEN MANUEL CRUZ GONZALEZ

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

Orientadora: Prof^ª. Dra. Anália Rosário Lopes

Foz do Iguaçu

2024

STEVEN MANUEL CRUZ GONZALEZ

**REDE DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE TRÍPLICE FRONTEIRA:
INSERÇÃO E VIVÊNCIAS DE UM ACADÊMICO DE MEDICINA**

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

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^ª. Dra. Anália Rosário Lopes
(UNILA)

Prof^ª. Me. Flavia Julyana Pina Trench
(UNILA)

Prof^ª. Me. Alessandra Pawelec da Silva
(UNILA)

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

“Com o tempo descobriu que escrever seria o mesmo que carregar água na peneira.

No escrever o menino viu que era capaz de ser noviça,

monge ou mendigo ao mesmo tempo.

O menino aprendeu a usar as palavras.

Viu que podia fazer peraltagens com as palavras.

E começou a fazer peraltagens”

Fragmento do poema “O menino que carregava água na peneira”

Manoel de Barros.

RESUMO

A rede de atendimento às urgências e emergências do Sistema Único de Saúde é composta por uma série de serviços que atuam de forma integrada para garantir o atendimento rápido e adequado às pessoas que necessitam de cuidados em saúde imediatos. Essa rede inclui hospitais, unidades de pronto-atendimento, serviços de atendimento pré-hospitalar (SAMU) e outros serviços de saúde. A inserção de acadêmicos de Medicina nesta rede permite vivenciar o funcionamento dos diversos serviços e conhecer as diferentes formas de atendimento às urgências e emergências. Ademais, considerando os desafios existentes nesses serviços, os acadêmicos podem contribuir com o seu conhecimento, disposição e experiência dando suporte aos atendimentos e assim efetuar uma articulação teórico-prática mais frutífera e, ainda, desenvolver um olhar com destaque à importância da integração entre os diferentes serviços de saúde nos diversos níveis de atenção à saúde. Este trabalho tem como objetivo apresentar as atividades desenvolvidas pelo autor em sua passagem ativa pelos pontos da rede, bem como trazer dados sobre os componentes da mesma, a legislação que a rege, experiências pessoais e reflexões durante o módulo. Foi possível adquirir conhecimento teórico-prático sobre situações clínicas de urgência e emergência, através da realização de procedimentos, treinamento do raciocínio clínico, reconhecimento de situações potencialmente graves, trabalho em equipe e gestão de atendimentos, além de desenvolver outras competências pessoais e profissionais, alcançando assim os objetivos do internato.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; urgência; serviços médicos de emergência; curso de medicina; internato em medicina.

RESUMEN

La red de atención de emergencia y urgencia del Sistema Único de Salud está compuesta por una serie de servicios que trabajan de manera integrada para garantizar una asistencia rápida y adecuada a las personas que necesitan atención médica inmediata. Esta red incluye hospitales, unidades de atención de emergencia, servicios de atención prehospitalaria (SAMU) y otros servicios de salud. La inclusión de los estudiantes de medicina en esta red les permite experimentar el funcionamiento de los diferentes servicios y conocer las diferentes formas de brindar atención a las urgencias y emergencias. Además, considerando los desafíos que existen en estos servicios, los académicos pueden aportar su conocimiento, voluntad y experiencia, apoyando los servicios y así realizar una articulación teórico-práctica más fructífera y, además, desarrollando una mirada con énfasis en la importancia de la integración entre diferentes servicios de salud en diferentes niveles de atención de salud. Este trabajo tiene como objetivo presentar las actividades realizadas por el autor durante su paso activo por los puntos de la red, así como proporcionar datos sobre sus componentes, la legislación que la rige, experiencias personales y reflexiones durante el módulo. Fue posible adquirir conocimientos teórico-prácticos sobre situaciones clínicas de urgencia y emergencia, a través de la realización de procedimientos, entrenamiento del razonamiento clínico, reconocimiento de situaciones potencialmente graves, trabajo en equipo y gestión del cuidado, además de desarrollar otras habilidades personales y profesionales, logrando así los objetivos de la pasantía.

Palabras clave: Sistema Único de Salud; urgencia; servicio médico de emergencia; carrera de medicina; internado en medicina.

ABSTRACT

The emergency and urgent care network of the Unified Health System is made up of a series of services that work in an integrated manner to ensure quick and appropriate care for people who need immediate health care. This network includes hospitals, emergency care units, pre-hospital care services (SAMU) and other health services. The inclusion of medical students in this network allows them to experience the functioning of the different services and learn about the different ways of providing care to urgencies and emergencies. Furthermore, considering the challenges that exist in these services, academics can contribute with their knowledge, willingness and experience, supporting the services and thus carrying out a more fruitful theoretical-practical articulation and, also, developing a view with emphasis on the importance of integration between different health services at different levels of health care. This work aims to present the activities carried out by the author during his active passage through the points of the network, as well as providing data on its components, the legislation that governs it, personal experiences and reflections during the module. It was possible to acquire theoretical-practical knowledge about urgent and emergency clinical situations, through carrying out procedures, training clinical reasoning, recognizing potentially serious situations, teamwork and care management, in addition to developing other personal and professional skills, achieving thus the objectives of the internship.

Key words: Unified Health System; urgency; emergency medical services; medical career; internship.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– Componentes da RUE e suas interfaces	14
Figura 2	– USA (A-2) na base	17
Figura 3	– USB na base disponível para atendimento	18
Figura 4	– Bolsa verde da USA que contêm medicamentos e materiais de punção	18
Figura 5	– Bolsa azul da USA que contêm materiais para atendimento a traumas	19
Figura 6	– Bolsa vermelha da USA que contêm materiais para intubação	19
Figura 7	– Bolsa laranja da USA que contêm materiais diversos	20
Figura 8	– Bancada da USA com monitor multiparâmetros e respirador	20
Figura 9	– Bancada da USA com cardioversor/desfibrilador	21
Figura 10	– Bancada da USA com diversos materiais e monitor portátil	21
Figura 11	– Motolância	22
Figura 12	– Aeronave do serviço aeromédico do estado de Santa Catarina	22
Figura 13	– Distribuição das ambulâncias na 9ª Regional de saúde	23
Figura 14	– Componentes da RUE em Foz do Iguaçu	27
Figura 15	– Regulação de atenção às condições agudas e crônicas	29
Figura 16	– Sistema Manchester de classificação de risco	31
Figura 17	– Escore PASS	63
Figura 18	– Caso 4 - Radiografia de tórax PA e perfil	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caso 1 - Exames laboratoriais na admissão	40
Quadro 2 – Caso 1 - Diferenciação entre síncope e convulsão	44
Quadro 3 – Caso 1 - Características relacionadas a cada tipo de síncope	45
Quadro 4 – Caso 2 - Exames laboratoriais na admissão	48
Quadro 5 – Caso 2 - Classificação de Killip	56
Quadro 6 – Caso 2 - Escore HEART	57
Quadro 7 – Caso 2 - Escore TIMI para IAMCSST	58
Quadro 8 – Caso 3 - Exames laboratoriais na admissão	60
Quadro 9 – Caso 4 - Exames laboratoriais na admissão	68
Quadro 10 – Caso 4 - Critérios de internação por exacerbação de DPOC	72
Quadro 11 – Caso 5 - Exames laboratoriais no D3	75
Quadro 12 – Caso 5 - Exames laboratoriais no D5	76
Quadro 13 – Caso 5 - Exames laboratoriais na admissão	77
Quadro 14 – Caso 5 - Exames laboratoriais no D6	77
Quadro 15 – Procedimentos	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CVU	Condutor de Veículo de Urgência
FN-SUS	Força Nacional do SUS
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
MS	Ministério da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
RAS	Redes de Atenção em Saúde
RO	Rádio Operador
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SE	Sala de Estabilização
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento a Trauma e Emergências
SUS	Sistema Único de Saúde
TARM	Telefonista Auxiliar de Regulação Médica
TDIC	Tecnologias Digitais, de Informação e de Comunicação
UBS/USF	Unidade Básica de Saúde/Unidade de Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USB	Unidade de Suporte Básico
USA	Unidade de Suporte Avançado

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	CAPÍTULO I – INSERÇÃO NA REDE DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE)	13
2.1	COMPONENTES DA RUE	13
2.1.1	Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde	15
2.1.2	Atenção Básica em Saúde	15
2.1.3	SAMU 192 e Centrais de Regulação Médica das Urgências	16
2.1.4	Sala de Estabilização	24
2.1.5	Força Nacional do SUS	25
2.1.6	UPA 24h	25
2.1.7	Atenção Hospitalar	26
2.1.8	Atenção Domiciliar	27
2.2	ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS	28
2.2.1	Acolhimento e Classificação de Risco	29
2.2.2	Vaga Zero	32
3	CAPÍTULO II – ARTIGO Nº 37 DO CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA	33
4	CAPÍTULO III – CARREIRA MÉDICA E MÍDIAS SOCIAIS	36
5	CAPÍTULO IV – CASOS CLÍNICOS	38
5.1	CASO 1: SÍNCOPE	38
5.1.1	Anamnese	39
5.1.2	Exame físico	39
5.1.3	Diagnóstico	40
5.1.4	Exames complementares	40
5.1.5	Conduta	41
5.1.6	Discussão	41
5.1.7	Bônus	46
5.2	CASO 2: DOR TORÁCICA	46
5.2.1	Anamnese	46
5.2.2	Exame físico	47
5.2.3	Diagnóstico	48

5.2.4	Exames complementares	48
5.2.5	Conduta	49
5.2.6	Discussão	49
5.3	CASO 3: DISPNEIA	59
5.3.1	Anamnese	59
5.3.2	Exame físico	59
5.3.3	Diagnóstico	60
5.3.4	Exames complementares	60
5.3.5	Conduta	61
5.3.6	Discussão	62
5.4	CASO 4: DPOC EXACERBADO	66
5.4.1	Anamnese	66
5.4.2	Exame físico	67
5.4.3	Diagnóstico	67
5.4.4	Exames complementares	68
5.4.5	Conduta	69
5.4.6	Discussão	70
5.4.7	Orientações	73
5.5	CASO 5: DENGUE	74
5.5.1	Anamnese	74
5.5.2	Exame físico	74
5.5.3	Diagnóstico	75
5.5.4	Exames complementares	75
5.5.5	Conduta	76
5.5.6	Retorno para acompanhamento e internação	76
5.5.7	Discussão	78
6	CAPÍTULO V – RELATO VIVENCIAL DO MÓDULO	82
7	CAPÍTULO VI – PROCEDIMENTOS	88
8	CAPÍTULO VII – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	90
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
	REFERÊNCIAS	96

1 INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram criadas para reorganizar os processos de trabalho em saúde através de arranjos necessários nos diversos pontos de atenção, com o intuito de vinculá-los entre si para uma missão única, com objetivos comuns e que mediante ações cooperativas e interdependentes, fosse possível ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, realizada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa e de forma humanizada, com responsabilidade sanitária e econômica por esta população (MENDES, 2011).

Atualmente, o cenário epidemiológico no Brasil encontra-se dominado pelas condições crônicas e situações de violência. A partir desse cenário houve a necessidade de um planejamento criterioso para conseguir atender os numerosos desafios, resultando na proposta das diversas RAS, entre elas a rede de atenção às urgências e emergências (RUE). Estas redes visam organizar as ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que através da integração do apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Com efeito, os atendimentos da RUE são fundamentais no sistema de saúde. Por isso, os pontos dessa rede complexa são cenários de prática interessantes que podem ser extremamente aproveitados pelos acadêmicos de medicina, envolvendo a central de regulação às urgências médicas, serviço móvel de urgência, UPA 24h e componente hospitalar nos municípios de Foz do Iguaçu e São Miguel do Iguaçu.

O objetivo deste trabalho é apresentar as atividades desenvolvidas durante o internato em Urgências e Emergências do Sistema Único de Saúde (SUS) na experiência do acadêmico em sua passagem pelos pontos da RUE, além de discutir a legislação da mesma comparando-a a realidade local baseada nos fatos ocorridos durante o módulo. Além disso, o internato em UE tem como principais objetivos e fornecer condições para o estudante desenvolver conhecimento teórico-prático sobre situações clínicas de urgência e emergência, realizar procedimentos, melhorar o raciocínio clínico, reconhecer situações potencialmente graves, trabalhar em equipe e também fazer parte da gestão de atendimentos.

2 CAPÍTULO I - INSERÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Frente à realidade epidemiológica atual do país, que mostra o aumento das doenças crônicas e suas agudizações, dos acontecimentos violentos e do surgimento de condições infectocontagiosas, vem à tona o desafio de organizar o sistema de saúde de maneira integrada para aumentar a resolubilidade e abranger a complexidade das necessidades de saúde. Sendo assim, uma das ações que têm sido priorizadas para isto é a organização das RAS, entre elas a RUE (BRASIL, 2013).

As RAS são arranjos organizacionais poliárquicos que envolve diversos serviços de saúde, ligados entre si por uma missão única, objetivos comuns e que funcionam de forma cooperativa e interdependente, permitindo a oferta contínua de atenção integral a uma população definida, sob a coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS) (MENDES, 2011).

Em 2011, o Ministério da Saúde (MS), a partir da Portaria nº 1.600, de 7 de julho, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a RUE no SUS, revogando a Portaria nº 1.863 de 29 de setembro de 2003 (BRASIL, 2011). A reformulação objetivou a ampliação e qualificação do acesso dos usuários com situações de urgência e emergência nos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e visando uma intervenção adequada e oportuna. Além disto, a regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas RAS, definição e organização das regiões de saúde e levantamento das necessidades das populações e a regulação articulada entre todos os componentes da RUE (ARAÚJO, 2012).

2.1 COMPONENTES DA RUE

A RUE facilita os fluxos em todos os níveis do SUS, através da organização da assistência desde a APS até os cuidados pós-hospitalares. Logo, a sua atuação deve ser de forma pactuada entre as três esferas da gestão, buscando transformar o modelo hegemônico, fragmentado e desarticulado que ainda existe. A RUE é uma rede complexa que atende diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, de

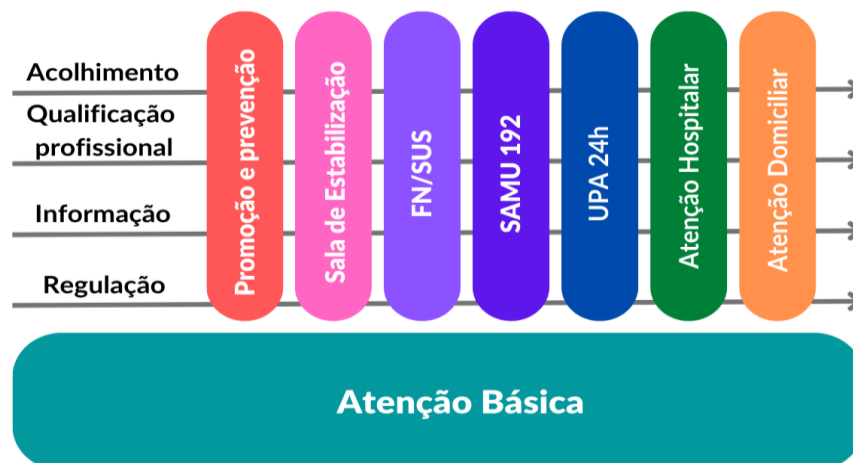
saúde mental, de trauma, dentre outras) e é composta por diferentes pontos de atenção.

Desse modo, é essencial que todos os componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica e tenham presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação do acesso em todas as etapas do atendimento (BRASIL, 2013). Uma consideração a ser colocada nesse quesito é o “nó” que existe em relação à informação na rede, pois os níveis primários e secundários de atenção no município de Foz do Iguaçu manejam o mesmo sistema de prontuário digital, o RP Saúde.

Ainda, passando pelos diversos estabelecimentos de saúde nos diferentes níveis de atenção, percebe-se que há a necessidade urgente da existência de um único sistema de prontuário digital, seja o mesmo que está sendo utilizado atualmente ou um novo, que seja implantado também na atenção hospitalar e nos serviços de atendimento móveis de urgência, o que facilitaria a identificação do usuário e o reconhecimento de suas necessidades em saúde para promover condutas mais adequadas e oportunas.

A RUE deve 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 (ARAÚJO, 2012).

Figura 1 – Componentes da RUE e suas interfaces



Fonte: Adaptado de BRASIL, 2013.

A Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011 descreve cada componente da RUE da seguinte maneira (BRASIL, 2011a):

2.1.1 Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde

O componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, conforme o artigo 5º objetiva estimular o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a prevenção da violência e acidentes, lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2011a).

As ações de promoção são consideradas estratégicas pelo MS, tanto para a prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida quanto para a gestão integrada e intersetorial das políticas públicas. Nesta linha, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída pela Portaria nº 687, de 30 de março de 2006 e redefinida pela portaria n. 2.446 de 11 de novembro de 2014, ressalta a importância da redução da morbimortalidade em decorrência do uso de álcool e outras drogas, por acidentes de trânsito e a prevenção da violência (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

Efetivamente, sendo que as causas externas têm uma incidência crescente e são um importante problema de saúde pública, é um desafio a implementação de ações de vigilância, prevenção e promoção na RUE, pois por exemplo, em um caso de um acidente no trânsito, a prioridade usualmente é a atenção à vítima, mas também deve-se incorporar práticas que envolvam a integralidade do cuidado e a humanização na abordagem (BRASIL, 2013). Evidencia-se que nos atendimentos, em especial nos do SAMU 192 a prioridade é apenas assistencial e parece que não há lugar para ações e práticas de promoção e prevenção como é recomendado pela legislação.

2.1.2 Atenção Básica em Saúde

O componente Atenção Básica em Saúde, conforme o artigo 6º objetiva a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente apropriado, até o encaminhamento a outros pontos da rede, sendo realizados o acolhimento e a avaliação de riscos (BRASIL, 2011a).

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).

Portanto, um dos desafios presentes neste componente são as ações executadas pelas equipes da atenção básica com foco na urgência/emergência, pois os profissionais devem realizar o acolhimento inicial através da escuta qualificada, classificação de risco, avaliação das necessidades de saúde e identificação das vulnerabilidades, considerando sua responsabilidade de ofertar assistência resolutiva à demanda espontânea e ao primeiro atendimento às urgências e emergências.

2.1.3 SAMU 192 e Centrais de Regulação Médica das Urgências

O componente SAMU 192 e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências, conforme o artigo 7º objetiva o atendimento precoce (seja primário, quando acionado por um cidadão ou secundário, quando solicitado a partir de outro serviço de saúde, onde o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento) à vítima após a ocorrência do agravo, sendo necessário garantir o transporte adequado para o serviço de saúde determinado de acordo com a natureza do agravo (BRASIL, 2011a). Este serviço é acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências O SAMU é normatizado pela Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012.

Constata-se que o SAMU mostra-se fundamental no atendimento rápido e transporte de vítimas de intoxicação exógena, queimaduras, tentativas de suicídios, maus-tratos, acidentes/traumas, afogamento, choque elétrico e em casos de crises hipertensivas, problemas cardiorrespiratórios, trabalhos de parto, bem como na transferência inter-hospitalar de pacientes críticos (BRASIL, 2012). No município, as unidades móveis para os atendimentos de urgências são:

- Unidade de suporte básico de vida terrestre (USB): unidade tripulada por no mínimo dois profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência (CVU) e um técnico ou auxiliar de enfermagem. Cada unidade conta, além de material de consumo, como medicamentos, conta com: rede de oxigênio, prancha longa de madeira para imobilização da coluna, colares cervicais, cilindro de O2, talas de imobilização de fraturas e ressuscitador manual.
- Unidade de suporte avançado de vida terrestre (USA): unidade tripulada por no mínimo três profissionais, sendo um CVU, um enfermeiro e um médico. A USA conta com, além do material de consumo, um aspirador cirúrgico para ambulância, um respirador, um cardioversor/desfibrilador, um monitor multiparâmetros, um oxímetro digital e bomba de infusão para seringas, bem como todo o material para imobilização e medicamentos de cuidados intensivos e realização de procedimentos.
- Equipe de aeromédico: aeronave com equipe composta por no mínimo um médico e um enfermeiro, além do piloto e operador de voo (Corpo de Bombeiros).
- Motolância: motocicleta conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem, com treinamento para condução de motolância.

Figura 2 – USA (A-2) na base



Fonte: o autor, 2023.

Figura 3 – USB na base disponível para atendimento



Fonte: o autor, 2023.

Figura 4 – Bolsa verde da USA que contém medicamentos e materiais de punção (responsabilidade do profissional da enfermagem)



Fonte: o autor, 2023.

Figura 5 – Bolsa azul da USA que contém materiais para atendimento a traumas



Fonte: o autor, 2023.

Figura 6 – Bolsa vermelha da USA que contém materiais para intubação (responsabilidade do médico)



Fonte: o autor, 2023.

Figura 7 – Bolsa laranja da USA que contém materiais para diversos procedimentos



Fonte: o autor, 2023.

Figura 8 – Bancada da USA com monitor multiparâmetro e respirador



Fonte: o autor, 2023.

Figura 9 – Bancada da USA com cardioversor/desfibrilador



Fonte: o autor, 2023.

Figura 10 – Bancada da USA com diversos materiais e monitor portátil



Fonte: o autor, 2023.

Figura 11 – Motolância



Fonte: o autor, 2023.

Figura 12 – Aeronave “Arcanjo” do serviço aeromédico do estado de Santa Catarina na pista do Aeroporto de Foz do Iguaçu



Fonte: o autor, 2023.

Em conformidade com a legislação, a base do SAMU deve ser descentralizada e deve contar com uma infraestrutura que garanta tempo-resposta de qualidade na utilização dos recursos, com a configuração física mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento das

ambulâncias. No município de Foz do Iguaçu a base possui as condições mínimas especificadas na Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012, mas há mobília que precisa ser renovada para mais conforto dos profissionais. Está localizada no Parque Presidente 1, na rua Rua Edgard Schimmelpfeng, 2800. Além disso, existe uma segunda base, de menor porte, localizada no bairro Três Lagoas e inaugurada em 2021.

A cidade conta com cinco USB, duas USA e duas motolâncias. Os outros municípios que também contam com USB são: Santa Terezinha de Itaipu (Bravo 11), São Miguel do Iguaçu (Bravo 21), Medianeira (Bravo 41 e 42), Missal (Bravo 51) e Matelândia (Bravo 61). O município de Medianeira também possui uma USA (Alfa 41). Os demais municípios da região são atendidos pelas unidades mais próximas: Itaipulândia é atendida pela unidade de Missal, Ramilândia é atendida pela unidade de Matelândia e Serranópolis é atendida pelas unidades de Medianeira.

Figura 13 – Distribuição das ambulâncias na 9ª Regional de saúde



Fonte: Adaptado de 9ª Regional de Saúde (<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/9a-Regional-de-Saude-Foz-do-Iguacu>).

A Central de Regulação Médica das Urgências é uma estrutura física com a atuação de médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica (TARM) e rádio-operadores (RO), capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandem atendimento de urgência ou orientações, por meio de classificação e priorização da assistência, ademais de organizar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro das RAS. Em cada turno de 12 horas, usualmente há três TARM, dois médicos reguladores e um RO, com atuação as 24 horas todos os dias da semana.

Com o intuito de ampliar o acesso às populações de todos os municípios no país, estas centrais são regionalizadas, como é o caso do município de Foz do Iguaçu, que possui uma central regional que presta atendimento aos nove municípios da regional de saúde e que está adequada às particularidades locais. Nossa central fica localizada no Centro, na Av. Brasil, 1637, no 4º andar do prédio da Secretaria Municipal de Saúde. Neste local, também é necessária a troca de mobília e equipamentos como ar-condicionado e cadeiras, para o maior conforto dos profissionais.

Logo, após ligar ao 192, o usuário é atendido por um TARM, que direciona o caso para um médico regulador, que, após verificar a urgência do procedimento, acionará um RO, o qual ativará a ambulância mais próxima ou adequada e dependendo da gravidade da situação, definindo se irá utilizada uma USA ou uma USB.

Foz do Iguaçu tem a particularidade de contar também com o serviço do SIATE 193 (Serviço Integrado de Atendimento a Traumas e Emergências), sendo também um elemento constituinte da RUE na cidade, instituído em parceria com o corpo de bombeiros e com o objetivo principal de atendimento a vítimas de trauma, especialmente acidentes de trânsito, quedas, ferimentos por arma branca e arma de fogo, agressões, queimaduras, entre outros.

2.1.4 Sala de Estabilização

O componente Sala de Estabilização (SE), conforme o artigo 8º, é o ambiente para estabilização dos pacientes críticos, cuja assistência deve ser garantida as 24 horas e vinculada a um equipamento de saúde, devidamente

articulado com os outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à RAS pela Central de Regulação (BRASIL, 2011a). Estas SE poderão estar alocadas em serviços de saúde, públicos ou filantrópicos, em hospitais de pequeno porte e fora da área de abrangência da UPA 24 horas, podendo também ser instaladas em outras unidades como UBS e unidade mista, desde que garantidas as condições para seu funcionamento como: funcionamento 24 horas nos sete dias da semana; com equipe interdisciplinar compatível com as atividades; funcionamento conforme protocolos clínicos, acolhimento, classificação de risco e procedimentos administrativos estabelecidos pelo gestor responsável.

2.1.5 Força Nacional do SUS

O componente Força Nacional de Saúde do SUS (FN-SUS), conforme o artigo 9º objetiva unir esforços para garantir a assistência integral em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas ou em regiões de difícil acesso, especialmente os povos indígenas. Este componente deverá prover resposta rápida em situações de calamidade e urgências específicas em todo o território nacional e extraordinariamente em outros países, como alagamentos e seca, desabamentos, incêndios, eventos com grande concentração de pessoas, dentre outros (BRASIL, 2011a).

Em relação à estrutura, a FN-SUS contará com hospitais de campanha e terá suporte de veículos de intervenção rápida e ambulâncias para suporte básico e avançado de vida.

2.1.6 UPA 24h

O componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), conforme o artigo 10º é o conjunto de serviços de urgência 24 horas constituído pelas UPA 24h, que são os estabelecimentos de complexidade intermediária entre as UBS/USF e a rede hospitalar (BRASIL, 2011a), que devem prestar atendimento resolutivo e de qualidade aos usuários acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados de natureza clínica e também prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza

cirúrgica ou traumática, definindo posteriormente a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços de maior complexidade (BRASIL, 2011b).

De acordo com a Portaria nº 1.601, de 07 de julho de 2011, as UPA devem ser implantadas em locais estratégicos para a configuração da RUE, em conformidade com a lógica de acolhimento e classificação de risco. Todas as atribuições deste ponto da RUE também se encontram nesta Portaria (BRASIL, 2011c). Segundo o colocado no artigo 3º, as UPA existentes em nosso município são de Porte III, sendo estas a UPA João Samek, localizada no Jardim das Palmeiras, na Rua Iacanga, 330 e a UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa, localizada no bairro Morumbi, na Av. Mario Filho, 445. Também existe a Unidade 24h Padre Ítalo, localizada na Vila Boa Esperança, na Rua Paulino Ferreira, 236, que é porta 24h de referência para a região de Porto Meira.

2.1.7 Atenção Hospitalar

Consoante com a Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, as Portas Hospitalares da RUE devem organizar a atenção às urgências nos hospitais, atendendo a demanda espontânea ou referenciada e que também funcionem como retaguarda para outros pontos da rede de menor complexidade. Devem também garantir atendimentos de média e alta complexidade, procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos de longa permanência e de UTI e os atendimentos nas linhas de cuidados prioritárias, em articulação com os demais pontos (BRASIL, 2011d).

Todos os atendimentos no Componente Hospitalar devem estar guiados pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, ademais da humanização, classificação de risco, regionalização e atenção multiprofissional.

Estas Portas devem estar em unidades que prestem atendimento ininterrupto e em lugares estratégicos. No município, existem duas unidades hospitalares de referência, sendo o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), localizado no Parque Monjolo, na Rua Adoniran Barbosa, 370, que é referência para o atendimento geral de urgências e emergências, trauma e outras especialidades como psiquiatria, cirurgia, geral, clínica médica e pediatria (exceto UTI); e o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC), localizado na Vila A, na Av.

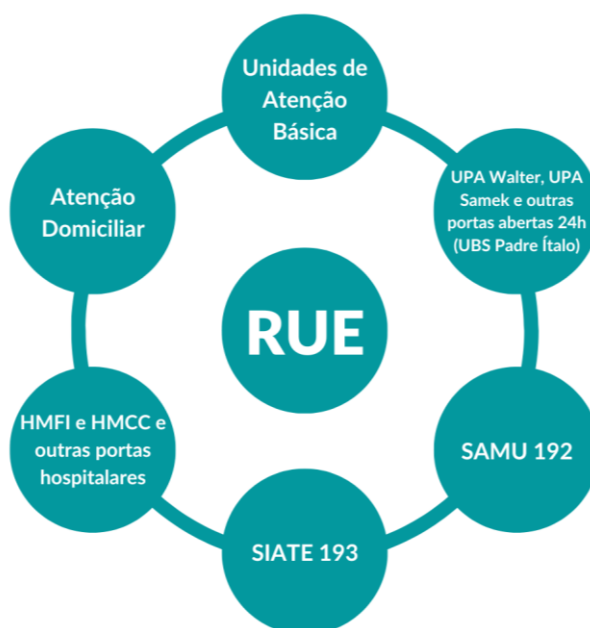
Gramado, 580, sendo referência para os serviços de Oncologia, Ginecologia e Obstetrícia, Cardiologia e UTI pediátrica/neonatal.

Em relação à cidade de São Miguel do Iguaçu, esta conta com um complexo hospitalar, constituído pela maternidade e pela UPA 24h. Este complexo também é cenário de práticas do internato e está localizado no Centro, na Rua Manoel Ribas, n.125-193. É referência para situações clínicas de média complexidade e para gestações de risco intermediário.

2.1.8 Atenção Domiciliar

O componente Atenção Domiciliar, conforme o artigo 12º, compreende o conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, tendo como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar, a humanização da atenção à saúde, a redução da demanda por atendimento hospitalar e a redução do período de permanência dos usuários internados, ademais da promoção da autonomia dos usuários e familiares para o cuidado em saúde (BRASIL, 2011a).

Figura 14 – Componentes da RUE em Foz do Iguaçu



Fonte: Adaptado de UFMA, 2015.

2.2 ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

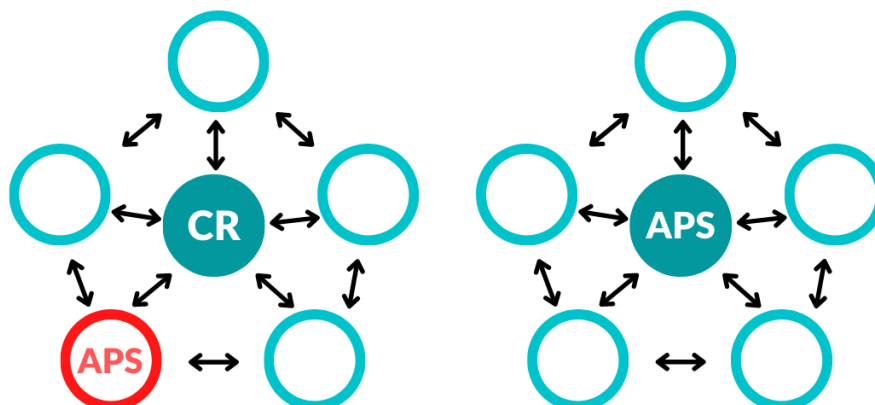
A Resolução nº 1.451/95 do Conselho Federal de Medicina (CFM) define Urgência como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata e, Emergência, como a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo tratamento médico imediato (CFM, 1995). O estabelecimento desses conceitos ocorreu pela existência de problemas relacionados ao atendimento a essas condições, pois eram abordadas como se fossem a mesma coisa ou até mesmo em alguns casos havia ausência de salas específicas para estabilização das situações mais críticas, por isso, a distinção conceitual se torna muito importante.

Outro ponto importante ressaltado nesta Resolução é a necessidade de garantir a sustentação da vida no local ou em outro nível de atenção com condições de dar continuidade à assistência. Isto é conhecido como atendimento referenciado ou “em rede”, e para isso é essencial a existência de fluxos regulados e da central de regulação.

A distinção conceitual entre urgência e emergência aporta racionalidade assistencial, pois haverá situações de emergência com prioridade absoluta que, por sua vez, serão seguidas pelas condições de urgência e, pelas condições que necessitam de atendimento, mas não necessariamente de forma imediata. Esta racionalidade assistencial no pronto atendimento considerando a condição clínica do usuário é denominada Classificação de Risco.

Sabendo que os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS e são diferenciados por modelos de atenção às condições agudas e crônicas, temos que, dentro da RUE, existe o modelo de atenção às condições agudas, que objetiva a organização das respostas das RAS às condições agudas e eventos agudos, decorrentes da agudização das condições crônicas. As principais diferenças entre a rede de atenção às condições agudas e às condições crônicas estão no papel da APS e na forma de regulação (UFMA, 2018).

Figura 15 – Regulação de atenção às condições agudas e crônicas



Fonte: Adaptado de UFMA, 2018.

Na RUE, a APS desloca-se do centro da RAS para constituir um ponto importante da rede, mas não a função de coordenadora dos fluxos e contrafluxos, sendo neste caso o complexo regulador o encarregado dessa função.

Com ferramentas práticas como o acolhimento e a classificação de risco realizado na “porta de entrada” e a inserção dos usuários em um sistema com fluxos inteligentes e um centro regulador, é possível atingir um padrão de atendimento mais humanizado e resolutivo (MENDES, 2011).

2.2.1 Acolhimento e Classificação de Risco

O acolhimento pode ser entendido como uma postura da equipe e do serviço que consiste em acolher, em suas várias definições. É uma atitude de inclusão e de escuta qualificada. O acolhimento não é um “setor”, ele deve acontecer em cada setor por onde o usuário passa (GRABOIS, 2011). O atendimento acolhedor pressupõe uma efetividade assistencial, isso significa que além do conhecimento que precisamos ter para desenvolver uma ação assistencial baseada em fluxos e procedimentos, precisamos também cuidar e tratar, ética e tecnicamente.

Na Política Nacional de Humanização no SUS (PNH), o acolhimento é um conceito-chave, pois a PNH destaca o aspecto subjetivo constituinte de qualquer ato

de cuidado, voltando-se para um modelo de atenção à saúde coletivo e compartilhado.

Evidencia-se a existência diversos desafios inerentes aos serviços de saúde nos diferentes pontos da RUE na cidade, especialmente nas UPA, que precisam ser constantemente avaliados e superados: superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos de poder, limitação de acesso aos usuários nas portas de entrada, desrespeito aos direitos desses usuários, pouca articulação com os demais pontos da RUE, entre outros.

Sabendo que o acolhimento é uma atitude que a equipe deve adotar, é necessário criar e repensar as posturas no processo de trabalho que levem a uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora a partir da compreensão do funcionamento correto dos serviços de urgências na rede.

Todos os profissionais atuantes na RUE, desde as portas de entrada até os do Complexo Regulador e Componente Hospitalar, devem atentar-se a acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas, escutando com atenção a queixa, os medos e as expectativas, identificando os riscos e vulnerabilidades e também avaliando o perfil de cada usuário.

Assim, para um modelo afetivo e efetivo de atenção às condições agudas, é essencial que seja adotado um mecanismo de classificação de risco na rede, considerando a importância do fato do usuário receber atenção no lugar e no tempo certo. Este é o primeiro passo a ser dado, pois a depender do estadiamento da condição clínica do usuário pode haver inúmeras condutas a serem adotadas. É realizada mediante observação da equipe ou pela explicitação do usuário.

O principal objetivo da classificação de risco não é definir um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, de modo a facilitar a gestão da clínica e do serviço. Isso requer que o profissional defina o motivo pelo qual o usuário procura o serviço de urgência, seguindo com a escolha do serviço mais pertinente à queixa (MENDES, 2011).

No modelo de atenção da RUE, organizado no formato de RAS, exige a utilização de uma linguagem padrão em todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação clínica. Além disso, deve haver um modelo de triagem de riscos. No nosso âmbito local, o Sistema Manchester é o mais utilizado. Neste modelo, para cada categoria foi atribuído um número, uma cor

e um nome, ademais do tempo aceitável para a primeira avaliação médica (UFMA, 2018).

Este método requer que o profissional defina o motivo pelo qual o usuário procura o serviço, também pesquisar outros sinais e sintomas, vulnerabilidades específicas e fatores agravantes, seguido pela escolha do serviço/setor, entre as condições apresentadas em fluxogramas previamente definidos, mais pertinentes à queixa (MENDES, 2011). O Sistema Manchester garante critérios uniformes em diferentes equipes de saúde, pode ser feito por médicos e enfermeiros, é rápido, pode ser auditado e também garante a segurança dos usuários e profissionais, por isso é um dos mais utilizados na atualidade e adotados em nosso contexto local, especialmente nas UPA 24h.

Figura 16 – Sistema Manchester de classificação de risco



Fonte: MACKWAY-JONES *et al*, 2010.

2.2.2 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). Na Resolução nº 2.077/14 do CFM, no artigo 17º, se expressa que a “vaga zero” é um recurso essencial para garantir o acesso imediato a pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada uma situação de exceção. Também coloca 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. Durante a passagem pela Central de Regulação do município, houve um caso em que um usuário pediátrico de 1 ano apresentou convulsão febril seguida de estado de mal epilético, inicialmente recebeu atendimento na Unidade 24h Padre Ítalo, para posteriormente ser acionada uma “vaga zero” na UTI pediátrica do HMCC. A USA se deslocou até a Unidade 24h para verificar a situação e realizar o transporte até o HMCC. O médico regulador entrou em contato com o serviço de UTI pediátrica e com o médico plantonista, descreveu a situação e repassou a confirmação para a equipe da USA.

Na situação descrita acima houve concordância com os preceitos expressos na legislação que recomenda a realização de um “relatório” da situação do usuário pelo médico solicitante e que este seja repassado para o médico receptor, a avaliação pelo médico intervencionista, quem informou ao regulador as condições clínicas no momento e sobre a viabilidade do transporte e que o usuário em questão se encontrava uma situação clínica muito crítica.

Em geral, a “vaga zero” não deve ser utilizada para: pacientes terminais, avaliações de especialidades sem risco vital, avaliações radiológicas, imobilização primária, observação prolongada, suturas e trocas de sondas.

Enfim, devemos ser cuidadosos para a utilização da “vaga zero” e não fazer dela uma prática cotidiana, pois isso pode levar à superlotação dos hospitais de referência, sem leitos vagos e sem condições ótimas para atendimento, o que impactará sobre os pacientes graves que estão nas UPA, nos hospitais de menor complexidade e aqueles atendidos pelo SAMU.

3 CAPÍTULO II - ARTIGO Nº 37 DO CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA

A vulnerabilidade gerada pela desigualdade leva à suscetibilidade de agravos à saúde (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). Dessa forma, é essencial a priorização de recursos para a atenção em saúde dos grupos vulneráveis, o que implica na introdução do conceito de equidade, que prevê o reconhecimento das diferenças entre os indivíduos e propõe tratar eles de forma diferenciada para reduzir as desigualdades existentes (FORTES, 2008).

Nesse sentido, a equidade leva em consideração as desigualdades e diferenças dos indivíduos, reconhecendo a pluralidade da condição humana e a conseqüente diversidade das suas necessidades. Assim, esse princípio, articulado ao direito à saúde, constrói uma nova noção de igualdade, comprometendo-se com a premissa de: dar a cada um segundo sua necessidade (LOPES; MATTA, 2014). Ademais, também está articulada com a noção de justiça social, prevendo uma maior distribuição de recursos e de poder.

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 define a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal igualitário para sua promoção, proteção e recuperação”. a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, nos seus artigos 2º e 3º, das disposições gerais, reafirma esse direito. No seu artigo 7º, dos princípios e diretrizes, é mencionada a “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” como princípio reitor do SUS. Nem nesta lei, nem na 8.142, de 28 de dezembro de 1990, equidade em saúde é referida.

O conceito de equidade em saúde foi introduzido pela Margaret Whitehead em 1992. Ela coloca que a equidade em saúde implica que todos os

indivíduos tenham a oportunidade justa de atingir o seu potencial de saúde e que ninguém deveria estar em desvantagem para alcançá-lo (WHITEHEAD, 1992).

Nessa perspectiva, a equidade pode ser vista de forma vertical e horizontal. A vertical é entendida como desigualdade entre desiguais, ou seja, faz referência à regra de distribuição desigual para indivíduos com situações diferenciadas. A horizontal corresponde à igualdade entre iguais, tratando-se de uma regra de distribuição igualitária entre pessoas com as mesmas condições (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Em suma, no artigo 37 do Código de Ética do estudante de Medicina, encontramos: “Ao estudante de medicina cabe buscar uma formação que valorize o princípio de equidade na atenção à saúde, que garante o tratamento diferenciado, baseado nas necessidades específicas do paciente”.

Como se pode ver, é um princípio difícil de garantir, pois depende do reconhecimento das necessidades de grupos populacionais específicos. No país, diante da diversidade dos povos, com culturas e modos de viver diferentes, é necessário que os profissionais de saúde tenham sensibilidade e interesse em avaliar cada situação, com olhar humanizado e livre de preconceitos.

A equidade em saúde tem múltiplas facetas, por isso é ideal vê-la como um conceito multidimensional que inclui aspectos relacionados ao nível de saúde que se tem e à possibilidade de se obtê-la (SEN, 2002). Nesse sentido, é essencial definir qual a equidade que queremos para o SUS, em quais bases teóricas está apoiada e como serão definidos os caminhos que deverão ser seguidos em prol do pluralismo ético, político e social.

Igualdade e desigualdade são conceitos mensuráveis que se referem a quantidades passíveis de serem medidas. No entanto, equidade e iniquidade são conceitos políticos que expressam um compromisso moral com a justiça social (KAWACHI *et al*, 2002). É preciso perguntar “equidade em relação a que?”, para compreender o seu significado. Para isso, é necessário pensar a equidade em saúde como um processo, em permanente transformação, que vai mudando seu escopo e abrangência na medida em que certos resultados são alcançados.

Com efeito, este princípio tem sido operacionalizado em duas grandes dimensões: condições de saúde e acesso e utilização dos serviços de saúde. Quando nos referimos às condições de saúde, analisamos a distribuição dos riscos

de morbimortalidade nos diversos grupos populacionais, considerando variações biológicas como socioeconômicas, sendo esta última a dimensão mais importante. Em relação ao acesso e utilização dos serviços, deve-se verificar a disponibilidade dos serviços em seus diversos graus de complexidade e a possibilidade de o indivíduo consumir esses serviços de acordo com suas necessidades.

Nos serviços de saúde de Foz do Iguaçu podemos perceber que há necessidade de capacitar os profissionais para abraçar e praticar o princípio da equidade, pois vemos que não está amplamente implementado, tanto em relação ao acesso aos serviços quanto ao reconhecimento das necessidades e vulnerabilidades individuais dos usuários, impactando negativamente sobre a saúde deles.

Para nós, estudantes, que estamos dentro do sistema de saúde como observadores, alunos, estagiários e usuários, percebemos que há uma tendência a limitar o acesso dos usuários e de dar atenção apenas à queixa, e não à pessoa. Sabendo que existem determinantes sociais do processo saúde-doença e um conceito ampliado de saúde, devemos ser capazes de prestar um atendimento humanizado e integral para garantir um cuidado apropriado aos nossos usuários, especialmente nesta região tão diversa e cheia de particularidades no que diz respeito à saúde.

Nesse sentido, é essencial considerar a equidade como uma estratégia para atingir a igualdade de oportunidades no tocante ao usufruto de boas condições de saúde e de acesso a ações de promoção, prevenção e recuperação, sempre levando em conta as diferenças de ordem social, étnica, econômica e cultura, que são tão expressivas na nossa região de fronteira.

Podemos pensar que se o SUS ofertasse o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, provavelmente estaria oferecendo serviços desnecessários para alguns e deixando de lado as necessidades de outros, aumentando as desigualdades. Embora as populações estejam teoricamente protegidas pelas políticas que apresentam o princípio da equidade, a garantia dos seus direitos não está dada, pois depende de profundas transformações nos âmbitos social e cultural. Infelizmente na atualidade se continuam criando padrões dentro dos valores morais que estão determinados por grupos hegemônicos e dessa forma haverá no país racismo, xenofobia, violência contra as mulheres, discriminação das populações indígenas, violência contra a

população LGBTQIA+ e preconceito contra pessoas em situação de rua e outros tipos de discriminação e violência.

Portanto, é preciso que as próximas gerações de profissionais de saúde tenham a determinação e a coragem para continuar combatendo as iniquidades, pois é a diversidade que nos enriquece enquanto humanidade e é nessa troca que podemos tornar o mundo um lugar melhor.

4 CAPÍTULO III - CARREIRA MÉDICA E MÍDIAS SOCIAIS

É impossível negar que as mídias sociais são ferramentas que hoje fazem parte do cotidiano da grande maioria das pessoas, especialmente em nosso contexto de estudantes universitários e na carreira médica. Ademais, elas também têm se mostrado como instrumentos valiosos para os institutos e equipamentos de saúde e para os pacientes. O termo “mídia social” descreve um conjunto de ferramentas tecnológicas que constituem oportunidades mediadas para aproximar as pessoas e encorajar o estabelecimento de redes sociais e comunicação dialógica.

Considerando o número expressivo de usuários ao redor do mundo, é natural que elas exerçam influência sobre os serviços de saúde, por isso atualmente é tão necessário que nós, profissionais de saúde em formação, compreendamos o que são, quem as utiliza e como, quais as suas finalidades e o que elas têm a nos oferecer para trazer benefícios à execução de nossas atividades acadêmicas e profissionais.

A prestação de serviços de saúde foi transformada por essas novas tecnologias. Assim, elas vêm sendo implementadas em vários setores, incluindo a educação médica e na área da saúde no geral. Essas plataformas possibilitam a interação em torno de vários tópicos de saúde e isso muitas vezes pode ser utilizado para a educação dos pacientes, promoção da saúde, alcance comunitário e relações públicas.

Com isto, também surgiu um novo tipo de relação médico-paciente e, com isso, a necessidade de esclarecer como o médico deve agir nessas plataformas para manter o profissionalismo e a ética. 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.

Para nós, estudante da carreira médica também é exigida responsabilidade quanto às ações em ambientes online, ressaltando a confidencialidade nas relações com usuários, respeito, consideração com os colegas, reconhecimento de limites na relação médico-paciente, responsabilidade quanto à educação em saúde e conhecimento sobre a legislação referente. Parece que cada vez há maior quantidade de estudantes de medicina querendo aderir e promover boas práticas no uso de mídias sociais. Porém, embora haja consciência sobre o impacto de postagens e atividade online por parte dos acadêmicos e profissionais, também existe o chamado “fenômeno da desinibição online”, que consiste em um comportamento ético e profissional no relacionamento médico-paciente face a face, mas, antiprofissional no ambiente virtual. Alguns fatores que podem dar origem a esse fenômeno são: a impressão de que os conteúdos postados não estão sendo vistos por outras pessoas, a impressão de que não haverá julgamentos ou consequências resultantes ou até mesmo a percepção de duas realidades dissociadas (vida real e virtual). Daí a importância de os estudantes serem alertados quanto a esse fenômeno, para conseguir ser mais críticos e conscientes de suas ações online.

Existem algumas questões às quais devemos nos atentar. Entre elas, a questão ética. É uma das mais discutidas em relação à utilização das mídias sociais, pois há grande potencialidade de transgressão das normas de privacidade e confidencialidade. Assim, o conhecimento dos riscos e responsabilidades no ambiente online pode levar à definição de melhores práticas a serem seguidas nas mídias. Na mesma linha, a questão da privacidade é muito importante, pois deve ser evitada a postagem de dados de identificação dos pacientes e também dados

peçoais sobre o profissional médico, pois podem ser usados de má fé, para isso é recomendada a utilização de redes sociais com foco profissional, como *LinkedIn*.

Outra questão a considerar é a qualidade da informação compartilhada. Nas mídias existe informação de todo tipo, desde publicidade direta de medicamentos até *fake news*, que cada dia se torna mais comuns, principalmente na área da saúde. Para isso devem ser verificadas as fontes da informação que está sendo lida ou compartilhada em nossos perfis, com a finalidade de garantir a qualidade da mesma.

A última questão está relacionada com a utilização da telemedicina, que tem crescido tanto nos últimos anos. Existem países com *guidelines* específicas para o maior aproveitamento e qualidade dos atendimentos de telemedicina. No nosso país, temos a Resolução nº 2.314/2022 que define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Ressalta-se a importância da leitura dessa Resolução e de *guidelines* relacionados ao exercício da medicina mediado por Tecnologias Digitais, de Informação e de Comunicação (TDIC).

No nosso meio podemos promover a criação e utilização de mídias sociais em medicina ("*medical social media*"), que é um subconjunto das mídias sociais no qual os interesses dos usuários são especificamente direcionados à medicina e saúde, em que se interage através da mistura de conhecimento de especialistas com o conhecimento leigo ou experiências empíricas. Um exemplo são os Blogs médicos.

Finalmente, é essencial abordar o Código de Ética Médica e as resoluções do CFM nas escolas médicas para a disseminação de valores éticos e promoção de boas práticas profissionais. Ademais, é necessário o compartilhamento, criação e atualização de manuais como o Guia de Boas Práticas nas Redes Sociais para Médicos e artigos como "*Twelve tips for using social media as a medical educator*", adaptados à realidade brasileira e aos âmbitos profissional e acadêmico.

5 CAPÍTULO IV - CASOS CLÍNICOS

5.1 CASO 1: Síncope

5.1.1 Anamnese

Identificação: Usuário do sexo masculino, de 14 anos de idade, natural e procedente de Foz do Iguaçu, estudante, acompanhado pela mãe.

Queixa principal: “Perda da consciência”.

História da doença atual: Mãe do usuário relata que ele apresentou um episódio de desmaio enquanto estava assistindo TV, há aproximadamente 30 minutos, não sabe informar sobre duração do evento, associado a palidez cutânea, sudorese, visão embaçada, cefaleia e náuseas. O usuário refere que antes do evento apresentou cefaleia leve e parestesia de membros. Na entrada ao serviço o usuário se apresentou confuso e hipotenso, com pressão arterial de 60/49 mmHg.

Histórico patológico pregresso: Nega comorbidades. Nega alergias medicamentosas. Mãe relata que aos 8 anos ele teve uma crise convulsiva.

Histórico familiar: Nega.

5.1.2 Exame físico

- **Sinais vitais:** SatO₂: 98% // FR: 15 irpm // HGT: 112 // PA: 60/49 mmHg // FC: 80 bpm.
- **Geral:** BEG, LOTE, eupneico em ar ambiente, acianótico, anictérico, normohidratado, normocorado, TEC < 2s.
- **Neurológico:** consciente, contactuante, abertura ocular presente e espontânea, pupilas isocóricas e fotorreagentes.
- **Oroscopia:** sem alterações.
- **Pescoço:** sem adenomegalias cervicais, palpação de tireóide sem alterações.
- **Cardiovascular:** RCR2T com BNF, sem sopros.
- **Respiratório:** MV uniformemente distribuído, sem ruídos adventícios. Sem sinais de esforço respiratório. Boa expansibilidade pulmonar.

- **Abdômen:** plano, RHA+, indolor à palpação. Sem VCM nem massas palpáveis. Sem dor à descompressão brusca do peritônio. Blumberg negativo. Giordano Negativo. Murphy negativo.
- **Pele:** sem alterações.
- **Membros:** mobilidade preservada, sem sinais de edema, panturrilhas livres. Pulsos periféricos presentes, simétricos e cheios. Sem varizes.
- **Genitourinário:** diurese espontânea.

5.1.3 Diagnóstico

Sindrômico:

- Perda transitória da consciência.
- Síndrome neurológica.

Hipótese diagnóstica:

- Síncope a esclarecer.
- Convulsão.

Impressão diagnóstica: Síncope em adolescente previamente hígido.

Diagnóstico diferencial: Convulsão.

5.1.4 Exames complementares

ECG: 12 derivações: Sem alterações.

Laboratoriais:

Quadro 1 – Exames laboratoriais na admissão

Exame	Resultado
Hemograma	Hem 5,18/mm ³ Hb 14,10 g/dL Ht 39,70 % Leuco 13.970/mm ³ (Segm 77 % - Bast 2 %) Plaq 273.000/mm ³
Sódio	142 mmol/L

Potássio	Sem resultado no prontuário eletrônico
Creatinina	1,10 mg/dL
<u>Urina</u>	<u>Glicose +++ // Fosfatos amorfos +++</u>
PCR	Inferior a 0,5 mg/dL

Fonte: Adaptado do prontuário eletrônico, 2023.

5.1.5 Conduta

Prescrição: Foi administrado soro glicosado (500 ml). Não foi realizada nenhuma medicação, apenas monitoramento do paciente na sala.

Orientações: O usuário e sua mãe receberam orientações em relação a uma nova ocorrência de síncope, pois indivíduos com síncope vasovagal (a causa mais comum de síncope) e sintomas prodrômicos devem ser instruídos a se mover com segurança para uma posição sentada ou em decúbito dorsal e realizar manobras de contração isométricas físicas, como cruzar as pernas e/ou fazer tensão os músculos da parte inferior do corpo ao primeiro reconhecimento dos sintomas premonitórios. Em caso de ser testemunhado, o tratamento imediato de uma pessoa com síncope ou pré-síncope inclui colocá-la no chão ou em outro local para evitar lesão traumática, deitá-la em decúbito dorsal com as pernas elevadas (se possível), avaliar os sinais vitais e chamar assistência.

5.1.6 Discussão

A síncope é uma perda transitória da consciência associada à perda do tônus postural, seguida rapidamente pelo retorno espontâneo à função neurológica basal, sem necessidade de esforços de ressuscitação. Pode ser causada por condições benignas ou com risco de vida e é um quadro relativamente comum nas unidades de pronto atendimento. Muitas vezes, a causa subjacente de um episódio de síncope não pode ser claramente identificada na UPA, e a principal responsabilidade do médico passa a ser determinar quais indivíduos estão em alto risco de resultados adversos.

As possíveis causas de perda transitória de consciência (PTC) resultando em síncope verdadeira são geralmente agrupadas em três categorias principais: síncope reflexa (mediada neuralmente), síncope ortostática e síncope secundária a condições cardiovasculares.

Na avaliação de um indivíduo com PTC, no qual há suspeita de síncope, devemos necessariamente considerar e excluir condições que mimetizam PTC/síncope, mas não sejam síncope verdadeira. As mais comuns dessas condições são as convulsões, seguidas dos distúrbios do sono, quedas acidentais e algumas condições psiquiátricas.

As características clínicas associadas ao evento podem ser de caráter diagnóstico. As principais características dos eventos incluem a frequência e duração dos eventos, gatilhos e circunstâncias, presença e tipos de sintomas prodrômicos, sinais testemunhados durante os episódios e características da recuperação. Os sintomas prodrômicos clássicos associados à síncope e pré-síncope, particularmente a forma vasovagal da síncope reflexa, incluem tontura, sensação de calor ou frio, sudorese, palpitações, palidez, náusea, visão embaçada e diminuição da audição (alguns destes presentes no relato do usuário).

A avaliação inicial de pacientes com PTC e suspeita de síncope deve focar na diferenciação da síncope verdadeira de outros eventos, estratificação de risco e avaliação de causas potenciais. Na admissão, foi realizada uma avaliação abrangente do quadro, que inclui questionar sobre:

- Circunstâncias que precederam a síncope: posição (supina, sentada ou ortostase), atividade (repouso, mudança postural, durante ou após exercícios, imediatamente após urinar, defecação, tosse ou engolir), fatores predisponentes (lugares cheios ou quentes, ortostase prolongada, pós-prandial) e eventos precipitantes (medo, dor intensa ou movimentos cervicais).
- Pródromo: náusea, vômito, desconforto abdominal, frio, sudorese, aura, dor nos ombros ou pescoço, turvação visual, tontura, palpitações.
- Quadro clínico durante a perda de consciência (à testemunha): tempo de duração, forma da queda (ajoelhando ou não), cor da pele (palidez, cianose, rubor), duração da perda de consciência, características da respiração,

movimentos, duração dos movimentos, início dos movimentos e relação com a queda, mordedura da língua.

- Quadro clínico após a recuperação da consciência: desorientação, amnésia retrógrada, náusea, vômito, sudorese, frialdade, dores musculares, cor da pele, dor no peito, palpitações, incontinência fecal ou urinária, lesões traumáticas.
- Sobre os antecedentes: desmaios, cardiopatia, história neurológica, distúrbios metabólicos, medicações, drogas, história familiar de morte súbita. Se síncope recorrente, tempo do primeiro episódio, número de vezes, características dos outros eventos.

Todas essas informações foram questionadas para o usuário e a acompanhante, conseguindo descobrir que ele se encontrava em casa assistindo TV no quarto o dia todo, sem se alimentar e hidratar apropriadamente, que teve sintomas prodrômicos de cefaleia, parestesia de membros, turvação visual e tontura, que conseguiu sair do quarto à sala em procura dos pais, que não sofreu queda, que não apresentou liberação esfíncteriana, que apresentou palidez cutânea e que recuperou a consciência espontaneamente sem sintomas residuais. Também foi relatado que não há histórico de comorbidades, medicações em uso, histórico familiar e que aos 8 anos apresentou um quadro similar na escola.

No que se refere ao exame físico, vários achados podem auxiliar na identificação de algumas das causas comuns de síncope, incluindo anormalidades nos sinais vitais, alterações na pressão arterial ortostática, anormalidades cardiovasculares e, menos frequentemente, sinais neurológicos. Porém, o usuário chegou à unidade praticamente assintomático, apenas apresentando hipotensão.

Na chegada após a avaliação inicial, foi realizado um ECG, conduta que coincide com o expressado nos protocolos clínicos de abordagem à síncope, pois certos achados (bradicardia persistente com menos de 40 batimentos por minuto, bloqueio atrioventricular de alto grau, taquicardia ventricular ou supraventricular com frequência ventricular rápida, mau funcionamento do marca-passo, são considerados diagnósticos). Contudo, o ECG do usuário não apresentava nenhuma alteração.

Ao avaliar o paciente com síncope, é essencial tentar responder às seguintes:

1. Isso é uma síncope verdadeira ou alguma outra condição séria é responsável pela perda de consciência do paciente? (por exemplo, AVC, convulsões, TCE).
2. Se isso for uma síncope verdadeira, existe uma causa clara de risco de vida?
3. Se for síncope verdadeira e a causa não for clara, o paciente é de alto risco?

As causas mais importantes a serem consideradas são síncope cardíaca, perda de sangue, embolia pulmonar e hemorragia subaracnóidea. Causas comuns, mas menos perigosas de síncope incluem vasovagal, sensibilidade do seio carotídeo, ortostase e relacionada a medicamentos. Convulsões, acidente vascular cerebral e traumatismo craniano não atendem à definição técnica de síncope, mas devem ser considerados durante a avaliação inicial.

Quadro 2 – Diferenciação entre síncope e convulsão

	Síncope	Convulsão
Situação clínica	Em ortostase, ambiente quente, estresse emocional, após micção, defecação, tosse, deglutição (neuromediada) Qualquer situação (arritmia)	Qualquer situação
Sintomas prodrômicos	Pródromos de palpitação, turvação visual, náuseas, calor ou frio, sudorese etc	Aura (<i>déjà vu</i> , olfatória, gustatória ou visual)
Durante o evento	Palidez, sudorese Cianose pode ocorrer (arritmia) Duração curta (até 5 minutos) Incontinência esfinteriana e breves movimentos clônicos são raros, mas podem ocorrer	Cianose Salivação Duração prolongada (> 5 minutos) Mordida da língua Desvio horizontal dos olhos Incontinência é mais frequente Movimento tônico-clônico
Sintomas residuais	Fadiga prolongada (neuromediada) Sem sintomas residuais (arritmia) Orientação	Sintomas residuais frequentes (dor muscular, fadiga, cefaleia) Recuperação lenta Desorientação

Fonte: Modificado de CALKINS, H. *et al*, 2001.

Cabe apontar que a avaliação laboratorial é raramente realizada. Sua indicação principal é quando há suspeita clínica de hipoglicemia levando à perda da consciência (sintomas clínicos associados a glicemia sérica < 40 mg/dL) e para dosagem de hemoglobina/hematócrito nos quadros de anemia aguda severa ou sangramento volumoso levando à síncope. No caso relatado foi realizada a avaliação laboratorial considerada “básica” no serviço, sendo solicitados: hemograma, sódio, potássio, parcial de urina, creatinina e PCR, com o objetivo de investigar a presença de sinais infecciosos ou distúrbios eletrolíticos.

Nem sempre é possível definir a causa da síncope. Dependendo da faixa etária, há o predomínio de uma ou outra etiologia. Assim, em crianças e jovens, as causas mais prováveis são neurocardiogênica, reações conversivas (psiquiátricas) e arritmias primárias. Em adultos de meia-idade, a síncope neurocardiogênica é a mais frequente, aparecendo, mais que no grupo anterior, as síncopes situacionais (como as relacionadas com a deglutição, defecação etc.); em idosos, as síncopes causadas por obstruções do débito cardíaco (estenose aórtica, embolia pulmonar etc.) têm maior importância, assim como as arritmias decorrentes de doença estrutural do coração.

Quadro 3 – Características clínicas relacionadas a cada tipo de síncope

Tipo de síncope	Características clínicas
<u>Síncope neuromediada</u>	<p>Ausência de doença cardiológica História longa de síncope Após súbita, inesperada e desagradável visão, som, cheiro ou dor Longo período em posição supina ou lugares fechados e quentes Náuseas e vômitos associados Durante ou após uma refeição Com a rotação da cabeça, pressão sobre o seio carotídeo Após exercício</p>
Síncope ortostática	<p>Após levantar-se Relação temporal com o início de medicação que leva a hipotensão Longo período em posição supina ou lugares fechados e quentes Após exercício</p>
Síncope cardíaca	<p>Presença definitiva de doença cardíaca estrutural Durante exercício ou posição supina Precedida por palpitação</p>

Fonte: Adaptado de BRIGNOLE, M. *et al*, 2004.

Finalmente, a síncope é a manifestação clínica de um grande número de doenças subjacentes, cujo prognóstico pode ser extremamente variável, incluindo desde situações benignas (provavelmente como no caso relatado) até situações de alto risco cardiovascular. Sendo assim, o tratamento é variável e direcionado à doença de base, quando houver.

Neste caso, o paciente foi liberado depois de aproximadamente 4 horas de observação e foi orientado a consultar em sua unidade de saúde da família de referência.

5.1.7 Bônus

Como adendo, observando os resultados laboratoriais do usuário, se observa uma importante glicosúria e presença de fosfatos amorfos, ademais ele apresenta baixo peso (IMC 17,1) e refere astenia. Nessa linha, é relevante investigar se o caso se trata de uma Síndrome de Fanconi adquirida, provavelmente relacionada à deficiência de vitamina D (descartando outras causas com base no histórico do usuário) ou apenas achados laboratoriais isolados.

5.2 CASO 2: Dor torácica

5.2.1 Anamnese

Identificação: Usuário do sexo masculino, de 50 anos de idade, natural e procedente de Foz do Iguaçu.

Queixa principal: “Pressão subiu”.

História da doença atual: Usuário comparece ao serviço de Pronto Atendimento com encaminhamento da UBS. Foi para realizar controle ambulatorial da pressão arterial e relatou que há dois dias apresentou um episódio de dor torácica, de início

súbito, de moderada intensidade, com irradiação ao membro superior esquerdo com parestesia do mesmo, enquanto se encontrava em repouso em casa, associada a palidez, astenia, sudorese, com cerca de 40 minutos de duração e que cedeu espontaneamente. O usuário não procurou atendimento médico no dia pois associou essa dor à medicação anti-hipertensiva, suspendendo o uso desde esse momento. Relata que teve diagnóstico recente de HAS com início do uso de Losartana há quatro dias. Na entrada ao serviço se apresentou assintomático e com pressão arterial de 150/100 mmHg.

Histórico patológico progressivo: HAS de diagnóstico recente, em uso de Losartana 50 mg 12/12 horas. Hepatite B crônica, em tratamento. Nega tabagismo. Refere etilismo social. Nega alergias medicamentosas.

Histórico familiar: Nega.

5.2.2 Exame físico

- **Sinais vitais:** SatO₂: 97 AA // FR: 16 irpm // PA: 151/100 mmHg // FC: 75 bpm.
- **Geral:** BEG, LOTE, eupneico em ar ambiente, acianótico, anictérico, normohidratado, normocorado, TEC < 2s.
- **Neurológico:** consciente, contactuante, abertura ocular presente e espontânea, pupilas isocóricas e fotorreagentes.
- **Cardiovascular:** RCR2T com BNF, sem sopros.
- **Respiratório:** MV uniformemente distribuído, sem ruídos adventícios. Sem sinais de esforço respiratório. Boa expansibilidade pulmonar.
- **Abdômen:** globoso, flácido, RHA+, sem dor na palpação profunda. Sem VCM nem massas palpáveis. Sem dor à descompressão brusca do peritônio. Blumberg negativo. Giordano Negativo. Murphy negativo.
- **Pele:** sem alterações.
- **Membros:** Mobilidade preservada, sem sinais de edema, panturrilhas livres. Pulsos periféricos presentes, simétricos e cheios.
- **Genitourinário:** diurese espontânea.

5.2.3 Diagnóstico

Sindrômico:

- Dor torácica aguda.
- Emergência hipertensiva.
- Síndrome cardiovascular.
- Síndrome coronariana aguda.

Hipótese diagnóstica: IAMCSST.

Impressão diagnóstica: Usuário masculino de 50 anos de idade com diagnóstico recente de HAS que apresentou quadro de dor torácica provavelmente anginosa há dois dias e pico hipertensivo hoje. Assintomático e com ECG de entrada mostrando supradesnivelamento do segmento ST.

Diagnósticos diferenciais: Dispepsia, TEP, pneumotórax, dissecação de aorta, pericardite, dor costochondral.

5.2.4 Exames complementares

ECG: 12 derivações: Ritmo sinusal. FC de 67 bpm. Presença de infradesnivelamento do segmento ST em DI e supradesnivelamento do segmento ST em V1 a V5.

Laboratorial:

Quadro 4 – Exames laboratoriais na admissão

Exame	Resultado
Hemograma	Hem 4,98/mm ³ Hb 15,30 g/dL Ht 44,00 % Leuco 8.720/mm ³ (Segm 49 % - Bast 0 %) Plaq 218.000/mm ³
Ureia	43 mg/dL

Creatinina	1,10 mg/dL
CPK	163 U/L
CK-MB	43 mg/dL
Troponina	7 ng/L

Fonte: Adaptado do prontuário eletrônico, 2023.

De imagem: Radiografia de tórax (não disponível no prontuário eletrônico).

5.2.5 Conduta

Prescrição:

1. Ácido acetilsalicílico 100 mg: 3 comprimidos.
2. Clopidogrel 75 mg: 3 comprimidos.
3. Sinvastatina 40 mg: 1 comprimido.

Transferência: Monitoramento em sala vermelha e transferência ao HMCC.

5.2.6 Discussão

A dor torácica aguda é uma das causas mais frequentes de atendimento nas unidades de emergência. O período pré-hospitalar compreende dois momentos: (1) do início dos sintomas (geralmente dor torácica aguda) até a decisão de procurar atendimento; (2) da decisão de procurar atendimento até a chegada ao hospital. No IAMCSST, o tempo desde o início dos sintomas (oclusão da artéria coronária) até a instituição do tratamento (reperusão química ou mecânica) é diretamente proporcional à ocorrência de eventos clinicamente relevantes.

Sabe-se que a fase pré-hospitalar é caracterizada por ser demorada, especialmente em pacientes que apresentem sintomas atípicos. Condições pré-hospitalares que dificultam o atendimento precoce do infarto agudo do miocárdio incluem: Não valorização, pelo paciente, dos sintomas de dor torácica como sendo de infarto (ao considerar que infarto é sempre um quadro de elevada gravidade); atribuição dos sintomas a condições crônicas preexistentes ou a uma doença comum (gripe ou dor muscular); ausência de conhecimento dos benefícios que

podem ser obtidos com o tratamento rápido e atendimento extra-hospitalar de urgência não disponível a todos de forma homogênea.

No caso do usuário em questão, ressaltam-se as duas primeiras condições descritas que levaram à não procura por atendimento médico de forma oportuna, pois ele não valorizou os sintomas e os atribuiu a sua condição crônica e à medicação utilizada. Ademais, quando decidiu procurar atendimento médico, o fez apenas porque foi fazer controle da pressão arterial na unidade básica de saúde e foi a médica da atenção primária quem o encaminhou ao nível secundário, ou seja, à UPA.

A abordagem do paciente com suspeita de IAM em um ambiente como a UPA, deve, idealmente, iniciar com realização de uma história clínica direcionada, investigando as características dos sintomas atuais (momento do início, tempo de duração, qualidade, intensidade, relação com o esforço e repouso) e presença de doença coronária estabelecida (angina prévia).

Usuários com queixa de dor torácica ou com sinais/sintomas sugestivos de IAM devem realizar um ECG em até 10 minutos, a contar do início da triagem. Este deve ser imediatamente avaliado e seu resultado incluído na classificação de risco do indivíduo. Esta etapa do atendimento é essencial e, no serviço, se observou que é implementada de uma maneira muito eficiente.

Entretanto, muitos usuários com SCA que chegam à sala de emergência possuem um ECG normal. Evidências de infarto prévio (onda Q) e alterações consistentes no segmento ST favorecem o diagnóstico de angina. A presença de fibrilação atrial ou taquiarritmia ventricular também aumentam a probabilidade de doença isquêmica, apesar de serem frequentemente causadas por outros tipos de doença cardíaca e condições clínicas não cardíacas.

Se o diagnóstico no primeiro ECG não for possível, recomenda-se a realização de ECG seriados a cada 15-30 minutos nas primeiras 2 horas, ou pelo menos uma vez, em até 6h. Assim como, deve ser repetido em caso de sintomas persistentes ou recorrentes.

O acolhimento deve incluir informações como: queixa e duração, classificação da intensidade da dor, breve histórico (pelo paciente ou acompanhante), uso de medicações, sinais vitais, glicemia e ECG. A dor deve ser caracterizada de acordo com sua localização, forma de início, intensidade,

irradiação, tipo, duração, recorrência, fatores precipitantes e de alívio, e questionar se há sintomas associados (náuseas, vômitos, dispneia e síncope). Todas estas informações já estavam disponíveis quando o usuário chegou até a sala vermelha, o que demonstra grande qualidade na triagem dele.

Depois, foi possível investigar mais dados sobre o histórico pessoal do usuário, pois também é importante saber sobre:

- Presença fatores de risco cardiovascular: Diabetes, hipertensão, dislipidemia, tabagismo, obesidade, inatividade física, comportamento sedentário e história familiar de doença cardiovascular.
- História de doença arterial coronariana pregressa: Infarto prévio, revascularização coronariana prévia.
- Presença de outras comorbidades: Doença renal crônica, doença arterial periférica, doença cerebrovascular, doença pulmonar crônica, síndrome da apneia obstrutiva do sono.
- Presença de doenças inflamatórias crônicas, como lúpus ou artrite reumatoide.
- Uso de substâncias ilícitas.

A dor torácica pode ser classificada pela característica anginosa da dor:

- Dor tipo A/definitivamente anginosa: Desconforto retroesternal precipitado pelo esforço, com irradiação típica para o ombro, mandíbula ou face interna do braço esquerdo, aliviado pelo repouso ou nitrato. Características que dão certeza de Síndrome Coronariana Aguda, independentemente dos exames complementares.
- Dor tipo B/provavelmente anginosa: Dor torácica cujas características faz da Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, porém com necessidade de exames complementares para a confirmação do diagnóstico. Tem a maioria das características da dor definitivamente anginosa, podendo ser típica sob alguns aspectos, mas atípica em outras.
- Dor tipo C/provavelmente não anginosa: Dor torácica cujas características não faz da Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco, doença coronária prévia ou mesmo dor sem causa aparente, necessita de outros exames para exclu-

la. Definida como um padrão atípico de dor torácica que não se adapta à descrição da dor definitivamente anginosa.

- Dor tipo D/definitivamente não anginosa: Dor torácica cujas características não incluem a Síndrome Coronariana Aguda no diagnóstico diferencial. Dor com aspectos evidentes de origem não cardíaca.

No tocante ao exame físico alguns achados podem aumentar a probabilidade de doença isquêmica e inferem sinais de gravidade da apresentação do quadro (fatores prognósticos):

- Presença de estertores à ausculta pulmonar;
- Pressão arterial sistólica menor do que 90 mmHg e taquicardia;
- Presença de terceira ou quarta bulha cardíaca na ausculta cardíaca;
- Sopro dinâmico de insuficiência mitral durante o episódio de dor.

O exame clínico pode revelar causas de dor torácica não coronariana, sendo útil para o diagnóstico diferencial, devendo ser pesquisados sinais de cardiomiopatia hipertrófica, prolapso da válvula mitral, estenose aórtica, hipertensão arterial pulmonar, pericardite, dissecção aguda de aorta e dor osteomuscular.

Por outro lado, em indivíduos com quadro sugestivo de SCA os marcadores de lesão miocárdica devem ser solicitados para confirmar o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. A dosagem do marcador sérico deve ser realizada de forma seriada, em todos com suspeita de síndrome coronariana aguda. Os marcadores de lesão miocárdica fornecem importantes informações prognósticas, uma vez que existe direta associação entre a elevação dos marcadores séricos e o risco de eventos cardíacos a curto e médio prazo.

Nos casos de diagnóstico eletrocardiográfico de IAMCSST, a dosagem de marcadores de lesão miocárdica, tanto a coleta ou o resultado, não devem ser aguardadas para a realização de terapia de reperfusão. No caso do usuário, o protocolo de IAM foi iniciado apenas com o resultado do ECG, que mostrou supradesnivelamento do segmento ST em diversas derivações e mesmo que a clínica sugestiva de infarto tenha ocorrido dois dias atrás.

As troponinas são os biomarcadores preferenciais em pacientes com suspeita de infarto do miocárdio. Na disponibilidade de troponina, nenhum outro marcador necessita ser solicitado para fins diagnósticos. Sendo que no serviço tem

como “rotina” solicitar outros exames de forma seriada como CPK ou CK-MB, mesmo sendo desnecessários na maioria das situações.

A troponina T ou I deve ser coletada na admissão e repetida pelo menos uma vez, 3 a 6h após, caso a primeira dosagem seja normal ou discretamente elevada. Se não estiver disponível no local de atendimento, encaminhar para a realização. Em locais em que as troponina T ou I ultrasensível estão disponíveis, a dosagem deve ser realizada na chegada do paciente na emergência e 1 a 3 horas após, que é o caso da UPA, onde há disponibilidade da troponina ultrasensível e desde a admissão já se solicitam as coletas das três amostras, sendo 2 e 4 horas após a primeira coleta. No caso, não houve resultado alterado da troponina.

Algumas condições podem causar o que chamamos de dano miocárdico, levando ao aumento de concentrações de troponina sem uma causa isquêmica, como sepse, hipovolemia, fibrilação atrial, insuficiência cardíaca, embolia pulmonar, miocardite e trauma cardíaco. Na insuficiência renal pode haver aumento de troponina por diminuição de sua depuração.

Por meio da história clínica, do ECG e dos marcadores séricos de isquemia, o médico deve estar apto a responder duas perguntas-chave:

1. Qual a probabilidade de os sinais e sintomas serem devidos a uma SCA?
2. Quais as chances para o desenvolvimento de eventos cardíacos adversos?

Outros testes complementares devem ser solicitados a partir da suspeita diagnóstica e a necessidade de estratificação de risco. Outros exames devem ser conduzidos de acordo com a suspeita clínica de outras etiologias para dor torácica, que não SCA.

Exames de sangue: Hemograma, testes de coagulação, provas de função renal e bioquímica hepática e pancreática devem ser indicados de acordo com achados do usuário.

Ecocardiograma transtorácico: Deve ser realizado no diagnóstico diferencial com outras doenças, quando houver suspeita clínica de doenças de aorta, doenças do pericárdio, embolia pulmonar e valvopatias. Além disso, é um excelente método de triagem em pacientes com DAC durante eventos agudos, podendo demonstrar alterações da motilidade segmentar sugerindo cardiopatia isquêmica.

D-dímero: Pode auxiliar nas situações de suspeita de embolia pulmonar e dissecção de aorta.

Raio X de tórax: Deve ser obtido em todos os casos de instabilidade hemodinâmica ou diagnósticos com risco fatal potencial, bem como naqueles com sintomas respiratórios associados. Usualmente é normal em pacientes com SCA e embolia pulmonar, mas frequentemente alterado em patologias pulmonares e dissecção de aorta ascendente.

Angiotomografia de tórax: Em pacientes com suspeita de síndrome aórtica aguda ou tromboembolismo pulmonar.

Endoscopia digestiva alta: Considerado na avaliação clínica de pacientes com suspeita de úlcera gástrica que se apresentam com instabilidade hemodinâmica ou sangramento ativo.

Terapia:

As terapias recomendadas na fase pré-hospitalar são quase todas empíricas e baseadas em estudos realizados em pacientes hospitalizados. Embora o cenário seja diferente, a circunstância clínica é a mesma: IAM.

- Administração de oxigênio: É indicada sua administração rotineira em usuário com saturação de oxigênio < 94%, congestão pulmonar ou na presença de desconforto respiratório. Quando utilizada de forma desnecessária, a administração de oxigênio por tempo prolongado pode causar vasoconstrição sistêmica, e aumento da resistência vascular sistêmica e da pressão arterial, reduzindo o débito cardíaco, sendo, portanto, prejudicial. No caso relatado, não houve necessidade de oxigenioterapia pois o usuário estava eupneico em ar ambiente e normosaturando.
- Tratamento da dor: Diminui o consumo de oxigênio pelo miocárdio isquêmico, provocado pela ativação do sistema nervoso simpático. A

analgesia deve ser feita de preferência com sulfato de morfina endovenosa, apenas se for refratária.

- Nitratos: Podem ser utilizados na formulação sublingual (nitroglicerina, mononitrato de isossorbida ou dinitrato de isossorbida), para reversão de eventual espasmo e/ou para alívio da dor anginosa. Também estão recomendados para controle da hipertensão arterial ou alívio da congestão pulmonar, se presentes. No caso, não foi indicada a prescrição de nitratos.
- Ácido acetilsalicílico: Único anti-inflamatório indicado rotineiramente para todos com suspeita de IAM. É o antiplaquetário de eleição a ser utilizado no IAM, tendo sido demonstrado que reduz a mortalidade em 23%, isoladamente, quase tanto quanto a Estreptoquinase. Além disso, tem ação sinérgica com o próprio fibrinolítico. A dose recomendada é de 160 mg ao dia a 325 mg a ser utilizada de forma mastigável quando do primeiro atendimento, ainda antes da realização do ECG. No serviço são prescritos 3 comprimidos de 100 mg, totalizando 300 mg.
- Clopidogrel: Uma dose de ataque de 300 mg deve ser feita para usuário com menos de 75 anos. A manutenção recomendada é de 75 mg ao dia. A apresentação disponível no serviço é de comprimidos de 75 mg. Assim, devem ser prescritos 4 comprimidos para completar a dose de ataque de 300 mg, embora na maioria dos casos sejam prescritos apenas 3 comprimidos.
- Anticoagulantes: A enoxaparina deve ser administrada quando do diagnóstico do IAMCST nas seguintes doses:
 - Em indivíduos com idade < 75 anos: 30 mg por via IV em bólus seguidas de 1 mg/kg de peso SC a cada 12 horas até a alta hospitalar.
- Betabloqueadores Na ausência de contraindicações, essa classe de medicamentos deve ser iniciada, de preferência por via oral, após a admissão. A recomendação atual é de se utilizar o betabloqueador por via oral nas primeiras 24 horas, reservando-se a via endovenosa para casos selecionados, como em hipertensos e taquicárdicos.

Recomenda-se iniciar o betabloqueador e titular sua dose para um alvo de 60 batimentos por minutos.

Em síntese, o usuário apresentou um quadro álgico provavelmente anginoso dois dias antes de procurar atendimento no pronto socorro. Os achados clínicos não demonstraram um IAM em curso, mas mesmo assim ele foi encaminhado à unidade de referência para avaliação especializada.

Avaliação clínica na fase pós-infarto:

A estratificação de risco pós-infarto agudo do miocárdio visa prever os eventos adversos e estabelecer o prognóstico, o que considero uma abordagem apropriada no caso do usuário em questão, pois mesmo não apresentando um IAM na fase aguda, é extremamente importante a avaliação clínica pós-evento e a definição do risco de novos eventos cardiovasculares. Os eventos identificáveis pós-IAM de alto risco são, além da morte, um novo IAM, angina instável, arritmias ventriculares e o desenvolvimento de insuficiência cardíaca. Sua identificação auxiliará muito na prevenção e no tratamento precoce dessas complicações.

Embora ela seja, quando isolada, um insensível elemento na predição de novos eventos, sendo necessário se realizarem testes complementares, um conjunto de informações da anamnese e do exame físico auxilia a compor o quadro do indivíduo com risco maior: idade avançada, sexo feminino, IAM antigo, diabetes e hipertensão arterial. O estado hemodinâmico, segundo a avaliação das variáveis clínicas pertinentes na fase precoce do IAM é também importante: hipotensão, taquicardia, localização do IAM e, se na parede anterior, o tipo de síndrome coronariana aguda (se IAM com supra ou sem supradesnivelamento do segmento ST), a extensão do infarto e a identificação de arritmias. A classificação de Killip deve ser aplicada nesta etapa.

Quadro 5 – Classificação de Killip

Grupo	Sinais clínicos	Mortalidade (%)
I	<u>Sem sinais de insuficiência cardíaca</u>	<u>6 %</u>
II	Estertores crepitantes nos pulmões, galope de 3ª bulha e	17 %

	pressão venosa central elevada	
III	Edema agudo de pulmão	38 %
IV	Choque cardiogénico (hipotensão e sinais de hipoperfusão)	81 %

Fonte: TORRES, M. A., 2008.

Durante o período de evolução do IAM, a migração dos portadores de uma classe mais baixa para uma mais alta está associada independentemente com elevação da mortalidade em muitos estudos, enquanto os que evoluem com uma baixa pontuação têm uma menor probabilidade de morrer dentro dos primeiros 30 dias. Inicialmente, o usuário se encaixaria no grupo I, apresentando um risco de apenas 6 % de morte nos próximos 30 dias.

Escore HEART: Estima a probabilidade de eventos cardiovasculares maiores em 6 semanas em indivíduos com suspeita de SCA, auxiliando na tomada de decisão para internação hospitalar ou liberação do paciente.

Quadro 6 - Escore HEART

História	<u>2 pontos: altamente suspeita</u> 1 ponto: moderadamente suspeita Nenhum ponto: pouco/nada suspeita
ECG	<u>2 pontos: alteração significativa do segmento ST</u> 1 ponto: distúrbios de repolarização inespecíficos Nenhum ponto: pouco/nada alterado
Anos (idade)	2 pontos: > 65 anos <u>1 ponto: Entre 45 e 65 anos</u> Nenhum ponto: < 45 anos
Risco (fatores*)	2 pontos: > 3 ou história de doença aterosclerótica <u>1 ponto: 1 ou 2</u> Nenhum ponto: nenhum
Troponina	2 pontos: > 3x o limite superior 1 ponto: Entre 1 a 3x o limite superior <u>Nenhum ponto: < limite superior</u>

* hipercolesterolemia, diabetes, hipertensão, obesidade (IMC > 30 Kg/m²), tabagismo, história familiar de DAC precoce.

Fonte: BRASIL, 2022.

- Pacientes de risco moderado a alto (> 3 pontos): Devem ser admitidos em unidades de terapia intensiva e monitorizados.
- Pacientes de muito baixo e baixo risco (\leq 3 pontos): Necessitam de uma estratificação de risco secundária, que inclui a medida a realização de métodos para avaliação de isquemia, como cintilografia, ecocardiografia ou ergometria precoce.

Escore TIMI: A partir de dados de história clínica, exame físico, eletrocardiograma e biomarcadores é possível definir a probabilidade de morte em 30 dias no IAM com supradesnivelamento do segmento ST, na admissão. Desta forma, o médico dispõe de uma ferramenta para predição de eventos cardiovasculares e pode estabelecer a conduta terapêutica mais adequada.

Quadro 7 – Escore TIMI para IAMCSST

Idade	Pontos
75 anos	3
65 a 74 anos	2
<u>História de DM, HAS ou angina</u>	<u>1</u>
Exame físico	Pontos
<u>PAS > 100 mmHg</u>	<u>3</u>
FC > 100 bpm	2
Clase Killip II - IV	2
Peso < 67 Kg	1
<u>Supradesnivelamento do segmento ST ou BRE</u>	<u>1</u>
Tempo de reperfusão > 4 horas	1
Total	14

Fonte: MATHIASI, P., 2021.

- Inferior a 2: Mortalidade hospitalar < 2 % (baixo risco).
- Entre 2 e 8: Mortalidade hospitalar de 10 % (risco intermediário).
- Maior a 8: Mortalidade hospitalar maior a 20 % (alto risco).

O usuário apresenta um resultado de 6 pontos no escore HEART, o que significa a justificativa dele ser encaminhado a uma unidade especializada para estrito monitoramento. Também tem 4 pontos no escore TIMI, representando um risco de mortalidade hospitalar de aproximadamente 10 %.

5.3 CASO 3: Dispneia

5.3.1 Anamnese

Identificação: Usuário do sexo masculino, de 6 anos de idade, natural e procedente de Foz do Iguaçu, estudante, acompanhado pelo pai.

Queixa principal: “Falta de ar”.

História da doença atual: Usuário trazido diretamente à sala vermelha pelo pai por meios próprios apresentando dispneia intensa com tiragem subdiafragmática e intercostal e batimento das asas nasais. Pai relata que apresenta tosse produtiva e febre com dois dias de evolução e que iniciou com dificuldade respiratória há aproximadamente 6 horas antes de procurar atendimento, tendo piora progressiva até o momento. Realizou inalação com 10 gotas de Berotec (Fenoterol) em casa, sem melhora.

Histórico patológico progressivo: Asma, uso de Berotec (inalação com 10 gotas) sob demanda. Nega alergias medicamentosas. Última crise de broncoespasmo há um ano.

Histórico familiar: Nega.

5.3.2 Exame físico

- **Sinais vitais:** FR: 39 irpm // SatO₂: 89 % AA // FC: 135 bpm // PA: 100/60 mmHg.
- **Geral:** REG, levemente confuso, hipoxêmico, afebril, acianótico, anictérico, normohidratado, hipocorado, TEC < 2s.

- **Neurológico:** hipoativo, abertura ocular presente e espontânea, pupilas isocóricas e fotorreagentes.
- **Cardiovascular:** RCR2T com BNF, sem sopros.
- **Respiratório:** MV diminuído, com sibilos difusos bilateralmente com tiragem subdiafragmática e intercostal, retração de fúrcula e batimento de aletas nasais.
- **Abdomen:** plano, RHA+, sem dor na palpação profunda. Sem VCM nem massas palpáveis. Sem dor à descompressão brusca do peritônio. Blumberg negativo.

5.3.3 Diagnóstico

Sindrômico:

- Síndrome dispneica.
- Síndrome de insuficiência respiratória aguda.
- Síndrome respiratória crônica agudizada.

Hipótese diagnóstica:

1. Exacerbação de asma.
2. Bronquiolite.
3. Pneumonia.

Impressão diagnóstica: Usuário pediátrico com histórico de Asma e uso de SABA sob demanda com crise de broncoespasmo precedida por quadro gripal de dois dias de evolução.

5.3.4 Exames complementares

Laboratoriais:

Quadro 8 – Exames laboratoriais na admissão

Exame	Resultado
Hemograma	Hem 4,54/mm ³ Hb 12,20 g/dL Ht 36,90 %

	Leuco 16.540/mm ³ (Segm 88 % - Bast 4 %) PlaQ 218.000/mm ³
Ureia	19 mg/dL
PCR	3,0 mg/dL
Teste antígeno COVID-19	Não reagente

Fonte: Adaptado do prontuário eletrônico, 2023.

De imagem: Radiografia de tórax (não disponível no prontuário eletrônico).

5.3.5 Conduta

Prescrição:

1. Salbutamol 100 mcg: 5 puff a cada 20 minutos. Repetir 3 vezes.
2. Hidrocortisona 100 mg: uma ampola; Dipirona 500 mg/ml ampola de 2 ml: 0,4 ml; Ondansetrona 2 mg/ml ampola de 2 ml: 0,4 ml.
3. Terbutalina 0,5 mg/ml ampola de 1 ml: 0,4 ml.
4. Sulfato de Magnésio 10 % ampola de 10 ml: 5 ml.

Ademais, foram prescritos cuidados como: Oxigenioterapia com máscara não reinalante de 3 L/min; cabeceira da maca elevada e monitoramento constante dos sinais vitais.

Transferência: Após o usuário não apresentar melhora significativa com a administração do Sulfato de Magnésio, foi solicitada uma vaga de internação no Hospital Municipal. Foi aceita e aproximadamente uma hora depois ele foi transferido.

Orientações: É importante encaminhar para o médico responsável na unidade básica de saúde e, nos casos de difícil controle, encaminhar para o especialista. Manter uso das medicações broncodilatadoras, sob demanda, por um período mínimo de 2 dias, após melhora clínica, observando sempre a técnica correta de aplicação da medicação. Retornar com atividades físicas após a melhora da crise, conforme tolerância da criança, estimulando atividade ao ar livre. Retorno ao pronto atendimento caso identifique sinais e ou sintomas de piora do quadro respiratório

(chieira, cansaço progressivo, tosse importante, dificuldade para falar, cianose de dedos ou lábios, dificuldade em realizar atividades cotidianas).

5.3.6 Discussão

As crises de broncoespasmo são uma das principais causas de procura ao atendimento emergencial em pronto atendimento de pediatria, sejam elas decorrentes da asma, bronquiolite, pneumonias ou hiperreatividade brônquica, pelo fato de o desconforto respiratório ser extremamente debilitante para o indivíduo acometido.

A inflamação crônica está associada à hiperresponsividade das vias aéreas, que leva a episódios recorrentes de sibilos, dispneia, opressão torácica e tosse, particularmente à noite ou no início da manhã. Esses episódios são consequência da obstrução ao fluxo aéreo intrapulmonar (estreitamento brônquico) generalizada e variável, reversível espontaneamente ou com tratamento, causado pela contração do músculo liso brônquico, pelo edema da mucosa e pela hipersecreção mucosa. O processo inflamatório tem como resultado as manifestações clínico-funcionais características da doença.

A exacerbação asmática é um episódio agudo de agravamento dos sintomas asmáticos (falta de ar, tosse, sibilância, aperto no peito) causada por obstrução do fluxo expiratório.

A coleta da história e o exame físico foram conduzidos com o rápido início das medidas terapêuticas, como recomendado. Deve ser pesquisada com detalhes a história da doença atual para descobrir o tempo de início dos sintomas, os fatores desencadeantes, hospitalizações recentes, uso de medicação e sintomas associados. Além disso, é importante questionar sobre outras comorbidades. Todos estes dados foram recopilados a partir da conversa com o pai do usuário, que comentou sobre o quadro gripal que ele estava apresentando e sobre o tempo que ele estava apresentando dispneia, que era de aproximadamente 6 horas.

Na chegada, devem ser observados os sinais clínicos de dificuldade respiratória. Nesse momento foram verificados os sinais vitais, o nível de consciência, o padrão respiratório, utilização de musculatura acessória e presença de cianose. Também deve ser considerado se há fatores de complicação tais como anafilaxia, pneumonia, atelectasia ou pneumotórax, o que não era o caso do usuário.

Finalmente, deve ser investigado se há sinais de outras condições clínicas com diagnóstico diferencial de asma e também utilizar o escore clínico na avaliação inicial. Todas essas recomendações foram implementadas no atendimento com exceção da utilização do escore clínico.

Um dos escores mais utilizados para a avaliação e classificação da gravidade da exacerbação da asma é o Pediatric Asthma Severity Score (PASS), que está validado para crianças acima de 2 anos de idade e estratifica o comprometimento da crise em leve, moderado e grave, com o principal objetivo de identificar os pacientes que mais provavelmente irão necessitar de intervenções e cuidados críticos. Na ocasião, não foi implementado o escore para a estratificação da gravidade do quadro, mas é uma ferramenta importante de fácil implementação e que pode ser aplicada após o início da terapia de resgate para registro no prontuário e reavaliação do quadro clínico.

Figura 17 – Escore PASS

Escore Pediátrico - Gravidade Crise de Asma - PASS				
Escore		1	2	3
Frequência respiratória (irpm)	2 a 3 anos	≤ 34	35 a 39	≥ 40
	4 a 5 anos	30	31 a 35	36
	6 a 12 anos	26	27 a 30	31
	Maior de 12 anos	23	24 a 27	28
Saturação de O ₂		> 90% AA	85-90% AA	< 85% AA
Ausculta pulmonar		Normal ou com sibilos ao final da expiração	Sibilos expiratórios	Sibilos inspiratórios e expiratórios ou ausculta diminuída
Sinais de esforço respiratório*		1 ou nenhum sinal de esforço respiratório	2 sinais de esforço respiratório	3 ou mais sinais de esforço respiratório
Dispneia		Frases completas, murmúrio ou balbúcia	Frases incompletas ou choro curto	Frases curtas ou monossilábicas, grunhindo

*Sinais de esforço respiratório > Tiragem subdiafragmática, Tiragem intercostal, Batimento de aleta nasal, Retração de fúrcula e Balanço toracoabdominal.

PASS ≤ 7 LEVE; PASS 8-11 MODERADA; PASS ≥ 12 GRAVE

Fonte: MOREIRA, 2020.

Se o escore fosse utilizado no caso do usuário, o resultado seria de 12 pontos, ou seja, uma crise grave, o que justifica todas as medidas administradas para a abordagem do quadro.

Em relação aos exames complementares, poucos são necessários, pois o diagnóstico é clínico. Radiografia de tórax deve ser solicitada quando houver suspeita de um processo infeccioso, insuficiência cardíaca ou pneumotórax, no caso do usuário foi solicitado pelo relato de sintomas gripais e tosse produtiva antes do quadro dispneico. Na crise de asma, pode evidenciar sinais de hiperinsuflação pulmonar, retificação de cúpulas diafragmáticas, aumento dos espaços intercostais e do diâmetro anteroposterior do tórax.

Outro exame é a gasometria arterial, que deve ser solicitada se a saturação de oxigênio for menor a 93 %, não sendo solicitada no caso em questão.

O principal exame laboratorial a ser solicitado é o hemograma, que costuma ser normal na crise de asma, a menos que seja desencadeada por pneumonia.

Ao receber um usuário com um quadro como o relatado na emergência, o exame primário deve ser feito avaliando via aérea, respiração e parâmetros hemodinâmicos. Também iniciar SABA e oxigênio inalatório imediatamente, como foi feito no serviço. Todos os pacientes com insuficiência respiratória devem ser submetidos à oxigenioterapia para manter a saturação de oxigênio maior a 92 %.

Seguindo a primeira linha de tratamento, os beta-2 agonistas, inalados em altas doses, têm rápida ação no alívio do broncoespasmo, com poucos efeitos colaterais. No serviço foi utilizado o Salbutamol, aplicado com inalador em spray com uso de espaçador. Nos protocolos, a indicação do Salbutamol é de realizar entre 4 e 10 puffs, mas parece não haver um consenso entre se realizar mais ou menos puffs de acordo com o quadro ou as características do paciente, pois em alguns casos a administração de menos puffs podem representar uma dose menor para a melhora dos sintomas. Para a dose de manutenção, se deve avaliar constantemente ao usuário, pode ser realizada de 1/1 hora e aumentar intervalo à medida em que o usuário melhore do broncoespasmo.

Por outro lado, não há diferença na eficácia entre Salbutamol e Terbutalina, mas são descritos maiores efeitos colaterais em pacientes hipoxêmicos em crises graves com o uso da terbutalina. Este dado é interessante, pois nos

protocolos mais recentes, a terbutalina não é mais uma opção de tratamento de primeira linha, mas mesmo assim, este SABA parece ser parte da rotina do serviço pois em todos os casos de broncoespasmo foi administrada terbutalina via subcutânea.

Os corticoides também são parte da primeira linha de tratamento e são eficazes tanto por via oral quanto por via endovenosa. Como seu início de ação pode demorar até algumas horas, devem ser introduzidos precocemente em usuários que já utilizam estes agentes ou quando não se observa melhora após a 2ª dose do beta-2 agonista. Na maioria dos casos, corticosteroides orais (p ex.: Prednisolona, Prednisona) são tão eficientes como os intravenosos (p ex.: Hidrocortisona) no tratamento da asma grave devendo ser utilizada a via parenteral nos pacientes com vômitos, que não aceitam comprimidos ou soluções orais ou em crises muito graves. No serviço há preferência pelo uso da Hidrocortisona, que foi administrada depois da 2ª dose do Salbutamol.

O anticolinérgico, especialmente o Brometo de ipratrópio, é indicado na maioria das crianças que apresentam exacerbação asmática. Deve ser administrado na primeira hora em caso de crises moderadas a graves. Estudos demonstram que a associação do beta-2 agonista com o Brometo de ipratrópio nos casos de crise asmática moderada a grave resulta em melhor resposta broncodilatadora com diminuição nas taxas de hospitalização. Quando usado na forma de spray com espaçador, o ipratrópio deve ser realizado após as doses do beta-2 agonista. O tempo de uso do brometo de ipratrópio não deve ultrapassar as primeiras 2-3 horas do tratamento da crise, pois o uso prolongado não demonstrou diminuição do tempo de internação hospitalar. No serviço parece não haver disponibilidade do brometo de ipratrópio em forma de aerossol dosimetrado, apenas em apresentação de gotas para inalação, por isso na maioria dos casos não é administrado.

O Sulfato de magnésio venoso não é recomendado de rotina para exacerbações asmáticas leves e moderadas. É indicado para casos de exacerbações graves, que não responderam a terapia de 1ª linha, com deterioração clínica a despeito do uso de beta-2 agonista, corticosteroides sistêmicos e brometo de ipratrópio.

Outras medicações:

Epinefrina: Não é indicada de rotina para exacerbações asmáticas. Adrenalina intramuscular é indicada em conjunto com a terapia de primeira linha para os casos de asma associada com anafilaxia e angioedema. Alguns estudos, sustentam que, em casos graves, ameaçadores à vida, com baixo fluxo inspiratório seja por ansiedade ou crianças pequenas não cooperativas com o uso de terapia aerossol, a Adrenalina intramuscular pode ser considerada.

Antibióticos: Não são indicados de rotina.

Metilxantinas (aminofilina ou teofilina): Não têm indicação do seu uso no tratamento da crise aguda de asma

Depois de realizadas as medidas terapêuticas de primeira e segunda linha, o usuário apresentou apenas melhora parcial dos sintomas pois ainda se encontrava taquidispneico, taquicárdico, com sibilâncias leves e uso moderado da musculatura acessória. Dessa forma, foi encaminhado ao HMPGL para internação.

5.4 CASO 4: DPOC exacerbado

5.4.1 Anamnese

Identificação: Usuário do sexo masculino de 58 anos de idade.

Queixa principal: “Falta de ar e tosse há 2 semanas”.

História da doença atual: Refere dispneia com início há aproximadamente duas horas e piora progressiva até o momento e sem melhora ao uso de Salbutamol (em casa). Também refere quadro de tosse produtiva com duas semanas de evolução e piora progressiva até o dia de hoje, relata mudança na cor do escarro (de esbranquiçado-amarelado a esverdeado) e aumento da quantidade do mesmo. Nega febre e outros sintomas.

Histórico patológico progressivo: HAS e DPOC. Tabagista há 45 anos, atualmente duas carteiras de cigarro/dia. Covid-19 há menos de um mês que precisou de internação hospitalar. É usuário de O2 domiciliar. Nega alergias medicamentosas.

Histórico familiar: Não sabe informar.

5.4.2 Exame físico

- **Sinais vitais:** Tax 36 C // SatO2: 60 % AA // FR: 30 irpm // PA: 210/150 mmHg // FC: 145 bpm.
- **Geral:** REG, LOTE, taquidispneico em ar ambiente, acianótico, anictérico, desidratado, hipocorado, TEC < 2s.
- **Neurológico:** consciente, abertura ocular presente e espontânea, pupilas isocóricas e fotorreagentes.
- **Cardiovascular:** RCR2T com BNF, sem sopros.
- **Respiratório:** MV diminuído bilateralmente, predominantemente à direita, com sibilos e crepitanes difusos bilateralmente. Tiragem intercostal e uso da musculatura acessória.
- **Abdomen:** plano, flácido, RHA+, sem dor na palpação profunda. Sem VCM nem massas palpáveis.
- **Pele:** sem alterações.
- **Membros:** Mobilidade preservada, sem sinais de edema, panturrilhas livres.
- **Genitourinário:** diurese espontânea.

5.4.3 Diagnóstico

Sindrômico:

- Dispneia.
- Tosse produtiva.
- Síndrome de insuficiência respiratória aguda.
- Síndrome respiratória crônica agudizada.
- Síndrome infecciosa.

Hipótese diagnóstica: DPOC exacerbada por infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior.

Impressão diagnóstica: Usuário tabagista de 58 anos com HAS e DPOC com tratamento irregular, uso de O2 domiciliar e COVID-19 há 3 semanas com quadro de piora da tosse produtiva e dispnéia com duas semanas de evolução.

Diagnóstico diferencial: Outras doenças podem apresentar quadro clínico semelhante, como asma, insuficiência cardíaca e bronquiectasias, devendo ser excluídas como causa dos sintomas.

5.4.4 Exames complementares:

Laboratoriais:

Quadro 9 – Exames laboratoriais na admissão

Exame	Resultado
<u>Hemograma</u>	Hem 5,91/mm ³ Hb 15,40 g/dL Ht 47,40 % Leuco 21.230/mm ³ (Segm 64 % - Bast 1 % - <u>Linf típicos 30 %</u>) Plaq 419.000/mm ³
Ureia	15 mg/dL
Creatinina	0,90 mg/dL
Gasometria arterial	pH 7,351 pCO2 45,70 mmHg pO2 55,90 mmHg HCO3 24,70 mmol/L E.B -1,40 mmol/L Sat O2 89,20 % Lactato 37,60 mg/dL
<u>PCR</u>	<u>5,4 mg/dL</u>
Sódio	139 mmol/L
Potássio	4,2 mmol/L
TGP	24 U/L
TGO	20 U/L
Teste antígeno Covid-19	Não reagente

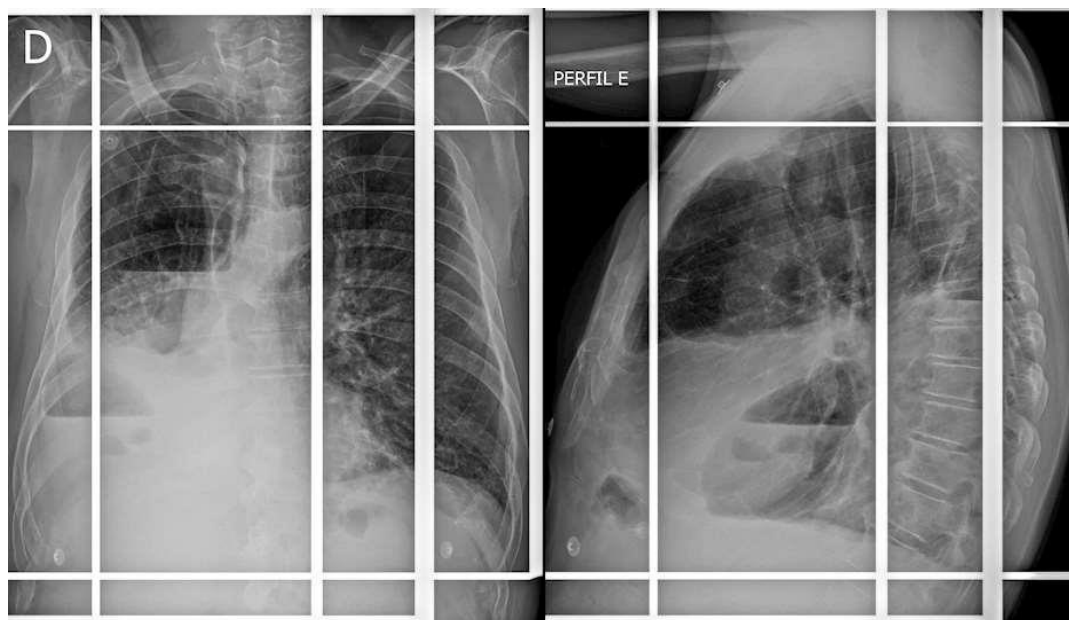
Parcial de urina	Sem alterações
------------------	----------------

Fonte: Adaptado do prontuário eletrônico, 2023.

De imagem:

- Radiografia de tórax:

Figura 18 – Radiografia de tórax AP e perfil



Fonte: Adaptado do prontuário eletrônico, 2023.

- Tomografia de tórax sem contraste: Apresenta moderado derrame pleural à direita; importante consolidação em lobo inferior direito com broncograma aéreo sugestivo de processo infeccioso; sinais de enfisema pulmonar.

5.4.5 Conduta

Prescrição:

- Sintomáticos e medidas para controle da pressão arterial.
- Medidas iniciais de resgate do broncoespasmo:
 1. Salbutamol 100 mcg: 4 puff a cada 20 minutos. Repetir 3 vezes. Depois, manutenção de hora em hora. Após melhora do quadro, de 4 em 4 horas.
 2. Hidrocortisona 100 mg: uma ampola.

3. Brometo de ipratrópio 0.025 %: Nebulização com 20 gotas a cada 20 minutos. Repetir 3 vezes. Depois, manutenção de hora em hora. Após melhora do quadro, de 4 em 4 horas.
4. Terbutalina 0,5 mg/ml ampola de 1 ml: 1 ampola.
5. Sulfato de Magnésio 10 % ampola de 10 ml: 1 ampola.

O usuário teve melhora do quadro dispnéico, ainda apresentava MV diminuído principalmente em hemitórax direito e roncos difusos. Após receber o resultado da radiografia de tórax, foi prescrito:

1. Ceftriaxona 1 g IM.
2. Azitromicina 500 mg.
3. Prednisona 40 mg.

Ademais, foi solicitada a realização de uma tomografia de tórax e a transferência ao HMPGL.

5.4.6 Discussão

A DPOC se caracteriza pela limitação crônica ao fluxo de ar, não totalmente reversível, persistente e progressiva, associada a uma resposta inflamatória anormal das vias aéreas à inalação de gases e partículas nocivas. Essa obstrução crônica ocorre por dois processos concomitantes, a inflamação das pequenas vias aéreas e a destruição parenquimatosa.

As exacerbações da doença são comuns e contribuem para a gravidade do processo patológico. Esses eventos agudos se caracterizam por piora dos sintomas respiratórios em relação ao basal do indivíduo, geralmente causados por infecções virais e bacterianas ou por exposição ambiental. O aumento dos sintomas de tosse, aperto torácico, sibilos, falta de ar e da secreção por mais de três dias é utilizado para o diagnóstico de exacerbação com base em sintomas clínicos.

O usuário deu entrada ao serviço apresentando um quadro dispnéico com murmúrio vesicular diminuído, sibilâncias, uso da musculatura acessória e tiragem intercostal. Ao exame físico apresentava tórax em tonel, ou seja, aumento do diâmetro anteroposterior do mesmo. Com os achados da anamnese e exame físico percebe-se que ele apresentava os três sintomas cardinais da exacerbação da DPOC, sendo estes:

- Piora da dispneia;
- Piora da quantidade da expectoração;
- Piora do aspecto da expectoração.

Na avaliação inicial é importante diferenciar quando a piora sintomática está relacionada a um processo inflamatório agudo das vias aéreas em resposta a um agressor, seja químico ou microbiológico ou ao aumento dos sintomas devido a doenças concomitantes como tromboembolismo pulmonar, pneumotórax, insuficiência cardíaca ou arritmias. Por tanto, a identificação ou exclusão desses eventos é fundamental para a abordagem do indivíduo com suspeita de exacerbação. Pelos dados coletados, o caso do usuário foi associado a um processo infeccioso agudo das vias aéreas inferiores. Estas infecções são responsáveis por 50 a 70 % das exacerbações de DPOC, levando aos usuários necessitarem de internação hospitalar.

Sendo que o risco de morte por exacerbação de DPOC está diretamente relacionado ao desenvolvimento de acidose respiratória, presença de doenças associadas significativas e à necessidade de suporte ventilatório, se deve considerar os critérios no quadro X abaixo para internação do indivíduo:

Quadro 10 – Critérios indicadores de internação por exacerbação de DPOC

<u>Incapacidade de ser cuidado em domicílio</u>
<u>DPOC muito grave</u>
Falência de tratamento ambulatorial
<u>Doenças associadas com repercussões clínicas: insuficiência cardíaca congestiva, diabetes mellitus, arritmia cardíaca, doença renal ativa ou doença hepática ativa</u>
<u>Suspeita de outros diagnósticos associados, tais como pneumonia, embolia, derrame pleural ou pneumotórax</u>
<u>Dispneia acentuada que não melhora com tratamento adequado</u>
<u>Frequência respiratória > 30 incursões por minuto</u>
Respiração paradoxal
Instabilidade hemodinâmica
Rebaixamento do nível de consciência
Hipoxemia intensa e não responsiva ao uso de oxigênio (PaO ₂ < 40 mmHg)
Hipercapnia intensa ou progressiva (PaCo ₂ > 60 mmHg)

Acidose respiratória pH < 7,25

Fonte: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2013.

Segundo esses critérios, o usuário deve receber internação hospitalar para melhor prognóstico do quadro clínico, o que foi solicitado algumas horas depois da admissão.

É essencial a investigação laboratorial e de imagem do usuário, para avaliar a gravidade do quadro e também decidir sobre a necessidade de internação e abordagem de acompanhamento dele. Pode ser realizado:

- Radiografia de tórax pode mostrar sinais de hiperinsuflação como retificação das cúpulas diafragmáticas, aumento dos espaços intercostais, aprisionamento aéreo no espaço retroesternal e aumento do diâmetro anteroposterior do tórax. Útil também na avaliação de diagnósticos diferenciais como insuficiência cardíaca, pneumonia, pneumotórax, derrame pleural. No caso do usuário, o exame mostrou todos os sinais característicos de DPOC e também derrame pleural, consolidação sugestiva de processo infeccioso e também um provável abscesso pulmonar bacteriano.
- Hemograma pode revelar leucocitose. Policitemia (hematócrito > 55%) pode indicar paciente com hipoxemia crônica. No caso, revelou uma importante leucocitose (> 20.000).
- Eletrólitos para avaliar alterações.
- PCR para avaliar grau inicial de inflamação.
- Gasometria arterial para avaliação de hipoxemia, hipercapnia e do estado ácido básico.
- Eletrocardiograma: flutter, fibrilação atrial e taquicardia atrial multifocal são taquiarritmias comuns em pacientes com DPOC. Pode evidenciar sobrecarga de câmaras direitas, presente nos pacientes com *cor pulmonale*. Este exame não foi solicitado no caso em questão.

Em relação ao tratamento, está indicado:

1. Oxigenioterapia: oferecer o mínimo necessário para manter a saturação entre 88-92 %.

2. Corticóides: pode ser tanto via oral como endovenosa. No caso, foi utilizada Prednisona 40 mg via oral. A recomendação é de 0,5 mg/kg até 40 mg, por 5 a 7 dias.
3. Broncodilatadores: preferindo sempre via inalatória, conforme descrito na prescrição.
 - a. Terbutalina: podendo ser administrado de meia a 1 ampola (0,25 a 0,5 mg) via subcutânea, apenas em casos críticos como o relatado.
4. Sulfato de magnésio: reservado também para casos graves, com pouca ou nenhuma resposta às medidas iniciais, sendo 1 a 2 g dose única.
5. Outras medicações como metilxantinas e adrenalina tem o uso desencorajado.

A meu ver, o grande detalhe no tratamento da exacerbação de DPOC é a necessidade de antibióticos. Devemos lembrar que as infecções respiratórias são consideradas a principal causa de exacerbação de DPOC e que esses quadros normalmente são decorrentes de patógenos semelhantes. A utilização de antibióticos está indicada na presença dos 3 sintomas cardinais ou na presença de 2 deles, sendo um a presença de escarro purulento.

Segundo a guia *AWaRe* da OMS, a recomendação para casos graves como o relatado é do uso da Amoxicilina + Clavulanato 500 mg + 125 mg de 8 em 8 horas durante 5 dias. Esta recomendação difere da conduta tomada no caso, considerando que se utilizou Ceftriaxona e Azitromicina.

Nestes casos, o uso de antibióticos reduz o período de internação e mortalidade. Também se ressalta que o uso deles por período curto de tratamento apresenta igual resposta ao prolongado, com redução dos efeitos adversos, observando-se a redução da dispneia e da purulência do escarro.

5.4.7 Orientações

Para estes casos, preconizam-se as seguintes vacinas, conforme o Programa Nacional de Imunizações com o objetivo de reduzir as complicações decorrentes de infecção:

- Vacina anti-influenza (anual): todos os pacientes com DPOC;

- Vacinas pneumocócicas 13 - conjugada e polissacarídica (23-valente): pacientes com DPOC sintomáticos e exacerbadores.

5.5 CASO 5: Dengue

5.5.1 Anamnese

Identificação: Usuário do sexo masculino de 53 anos de idade, casado, natural e procedente de Foz do Iguaçu.

Queixa principal: “Estou com dengue”.

História da doença atual: Usuário refere febre não aferida, cefaleia e mialgia de intensidade moderada há 3 dias (D3). Relata que a esposa é enfermeira e fez a prova do laço em casa, com resultado positivo (sic). Nega outros sintomas e sinais de alarme. Não procurou atendimento em UBS. Hoje comparece à UPA por não apresentar melhora do quadro com uso de medicamentos sintomáticos.

Histórico patológico progresso: HAS, Pré-diabetes, hiperuricemia e hipertrigliceridemia em acompanhamento ambulatorial. Nega alergias medicamentosas. Nega etilismo e tabagismo.

Histórico familiar: Nega.

5.5.2 Exame físico

- **Sinais vitais:** Tax: 36,0 C // SatO2: 98 AA // FR: 18 irpm // PA: 149/88 mmHg // FC: 88 bpm // Peso 75 Kg.
- **Geral:** BEG, LOTE, eupneico em ar ambiente, acianótico, anictérico, normohidratado, normocorado, TEC < 2s.
- **Neurológico:** consciente, contactuante, abertura ocular presente e espontânea, pupilas isocóricas e fotorreagentes.
- **Cardiovascular:** RCR2T com BNF, sem sopros.

- **Respiratório:** MV uniformemente distribuído, sem ruídos adventícios. Sem sinais de esforço respiratório. Boa expansibilidade pulmonar.
- **Abdômen:** globoso, flácido, RHA+, sem dor na palpação profunda. Sem VCM nem massas palpáveis. Sem dor à descompressão brusca do peritônio. Blumberg negativo. Giordano Negativo. Murphy negativo.
- **Pele:** sem alterações.
- **Membros:** Mobilidade preservada, sem sinais de edema, panturrilhas livres. Pulsos periféricos presentes, simétricos e cheios.
- **Genitourinário:** diurese espontânea.

5.5.3 Diagnóstico

Sindrômico:

- Síndrome infecciosa de origem viral.
- Síndrome algica aguda.

Hipótese diagnóstica: Dengue B.

Impressão diagnóstica: Usuário de 53 anos de idade com HAS e dislipidemia refere cefaleia e mialgia há três dias e suposta prova do laço positiva realizada em domicílio sem melhora significativa com uso de sintomáticos.

Diagnóstico diferencial: Outras arboviroses.

5.5.4 Exames complementares:

Laboratoriais:

Quadro 11 – Exames laboratoriais no D3

Exame	Resultado
Hematócrito	41,00 %
Hemoglobina	14,20 g/dL
Plaquetas	145.000/mm ³

Leucócitos totais	3.620/mm ³
--------------------------	-----------------------

Fonte: Adaptado do prontuário eletrônico, 2023.

5.5.5 Conduta

Prescrição:

1. Dipirona sódica 500 mg/ml - ampola de 2 ml: IM.
2. Para casa:
 - a. Sais de reidratação oral.
 - b. Paracetamol.
 - c. Dipirona.
3. Atestado de sete dias.
4. Orientações sobre sinais de alarme.

5.5.6 Retorno para acompanhamento e internação

Dois dias depois (D5), o usuário retorna referindo piora do quadro com náuseas, diarreia e dor abdominal. Negou sangramentos e outros sintomas. Relatou que realizou exames laboratoriais em estabelecimento particular nesse dia mais cedo e teve:

Quadro 12 – Exames laboratoriais no D5

Exame	Resultado
Hematócrito	45,70 %
Hemoglobina	16,30 g/dL
<u>Plaquetas</u>	<u>42.000/mm³</u>
<u>Leucócitos totais</u>	<u>2.900/mm³</u>

Fonte: Adaptado do prontuário eletrônico, 2023.

Ao exame físico do abdômen apresentava hipertimpanismo e dor difusa à palpação profunda. Dessa forma, o quadro do usuário foi reclassificado como Dengue C. Ao apresentar sinais de alarme associados à queda abrupta de plaquetas. Foram prescritos medicamentos sintomáticos, iniciada fase de expansão volêmica e solicitados novos exames laboratoriais e USG de abdômen para posterior

monitoramento do paciente na sala de observação de dengue. Além disso, foi realizada uma prova do laço com resultado positivo pelo serviço de Epidemiologia e assim foi feita a notificação do caso.

Quadro 13 – Exames laboratoriais para admissão

Exame	Resultado
Hematócrito	40,30 %
Hemoglobina	14,10 g/dL
<u>Plaquetas</u>	<u>12.000/mm³</u>
<u>Leucócitos totais</u>	<u>3.330/mm³</u>
Ureia	29 mg/dL
<u>Sódio</u>	<u>133 mmol/L</u>
Potássio	Sem resultado no prontuário
Albumina	Sem resultado no prontuário
Bilirrubina	Sem resultado no prontuário
<u>TGP</u>	<u>240 U/L</u>
<u>TGO</u>	<u>353 U/L</u>
PCR	1,7 mg/dL

Fonte: Adaptado do prontuário eletrônico, 2023.

Na observação o usuário se manteve estável, apenas referindo dor abdominal em quadrantes superiores e apresentando petéquias em abdômen e membros inferiores. Foi solicitada a vaga no HMPGL conforme fluxo municipal, que foi aceita um par de horas depois ao entrar em contato com o NIR para prioridade da mesma. Além disso, foi prescrita a fase de manutenção volêmica (2000 ml 1/3 SF + 2/3 de SG 5%) em 8 horas e solicitados novos exames enquanto aguardava a vaga (D6).

Quadro 14 – Exames laboratoriais no D6

Exame	Resultado
Hematócrito	44,80 %
Hemoglobina	15,70 g/dL

Plaquetas	16.000/mm ³
Leucócitos total	4.850/mm ³

Fonte: Adaptado do prontuário eletrônico, 2023.

O usuário continuou estável, apenas referindo dor em hipocôndrio direito e apresentando petéquias em abdômen e membros inferiores. Foi transferido para a sala vermelha para melhor monitoramento dos sinais vitais e hidratação e aproximadamente uma hora depois foi transferido ao HMPGL no D6 à tarde.

5.5.7 Discussão

A dengue é uma doença de amplo espectro clínico que inclui desde formas oligossintomáticas até quadros graves, podendo evoluir para o óbito. Na apresentação clássica, a primeira manifestação é a febre, geralmente alta, de início agudo, associada à cefaleia, adinamia, mialgias, artralrias, dor retro orbitária. O exantema clássico também pode estar presente e é predominantemente do tipo máculo-papular, que atinge face, tronco e membros, podendo apresentar-se com ou sem prurido. No caso, o usuário referiu febre não aferida, cefaleia e mialgia com 3 dias de evolução, o que levantou a suspeita de dengue no primeiro atendimento. Como nesse momento não apresentava alterações laboratoriais nem sinais de alarme, foi classificado como Dengue B e foram prescritos sintomáticos e hidratação oral conforme os protocolos. Sendo assim, ele foi orientado a consumir 6 L de líquidos ao dia (80ml/kg/dia, sendo 1/3 com solução salina oral e 2/3 com ingestão de líquidos caseiros). Finalmente, foi informado sobre sinais de alarme e retorno para acompanhamento. Todo caso suspeito de dengue deve ser notificado à Vigilância Epidemiológica, sendo imediata a notificação das formas graves da doença.

Entre o terceiro e o sétimo dia da doença, quando ocorre a defervescência da febre, podem surgir sinais e sintomas como vômitos, dor abdominal, hepatomegalia dolorosa, sonolência ou irritabilidade, sangramento de mucosas e hipotermia. Por isso os sinais de alarme devem ser rotineiramente pesquisados e os usuários corretamente orientados a procurar assistência na ocorrência deles. O reconhecimento precoce desses sinais terá um impacto significativo no sucesso do tratamento. Assim, o usuário no quinto dia da doença

apresentou náuseas, diarreia e dor abdominal, o que o levou a procurar novamente atendimento.

A história clínica deve ser detalhada, por isso a anamnese deve incluir: data do início dos sintomas, cronologia do aparecimento dos sinais e sintomas, caracterização da curva febril, pesquisa de sangramentos e sinais de alarme. Também é muito importante considerar aspectos epidemiológicos, para isso devemos questionar sobre presença de casos na família, no peridomicílio e em creches ou escolas, histórico de deslocamento nos últimos 15 dias a áreas com transmissão da doença e também sobre histórico de infecção pregressa por dengue. Na nossa realidade geográfica é comum ter o relato de casos na família ou no bairro, pois o município e a região da tríplice fronteira é uma área endêmica da doença, especialmente nesta época do ano.

Também deve ser questionada a presença de doenças crônicas como asma, atopias e alergias medicamentosas, diabetes, doenças hematológicas, renais, autoimunes e outras; uso de medicamentos e histórico vacinal (importante para o diagnóstico diferencial com doenças febris exantemáticas e outras síndromes febris agudas de importância em cada situação epidemiológica).

O exame físico deve ser completo, avaliando especialmente estado de consciência, pele, grau de hidratação, peso, temperatura e enchimento capilar.

A dengue tem um amplo espectro clínico, podendo manifestar variados sinais e sintomas, além de ser uma doença dinâmica, podendo expressar, em determinado momento, sinais de gravidade e choque diferenciados. Devido a essas características, pode-se destacar seu diagnóstico diferencial em síndromes clínicas:

- a. Síndrome febril: enterovirose, influenza e outras viroses respiratórias, hepatites virais, malária, febre tifóide e outras arboviroses;
- b. Síndrome exantemática febril: rubéola, sarampo, escarlatina, eritema infeccioso, exantema súbito, enterovirose, mononucleose infecciosa, parvovirose, citomegalovirose, outras arboviroses (mayaro), farmacodermias, doença de Kawasaki, doença de Henoch-Schonlein etc;
- c. Síndrome hemorrágica febril: hantavirose, febre amarela, leptospirose, malária grave, riquetsioses e púrpuras;

- d. Síndrome dolorosa abdominal: apendicite, obstrução intestinal, abscesso hepático, abdome agudo, pneumonia, infecção urinária, colecistite aguda etc;
- e. Síndrome do choque: meningococemia, síndrome do choque séptico e choque cardiogênico.

O Ministério da Saúde dispõe de um fluxograma de classificação de risco e manejo para a dengue. O grupo B se caracteriza por:

- a. Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaléia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgias, artralgias) e história epidemiológica compatível.
- b. Ausência de sinais de alarme.
- c. Com sangramento de pele espontâneo (petéquias) ou induzido (prova do laço +).
- d. Condições clínicas especiais e/ou de risco social ou comorbidades: lactentes (menores de 2 anos), gestantes, adultos com idade acima de 65 anos, com hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme e púrpuras), doença renal crônica, doença ácido péptica, hepatopatias e doenças auto-imunes.

Para estes casos devem ser solicitados exames específicos para a dengue de forma obrigatória (sorologia) e também inespecíficos como hemograma completo, com a coleta no momento do atendimento e a liberação do resultado entre 2 e 4 horas, para avaliar hemoconcentração. Estas recomendações são estritamente seguidas no serviço.

Os usuários devem ser observados até os resultados dos exames estarem disponíveis. Além disso:

- Hidratação oral conforme recomendado para o grupo A, até o resultado do exame (supervisionada para adultos: 80 ml/kg/dia, sendo 1/3 do volume administrado em quatro a seis horas e na forma de solução salina isotônica). É essencial que isso seja colocado na prescrição interna do serviço, pois no caso do paciente foi apenas prescrito como “expansão volêmica conforme protocolos”.
- Sintomáticos.

- Reavaliação após resultado de exames:
 - Paciente com hematócrito normal: tratamento em regime ambulatorial com reavaliação clínica diária.
 - Paciente com hematócrito aumentado em mais de 10% acima do valor basal: tratamento em observação para avaliação clínica sistemática para detecção precoce dos sinais de alarme e de hematócrito para pesquisa de hemoconcentração e resposta a terapia de reidratação.
 - Retorno para reclassificação, com reavaliação clínica e laboratorial, deve ser diário, até 48 horas após a queda da febre ou imediatamente, na presença de sinais de alarme.

O grupo C se caracteriza por:

- a. Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos.
- b. Presença de algum sinal de alarme.
- c. Manifestações hemorrágicas presentes ou ausentes.

Como o usuário retornou no quinto dia de sintomas referindo sinais de alarme, o caso foi reclassificado como dengue C. Ele foi internado e foi realizada hidratação venosa rápida, coleta de exames laboratoriais (hemograma, albumina, transaminases e outros) e também solicitado USG de abdômen. A conduta para esse grupo inclui:

- a. Acompanhamento em oito de internação por um período mínimo de 48h.
- b. Reposição volêmica no adulto: Fase de expansão: hidratação IV imediata: 20 ml/kg/h em duas horas, com soro fisiológico ou Ringer Lactato.
- c. Reavaliação clínica e de hematócrito em 2 horas (após a etapa de hidratação).
- d. Repetir fase de expansão até três vezes, se não houver melhora do hematócrito ou dos sinais hemodinâmicos.
- e. Se houver melhora clínica e laboratorial após fases de expansão, iniciar fase de manutenção:
 - Primeira fase: 25 ml/kg em 6 horas.
 - Se melhora: Segunda fase: 25ml/kg em 8 horas, sendo 1/3 com soro fisiológico e 2/3 com soro glicosado, conforme realizado no caso.

Sendo que durante a fase de manutenção e exames de acompanhamento o usuário apresentou contagem de plaquetas de $12.000/\text{mm}^3$, mesmo sem repercussão clínica, ele tinha indicação de internação hospitalar, sendo solicita a vaga e posterior transferência à unidade hospitalar de referência no município.

6 CAPÍTULO V - RELATO VIVENCIAL DO MÓDULO

Antes de tudo, tenho que contar o fato de que esperava o módulo de UE com entusiasmo e um pouco de medo. Assim que estava próximo a acabar o módulo anterior, que era na APS, já estava sentindo a necessidade de uma nova rotina, de novos desafios e de novos campos de prática com novas pessoas e aprendizados. Durante o pré-internato de UE, tive uma ótima experiência nas aulas teóricas, seminários, relatos de caso e discussões semanais, mas não tão extraordinária nos plantões, portanto, tinha muitas expectativas para o módulo do internato.

Para este módulo esperava principalmente ganhar confiança nos campos de prática para conseguir desenvolver minhas habilidades, não só a parte técnica, clínica e teórica, como também enriquecer minhas atitudes, valores, capacidade de comunicação, proatividade e integração com as equipes. Em resumo, eu esperava ganhar conhecimento sobre:

- Componentes e funcionamento da rede de UE do município em relação às queixas e agravos mais prevalentes na população.
- Fluxos de cada instituição e manejo de prontuários (prescrições, procedimentos, transferências, encaminhamentos, documentos).
- Papéis dos profissionais de cada setor (triagem, equipe de enfermagem, transporte, farmácia, administrativo).
- Acolhimento e classificação de risco.
- Aspectos como comunicação de notícias difíceis, humanização, escuta ativa, autonomia do usuário, abordagem familiar, orientação apropriada.
- Aprender a lidar com situações graves e morte.
- Treinar a proatividade, curiosidade e empatia.

A meu ver, consegui explorar e me aprofundar em todos esses tópicos durante os plantões de uma forma gradativa, através da aprendizagem significativa e

me apropriando das diferentes realidades de cada serviço, tentando extrair o melhor para o meu processo educativo.

Além disso, pude treinar constante e exaustivamente a habilidade de comunicação e interação com as equipes de profissionais, usuários, familiares e com minha colega, que era minha dupla durante os plantões. A convivência com minha dupla não poderia ter sido melhor, atuamos em parceria, dando suporte um para o outro, e dessa forma foi possível uma passagem mais amena e frutífera pelos plantões que também garantiu maiores e melhores aprendizados. Em relação à comunicação com equipes e preceptores, considero que foi o que mais demandou esforços, especialmente nos primeiros campos de prática, onde ainda não estavam acostumados com a presença de internos. Mesmo assim, todas as equipes e preceptores foram extremamente receptivos, informativos, comunicativos e acolhedores. Admito que em nenhum lugar me senti como um “ET” ou alheio ao que estava acontecendo.

Em minha opinião, o segredo sempre foi chegar com boa atitude, me apresentando para todos (tanto profissionais saindo do plantão como para quem estava chegando), falar de uma forma calma, informar sempre o que ia fazer ou o que já tinha feito em relação aos atendimentos e também, quando possível, levar ou fazer um mimo para a equipe (eles adoram chocolates, bolos e que passem café para eles). Surpreendentemente, mesmo que os preceptores não estejam ali designados para nos receber, a grande maioria foi acolhedor, nos delegaram funções durante os plantões, nos confiaram responsabilidades, nos explicaram sobre casos clínicos interessantes e as condutas que eram tomadas e também nos permitiram opinar sobre o caso e dar sugestões, quer dizer, era perceptível a boa vontade deles para contribuir com nosso aprendizado e sempre foram agradecidos conosco nos finais dos plantões.

Ademais, a interação com os usuários e familiares foi bastante positiva. Eles foram colaborativos e se sentiam bastante à vontade para conversar conosco quando eram atendidos por nós, livres para expor todas suas dúvidas e trazer dados além da situação ou queixa que estavam apresentando. Neste quesito foi possível treinar a escuta ativa, a adequação da linguagem a uma fala simples, mas completa, a passagem adequada de orientações para os usuários e acompanhantes e também

a humanização, o olhar o no olho, um toque físico quando foi necessário e o devido acolhimento sem nenhum tipo de discriminação ou julgamento.

Assim como era necessário adequar a linguagem de acordo com o usuário ou familiar, também aprendi e treinei a habilidade de fazer a passagem de casos, no fim dos plantões ou pelo rádio, de uma forma objetiva e completa, com segurança. Esta é uma habilidade muito importante para a comunicação entre os profissionais de saúde das diversas áreas e dos diversos componentes da rede de UE, e considero que treiná-la é de extrema importância.

Por outro lado, um dos atributos da comunicação que senti que está faltando nos serviços, especialmente nos momentos de comunicar notícias difíceis, é a valorização dos silêncios. Não escutarmos de forma ativa e interessada os usuários e interrompê-los constantemente é um fator muito prejudicial nos atendimentos, pois informações necessárias “passam batido” e não é possível fortalecer a relação com o usuário e familiares. Acredito que é por esse motivo que muitas vezes os usuários até preferem ser abordados por nós, estudantes, pois eles contam de forma mais ampla o que está acontecendo e se sentem melhor acolhidos, por isso, o atributo do silêncio, é muito importante nos momentos de escuta ativa e também ao comunicar uma informação delicada, para garantir que o receptor assimile o que está sendo falado e possa compreender completamente.

Nessa linha, destaco algumas situações que me impactaram durante os plantões neste módulo:

- Falta de sensibilidade dos profissionais: é compreensível que durante plantões cansativos e rotinas bagunçadas, nossa energia não esteja sempre a 100% e isso impacte sobre o atendimento que prestamos, que acaba sendo menos humanizado e às pressas. No entanto, há situações mais delicadas que precisam de um maior cuidado, por exemplo, atendimento a usuários graves, a vítimas de agressão física ou sexual, usuários que tentaram suicídio, usuários com indicação de cuidados paliativos, idosos, ... Assim, fui testemunha de diversas situações que levaram a maus tratos ou falta de cuidado com alguns usuários e familiares. Essas situações geram medo em mim. Penso e reflito sobre meu futuro como médico e sinto medo de me tornar um profissional insensível, alheio ao sofrimento dos outros, que traduza o cansaço físico a descuido ou atitudes pouco humanas.

- Usuários que procuram a UPA para situações que podem ser abordadas na UBS: isto também me chamou muito a atenção, especialmente na minha passagem pelas UPA. Há usuários que não sabem em que estabelecimento procurar atendimento. Isso leva a sobrecarregar o serviço de urgência com situações que podem ser abordadas nas UBS. Esse processo educativo tem que ser constante e tem que ser feito tanto pelos profissionais da atenção básica quanto do serviço de urgência. Parece cansativo, mas é necessário, pois é incrível o número de casos por dia que se apresentam nas UPA que podem ser tranquilamente resolvidos se a atenção básica cumprisse de maneira apropriada suas atribuições.
- Usuários que procuram os serviços de urgência muito tarde: seguindo a linha do problema anterior, isto também tem que ser levado como um processo constante de educação em saúde e ações de promoção e prevenção. Pois houve algumas situações em que presenciei a chegada de usuários em situações graves por causa de não procurar o serviço de forma oportuna. Por exemplo, o caso apresentado neste relatório sobre a criança com crise de asma, cujos pais levaram ao serviço depois de aproximadamente 6 horas de dispneia. Os usuários devem ser corretamente orientados sobre a procura dos serviços de saúde, não só na atenção básica, mas também na UE, em que o usuário pode apresentar piora ou recidiva dos sintomas e precisar de atendimento oportunamente.

Também houve outra situação que me impactou e foi quão bem lidei com os plantões noturnos, pois no começo não sabia como lidar com isso. Mas surpreendentemente foi bastante tranquilo. Há locais em que é possível descansar de forma confortável, como em São Miguel e no SAMU regulação, mas os demais são um pouco mais complicados. Mesmo não conseguindo descansar em alguns plantões, especialmente nas UPA, ficava estudando, vendo os prontuários, conversando com os usuários e familiares que andavam pelo local, e assim o tempo passava até ter alguma atividade para fazer ou até acabar o plantão.

Em referência à comunicação de notícias difíceis, considero que a comunicação é uma habilidade crucial para qualquer profissional de saúde, e é especialmente importante nos serviços de urgência e emergência, onde os usuários muitas vezes estão em estado crítico e suas famílias estão ansiosas e preocupadas.

A capacidade de comunicar informações de forma clara, eficaz e compassiva é essencial para garantir a compreensão de todos, bem como para estabelecer uma relação de confiança entre o médico e o usuário.

No entanto, nem todas as notícias são fáceis de comunicar. Muitas vezes, os médicos são chamados para comunicar notícias difíceis, como diagnósticos graves, prognósticos ruins e morte. Essas notícias podem ser devastadoras, e é importante que os médicos estejam preparados para comunicá-las de maneira sensível e empática. Durante a minha passagem pelo HMPGL, consegui acompanhar momentos em que foram informadas notícias difíceis para usuários e familiares, tanto de prognóstico como de óbito.

Acredito que é essencial que os médicos recebam treinamento na comunicação de notícias difíceis. Esse treinamento pode incluir técnicas para ajudar a se preparar para a conversa, como escolher um local apropriado e estabelecer uma conexão empática com o receptor. Também pode envolver estratégias de comunicação específicas, como escutar atentamente, fornecer informações de maneira clara e objetiva, usar uma linguagem simples e evitar jargões médicos. Além disso, o treinamento na comunicação de notícias difíceis também pode ajudar os médicos a lidar com suas próprias emoções durante essas conversas difíceis. É importante que os médicos saibam como lidar com o estresse, a ansiedade e o luto que podem surgir durante a comunicação de notícias difíceis, para que possam permanecer calmos, compassivos e profissionais durante essas situações desafiadoras.

Em resumo, a aprendizagem e treinamento na comunicação de notícias difíceis são fundamentais para a carreira de medicina, especialmente no serviço de urgência e emergência. Essa habilidade não apenas ajuda a estabelecer uma relação de confiança entre os envolvidos, mas também pode ajudar a aliviar o sofrimento emocional que pode acompanhar notícias difíceis.

No que diz respeito ao cenário em que senti que houve maior aproveitamento e aprendizado, sinto que foi no Complexo Hospitalar e Maternidade de São Miguel do Iguaçu, pois parece que diversas condições contribuem para isto, ou seja, a estrutura, os fluxos internos, a tranquilidade do local (pouco ou quase nada de barulho, iluminação, conforto), profissionais parceiros que te dão o lugar de interno de medicina, preceptores jovens e com muita vontade de ensinar e ajudar e

também pela variedade de casos que são atendidos por lá. Considero também que o SAMU base também é um cenário ótimo para novas e diversas experiências, pois antes não tinha noção da abordagem pré-hospitalar e do transporte dos usuários entre os estabelecimentos de saúde, e também porque foi possível acompanhar o paciente em sua passagem pela rede, não só quando o atendimento começou acionando o SAMU, como também quando o usuário era transferido desde as UPA ou levado para outro município.

Quanto aos obstáculos enfrentados durante o módulo tenho que dizer que principalmente foram o cansaço físico e mental e a organização da rotina, para conseguir aproveitar o tempo para estudar e realizar outras atividades. Assim que passaram os primeiros plantões, conseguia ir organizando meus dias para conciliar todas minhas tarefas e também ter tempo para realizar atividade física e de lazer.

À medida que o módulo passava, percebi que os aprendizados mais significativos estavam relacionados a atitudes e habilidades de comunicação que adquiri e treinei durante os plantões, assim como a importância do conhecimento dos fluxos específicos de cada campo de prática, integrantes da equipe e estrutura do local. Também foi essencial a familiarização com o prontuário eletrônico e sistema de atendimento. A meu ver, o módulo requer que o acadêmico seja proativo e curioso, pois todos os plantões são uma experiência diferente e nós estamos ali para aproveitar ao máximo, por isso é importante perguntar, olhar os prontuários, conversar com os colegas e usuários, conhecer o local e também estudar os casos depois, para conseguir realizar a devida articulação teórico-prática. Se isso não for implementado, o “aprendizado” estará apenas baseado em experiências pessoais e em informação recebida dos outros profissionais, sem integrar com as bases científicas, o que não é legal. Também pude testemunhar a importância de conversar e se aproximar dos profissionais da equipe de plantão, pois isso permitia conectar com eles e aproveitar ainda mais os plantões, posso dizer que a história do outro muda a gente.

Admito que desenvolvi grande interesse pela área de UE. Antes tinha medo e pouco conhecimento sobre e acredito que por causa disso não tinha uma grande motivação pelo módulo, mas em cada plantão ia aumentando meu interesse e atualmente considero que seria uma boa opção para seguir.

Por último, sugiro manter a escala do jeito que foi pensada, em que há uma distribuição variada de plantões diurnos, noturnos, de final de semana e em dias diferentes, isso garante a variedade de experiências nos serviços e acho isso ótimo. Também sugiro a realização de encontros a cada semana ou a cada duas semanas, com a turma toda, para compartilhar experiências e discutir casos.

7 CAPÍTULO VI - PROCEDIMENTOS

Durante o módulo foi possível a realização e observação de inúmeros e diversos procedimentos invasivos, especialmente nas unidades de pronto atendimento e no HMPGL, descritos no quadro 15.

Quadro 15 – Procedimentos

Procedimento	Observado	Preparação	Realizado	Descrição
IOT	5	1		Uma observada em um atendimento de uma USA do SAMU a um usuário idoso com câncer de fígado e episódio de hematêmese intensa que evoluiu a rebaixamento do nível de consciência. As demais foram observadas no HMPGL em usuários graves, principalmente idosos. Também foi realizada a preparação e montagem do ventilador em companhia com fisioterapeuta, que explicou os passos, configuração de parâmetros e testes antes do procedimento.
Acesso venoso central	6			Um CVC em jugular interna direita observado na UPA Morumbi em um usuário idoso com DPOC exacerbada e choque séptico. Os demais foram observados no HMPGL em usuários graves, principalmente idosos, tanto em jugular interna direita e esquerda quanto subclávia direita.
Sondagem nasogástrica	5	2	2	Duas sondagens realizadas em usuária idosa com alzheimer que tirou a sonda e em usuário pediátrico com paralisia cerebral que tinha indicação de troca da sonda. Realizadas na UPA Morumbi e Samek respectivamente, sem intercorrências. Ambas confirmadas com Rx de tórax
Sondagem vesical	11	2	2	Duas sondagens vesicais de demora realizadas em usuários idosos com indicação de troca de sonda. Realizadas na UPA Samek e CHMM São Miguel. Sem intercorrências e

				supervisadas por enfermeiro/a.
Gasometria arterial	5		1	Coletas observadas na UPA Morumbi e no PS do HMPGL, em artéria radial. Uma tentativa realizada com acompanhamento da enfermeira.
Paracentese	1			Paracentese de alívio observada na UPA Morumbi em usuário idoso com insuficiência hepática crônica. O Dr. foi explicando o procedimento passo a passo
Suturas diversas	> 20	> 20	> 20	Realizadas principalmente em ambas as UPA em que atuamos ativamente na sala de procedimentos. Foi possível realizar suturas diversas em usuários pediátricos, adultos e idosos. Entre as mais comuns estavam ferimentos no couro cabeludo, no queixo e nos membros, resultado de acidentes domésticos, ocupacionais e de trânsito. Foi interessante tanto realizar tanto a aplicação do anestésico local e a sutura como a preparação (antisepsia, material) e cuidados pós procedimento (curativo, orientações, prescrição, necessidade de antibioticoterapia ou encaminhamento a Epidemiologia)
Lavagem gástrica	3	1		Observadas nas UPA e HMPGL em usuárias adultas jovens com tentativa de suicídio por intoxicação exógena.
Endoscopia digestiva alta	1			Observada no PS do HMPGL. A endoscopista nos convidou para acompanhar a EDA em uma usuária idosa com anemia grave e clínica sugestiva de HDA. Durante o procedimento foram observadas múltiplas úlceras gástricas no corpo do estômago com comprometimento de dois vasos sanguíneos. Também foi realizada hemostasia com aplicação local de solução com adrenalina.

Fonte: o autor, 2023.

Também realizamos outros procedimentos menores como drenagem de abscessos e hematomas, remoção de corpos estranhos de olhos e ouvidos, colocação de talas e outros procedimentos ortopédicos e curativos de ferimentos.

Os procedimentos médicos invasivos são essenciais em situações de urgência e emergência, como em casos de parada cardiorrespiratória, trauma, sepsis, entre outros. A aprendizagem e realização desses procedimentos são

fundamentais para o manejo adequado e efetivo desses pacientes. Durante o módulo, é muito valioso ter e aproveitar a oportunidade de aprender e praticar esses procedimentos em um ambiente controlado e supervisionado, permitindo que consigamos desenvolver habilidades práticas e especialmente adquirir confiança na realização deles.

Além disso, é importante a compreensão da importância da técnica correta e segura, lembrando que a segurança do usuário é fundamental em qualquer procedimento médico invasivo, e o treinamento adequado permite minimizar os riscos associados à realização desses procedimentos. Ademais, eles são geralmente realizados em situações de grande estresse e pressão, assim, a prática durante o módulo ajuda também a se preparar para lidar com essas situações de maneira calma e eficiente.

Finalmente, a realização de procedimentos médicos invasivos durante o módulo também ajuda a integrar os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos durante o curso. Isso permite que possamos aplicar os conceitos teóricos na prática clínica e entender como as decisões clínicas são tomadas na abordagem de pacientes em situações de urgência e emergência.

8 CAPÍTULO VII - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

No nosso dia a dia é comum observar que os campos de prática são cenários em que os atendimentos precisam ser realizados de forma rápida e que há a tendência de não ter a oportunidade de ter uma abordagem mais humana, pois o objetivo principal é a preservação da vida a qualquer custo. Principalmente nas UPA, vemos que os usuários e seus familiares recorrem ao serviço em busca de resolver suas queixas e acabam se deparando com uma situação precária no atendimento, tanto material como humana, superlotação, pouco envolvimento da equipe de saúde, distanciamento, impaciência e em algumas situações, até discussões entre os profissionais.

Os atendimentos nos serviços de urgência devem garantir o acesso às tecnologias de saúde disponíveis, das leves às duras. Dessa forma, é essencial a combinação entre tecnologia e humanização, com o desafio de ver a pessoa doente e suas necessidades de saúde como centro do cuidado (LEITE, 2010).

A formação dos profissionais da saúde inclui a preocupação em se apropriar dos princípios e diretrizes do SUS e a humanização, mas ainda é focada no modelo biomédico que reduz a pessoa doente a uma disfunção orgânica que necessita de uma intervenção para sua resolução.

Em conversa com os profissionais da sala vermelha da UPA Samek, foi possível identificar a preocupação de alguns em relação à humanização nos atendimentos, mas grande parte deles não conseguiu definir como a humanização estava presente nas suas abordagens. Outro detalhe é que esta atitude não é exclusiva dos profissionais da sala vermelha, deve ser a atitude de todos os profissionais da UPA, incluindo recepção, higienização, administrativo e assistencial. Portanto, a intervenção que sugiro consiste na realização de um diagnóstico situacional que tenha como principal objetivo a identificação da percepção do conceito de humanização dos profissionais da UPA Samek (seja em um setor específico ou de forma geral) e a aplicação desse conceito nos atendimentos. Com esse diagnóstico, será possível o planejamento de ações multidisciplinares para a melhor aplicação desse conceito no dia a dia, garantindo sempre o bem-estar do profissional. Estas atividades podem incluir rodas de conversa com profissionais especializados, atividades recreativas, encenação de casos reais e hipotéticos para abordar o tema de cuidado e humanização, entre outras.

O cuidado se expressa pelo ato de cuidar. Cuidar é “olhar enxergando o outro, é ouvir escutando o outro, observar percebendo; sentir empatizando com outro”, é estar disponível para fazer com ou para o outro, o que ele eventualmente está impossibilitado de realizar, compartilhando o saber com o paciente e seus familiares (RADÜNZ, 1999). Cuidado e cuidar envolvem o ser humano e só ele é capaz de, associando os dois, prestar um cuidado humano. Cuidado humano é uma atitude ética, em que os seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros e é por isso que deve ser sentido, vivido e exercitado (WALDOW, 1999). As noções de cuidado, cuidar e cuidado humanizado parecem estar aliadas à humanização.

Atitudes e comportamentos humanizados, para tratar as pessoas de quem cuidamos, estão contidos na Constituição Federal Brasileira, no artigo primeiro, incisos II e III, que assinalam respectivamente “a cidadania” e “a dignidade da pessoa humana” como duas das cinco expressões do Estado Democrático de Direito

(BRASIL, 1988). No Código de Ética Médica, no seu artigo primeiro está escrito que, “Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza”. Sendo assim, a Constituição Federal Brasileira e o código de ética da Medicina ressaltam a importância de se tratar as pessoas com dignidade, pois são seres com direitos, deveres e, portanto, é justo receberem um tratamento digno, preservando, assim, a autonomia, a virtude, o desejo dessas pessoas, e tudo aquilo que lhes dá característica de humano.

Os profissionais de saúde têm elementos legais e éticos que determinam e estimulam o respeito à dignidade humana, mas por que é necessário discutirmos sobre humanização, cuidado humanizado e até instituir políticas públicas sobre humanização da assistência nas instituições de saúde? Apesar de estar contido nas leis e bioética, todos os dias assistimos a cenas consideradas desumanas na atenção à saúde em vários setores da rede, especialmente no pronto socorro, quer seja envolvendo usuários, quer seja com os profissionais.

As pessoas que circulam no ambiente de cuidado a pessoas, principalmente as mais graves, parecem presas às regras, normas e regulamentos e estão sempre em estado de alerta às intercorrências clínicas, que podem surgir inesperadamente, esquecendo-se do lado afetivo e humano.

Humanizar o cuidado requer uma atitude humana repensando atitudes e comportamentos dos profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o cuidado. É aprender novamente o valor das pessoas e redescobrir que muitas vezes podemos errar pelas circunstâncias do momento ao deixar de pensar nos outros. Mesmo diante de tantas informações e instruções a serem seguidas, ainda existe dificuldades em se desenvolver um atendimento humanizado em urgência e emergência, assim se questiona quais são as dificuldades enfrentadas pela equipe multidisciplinar em realizar um atendimento humanizado.

No contexto da assistência ao paciente e da visão multiprofissional de humanização, algumas intervenções têm sido recomendadas e/ou implementadas como: acolhimento com avaliação e classificação de risco; um tempo maior para as visitas hospitalares; permanência do familiar junto ao paciente internado; implementação de grupos de apoio aos familiares; incentivo à participação do familiar nos cuidados e na tomada de decisão do tratamento (BRASIL, 2004).

Um dos desafios da humanização é mostrar que ela não depende somente de investimento financeiro. Depende também da decisão dos profissionais de saúde de voltar às raízes de sua profissão, na busca de um cuidado solidário e do alívio do sofrimento que são mais importantes que a cura da pessoa (MARTIN, 2003), considerando a comunicação e a subjetividade do ser humano e compartilhando, com ele, o seu tempo (DESLANDES, 2004).

Humanização não é apenas resgatar o mais bonito do humano ou o quanto “somos maravilhosos”, mas nos resgatar de forma interior e em todas as dimensões da comunicação (verbal e não verbal). Temos que entender que a nossa habilidade de comunicação passa pela capacidade de nos relacionar com quem está à nossa volta, o que significa conquistar o melhor de nós mesmos quando nos relacionamos com o outro (SILVA, 2002). A construção da humanização das práticas assistenciais implica na interação dialógica com o outro, com o reaprender a compartilhar as informações, com a reorganização do trabalho e valorização das formas de subjetivação, dando ao paciente “status” de sujeito (DESLANDES, 2004).

As discussões sobre humanização levantam polêmicas nas instituições de saúde, onde o termo parece não ser compreendido, pois não tem contornos teóricos e práticos definidos, estando sua abrangência e aplicabilidade pouco demarcadas. Os significados de humanização da assistência são, muitas vezes, determinados pela época, pelos processos econômicos, pelas formas de comportamento, pelas normas e técnicas e, principalmente, pelas relações interpessoais. O que interessa é compreender a formação dos significados, o que os suscitou, é saber o que os tornou possíveis, pois de alguma forma eles mudaram algumas ações e práticas em saúde.

Face ao exposto, levanto algumas questões: O que a equipe multiprofissional do pronto-socorro compreende como humanização? Quais ações humanizantes ou desumanizantes permeiam o cotidiano do trabalho no pronto socorro? Como os profissionais interagem quando estão “face a face” com as pessoas em estado crítico no atendimento de urgência e emergência? Como tornar possível um atendimento humanizado em um setor no qual é importante e imprescindível a hierarquização de tarefas e a escuta ao usuário quase inexistente face à urgência ou emergência do atendimento?

Pretendo, com esta sugestão, que seja possível compreender o cotidiano de profissionais de saúde quando ficam frente uns aos outros e ao paciente, durante o primeiro atendimento em uma sala de emergência de um pronto-socorro, bem como compreender o sentido atribuído por eles à humanização da assistência.

Neste caso, acredito que seja essencial partir do pressuposto de que só podemos humanizar a assistência quando fizermos uma reflexão crítica do que pensamos da humanização e do que entendemos por humanizar e de como nos relacionamos nos encontros sociais e, assim, contribuir para reflexões sobre as formas de ser e trabalhar em saúde, o que poderá favorecer a implementação e formulação de ações que propiciem a melhoria na qualidade da assistência prestada no pronto-socorro, a quem é cuidado e ao cuidador.

Profissionais de saúde “bem cuidados” também fazem parte de um serviço humanizado, pois as pessoas têm o direito ao bom exercício de suas atividades laborais. A humanização está relacionada com a satisfação da pessoa doente com a qualidade do cuidado e com a manutenção da sua dignidade de pessoa humana.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante este módulo, tive a oportunidade de aplicar grande quantidade de conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso. Foi uma experiência desafiadora e ao mesmo tempo gratificante, já que pude contribuir de diversas formas na minha passagem pelos diversos cenários de prática. Este módulo também me permitiu desenvolver habilidades práticas, como a tomada de decisões rápidas e precisas, a comunicação efetiva com usuários e colegas, e o trabalho em equipe. Pude vivenciar situações de urgência e emergência em diferentes cenários, como o pronto-socorro dos hospitais de Foz do Iguaçu e São Miguel do Iguaçu, unidades de pronto atendimento e o atendimento pré-hospitalar no SAMU 192. Cada cenário trouxe desafios únicos e me permitiu aprender e evoluir como interno de medicina.

Durante o módulo, pude constatar a importância do atendimento eficiente e efetivo em situações de urgência e emergência nos diferentes serviços. A realização de triagem adequada e rápida, avaliação clínica precisa, solicitação de

exames complementares e início imediato do tratamento são fundamentais para um atendimento de qualidade e segurança.

Além disso, a comunicação efetiva entre a equipe é essencial para garantir um atendimento coordenado e ágil. A padronização dos protocolos e rotinas também é importante para minimizar erros e aumentar a segurança nas abordagens. É fundamental destacar a relevância da humanização no atendimento, buscando proporcionar conforto, acolhimento e empatia em momentos de grande vulnerabilidade.

Por fim, ressalto a necessidade pessoal da continuidade do aprimoramento e atualização dos conhecimentos e habilidades no atendimento aos usuários em situações de urgência e emergência, pois será um campo de atuação importantíssimo em que estarei inserido como médico.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, D. E. **A Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde**: uma análise, por coordenadoria regional de saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2012.

BENDITT, D. Syncope in adults: Clinical manifestations and initial diagnostic evaluation. In: Yeon, S. (Ed.) **UpToDate**. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/syncope-in-adults-clinical-manifestations-and-initial-diagnostic-evaluation>). Acesso em: 20 fev. 2023.

BENDITT, D. Syncope in adults: Management and prognosis. Yeon, S. (Ed.) **UpToDate**. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/syncope-in-adults-management-and-prognosis>). Acesso em: 20 fev. 2023.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.408, de 5 de novembro de 2002**. Estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2010. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**, 2014; 11 nov.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.601, de 7 de 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, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011**. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012**. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2013. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico** (adulto e criança). 5. ed. Brasília, 2016. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dor torácica**. Linhas de cuidado. 2022. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/dor-toracica/>. Acesso em: 28 fev. 2023.

BRIGNOLE, M.; ALBONI, D.; BENDITT, D. *et al.* Task Force on Syncope, European Society of Cardiology. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope – Update 2004. **European Heart Journal**. v. 6, n. 6, p. 467-537. 2004.

CALKINS, H.; ZIPES, D. Hypotension and syncope. In: Braunwald E, Zipes D, Libby P. Heart disease. **A textbook of cardiovascular medicine**. 6. ed. Philadelphia: Saunders, 2001. p. 932-940.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.451 de 17 de março de 1995**. São Paulo, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.077 de 24 de julho de 2014**. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. São Paulo, 2014.

DESLANDES, S. F. A humanização e a construção política do lugar do sujeito no processo comunicacional. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 15-29, 2004.

FORTES, P. A. C. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 696-701, 2008.

GINA. Global Initiative for Asthma. **Global Strategy for Asthma Management and Prevention**. 2022. 225 p.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EAD, Ensp 2011. 480 p.

HOLLANDER, J. E; CHASE, M. **Evaluation of the adult with chest pain in the emergency department**. In: Ganetsky, M. *UpToDate*. 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-chest-pain-in-the-emergency-department?search=dor%20toracica&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3. Acesso em: 28 fev. 2023.

KAWACHI, I; SUBRAMANIAN, S. V; ALMEIDA FILHO, N. A Glossary for Health Inequalities. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 56, n. 9, p. 647-52. 2002.

LEITE, M. R. **Significado de humanização da assistência para os profissionais de saúde que atendem na sala de emergência de um Pronto Socorro**. Tese (Pós-graduação em Ciências da Saúde). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010. 133 p.

LOPES, M. C; MATTA, G. C. SUS, gestão participativa e equidade. In: GUIZARDI, Francini et al. (org.). **Políticas de participação e saúde**. Recife: Editora Universitária UFPE, 2014. p. 305-322.

MACKWAY-JONES, K. *et al.* **Sistema Manchester de classificação de risco**: classificação de risco na urgência e emergência. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

MARTIN, L. A ética e a humanização hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 206-218, abr./jun. 2003.

MATHIASI, P. (Org.). **Protocolo de Conduta no Atendimento da Dor Torácica**. Programa de cuidados clínicos. Associação Beneficente Síria. 2021. 24 p.

MENDES, E. V. **As Redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

SALERNO, J. C. Causes of syncope in children and adolescents. In: Wiley, J. F (Ed.). **UpToDate**. 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/causes-of-syncope-in-children-and-adolescents?search=sincope%20&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2. Acesso em 20 fev. 2023.

MOREIRA, S. M (Org.). **Manejo da exacerbação asmática na infância** (crianças de 2 a 12 anos). Protocolo colaborativo. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte, 2020. 25 p.

NETO, A. S. (Org.) *et al.* **Medicina de emergência**: abordagem prática. 16. ed. rev., atual. e ampl. Manole. 2022. 1.735 p.

PIEGAS, L. S. *et al.* V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 105, n. 2, p. 1-121. 2015.

RADÜNZ, V. **Cuidando e se cuidando**: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira. Goiânia: AB Editora, 1999. 80 p.

RIBEIRO, C. R. (Ed.). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 38, n. 1, p. S1- S46. 2012.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007.

SCARFONE, R. J. Acute asthma exacerbations in children younger than 12 years: Emergency department management. In: TePas, E. (Ed.). **UpToDate**. 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/acute-asthma-exacerbations-in-children-younger-than-12-years-emergency-department-management?search=asma%20exacerbação%20aguda&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4. Acesso em: 27 fev. 2023.

SEN, A. **Desigualdade reexaminada**. Rio de Janeiro: Record; 2002.

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Bioética**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 73-88, nov. 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**: Exacerbação. Projeto Diretrizes. Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2013. 32 p.

TORRES, M. A. Estratificação de risco pós-infarto agudo do miocárdio. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia de Rio Grande do Sul**, v. 16, n. 13, p. 1-6. 2008.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência (RUE)**. São Luís, 2015. 42 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde**. São Luís, 2018. 78 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **TeleCondutas: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**. 2022.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999. 202 p.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, v. 22, n. 3. p. 429-45. 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Web Annex. Infographics. In: **The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book**. Geneva: World Health Organization; 2022.

ZOPPI, D.; ARAÚJO, A. **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**: Exacerbação aguda na sala de emergência. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. 2018. 6 p.