



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

**RELATO DE PRÁTICA DE UM INTERNO DE MEDICINA NO CONTEXTO DA REDE DE  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM FOZ DO IGUAÇU - PR**

**LARA DOS SANTOS ARCO**

Foz do Iguaçu  
2024

**RELATO DE PRÁTICA DE UM INTERNO DE MEDICINA NO CONTEXTO DA REDE DE  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM FOZ DO IGUAÇU - PR**

**LARA DOS SANTOS ARCO**

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.

Orientador: Dra. Me. Flávia Julyana Pina Trech

Foz do Iguaçu  
2024

LARA DOS SANTOS ARCO

**RELATO DE PRÁTICA DE UM INTERNO DE MEDICINA NO CONTEXTO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM FOZ DO IGUAÇU - PR**

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

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Dra. Flávia Juliana Pina Trench

UNILA

---

Prof. Me. Alessandra Pawelec da Silva

---

Prof. Me. Rosana Alvarez Callejas

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

## TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Lara dos Santos Arco

Curso: Medicina

Tipo de Documento

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

Título do trabalho acadêmico: Relato de prática de um interno de medicina no contexto da rede de urgência e emergência em Foz do Iguaçu - PR

Nome do orientador(a): Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a Jesus, meus pais,  
avós e a todos que me trouxeram  
suporte durante minha trajetória.

## AGRADECIMENTOS

O sentimento de solidão, durante a graduação, é quase que constante, causando a falsa impressão de que estamos sozinhos à deriva em um grande oceano desconhecido. No entanto, trata-se de uma percepção equivocada porque seria impossível navegar por este mar, se assim estivéssemos. É com esse ajuste de perspectiva que inicio meus agradecimentos, não somente porque não estive sozinha, mas porque o auxílio de outros foi essencial para que o trajeto fosse percorrido. Com a percepção alinhada, agradeço.

Agradeço a Jesus que, à despeito da minha ignorância, sustentou o ar de meus pulmões, guiou meus passos e manteve-se soberano e no controle da minha existência graciosa e amavelmente. Toda honra e glória a Ti!

Manifesto minha gratidão aos meus pais, os principais incentivadores dessa jornada, os principais afetados pelos estilhaços do meu caos, os que me amaram profundamente em todo o tempo. Ainda que, socialmente, o esforço financeiro para que me sustentassem fosse o aspecto de maior destaque, para mim, o suporte e o amor brilham, por que, decerto, são o que exige mais esforço e sacrifício. Amo vocês.

Agradeço aos professores, em especial aos orientadores, que tecnicamente contribuíram com a execução desse projeto e com a toda a minha formação, mas que, para além da técnica, transcenderam a forma tradicional de ensinar, manifestando também amor e compaixão com a minha vida. Essas virtudes não são atribuições contratuais do cargo de professor e tampouco são esperadas por nós, alunos. Contudo, tais características fizeram do corpo docente, um corpo vivo, que manifestou sua humanidade e marcou minha vida. Muito obrigada!

Sou profundamente grata, também, aos meus amigos e amigas que compartilharam dessa jornada comigo de modo muito semelhante a um casamento: na alegria e na tristeza, na riqueza e na pobreza, na saúde e na doença. Nossa aliança, ainda que não seja eterna, foi fundamental para que eu não desistisse e perseverasse. Fundamental porque esteve no fundamento, no alicerce da minha caminhada. Eu honestamente os amo e sou grata por suas vidas!

Por fim, agradeço ao meu noivo pela companhia incansável, pelas noites em claro estudando e me auxiliando, pelo amor que “tudo sofre, tudo crê, tudo espera, tudo suporta” com o qual me ama. Obrigada por estar aqui!

*Assim, permanecem agora estes três: a fé, a esperança e o amor. O maior deles, porém, é o amor.*

*1 Coríntios 13:13*

## RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso consiste em um relatório centrado na experiência prática de uma estudante de medicina inserida no cenário prático do internato em Medicina na Rede de Urgência e Emergência do SUS no município de Foz do Iguaçu. O objetivo do trabalho trata-se da análise teórica bibliográfica acerca da estrutura da Rede de UE comparada com a realidade prática do contexto citado, bem como das principais urgências e emergências médicas vistas nesse cenário e seus respectivos manejos do ponto de vista científico. Para tanto, além da descrição observacional, foi realizada revisão da literatura atualizada e da medicina baseada em evidências como subsídio da pesquisa e discussão. Nesse sentido, identificaram-se disparidades e ressonâncias entre o que é proposto teoricamente e a realidade em diversos aspectos da rede de UE, sendo eles a estruturação da rede e suas lacunas, os desafios dos profissionais em suas atuações, as abordagens dos casos mais prevalentes considerando os recursos disponíveis no sistema dentre outros. Para além disso, destaca-se também a contribuição desta discussão para a formação acadêmica médica, considerando a inserção no serviço, o incentivo à análise crítica da realidade e a proposta de intervenções para os problemas apresentados, uma vez que tal exercício propicia aos acadêmicos maior sensibilidade e criticidade preparando-os para o futuro profissional.

**Palavras-chave:** urgências e emergências médicas; educação médica; internato médico; Sistema Único de Saúde.



## RESUMEN

El presente trabajo de conclusión de curso consiste en un informe centrado en la experiencia práctica de una estudiante de medicina insertada en el escenario práctico del internado en Medicina en la Red de Urgencia y Emergencia del SUS en el municipio de Foz do Iguaçu. El objetivo del trabajo es el análisis teórico bibliográfico sobre la estructura de la Red de UE comparada con la realidad práctica del contexto citado, así como de las principales urgencias y emergencias médicas vistas en ese escenario y sus respectivos manejos desde el punto de vista científico. Para ello, además de la descripción observacional, se realizó una revisión de la literatura actualizada y de la medicina basada en evidencias como subsidio de la investigación y discusión. En este sentido, se identificaron disparidades y resonancias entre lo que se propone teóricamente y la realidad en diversos aspectos de la red de UE, siendo ellos la estructuración de la red y sus lagunas, los desafíos de los profesionales en sus actuaciones, los enfoques de los casos más prevalentes considerando los recursos disponibles en el sistema entre otros. Más allá de eso, también se destaca la contribución de esta discusión a la formación académica médica, considerando la inserción en el servicio, el incentivo al análisis crítico de la realidad y la propuesta de intervenciones para los problemas presentados, ya que tal ejercicio proporciona a los académicos mayor sensibilidad y criticidad preparándolos para el futuro profesional.

**Palabras clave:** urgencias médicas; educación médica; internado en medicina; Sistema Único de Salud

## ABSTRACT

This thesis consists of a report focused on the practical experience of a medical student inserted in the practical scenario of an Internship in Medicine at the Emergency and Urgency Network of the SUS in the municipality of Foz do Iguaçu. The aim of the work is a bibliographic theoretical analysis about the structure of the UE Network compared with the practical reality of the mentioned context, as well as the main medical emergencies seen in this scenario and their respective managements from a scientific point of view. For this, in addition to observational description, a review of updated literature and evidence-based medicine was carried out as a subsidy for research and discussion. In this sense, disparities and resonances were identified between what is theoretically proposed and reality in various aspects of the UE network, such as network structuring and its gaps, the challenges of professionals in their performances, the approaches to the most prevalent cases considering the resources available in the system among others. Furthermore, the contribution of this discussion to medical academic training is also highlighted, considering the insertion into the service, the encouragement to critical analysis of reality and the proposal of interventions for the presented problems, since such exercise provides the academics with greater sensitivity and criticality preparing them for the future professional.

**Key words:** emergencies; medical education; internship and residency; Unified Health System

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Componentes da RUE, suas interfaces e estrutura operacional.....	00
<b>Figura 2</b> - ECG caso 1 .....	00
<b>Figura 3</b> - Radiografia de tórax caso 1 .....	00
<b>Figura 4</b> - Fibrilação Atrial .....	00
<b>Figura 5</b> - Sinais de alarme na dengue .....	00
<b>Figura 6</b> - Fluxograma de Classificação de risco para dengue .....	00
<b>Figura 7</b> - Fluxograma de Classificação de Risco e Manejo do paciente Dengue....	00

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1** - Principais diretrizes da RUE

**Quadro 2** - Exames Laboratoriais, caso 1

**Quadro 3** - Crises Hipertensivas e Lesão de Órgãos-alvo

**Quadro 4** - Avaliação laboratorial na Emergência Hipertensiva

**Quadro 5** - Exames de imagem na Emergência Hipertensiva

**Quadro 6** - Medicamentos via parenteral para Emergências Hipertensiva

**Quadro 7** - Exames complementares FA

**Quadro 8** - Exames Laboratoriais, caso 2

**Quadro 9** - Exames Laboratoriais, caso 3

**Quadro 10** - Exames Laboratoriais, caso 4

**Quadro 11** - Comparação laboratorial e clínica entre CAD e EHH

**Quadro 12** - Exames Laboratoriais, caso 5

**Quadro 13** - Intoxicação por cocaína e relação com quadro clínico

**Quadro 14** - Lista de procedimentos realizados

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAD	Cetoacidose Diabética
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CH	Crise Hipertensiva
DM	Diabetes Melitus
CPK	Creatinofosfoquinase
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DCN	Diretrizes Nacionais do Curso de Medicina
ECG	Eletrocardiograma
EH	Emergência Hipertensiva
EHH	Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar
FA	Fibrilação Atrial
FC	Frequência Cardíaca
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
HMPGL	Hospital Padre Germano Lauck
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PNH	Política Nacional de Humanização em Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SESP	Secretaria de Estado de Segurança Pública do Paraná
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e à Emergência
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
UBS	Unidade Básica de Saúde
UH	Urgência Hipertensiva
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USB	Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre
USA	Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIR	Veículo de Intervenção Rápida

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>CAPÍTULO 1 - REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS</b>	<b>5</b>
1. Rede de Urgências e Emergências .....	5
1.1 Organização da RUE no SUS .....	5
1.2 Conceitos fundamentais.....	7
1.2.1 “Vaga zero”.....	7
1.2.3 “Humanização” .....	7
1.2.4 “Estratificação de risco” .....	7
1.3 Componentes da RUE .....	8
2. Rede de Urgências e Emergências no município de Foz do Iguaçu-PR.....	8
2.1 Composição da rede de urgências e emergências de Foz do Iguaçu .....	8
2.1.1 Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde .....	8
2.1.2 Atenção Primária em Saúde.....	10
2.1.3 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centrais de Regulação Médica das Urgências e Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e à Emergência (SIATE).....	11
2.1.4 Unidades de Pronto Atendimento .....	13
2.1.5 Componente Hospitalar .....	14
2.2 Fluxo e referenciamentos da Rede de Urgência e Emergência de Foz do Iguaçu-PR .....	15
<b>CAPÍTULO 2 - O CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA</b>	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO 3 - BOAS PRÁTICAS EM REDES SOCIAIS PARA MÉDICOS</b>	<b>20</b>
<b>CAPÍTULO 4 - CASOS CLÍNICOS</b>	<b>21</b>
1 CASO CLÍNICO 1: “Conserto do ar condicionado” - Fibrilação Atrial .....	21
1.1 Exame Clínico.....	21
1.2 Hipóteses Diagnósticas.....	22
1.3 Exames Complementares .....	22
1.4 Conduta frente ao caso .....	25
1.5 Discussão .....	26
2 CASO CLÍNICO 2: “Natal, Ano Novo, Carnaval e DENGUE” - Dengue tipo C .....	36
2.1 Exame Clínico.....	36
2.2 Hipóteses Diagnósticas.....	37
2.3 Exames Complementares .....	37
2.4 Conduta frente ao caso .....	38

2.5 Discussão .....	38
<b>3 CASO CLÍNICO 3: “A gente gosta quando o paciente chega assim, a tempo!” - AVE isquêmico .....</b>	<b>47</b>
3.1 Exame Clínico.....	47
3.2 Hipóteses Diagnósticas.....	48
3.3 Exames Complementares.....	48
3.4 Conduta frente ao caso (realizado pelo plantonista).....	50
3.5 Discussão .....	51
<b>4 CASO CLÍNICO 4: “Dois dias e um estrago” - Cetoacidose Diabética .....</b>	<b>54</b>
4.1 Exame Clínico.....	54
4.2 Hipóteses Diagnósticas.....	55
4.3 Exames Complementares.....	55
4.4 Conduta frente ao caso.....	56
4.5 Discussão .....	57
<b>5 CASO CLÍNICO 5: “Terremoto interno” - Intoxicação por uso de substâncias .....</b>	<b>59</b>
5.1 Exame Clínico.....	59
5.2 Hipóteses Diagnósticas.....	60
5.3 Exames Complementares.....	60
5.4 Conduta frente ao caso.....	61
5.5 Discussão .....	61
<b>CAPÍTULO 5 - RELATO VIVENCIAL E EXPERIÊNCIA PESSOAL NO INTERNATO DE UE DO SUS</b>	<b>64</b>
<b>CAPÍTULO 6 - PROCEDIMENTOS</b>	<b>71</b>
<b>CAPÍTULO 7 - QUESTÃO PROBLEMA</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>77</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>82</b>





## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído em 1.990 por meio da lei de número 8.080 consiste em um complexo sistema de saúde pública que organiza as ações e os serviços de saúde (BRASIL, 1990). Uma das características de sua organização é a estruturação em Redes de Atenção à Saúde (RAS), com a proposta de integração técnica, logística e administrativa para garantir a integralidade do cuidado. Nesse contexto, as RAS baseiam-se em uma série de fundamentos e atributos constitucionais que são essenciais para seu funcionamento e para manutenção da integração da rede (BRASIL, 2017).

Dentre as RAS estabelecidas pelo SUS, destaca-se a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) estabelecidas no ano de 2011 no contexto da reestruturação da Política Nacional de Atenção às Urgências de 2003. A RUE é coordenada pela Atenção Primária em Saúde (APS) e construída a partir de princípios já previstos pelo sistema, além de, em termos operacionais, ser organizada por elementos que perpassam pelos três níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Tendo por base o cenário descrito, enfatiza-se ainda a proposta de formação educacional médica contida dentro do SUS que se relaciona diretamente à educação médica. Ao longo da formação médica é previsto que o acadêmico passe pelo período de estágio, que, no Brasil, é organizado no formato de internato. Conforme as DCN de 2014, o internato médico, no Brasil, deve ainda ser preferencialmente realizado em serviços do SUS, de forma a integrar o profissional em formação com os serviços que futuramente serão seu local de atuação, além de ser obrigatório o estágio em Urgência e Emergência (BRASIL, 2014).

Considerando o cenário exposto, o presente trabalho de conclusão de curso foi constituído a partir da experiência de uma acadêmica cursando o internato de medicina na Rede de Urgência e Emergência no município de Foz do Iguaçu Paraná. Nesse sentido, propõe-se a discutir a RUE a partir do cenário prático correlacionando-o à bibliografia do tema.

## CAPÍTULO 1 - REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

### 1. Rede de Urgências e Emergências

#### 1.1 Organização da RUE no SUS

As propostas de Redes dentro da administração pública surgem a partir da complexa sociedade contemporânea, a qual é permeada por problemas estruturais, recursos insuficientes, sendo marcada pela integração de seus agentes periféricos e centrais, bem como de suas instituições públicas e privadas (FLEURY; OUVÉRBEY, 2007). Nesse sentido, as redes são sistemas que têm por objetivo organizar e arraigar padrões consistentes de interrelações (OPAS, 2011).

Respalhando-se no cenário social citado, uma das formas de se organizar a saúde, atualmente, é por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), são conceituadas como *“a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde”* (OMS, 2008). O Brasil, por sua vez, adotou as RAS dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo-as como formatos de organização que visam integrar técnica, logística e administrativamente serviços e ações de saúde de diferentes densidades tecnológicas com o propósito de assegurar a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto por 5 redes temáticas prioritárias que direcionam o cuidado em saúde, sendo elas a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; Rede de Atenção Psicossocial; e, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2017). Todas elas, consoante ao que preza a literatura, são traçadas para que se encarreguem de condições específicas de saúde em um percurso completo de atendimento (PORTER; TEISBERG, 2007). À vista disso, na conjuntura brasileira, destaca-se a Rede de Atenção às Urgências e Emergências em razão de sua complexidade e alta demanda. Conforme o propósito do presente trabalho, a RUE será abordada e detalhada no aspecto teórico proposto pelo SUS, tal qual no contexto do município de Foz do Iguaçu-PR.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências do SUS foi instituída no ano de 2011 pela Portaria nº 1.600, a partir da reestruturação da antecessora Política Nacional de

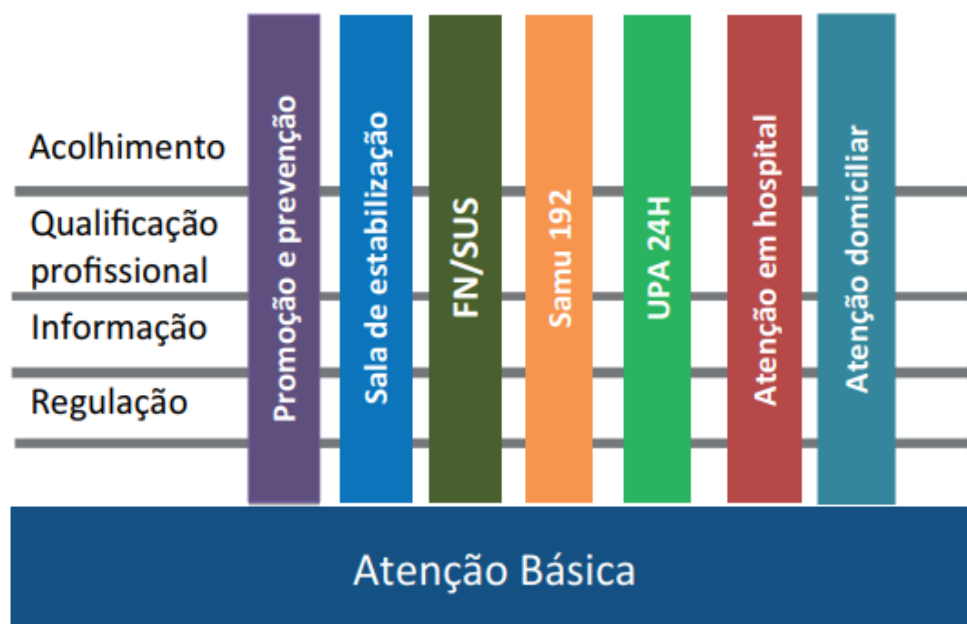
Atenção às Urgências estabelecida em 2003 (BRASIL, 2011). A RUE é composta por diretrizes fundamentais (Quadro 1) que embasam sua implementação. Dada a sua complexidade e assistência à diferentes situações de urgência, a RUE é delineada a partir de diversos pontos de atenção que, para cumprirem o objetivo comum de atender às demandas de urgência e emergência, devem atuar de forma integrada, com boa articulação e coesão, tendo a Atenção Primária à Saúde como sua coordenadora do cuidado e centro de comunicação (Figura 1) (BRASIL, 2013).

Quadro 1 - Principais diretrizes da RUE

• Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
• Ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção;
• Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação;
• Classificação de risco;
• Regionalização da saúde e atuação territorial;
• Regulação do acesso aos serviços de saúde;
• Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
• Organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares;
• Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias;
• Centralidade nas necessidades de saúde da população;
• Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
• Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada;
• Articulação interfederativa;
• Participação e controle social;
• Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas; e
• Qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores.

Fonte: BRASIL, 2013

Figura 1 - Componentes da RUE, suas interfaces e estrutura operacional



Fonte: SAS/MS, 2011.

Fonte: BRASIL, 2013

## 1.2 Conceitos fundamentais

### 1.2.1 “Vaga zero”

O conceito de “vaga zero” foi instituído pela Portaria nº 2.048 de 2002, sendo definido como “o encaminhamento dos pacientes que necessitem de avaliação ou qualquer outro recurso especializado existente na unidade, independente da existência de leitos vagos ou não” (BRASIL, 2002). Trata-se de uma prerrogativa e responsabilidade dos médicos regulares de urgências, que deve ocorrer mediante situações de risco de morte ou demasiado sofrimento (CFM, 2014).

### 1.2.3 “Humanização”

Ainda que haja certa subjetividade no conceito de humanização em saúde, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização em Saúde (PNH) que propõe estratégias éticas e políticas para modificar o padrão relacional dos indivíduos, bem como a relação de indivíduos com o sistema para tornar a experiência agradável (BRASIL, 2004).

### 1.2.4 “Estratificação de risco”

O protocolo amplamente utilizado para estratificação de risco trata-se do protocolo Manchester (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2006) que se baseia em sinais e sintomas para classificar os pacientes em cores e tempos limites de atendimento, sendo elas:

- Vermelho - atendimento imediato;
- Laranja - atendimento em 10 minutos;
- Amarelo - atendimento em 60 minutos;
- Verde - atendimento em 120 minutos;
- Azul - atendimento em 240 minutos.

### **1.3 Componentes da RUE**

Conforme a Portaria nº 1.600 (BRASIL, 2011) a RUE é organizada pelos componentes subsequentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h); Hospitalar; e Atenção Domiciliar. Os principais componentes, bem como seus respectivos objetivos, serão abordados dentro do cenário prático da Rede de Urgência e Emergência de Foz do Iguaçu - PR.

## **2. Rede de Urgências e Emergências no município de Foz do Iguaçu-PR**

### **2.1 Composição da rede de urgências e emergências de Foz do Iguaçu**

#### **2.1.1 Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde**

O artigo 5º, Capítulo II, da Portaria nº 1.600 (BRASIL, 2011) define que objetivo do componente Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde trata-se do estímulo ao desenvolvimento de ações de saúde orientadas à vigilância e prevenção de violências, de acidentes, lesões e óbitos no trânsito, das doenças crônicas não transmissíveis, tendo colaboração da sociedade e ações intersetoriais para cumprir com a promoção e vigilância da saúde e a prevenção de agravos.

Com respeito à Promoção em Saúde, evidencia-se que tal componente é descrito em uma política anterior à instituição da RUE. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), publicada pela Portaria nº 687 de 2006, refere-se a uma das formas pelas quais o

SUS desenvolve o cuidado, a qual prioriza, dentre suas estratégias, a redução das taxas de morbimortalidade decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, dos acidentes de trânsito, bem como a prevenção das diversas formas de violência (BRASIL, 2006).

O enfoque dado ao uso abusivo de álcool e drogas, aos acidentes de trânsito e às violências pela PNPS corresponde ao que tem sido visto no cenário de prática de Foz do Iguaçu. Tendo passado pelo estágio em ambas as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do município, observei que parte significativa dos pacientes atendidos na emergência são vítimas de acidentes de trânsito, uso abusivo de álcool e vítimas de violência, estando, muitas das vezes, as três situações presentes em um mesmo caso. Esse cenário, ainda que seja um recorte da realidade considerando o pouco tempo de permanência em cada UPA, foi suficiente para inferir que são necessários planos de ações que visem à promoção de saúde e a prevenção dessas condições no município.

Uma das formas de melhorar o cenário da violências interpessoais e autoprovocadas, por exemplo, é a partir da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Formas de Violências Interpessoais (ANEXO A). Esse documento, implementado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (Ministério da Saúde), consiste em importante ferramenta para fornecer dados estatísticos que correspondam à realidade de violência do país e, para o âmbito municipal de Foz do Iguaçu, conforme instituído pela Portaria Nº 1.271 do ano de 2014 que traz a Lista Nacional de Notificações Compulsórias doenças, agravos e eventos de saúde pública (BRASIL, 2014).

No entanto, ao contrário do que é exigido por essa portaria, em nenhuma das práticas vivenciadas por mim, nas quais houveram casos de violência interpessoal e tentativa de suicídio, pude observar a orientação dos profissionais (médicos e enfermeiros) para realização da notificação de tais eventos. Ainda que as causas para a falta de orientação possam ser diversas, acredito que se houvesse uma instrução enfática da Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu para que a notificação fosse realizada, a análise dos dados seria mais efetiva, o que, conseqüentemente, facilitaria o planejamento de prevenção contra violência por parte dos órgãos municipais, considerando a atuação da APS, dos pontos de urgência e emergência, que costumam ser os principais prestadores de assistência nesses casos, e o restante da sociedade civil.

Assim como os casos de violência interpessoal e autoprovocada não são devidamente abordados, tanto em sua vigilância quanto em sua prevenção, os acidentes de trânsito também demandam ações preventivas, especialmente para motoristas de motocicleta. Diariamente, ocorrem acidentes com motocicletas, de leves a graves, dos quais as vítimas necessitam de atendimento urgente. Por esta razão, a prevenção de acidentes de trânsito não deve ser restrita aos eventos pontuais, mas deve ser articulada pelos

setores responsáveis para que constantemente seja realizada, visando desde melhorias nas pistas, à conscientização dos motoristas.

Entretanto, um destaque positivo é a atuação das “Salas de Vigilância” presentes nas UPAs de Foz do Iguaçu que contam com um enfermeiro responsável pelas notificações. Ao contrário da falta de orientação para notificação de violências, a notificação de outras condições é amplamente feita, como, por exemplo, notificação de vítimas de animais potencialmente transmissores de raiva e doenças infectocontagiosas como a dengue e a COVID-19. Outro fato importante é a correta orientação à vacina antitetânica para pacientes com ferimentos com risco para tétano que sempre é realizada pelos profissionais responsáveis.

Considerando que o exposto é recorte da realidade, depreende-se que são necessárias pesquisas epidemiológicas para que se obtenha um diagnóstico situacional fiel à realidade de Foz do Iguaçu para que se planeje ações efetivas no que diz respeito à Promoção de Prevenção e Vigilância em Saúde.

### **2.1.2 Atenção Primária em Saúde**

Dentre os componentes da RUE, salienta-se a Atenção Primária em Saúde (APS) que tem o caráter coordenador não somente no âmbito do SUS como todo, mas também nas RAS. Por conseguinte, na RUE a APS realiza o acolhimento e avaliação de riscos e vulnerabilidades, responsabilizando-se pelo primeiro cuidado às urgências e emergências até que ocorra a transferência a outros serviços quando preciso (BRASIL, 2011).

À vista disso, a APS corrobora com o funcionamento da RUE devido as seguintes funções: papel de base, promovendo amplo acesso e descentralização do cuidado; resolutividade, a partir da correta identificação das necessidades da população e por meio de intervenções eficazes; coordenar o cuidado, através da organização e acompanhamento dos usuários no fluxo dentro da rede, bem como por meio da comunicação com os demais pontos de serviço para proporcionar o cuidado continuado e integrado; ordenar as redes, pelo reconhecimento das demandas populacionais para organizar o cuidado de sua população ao longo da rede para que, conseqüentemente, sejam serviços coesos com as necessidades dos usuários (BRASIL, 2013).

Conforme descrito no Caderno de Atenção Básica número 28, volume 1, Acolhimento à Demanda Espontânea, de 2012, a avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários pode ser dividida em duas situações, sendo elas situações não agudas e situações agudas, dentre as quais entram as situações de alto e moderado risco de vida, configurando-se urgência ou emergência (BRASIL, 2012). O Caderno não orienta um

protocolo de estratificação de risco específico a ser utilizado, entretanto, orienta que caso algum seja escolhido, deve ser adequado à APS (BRASIL, 2012).

Em Foz do Iguaçu, o referenciamento das urgências e emergências que chegam às Unidades Básicas de Saúde costuma funcionar de forma eficaz. Os pacientes referenciados pelas UBSs são estratificados, inicialmente atendidos na unidade com protocolos terapêuticos adequados à situação e encaminhados às referências responsáveis. Destaca-se ainda, que para além das quase trinta UBSs presentes no território de Foz do Iguaçu, o município conta ainda com uma unidade básica que funciona 24 horas, a Unidade Básica de Saúde Padre Ítalo. Ainda que seja restrita ao distrito Sul, não por área de abrangência, mas devido ao difícil acesso da população dos outros distritos, a unidade Padre Ítalo é um importante ponto da rede para um primeiro atendimento de urgências na região.

### **2.1.3 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centrais de Regulação Médica das Urgências e Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e à Emergência (SIATE)**

O SAMU foi regulamentado no ano de 2012 pela Portaria nº 1.010 (BRASIL, 2012), a qual o define como componente da RUE responsável por dispor o fluxo assistencial às urgências e emergências, disponibilizando atendimento imediato, transporte apropriado e resolutivo aos usuários com acometimentos de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátrica, por meio do envio de veículos tripulados com equipe profissional que são acionados pelo número “192”, através da Central de Regulação das Urgências

No que se refere à sua formação, a Portaria nº 1.010 (BRASIL, 2012) prevê a seguinte composição de unidades móveis para o SAMU:

I - Unidade de suporte básico de vida terrestre (USB): tripulada por 2 (dois) profissionais, sendo um condutor e um técnico ou auxiliar de enfermagem;

II - Unidade de suporte avançado de vida terrestre (USA): viatura tripulada por 3 (três) profissionais, sendo um condutor, um enfermeiro e um médico;

III - Equipe de aeromédico: aeronave com 1 (um) médico e 1 (um) enfermeiro;

IV - Equipe de embarcação; composta por 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, conforme o tipo de atendimento a ser feito, em casos de suporte básico de vida com condutor,



auxiliar/técnico de enfermagem e em suporte avançado de vida com a equipe anterior mais um (1) médico e um (1) enfermeiro;

V - Motolância: motocicleta conduzida por profissional de nível técnico ou superior em enfermagem capacitado para condução;

VI - Veículo de intervenção rápida (VIR): tripulado por um (1) condutor de veículo de urgência, um (1) médico e um (1) enfermeiro.

Em Foz do Iguaçu, o SAMU é composto por 7 (sete) ambulâncias, sendo 5 (cinco) USBs responsáveis por atendimentos de baixa gravidade e 2 (duas) USAs acionadas em emergências com alto risco. Além destas, também possui 2 (duas) motolâncias que adiantam a assistência, chegando antes das ambulâncias. No contexto estadual, sabe-se que o Paraná atende a 90,25% de sua população com o SAMU, com previsão de ampliação para os próximos anos (PARANÁ, 2020).

As Centrais de Regulação Médica de Urgências tratam-se de estabelecimentos físicos sedes nos quais ficam os profissionais capacitados em regulação que atendem aos chamados telefônicos que solicitam orientação e/ou atendimento e estabelecem prioridades, ordenando o fluxo de atendimento, as referências e contrarreferências da RUE (BRASIL, 2012). As centrais são regionalizadas e compostas por médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores (BRASIL, 2013).

Foz do Iguaçu possui sua própria Central de Regulação Médica de Urgências, a qual também constitui campo de estágio do módulo de Urgência e Emergência. O contato que tive com a Central, até o momento, foi apenas a partir da experiência de colegas e a partir do contato dos médicos plantonistas para referenciar pacientes. O serviço parece apresentar alguns desafios, principalmente e ironicamente, de comunicação, uma vez que há relatos de situações passadas às ambulâncias que não correspondiam à realidade encontrada na cena. O serviço de regulação é de extrema importância para a RUE em razão do seu papel de elo entre a demanda e o atendimento, bem como de sua responsabilidade em designar o risco de determinada ocorrência. Além disso, a Central também deve prestar assistência via telefone enquanto a ambulância não chega ao local, a partir de instruções dadas aos usuários, podendo fazer grande diferença no desfecho da vítima.

Quanto ao Serviço de atendimento ao trauma e à emergência (SIATE) é de responsabilidade do Corpo de Bombeiros, sendo composto por bombeiros socorristas que são acionados pelo número 193 em situações de acidentes de trânsito, quedas, ferimentos

por armas brancas, agressão e outros. No Paraná, o SIATE está sob responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), Corpo de Bombeiro, Secretaria de Estado de Segurança Pública e Administração Penitenciária (SESP) e os municípios, tendo polos em Curitiba, São José dos Pinhais, Maringá, Foz do Iguaçu e Cascavel. Além disso, é composto por ambulâncias de suporte básico tripuladas por bombeiros socorristas e VIR tripuladas por médico, enfermeiro e condutor (PARANÁ, 2020). Em Foz do Iguaçu ambos os serviços pré-hospitalares móveis têm papéis bem definidos, sendo o SIATE responsável por ocorrências de origem traumática e o SAMU com prioridade aos atendimentos clínicos.

#### **2.1.4 Unidades de Pronto Atendimento**

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) constituem-se estabelecimentos de saúde com complexidade intermediária entre as UBSs e a Rede Hospitalar que tem por objetivo o atendimento resolutivo às condições clínicas agudas ou agudizadas que necessitem de intervenção clínica e/ou cirúrgica, bem como às traumáticas, visando estabilizar o paciente, realizar o diagnóstico e o tratamento inicial, além de definir se haverá necessidade de encaminhamento aos hospitais de maior complexidade (BRASIL, 2011).

A RUE de Foz do Iguaçu possui 2 (duas) UPAs, sendo elas a Unidade de Pronto Atendimento Dr. Walter Cavalcanti Barbosa, localizada próxima ao Centro e ao sul da cidade, e a Unidade de Pronto Atendimento João Samek, localizada ao norte. O fluxo de atendimento nas UPAs do município ocorre de duas formas, a partir da demanda espontânea e pelo serviço pré-hospitalar móvel. A primeira via dá-se a partir do acolhimento, onde o usuário receberá a classificação de risco, sendo atendido por um dos médicos dos consultórios. A partir daí, o paciente poderá ser encaminhado para os seguintes setores: “sala de medicação”; “sala de procedimentos”; “radiografia”; “sala verde”; “sala amarela”; e “sala vermelha”. As unidades contam ainda com a “sala de vigilância” e a farmácia.

A “sala verde” está presente apenas na UPA João Samek e consiste em um ambiente de observação de casos leves que tem de permanecer na unidade por mais tempo, ou enquanto aguarda encaminhamento para o serviço hospitalar. Já as salas “amarela” e “vermelha” são salas de internação com recursos tecnológicos, preparadas para casos mais complexos, tendo equipe composta por médicos, enfermeiras e auxiliares/técnicos de enfermagem. Por sua vez, os pacientes que chegam via SAMU ou SIATE são direcionados às salas “amarela” ou “vermelha” conforme a estratificação de risco

realizada tanto pelos veículos, quanto pelos profissionais de tais salas. Ambas as UPAs de Foz do Iguaçu contam ainda com a observação pediátrica, que consiste em uma sala com densidade tecnológica semelhante à “sala amarela”, porém destinada às crianças. Em casos de emergências pediátricas, os pacientes são direcionados à “sala vermelha” juntamente com pacientes de outras idades.

As UPAs devem implementar protocolos de classificação de risco, atendimento clínico e de procedimentos administrativos (BRASIL, 2013). Nesse sentido, observou-se na prática que as unidades de Foz do Iguaçu têm estabelecidos tais protocolos com base em literatura de referência para realizar a estratificação de risco de forma adequada, bem como direcionar corretamente a solicitação de exames, as medicações administradas e o tempo correto de cada procedimento. No entanto, observou-se que, na prática, existe certa divergência entre a conduta dos profissionais para casos semelhantes, o que não uniformiza o atendimento. Ainda que haja protocolos expostos, principalmente na sala de emergência (“vermelha”), estes não são seguidos por todos os profissionais, variando o atendimento conforme o médico e a equipe responsável.

Em condições relacionadas à Saúde Mental existem fluxogramas (ANEXO B) realizados pela Fundação Municipal de Saúde expostos na UPA João Samek, facilitando a intervenção e manejo dos casos. Entretanto, em casos relacionados às condições cardiovasculares como Síndrome Coronariana Aguda (SCA) e Distúrbios de Condução, ainda que haja também um fluxograma na UPA Walter, por exemplo, não há padronização das condutas para administração e escolha de drogas e solicitação de exames.

Com respeito às referências e contrarreferências, pela experiência prática que tive, pude observar o uso correto do sistema que apresenta campo específico para tal tarefa principalmente no fluxo da UPA para a atenção hospitalar. Entretanto, quando a referência e contrarreferência é realizada para as UBSs, o preenchimento não costuma ser realizado, o que prejudica o percurso do paciente na rede, bem como a coordenação por parte da APS, que passa a depender do relato oral do paciente ou da busca por mais informações no prontuário eletrônico.

### **2.1.5 Componente Hospitalar**

Conforme normatizado pela Portaria nº 1.600 (BRASIL, 2011), o componente Hospitalar da RUE é configurado pelas *Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias*. A Atenção Hospitalar tem

como propósito organizar a assistência às urgências nos hospitais; assegurar o atendimento de média e alta complexidade, procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, cirúrgicos, para cuidados prolongados e para terapia intensiva; e atestar a atenção hospitalar às linhas prioritárias aos demais pontos da rede (BRASIL, 2013).

No que concerne às linhas prioritárias, tem-se o estabelecimento de 3 (três) linhas que correspondem à demanda em saúde do país, sendo elas a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM); Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC); e, Linha de Cuidado da Traumatologia (BRASIL, 2013).

Foz do Iguaçu tem como principais referências hospitalares o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) e o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC). O HMPGL é de administração Municipal e oferece serviço apenas pelo SUS, sendo a referência para especialidades de clínica médica (com exceção da cardiologia), pediatria, psiquiatria, ortopedia, traumatologia e para cirurgia geral. Além de atender à população do município de Foz do Iguaçu, o HMPGL também é referência para os municípios que fazem parte da 9ª Regional de Saúde do Paraná e além disso, também atende parte das demandas das cidades que fazem fronteira com o Brasil, Puerto Iguazu, na Argentina, e Ciudad del Este, no Paraguai. Já o HMCC, presta serviço à rede privada em sua integralidade e, ao SUS, com a assistência às emergências oncológicas, obstétricas e cardiológicas.

Por fim, outro atendimento hospitalar, que também compõem o cenário de prática, trata-se do Complexo Hospitalar de São Miguel do Iguaçu, que é de administração pública, oferecendo serviços de pronto atendimento semelhante à UPA, internações de baixa complexidade, maternidade para gestações de baixo risco e pronto socorro para atendimento de urgências e emergências. O complexo atende de forma satisfatória à demanda da cidade, porém, casos de alta complexidade precisam ser encaminhados à Foz do Iguaçu ou à Cascavel, a depender do acordo municipal para especialidades específicas.

## **2.2 Fluxo e referenciamentos da Rede de Urgência e Emergência de Foz do Iguaçu-PR**

Acerca do fluxo de atendimento e dos referenciamentos em Foz do Iguaçu, destacam-se a consonância entre a demanda da cidade e a prevalência nacional de afecções cardíacas, vasculares e traumáticas (BRASIL, 2013). No entanto, Foz do Iguaçu apresenta particularidade, uma vez que condições de urgência e emergência relacionadas à saúde mental apresentam demanda expressiva à RUE como todo.

Nesse cenário, às vítimas de eventos cardiovasculares são referenciadas ao HMCC conforme a necessidade de internação. Apesar do fluxo ser esclarecido em termos de acordos entre os órgãos responsáveis, na realidade, encontram-se obstáculos que dificultam o fluxo da rede, como por exemplo, exigências realizadas por parte do hospital que não seriam necessárias para que o paciente fosse devidamente encaminhado. Ou seja, ainda que hajam protocolos que indiquem quando o paciente deve ser encaminhado ao centro de referência, os profissionais, principalmente das UPAs, enfrentam grande apreensão ao lidarem com pacientes em tais condições, uma vez que, ainda que o tratamento inicial possa ser realizado nas UPAs, estas não possuem recursos e tampouco atribuições para o manejo adequado. Muitas das vezes, mesmo diante da solicitação de “vaga zero”, o fluxo ainda demora, comprometendo o prognóstico do paciente.

Quanto à assistência aos eventos vasculares, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), tem-se como referência o Hospital Municipal. Nesse caso, pacientes advindos das UPAs, UBSs, SAMU e de municípios próximos, como São Miguel do Iguazu, são todos direcionados ao HMPGL, onde ocorre o manejo adequado a tais condições.

Já o fluxo de pacientes vítimas de traumas e violências interpessoais faz-se no sentido UPA para o HMPGL quando há necessidade de intervenção cirúrgica e/ou ortopédica. A depender da gravidade da ocorrência, os serviços pré-hospitalares móveis dirigem os pacientes diretamente ao HMPGL. Com respeito ao fluxo do trauma, poucas são as adversidades encontradas na prática. Via de regra, o fluxo funciona sem grandes demoras e transtornos aos pacientes.

A peculiaridade do município de Foz do Iguazu consiste nos casos de saúde mental e condições neurológicas como a tentativa de suicídio, crises conversivas, surtos psicóticos, intoxicação por álcool e outras drogas, rebaixamento do nível de consciência e crises convulsivas. Todas essas condições chegam com frequências aos diversos pontos da rede de atenção e tem como referência, tanto para o atendimento neurológico, quanto psiquiátrico, o HMPGL. Apesar do fluxo ser bem definido, o setor da psiquiatria costuma se restringir aos pacientes com quadros exclusivamente psiquiátricos e dificilmente aceitam pacientes que têm outras condições clínicas associadas. Além disso, os pacientes costumam passar mais de 48 horas aguardando a vaga após a liberação. É compreensível que isso ocorra devido ao pequeno número de leitos presentes na enfermaria psiquiátrica, entretanto, isso é problemático porque prolonga a exposição do paciente a serviços despreparados para o seu acolhimento e manejo.

Conforme institui a Portaria nº 1.600 (BRASIL, 2011), o atendimento às condições psiquiátricas deve ser realizado apropriadamente por todos os pontos da RUE, não sendo limitado aos serviços de Saúde Mental. Todavia, a realidade apresenta grande contraste

com o que preza a normativa, em virtude da explícita rejeição e preconceito tanto com o tema da saúde mental, quanto com os próprios pacientes com transtornos e condições psiquiátricas. É justamente nesse cenário que fica evidente a falta de humanização do atendimento por parte de muitos dos profissionais, salvo exceções. Na prática, percebo que desrespeitos são cometidos contra todos os “tipos” de pacientes, independentemente de suas condições, porém, a sensação que tenho é que a indiferença, o desrespeito, a violência verbal e até física dirigida a esses pacientes é mais frequente e mais grave.

## CAPÍTULO 2 - O CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA

O Código de Ética do Estudante de Medicina trata-se de um documento, do ano de 2018, realizado pelo Conselho Federal de Medicina com inspiração no Código de ética médica, documento que estabelece princípios éticos e morais para o exercício da medicina. Como o Código de ética médica direciona-se, formalmente, apenas aos profissionais, apartando os estudantes de seu escopo, houve um entendimento de que seria propícia a elaboração de uma carta de princípios universais direcionada aos estudantes por parte das escolas de medicina e instituições vinculadas ao ensino médico (CFM, 2018). O documento, assim, apresenta o compilado de 45 artigos distribuídos em seis eixos temáticos que norteiam comportamentos, práticas e princípios éticos e morais coerentes com contexto de formação e direcionados aos estudantes de medicina.

Para a presente discussão, abordarei o terceiro princípio apresentado pelo Código de Ética do Estudante de Medicina, à saber: *“III - A escolha pela medicina exige compromissos humanísticos e humanitários, com promoção e manutenção do bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e da coletividade.”*, como também, o vigésimo terceiro artigo pertencendo ao Eixo 3 do documento: *“Art. 23. Cabe ao estudante demonstrar empatia e respeito pelo paciente.”* (CFM, 2018). A escolha por tais componentes deu-se em razão da intersecção e relação entre ambos, bem como pela fácil identificação, ou contraste, desses elementos com a realidade experienciada nas práticas ao longo do módulo de Urgência e Emergência.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina (DCN) foram reformuladas ao longo das duas últimas décadas, passando da versão do ano de 2001, para a versão do ano de 2014 vigente atualmente. Baseada em um currículo que almeja o desenvolvimento de competências, as DCN de 2014 apresentam grande preocupação com a construção de profissionais que compreendam o exercício da medicina para além do paradigma biomédico, ressaltando a importância do conceito ampliado de saúde, de práticas humanizadas do cuidado, tendo por base a formação articulada com e direcionada para o SUS respectivamente (PASSOS, et al. 2020).

Tendo o cenário médico educacional em mente, ao longo da minha formação na UNILA, tive a oportunidade de participar de módulos cujos objetivos eram abordar, refletir e desenvolver um olhar humanizado ao cuidado, a empatia diante do sofrimento e os desafios de se empregar tais elementos na prática, ao lidar com seres humanos em suas mais variadas versões. Tais módulos fortaleceram em mim a noção prévia que tinha a respeito da medicina, a de que, sobretudo, a prática médica ocorre em contextos de alteridade, ou seja, acontece a partir do encontro entre pessoas distintas, muitas vezes contrastantes, no qual

são apresentadas condições íntimas, de vulnerabilidade e profundidade, ainda que brevemente.

Embora fosse exposta aos conceitos e discussões sobre o tema da humanização em saúde, além de estimulada a basear minha prática em comportamentos empáticos, respeitosos e humanos, tive dificuldade em traduzir a teoria para a prática, não por apresentar comportamento contrário, mas porque precisava de exemplos que me mostrassem como agir de tal forma enquanto profissional.

A vivência no cenário de prática dá aos estudantes a oportunidade de aprender por meio do exemplo dos profissionais, bem como de atuar conforme o que aprende no contexto acadêmico. Por conseguinte, o que me chamou e chama a atenção é o contraste entre essas duas realidades, posto que os exemplos reais costumam ser opostos ao que se preza na teoria, ou ao que se espera tanto dos médicos quanto dos outros profissionais de saúde. Cenas de indiferença, falta de respeito e até mesmo de violências, principalmente verbais, são extremamente comuns, quase que como um “modus operandi” do serviço de saúde. Não obstante, como toda generalização é ignorante, pude ver profissionais que exercem suas atividades prezando pelo respeito e pelo compromisso humanístico e humanitário inerentes à medicina.

Como acadêmica, é extremamente difícil presenciar cenas de completo desrespeito, violência e indiferença para com os pacientes. O que percebo é que existe um padrão comportamental que é seguido de forma acrítica pelos profissionais, perpetuando-se como comportamento adequado na assistência à saúde. Anteriormente, no capítulo I, item 2.2, mencionei como o atendimento às pessoas com transtornos mentais e condições psiquiátricas é precário e problemático sob vários aspectos. Esse exemplo vislumbrado no campo de prática, bem como outros semelhantes, suscitam o questionamento acerca das influências teórica, que deveria orientar o comportamento do estudante, e prática, vista nos profissionais, que pode suggestionar a futura atuação do acadêmico. Acredito que tais exemplos devam ser amplamente questionados pelos acadêmicos e discutidos em ambiente acadêmico, para que, tanto enquanto estudantes, quanto no futuro breve, como médicos, pratiquem a medicina de forma coerente aos princípios éticos que orientam seu exercício.



### CAPÍTULO 3 - BOAS PRÁTICAS EM REDES SOCIAIS PARA MÉDICOS

O uso das redes sociais tem sido amplamente difundido nas últimas décadas, configurando um cenário social novo e cheio de desafios para a humanidade. Dessa forma, as redes sociais que, inicialmente eram utilizadas com fins de entretenimento, atualmente, consistem em importante veículo publicitário para empresas e profissionais autônomos. É, portanto, nesse panorama que se iniciam as reflexões acerca do uso adequado das redes sociais por profissionais médicos, ainda a passos pequenos quando comparadas à velocidade com a qual as redes se atualizam.

Na tentativa de nortear a presença de médicos nas redes, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) lançou o Guia das boas práticas nas redes sociais para médicos em 2022 (CREMESP, 2022). O guia traz elementos básicos sobre a utilização das redes, que traduzem, de certa forma, o Código de Ética Médica ao ambiente virtual. Como o fenômeno das redes sociais é extremamente novo e de difícil regulamentação, como o próprio uso da internet, é uma tarefa complexa orientar com profundidade, atendendo às peculiaridades das redes, o uso profissional, principalmente quando este se mistura ao perfil pessoal do usuário.

Nesse cenário, estabelecer limites para perfis cujo objetivo é estritamente publicitário é mais simples devido à existência de normas acerca da publicidade médica em outros veículos de comunicação presentes no próprio Código de Ética Médica (2010). Isto posto, dentre os exemplos de uso indevido, tem-se que a utilização de meios de comunicação para divulgação de assuntos médicos *“de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico”* está vedado ao médico, bem como ao estudante de medicina (CFM, 2010; CFM, 2018). Outras normativas abordam demais ações que também estão vedadas ao profissional e ao estudante de medicina.

Diversos são os dilemas que permeiam o tema, como por exemplo a validade da educação em saúde por meio de perfis que divulgam informações de saúde, considerando a problemática da *“fake news”* (notícia falsa - tradução minha) e o desserviço que é a divulgação de informações publicadas por médicos sem respaldo científico. Além disso, a confusão que se torna a mistura do perfil profissional com o perfil pessoal, uma vez que a divulgação de certos comportamentos pessoais, podem infringir o código de ética médica ou prejudicar a reputação do profissional. Por fim, diante de tais reflexões, destaca-se a importância de que esse tema seja abordado pelas escolas médicas para que comportamentos problemáticos sejam evitados e para que o incentivo ao uso das redes sociais seja respaldado pelo Código de Ética Médica.

## CAPÍTULO 4 - CASOS CLÍNICOS

### 1 CASO CLÍNICO 1: “Conserto do ar condicionado” - Fibrilação Atrial

#### 1.1 Exame Clínico

##### 1.1.1 Anamnese

**Identificação:** M.L.J.H., 77 anos, aposentada, procedente de Foz do Iguaçu.

**Queixa principal:** “Palpitação”

**História da doença atual:** Paciente idosa, 77 anos, relata que há 10 dias (15/02) começou com quadro de cefaléia, cansaço ao caminhar, dispneia aos mínimos esforços, palpitações e dor torácica. Também apresentou edema em MMII, porém relata que é comum ter todos os dias principalmente à tarde. No dia 22/02, compareceu na UPA – Walter, onde fez monitoramento de sinais vitais e apresentou "SIC" PA acima de 200/120 (e prontuário da UPA, consta PA 200/120 e FC 140 bpm), além de arritmia, sendo necessário uso de Nitroglicerina em BIC para compensação de quadro hipertensivo e amiodarona para controle de ritmo. Foi realizada curva de enzimas cardíacas e solicitação de vaga para o HMCC, porém negada. Foi aceita e encaminhada ao nosso serviço no dia 23/02. Na admissão, negou dor torácica, formigamento e outros sintomas associados, tosse, febre.

#### **História médica pregressa:**

Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensão Arterial Sistêmica. Erisipela (segundo relato da filha). Em uso de Enalapril, Metformina e Alprazolam.

Nega alergia a medicações.

Tem funcionalidade restrita, deambula pela casa, mas poucos metros, e realiza serviços domésticos mínimos.

#### **História social/ hábitos de vida:**

Nega tabagismo e consumo de bebida alcoólica. Reside com a filha.

Tem funcionalidade restrita, deambula poucos metros e realiza serviços domésticos mínimos.

##### 1.1.2 Exame Físico

Sinais vitais: SpO2 92% em ar ambiente; Temperatura 35,8 C; Frequência Cardíaca 74 bpm; Pressão Arterial 151/75 mmHg; Frequência Respiratória: 19 irpm

Ectoscopia: Paciente em bom estado geral, lúcida e orientada no tempo e espaço, anictérica, acianótica, afebril, desidratada (2+/4+) e hipocorada (+/4+).

Neurológico: Pupilas isocóricas e fotorreagentes, Escala de Coma de Glasgow 15/15.

Cardiovascular: Bulhas ARRÍTIMICAS normofonéticas, em 2 tempos sem sopros audíveis, TEC< 3s, pulsos radiais simétricos e arrítmicos, pulsos pediosos assimétricos e arrítmicos. Sem sinais de ingurgitamento jugular.

Respiratório: Murmúrios vesiculares presentes, porém diminuídos em bases, presença de estertores crepitantes em base pulmonar E. Eupneica em ar ambiente. Sem sinais de esforço respiratório.

Abdominal: globoso, ruídos hidroaéreos presentes, indolor à palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal.

Extremidades: Membros inferiores quentes, panturrilhas livres sem sinais de empastamento, sem feridas, presença de cicatrizes de aspecto fibrosado em ambas as pernas

## 1.2 Hipóteses Diagnósticas

### 1.2.1 Diagnóstico Sindrômico

- Síndrome Hipertensiva
- Insuficiência cardíaca
- Arritmia cardíaca

### 1.2.2 Diagnósticos Diferenciais

- Crise Hipertensiva
  - Emergência Hipertensiva
    - Repercussão cardíaca: Insuficiência Cardíaca Aguda?
    - Repercussão pulmonar: edema agudo de pulmão?
- Insuficiência Cardíaca Crônica Agudizada
- Fibrilação Atrial

## 1.3 Exames Complementares

**Quadro 2 - Exames Laboratoriais, caso 1**

Exames	22/02	25/02
Hemograma	Hb 10,7 / Ht 32,1% Leuco 6.600 (bastão 0%) Plaquetas 235.000	Hb 9,7 / Ht 28,9% Leuco 5.640 (bastão 0%) Plaquetas 196.000
Ureia	49	56
Creatinina	1,1	1,4
Sódio	138	139
CKMB	inferior à 3	não solicitado
CPK	41	não solicitado
Troponina	Amostra 1: 25 Amostra 2: 24	não solicitado
PCR	1,7	não solicitado
Potássio	não solicitado	4,3
Magnésio	não solicitado	1,7
Pró-BNP	aguardando	aguardando

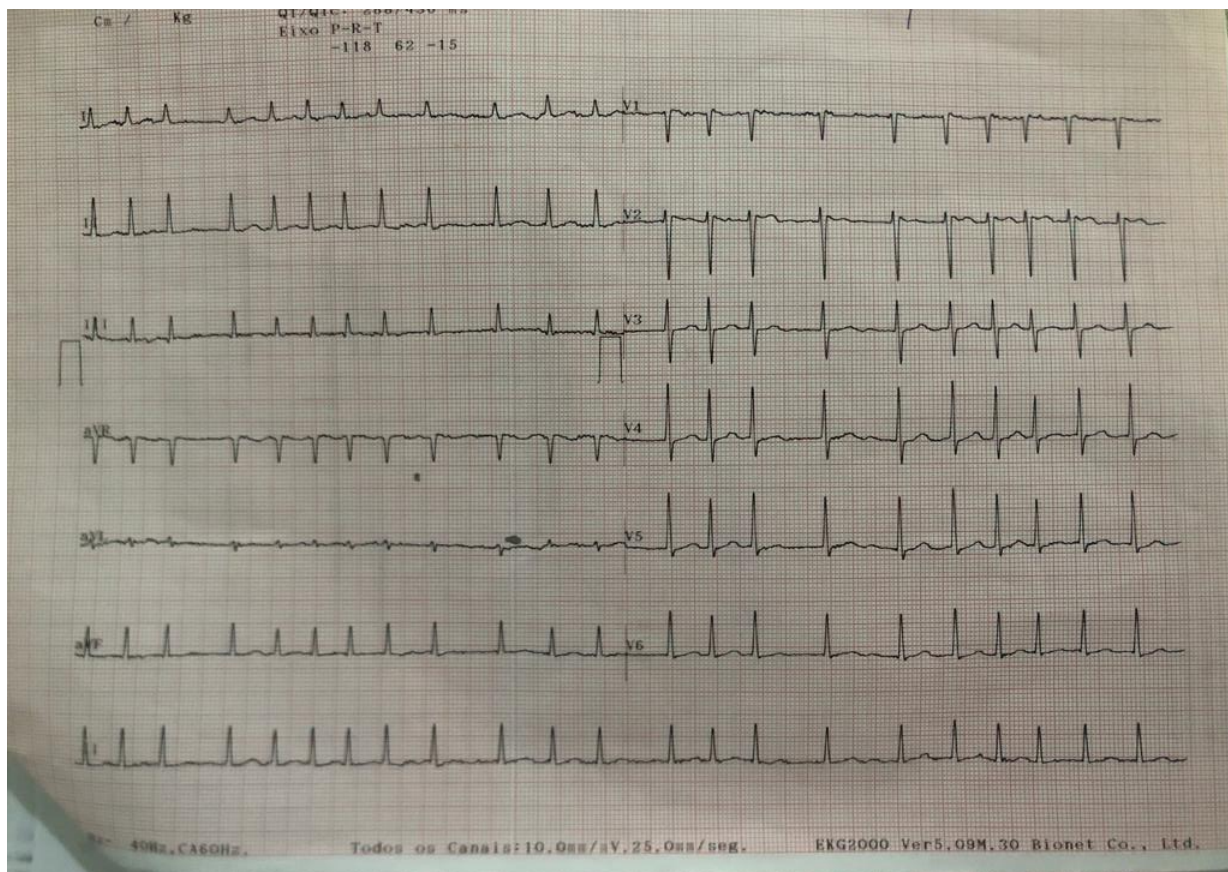
Fonte: autoral

**Imagem**

ECG (22/02):

- Taquiarritmia (Fibrilação atrial); FC 126 bpm, sem aberrância de onda T.

Figura 2 - ECG caso 1



Fonte: acervo da autora

### Radiografia de tórax

(22/02):

- Com presença de cardiomegalia, congestão pulmonar, sem sinais de condensação pulmonar.

Figura 3 - Radiografia de tórax caso 1



Fonte: Acervo da autora

Ecodopplercardiograma com mapeamento de fluxo a cores - 24/03

CONCLUSÃO:

- 1 – CONTRATILIDADE BIVENTRICULAR CONSERVADA
- 2 – CAVIDADE ATRIAL ESQUERDA COM IMPORTANTE AUMENTO DO SEU VOLUME
- 3 – CAVIDADE ATRIAL DIREITA DILATADA
- 4 – REFLUXOS VALVARES MITRAL E TRICÚSPIDE DISCRETOS
- 5 – REFLUXO VALVAR AÓRTICO DISCRETO
- 6 – SINAIS ECOCARDIOGRÁFICOS SUGESTIVOS DE HIPERTENSÃO PULMONAR
- 7 – TRONCO PULMONAR DILATADO
- 8 – ECTASIA DA AORTA

#### 1.4 Conduta frente ao caso

- Nitroglicerina 5mg/ml - 1 ampola
- Cimetidina 150mg/ml - ampola com 2 ml: 1 ampola a cada 8 horas
- Captopril 25mg - 1 comprimido a cada 12 horas

- Furosemida 10mg/ml - ampola 2 ml: 1 ampola a cada 12 horas
- Carvedilol 3.125mg - 1 comprimido a cada 24 horas
- Enoxaparina sódica 20mg/0,2ml -seringa: 1 seringa a cada 12 horas
- Enoxaparina sódica 40mg/0,4ml - seringa: 1 seringa a cada 12 horas
- Digoxina 0,25mg - 1 comprimido a cada 24 horas
- Amiodarona
- Dipirona sódica 500mg/ml - ampola 2ml: 1 ampola a cada 8 horas
- Bromoprida 150mg/ml - ampola 2 ml: 1 ampola a cada 8 horas

## 1.5 Discussão

A paciente chegou com quadro de cansaço, cefaleia, dispneia aos mínimos esforços, palpitação, dor torácica, hipertensão arterial, levando à hipótese diagnóstica de crise hipertensiva. Faria sentido pensar que a elevação da PA poderia estar sendo causada por uso inadequado da medicação, controle insuficiente da PA, elevação transitória da PA por razões emocionais, ou condição de dor intensa, manifestações de síndrome do pânico, hipertensão resistente dentre outras condições, porém considerando a associação das comorbidades da paciente, HAS e DM tipo 2, dos sintomas presentes e da elevação acentuada da PA e da FC, chegou-se à conclusão de que se tratava ou de uma emergência hipertensiva (EH), ou uma urgência hipertensiva (UH).

No manejo da crise hipertensiva é necessário que se afaste a possibilidade de uma EH a partir da investigação de lesões de órgãos-alvo. Nesse sentido, foi realizado o ECG na paciente que, sendo um exame complementar indicado pela literatura para a CH, auxilia no diagnóstico de lesões cardíacas. O ECG, no caso de uma emergência hipertensiva, pode demonstrar alterações de sobrecarga das câmaras cardíacas, sinais de isquemia (alterações no segmento ST e onda T) e arritmias. O ECG da paciente em questão demonstrou alterações características de Fibrilação Atrial, que corresponde à uma arritmia. Como a paciente apresentava sinais e sintomas clínicos que indicavam lesão de órgão-alvo, nesse caso, cardíaca, o diagnóstico inicial de emergência hipertensiva poderia ter sido definido. Entretanto, em prontuário ficou registrado apenas como crise hipertensiva, sem especificação. O manejo medicamentoso para a EH correspondeu ao que é preconizado pela literatura (Nitroglicerina 5mg/ml) (VELASCO et al, 2019). Após a identificação da FA no ECG, a conduta foi redirecionada à tal condição.

Com respeito à FA, alguns caminhos de manejo são possíveis. No caso da paciente, foi optado pela cardioversão com Amiodarona, conforme padronizado nas UPAs de Foz do

Iguaçu. Entretanto, ao buscar na literatura, constatei que a administração da Amiodarona foi equivocada, uma vez que a cardioversão não deve ser realizada em pacientes que requerem tratamento com anticoagulação, como era o caso da paciente. Essa contraindicação se dá devido a possibilidade de migração de êmbolos formados no átrio que podem ser desprender durante a cardioversão e migrar para outras regiões, causando, por exemplo, tromboembolismo pulmonar, ou acidente vascular isquêmico. Com a paciente em questão, não sabíamos se a condição da FA era nova ou não, e tampouco se havia trombos atriais.

Nesse sentido, a conduta adequada seria avaliar se a paciente deveria ser anticoagulada por meio de ferramentas como o escore CHA2DS2-VASc, que indica a necessidade de anticoagulação antes de cardioverter. O CHA2DS2-VASc da paciente resultou em 6 pontos. Tal pontuação reforçou minha compreensão sobre o equívoco da conduta. Ou seja, não havia indicação da cardioversão naquele momento porque não sabíamos a duração da FA. Em casos de FA com duração incerta, ou com duração maior que 48 horas, deveria ser feita a anticoagulação com anticoagulante oral direto, como a Rivaroxabana, ou com Varfarina, durante pelo menos 3 semanas antes de realizar a cardioversão, e mais 4 semanas após cardioverter (PHANG & MANNING, 2023). A anticoagulação da paciente foi feita apenas no momento da alta, após cerca de 7 dias de internação, quando foi prescrita Rivaroxabana.

Conforme a evolução da paciente, observou-se que o controle da FC havia sido realizado, porém o ritmo permanecia em FA. Nesse momento, foi optado por não tentar controlar o ritmo e apenas manejar os outros fatores. Destaca-se que também nessa internação, foi realizado o diagnóstico até então desconhecido de Insuficiência Cardíaca (IC). A paciente contemplava os Critérios de Framingham para IC, apresentando 1 critério maior (Cardiomegalia à radiografia de tórax) e 2 critérios menores (Dispneia aos esforços e taquicardia) (COLUCCI & BORLAUG, 2023).

### 1.5.1 Crise Hipertensiva

A elevação súbita da Pressão Arterial (PA) pode fazer parte da situação clínica conhecida como Crise Hipertensiva (CH) que é definida pela aumento abrupto da PA, sendo a Pressão Arterial Sistólica (PAS) com valor maior ou igual a 180 mmHg e a Pressão Arterial Diastólica (PAD) apresentando valor maior ou igual a 120 mmHg, podendo ou não ocasionar lesão em órgãos-alvo (BORTOLOTTI, et al., 2018). A CH pode ainda subdividir-se de duas formas distintas, como Urgência Hipertensiva (UH) e Emergência Hipertensiva (EH).



À despeito da discussão na literatura sobre a existência ou não da urgência hipertensiva, para todos os efeitos, a UH trata-se de elevação demasiada da PA sintomática, sem que haja lesão de órgão-alvo, porém com disfunção iminente; enquanto que, por definição, a EH trata-se da elevação acentuada da pressão arterial (PA), somada à lesão aguda ou à piora de lesão crônica de órgão-alvo (VELASCO et al, 2019).

Com respeito à fisiopatologia da CH, destaca-se que ainda não há elucidação completa dos mecanismos fisiopatológicos. Porém, sabe-se que CH pode ser resultado de um mecanismo vicioso de vasoconstrição, lesão endotelial, ativação plaquetária e do sistema de coagulação e imune que levam à fibrose e necrose das arteríolas, que deixando de suprir os órgãos, acarretam em isquemia destes. Esse mecanismo é consequência de alterações anteriores como o aumento do volume intravascular, da resistência vascular periférica, da redução de vasodilatadores e ativação de vasoconstritores que promovem a autorregulação tissular que leva à isquemia local. Quando se trata de pacientes com hipertensão crônica, essa autorregulação já está presente, favorecendo o surgimento da emergência hipertensiva (BARROSO et al., 2020).

Como consequência da fisiopatologia descrita, têm-se lesões de órgãos-alvo, sendo os principais o coração, os rins, o encéfalo, a retina, a aorta e vasos arteriais. Nesse sentido, os achados clínicos da emergência hipertensiva estarão diretamente relacionados às lesões específicas de cada órgão acometido. O quadro 3 traz, resumidamente, os órgãos-alvo e as manifestações clínicas que podem estar presentes nas crises hipertensivas.

### Quadro 3 - Crises Hipertensivas e Lesão de Órgãos-alvo

Tabela 2. Achados relevantes de anamnese, exame físico e exames complementares para o diagnóstico de emergências e urgências hipertensivas.

Órgão-Alvo	Sintomas	Exame físico	Exames complementares
Coração	Dispneia, ortopneia, escarro hemoptoico, dor precordial ou retroesternal, edema, palpitações.	3ª ou 4ª bulha, crepitação pulmonar, edema, estase jugular, desvio do ictus, hepatomegalia.	ECG: sobrecarga de câmaras, sinais de isquemia (segmento ST e onda T), arritmias. Raio X de Tórax: aumento de área cardíaca, congestão pulmonar. Ecocardiograma: hipertrofia ventricular, aumento de átrio, disfunção ventricular sistólica e diastólica.
Rim	Edema, oligúria, anorexia, perda de peso, náuseas, vômitos, adinamia.	Palidez cutânea, hálito urêmico, edema periorbital e de membros inferiores.	Níveis elevados de uréia e creatinina, proteinúria, hematúria, anemia Ultrassom renal: alterações do parênquima renal.
Cérebro	Cefaléia, confusão mental, agitação psicomotora, deficit motor, parestesias, convulsão, náuseas.	Alterações do nível de consciência, paresia ou paralisia de membros, desvio de rima, anisocoria, alterações de reflexo, sinais de irritação meníngea.	Tomografia cerebral – hemorragia, infarto, edema. Ressonância – infarto, alterações específicas.
Retina	embaçamento ou turvação visual, fosfenas, escotomas, amaurose.	Fundoscopia: exsudatos algodonosos, hemorragias retinianas, papiledema.	
Aorta	Dor torácica intensa, dorsalgia ou lombalgia.	Assimetria ou ausência de pulsos periféricos. Diferença de pressão arterial entre os membros.	Ecocardiograma transesofágico – sinais de dissecação e insuficiência valvar. Angiotomografia – Nível e extensão da dissecação.

Fonte: BORTOLOTTI, et al., 2018

Como visto na tabela, além dos sintomas e sinais clínicos, também são necessários exames complementares que auxiliam no diagnóstico e, conseqüentemente, no tratamento. De modo geral, na suspeita de EH, deve-se solicitar:

### Quadro 4 - Avaliação laboratorial na Emergência Hipertensiva

Exames Laboratoriais	Indicação
Hemograma	Avaliar condições associadas (anemia, infecções, plaquetopenia e etc)
Ureia e Creatinina	Avaliação da função renal
Eletrólitos e Parcial de urina	Avaliação da lesão renal (Espera-se: proteinúria, leucocitúria e hematúria)
Marcadores de necrose miocárdica (troponina)	Quando há suspeita de síndrome coronariana aguda

BNP e nT-pro-BNP	Quando há suspeita de edema agudo de pulmão
D-dímero	Quando há suspeita de dissecação de aorta

Fonte: Adaptado de VELASCO et al, 2019

#### Quadro 5 - Exames de imagem na Emergência Hipertensiva

Exames de Imagem	Indicação
ECG	Quando presente dor torácica, suspeita de edema agudo de pulmão (Espera-se: alterações do segmento ST ou sinais de sobrecarga ventricular)
Radiografia de tórax	Quando presente dor torácica, suspeita de edema agudo de pulmão (Espera-se: alargamento do mediastino em caso de dissecação de aorta; sinais de congestão pulmonar)
TC de crânio	Quando presentes sintomas neurológicos e suspeita de AVE (Espera-se: normal em AVE isquêmico; sinais de hemorragia em AVE hemorrágico e hemorragia subaracnóidea; edema cerebral difuso na encefalopatia hipertensiva)

Fonte: Adaptado de VELASCO et al, 2019

Tendo tais definições por base, infere-se que no caso supracitado a paciente estava de fato apresentando uma crise hipertensiva, uma vez que a PA na admissão foi PAS de 200 mmHg e PAD de 120 mmHg, contemplando os critérios para crise hipertensiva. Com respeito ao diagnóstico de urgência ou emergência hipertensiva, ficou claro que a partir da repercussão cardíaca e possivelmente pulmonar apresentada pelos sintomas de cefaléia, cansaço ao caminhar, dispneia aos mínimos esforços, palpitações, dor torácica e com a presença de FA no ECG, tratava-se de uma emergência hipertensiva. A dúvida que se

instalou durante a evolução do caso foi a tentativa de distinguir se essa lesão seria aguda ou crônica em piora e se haveria também edema agudo de pulmão, como repercussão pulmonar.

Quanto ao tratamento da EH, sob um aspecto geral, a recomendação é de que a redução da PA não seja feita de forma rápida e/ou a níveis muito baixos, em razão do risco de isquemia em tecidos já habituados aos altos níveis de pressão arterial. Por conseguinte, o tratamento da maioria das EH tem como objetivo a redução de cerca de 10 a 20% da PA média durante a primeira hora e a redução de 5 a 15% da PA média durante as próximas 23 horas. Dessa forma, esperam-se valores de PA menores do que 180/120 mmHg durante a primeira hora e, posteriormente, valores menores do que 160/110 mmHg nas próximas 23 horas (ELLIOT & VARON, 2023). Como a EH tem repercussões diversas, o tratamento é orientado conforme a lesão de órgão-alvo, motivo que leva a especificações no tratamento. Consoante às Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020 (BARROSO et al., 2020), os medicamentos mais utilizados nas emergências hipertensivas, bem como suas indicações, estão descritos no quadro 6.

No caso em questão, a conduta realizada foi a administração da Nitroglicerina, medicamento anti hipertensivo, vasodilatador arterial e venoso recomendado pela literatura nos casos de emergências hipertensivas. Após a realização da Nitroglicerina, a paciente apresentou controle dos níveis pressóricos.

## Quadro 6 - Medicamentos via parenteral para Emergências Hipertensiva

**Quadro 13.4 – Medicamentos usados por via parenteral para o tratamento das emergências hipertensivas**

Fármacos	Modo de administração e dosagem	Início	Duração	Indicações	Eventos adversos e precauções
Nitroprussiato de Sódio (vasodilatador arterial e venoso estimula a formação de GMPc)	Infusão contínua 0,25-10 mg/kg/min IV	Imediato	1-2 min	Maioria das emergências hipertensivas	Intoxicação por cianeto, hipotensão grave, náuseas, vômitos. Cuidado na insuficiência renal e hepática e pressão intracraniana alta. Proteger da luz.
Nitroglicerina (vasodilatador arterial e venoso)	Infusão contínua IV 5-15mg/h	2-5 min	3-5 min	Insuficiência coronariana, Insuficiência ventricular esquerda com EAP	Cefaleia, taquicardia reflexa, taquifilaxia, flushing, meta-hemoglobinemia
Metoprolol (bloqueador beta-adrenérgico seletivo)	5 mg IV (repetir 10/10 min, se necessário até 20 mg)	5-10 min	3-4 h	Insuficiência coronariana Dissecção aguda de aorta (em combinação com NPS)	Bradycardia, BAV avançado, insuficiência cardíaca, broncoespasmo
Esmolol (bloqueador beta-adrenérgico seletivo de ação ultrarrápida)	Ataque: 500µg/kg Infusão intermitente IV 25-50 µg/kg/min ↑ 25 µg/kg/min cada 10-20min. Máximo 300 µg/kg/min	1-2 min	1-20 min	Dissecção Aguda de Aorta (em combinação com NPS) Hipertensão pós-operatória grave	Náuseas, vômitos, BAV 1o grau, broncoespasmo, hipotensão
* Fentolamina (bloqueador α-adrenérgico)	Infusão contínua IV: 1-5mg. Máximo 15mg	1-2 min	3-5 min	Excesso de catecolaminas	Taquicardia reflexa, flushing, tontura, náuseas, vômitos
* Trimetafan (bloqueador ganglionar do SNS e SNPS)	Infusão contínua IV: 0,5-1,0 mg/min. ↑ 0,5mg/min até o máximo de 15mg/min	1-5 min	10 min	Excesso de catecolaminas Dissecção aguda de aorta	Taquifilaxia
Hidralazina (vasodilatador de ação direta)	10-20 mg IV ou 10-40 mg IM 6/6 h	10-30 min	3-12 h	Eclâmpsia	Taquicardia, cefaleia, vômitos. Piora da angina e do infarto. Cuidado com pressão intracraniana elevada
Diazóxido (vasodilatador da musculatura lisa arteriolar)	Infusão IV 10-15min 1-3 mg/kg Máximo 150 mg	1-10 min	3-18 h	Encefalopatia hipertensiva	Retenção de sódio, água, hiperglicemia e hiperuricemia
* Fenoldopam (agonista seletivo dopaminérgico)	Infusão contínua IV 0,1-1,6 µg/kg/min	5-10 min	10-15 min	Insuficiência renal aguda	Cefaleia, náuseas, rubor
* Nicardipina (bloqueador dos canais de cálcio)	Infusão contínua IV 5-15mg/h	5-10 min	1-4 h	Acidente vascular encefálico Encefalopatia hipertensiva Insuficiência ventricular esquerda com EAP	Taquicardia reflexa, flebite evitar em pacientes com insuficiência cardíaca ou isquemia miocárdica
* Labetalol (bloqueador alfa/beta-adrenérgico)	Ataque: 20-80mg 10-10min IV Infusão contínua IV 2mg/min (máximo 300mg/24h)	5-10 min.	2-6 h	Acidente vascular encefálico Dissecção aguda de aorta (em combinação com NPS)	Náuseas, vômitos, BAV, broncoespasmo, hipotensão ortostática
Enalaprilato (inibidor da ECA)	Infusão intermitente IV 5,0 mg 6/6h até 20 mg	15 min.	4-6 h	Insuficiência ventricular esquerda com EAP	Hipotensão, insuficiência renal, gestação
Furosemida (diurético de alça)	20-60 mg IV (repetir após 30 min)	2-5 min	30-90 min.	Insuficiência ventricular esquerda com EAP Situações de hipervolemia como DRC, GNDA	Hipotassemia

\* Não disponíveis no Brasil. NPS = nitroprussiato de sódio; IV = intravenoso; EAP = edema agudo de pulmão; BAV = bloqueio atrioventricular; SNS = sistema nervoso simpático; SNPS = sistema nervoso parassimpático; ECA = enzima de conversão da angiotensina; DRC = doença renal crônica; GNDA = glomerulonefrite difusa aguda. Adaptado de Malachias et al., 2016;<sup>164</sup> Bortolotto et al., 2018;<sup>733</sup> Martion & Ribeiro, 2015;<sup>734</sup> Whelton et al., 2018;<sup>5</sup> Vilela-Martin et al., 2020.<sup>747</sup>

Fonte: BARROSO et al., 2020

### 1.5.2 Fibrilação Atrial

A Fibrilação Atrial consiste em um distúrbio do ritmo cardíaco bastante comum e presente nos setores de emergência, necessitando de medidas específicas. Os fatores que predispõe à FA podem ser de origem não cardiovascular, como infecções e diabetes mellitus, e de origem cardiovascular como a hipertensão, insuficiência cardíaca, dentre outras. Quanto à sua etiopatogenia, ainda não é totalmente esclarecida, porém sabe-se que estão presentes mudanças estruturais nos átrios, como a fibrose atrial e/ou perda de massa muscular, o remodelamento elétrico e a presença de múltiplos circuitos de reentrada (VELASCO et al, 2019).

Clinicamente, até 90% dos episódios de FA podem vir desacompanhados de sintomas, entretanto, o sintoma mais importante é a palpitação associada à taquicardia (FC maior do que 100 bpm). Outros sintomas que podem estar presentes são: dispneia, fadiga, tontura, angina e sintomas de descompensação de insuficiência cardíaca.

Tendo em vista os elementos descritos, observa-se que a paciente em questão apresentava tanto fatores predisponentes, HAS e DM tipo 2, como sintomas que se adequam ao quadro de FA, sendo a palpitação sua queixa principal, e os demais sintomas de fadiga e dispneia. O que trouxe certeza à hipótese de FA foi o ECG, exame indispensável para o diagnóstico. Os critérios eletrocardiográficos para definição do ritmo de FA consistem na presença de complexos QRS espaçados irregularmente e a ausência da onda P (Figura 4). Como visto no ECG da paciente, os dois critérios foram contemplados, diagnosticando, portanto, a FA.

Figura 4 - Fibrilação Atrial



Fonte: [ECG Wave-Maven](http://ecg.bidmc.harvard.edu).

Ainda no escopo de exames complementares, a avaliação inicial requer vários deles para investigar doenças associadas, alterações cardíacas estruturais e repercussões em outros órgãos e sistemas (Quadro 7). No caso descrito, foi solicitado um ecocardio doppler colorido para completar a investigação. Porém, alguns dos exames que são preconizados pela literatura não foram contemplados, sendo eles a função tireoidiana que é indicada para pacientes com suspeita de hipertireoidismo, e o coagulograma se houver indicação de

anticoagulação. Nesse sentido, o único exame dispensável seria a função tireoidiana, em razão da ausência de sinais e sintomas na paciente. Os exames que se apresentaram alterados foram o ECG, a radiografia de tórax e o ecodoppler cardiograma. A troponina, apesar de aumentada, não progrediu em ascensão na segunda amostra, descartando a possibilidade de infarto agudo do miocárdio (IAM).

Quadro 7 - Exames complementares FA

Exames complementares na avaliação inicial da FA
<ul style="list-style-type: none"><li>• ECG</li><li>• Ecocardiograma (transesofágico e cardíaco)</li><li>• Radiografia de tórax</li><li>• Hemograma</li><li>• Função tireoidiana</li><li>• Troponinas</li><li>• BNP</li><li>• Eletrólitos</li><li>• Função renal</li><li>• Coagulograma</li></ul>

Fonte: realizado pela autora

O tratamento da FA é orientado pelo contexto do paciente. Basicamente, deve ser tomada a decisão de ou controlar a frequência cardíaca ou o ritmo.

A FA pode apresentar padrões distintos conforme a manifestação clínica, demanda terapêutica e conduta. Para realizar a classificação é necessário que haja o diagnóstico por meio do ECG e a história pregressa. São descritos os seguintes padrões:

- FA em primeiro diagnóstico: FA diagnosticada pela primeira vez;
- FA paroxística: resolve-se espontaneamente em 48 horas, mas pode durar até 7 dias; pode ser recorrente;
- FA persistente: com duração maior que 7 dias, com episódios que precisaram de cardioversão elétrica ou química;
- FA persistente crônica: FA por período superior a 1 ano, ou FA cujo manejo foi guiado pelo controle de ritmo, com recorrência;

- FA permanente: conduta médica e/ou decisão do paciente de não obter o controle do ritmo.

Seguindo o padrão classificatório, depreende-se que a FA da paciente poderia ser classificada como FA em primeiro diagnóstico, possivelmente uma FA persistente.

Quando conversei com a paciente já estava previamente ciente do caso, então sabia o que esperar. Além da evolução da internação que me foi incumbida, outra demanda dada a mim foi de conversar com a paciente e posteriormente com os familiares durante a visita para tentar avaliar se a paciente teria ou não critérios para o diagnóstico de insuficiência cardíaca crônica. Essa, sem dúvida, foi uma das tarefas mais difíceis do caso, uma vez que a paciente, mesmo lúcida, não conseguia descrever com precisão como era sua funcionalidade em casa e seus sintomas. Ela me dizia “se eu andar 1km já não consigo, fico muito cansada” e eu pensava, eu também fico cansada se andar 1 km! A descrição geral do que ela estava sentindo no quadro agudo, assim como o panorama de sua história médica prévia foi possível de ser compreendida a partir do relato da própria paciente. Porém, por mais que tentasse perguntar de outras maneiras, e em duas oportunidades diferentes, a descrição mais objetiva dos sinais e sintomas não foi alcançada, o que realmente me fez ter a necessidade de conversar com os familiares.

Fui então conversar com os familiares da paciente. Foi nesse momento que consegui informações mais detalhadas a respeito da paciente. Com essas informações consegui classificar a insuficiência cardíaca pelos critérios de Framingham com mais certeza.

Filha relata que paciente já apresentava dispneia aos mínimos esforços anteriormente ao quadro atual, realizava poucas tarefas domésticas, deambulava com dificuldade. Na última semana apresentou piora da dispneia (sem conseguir realizar tarefas habituais), cefaleia e palpitação. Negando ortopneia, dispneia paroxística noturna, quadro de TVP anterior ou dor torácica.

Também foi nessa conversa que entendi a motivação para que a filha levasse a paciente à UPA. A filha me contou que dias antes da internação houve um conserto de ar condicionado na residência da paciente e, logo após o prestador de serviço ir embora, a paciente comentou que gostaria que alguém fosse consertar o coração dela assim como tinham arrumado o ar condicionado. Foi aí então que a filha resolveu levá-la ao pronto atendimento onde foi diagnosticada com fibrilação atrial.



## 2 CASO CLÍNICO 2: “Natal, Ano Novo, Carnaval e DENGUE” - Dengue tipo C

### 2.1 Exame Clínico

#### 2.1.1 Anamnese

**Identificação:** M.C., sexo feminino, 26 anos, casada, procedente de Foz do Iguaçu - PR.

**Queixa principal:** “Dor de cabeça, febre e dor no corpo”

**História da doença atual:** Paciente refere ter apresentado febre, mialgia e cefaleia com início dia 21/02, não buscou ajuda médica no primeiro momento, porém fez uso de ibuprofeno. A partir do dia 24/02 teve piora da mialgia, além de apresentar náuseas e inapetência, buscando atendimento médico na UPA, onde foi medicada e diagnosticada com dengue. Apresentou também prurido, associado a exantema e dor retro-orbitária. Na manhã do dia 25/02 manifestou tontura, sensação de desmaio e sangramento gengival. Foi encaminhada e admitida no HMPGL às 22h48 de 25/02. Na admissão: refere que continua inapetente, com dificuldade de hidratação. Último episódio de febre foi no dia 22/02, conforme relato.

#### **História médica pregressa:**

Nega comorbidades.

Faz uso de contraceptivo injetável trimestral.

Nega alergia medicamentosa.

#### **História social:**

Nega tabagismo e etilismo.

#### 2.1.2 Exame Físico

Sinais vitais: SatO<sub>2</sub> 98%; TAX 35 °C ; PA: 110x60 mmHg; FC: 50bpm; HGT 96mg/dL

Ecotscopia: presença de petéquias em MMSS e abdome. Peso: 50kg.

Neurológico: Paciente acordada ECG 15/15, pupilas isofotorreaentes, sem sinais de irritação meníngea.

Cardiovascular: BCNF em 2 tempos, sem sopros. TEC < 3 segundos. Pulsos simétricos e cheios. Hemodinamicamente estável.

Respiratório: expansibilidade preservada, MV presentes, sem ruídos adventícios.

Abdominal: Abdome plano, RHA+, sem visceromegalias, sem sinais de irritação peritoneal. Moderada dor à palpação profunda, com reflexo de defesa, de regiões epigástrica e hipocôndrio esquerdo.

Geniturinário: Diurese clara em SVD

Extremidades: Ausência de edema, extremidades quentes e bem perfundidas, panturrilhas simétricas e livres.

## 2.2 Hipóteses Diagnósticas

### 2.2.1 Diagnóstico Sindrômico

- Síndrome Febril
- Síndrome exantemática febril
- Síndrome hemorrágica febril

### 2.2.2 Diagnósticos Diferenciais

- Dengue
  - Tipo C
- Chikungunya
- Zika

## 2.3 Exames Complementares

Quadro 8 - Exames Laboratoriais, caso 2

Exame	25/02	26/02	27/02	28/02
Hemograma	Hb 12,7 g/dL Ht 40,7% Plaq 29.000 /mm <sup>3</sup> Leuco 3.010 (Bast 21%)	Hb 12,7 g/dL Ht 36,2% Plaq 23.000 /mm <sup>3</sup>	Plaq 22.000 /mm <sup>3</sup>	Hb 11,6 g/dL Ht 33,5% Plaq 27.000 /mm <sup>3</sup> Leuco 4.660
TGO	140 U/L			

TGP	47 U/L			
Potássio				3,0 mmol/L
Ureia				5 mg/dL

Fonte: Autoral

## 2.4 Conduta frente ao caso

- Aguarda NS1
- Protocolo de hidratação:
  - 25/02: Hidratação EV expansão (1.000 ml em 1h + 1.000 ml em 6h) de soro fisiológico; Exames após hidratação
  - 26/02: Hidratação suspensa
  - 27/02: Hidratação EV 1.000 ml de SF em 20 minutos, repetir por 3 vezes se necessário - retorno para fase de expansão devido hipotensão (PA 70/40 mmHg); 4.500 ml em 8h 12h (protocolo Dengue C)
  - 28/02: Hidratação EV protocolo Dengue C (1.020 ml em 5h) 14h
- Medicamentos sintomáticos conforme necessidade:
  - Captopril 25mg 1 cp VO
  - Clonidina 0,1 mg cp 1 cp VO
  - Dipirona 1g inj amp c 2 ml IV
  - Metoclopramida 10 mg inj amp c 2ml IV
  - Paracetamol 750mg cp VO
- Encaminhada ao setor de dengue (aguarda vaga)

## 2.5 Discussão

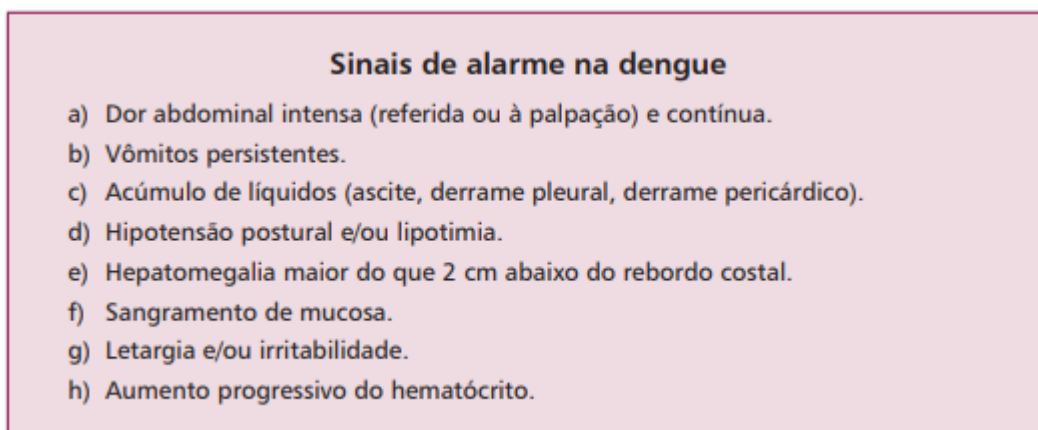
A paciente em questão apresentou um conjunto de sinais e sintomas inespecíficos que orientavam o raciocínio clínico na direção das síndromes febril e/ou infecciosa. Tendo em vista o cenário epidemiológico brasileiro, a hipótese diagnóstica da dengue logo foi cogitada, uma vez que essa arbovirose consiste na doença mais comum transmitida por

mosquitos no Brasil e que o período de maior incidência da doença são nos meses de verão e outono, principalmente entre fevereiro e maio, ou seja, período no qual o caso ocorreu (THOMAS; ROTHMAN, 2023).

Tive contato com a paciente no segundo dia de internação. Nesse momento, ela já estava sendo tratada como suspeita de dengue com a classificação de tipo C. Logo, meu raciocínio não foi no sentido óbvio, avaliar a história clínica e exames complementares para chegar ao diagnóstico de dengue, identificar em qual fase a paciente estava, avaliar se havia sinais de alarme, bem como o estado hemodinâmico e de hidratação, para então definir a necessidade de internação e, por fim, chegar ao subtipo da doença. Meu raciocínio foi inevitavelmente influenciado pela suspeita diagnóstica de dengue tipo C, no entanto, fiz o exercício de confrontar tal avaliação a partir do exame clínico que realizei, tentando identificar o porquê da classificação atribuída e se havia coerência entre a teoria e a realidade. Ressalta-se que para que se confirme o diagnóstico de dengue é necessária confirmação laboratorial por meio de sorologia ou detecção de antígenos virais. Contudo, o manejo de casos suspeitos pode ser realizado ainda que o resultado confirmatório não esteja pronto. Essa situação foi o que ocorreu com a paciente do caso, foi feita a detecção do antígeno viral, NS1, porém, a conduta foi direcionada para o tratamento da dengue ainda sem o resultado.

Nesse sentido, seguindo a história natural da dengue, a paciente chegou ao serviço na fase crítica da doença por estar no quinto dia de sintomas, apresentar sinais de alarme e não ter apresentado mais episódios febris. O curso da dengue é descrito em três fases, sendo elas a fase febril, fase crítica e fase de recuperação. A fase febril é caracterizada pela febre súbita e alta (39°C a 40°C), com cefaleia, adinamia, mialgia, artralgia, dor retroorbitária, podendo ainda apresentar anorexia, náusea, vômito, diarreia, exantema máculo-papular que atinge face, tronco, membros com ou sem prurido associado. Já a fase crítica, não necessariamente está presente em todos os pacientes, contudo, é de grande importância porque é nela que a doença evolui ou não para formas graves. Como citado, a fase crítica inicia-se entre o terceiro e sétimo dia, com o desaparecimento da febre e com a manifestação dos sinais de alarme descritos no quadro abaixo. Por fim, na última fase, de recuperação, há o restabelecimento das funções orgânicas mais afetadas, principalmente daqueles pacientes que passaram pela fase crítica, havendo a reabsorção do conteúdo extravasado com melhora clínica (BRASIL, 2016).

Figura 5 - Sinais de alarme na dengue



Fonte: BRASIL, 2016

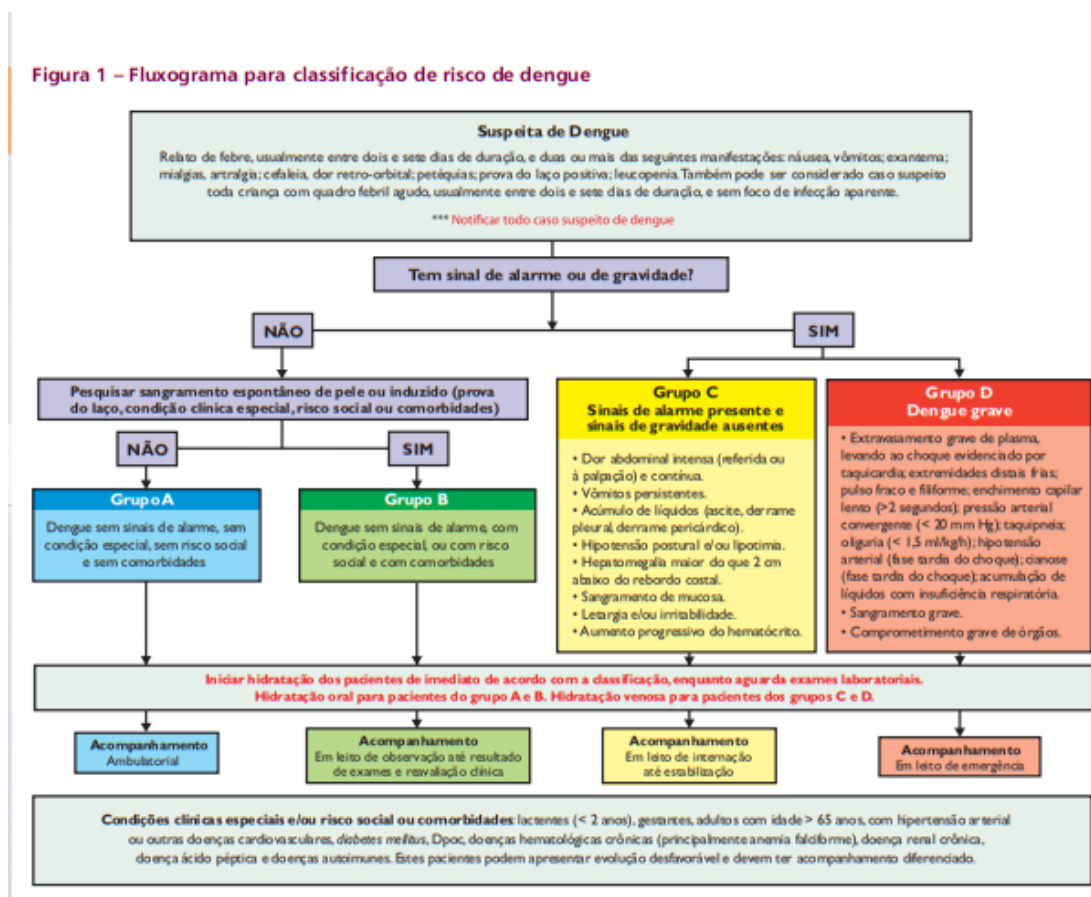
Pela descrição da história, durante a fase febril, a paciente em questão apresentou quase todos os sintomas, com exceção da diarreia e do vômito. Já durante a fase crítica, quando chegou ao hospital, a paciente não apresentava episódios febris, porém manifestou alguns sinais de alarme, sendo eles a dor abdominal referida ao exame físico e a hipotensão postural.

Ao contextualizar a apresentação clínica da dengue à sua fisiopatologia, a dengue se desenvolve quando seu vírus entra no hospedeiro e atinge o sistema linfático, onde ocorre sua replicação. Quando o vírus atinge o citoplasma das células-alvo, o processo de replicação viral se intensifica e, após 5 dias ocorre a viremia que leva aos sintomas de febre, calafrios, cefaleia e mialgia - clinicamente representada pela fase febril. Cerca de 6 dias após a infecção, tem-se a produção de anticorpos IgM e IgG, a imunidade, porém, não necessariamente é positiva, podendo levar à resposta inflamatória secundária à imunidade e, conseqüentemente, à destruição tecidual. A gravidade da doença associa-se diretamente à resposta imunológica, de tal modo que, o aumento da captação do vírus pelos macrófagos favorece eventos hemorrágicos, gerando a hemoconcentração e o choque; esse período manifesta-se na fase crítica, período no qual a paciente se encontrava quando avaliada no HMPGL (VELASCO et al, 2019).

O passo seguinte, seria o de realizar a classificação de risco da paciente. No que tange à classificação, a dengue é, atualmente, subdividida em quatro tipos progressivos quanto à gravidade e manejo terapêutico adequado, sendo eles tipo A, B, C, D. A figura abaixo traz o fluxograma orientado pelo Ministério da Saúde (2016) para classificação de risco da dengue. Observa-se que os pacientes são agrupados conforme sua condição clínica e manejados de formas distintas. A descrição de cada grupo consiste em:

- Grupo A: Dengue sem sinais de alarme, sem condição especial, sem risco social e sem comorbidades; acompanhamento ambulatorial.
- Grupo B: Dengue sem sinais de alarme, com condição especial, ou com risco social e com comorbidades; acompanhamento em leito de observação até reavaliação laboratorial e clínica.
- Grupo C: Dengue com sinais de alarme presente e sinais de gravidade ausentes; acompanhamento em leito de internação até estabilidade.
- Grupo D: Dengue grave; acompanhamento em leito de emergência.

Figura 6 - Fluxograma de Classificação de risco para dengue



Fonte: BRASIL, 201

Fundamentando-se nessa estratificação, o estadiamento da paciente do caso, com suspeita de dengue, a classificaria como Grupo C, em razão dos sinais de alarme apresentados: dor abdominal intensa, hipotensão postural e sangramento de mucosa. Diante de um paciente com Dengue C espera-se que este seja internado em leito de internação até que haja estabilidade clínica. Foi o que de fato ocorreu com a paciente, ela foi inicialmente atendida na UPA, passando pelo leito de observação, e, posteriormente, encaminhada ao HMPGL, que atualmente conta com um setor exclusivo para internamento de pacientes com dengue.

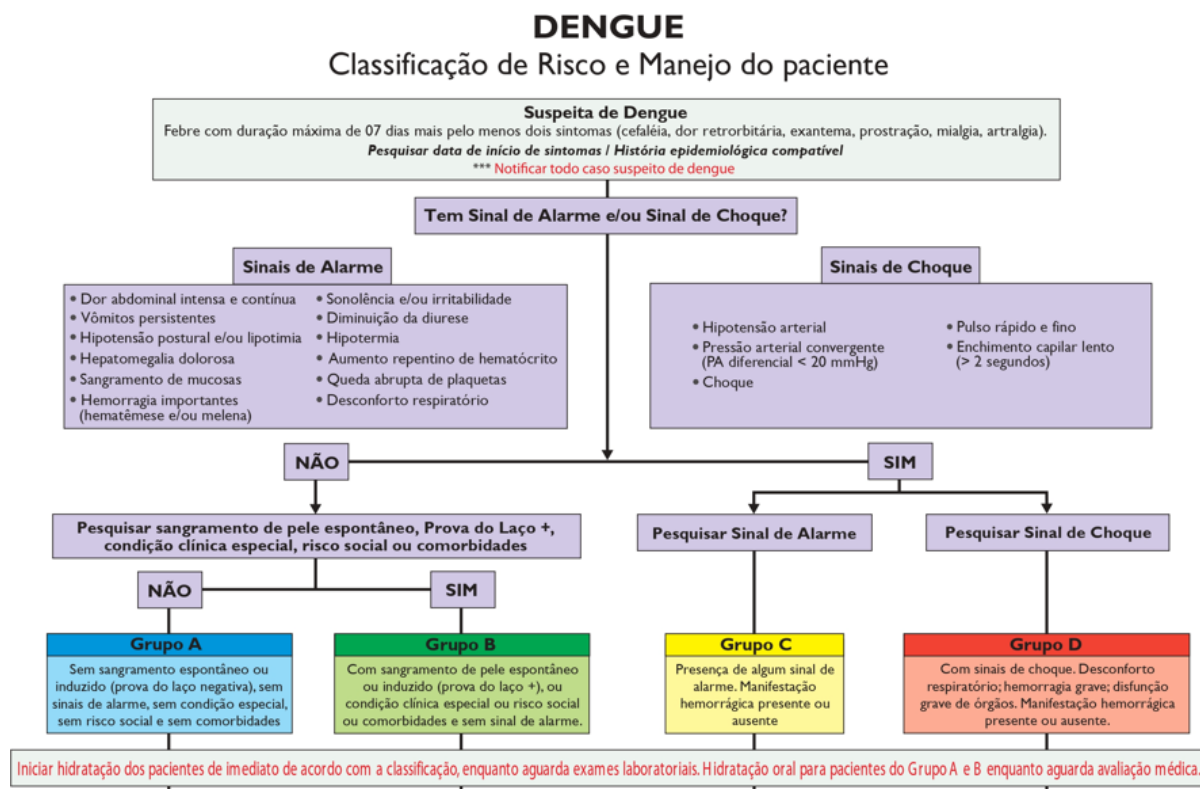
Com respeito à conduta, o principal elemento terapêutico a ser contemplado em pacientes do Grupo C é a reposição volêmica imediata. Essa reposição pode ser realizada em qualquer ponto da rede de atenção. No caso abordado, a reposição foi realizada no âmbito hospitalar. Não foi informado se já na UPA foi iniciada a reposição volêmica. O esquema de reposição volêmica está descrito no fluxograma conforme protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021). Para o Grupo C tem-se o seguinte protocolo:

- Hidratação intravenosa imediata: 20ml/kg/h com soro fisiológico ou ringer lactato;
- Reavaliação clínica e laboratorial a cada 2 horas;
- Se houver melhora clínica e laboratorial (sinais vitais e PA estáveis, diurese normal e queda do hematócrito):
  - Manutenção da hidratação:
    - Fase 1: 25 ml/kg/h em 6 horas;
    - Fase 2: 25 ml/kg/h em 8 horas, sendo  $\frac{1}{3}$  com soro fisiológico e  $\frac{2}{3}$  com soro glicosado;
- Se não houver melhora clínica e laboratorial:
  - Repetir fases de expansão até três vezes
    - Resposta inadequada: conduzir como grupo D;
    - Resposta adequada: fase de manutenção;

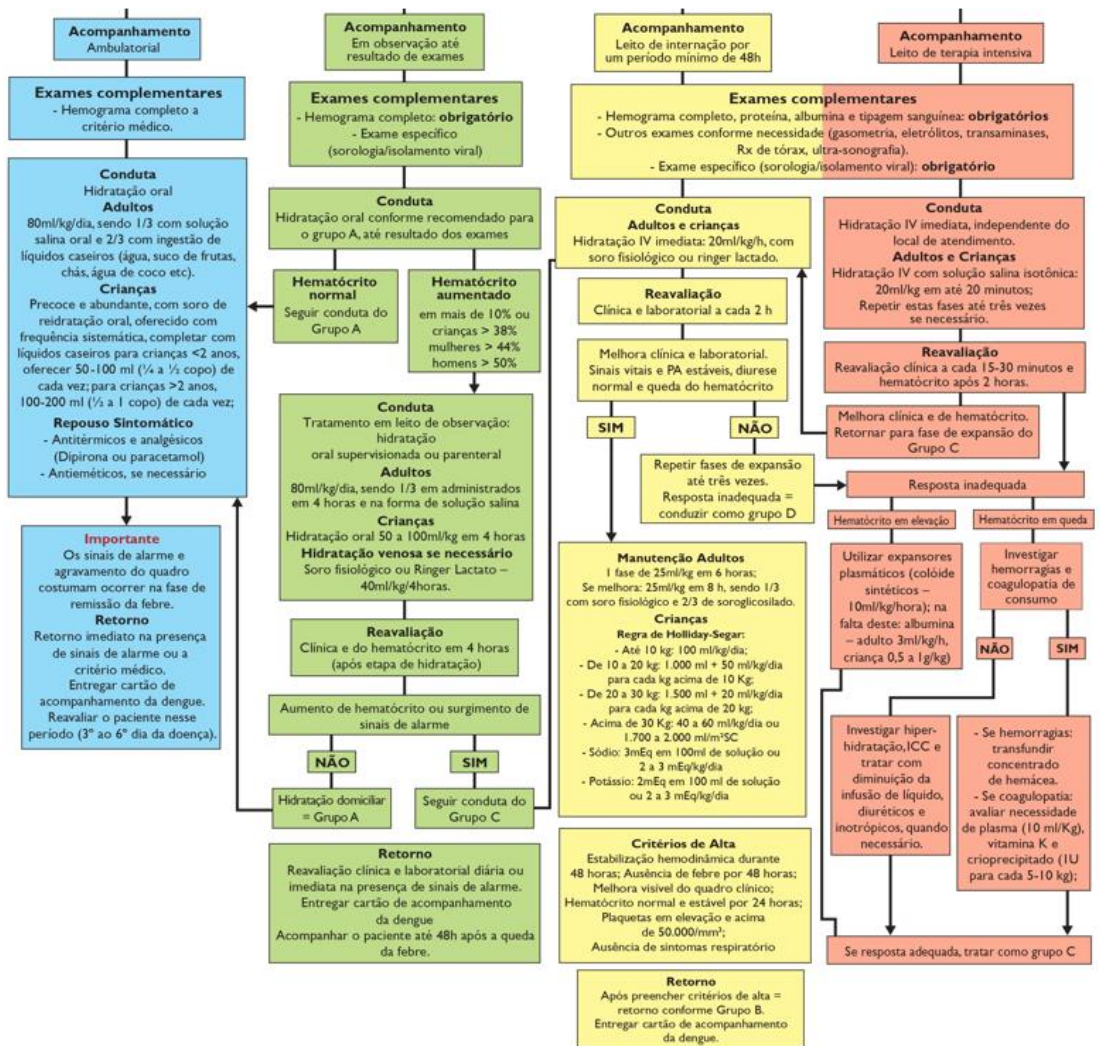
Considerando o protocolo, a paciente deveria ter sido tratada da seguinte forma, conforme seu peso (50kg):

- Fase de expansão: 1.000 ml de soro fisiológico na primeira hora;
- Se melhora:
  - Manutenção:
    - Fase 1: 1.250 ml de soro fisiológico em 6 horas;
    - Fase 2: 416 ml de soro fisiológico + 833 ml de soro glicosado em 8 horas;

Figura 7- Fluxograma de Classificação de Risco e Manejo do paciente Dengue







**Condições clínicas especiais e/ou 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), doença renal crônica, doença ácido-peptica e doenças auto-imunes. Estes pacientes podem apresentar evolução desfavorável e devem ter acompanhamento diferenciado.  
**Exames complementares:** hemograma obrigatório e outros exames laboratoriais de acordo com a condição clínica associada.  
**Reclassificar os pacientes após cada avaliação clínica e resultado de exames seguindo protocolo da dengue e vigilância clínica específica (condições associadas).**  
**Obs:** consultar manual do MS para conduta em condições clínicas especiais.

**Prova do Laço**  
 Verificar a PA (deitada ou sentada). Calcular o valor médio: (PA sistólica + PA diastólica)/2;  
 Insuflar novamente o manguito até o valor médio e manter por cinco minutos em adulto (em crianças, 3 minutos) ou até o aparecimento de micro petéquias ou equimoses;  
 Desenhar um quadrado de 2,5 cm (ou uma área ao redor da falange distal do polegar) no antebraço.  
 Contar o número de micro petéquias no quadrado. A prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças.

Fonte: BRASIL, 2021

Comparando o protocolo adaptado à paciente com a conduta realizada, infere-se que houveram algumas divergências, como a administração de menos soro fisiológico do que o necessário na fase 1 da manutenção: deveriam ser 1.250 ml, e foram feitos 1.000 ml. Assim como, a ausência de prescrição para a segunda fase de manutenção.

Quando houve novo episódio de hipotensão, foi necessário realizar expansão volêmica outra vez, porém a conduta descrita não condiz com a orientação para o Grupo C, mas se adequa ao manejo do Grupo D (20ml/kg em até 20 minutos). A única manifestação

clínica apontada foi a hipotensão, que já é um sinal de choque, porém, acredito que seria importante avaliar os demais sinais, para decidir se havia de fato necessidade de ser feita a expansão volêmica conforme o Grupo D. Um exemplo que diria contra a tal necessidade, é o hematócrito que não estava em ascensão, mas em queda. Ademais, outros sinais de choque como taquicardia, pulso filiforme e extremidades frias também deveriam ser averiguados e, se presentes, descritos, para que houvesse clareza nos eventos e condutas adequadas.

Para a fase 2 de manutenção do Grupo C, deveriam ser administrados 1.250 ml de soro fisiológico e glicosado (com as devidas proporções), porém foi feita uma reposição maior do que a necessária, com 4.500 ml em 8 horas, sem distinguir qual tipo de soro e suas quantidades. Por fim, a conduta seguinte, hidratação com 1.020 ml em 5 horas, também foi descrita como protocolo do Grupo C, porém não corresponde aos valores calculados para a fase de manutenção supracitada. Esses pontos da conduta são importantes porque é necessário o cuidado com a hidratação exagerada, que também tem repercussão clínica. Como faltam informações sobre o estado clínico da paciente quando foi realizada a expansão conforme o Grupo D, não há como afirmar que a paciente não estava de fato apresentando choque hipovolêmico, portanto, não há como julgar se a conduta foi ou não adequada. O que se sabe é que de fato não se tratava do protocolo do Grupo C.

Um fato que chamou a atenção ao longo dos cuidados com a paciente foi justamente a hipotensão que ela apresentava constantemente, mesmo com estabilidade clínica. Com exceção da hipotensão mais acentuada que apresentou, de 70/40 mmHg a qual foi necessária expansão volêmica, a média da pressão arterial da paciente não ultrapassava 100/80 mmHg, o que levou à hipótese de que a paciente apresentava uma PA basal menor do que o esperado (120/80 mmHg), sendo, portanto, uma hipotensão fisiológica.

Além do suporte hídrico, os Grupos C e D também devem ser assistidos com oferta de oxigênio, conforme a gravidade. A paciente, contudo, não precisou de suporte com oxigênio.

Por fim, os critérios de alta hospitalar para o Grupo C são os seguintes:

- Estabilização hemodinâmica durante 48 horas;
- Ausência de febre por 48 horas;
- Melhora visível do quadro clínico;
- Hematócrito normal e estável por 24 horas;
- Plaquetas em elevação e acima de 50.000 /mm<sup>3</sup>;
- Ausência de sintomas respiratórios.

Após alcançados tais critérios, o paciente passa a ser conduzido conforme o manejo do Grupo B.

A paciente respondeu com melhora clínica às reposições feitas, não apresentando mais gengivorragia, melhora nos exames laboratoriais (hematócrito em queda e plaquetas em ascensão) e também manifestou aumento do apetite, redução da mialgia e da dor abdominal.

A prevenção da dengue trata-se de um imenso desafio que há décadas está presente na sociedade brasileira. Foz de Iguaçu destaca-se como importante região endêmica da doença, o que traz a necessidade de que as medidas preventivas sejam constantemente reforçadas. A prevenção da dengue é amplamente divulgada e conhecida, sendo os principais pontos de atuação o cuidado comunitário e individual com a água parada, o uso de repelentes, a pulverização de inseticidas e, mais recentemente, a aplicação da vacina contra a dengue. No Brasil, atualmente, existem duas modalidades de vacina, sendo uma delas, a Dengvaxia, que deve ser utilizada apenas para pessoas soropositivas, ou seja, que já tiveram dengue em algum momento da vida e residem em regiões endêmicas. E a recém aprovada pela ANVISA, vacina Qdenga, que alcança um público mais amplo, sendo indivíduos de 4 a 60 anos aptos para receber a vacinação (BRASIL, 2023).

Esse caso foi o primeiro de dengue que acompanhei de fato. Essa experiência foi interessante porque pude concretizar a teoria do manejo da dengue e desmistificar algumas impressões que tinha, como achar a conduta complexa e abstrata demais. Acredito que o principal para mim foi perceber que certamente os pacientes com dengue necessitam de atenção próxima, em razão das constantes reavaliações que devem ser feitas em razão do dinamismo da doença. Percebi que na rotina do Pronto Socorro esse cuidado muitas vezes se torna difícil devido às demandas, o que pode levar a descuidos na conduta e, conseqüentemente, piora do paciente.

### **3 CASO CLÍNICO 3: “A gente gosta quando o paciente chega assim, a tempo!” - AVE isquêmico**

#### **3.1 Exame Clínico**

##### 3.1.1 Anamnese

**Identificação:** I.B.C., sexo feminino, 52 anos, brasileira.

**Queixa principal:** “Perda de força na perna esquerda”

**História da doença atual:** Paciente trazida pelo SAMU, acompanhada da filha que relata que há cerca de 3h sua mãe buscou ajuda dos vizinhos, devido a perda de força de MIE. Quando chegou ao local (1h30 atrás), a paciente encontrava-se deitada no chão, com quadro de plegia em MSE e redução de força e sensibilidade de MIE, desvio de rima à direita, sonolência e confusão mental, hemianopsia e alteração de olhar conjugado. Sem sinais visíveis de sangramento. Nega dor torácica e perda de controle dos esfíncteres. No momento, mantém sonolência, perda de força e sensibilidade em MSE, porém com movimentação preservada em MIE.

**História médica pregressa:** HAS, DM tipo 2, histórico de 1 AVCi prévio, há 5 anos.

Fazia uso de varfarina, carvedilol, enalapril, espironolactona e empagliflozina.

Filha relata que há cerca de 15 dias paciente interrompeu uso da varfarina por orientação médica.

Nega alergias medicamentosas.

##### 3.1.2 Exame Físico

Sinais vitais: SatO2: 98%, FR: 18 irpm, PA 100/80 mmHg, FC: 97 bpm

Ectoscopia: REG, corada, hidratada, afebril, anictéria e acianótica.

Neurológico: Glasgow 14 - confusão mental, desvio de rima à direita, alteração de olhar conjugado, diminuição de força em membro inferior esquerdo que vence a gravidade, plegia em membro superior esquerdo, escala NIHSS 9. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Obedece aos comandos.

Cardiovascular: BNF em 2T, não ausculto sopros. TEC < 3s. Hemodinamicamente estável sem DVA.

Respiratório: MV+, sem RA. Eupneica em AA sem sinais de esforço respiratório

Abdominal: plano, RHA+, depressível, indolor à palpação, sem sinais de peritonite.

Extremidades: MMII sem edema. MIE com força grau 4. MSE plegia. MID e MSD força grau 5.

### 3.2 Hipóteses Diagnósticas

#### 3.2.1 Diagnóstico Sindrômico

- Déficit neurológico focal súbito

#### 3.2.2 Diagnósticos Diferenciais

- Acidente Vascular Encefálico (AVE)
  - Origem isquêmica?
  - Origem hemorrágica?
- Acidente Isquêmico Transitório
- Hipoglicemia
- Transtorno conversivo

### 3.3 Exames Complementares

Quadro 9 - Exames Laboratoriais, caso 3

Exame	1	2	3	4	5
Hemograma	Hb 14,2 g/dL Ht 41,7% Leuco 8.450 /mm <sup>3</sup> (Bast 0%) Plaq 215.000 /mm <sup>3</sup>	Hb 14,4 g/dL Ht 42,6% Leuco 10.270 /mm <sup>3</sup> (Bast 0%) Plaq 244.000 /mm <sup>3</sup>	Hb 14,0 g/dL Ht 40,7% Leuco 12.480 /mm <sup>3</sup> (Bast 0%) Plaq 213.000 /mm <sup>3</sup>	Hb 13,7 g/dL Ht 39,1% Leuco 11.050 /mm <sup>3</sup> (Bast 1%) Plaq 212.000 /mm <sup>3</sup>	Hb 13,6 g/dL Ht 39,8% Leuco 7.480/mm <sup>3</sup> (Bast 0%) Plaq 214.000 /mm <sup>3</sup>
Colesterol total	212 mg/dL (limítrofe)	-	-	-	-
Colesterol	34 mg/dL	-	-	-	-

HDL					
Ureia	44 mg/dL	45 mg/dL	35 mg/dL	33 mg/dL	26 mg/dL
Creatinina	0,8 mg/dL	0,8 mg/dL	0,7 mg/dL	0,7 mg/dL	0,9 mg/dL
Sódio	135 mmol/L (hiponatremia)	135 mmol/L (hiponatremia)	136 mmol/L (hiponatremia)	135 mmol/L (hiponatremia)	134 mmol/L (hiponatremia)
Potássio	4,5 mmol/L	4,5 mmol/L	3,9 mmol/L	4,2 mmol/L	4,8 mmol/L
CPK	40 U/L	-	-	-	-
Bilirrubinas	Total: 0,77 mg/dL Direta: 0,64 mg/dL Indireta: 0,13 mg/dL	-	-	-	-
CKMB	6 U/L	-	-	-	-
Glicose	110 mg/dL	-	89 mg/dL	-	87 mg/dL
Magnésio	1,8 mg/dL	2,0 mg/dL	1,9 mg/dL	-	1,8 mg/dL
PCR	0,5 mg/dL	0,7 mg/dL	1,0 mg/dL	1,3 mg/dL	0.8 mg/dL
Urina I	aguardando	-	-	-	-
KPTT	aguardando	-	31,3 segundos	aguardando	-
TAP	aguardando	-	65,7% INR 1,28	aguardando	-
Gasometria	pH 7,42 pCO <sub>2</sub> 38,7 mmHg HCO <sub>3</sub> 24,5 mmol/L	pH 7,42 pCO <sub>2</sub> 29,2 mmHg HCO <sub>3</sub> 20,9 mmol/L	pH 7,44 pCO <sub>2</sub> 33,2 mmHg HCO <sub>3</sub> 22,3 mmol/L	-	-

	Lactato 13,4 mg/dL	Lactato 12,9 mg/dL	Lactato 17,7 mg/dL		
Cultura swab retal	-	-	-	Desenvolvim ento de microrganis mos patogênicos ausentes.	-
Chagas anticorpos IGG	-	-	-	-	Aguardando

Fonte: Autoral

### Imagem

- Tomografia computadorizada de crânio sem contraste
  - Primeira (antes da trombólise):
    - Alterações: Arterias intracraneeanas com sinais de densificações parietais ateroscleróticas, notando-se leve hiperdensidade assimétrica em segmento M1 e M2 de ACM à direita (trombo?).
    - Sem sinais de hemorragia.
  - Segunda (após trombólise):
    - Relatório: área isquêmica antiga localizada nos núcleos da base à direita medindo 2 cm.

Tronco cerebral e cerebelo sem alterações.

Cisternas da base preservadas.

Sistema ventricular com morfologia, dimensões e topografia normais.

Ausência de coleções intra ou extra-axiais.

### 3.4 Conduta frente ao caso (realizado pelo plantonista)

- Suporte clínico
- Sintomáticos

- Solicitar exames laboratoriais de admissão + ECG + Rx de tórax
- Solicito EcoTT e Doppler de Carótidas
- Solicito TC de crânio sem contraste de emergência (resultado: sem sinais de sangramento intracraniano).
- Início trombólise (Alteplase) - dose 0,9 mg/kg (após contato prévio e liberação pela neurocirurgia) - Trombólise foi realizada parcialmente e suspensa devido hipotensão.
- Mantenho monitorização contínua multiparâmetros
- Solicito vaga em UTI
- Profilaxia gástrica
- Reavaliação após exames laboratoriais

### 3.5 Discussão

O caso prestes a ser discutido foi muito interessante de acompanhar e o primeiro que vi acontecer a conduta mais adequada. O SAMU trouxe a paciente ao pronto atendimento do HMPGL diretamente da residência, com o quadro de déficit neurológico focal súbito com 3 horas de apresentação. O quadro atual, a história prévia de AVE isquêmico há 5 anos, as patologias associadas (HAS, DM tipo 2) direcionaram o raciocínio clínico à hipótese de um novo AVE de origem isquêmica.

Quando há suspeita de AVE isquêmico, a avaliação, o manejo e as condutas devem ser objetivas e rápidas. Essa necessidade surge devido ao comportamento tecidual do cérebro que, ao deixar de ser irrigado por oclusão de algum vaso, tem na área em que era suprida por tal vaso, uma região infartada que não será recuperada. Entretanto, apesar da lesão isquêmica original não ser recuperada, uma região de penumbra isquêmica se forma ao redor da área comprometida. Essa região de penumbra isquêmica adjacente é justamente o que motiva a rapidez do atendimento porque é para onde a lesão isquêmica cresce, porém se houver reperfusão, pode ser recuperada e, conseqüentemente, o paciente pode ter a funcionalidade restaurada (VELASCO et al, 2019). Metaforicamente, existe uma disputa pelo território de penumbra entre a área infartada e a agilidade do manejo, que pode, por seu atraso ou rapidez, salvar a região e melhorar o prognóstico do paciente.

Por tal razão existem metas de tempo indicadas pela literatura para abordagem inicial do AVE isquêmico, sendo elas:

- Da admissão ao primeiro atendimento médico: no máximo 10 minutos;
- Da admissão ao exame de imagem: no máximo 20 minutos;
- Da admissão à interpretação do exame de imagem: no máximo 45 minutos;



- Da admissão à administração da trombólise endovenosa: no máximo 60 minutos;
- Da admissão hospitalar até a admissão na unidade de AVE: no máximo 3 horas.

A abordagem inicial do caso discutido não foi cronometrada, entretanto, o fato de que os sintomas tinham iniciado há 3 horas da admissão movimentou à equipe na conduta rápida, para que, se houvesse indicação, a trombólise fosse realizada em tempo hábil. Neste contexto, após a chegada da paciente, ela prontamente foi atendida, sendo realizado acesso venoso, coleta de exames e glicemia capilar, monitorização dos sinais vitais, estabilização clínica e o exame neurológico e o cálculo do National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Essa conduta inicial ocorreu de modo semelhante aos protocolos de abordagem do AVE, que orientam a execução de todas essas etapas para seguir com o manejo. Ainda nesse cenário, destaca-se a importância da escala NIHSS (ANEXO C) que auxilia na identificação da gravidade e do prognóstico do AVE, a partir da avaliação do nível de comprometimento do paciente, por meio de 15 itens que configuram um exame neurológico estruturado. Além disso, o NIHSS também auxilia na avaliação que determina se o paciente é ou não candidato à terapia de reperfusão com trombólise intravenosa e/ou trombectomia. A pontuação da paciente no NIHSS foi de 9 pontos, indicando que possivelmente se tratava de um AVE moderado.

Após a avaliação inicial a paciente foi encaminhada para Tomografia Computadorizada (TC) com urgência. O resultado da TC não demonstrou sinais de hemorragia e de isquemia, porém salientou sinais indicativos de trombo na artéria cerebral média direita. Diante desse cenário, a médica responsável discutiu o caso com o médico neurologista do serviço, o qual orientou a realização da trombólise com Alteplase. A decisão pela trombólise intravenosa tem critérios específicos que indicam e contraindicam sua realização. A paciente apresentava os seguintes critérios de indicação:

- Ter mais de 18 anos;
- Tempo maior do que 3 horas e menor do que 4,5 horas desde que esteve assintomática;

Apesar dos critérios indicativos terem sido contemplados, surgiu a dúvida quanto ao uso da Varfarina há anos, uma vez que o uso desse medicamento com exames laboratoriais indicando INR > 1,7 e KTTP < 15 segundos consiste em contraindicação relativa à trombólise. Porém, a paciente havia interrompido o consumo 15 dias antes, e além disso, seu INR resultou em 1,28 e o KTTP em 31,3 segundos, não configurando contraindicação.

A dose da Alteplase é de 0,9 mg/kg e deve ser administrada 10% em bolus de 1 minuto e o restante ao longo de 60 minutos. Após a infusão, deve-se manter a pressão arterial abaixo de 180/105 mmHg por 24 horas, em caso de aumento deve ser administrado

anti hipertensivo endovenoso. Outro cuidado é a monitorização dos sinais de alarme que podem indicar hemorragia, como náusea, vômito, hipertensão aguda e/ou refratária, cefaleia intensa, deterioração neurológica. O paciente deve ser transferido para leito de UTI dentro de 24 horas. Partindo desse embasamento, a paciente recebeu a dose correta de Alteplase, assim como a administração. No entanto, a infusão durante 60 minutos não foi completa (chegou em 57 minutos), uma vez que a paciente apresentou episódio de náusea e vômito, além de hipotensão (não seria um sintoma indicativo de hemorragia aguda, porém, a conduta foi interromper a infusão. Por esse motivo foi solicitada nova TC de crânio que também não demonstrou sinais de hemorragia. A paciente apresentou boa evolução após a terapia inicial, sendo encaminhada para UTI logo em seguida. Em prontuário da UTI, acompanhei a evolução da paciente que apresentou melhora dos déficits focais.

Como mencionado, essa paciente foi a primeira vítima de AVE isquêmico que tive a oportunidade de presenciar a trombólise intravenosa. Todos os casos de AVE isquêmico que tinha visto até então, não contemplavam as indicações ou apresentavam contraindicações para o tratamento fibrinolítico. Essa experiência marcou não só a mim, mas toda a equipe que notoriamente ficou contente com a conduta realizada. Por fim, tal caso me fez perceber a importância de se agir no tempo correto na suspeita de AVE. Sobre esse ponto, gostaria de ressaltar a importância da prevenção e da promoção em saúde. O aspecto mais óbvio da prevenção e promoção inclui o manejo adequado de doenças crônicas, principalmente cardiovasculares e metabólicas, com mudanças de estilo de vida. Entretanto, percebo que a questão do manejo rápido, que faz parte da prevenção de sequelas do AVE, ainda não é bem concebido pela RUE de Foz do Iguaçu, uma vez que pude presenciar diversos pacientes com suspeita de AVE sendo negligenciados quando necessitam de encaminhamento das UPAs ao centro de referência.

## 4 CASO CLÍNICO 4: “Dois dias e um estrago” - Cetoacidose Diabética

### 4.1 Exame Clínico

#### 4.1.1 Anamnese

**Identificação:** G.U.P., 21 anos,

**Queixa principal:** “Falta de ar, fraqueza e náusea”

**História da doença atual:** Paciente jovem dá entrada no nosso serviço (02/03), encaminhada da UPA de Santa Terezinha de Itaipu-PR, devido à hipótese de cetoacidose diabética. Segundo prontuário, paciente apresentou quadro clínico principalmente caracterizado por dor abdominal, vômitos pós-prandiais, náuseas e dispneia em repouso há cerca de 24 horas. Apresentando ainda registro de hálito cetônico. Relata que ficou 2 dias sem medicação para diabetes por não conseguir retirar (faz acompanhamento pelo SUS em Santa Terezinha). Paciente nega demais comemorativos, tais como: febre, tosse produtiva, disuria, diarreia ou maculas de pele. No momento, paciente se apresenta consciente e em estabilidade hemodinâmica.

**História médica pregressa:** Diabetes melitus tipo 1; Hipotireoidismo;  
Medicações de uso contínuo: Lantus 23 UI/24H, levotiroxina 137 mcg, insulina rápida conforme demanda.

**História social:** Nega etilismo e tabagismo

#### 4.1.2 Exame Físico

**SSVV:** T 36,0°C afebril no período // FR 17 // FC 81 // PA 110/70 // HGT 212 // SpO2: 99%

**Geral:** BEG, hipocorada +/4+, hidratada, anictérica, acianótica e afebril.

**Neurológico:** Paciente lúcida e orientada, pupilas isofotorreagentes, ECG 15

**Cardiovascular:** BCRNT 2T SS, TEC < 3s .

**Respiratório:** Expansibilidade torácica preservada, Mv + bilateralmente sem RA.

**Abdome:** RHA+, abdome plano, depressível, indolor à palpação, ausência de massas ou visceromegalias palpáveis, sem sinais de peritonismo.

**Renal:** diurese espontânea, sem queixas.

**Pele:** quente, bem perfundida, pulsos presentes, TEC < 3s.

**Extremidades:** sem edemas, sem hematomas, panturrilhas livres.

## 4.2 Hipóteses Diagnósticas

### 4.2.1 Diagnóstico Sindrômico

- Hiperglicemias

### 4.2.2 Diagnósticos Diferenciais

- Cetoacidose diabética
- Estado hiperglicêmico hiperosmolar

## 4.3 Exames Complementares

Quadro 10 - Exames Laboratoriais, caso 4

Exame	1	2	3
Gasometria arterial	pH 7,123 pCO 21,7 mmHg HCO <sub>3</sub> 5,4 mmol/L E.B. -21,8 mmol/L Glicose 224 mg/dL Lactato 15,6 mg/dL	pH 7,327 pCO 23,8 mmHg HCO <sub>3</sub> 12,2 mmol/L E.B. -11,9 mmol/L Glicose 194 mg/dL Lactato 27,9 mg/dL	pH 7,4 pCO 30, mmHg HCO <sub>3</sub> 18,4 mmol/L E.B. -5,2 mmol/L Glicose 85 mg/dL Lactato 15,7 mg/dL
Hemograma	Hb 12,4 g/dL Ht 36,2% Leuco 20.180 /mm <sup>3</sup> (Bast 0%) Plaq 235.000 /mm <sup>3</sup>	-	Hb 11,0 g/dL Ht 31,2% Leuco 8.200 /mm <sup>3</sup> (Bast 0%) Plaq 198.000 /mm <sup>3</sup>
Colesterol total	183 mg/dL	-	-
Triglicerídeos	141 mg/dL	-	-
Colesterol HDL	38 mg/dL	-	-
Ureia	27 mg/dL	-	21 mg/dL

Creatinina	1,00 mg/dL	-	0,6 mg/dL
Sódio	141 mmol/L	137 mmol/L	137 mmol/L
Potássio	3,8 mmol/L	3,7 mmol/L	3,0 mmol/L
Calcio iônico	aguardando	-	-
Ferro sérico	72 ug/dL	-	-
PCR	inferior a 0,5 mg/dL	-	inferior a 0,5 mg/dL
TGO	16 U/L	-	-
TGP	13 U/L	-	-
Urina I	pH 5 Proteína ++ Glicose +++ Corpos cetônicos +++ Hemoglobina ++ Leucócitos 10/campo	-	-
Urocultura	aguardando	-	-
Teste de sensibilidade aos antibióticos	aguardando	-	-
Hemocultura	aguardando	-	-

Fonte: autoral

### Imagem

- Ultrassonografia de abdome total - sem alterações significativas.

### 4.4 Conduta frente ao caso

- Mantenho sintomáticos
- Correção de potássio

- Exames laboratoriais
- Profilaxia de úlcera gástrica de estresse
- Administrar insulina para correção de hiperglicemia

#### 4.5 Discussão

A paciente apresentou um quadro de sintomas inespecíficos que pôde ser norteadado pela hiperglicemia e pela da história de DM tipo 1. Diante de um quadro de hiperglicemia grave, abre-se a possibilidade de dois diagnósticos distintos: a Cetoacidose Diabética (CAD) e o Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar (EHH). Apesar de apresentarem sinais e sintomas semelhantes, ambas as patologias distinguem-se laboratorialmente. A tabela abaixo descreve as alterações laboratoriais respectivas à CAD, e ao EHH.

Quadro 11 - Comparação laboratorial e clínica entre CAD e EHH

	CAD - leve	CAD - moderada	CAD - grave	EHH
Glicemia	> 250 mg/dL	> 250 mg/dL	> 250 mg/dL	> 600 mg/dL
pH arterial	7,25 - 7,30	7,00 - 7,24	< 7,00	> 7,30
HCO <sub>3</sub>	15 - 18 mEq/L	10 - 14 mEq/L	< 10 mEq/L	> 18 mEq/L
Corpos cetônicos na urina	Positivo	Positivo	Positivo	Pouco
Ânion gap	> 10	> 12	> 12	variável
Alteração do estado mental	Alerta	Alerta/Sonolento	Estupor/coma	Estupor/coma

Fonte: Adaptado de HIRSH & EMMETT, 2022.

As alterações laboratoriais da paciente indicam que o caso tratava-se de uma Cetoacidose Diabética. A paciente tinha uma glicemia de 224 mg/dL, um pH arterial de 7,123, muito ácido, com bicarbonato sérico baixo, HCO<sub>3</sub> de 5,4 mmol/L, presença de corpos cetônicos na urina (3+), sem alteração do estado mental. Poderia ser, portanto, classificada como CAD moderada a grave.

Com respeito às manifestações clínicas, sabe-se que as náuseas, vômitos e dor abdominal são bastante característicos da CAD, e estão diretamente relacionados ao grau de acidose e consumo de bicarbonato, mas não tão relacionadas à hiperglicemia em si. Por outro lado, a dor abdominal não é um sintoma característico no EHH (HIRSH & EMMETT, 2022).

Além disso, a acidose metabólica da CAD pode induzir uma hiperventilação compensatória, na tentativa de perder mais CO<sub>2</sub> para aumentar o pH sanguíneo, a chamada ventilação de Kussmaul. O que pode ter sido interpretado como dispneia ao repouso. Um outro sinal identificado nessa paciente foi o hálito cetônico, característico de pacientes com CAD. Essas substâncias são bastante voláteis, sendo expelidas pela hiperventilação, dando o odor característico (HIRSH & EMMETT, 2022).

Tanto a CAD quanto o EHH são emergências médicas e, portanto, precisam de condutas rápidas e adequadas. Dessa forma, o tratamento inicial concentra-se principalmente na hidratação do paciente, visando a estabilização hemodinâmica. Inicia-se com 1.000-1.500 mL de solução de Cloreto de sódio a 0,9% na primeira hora. Se a hipotensão persistir, deve-se repetir a hidratação.

Simultaneamente à reposição de fluídos, deve ser realizada a insulino terapia, com exceção dos casos em que o potássio se encontrar abaixo de 3,3 mEq/L (hipocalemia) e quando houver hipotensão arterial. Nas demais situações, como é o caso da paciente, a insulina é administrada em bolus com a dose inicial de 0,1 U/kg. Posteriormente, inicia-se a infusão em bomba a 0,1 U/kg/h. A glicemia capilar deve ser averiguada a cada 1 hora, na expectativa de queda de 50-70 mg/dL/hora. Se a glicemia não atingir o valor mínimo de queda, deve-se dobrar a taxa de infusão; entretanto, se a glicemia atingir valor de queda maior que o valor máximo, deve-se diminuir a taxa de infusão pela metade. A bomba de infusão pode ser suspensa quando um dos 3 critérios for alcançado: pH > 7,3; ânion gap maior ou igual a 12; bicarbonato maior ou igual a 15.

Após alcançar taxa de diurese de > 50 ml/h, está indicada a reposição de potássio, que deverá ser realizada de acordo com o nível sérico medido. Se após o estabelecimento de diurese adequada (HIRSH & EMMETT, 2022):

- potássio inferior à 3,3 mEq/L: suspensão da insulino terapia + infusão de 20 a 40 mEq de potássio por hora, até atingir K > 3,3 mEq/L, então retornar com insulino terapia;
- potássio 3,3 a 5,3 mEq/L: infundir 20 a 30 mEq de potássio a cada litro de fluido, mantendo concentração sérica entre 4 e 5 mEq/L;
- potássio > 5,4 mEq/L: não repor potássio, e reavaliar níveis séricos a cada duas horas.

Apesar do caso clínico ser de fato uma CAD, o manejo ou não foi adequado ou não foi descrito corretamente em prontuário, uma vez que não foi possível encontrar informações além das mencionadas.

## 5 CASO CLÍNICO 5: “Terremoto interno” - Intoxicação por uso de substâncias

### 5.1 Exame Clínico

#### 5.1.1 Anamnese

**Identificação:** M.C.V., 25 anos, sexo feminino, desempregada.

**Queixa principal:** “Agitação e ansiedade”

**História da doença atual:** Paciente trazida pelo SAMU com história de uso abusivo de cocaína (8 cápsulas ontem e 8 hoje), evoluindo com agitação psicomotora, dor no peito, sintomas ansiosos, discurso desorganizado, pensamento acelerado, choro incoercível, alucinação auditiva de comando negativo e ideação suicida sem planejamento. Relata uso crônico de cocaína, porém estava há algumas semanas sem usar devido ao internamento recente neste hospital, em razão de acidente de moto há 1 semana. No momento, está com tala gessada em MSE, MIE e refere ter passado por esplenectomia nessa ocasião. Na admissão, apresentava-se sonolenta, porém, ao despertar, apresentou quadro de agitação psicomotora novamente e referiu dor nos membros gessados.

#### **História médica pregressa:**

Nega medicamentos de uso contínuo e alergia.

Relata que já fez tratamento no CAPS, devido diagnóstico de depressão, porém abandonou o acompanhamento, bem como as medicações psicotrópicas há alguns anos. Conta que já tentou diversas vezes suicídio (por intoxicação exógena, enforcamento e automutilação), devido história familiar conturbada (relata que foi abusada sexualmente pelo irmão mais velho, quando tinha 8 anos).

#### **História social:**

Vulnerabilidade emocional e social.

Usuária de drogas de abuso: cocaína emacanha.

#### 5.1.2 Exame Físico

**Sinais vitais:** T 36,8 / FC 102 / FR 22 / PA 124/71 / HGT 86 / SPO2 98% em AA

**Ectoscopia:** Anictérica, acianótica, normocorada, hidratada

**Neurológico:** Glasgow 15/15 sem déficit neurológico. pupilas isofotoreagentes.



Cardiovascular: bulhas hipofonéticas em ritmo regular em 2, pulsos simétricos. TEC < 3s

Respiratório: MV+ audível, sem RA. Eupneico em AA, sem sinais de esforço respiratório

Abdominal: RHA+, abdome plano, com cicatriz vertical em linha média da sínfise púbica até o epigástrio (esplenectomia?).

Extremidades: MMII sem edemas, sem empastamento, panturrilhas livres. Presença de gesso em MIE e MSE.

## 5.2 Hipóteses Diagnósticas

### 5.2.1 Diagnóstico Sindrômico

- Síndrome adrenérgica
- Síndrome ansiosa

### 5.2.2 Diagnósticos Diferenciais

- Intoxicação por droga de abuso
  - Cocaína?
  - Crack?
- Crise de pânico

## 5.3 Exames Complementares

Quadro 12 - Exames Laboratoriais, caso 5

Exame	1	2
Hemograma	Hb 8,8 Ht 26,6% Leuco 9.370 (Bast 4%) Plaq 847.000 /mm <sup>3</sup>	-
Ureia	47 mg/dL	21 mg/dL
Creatinina	0,5 mg/dL	0,5 mg/dL
Sódio	135 mmol/L	135 mmol/L

Potássio	4,3 mmol/L	-
CPK	308 U/L	954 U/L
Bilirrubina	Total: 0,9 mg/dL Direta: 0,82 mg/dL Indireta: 0,08 mg/dL	-
CKMB	inferior a 3 U/L	-
PCR	2,4 mg/dL	-
TGO	42 U/L	49 U/L
TGP	34 U/L	28 U/L
GAMA GT	-	61 U/L
TSH	-	0,2620 mUI/L

Fonte: Autoral

#### 5.4 Conduta frente ao caso

- Prescrevo Haldol e Prometazina intramuscular
- Solicito parecer da psiquiatria
- Exames laboratoriais

#### 5.5 Discussão

A paciente chegou com quadro de síndrome adrenérgica associada ao uso de cocaína, manifestando agitação psicomotora, ansiedade, confusão mental e taquicardia . A intoxicação por cocaína leva a tais sintomas e a complicações graves relacionadas à ativação do sistema nervoso simpático, justamente porque atua como um agente simpaticomimético indireto. No caso em discussão, a paciente manifestou clinicamente a agitação psicomotora, causada pelo bloqueio da recaptação de catecolaminas e euforia, decorrente do bloqueio da recaptação de serotonina. O quadro a seguir traz a relação entre os efeitos fisiológicos da cocaína e a suas respectivas manifestações clínicas:

Quadro 13 - Intoxicação por cocaína e relação com quadro clínico

Bloqueio na recaptção de catecolaminas	Agitação psicomotora, taquicardia, vasoconstrição periférica e cardíaca, hipertensão
Bloqueio dos canais de sódio	Ação anestésica local, prolongamento do intervalo QRS (ação nos miócitos)
Aumento no glutamato e aspartato	Hiperatividade do sistema nervoso central, convulsões, hipertermia
Bloqueio na recaptção de serotonina	Euforia, alucinações, psicose, anorexia, hipertermia
Aumento na produção de endotelina e diminuição do óxido nítrico	Vasoconstrição, aumento da adesividade plaquetária e da permeabilidade endotelial

Fonte: VELASCO et al, 2019

Quando conversei com a paciente, foi fácil perceber a condição de agitação na qual estava, como esperado, mas me chamou a atenção o estado de sofrimento e agonia que se manifestavam tanto pelos movimentos repetitivos, quanto pelo discurso envolvido em choro e relatos de violências sofridas. Clinicamente, a paciente não apresentava nenhum sinal de alarme que pudesse nos levar a pensar que a intoxicação era grave. Entretanto, seu estado emocional e psíquico eram de grande preocupação. O “terremoto interno” extravasava para o meio externo de todas as formas que conseguia, fosse pela perna inquieta, pela fala ininterrupta, ou pelo olhar angustiado e desnordeado.

Como mencionado, a intoxicação por cocaína apresenta-se de forma variada, podendo ser leve, moderada e grave a depender das manifestações clínicas apresentadas. Considerando esse espectro de gravidade, faz parte do manejo a análise laboratorial, além da história clínica. Os exames necessários são:

- Hemograma;
- Função renal e eletrólitos;
- Creatinofosfoquinase (CPK);
- Eletrocardiograma (ECG);
- Gasometria arterial com lactato.

Os exames não solicitados para a avaliação foram a gasometria arterial e o ECG, ambos deveriam fazer parte do manejo uma vez que a paciente referia dor torácica e tinha relato de consumo de grande quantidade da droga. Todos os demais, foram feitos e alguns demonstraram alterações que eram esperadas, como o aumento da CPK e alterações hidroeletrólíticas (hiponatremia) (VELASCO et al, 2019).

Quanto ao manejo, inicialmente objetiva-se a estabilização do paciente por meio de expansão volêmica, drogas vasoativas se necessário e oxigênio suplementar. Quanto às medicações, prioriza-se o uso de benzodiazepínicos porque apresentam efeito significativo

na agitação psicomotora, na hipernatremia, na rabdomiólise e nas convulsões. Algumas das opções são: Diazepam 5-10mg endovenoso a cada 5-10 minutos; Midazolam intramuscular. Medicamentos neurolépticos, por sua vez, não são recomendados porque reduzem o limiar convulsivo e podem piorar outros sintomas.

Confrontando o manejo realizado com o proposto pela literatura, nota-se que optou-se não pela opção mais segura, o Diazepam, mas pelo Haloperidol, neuroléptico que deve ser evitado. A paciente apresentou melhora parcial do quadro agitação, mas não apresentou piora de outros sintomas após a administração do Haloperidol. Até o momento que acompanhei a paciente, não havia sido realizada contenção química e/ou mecânica, o que me deixou estranhamente surpresa, uma vez que essa prática é comum em pacientes com quadros psiquiátricos no Pronto Socorro. Após a estabilidade clínica, a paciente foi encaminhada para a internação psiquiátrica.

Esse foi um dos vários casos de intoxicação por cocaína que presenciei no pronto socorro em menos de um mês. Seria interessante fazer um levantamento epidemiológico de incidência de casos, por meio de notificação. Esses dados podem ser úteis na construção de políticas de educação em saúde focadas em públicos específicos, em contextos identificados como chave. Além disso, acredito que é importante a formulação de protocolos bem estruturados, para manejo adequado dentro da rede de atenção às urgências. Um terceiro ponto que me chamou a atenção foi a frequente falha no comportamento ético e humano dos profissionais no manejo com pacientes intoxicados por uso de drogas ilícitas, que também deve ser alvo de intervenção.

## **CAPÍTULO 5 - RELATO VIVENCIAL E EXPERIÊNCIA PESSOAL NO INTERNATO DE UE DO SUS**

Eu jamais imaginei que diria isso, mas o módulo de UE foi definitivamente uma das melhores experiências da faculdade até agora. Se a Lara de 2018 lesse essa frase ela provavelmente daria risada em franca descrença. Mas, a verdade é que a UE me cativou para minha própria surpresa. Me cativou ao ponto de entrar para a breve lista de especializações que cogito, em quarto e último lugar, mas ainda assim, entrou.

Acredito ter mencionado isso em algum momento desse texto, mas um dos motivos que me despertou o interesse pela medicina foi a possibilidade de encontros profundos e complexos com outros seres humanos. Na minha concepção, esses encontros fariam mais sentido, seriam mais interessantes e efetivos quando me fosse proporcionada a longitudinalidade do cuidado, justamente pela maior disposição de tempo para conhecer o paciente, desenvolver confiança e criar vínculo.

Eu pude confirmar essa ideia pré-concebida quando passei pelo módulo de APS I, onde, de fato, tive a oportunidade de ver, rever, conhecer, confiar e me tornar confiável, e progressivamente intervir, em algumas vidas durante um período de 5 meses. E, decerto, essa experiência me ajudou a concretizar o meu interesse pelo encontro com pessoas, tão distintas e tão semelhantes, realmente é uma das coisas que mais me “brilha os olhos” na medicina e que me permite achar um espaço nela para mim. Estou falando dessa experiência anterior porque imaginava que o módulo de urgência e emergência me proporcionaria um cenário diametralmente oposto e, conseqüentemente, não seria tão interessante em tal aspecto, simples, mas não unicamente, pela falta de tempo. Ledo engano.

A experiência em UE me mostrou que o fato do tempo em contato com os pacientes ser menor não é sinônimo de superficialidade. Sim, isso depende de como cada profissional conduz os atendimentos, mas, novamente, não significa que a possibilidade da intensidade e profundidade não existam. Foi exatamente isso que descobri durante o módulo e o que me fez mudar a perspectiva que tinha sobre a urgência e emergência.

Inicialmente, esperava que esse módulo me levaria a conhecer, aprender e aprofundar o conhecimento das principais urgências e emergências médicas, pelo menos no contexto de Foz do Iguaçu. Um dos meus principais receios era relacionado ao grande volume de temas com os quais eu me depararia na prática e que, supostamente, eu já deveria saber. Essa ansiedade de “ter que saber” foi sendo amenizada à medida em que consegui perceber a diferença da Lara de 1 ano atrás, quando fez o pré-internato em UE e a Lara de agora. Acho que a principal diferença foi no aspecto “orientação”. A sensação de não fazer ideia do que era determinado caso era horrível e foi justamente nesse sentido que

percebi a minha evolução ao longo do módulo e, também, ao comparar com a experiência do pré-internato.

Obviamente eu não esgotei os temas que vi na prática, entretanto, noto que consegui compreender melhor o raciocínio clínico e, pelo menos, “saber por onde começar”. Eu reconheço que isso consiste apenas no primeiro passo e é aí que consigo enxergar o que faltou. Saber onde pesquisar, quais perguntas fazer, pensar sindromicamente passou a fazer mais sentido durante esse período.

No entanto, observo que ainda me falta conseguir clarear os caminhos dos diagnósticos diferenciais e das condutas. Ainda que o “não faço ideia do que seja isso” tenha diminuído, o “o que eu faço com paciente” ainda não está bem elaborado. Boa parte disso provavelmente vem dos déficits de conteúdo que preciso suprir, mas também da necessidade de aprender mais sobre o raciocínio clínico e desenvolvê-lo de fato, para gerar segurança. As lacunas de conteúdo estão sendo resolvidas à medida em que consigo estudar e sedimentar os temas, porém, para o raciocínio clínico, vi a necessidade de buscar recursos, pesquisar métodos para desenvolvê-lo e para entender como funciona. Nesse percurso, recentemente, descobri que há literatura bibliográfica por trás do termo genérico “raciocínio clínico” e que existem métodos práticos para estruturar e, conseqüentemente, sedimentar tal forma de pensar.

Um ponto positivo dessa angústia foi ter me familiarizado e aprendido mais a usar e ter mais segurança com as ferramentas de pesquisa rápidas que servem como norte para o manejo, como o Whitebook e o UpToDate. Saber usar esses recursos tem sido crucial tanto no contexto do estudo, quanto na prática.

Mais uma dificuldade que percebo é a de conduzir pacientes com múltiplas comorbidades. Nunca é tão simples quanto na teoria, uma condição para resolver por vez; são múltiplas variáveis que precisam ser consideradas e fazer essa abordagem ainda é difícil para mim. Discernir o que preciso intervir primeiro, quais as ressalvas diante das comorbidades e assim por diante ainda são peças do quebra-cabeça que preciso aprender onde se encaixam.

Acreditava que teria grande oportunidade de ver, aprender e realizar procedimentos e, de fato, isso aconteceu. Sob um aspecto geral, procedimentos invasivos também eram pontos de insegurança e ansiedade para mim ao longo da faculdade, pelo medo de tentar, de não saber fazer, de errar, de causar dor ao paciente e de prejudicá-lo de alguma forma. No entanto, foi tentando onde aprendi vários dos que tinha receio de fazer e fiquei imensamente feliz por ter vencido esse medo. Infelizmente não tive a chance de realizar todos os que gostaria de ter feito nesse período da faculdade, mas só de ter vivido a experiência de superar esse medo, já me foi muito importante.

Um grande desafio pessoal foi no contexto das relações interpessoais. Por ter uma personalidade mais tímida e introvertida, já sabia que precisaria encarar essa dificuldade, principalmente em relação a me ambientar em lugares novos e com equipes diferentes a todo momento. Minha estratégia foi me mostrar disponível, porém, sem invadir espaços que não me haviam sido abertos. À medida em que conhecia as equipes, a convivência se tornou melhor, assim como a compreensão do que eu poderia ou não fazer. Em alguns cenários fui muito bem acolhida e orientada, em compensação, em outros, o direcionamento não foi realizado adequadamente o que tornava o estágio mais difícil porque demorava mais para compreender o limite entre ser pró-ativa e ser invasiva. Considero que foi de extrema importância para mim ter que passar por essas situações de receptividade, ou da ausência dela, para desenvolver melhor meu comportamento no ambiente de trabalho.

Ao longo dos plantões, o período de adaptação foi se tornando menos tenso e a minha ansiedade com tais situações diminuiu. Acredito que consegui cultivar boas relações com os profissionais que trabalhei e também vejo que consegui lidar de forma saudável com as pessoas que não foram tão agradáveis e com acontecimentos conflitantes. Em última análise, vejo que cresci bastante nesse sentido pois noto que minha insegurança em me relacionar com outros profissionais diminuiu e a noção de como me apresentar e agir foi aprimorada.

A relação com os pacientes foi uma das coisas que me fez mudar o pensamento acerca da UE. De fato, o tempo de contato com os pacientes durante os plantões é bastante reduzido. Entretanto, o que pude perceber é que esse tempo não é diretamente proporcional à intensidade da relação como eu imaginava. Por este ângulo, constatei que, se o profissional se permitir e ser intencional, a profundidade da relação entre médico-paciente também estará presente nos breves encontros da UE. Admito que demorei um pouco para compreender isso e me permitir viver isso.

Aos poucos fui percebendo e aprendendo sobre essa profundidade, conforme vivia situações extremas e outras nem tanto. Situações tais como ao ver um aborto em curso de uma jovem que mal sabia que estava grávida, ver a aflição de um casal pais de primeira viagem que haviam deixado o recém-nascido cair, ver inúmeras crianças aterrorizadas com a agulha da anestesia para um sutura, ver a agonia de uma doença evoluindo e um diagnóstico longe de ser concluído, ver a tristeza e a incerteza dos familiares contorcidos nas poltronas de acompanhante, ver o desconforto da dificuldade em achar um acesso periférico, ver a tensão de manejar uma parada cardiorrespiratória, ver um óbito, ver o sofrimento mental e físico de alguém que havia tentado suicídio. Conforme escrevo, noto que poderia listar uma infinidade de momentos que vivenciei e que me provaram o contrário do que pensava.

Como falei, foi um processo até que entendesse e de fato começasse a experienciar conversas, atendimentos, nos quais me entregava como ser humano e não apenas como “estagiária - interna de medicina”. Eu percebi que poderia me permitir isso quando me dei conta da dramática vulnerabilidade à qual os pacientes e familiares se encontram quando estão doentes e precisam de alguém para ajudá-los. Eles, metafórica e literalmente, se vêem nus diante de nós, tendo suas dores expostas e seus medos aflorados, dependendo de alguém para intervir em condições que muitas vezes não sabem nem o nome. Cheguei a conclusão de que seria justo me envolver, me expor e demonstrar, ainda que minimamente, o que sentia diante deles. Ainda tenho muito o que aprender nesse sentido porque percebo que a presença da equipe e a minha posição nela, de estagiária, me coibiram de agir de forma mais espontânea, por medo de repreensão, ou de acabar atrapalhando a condução que a equipe tinha, ainda que eu não concordasse com ela.

Com isso exposto, acredito que aprendi mais sobre como me comunicar, como me portar diante dos pacientes e de seus familiares, como me envolver e de fato ser empática, mesmo com aqueles que eram mais desagradáveis, rudes, ou com os quais a identificação não era tão natural. Nesse sentido, pratiquei a escuta ativa, fazendo perguntas abertas, deixando o paciente falar o necessário, e às vezes mais do que o necessário, o que me fez precisar aprender a fazer entrevistas mais curtas e a direcionar o foco. Também vi a necessidade de resumir várias vezes a fala do paciente para ver se eu realmente tinha entendido e se conseguia trazer sentido à história.

Tentei colocar em prática a empatia por meio da demonstração dos meus próprios sentimentos diante do que o paciente me contava e tentei não ignorar os aspectos emocionais e subjetivos que me eram confiados, ainda que não fossem “relevantes” para a história clínica. Isso tudo foi feito em alguns momentos com muita naturalidade e, em outros, mediante um esforço fosse para me manter concentrada, fosse para vencer o cansaço, que, no cenário da UE é praticamente constante.

Compreendi que uma das maiores dificuldades da comunicação no contexto da urgência e da emergência se dá pela soma de fatores como a privação de sono e a exaustão física e mental, a tensão de lidar com situações graves, a sobrecarga das altas demandas e assim por diante. Pude ver tais fatores em praticamente todos os profissionais que conheci e vi tanto neles, quanto em mim mesma, como isso, obviamente, influencia nosso humor e a forma com a qual lidamos com os pacientes. A menos que seja intencional, a boa comunicação não acontece nem entre profissionais e pacientes, e tampouco entre os próprios profissionais porque a circunstância desfavorece sua aplicação.

Não houve nenhum momento no qual precisei dar uma notícia difícil, como um óbito por exemplo. Mas presenciei os profissionais dando notícias difíceis como diagnóstico de



câncer de pâncreas, ou a notícia de que uma familiar tinha sofrido uma parada cardiorrespiratória dentro da ambulância e que estava muito grave.

Por fim, sobre as relações, a minha interação com meus colegas foi a parte mais fácil de todo o módulo porque tenho uma relação muito boa com todos eles e, principalmente, com a minha dupla de estágio. Pudemos compartilhar nossas inseguranças, contar uma com a outra em todos os sentidos, compartilhar e comemorar nossas vitórias e avanços e fortalecer a amizade.

Acerca dos plantões noturnos, posso dizer que definitivamente não são os que melhor me adaptei. Essa adaptação mais dificultosa se dá não tanto pelo plantão em si, mas pelo contexto que o envolve. No dia do plantão, normalmente me mantenho ansiosa e com a expectativa de que chegue a hora de ir, não chega a ser uma ansiedade que me causa grande prejuízo ao longo do dia, contudo, é um estado constante. Durante o plantão, lidar com o sono, principalmente durante a madrugada, em alguns momentos foi um desafio, no entanto, acredito que o mais complicado para nós, estudantes, é não ter um lugar específico para descansar como o restante da equipe faz. Ainda que esse descanso não seja equivalente a uma noite de sono normal, ajuda a restaurar a energia.

Como estudante, não tínhamos nem horário e nem local previsto. O que eu e minha dupla fizemos para solucionar foi dividir as horas, como a equipe de enfermagem faz, e descansar no carro (um recurso que nem todos nós temos). Uma observação que minha dupla sempre fazia e que talvez, quando médica, mude a minha percepção sobre os plantões noturnos, é que os médicos aproveitam qualquer oportunidade que têm para descansar e de fato têm um lugar para tal.

Entretanto, o pior do plantão noturno para mim, foi o “dia seguinte”. O dia posterior ao plantão é sempre uma tortura primeiro porque me sinto exausta, segundo porque me sinto perdida nos dias da semana, terceiro porque dificilmente consigo fazer algo decentemente. Mesmo que durma pela manhã, ou que tenha dormido mais do que habitual durante a noite de plantão, dificilmente esse cenário se altera para que me encontre com mais disposição no dia seguinte. Esse “estado pós-plantão noturno” teve grande impacto na minha rotina durante o módulo e, ainda que já esperasse por isso, não sinto que fui efetiva em desenvolver estratégias para melhorar a situação.

Sem dúvida, os cenários que mais pude aprender foi no Pronto Socorro do HMPGL e no SAMU. O primeiro, porque me ofertou um fluxo grande de pacientes com diversos casos diferentes, justamente por ser a referência da região. Acredito que esse aspecto da variedade de condições clínicas me fez buscar aprender mais sobre tais patologias e possibilitou ver a teoria na prática. Também foi no hospital onde tivemos a oportunidade de discutir casos com o professor Guilherme, o que também foi muito importante para consolidar o aprendizado e relacionar melhor a teoria e a prática, bem como para

desenvolver o raciocínio clínico. Foram discussões muito esclarecedoras e, portanto, deveriam ter ocorrido mais vezes. Outro ponto importante do HMPGL, foi a oportunidade de realizar procedimentos, uma vez que os preceptores já estão mais acostumados com a presença de internos e, de modo geral, oportunizam que os façamos. Por coincidência, também foi o local no qual mais surgiu de fato a necessidade de alguns destes procedimentos.

Outro local que me ensinou muito foi o SAMU. A verdade é que eu não sabia absolutamente nada da prática do SAMU, mesmo tendo visto a teoria. Foi realmente uma rica oportunidade de compreender o atendimento pré-hospitalar tanto de condições simples, quanto das grave, tal qual lidar com os familiares e solicitantes que normalmente estão com as emoções intensificadas, ou em outros casos, não sabem relatar nada sobre o paciente. Também foi interessante ver como funciona a regulação em sua complexidade e responsabilidade. Apesar de não ter envolvimento direto com o paciente, o papel da Regulação do SAMU influencia diretamente o desfecho do caso, assim como todo o fluxo da rede de UE. Consegui assimilar quão complexo é estar na posição de médico regulador e ter de lidar com todos os serviços em algum nível, bem como de exercer o poder de decisão que lhe é dado.

Alguns dos obstáculos que enfrentei, como mencionado anteriormente, foram a insegurança, a timidez, a dificuldade em definir o manejo e de concretizar o raciocínio clínico. Para os primeiros, acredito que a exposição foi e continuará sendo a melhor estratégia para superá-los; me expor ao que me traz medo, sejam pessoas, procedimentos, ou ambientes.

Acerca das outras dificuldades, relacionadas à conduta e ao raciocínio, entendo que serão sanadas com mais estudo das condições clínicas, aplicação das estratégias para desenvolver o raciocínio clínico e com a experiência. Espero que tais fatores combinados me desenvolvam e me ajudem a resolver esses pontos de defasagem.

O módulo de UE foi um divisor de águas. Me surpreendi de diversas formas, a maioria delas, positivas. Foram aprendizados que com certeza vou levar para o resto da carreira profissional e da vida. O cenário amplo e diverso que o módulo proporciona com certeza é um dos seus pontos fortes. Senti-me como se estivesse tendo uma amostra de como poderá ser minha vida profissional depois de formada e acredito que essa experiência ajudou a construir uma parte importante da minha trajetória. Como meio de contribuição para a construção do módulo, destaco algumas sugestões. Partindo da minha experiência, observo que uma forma de melhorar os cenários práticos, seria investir mais na preparação dos profissionais que irão nos receber, dado que muitos deles não sabiam o que fazer conosco, nos dar uma função e tampouco sabiam o que estamos fazendo ali. Talvez,

organizar uma reunião com os profissionais, em conjunto com os responsáveis pelo módulo e pelos serviços seja interessante para melhorar a nossa inserção nas equipes.

Além disso, ressalto que também seria interessante e proveitoso que pudéssemos ter discussões de casos clínicos, estudados e vistos na prática, bem como de situações que vivenciamos e que temos dúvidas sobre nosso comportamento e atitude perante elas. Enfim, um ambiente no qual pudéssemos ter mais contato uns com os outros e com os professores também. Suponho que essa atividade complementar a prática e aliviaria algumas das inseguranças e ansiedades que vivemos.

## CAPÍTULO 6 - PROCEDIMENTOS

Quadro 14 - Lista de procedimentos realizados

Procedimento	P.	O.	R	Descrição	Indicações e Contraindicações
1. Sonda Vesical de Demora	X	X	X	Realizada SVD em paciente do sexo feminino. Tive a oportunidade de observar e ajudar a passagem de SVD em pacientes do sexo masculino e em outras do sexo feminino. A parte mais difícil, sem dúvida, é manter o ambiente estéril, uma vez que são muitos elementos para dominar simultaneamente. 1 realizada e aproximadamente 4 auxiliadas/observadas.	<p>Indicações:</p> Retenção urinária com ou sem obstrução das vias; Medição do débito urinário; Tratamento de hematúria; Pacientes imobilizados; Bexiga neurogênica; Feridas em região perineal; Farmacoterapia intravesical; Conforto;
2. Sonda Nasogástrica		X		Observada passagem de Sonda Nasogástrica em pacientes idosos e em um paciente de 10 meses que se alimenta dessa forma. Aproximadamente 5 observadas.	<p>Indicações:</p> Tratamento de íleo ou obstrução intestinal; Administração de medicamentos; Nutrição enteral; Lavagem do estômago.
3. Sutura de ferimentos	X	X	X	Realizadas em pacientes adultos, idosos e crianças com ferimentos em região da face (mento e supercílio), couro cabelo, mãos e dedos das mãos, membros inferiores, pés e dedos dos pés. A maioria das suturas realizadas foi em crianças. Incontáveis.	<p>Indicações:</p> Lacerações limpas e não infectadas, até 18 horas; Feridas faciais até 24 horas.

				com má perfusão; Lacerações com perda importante de tecido.  (deLEMOS, 2023)
4. Toracocentese e Paracentese				<p>Não tive oportunidade de observar e de realizar tanto a toracocentese quanto a paracentese.</p> <p>Toracocentese: Indicações: Derrame pleural de etiologia incerta; Alívio dos sintomas decorrentes do derrame pleural; Prevenção de complicações.</p> <p>Contraindicações: Líquido pleural insuficiente; Infecção cutânea ou ferida no local de inserção da agulha; Diátese hemorrágica grave.</p> <p>(LEE, 2023)</p> <p>Paracentese: Indicações: Avaliação de ascite recente; Teste de líquido ascítico.</p> <p>Contraindicações: Pacientes com coagulação intravascular disseminada; Fibrinólise primária; Íleo maciço com distensão abdominal.</p> <p>(RUNYON, 2023)</p>
5. Bloqueio anestésico para sutura	X	X	X	Realizado em todas as suturas que fiz.
6. Acesso Vascular Periférico			X	<p>Tive oportunidade de observar e auxiliar inúmeros acessos venosos periféricos, em crianças, adultos e idosos, em diversos sítios de punção. Vários desses acessos foram de difícil realização devido à desidratação principalmente. Em alguns foram necessárias mais de 10 tentativas até obter êxito.</p> <p>Indicado quando é inviável a administração de medicamentos e fluidos por vias menos invasivas (via oral e intramuscular) e quando necessário acesso rápido ao sistema circulatório.</p> <p>(VELASCO et al, 2019)</p>
7. Acesso	X	X	X	Realizado em pacientes do sexo
				Indicações:

Venoso Central				<p>feminino. Observei, auxiliei e tive oportunidade de realizá-lo com auxílio do preceptor em 2 oportunidades diferentes, ambas em sítio jugular interna, e ambas com sucesso no procedimento. 2 realizadas, aproximadamente 4 auxiliadas/observadas.</p>	<p>Acesso venoso periférico inadequado; Infusões incompatíveis com acesso periférico devido risco de flebite, tal qual medicações vasoconstritoras, soluções hiperosmolares, agentes quimioterápicos e nutrição parenteral; Monitoração hemodinâmica; Terapias extracorpóreas que demandam alto fluxo de volume (hemodiálise, aféreses); Acesso venoso para inserção de marca-passo (transgênicos).</p> <p>Contraindicações relativas: Coagulopatia e/ou trombocitopenia; Contraindicações relacionadas a sítios específicos.</p> <p>(VELASCO et al, 2019)</p>
8. Intubação Orotraqueal	X	X	X	<p>Preparação e montagem do ambu, testagem do balonete do tubo orotraqueal. Observei, auxiliei e tive oportunidade de fazer uma tentativa de IOT. A tentativa não foi bem sucedida devido a dificuldade de visualização das cordas vocais. Optei por interromper a laringoscopia e observar o receptor realizando. Observada cerca de 7 IOT e tentativa de 1.</p>	<p>Indicações: Incapacidade de proteger a via aérea; Falha respiratória; Lesão neurológica.</p> <p>Contraindicações: Trauma de face; Paciente que não toleram apneia; Bloqueio neuromuscular indesejado.</p> <p>(BROWN &amp; SAKLES, 2023)</p>
9. Gasometria Arterial	X	X	X	<p>Realizada em paciente idosa, do sexo feminino. Observei e auxiliei em várias oportunidades. Tive 1 tentativa, na qual me aproximei muito da artéria, mas não consegui direcionar a agulha corretamente, e milimetricamente, para obter êxito. Observadas inúmeras e tentativa de 1.</p>	<p>Indicações: Monitoramento de distúrbios ácido-base; Medição das pressões parciais de oxigênio e dióxido de carbono; Amostra de sangue, quando a venosa não é viável; Detecção e quantificação dos níveis de hemoglobinas anormais.</p> <p>Contraindicações:</p>

					Teste de Allen anormal; Infecção no sítio de punção; Doença vascular periférica grave; Sd. de Raynaud ativa.  (THEODORE, 2023)
--	--	--	--	--	---

Fonte: Autoral

## CAPÍTULO 7 - QUESTÃO PROBLEMA

Diversos foram os problemas que pude presenciar nos cenários de prática. Problemas estes tanto reportados pelos integrantes das equipes, quanto percebidos por mim e pelos meus colegas. Dentre tais adversidades, uma questão que se destacou foi a falta de manutenção das ambulâncias do SAMU. Esse transtorno foi algo que pude perceber logo nos primeiros plantões que tive no SAMU, uma vez que em todos eles havia alguma ambulância que estava “baixada”, ou seja, em manutenção por algum defeito. E, igualmente, me foi reportado explicitamente por uma das enfermeiras e, indiretamente, por vários outros membros das equipes.

Foz do Iguaçu conta, atualmente, com 6 (seis) Unidades de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB), 2 (duas) Unidades de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA), 2 (duas) Motolâncias e uma viatura de retaguarda que é equipada conforme a necessidade. Contudo, uma das USBs está desativada devido acidente e, dificilmente todas estão operando simultaneamente. O mais comum é sempre ter alguma no conserto. Sem realizar um pré-julgamento sobre a frota comportar à demanda da cidade ou não, o que é fatídico na realidade são as constantes abstenções dos veículos devido à necessidade de reparos. Essas ausências implicam em uma série de problemas que, como efeito dominó, se espalham pela rede de UE. Para além das questões internas geradas, como o ócio das equipes que têm suas viaturas inutilizadas, outros aspectos prejudiciais podem ser destacados devido à importância que o SAMU tem em toda a rede.

Se há ambulâncias impossibilitadas de uso, conseqüentemente, há sobrecarga das viaturas que estão funcionando, congestionamento da demanda populacional que recai sobre a Central de Regulação (ainda mais no cenário atual de epidemia de dengue), desassistência da população que ou espera por horas a chegada da ambulância, ou se vê obrigada a buscar outros meios de conseguir atendimento, uso desnecessários das USAs para atendimentos que poderiam ser feitos pelas USBs, dentre outras conseqüências.

Os profissionais, além de destacarem essa falta de manutenção e as necessidades constantes de reparos, também me relataram sobre a necessidade da renovação da frota. Considerando que o SAMU consiste em um serviço 24 horas, sem interrupções, o desgaste de seus veículos também é contínuo. Sendo assim, para garantir a segurança dos profissionais e dos pacientes, tal qual para suprir a demanda, a frota deveria ser renovada com certa frequência para evitar transtornos maiores. Encontrei informações que indicam que a última renovação da frota ocorreu em 2018 (há 5 anos), sendo fornecidas 6 USBs e 1 USA, que são as atuais ambulâncias em operação (Portal da Cidade, 2018). Tendo em vista que 5 anos se passaram, sendo que em pelo menos 2 deles foram anos de pandemia do COVID-19, a qual sobrecarregou todo o sistema de saúde, além de considerar as



constantes “baixas” atualmente, infere-se a necessidade de renovação da frota, ou, pelo menos, de uma melhora da manutenção.

Outra questão que me foi relatada e a qual eu pude presenciar, foi a vinda de um VIR novo que seria disponibilizado ao SAMU de Foz. Contudo, apesar do veículo ter passado pela posse do SAMU, por alguma razão administrativa, o veículo foi redirecionado ao SIATE. Se de fato essa razão tem uma justificativa consistente e coerente, não há como saber. O que pude notar foi uma grande frustração dos profissionais do SAMU.

Idealmente, o incentivo financeiro à manutenção das ambulâncias do SAMU deve ser realizado a partir do desembolso de quantias pré-estabelecidas mensalmente, como orientado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Dessa forma, todos os veículos, ambulâncias, motolância e veículo de intervenção rápida, deveriam ter sua manutenção custeada tanto no sentido de prevenção, quanto de conserto. Na realidade de Foz do Iguaçu, o que pude notar foi uma falta de inspeção preventiva da frota e, em contrapartida, a manutenção mediante a necessidade, após os problemas já estabelecidos e as viaturas inviabilizadas em seu uso. Quanto ao custeio destinado à manutenção, não consegui encontrar informações sobre esse repasse. De fato, existem oficinas licenciadas para as quais as viaturas são enviadas conforme necessidade, o que com certeza demanda verba pública.

As soluções para tal problemática me parecem um pouco óbvias, como a já mencionada necessidade de renovação da frota e o repasse do custeio mensal para a manutenção e reparo das viaturas. Essa manutenção, por sua vez, deveria ser realizada a partir de escalas em horários de menor demanda para minimizar o prejuízo ao fluxo de atendimento. Para além destas óbvias, e necessárias, intervenções, acredito que se houvesse uma fiscalização frequente das viaturas por parte da Vigilância Sanitária, ou de algum outro órgão que tivesse o poder de avaliar e cobrar resoluções do poder público, esse problema poderia ser reduzido. Salienta-se ainda que, há necessidade de realizar um levantamento acerca das necessidades do município de Foz do Iguaçu, bem como da 9a Regional de Saúde, a qual Foz é a referência, para compreender se tais demandas são de fato supridas pelo SAMU tal qual sua composição atual. A partir de tais informações poderia ser feito um planejamento a curto, médio e longo prazo visando o aprimoramento do serviço.

## REFERÊNCIAS

Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, Machado CA, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq. Bras. Cardiol. 2021;116(3):516-658. Disponível em: <<https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>>.

Bortolotto, L; Silveira, J; Vilela-Martin, J. Crises hipertensivas: definindo a gravidade e o tratamento / Hipertensive crises: defining he severity and treatment. Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo ; 28(3): 254-259, jul.-ago. 2018. DISPONÍVEL EM: <[https://socesp.org.br/revista/assets/upload/revista/5579307671539114883pdfenCRISES%20HIPERTENSIVAS%20-%20DEFININDO%20A%20GRAVIDADE\\_REVISTA%20SOCESP%20V28%20N3.pdf](https://socesp.org.br/revista/assets/upload/revista/5579307671539114883pdfenCRISES%20HIPERTENSIVAS%20-%20DEFININDO%20A%20GRAVIDADE_REVISTA%20SOCESP%20V28%20N3.pdf)>.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006. Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006: Revisão da Política Nacional de Promoção em Saúde. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps\\_revisao\\_portaria\\_687.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf)

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011. Institui a 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 SUS. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014. Institui a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014: Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html)

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021. DENGUE - Classificação de Risco e Manejo do paciente. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue\\_classificacao\\_risco\\_manejo\\_paciente.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue_classificacao_risco_manejo_paciente.pdf/view)

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023. Anvisa aprova nova vacina contra a dengue. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2023/anvisa-aprova-nova-vacina-para-a-dengue>>.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. PORTARIA Nº 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002. Brasília, 2002. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html),

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Sala de Estabilização**: Componente da

Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília - DF: Editora - MS, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue : diagnóstico e manejo clínico : adulto e criança [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/dengue-diagnostico-e-manejo-clinico-adulto-e-crianca/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização . HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p.

BRASIL. **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. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010\\_21\\_05\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html).

BROWN, CALVIN A; SACKLES, JOHN C. Rapid sequence intubation for adults outside the operating room In: UPTODATE. Waltham, MA: Post TW (Ed), 2023. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/rapid-sequence-intubation-for-adults-outside-the-operating-room?search=intuba%C3%A7%C3%A3o%20de%20sequ%C3%Aancia%20r%C3%A1pida%20em%20adultos&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H18](https://www.uptodate.com/contents/rapid-sequence-intubation-for-adults-outside-the-operating-room?search=intuba%C3%A7%C3%A3o%20de%20sequ%C3%Aancia%20r%C3%A1pida%20em%20adultos&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H18).

COLUCCI, W. S. BORLAUG, B. A. Heart failure: Clinical manifestations and diagnosis in adults. In: *UpToDate*, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/heart-failure-clinical-manifestations-and-diagnosis-in-adults?search=framingham%20insufici%C3%Aancia%20card%C3%ADaca&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/heart-failure-clinical-manifestations-and-diagnosis-in-adults?search=framingham%20insufici%C3%Aancia%20card%C3%ADaca&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1).

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFM. Código de Ética do Estudante de Medicina. Portal CFM. Disponível em [https://www.fm.usp.br/biblioteca/conteudo/biblioteca\\_1622\\_ceem.pdf](https://www.fm.usp.br/biblioteca/conteudo/biblioteca_1622_ceem.pdf).

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFM. Código de Ética Médica. Portal CFM. Disponível em <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf> >.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília - DF: Imprensa Nacional, ano 178, p. 81-82, 16 set. 2014. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/09/2014&jornal=1&pagina=81&totalArquivos=84>.

CREMESP, 2022. Guia das boas práticas nas redes sociais para médicos. Disponível em <<https://www.cremesp.org.br/library/modulos/flipbook/publicacao/73/index.html>>.

DE PASSOS, V. B. C.; VÉRAS, R. M.; FERNANDEZ, C. C.; LEMOS, O. L.; CARDOSO, G. M. P.; ROCHA, M. N. D. Atendimento humanizado: as concepções de estudantes de Medicina. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, [S. l.], v. 33, 2020. DOI: 10.5020/18061230.2020.11560. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/11560>.

deLEMOs, D.M. Skin laceration repair with sutures In: UPTODATE. Waltham, MA: Post TW (Ed), 2023. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/skin-laceration-repair-with-sutures?search=sutura&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H31004258](https://www.uptodate.com/contents/skin-laceration-repair-with-sutures?search=sutura&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H31004258).

ELLIOT, W.J.; VARON, J. **Evaluation and treatment of hypertensive emergencies in adults** In: *UpToDate*, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-treatment-of-hypertensive-emergencies-in-adults?search=crise%20hipertensiva&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H454986150](https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-treatment-of-hypertensive-emergencies-in-adults?search=crise%20hipertensiva&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H454986150).

FLEURY S, OUBERBEY AM. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007. 204 p. ISBN: 978-85-225-0616-3. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/QDv8S89N78kFZcYKKJfHCw/?lang=pt>>.

HIRSH, I.B. EMMETT, M. 2022. Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic state in adults: Clinical features, evaluation, and diagnosis. In: *UpToDate*, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-clinical-features-evaluation-and-diagnosis?topicRef=1795&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-clinical-features-evaluation-and-diagnosis?topicRef=1795&source=see_link)>.

HODIN, R.A; LILIANA, B. Inpatient placement and management of nasogastric and nasoenteric tubes in adults In: UPTODATE. Waltham, MA: Post TW (Ed), 2023. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/inpatient-placement-and-management-of-nasogastric-and-nasoenteric-tubes-in-adults?search=sonda%20nasog%C3%A1strica&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#](https://www.uptodate.com/contents/inpatient-placement-and-management-of-nasogastric-and-nasoenteric-tubes-in-adults?search=sonda%20nasog%C3%A1strica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#).

MACKWAY-JONES, Kevin; MARSDEN, Janet; WINDLE, Jill. **Emergency Triage:** Manchester Triage Group. 2. ed. Malden, Massachusetts: Blackwell Publishing Ltd, 2006. 194 p. ISBN 978-0-727915-42-9. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj234uCnf\\_8AhXFD7kGHUdBBEMQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fedisciplinas.usp.br%2Fpluginfile.php%2F3639780%2Fmod\\_folder%2Fcontent%2F0%2FEmergency\\_Triage.pdf%3Fforcedownload%3D1&usq=AOvVaw1FO1FrvU57UwtDtqUYMXD7](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj234uCnf_8AhXFD7kGHUdBBEMQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fedisciplinas.usp.br%2Fpluginfile.php%2F3639780%2Fmod_folder%2Fcontent%2F0%2FEmergency_Triage.pdf%3Fforcedownload%3D1&usq=AOvVaw1FO1FrvU57UwtDtqUYMXD7)

McCLENNEN, S. et al. ECG Wave-Maven: An Internet-based Electrocardiography Self-Assessment Program for Students and Clinicians. *Medical Education Online*, v. 8, n. 1, p. 4339, dez. 2003.

OMS. Eugênio Vilaça Mendes. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. 2. ed. Brasília - DF: [s. n.], 2011. 549 p. ISBN 978-85-7967-075-6. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf).

PARANÁ, GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. Plano estadual de Saúde 2020-2023. SESA.. Disponível em [https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-09/PES-24\\_setembro-vers%C3%A3o-digital.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-09/PES-24_setembro-vers%C3%A3o-digital.pdf) >.

PHANG, R. MANNING, W. J. Prevention of embolization prior to and after restoration of sinus rhythm in atrial fibrillation. In: *UpToDate*, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/prevention-of-embolization-prior-to-and-after-restoration-of-sinus-rhythm-in-atrial-fibrillation?sectionName=AF%20DURATION%20LESS%20THAN%2048%20HOURS&search=quando%20cardioverter%20fibril%C3%A7%C3%A3o%20atrial&topicRef=1025&anchor=H369119581&source=see\\_link#H9](https://www.uptodate.com/contents/prevention-of-embolization-prior-to-and-after-restoration-of-sinus-rhythm-in-atrial-fibrillation?sectionName=AF%20DURATION%20LESS%20THAN%2048%20HOURS&search=quando%20cardioverter%20fibril%C3%A7%C3%A3o%20atrial&topicRef=1025&anchor=H369119581&source=see_link#H9)>.

PORTAL DA CIDADE, Foz do Iguaçu, 2018. Novas ambulâncias renovam em 100% frota do SAMU em Foz do Iguaçu. Disponível em: <https://foz.portaldacidade.com/noticias/cidade/novas-ambulancias-renovam-em-100-frota-do-samu-em-foz-do-iguacu>>.

PORTER, M.E. & TEISBERG, E.O. – Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre, **Bookman Companhia Editora**, 2007.

RUNYON, B.A. Diagnostic and therapeutic abdominal paracentesis In: UPTODATE. Waltham, MA: Post TW (Ed), 2023. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-and-therapeutic-abdominal-paracentesis?search=PARACENTESE&source=search\\_result&selectedTitle=1~87&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H73384489](https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-and-therapeutic-abdominal-paracentesis?search=PARACENTESE&source=search_result&selectedTitle=1~87&usage_type=default&display_rank=1#H73384489).

SCHAEFFER, A.J. Placement and management of urinary bladder catheters in adults In: UPTODATE. Waltham, MA: Post TW (Ed), 2023. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/placement-and-management-of-urinary-bladder-catheters-in-adults?search=sonda%20vesical%20de%20demora&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/placement-and-management-of-urinary-bladder-catheters-in-adults?search=sonda%20vesical%20de%20demora&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1).

THEODORE, A.C. Arterial blood gases In: UPTODATE. Waltham, MA: Post TW (Ed), 2023. Disponível em: [https://www.uptodate.com/contents/arterial-blood-gases?search=gasometria%20arterial&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H454078742](https://www.uptodate.com/contents/arterial-blood-gases?search=gasometria%20arterial&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H454078742).

THOMAS, S.J.' ROTHMAN, A.M. **Dengue virus infection: Epidemiology**. In: *UpToDate*, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. disponível em:  
[https://www.uptodate.com/contents/dengue-virus-infection-epidemiology?search=dengue&topicRef=3025&source=see\\_link#H295568028](https://www.uptodate.com/contents/dengue-virus-infection-epidemiology?search=dengue&topicRef=3025&source=see_link#H295568028).

VELASCO, Irineu Tadeu; BRANDÃO NETO, Rodrigo Antonio; SOUZA, Heraldo Possolo de; MARINO, Lucas Oliveira. *Medicina de emergência: abordagem prática*. 14. ed. Barueri - SP: Manole, 2019. 1304 p.

## ANEXOS

## ANEXO A - Ficha de Notificação



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO  
INDIVIDUAL  
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS  
VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

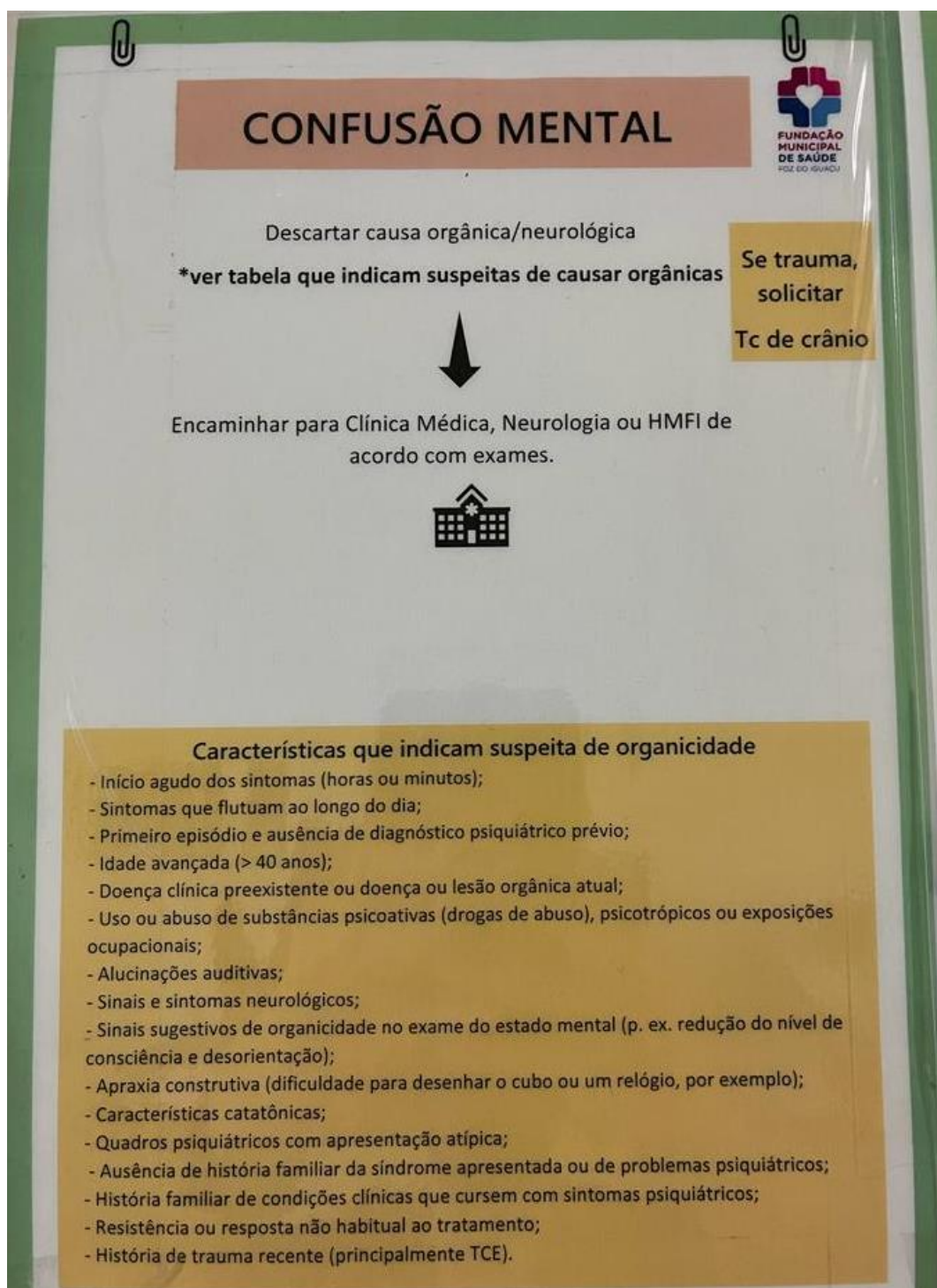
Nº

**Definição de caso:** Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

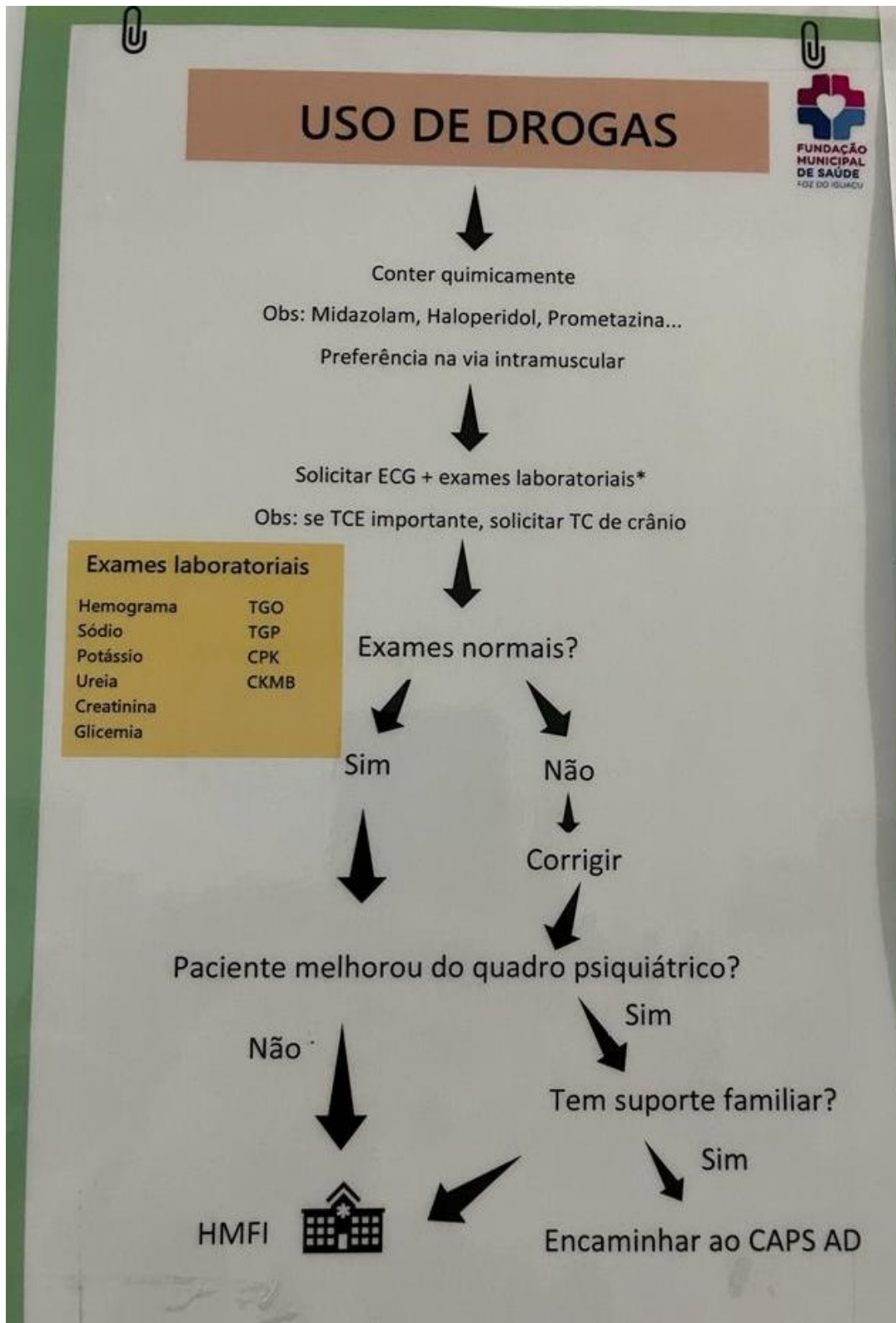
**Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idoso são de notificação obrigatória.

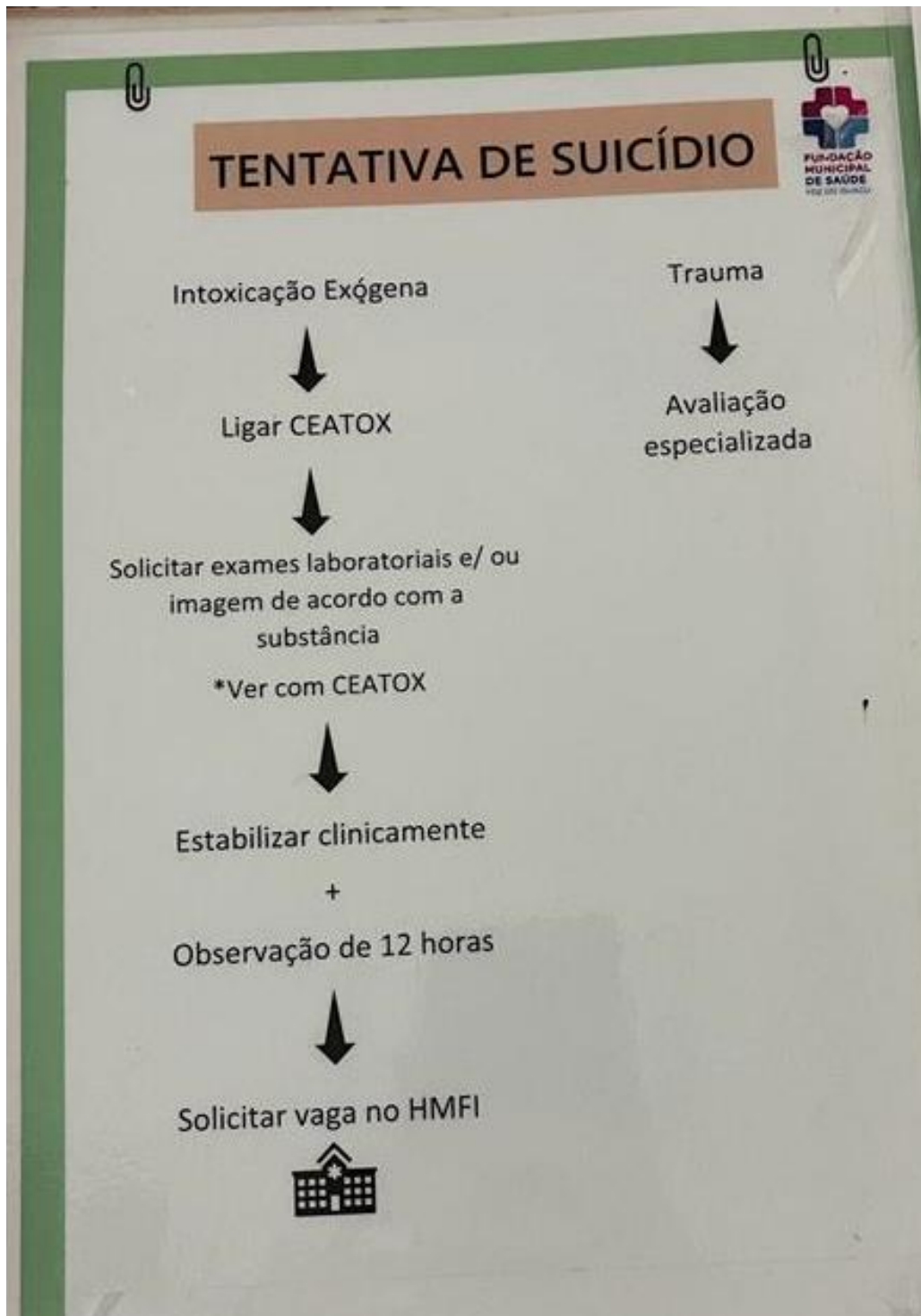
Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificador)	Código (CNES)			
	5 Data da Ocorrência do Evento	6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)			
Dados da Pessoa Atendida	7 Nome			8 Data de Nascimento	
	9 Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	10 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	11 Gestante 1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado		
	12 Cor 1-Branca 4-Parda 2-Preta 5-Indígena 3-Amarela 9-Ignorado	13 Escolaridade 01) Analfabeto 06) Ensino médio incompleto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 07) Ensino médio completo 03) 4ª série completa do EF 08) Educação superior incompleta 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 09) Educação superior completa 05) Ensino fundamental completo 10) Não se aplica 99) Ignorado			
	14 Ocupação	15 Situação conjugal 1 - Solteiro 3 - Viúvo 5 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado			
	16 Relações sexuais 1 - Só com Homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado		17 Possui algum tipo de deficiência? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva		
	18 Número do Cartão SUS	19 Nome da mãe			
	20 UF 21 Município de residência				Código (IBGE) 22 Bairro de residência
Dados de Residência	23 Logradouro (rua, avenida,...)			24 Número	
	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Ponto de Referência		
	27 CEP		28 (DDD) Telefone		
	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)		
	31 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Ambiente de trabalho 07 - Estabelecimento de saúde 11 - Terreno baldio 02 - Habitação coletiva 05 - Escola 08 - Instituição socioeducativa 12 - Bar ou similar 03 - Via pública 06 - Creche 09 - Instituição de longa permanência 13 - Outros 10 - Instituição prisional 99 - Ignorado				
Dados da Ocorrência	32 UF	33 Município de Ocorrência	34 Bairro de ocorrência		
	35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)			36 Número	37 Complemento (apto., casa, ...)
	38 Zona de ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		39 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		40 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	41 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Arma branca 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Arma de fogo 3 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Objeto contundente <input type="checkbox"/> Enforcamento/sufocação <input type="checkbox"/> Força corporal <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Outros		42 Tipo de violências 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Psicológica / Moral <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Patrimonial <input type="checkbox"/> Negligência/ Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Outros		

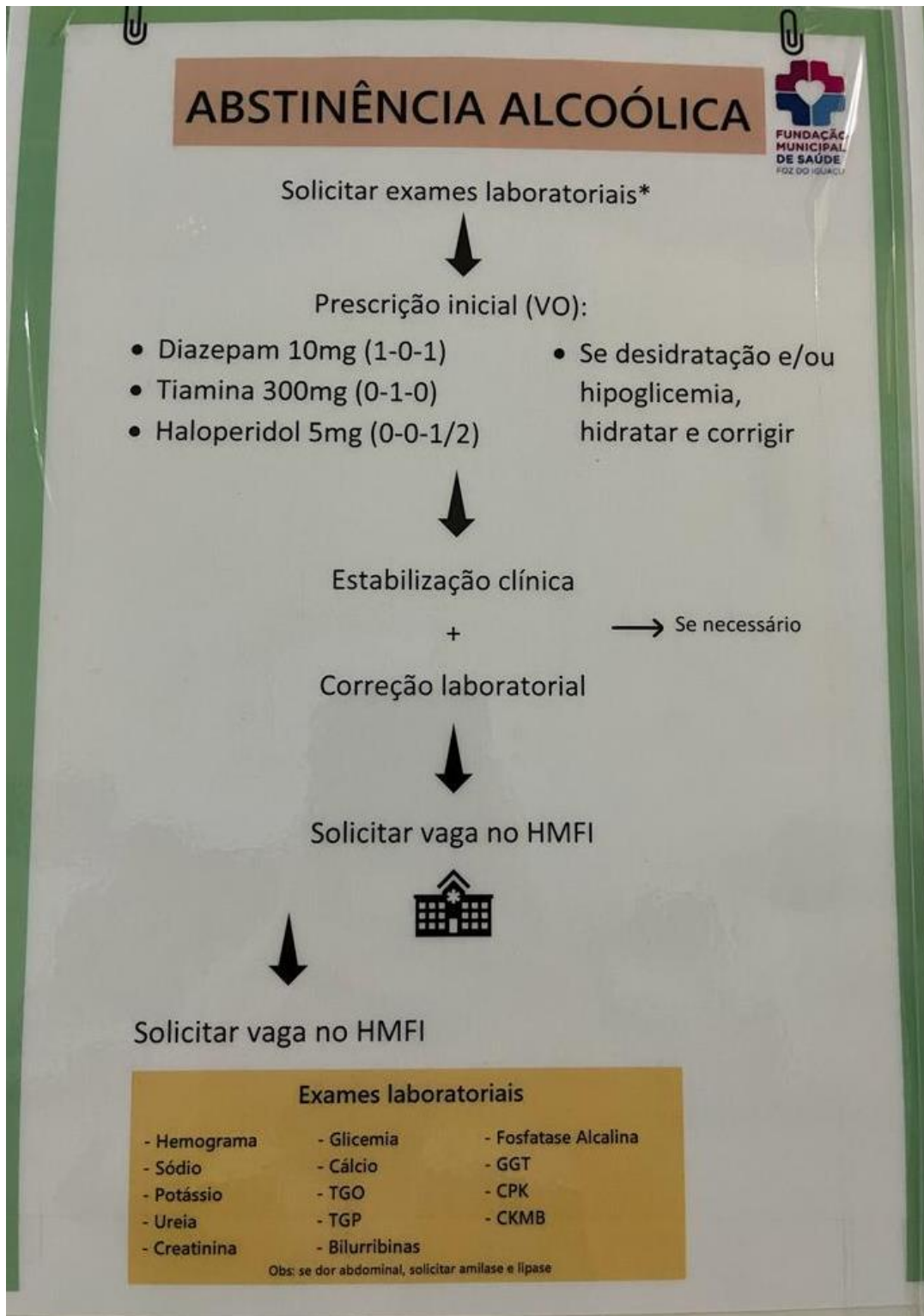
## ANEXO B - Fluxogramas de Saúde Mental (fonte: Fotos do acervo pessoal)



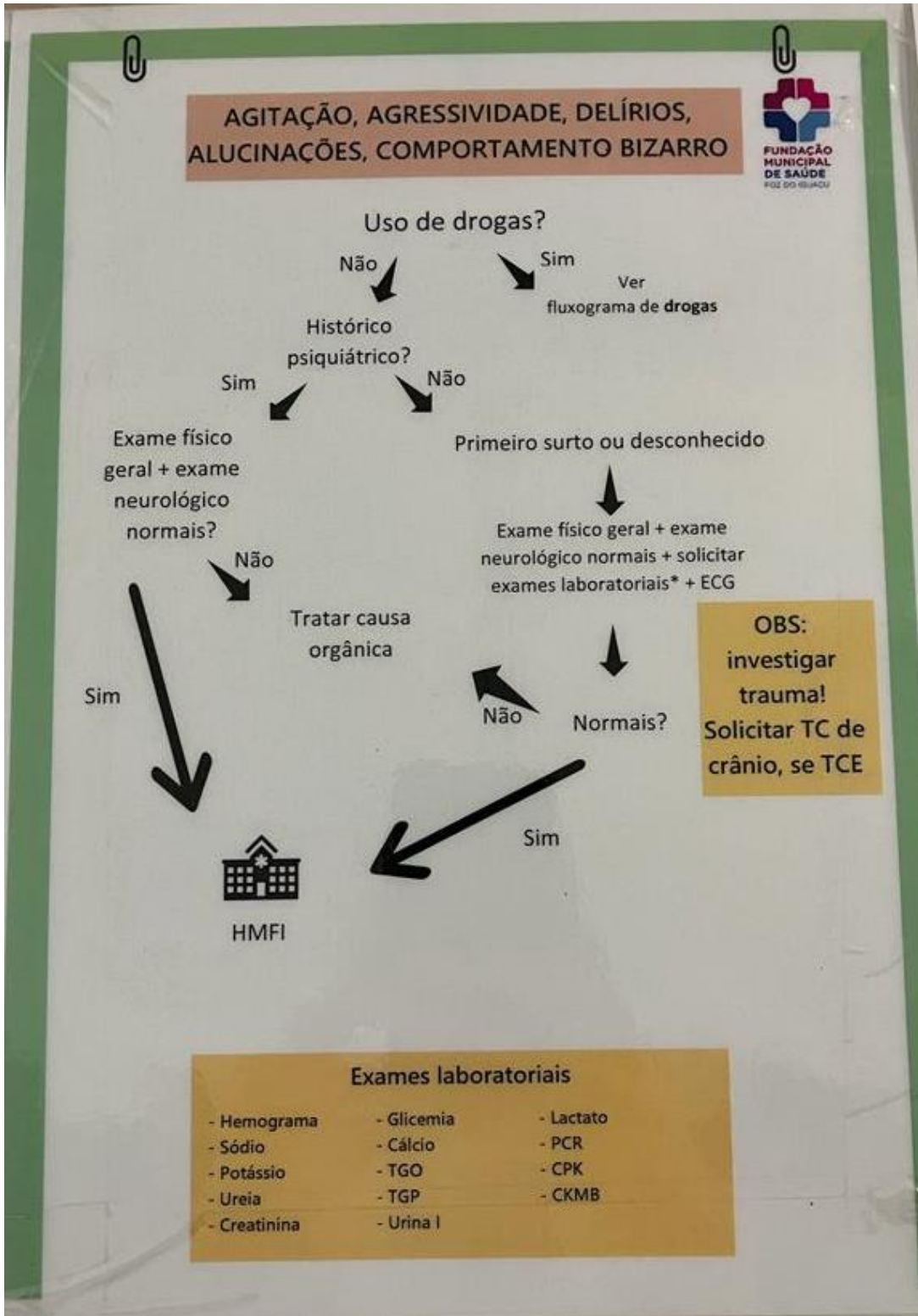


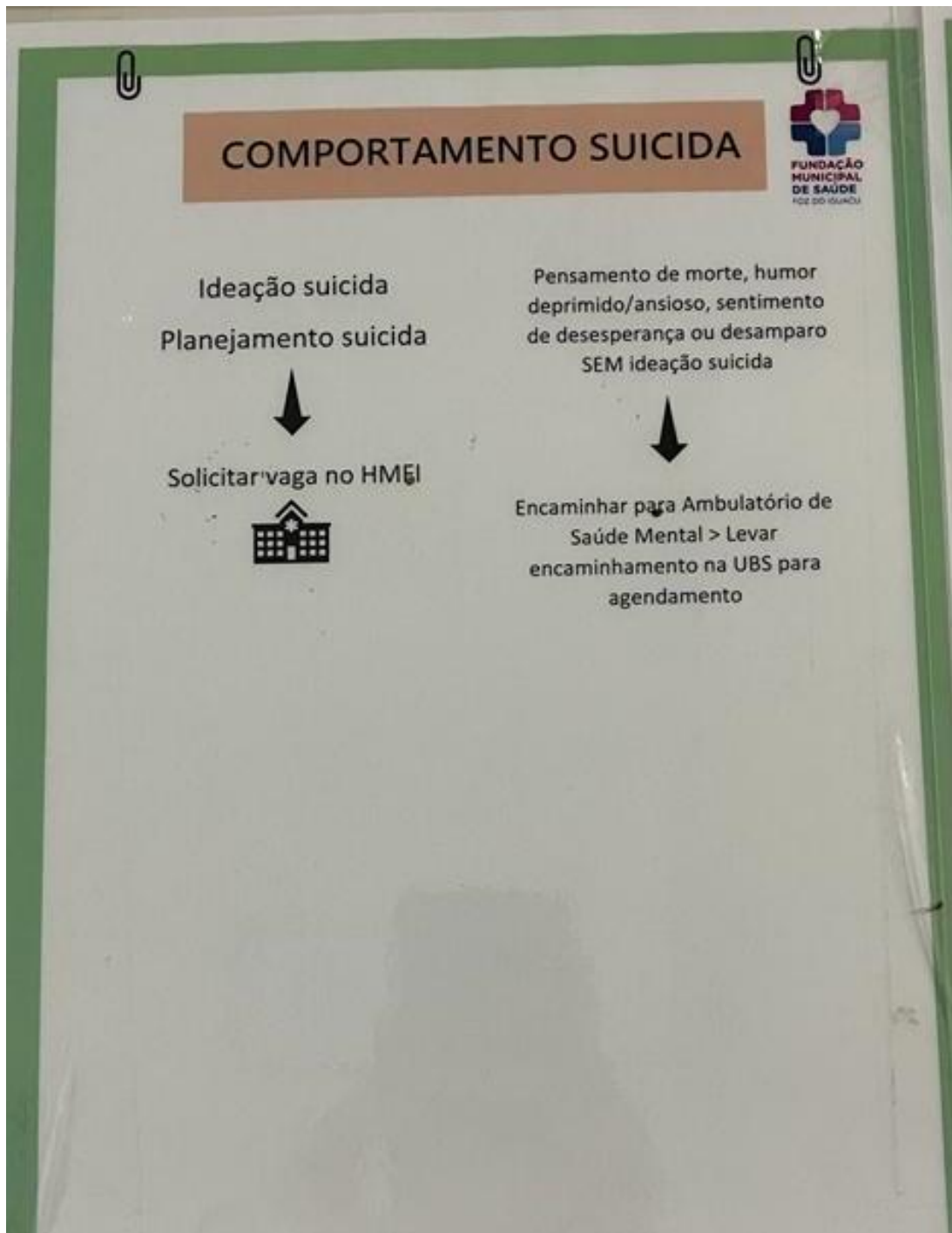












## ANEXO C

# NIH STROKE SCALE

## Identificação do Paciente

Nome: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_

Exame inicial: Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
<p><b>1a. Nível de Consciência</b> O investigador deve escolher uma resposta mesmo se uma avaliação completa é prejudicada por obstáculos como um tubo orotraqueal, barreiras de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Um 3 é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento (outro além de postura reflexa) em resposta à estimulação dolorosa.</p>	<p>0 = Alerta; reponde com entusiasmo. 1 = Não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage. 2 = Não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Responde somente com reflexo motor ou reações autonômicas, ou totalmente irresponsivo, flácido e arreflexo.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>1b. Perguntas de Nível de Consciência</b> O paciente é questionado sobre o mês e sua idade. A resposta deve ser correta - não há nota parcial por chegar perto. Pacientes com afasia ou esturpor que não compreendem as perguntas irão receber 2. Pacientes incapacitados de falar devido a intubação orotraqueal, trauma orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão um 1. É importante que somente a resposta inicial seja considerada e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais.</p>	<p>0 = Responde ambas as questões corretamente. 1 = Responde uma questão corretamente. 2 = Não responde nenhuma questão corretamente.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>1c. Comandos de Nível de Consciência</b> O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e então abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não podem ser utilizadas. É dado crédito se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada devido à fraqueza. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser demonstrada a ele (pantomima) e o resultado registrado (i.e., segue um, nenhum ou ambos os comandos). Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dados comandos únicos compatíveis. Somente a primeira tentativa é registrada.</p>	<p>0 = Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = Realiza uma tarefa corretamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>2. Melhor olhar conjugado</b> Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (óculo-cefálico) recebem nota, mas a prova calórica não é usada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o escore será 1. Se o paciente tem uma paresia de nervo periférica isolada (NC III, IV ou VI), marque 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira preexistente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo investigador. Estabelecer contato visual e, então, mover-se perto do paciente de um lado para outro, pode esclarecer a presença de paralisia do olhar.</p>	<p>0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar. Este escore é dado quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar. 2 = Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefálica.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Fonte: <https://neurologiahu.paginas.ufsc.br/files/2012/09/NIH-Stroke-Scale.pdf>