



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

MEDICINA

**URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA PANDEMIA
VIVÊNCIAS DE UMA INTERNA EM FOZ DO IGUAÇU**

MARIA JOSÉ SAMANIEGO CARDOZO

Foz do Iguaçu

2021



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

MEDICINA

**URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA PANDEMIA
VIVÊNCIAS DE UMA INTERNA EM FOZ DO IGUAÇU**

MARIA JOSÉ SAMANIEGO CARDOZO

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

Orientadora: Prof. Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu

2021

MARIA JOSÉ SAMANIEGO CARDOZO

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA PANDEMIA
VIVÊNCIAS DE UMA INTERNA EM FOZ DO IGUAÇU

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

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Mestre Flávia Julyana Pina Trench

UNILA

Prof. Seidel Guerra

UNILA

Prof. Rosana Alvarez Callejas

UNILA

Foz do Iguaçu, 30 de julho de 2021

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Maria José Samaniego Cardozo

Curso: Medicina

Tipo de Documento

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

Título do trabalho acadêmico: Urgencia e Emergencia na Pandemia

Nome do orientador(a): Prof. Mestre Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: 30/07/2021

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, 30 de julho de 2021.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho aos meus pais, que merecem essa
alegria depois de tantos anos difíceis, ao meu avô,
que não consegui ver na terra a neta se torna médica,
a minha avó, que espero que este presente
conforte o coração dela,
aos meus tios, que sempre me apoiaram,
e ao meu irmão,
que do jeito dele sempre consegue me fazer rir.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, pelo apoio, amor, compreensão e conselho que me providenciaram em todo este tempo. Agradeço pelo esforço deles, e o desempenho deles como os meus guias nesta caminhada da vida que me trouxe até aqui. Agradeço pela vida deles, de ter a oportunidade de ter eles comigo, do meu lado, sempre dispostos a me ajudar quando não sei a onde virar. Agradeço por eles nunca perderem a fé em mim, até quando eu já tinha perdido.

Agradeço a meu irmão, pelo apoio dele, as risadas que ele me presenteou, e pelo carinho, que não é fácil para ele expressar e nem para que eu possa receber, mas agradeço por tentar. Agradeço também por que sei que eu escolhendo este caminho afetou até a vida dele, e agradeço por ele sempre me apoiar do mesmo jeito.

Agradeço aos meus avós, que sei que sempre quiseram ver a neta se tornar uma médica, que agora que estou no final do caminho, esta alegria alcance até o céu.

Agradeço aos professores do curso, especialmente os que me ensinaram muito mais que teoria, mais do que os livros podem ensinar, a como ser humana com o próximo, e também a como levar a vida um pouco mais leve. Em especial, a minha professora, Flávia, que acho que não sabe o impacto que teve na minha formação, espero algum dia, chegar a ser a metade do que ela é na minha carreira.

Agradeço aos meus amigos também, porque somente os mais próximos sabem o quanto foi difícil chegar até este ponto. Espero nunca perder a amizade que vocês me presentaram.

Finalmente, agradeço a todos que de bom coração quiseram me ensinar, guiar e ajudar neste caminho. Desejo muita felicidade na vida de vocês.

SAMANIEGO, Maria José. **Urgência e Emergência na Pandemia** - Vivências de uma interna em Foz de Iguaçu. **2020**. 46 páginas. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Medicina) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMO

A abordagem deste trabalho de conclusão de curso é descrever como foi a passagem de uma interna do curso de Medicina pelo módulo obrigatório de urgência e emergência, com especial foco das vivências passadas por causa da pandemia do vírus SARS-CoV-2, comumente conhecido como coronavírus ou simplesmente como COVID-19, em diferentes locais de estágio, situados em Foz de Iguaçu, durante o segundo semestre do ano 2020. O principal objetivo do presente trabalho se baseia no desenvolvimento teórico e pessoal do manejo de situações de urgência e emergência para uma médica em formação, com base na aprendizagem obtido mediante livros, vídeo-aulas, artigos, protocolos, e outras formas de estudo, e levar estes pontos na realidade atual. Isto inclui críticas e avaliações do âmbito da saúde da cidade, e manejo de situações muito particulares, devido a pandemia.

Palavras chaves: Emergência. COVID. Coronavírus. Pandemia.

SAMANIEGO, Maria José. **Urgencia y Emergencia en la Pandemia** - Vivencias de una interna en Foz de Iguazu. **2020**. 46 páginas. Trabajo de conclusión de curso (Graduação em Medicina) - Universidad Federal de Integración Latino-Americana, Foz do Iguazu, 2021.

RESUMEN

El enfoque de este trabajo de conclusión del curso es describir cómo una pasante del curso de medicina pasó por el módulo obligatorio de urgencia y emergencia, con un enfoque especial en experiencias pasadas debido a la pandemia del virus SARS-CoV-2, comúnmente conocido como coronavirus o simplemente como COVID-19, en diferentes sitios de pasantías, ubicados en Foz de Iguazu, durante el segundo semestre del año 2020. El objetivo principal del presente trabajo se basa en el desarrollo teórico y personal del manejo de situaciones de urgencia y emergencia para un médico en formación, basada en los aprendizajes obtenidos a través de libros, videoclases, artículos, protocolos, otras formas de estudio, y trasladar estos puntos a la realidad actual. Esto incluye críticas y valoraciones desde la salud de la ciudad, y el manejo de una situación muy particular debido a la pandemia.

Palabras clave: Emergencia. COVID-19. Coronavirus. Pandemia.

SAMANIEGO, Maria José. **Urgency and Emergency in a Pandemic** - Tellings of a medical intern in Foz do Iguaçu. 2020. 46 páginas. Conclusion degree (Graduation in Medicine) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

ABSTRACT

The focus of this course conclusion work will be to describe the experiences of a medical intern, as a part of the mandatory course of urgent and emergency care, with a special focus on past experiences due to the SARS-CoV-2 virus pandemic, commonly known as coronavirus or simply as COVID, in different sites of internship, located in Foz de Iguaçu, during the second half of the year 2020. The main objective of this work is based on the theoretical and personal development of the management of urgent and emergency situations for a doctor in training, based on the learning obtained through books, video classes, articles, protocols, other forms of study, and transferring these points to current reality. These include criticisms and assessments of the management of health of the city, and the handling of a very particular situation due to the pandemic.

Key words: Emergency. COVID-19. Coronavirus. Pandemic.

LISTA DE ABREVIACÕES

ATLS - Advanced Trauma Life Support

AVC - Acidente vascular cerebral

DVA - Drogas vasoativas

ECG - Escala de coma de Glasgow

HMPGL - Hospital Municipal Padre Germano Lauck

LPP - Lesão por pressão

PA - Pressão arterial

PCR - Parada cardiorrespiratória

PS - Pronto Socorro

RNC - Rebaixamento do nível de consciência

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SINAN - Sistema de informação de agravos de notificação

SNC - Sistema nervoso central

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

USG - Ultrassonografia

UTDI - Unidade de terapia de doenças infecciosas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O MÓDULO	14
3. CASO 1	16
INTOXICAÇÃO EXÓGENA	17
4. CASO 2	25
INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL E PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA.....	26
5. CASO 3	35
REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	36
6. COMO SOBREVIVER A UMA PANDEMIA EM 10 SIMPLES PASSOS	42
7. AUTOAVALIAÇÃO	43
8. CONCLUSÃO	45
9. REFERENCIAS	46

1. INTRODUÇÃO

O módulo de Urgência e Emergência, sendo parte do internato, é estruturado para avançar no conhecimento na área de medicina de emergência. O internato neste sentido pode ser considerado como o período mais formador do caráter médico, por que é neste período que realmente é quando nós estamos no meio do serviço, e experimentamos o que significa de verdade começar a ser médico. Neste módulo, e pelas circunstâncias especiais deste ano, foi focado principalmente no tratamento e manejo de pacientes portadores do vírus SARS-COV-2, melhor conhecido como coronavírus. No plano, realizamos rotações em vários lugares que ficaram centrados no tratamento do novo vírus. Iniciando a nossa introdução no serviço pela atendimento na central telefônica, logo após fomos posicionados na triagem COVID, e seguindo pelo pronto socorro respiratório, a unidade de terapia de doenças infecciosas, a enfermaria COVID e a Unidade de terapia intensiva COVID, pronto socorro clínico, e unidade de pronto atendimento João Samek e Walter por um período de quinze semanas.

Com o objetivo descrito, neste relatório estarei descrevendo minha passagem pelo módulo, incluindo estudo e experiências. Escolhi exemplificar alguns casos que no meu parecer me foram mais diferentes, utilizando um método de revisão bibliográfica em união com comentários de como foi guiado o caso na vida real em diferença com a literatura.

Finalmente, é de grande importância deixar um registro de qual foi meu crescimento teórico, prático e pessoal durante todo este tempo, para em algum momento do futuro, poder voltar e lembrar novamente como o ano 2020 tinha sido.

2. ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O CURSO DO MÓDULO

Durante as quinze semanas, foi desenvolvido o estudo teórico e prático em vários setores do serviço de saúde, principalmente no Hospital Municipal e nas UPAs, principalmente no seguinte tópico deste relatório, será descrito quais procedimentos tive a oportunidade de acompanhar ou realizar;

- Acesso Venoso Central: Realizado com sucesso na UTI COVID, com ajuda e acompanhamento do médico plantonista, em um paciente que estava com suspeita de infecção no local de acesso jugular direito, razão pela qual foi decidido realizar a troca do acesso, por uma subclávia, do lado esquerdo. O paciente estava em uso de sedação e DVA. Após várias tentativas e muito tempo tentando localizar a veia, consegui passar o acesso, sem intercorrências, sendo solicitado o rx de rotina para avaliação da colocação do acesso, sem outras intercorrências ocorrendo neste dia.
- Intubações: Principalmente devido a pandemia, as oportunidades de realizar intubações foram muitas, porém devido a dificuldade que isso apresenta, eu não consegui realizar com sucesso nenhuma intubação, tentando realizar o procedimento em várias ocasiões, e como sempre o médico com mais experiência deve intubar o paciente com COVID, não foi possível que eu realize uma intubação com sucesso.
- Gasometria: Procedimento realizado com sucesso em várias oportunidades na enfermaria e UTI, com ajuda dos técnicos e enfermeiros que se disponibilizaram a ajudar-me a realizar a técnica correta.
- Coletas de exames laboratoriais: Em conjunto com as gasometrias, realizei principalmente na UTI, durante a coleta de rotina, com ajuda dos técnicos.
- Sonda Vesical e de demora: Ambos procedimentos realizei uma vez cada um na UPA, e um passei uma sonda de demora na enfermaria COVID, sendo este último o único que consegui com sucesso, pois os outros dois eram em casos de pacientes com neoplasia prostática, e após tentar várias vezes, a enfermeira foi a que conseguiu posicionar a sonda.

- Suturas e curativos: Realizados nas UPAs, realizei os procedimentos em várias ocasiões, principalmente suturas em pontos simples e curativos dos mesmos, ou curativos de procedimentos realizados anteriormente.
- Colocação de gesso: Durante meu período na UPA Samek, ajudei o ortopedista a colocar gesso em um paciente que tinha fratura na porção distal do úmero.

Procedimentos que acompanhei:

- Ressuscitação cardiopulmonar: durante o passo pelo pronto socorro respiratório, acompanhei a realização do protocolo de reanimação cardiorrespiratória em duas ocasiões, em ambos casos foi possível ver como diferentes médicos realizam o protocolo, sendo que somente um deles conseguiu reverter o quadro corretamente e tirar o paciente da parada. Em estes dois momentos, eu fiquei no cargo de controlar os ciclos, e também a medicação que foi usada, e qual a quantidade, e avisar após a finalização em que horário foi chamado o óbito.
- Drenagem pulmonar: Acompanhei o procedimento em duas ocasiões, sendo que eles foram feitos no pronto socorro respiratório e na UTI COVID, ambos casos de pneumotórax tiveram uma origem diferente, sendo um deles por um quadro traumático (por acidente) e o segundo um pneumotórax espontâneo. Ambos procedimentos foram realizados pelos cirurgiões de plantão, em ambos casos os dois me explicaram como realizar o procedimento.
- Acesso Venoso Central guiado por USG: Acompanhado no pronto socorro clínico, onde o plantonista ofereceu-se a nos ensinar como utilizar a máquina de ultrassom, e como localizar e visualizar as veias para fazer um acesso muito mais rápido e com uma possibilidade reduzida de intercorrências.
- Sonda nasoenteral/nasogástrica: acompanhado na UPA, em uma oportunidade, onde somente a enfermeira conseguiu posicionar a sonda devido ao estado debilitado e confuso do paciente, após várias tentativas.

3. CASO 1

Resumo do caso: R.B, 42 anos, masculino, trazido pelo SAMU para a UPA WALTER, com rebaixamento do nível de consciência, respondendo a estímulos de dor, não comunicativo, prontuário do SAMU relata intoxicação exógena por medicamentos, tendo como motivo principal tentativa de suicídio, sendo que o paciente deixou uma nota esclarecendo seus sentimentos e despedida para a família. O prontuário ressalta intoxicação exógena pela quantidade de medicamentos achados perto do paciente, estimando que tenham sido consumidos mais o menos 30 comprimidos de diazepam e 60 comprimidos de fluoxetina, sendo instalado no SAMU uma cânula de guedel (orofaríngea) e transportado para o pronto atendimento da UPA.

I.D: R.B, 42 anos, masculino, trazido da residência via SAMU, masculino, 42 anos.

Q.P: Tentativa de suicídio

HDA: Segundo prontuário do SAMU, familiares do paciente acionaram o serviço devido a terem encontrado o paciente desacordado, acompanhado de uma carta de despedida e tabletas de medicamentos abertas (segundo prontuário, aproximadamente 30 cp de diazepam e 60 cp fluoxetina), que eram de uso próprio. Médicos do SAMU referiram não saber a quanto tempo tinha sido a intoxicação. No momento da entrada na UPA, paciente está sem acompanhantes para coletar novamente a história.

HPP: Mãe relatou para os socorristas que filho não faz uso de drogas. Negou doenças crônicas. Nega alergia medicamentosa.

Exame Físico

SSVV: PA: 80x60 SatO2: 97% FR: 16 FC: 101 T: 36,7 ECG: 8

REG, sonolento, confuso, agitado, sudoreico, afebril, anictérico, eupneico em uso de cânula de guedel, hidratado, TREC < 3s.

ACV: Bulhas normofonéticas em 2 tempos, sem sopros. Pulsos cheios e simétricos.

AP: Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios.

ABD: flácido, RHA+, depressível, sem massas ou visceromegalias palpáveis

MMII: Sem edemas, paciente com tornozeleira de presidiário em MID.

Neuro: Glasgow 8 (O2, V1, M5), pupilas isocóricas e fotorreagentes.

HD: Intoxicação exógena por tentativa de suicidio
Usuário de drogas?

Conduta:

Realizar lavagem gástrica

Colocar sonda de demora

Solicito exames laboratoriais de admissão

Recoletar história com familiares

Realizar expansão volêmica

Optimizar hidratação

3.1 INTOXICAÇÃO EXÓGENA

Intoxicação exógena pode ser definida como um conjunto de efeitos nocivos ao organismo produzidos pela interação de um ou mais agentes tóxicos com o sistema biológico, representados por manifestações clínicas ou laboratoriais que revelam desequilíbrio orgânico. (BRASIL, 2018).

As exposições acontecem por diversas vias, como oral, cutânea, inalatória, intravenosa e por exposição de mucosas. No caso, como foi por tentativa de suicídio após ingestão via oral de medicações controladas.

No Brasil, a intoxicação exógena também se encontra entre os três principais meios utilizados nas tentativas e suicídios. (SANTOS, *et al.*, 2014).

O atendimento pré-hospitalar foi realizado pelo SAMU, que foi acionado pelos familiares, sendo que eles transportaram o paciente para a UPA Walter, levando ele diretamente para a sala vermelha, devido que é neste lugar que os pacientes que precisam atendimento imediato são levados, e como é visível no caso, o nosso paciente estava com rebaixamento do nível de consciência, o que o coloca como um paciente potencialmente grave.

Durante o manejo inicial o primeiro processo de pensamento deve incluir é a estabilização dos sinais vitais, e ter uma hipótese diagnóstica da causa da intoxicação exógena e qual será o devido tratamento deste problema para a reversão do quadro. Isso é realizado mediante a utilização do mnemônico ABCDE, que é a padronização do Advanced Trauma Life Support (ATLS) sendo ele utilizado para padronizar o atendimento ao politraumatizado. Ele foi pensado para identificar lesões potencialmente fatais ao indivíduo. Ele é aplicável a todas as vítimas com quadro crítico, independentemente da idade. (Rodrigues MS, *et al.*, 2017).

Em quanto ao mnemônico, seu significado é o seguinte: A (airways) – vias aéreas e o controle da coluna cervical; B (breathing) – respiração e ventilação; C (circulation) – circulação com controle da hemorragia; D (disability) – estado neurológico; E (exposure) – exposição e controle da temperatura (Rodrigues MS, *et al.*, 2017).

No primeiro momento, a avaliação das vias áreas e sua pervidade é de extrema importância e deve ser realizado o mais rapidamente possível, pois a não realização correta

deste ponto, leva o paciente facilmente ao óbito. É aqui que uma via aérea definitiva pode ser utilizada. No caso, foi utilizada a cânula de guedel, devido a o paciente não cumprir todos os critérios para realizar uma intubação no momento da entrada. Os critérios para a intubação de sequência rápida são os seguintes;

- Proteção das vias aéreas (pacientes com Glasgow \leq 8).
- Hipoxemia refratária.
- Parada cardiorespiratória.
- Necessidade de assistência ventilatória prolongada ou controle da ventilação pulmonar.
- Condição que pode cursar com obstrução de vias aéreas (anafilaxia, infecções e queimadura de vias aéreas).

O paciente apresentava um ECG de 8, pois ele respondia ao estímulo doloroso com abertura ocular e motora, porém sem resposta verbal. Também, por não estar com esforço respiratório ou ter alguma necessidade de ventilação, como estar hipossaturando, foi optado pelos médicos do SAMU e conseqüentemente os médicos da UPA, no primeiro momento não realizar intubação do paciente. Este ponto da avaliação e a estabilização deve ocorrer no mesmo momento.

A literatura afirma, que a história clínica sempre que possível deve ser colhida objetivamente, com a finalidade de obter pelo menos alguns pontos básicos para a realização da hipótese diagnóstica, que seriam os seguintes pontos; qual foi a substância ingerida/exposta, a quantidade da dose, qual a duração da exposição, o tempo que demorou para ser transportado o paciente desde a ingestão até o atendimento médico. (VELASCO., *et al*, 2019).

O paciente neste ponto, somente respondia aos estímulos de dor, porém seguindo a descrição do prontuário do SAMU, e relatado pela mãe do paciente, ele tinha ingerido medicações de uso controlado, em aparentemente uma grande quantidade, porém ao SAMU chegar no nosocômio, os familiares não estavam presentes para corroborar com a história clínica coletada anteriormente, ou para confirmar outros dados como se ele era usuário de drogas. Desse jeito, o manejo clínico foi baseado no relato coletado pelos médicos socorristas.

O fluxo dentro do serviço já está muito automatico para situações como esta. Por exemplo, a divisão de tarefas é muito sistemática em casos que precisam de atendimento

rápido, como este paciente deve chegar sempre na sala vermelha, o atendimento para ele é imediato.

Durante a passagem do caso para o médico plantonista, uma das enfermeiras já estava notificando o caso como intoxicação exógena, que é um documento que está disponível no site da SINAN, que serve para a vigilância de saúde prevenção, promoção, vigilância e assistência à saúde de populações expostas a contaminantes químicos. Este documento é o seguinte a ser completado;

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº _____

FICHA DE INVESTIGAÇÃO INTOXICAÇÃO EXÓGENA

Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresenta sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.

1	Tipo de Notificação	2 - Individual	
3	Agravamento	INTOXICAÇÃO EXÓGENA	Código (CID10) T 65.9
4	UF	Município de Notificação	Código (IBGE)
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sinais
8	Nome do Paciente		9 Data de Nascimento
10	(ou) Idade	11 Sexo	12 Raça/Cor
14	Faculdade		
16	Número do Cartão SUS	18 Nome da Mãe	
17	UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
20	Nome	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	Código
22	Número	23 Complemento (apto, casa, ...)	24 Geo campo 1
26	Geo campo 2	28 Ponto de Referência	27 CEP
30	(DDD) Telefone	32 Zona	33 País (se residente fora do Brasil)
Dados Complementares do Caso			
34	Data da Investigação	35 Ocupação	
36	Situação no Mercado de Trabalho		
	01 - Empregado registrado com carteira assinada	05 - Servidor público estatutário	09 - Cooperativado
	02 - Empregado não registrado	06 - Aposentado	10 - Trabalhador avulso
	03 - Autônomo/conta própria	07 - Desempregado	11 - Empregador
	04 - Servidor público estatutário	08 - Trabalho temporário	12 - Outros
			99 - Ignorado
38	Local de ocorrência da exposição		
	1 - Residência	2 - Ambiente de trabalho	3 - Trajeto do trabalho
	4 - Serviço de saúde	5 - Escola/crèche	6 - Ambiente externo
	7 - Outro	8 - Ignorado	
40	Nome do local/estabelecimento de ocorrência		
42	UF	43 Município do estabelecimento	Código (IBGE)
46	Nome	47 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)	48 Distrito
49	Número	50 Complemento (apto, casa, ...)	51 Ponto de Referência do estabelecimento
53	(DDD) Telefone	55 Zona de exposição	56 País (se estabelecimento fora do Brasil)

Intoxicação Exógena SINAN NET SVS 06/06/2005

Dados do Produto	60 Grupo do agente tóxico/Classificação geral <input type="checkbox"/>			
	01. Medicamento 02. Agrotóxico/uso agrícola 03. Agrotóxico/uso doméstico 04. Agrotóxico/uso saúde pública 05. Pesticida 06. Produto veterinário 07. Produto de uso Doméstico 08. Cosmético/higiene pessoal 09. Produto químico de uso Industrial 10. metal 11. Drogas de abuso 12. Planta tóxica 13. Alimento e bebida 14. Outro 99. Ignorado			
	61 Agente tóxico (Informar até três agentes)		Princípio Ativo	
	1 - _____		1 - _____	
	2 - _____		2 - _____	
	3 - _____		3 - _____	
	62 Se agrotóxico, qual a finalidade de utilização <input type="checkbox"/>			
	1. Inseticida 2. Herbicida 3. Carapaticida 4. Raticida 5. Fungicida 6. Preservante para madeiras 7. Outro 8. Não se aplica 9. Ignorado			
	63 Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual			
	01- Diluição 05- Colheita 09- Outros 1º Opção: <input type="checkbox"/> 02- Pulverização 06- Transporte 10- Não se aplica 2º Opção: <input type="checkbox"/> 03- Tratamento de sementes 07- Desinfestação 99- Ignorado 3º Opção: <input type="checkbox"/> 04- Armazenagem 08- Produção/formulação		64 Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/veículo	
65 Via de exposição/contaminação				
1- Digestiva 4- Ocular 7- Transplacentária 1º Opção: <input type="checkbox"/> 2- Cutânea 5- Parenteral 8- Outra 2º Opção: <input type="checkbox"/> 3- Respiratória 6- Ingestão 9- Ignorada 3º Opção: <input type="checkbox"/>				
66 Circunstância de exposição/contaminação <input type="checkbox"/>				
01- Uso habitual 02- Acidental 03- Ambiental 04- Uso terapêutico 05- Prescrição médica inadequada 06- Erro de administração 07- Automedicação 08- Abuso 09- Ingestão de alimento ou bebida 10- Tentativa de suicídio 11- Tentativa de aborto 12- Violência/homicídio 13- Outra				
67 A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação? <input type="checkbox"/>		68 Tipo de Exposição		
1- Sim 2- Não 9- Ignorado		1- Aguda - única 2- Aguda - repetida 3- Crônica 4- Aguda sobre Crônica 9- Ignorado		
69 Tempo decorrido entre a Exposição e o Atendimento				
<input type="checkbox"/> 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano 9- Ignorado				
70 Tipo de atendimento <input type="checkbox"/>				
1- Hospitalar 2- Ambulatorial 3- Domiciliar		71 Houve hospitalização? <input type="checkbox"/>		
4- Nenhum 9- Ignorado		1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
72 Município de hospitalização		73 Unidade de saúde		
Código (IBGE)		Código		
74 Classificação final				
1- Intoxicação confirmada 2- Sem Exposição 3- Reação Adversa <input type="checkbox"/> 4- Outro Diagnóstico 5- Síndrome de abstinência 9- Ignorado				
75 Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico <input type="checkbox"/>				
CID - 10				
76 Critério de confirmação <input type="checkbox"/>		77 Evolução do Caso <input type="checkbox"/>		
1- Laboratorial 2- Clínico-epidemiológico 3- Clínico		1- Cure sem sequelas 2- Cure com sequelas 3- Óbito por intoxicação exógena 4- Óbito por outra causa 5- Perda de seguimento 9- Ignorado		
78 Data do óbito		79 Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT. <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 3- Não se aplica 9- Ignorado		80 Data do Encerramento		
81				
Informações complementares e observações				
Observações:				
_____ _____ _____				
Investigador		Cód. de Unid. de Saúde		
Município/Unidade de Saúde		<input type="checkbox"/>		
Nome		Assinatura		
Função		<input type="checkbox"/>		
Intoxicação Exógena		SIVS 09/06/2005		
Gran NET				

Fonte: SINAN

Este documento ajuda na hora de saber quais são os casos de intoxicação exógena, qual é a frequência, devido a que eles acontecem, e no momento de realizar planos para evitar que eles continuem acontecendo.

3.2 SINTOMATOLOGIA E SÍNDROMES

Na intoxicação exógena, é possível diferenciar qual seria o causador da sintomatologia pelo jeito que o paciente se está apresentando, podendo ele ser dividido em diferentes síndromes como a sedativo-hipnótica (RNC, pupilas variáveis, bradicardia e depressão respiratória), a serotoninérgica (arritmias, taquicardia, confusão, sudorese,

tremor, hiperreflexia), a colinérgica (confusão mental, convulsões, miose, bradicardia, hipertensão, sialorréia,

incontinência urinária/fecal, vômitos) a anticolinérgica (agitação, alucinações, convulsões, taquicardia, hipertensão, taquipnéia, arritmias) por opioides (RNC, pupilas mióticas, bradipneia, bradicardia, hipotensão), simpaticomimética (Agitação, alucinações, midríase, taquicardia, hipertensão, sudorese, tremores), e alucinogénica (alucinações, distorção da percepção, agitação, midríase, nistagmo, taquicardia, hipertensão, taquipnéia) (VELASCO., et al, 2019).

Sendo que como o paciente ingeriu medicações de diferentes tipos segundo o que foi relatado, ele pode apresentar um quadro sindrômico misto. No meu entender pode ser uma síndrome mais serotoninérgica, pelo uso da fluoxetina, que é um inibidor da recaptção da serotonina, isso explica os sintomas que o paciente está apresentando como o estado de confusão, agitação, taquicardia, tremor, hiperreflexia e hipertonia, sudorese, rigidez, entre outros. E o segundo seria a síndrome hipnótico-sedativa, com sintomatologia de rebaixamento do nível de consciência, pupilas variáveis, bradicardia e depressão respiratória, pelo uso do diazepam.

Assim, antes de chegar no tratamento, a literatura oferece passos a serem realizados para o devido atendimento e do lado colocoarei a comparação do que sim foi feito;

<p>1. Monitorização: PA, oximetria e cardioscopia em sala de emergência</p>	<p>Apenas o paciente chegou na sala de emergência, foi realizada a monitorização dele, que evidenciou hipotensão, e taquicardia, com níveis de saturação normais.</p>
<p>2. Punção de acessos venosos periféricos calibrosos</p>	<p>Após a devida medicação do paciente, a enfermeira realizou uma punção venosa periférica para coletar exames e realizar expansão volêmica.</p>
<p>3. Avaliação de vias aéreas: se ausência de perviedade ou sinais de obstrução iminente (rouquidão, lesão de inalação),</p>	<p>O paciente chegou no nosocômio com uma cânula de guedel instalada, sem aparente sinais de obstrução ou lesão. E sem aparente</p>

<p>proceder à via aérea definitiva (intubação orotraqueal)</p>	<p>esforço respiratório, pelo qual não foi intubado no instante.</p>
<p>4. Avaliação da respiração: se presença de hipoxemia,</p>	<p>O paciente estava eupneico em ar ambiente, saturando em níveis normais. E sem sinais de esforço respiratório ou cianose.</p>
<p>5. Avaliação cardiovascular: se hipotensão, realizar expansão volêmica com 10-20mL kg de solução de cristalóide; se hipotensão refratária, adicionar droga vasopressora de modo precoce; com efeito inotrópico associado se disfunção miocárdica</p>	<p>Foi realizado expansão com 1 litro de soro fisiológico, em primeira instância. Sendo que ele respondeu bem a esta primeira medida.</p>
<p>6. Avaliação do nível de consciência: avaliar capacidade de proteção das vias aéreas</p>	<p>Paciente com glasgow de 8, responsivo a estímulos de dor, sonolento, e o médico decidiu que ele não precisava de via aérea permanente devido a que o paciente apesar de estar sonolento, respondia muito bem aos estímulos dos profissionais.</p>
<p>7. Exposição total do paciente</p>	<p>Durante a preparação dos elementos necessários para a realização da lavagem gástrica, o paciente foi desvestido e colocado em contenção mecânica.</p>
<p>8. Realizar medidas de descontaminação, se tempo hábil</p>	<p>Foi retirada a cânula de guedel, e realizada a avaliação bucal do paciente, caso ainda estava com medicação.</p>

9. Solicitar exames laboratoriais	Foram solicitados exames gerais de admissão; hemograma, leucograma, plaquetas, PCR e exame de urina.
10. Solicitação de eletrocardiograma (ECG)	Não tinha sido realizado.

VELASCO, *et al*, (2019), indica que um exame toxicológico pode ser feito, com o resultado saindo em até 2 horas, porém no caso apresentado isso não foi solicitado. Ele é feito geralmente em casos graves e onde não existe esclarecimento sobre qual é o causador da intoxicação exógena.

3.3. TRATAMENTO

Como já foi visualizado no caso, foi realizado uma lavagem gástrica no paciente com carvão ativado, por uma sonda nasogástrica. Velasco et al (2019) afirma que este método não é inócuo, e tem o potencial de ter complicações importantes (broncoaspiração, laringoespasma, hipotermia, lesão mecânica). Existe divergência sobre a real efetividade da realização da lavagem gástrica e preocupação com suas complicações; no entanto, permanece indicada nos manuais de toxicologia brasileiros.

Importante lembrar que os principais beneficiários desse método são os pacientes que tiveram a exposição de até 1 a 2 horas. Não foi possível definir o horário no caso. Ele é contraindicado na ingestão de cáusticos e solventes, sangramentos, risco de perfuração intestinal, via aérea não protegida, instabilidade hemodinâmica e presença de antídoto para o tóxico. A literatura antiga recomendava antes, a indução de emese como forma de expelir o tóxico. Sendo que já não é mais realizado, devido às possíveis complicações.

Para realização da lavagem gástrica, é recomendado o uso de 50 gramas de carvão ativado para a lavagem gástrica e após isso 25 gramas de 2/2 horas, ou 50 gramas por 4/4 horas por 12 a 24 horas. Não foi contabilizado quanto de carvão foi utilizado no paciente, nem colocado um horário fixo para a repetição do procedimento.

3.4 CRÍTICAS

Em conclusão o caso acompanhado, segue em sua maior parte os guidelines usados de forma geral. Pela experiência, eu observei que a enfermeira chefe era quem realmente estava em cima dos passos que eram necessários realizar. A principal falha no meu parecer foi o não estabelecimento de quanto realmente o paciente tinha ingerido, e se ele era o não usuário de drogas, esta dúvida teria sido solvida se o paciente estava acompanhado por algum familiar, porém ele estava sozinho, ou em outro caso, se os socorristas teriam feito uma anamnese mais detalhada, porém objetiva. Como o paciente já é trazido para o nosocômio com um atendimento pré-hospitalar, fica nebuloso saber realmente qual era a situação inicial do paciente, porque muitas vezes mesmo o histórico trazido pelo SAMU, fica difícil criar uma história completa se o paciente está sem acompanhantes, e fica até contraditório às vezes, como no caso, que foi relatado pelos familiares que o paciente não era usuário, porém pela quantidade estimada de ingestão de medicamentos, e como o paciente mesmo deste jeito ele estava responsivo, isto é sugestivo de uso de drogas.

Porém, devido a delicada situação eu entendo porque informações como essa podem ser até perdidas.

Em linhas gerais, o protocolo a seguir é o mesmo, com a principal diferença que na hora de usar o carvão ativado, não foi programado como seria o tratamento após a primeira lavagem, nem quanto deveria de ser voltado a usar para continuar como terapia de resgate. Infelizmente, após este dia, não cheguei a saber o que aconteceu com o paciente, e nem como foi o tratamento dele especificamente após este primeiro encontro. No meu parecer, após de pelo menos uns dias de mantê-lo em observação, ele deveria ser indicado a acompanhamento psiquiátrico, ou internação psiquiátrica até chegar a uma estabilidade emocional para ele.

4. CASO 2

Resumo do caso: Paciente masculino, 81 anos, hipertenso, diabético, tabagista de longa data, trazido pelo SAMU ao PS respiratório, iniciou com sintomas de insuficiência respiratória há 1 semana, com piora do quadro, apresentando desconforto respiratório, dispnéia aos pequenos esforços, inapetência e confusão mental.

I.D: V,P,. 81 anos, masculino, branco, viúvo, natural de Foz do Iguaçu.

Q.P: “falta de ar”

HDA: Paciente trazido por SAMU, sendo acionado por familiares, que relatam que paciente iniciou com quadro de dispnéia aos pequenos esforços (principalmente ao tentar falar), cianose e piora da confusão mental há 7 dias. Relatam que paciente tem tosse crônica devido a ser tabagista, porém começou com tosse produtiva há 3 dias. Fez uso de inalação com soro em casa, com leve melhora. Nega contato com casos suspeitos ou positivos.

HPP: Ex - Tabagista (fuma por 60 anos, parou há 10 anos, fumava 2 carteiras por dia), ex-etilista (bebeu por 60 anos, parou há 10 anos, principalmente cachaça), hipertenso em acompanhamento, familiar refere um AVC em 2018 que deixou ele sequelado em uso de cadeira de rodas). Última internação há 2 meses, onde paciente foi dado de alta completamente dependente de cuidados familiares, em alimentação por gastrostomia. Nega outras doenças crônicas, nega alergia medicamentosa.

Medicações de uso domiciliar:

- Losartana 50 mg, 1 cp cada 12 horas
- Hidroclorotiazida 25mg, 1 cp de manhã
- AAS, após o almoço, uma vez ao dia
- Fluoxetina 20mg, 1 cp nas manhãs.

Exame Físico

SSVV: PA: 90x50 FR: 27 FC: 84 SatO₂: 85% T: 36,5

MEG, agitado, confuso, anictérico, acianótico, afebril, desidratado 2+/4+, taquipneico em uso de máscara de venturi em 13L/min, TREC >3s.

ACV: Bulhas hipofonéticas em 2 tempos, sem sopros.

AP: MV diminuído em hemitórax esquerdo, e sinais de esforço respiratório.

ABD: flácido, RHA +, fácies de dor na palpação superficial ou profunda no hipogastrio, sem massas ou visceromegalias palpáveis. Sem sinais de peritonismo.

MMII: Sinal de cacifo positivo, +/4+. Extremidades frias, e mal perfundidas. LPP grau II em ambos calcâneos.

Neuro: pupilas isocóricas e fotorreagentes. ECG 12 (O4V2M6, BASAL?)

#Conduta:

Realizado Intubação de sequência rápida

Solicito Exames laboratoriais de admissão

Solicito rx de tórax e Tc de tórax sem contraste

Solicitar gasometria

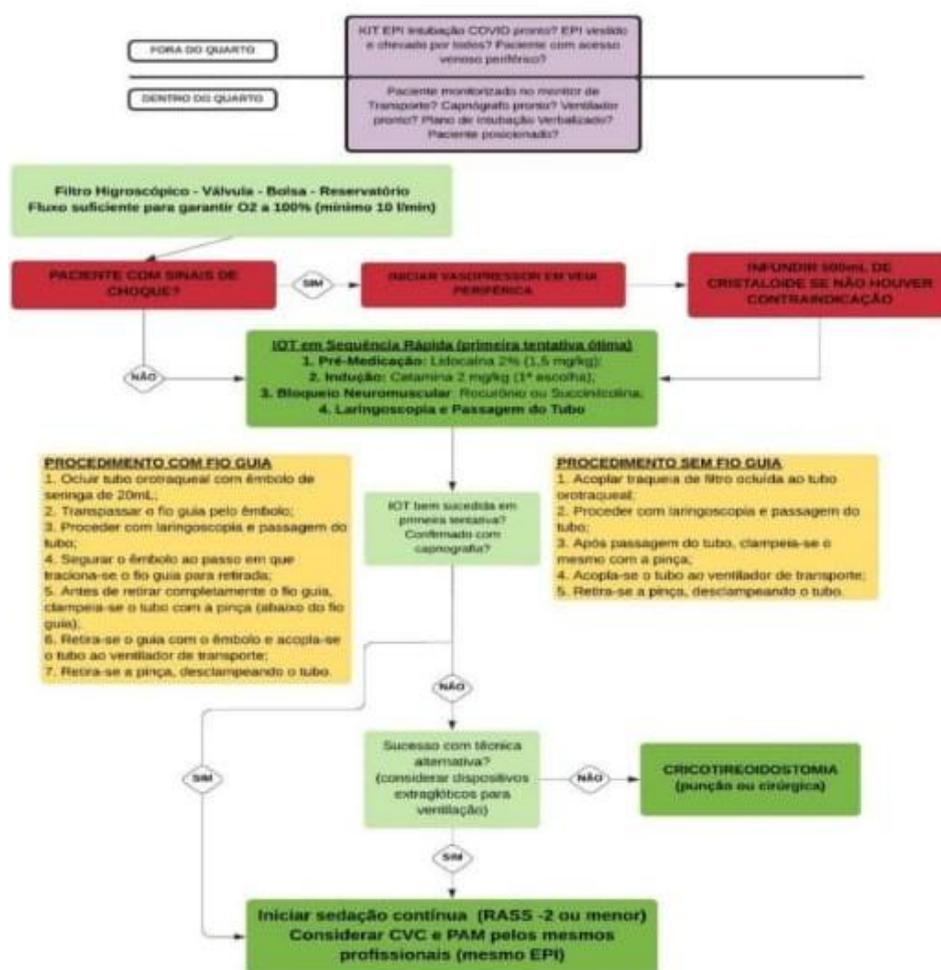
Reavaliar após - Prognóstico reservado

4.1 INTUBAÇÃO E REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR

Neste caso, o primeiro procedimento a ser realizado foi a intubação de sequência rápida. Pelo paciente ser caso suspeito de COVID, ele deveria seguir o protocolo de intubação de casos suspeitos do novo vírus. Assim, neste ponto, o devido manejo deveria ter sido o seguinte:

ANEXO 1

FLUXOGRAMA SRI PRA IOT DO PACIENTE SUSPEITO OU CONFIRMADO PARA COVID-19



Fluxograma: SECIH - HMPGL

Como demonstrado no fluxograma, o paciente com suspeita de COVID, ou confirmado, que esteja internado no HMPGL, somente tem uma oportunidade de ser intubado, e após isso, no caso de falha, ele imediatamente é colocado em uma máscara

laríngea, e depois disso é feita uma via de ventilação definitiva. O paciente exemplificado no caso, foi realizado exatamente tudo como estava escrito no protocolo, porém por de fatores que fizeram difícil a intubação, (mallampati IV, epiglote anteriorizada) ele dessaturou, e acabou entrando em parada cardiorrespiratória a causa da hipóxia.

4.2 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

Em pacientes críticos a intubação orotraqueal é considerada como um dos principais procedimentos potencialmente salvadores de vida. Sua principal indicação é em situações nas quais haja prejuízo na manutenção da permeabilidade das vias aéreas. Inúmeros fatores devem ser considerados no momento de decidir sobre a possível realização de uma intubação orotraqueal. Desde os critérios de intubação até as possíveis complicações e sequelas, sendo que eles podem ser; intubação esofágica (que pode levar à hipoxemia, hipercapnia e morte; intubação seletiva, resultando em atelectasia do pulmão não-ventilado ou barotrauma; trauma de vias aéreas superiores; da coluna cervical; dos dentes; arritmias cardíacas; entre outros. (YAMANAKA, et al, 2010)

Neste caso, por ser suspeito de COVID, existem alguns pontos que devem ser considerados de maior importância durante o procedimento. Como a principal diferença é que paciente suspeitos e confirmados não é utilizado o ambu, para a oxigenação, o que deixa este procedimento mais complicado e efetivamente deve ser realizado pela pessoa mais experiente do local, a causa de que não existe muita margem para aguardar ou para algum tipo de erro. Pois este tempo é crucial em este paciente que não tem o privilégio de ficar aguardando como até é possível fazer em outros pacientes. Devido às peculiaridades deste tempo pelo qual estamos passando, os novos protocolos exigem algumas particularidades a serem lembradas neste momento.

Neste tópico, os critérios para estabelecer uma via aérea definitiva são baseadas em achados clínicos e incluem:

- Incapacidade de manter uma via aérea pérvia , com vias aéreas iminentes ou potencialmente comprometidas (por exemplo, após lesão por inalação, fraturas faciais ou hematoma retrofaríngeo)
- Incapacidade de manter a oxigenação adequada por suplementação de oxigênio com máscara facial, ou o presença de apnéia
- Rebaixamento do nível de consciência ou combatividade resultante de hipoperfusão cerebral

- Rebaixamento do nível de consciência indicando a presença de um traumatismo craniano e necessidade de ventilação assistida (Pontuação da Escala de Coma de Glasgow [ECG] de 8 ou menos),
- atividade convulsiva sustentada e a necessidade de proteger as vias aéreas inferiores da aspiração de sangue ou vômito.

(ATLS, 2018)

No caso apresentado, o paciente não conseguia manter a saturação por máscara , e apresentava necessidade de proteção das vias aéreas.

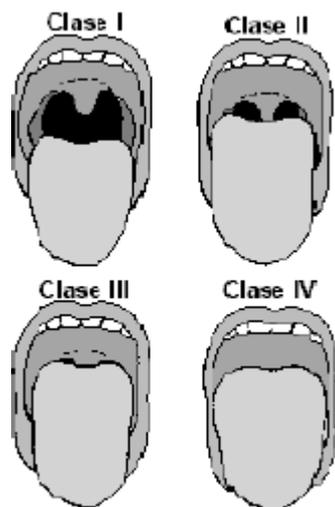
Dentre os fatores do paciente, existem sinais clínicos óbvios que predizem a dificuldade da intubação traqueal, particularmente malformações, tumores e traumas faciais. Na tentativa de predizer a dificuldade de realizar a intubação, foram criados alguns escores em adultos. (MATSUMOTO e CARVALHO, 2007).

Para a avaliação da intubação difícil, existe o mnemônico LEMON; que significa o seguinte;

- **Look externally:** avaliação externa e subjetiva de possíveis alterações anatômicas, como sangramento, obesidade entre outros.
- **Evaluate:** avaliação 3-3-2. Abertura oral que corresponde a 3 dedos, distância mento-hióide de 3 dedos e hiotireoide de 2 dedos, sempre levando em conta o dedo do paciente e não o do examinador.
- **Mallampati:** abertura oral, tamanho da língua do paciente e tamanho da orofaringe. Dividido em quatro graus.
- **Obstruction:** são os indicadores de obstrução da via aérea: voz abafada, estridor, dispneia e salivação excessiva.
- **Neck mobility:** informa sobre a mobilização cervical. Pacientes que já tenham algum tipo de restrição, seja extrínseca (colar cervical) ou intrínseca (doenças reumáticas) apresentam mais dificuldade no que diz respeito à laringoscopia direta.

(VELASCO, et al, 2019)

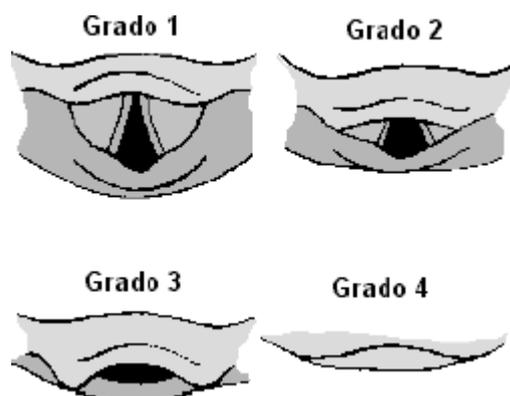
Nesta imagem, é visível como é o mallampati grau IV, como o que tinha o paciente do caso, que o faz uma intubação difícil.



Fonte: anestesia.org.ar

Outra escala, descrita em pacientes obstétricos por Cormack & Lehane em 1984, é baseada na visualização da região glótica através da laringoscopia direta de acordo com as estruturas visíveis (glote, aritenóides e epiglote): I - visão total da glote; II - visão parcial da glote e aritenóides; III - somente a glote visível; IV - nem a glote nem a epiglote visíveis. Pacientes com grau III e IV apresentam maiores riscos de intubação difícil. (MATSUMOTO e CARVALHO, 2007).

Na seguinte imagem, está ilustrada a escala de Cormack e Lehane, utilizada também na descrição de dificuldade na intubação.



Fonte: anestesia.org.ar

A sequência rápida de intubação é a mais utilizada em salas de emergência, como o fluxograma de intubação COVID já exemplificado lá acima, o paciente que vai ser intubado em sequência rápida segue uma ordem padronizada de eventos a serem realizados. O inicial sendo a pré-oxigenação no máximo possível, para que seja possível ter um maior

tempo de apneia após a indução. Isto é realizado antes da indução, sendo o recomendado no mínimo 3 minutos.

VELASCO, et al, (2019) preconiza dois tipos de pré-oxigenação na sequência rápida, a bolsa-válvula-máscara, com reservatório, ligada a fluxômetro de oxigênio a 15 litros por minuto e a Máscara não reinalante, com reservatório, ligada a fluxômetro de oxigênio completamente aberto.

IMPORTANTE: Sempre antes de realizar a intubação, é necessário corrigir possíveis causadores de complicações.

MATSUMOTO e CARVALHO, (2007), ressaltam que a intubação segue a seguinte linha; depois de um período de oxigenação a 100%, de um sedativo de ação rápida e curta, seguida por um bloqueador neuromuscular com as mesmas características. E finalmente o posicionamento adequado do paciente (elevar a cabeça do paciente, em posição do farejador) é fundamental para uma intubação bem sucedida.

No caso, por exemplo, devido a dificuldade durante a intubação, mesmo o paciente sendo ventilado, ele continuou com a dessaturação, eventualmente levando ele a um quadro mais pronunciado de hipóxia, o que o levou para uma parada cardiorrespiratória.

Enquanto a medicação, no HMPGL, a escolha dele depende do médico, como hipnóticos, geralmente são utilizados midazolam, propofol e como neuro bloqueador, succinilcolina, ou rocurônio.

Existe uma leve divergência enquanto a cálculo das medicações na literatura, para a realização da intubação, porém todos eles seguem mais ou menos o seguinte quadro sendo este que é seguido em nosso nosocômio;

- 5.1.1.2 - Indução:
 - 5.1.1.2.1 - Cetamina 50mg/mL (02mL) - 02 unidades;
 - 5.1.1.2.2 - Etomidato 2mg/mL (10mL) - 02 unidades;
 - 5.1.1.2.3 - Propofol 10mg/mL (20mL) - 02 unidades;
 - 5.1.1.2.4 - Midazolam 5mg/mL (03mL) - 01 unidade;
- 5.1.1.3 - Bloqueador Neuromuscular:
 - 5.1.1.3.1 - Succinilcolina 100mg – 02 unidades;
 - 5.1.1.3.2 - Rocurônio 10mg/mL (5mL) - 03 unidades;
- 5.1.1.4 - Outras Drogas:
 - 5.1.1.4.1 - Epinefrina 1:1000 – 04 unidades;
 - 5.1.1.4.2 - Solução NaCl 0,9% (500mL) - 04 unidades;

Fonte: HMPGL - SECIH

O procedimento para a intubação do paciente foi feito seguindo o protocolo de cuidados com pacientes suspeitos ou confirmados de COVID, sendo que quando a intubação falhou, passou a usar uma máscara laríngea, porém ele acabou entrando em PCR.

4.3 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

A parada cardiorrespiratória, e a cessação de atividades do coração, da circulação e da respiração, reconhecida pela ausência de pulso ou sinais de circulação, estando o paciente inconsciente. O principal procedimento para a reversão desta situação, é a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) que refere-se à tentativas de recuperar a circulação espontânea, sendo sua aplicação universal (o que independe da causa base da PCR), com atualizações protocolares sistemáticas. (SILVA, et al, 2020).

Em uma situação de PCR, um mnemônico pode ser utilizado para descrever os passos simplificados do atendimento: o "CABD primário". O "C" corresponde a Checar responsividade e respiração da vítima, Chamar por ajuda, Checar o pulso da vítima, Compressões (30 compressões), Abertura das vias aéreas, Boa ventilação (2 ventilações), Desfibrilação. (GONZALEZ, et al, 2013).

Em qualquer caso de parada cardiorrespiratória, em salas de urgência, o principal é estar na mesma página com a equipe, pois no caso visto, a equipe era muito estável enquanto ao que cada pessoa devia de fazer no momento. Pois no mesmo local, já tive a chance de ver o mesmo processo ser realizado sem obter o mesmo resultado, pois a equipe não estava preparada, e eles deixaram a inexperiência sobrepassar o momento, e não foi obtido um resultado favorável.

Em todo caso, o segundo momento mais importante é checar se o ritmo do paciente é chocável ou não.

- Se for ritmos FV-TV (Fibrilação ventricular /Taquicardia ventricular): Os ritmos passíveis de choque.
- Se for ritmo em AESP (atividade elétrica sem pulso): e a ausência de pulso palpável quando existe atividade elétrica cardíaca organizada e abrange numerosas causas. Ele não é chocável, e precisa que seja iniciado medicação em conjunto com as compressões.
- Se for ritmo em assistolia: a ausência de qualquer ritmo. Não é chocável, inicia medicação.

No caso descrito, foram realizados 8 ciclos de 30 compressões, sem ventilação por AMBU, pois o paciente estava com máscara laríngea. Sendo controlado os ciclos a cada 2 minutos.

Enquanto a medicação, no protocolo na maior parte de salas de emergências, é preconizado o uso de adrenalina. A dose recomendada pela AHA é de 1 mg, em bolus, com flush de SF, 20 ml 0,9%, endovenoso, a cada 2 minutos, ou seja, pode ser usada a cada 3 a 5 minutos ou em 2 ciclos de 30:2 compressões. Logo novamente checar se o ritmo é chocável, sendo intercalado o uso com amiodarona em bolus, que deve ser utilizada primeiramente 300 mg, e na segunda dose 150mg, caso for necessário. Elas não devem ser dadas no mesmo ciclo, e o ideal seria ficar revezando entre uma medicação e outra.

No caso apresentado, como foram realizados 9 ciclos de reanimação, foram usados 2 ampolas de adrenalina e 2 de amiodarona.

O PCR, pode ser dividido em três momentos;

Fase elétrica	Fase hemodinâmica	Fase metabólica
É o período inicial da parada cardiorrespiratória, os primeiros 4 a 5 minutos.	São 4 a 10 minutos após PCR. Essa fase representa a depleção dos substratos para um adequado metabolismo.	Após os 10 minutos de PCR. Existe acidose e Disfunção celular grave. O tratamento de

Aqui, desfibrilação imediata (se possível) e RCP de alta qualidade aumenta a sobrevivência dos pacientes nessa fase.	Assim, a desfibrilação e a RCP de alta qualidade ainda são medidas críticas nos pacientes dessa fase.	pacientes Nessa fase é primariamente baseado em cuidados pós-parada cardíaca. Se não ocorrer o retorno da circulação espontânea, as chances de sobrevivência são bastante baixas.
--	---	---

(VELASCO, et al, 2019).

Durante todo o processo de iniciar medicação, realizar compressões, deve-se pensar nas causas reversíveis do quadro.

4.5 CAUSAS DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

A literatura médica conseguiu simplificar hoje quais são as causas reversíveis que causem uma parada, com a regra dos 5 H e 5 T, ilustrado na imagem;

Quadro 5 – Regra dos 5 "H"s e 5 "T"s

5 "H"s	5 "T"s
Hipovolemia	Tensão no tórax (pneumotórax)
Hipóxia	Tamponamento cardíaco
Hipocalemia (ou hipercalemia)	Tóxicos (drogas)
Hidrogênio (acidose)	Trombose pulmonar (embolia pulmonar)
Hipotermia	Trombose coronária

(GONZALEZ, et al, 2020).

Estes mnemônicos devem estar presente durante a parada cardiorrespiratória, para a sua possível solução, como por exemplo no caso descrito o paciente entrou em estado de hipóxia, o que podia ser revertido com uma boa ventilação, porém devido ao PCR, era difícil solucionar a causa que desencadeou os eventos.

Eventualmente, durante a mesma noite, o paciente entrou novamente em estado de hipóxia, mesmo após a intubação correta, o que levou a um novo PCR, que finalmente o levou a óbito. Após umas horas saiu o resultado do RT-PCR de COVID, como negativo.

4.6 CRÍTICAS

Pelo caso do paciente já estar hiposaturando ao chegar, ele provavelmente deveria ter sido mobilizado para o PS respiratório muito antes do que ele realmente foi. O SAMU que trouxe ele, fez certo ao seguir o fluxo pelo quadro respiratório que ele apresentava. Porém, de ter sido em qualquer outro momento (sem pandemia), ele já podia ter sido intubado antes da chegada dele no hospital, para assim ir direto a UTI, para ajudar a combater o mal que o atormentava.

Estranhamente, durante os dias que passei pelo PS respiratório, aconteceu o mesmo evento, em dois pacientes diferentes. Em um deles, foi visível como a falta de experiência, levou a um desembrulho fatal, porém no caso descrito, devido a ter seguido o protocolo corretamente, foi possível ter um resultado favorável, mesmo que tenha sido momentaneamente. É uma situação muito difícil, em pacientes já complicados, o que desde o início deixa um caminho tortuoso a ser atravessado. Neste caso, posso falar com segurança, foi feito realmente o que podia ser feito, no final, espero que ele esteja finalmente descansando e em paz após esta batalha.

5. CASO 3

Resumo do caso: Paciente masculino, adolescente, 15 anos, procedente do Paraguai, acompanhado pelo pai que refere início de quadro de hemiparesia direita de início a uma semana, acompanhado de cefaléia intensa, e perda de peso. Na atualidade o paciente apresenta quadro de confusão mental e sonolência.

I.D: R.M. 15 anos, masculino, procedente do Paraguai.

Q.P: “confusão”

HDA: Paciente encaminhado pela UPA Walter, trazido pelo Samu, acompanhado do pai, morador no Paraguai relata hemiparesia direita de início há 1 semana, acompanhado de alteração na fala (disartria?), sonolento, hipoativo, com períodos de confusão mental, cefaléia intensa de início há 20 dias, sem melhora no uso de medicação (dipirona, paracetamol) e relata perda de peso de quase 20 kg nos últimos 2 meses. Nega sintomas gripais, nega contato com caso suspeito ou confirmado. Nega alterações na urina e nas evacuações.

HPP: Nega doenças crônicas. Nega alergia medicamentosa.

H.F: A mãe faleceu quando o adolescente era criança, em um acidente de trabalho no Paraguai. Irmãos maiores sem doenças a mencionar.

Exame Físico

SSVV: T: 36,5 C PA: 160x90 FC:62 FR: 22 HGT:84

REG, reativo, calmo, consciente, desorientado, abertura ocular espontânea, afebril, hipocorada (2+/4+), desidratado (2+/4+), emagrecido, anictérico, acianótico, eupneico em AA. TREC <3s.

ACV: BNF2T, sem sopros

AP: MV+, sem RA.

ABD: flácido, RHA +, depressível, sem sinais de defesa, sem dor na palpação superficial ou profunda, sem massas ou visceromegalias palpáveis.

MMII: sem edemas, panturrilhas livres.

Neuro: Glasgow 14 (O4V4M6). Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Apresenta rigidez de nuca e fotofobia.

HD: Meningite? / Rebaixamento do nível de consciência A/E

Conduta

Realizar exames laboratoriais de admissão

Solicitar Rx de Tórax e TC de crânio sem contraste

Manter em monitorização

Em caso de queda de ECG, intubar

5.1 REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

O rebaixamento do nível de consciência é uma situação muito frequente na sala de emergência, sendo essencial o conhecimento do manejo adequado. Trata-se de uma situação de emergência que exige medidas empíricas imediatas no intuito de reduzir a mortalidade neuronal com adicional proteção à zona de penumbra. (DAMIANI, 2016)

Como a literatura indica, muitas vezes o fator etiológico do rebaixamento do nível de consciência fica difícil de identificar, o que dificulta o esclarecimento sobre a conduta correta, devido a isto existe uma série de elementos que devem ser analisados no momento de definir a conduta correta.

O primeiro ponto a ser analisado no caso, é a utilização da escala de coma glasgow na sala de emergência.

O escore da ECG é uma das variáveis que têm sido exaustivamente estudadas para estimar o prognóstico de vítimas de traumas a médio e longo prazos. Resultados de pesquisas indicam que, entre os diversos instrumentos e variáveis estudados para indicar prognóstico de pacientes com lesões encefálicas, a ECG destaca-se para estimar a evolução dessas vítimas. (SETTERVALL e SOUSA, 2012)

A escala foi elaborada inicialmente para a avaliação aguda de pacientes com trauma de crânio, tendo validação científica para gravidade e prognóstico para esse fim. Em virtude da facilidade de sua utilização, é comumente aplicada em diversas outras situações, como acidente vascular cerebral. (VELASCO, et al, 2019).

DAMIANI (2016) afirma que os primeiros 60 minutos são fundamentais para o paciente neurológico, e raras são às vezes em que há disponível um neurologista e/ou neurocirurgião no setor de emergência nesse período de tempo. Sendo neste ponto focal a importância da escala de coma de Glasgow em uma sala de emergência.

A escala de coma de Glasgow assim avalia principalmente 3 pontos, a resposta ocular, a resposta verbal e a resposta motora, o que em total equivale a uma conjunto de 15 pontos.

Abertura ocular

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Olhos abertos previamente à estimulação	✓	Espontânea	4
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	✓	Ao Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	✓	À pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Olhos fechados devido a factor local	✓	Não testável	NT

Resposta Verbal

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	✓	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	✓	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	✓	Palavras	3
Apenas gemidos	✓	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Factor que interfere com a comunicação	✓	Não testável	NT

Melhor Resposta Motora

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Cumprimento de ordens com 2 ações	✓	A ordens	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço	✓	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	✓	Flexão normal	4
Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	✓	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	✓	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	✓	Não testável	NT

Fonte: NHS / glasgowcomascale.org/

No caso descrito o paciente estava com um resultado na escala de coma de Glasgow de 14, sendo que a abertura ocular era espontânea, o que o deixa com a pontuação de abertura ocular total, a resposta verbal era confusa pois o paciente não sabia identificar o local onde ele estava, muitas vezes falando que estava em casa, mesmo após que foi explicado para ele que estava no HMPGL, o que o deixa com um escore de 5, 1 ponto a menos do que seria o total, e a totalidade total da resposta motora mantendo-se intacta, com o total de 6. O que coloca o paciente em um glasgow inicial de 14.

Asi o seguinte ponto a ressaltar seriam as causas que podem levar a um rebaixamento de consciência;

Trauma cranioencefálico;	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lesão penetrante 2. Contusão ou hemorragia 3. hematoma epidural ou subdural 4. lesão axonal difusa com edema cerebral
Vasculares ou estruturais;	<ol style="list-style-type: none"> 1. AVC isquémico e hemorrágico 2. Hemorragia subaracnóidea,

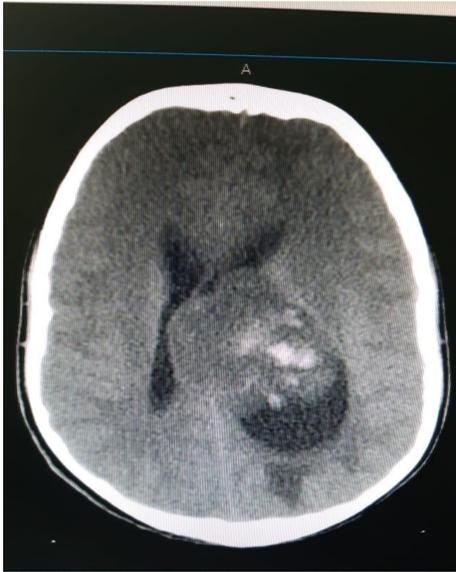
	<p>subdural ou epidural.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Tumores com desvio da linha média 4. hidrocefalia 5. Tumores da fossa posterior 6. Trombose do seio venoso central
Infecções;	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sepses ou choque 2. Malária cerebral 3. Meningites 4. Encefalites 5. Abscessos 6. Outras infecções que acometem o tronco
Epiléticas;	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estado epilético convulsivo 2. Estado epilético não convulsivo
Metabólicas, endócrinas ou sistêmicas;	<ol style="list-style-type: none"> 1. Choque de qualquer etiologia 2. Apoplexia hipofisária 3. Hipoglicemia ou hiperglicemia 4. Formas graves de hipotireoidismo ou hipertireoidismo 5. Hipoxemia e/ou hiperapnia 6. Uremia 7. Encefalopatia hepática 8. Hipercalcemia 9. Encefalopatia hipertensiva 10. Hiponatremia ou hipernatremia 11. Eclâmpsia 12. Insuficiência adrenal aguda (crise) 13. Púrpura trombocitopênica trombótica 14. Porfíria
Intoxicações agudas;	<ol style="list-style-type: none"> 1. Álcoois tóxicos: metanol, etilenoglicol e paraldeído 2. Cianeto 3. Cocaína, anfetaminas e derivados 4. Anticolinérgicos 5. Etanol 6. Anticonvulsivantes 7. Lítio 8. Antidepressivos tricíclicos ou inibidores da MAO II, serotoninérgicos

	<ol style="list-style-type: none"> 9. LSD 10. Monóxido de carbono 11. Anti-histamínicos 12. Opioides: morfina, heroína 13. Antipsicóticos 14. Organofosforados e carbamatos 15. Benzodiazepínicos, barbitúricos 16. Salicilatos 17. Teofilina e aminofilina
Outras;	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vasculites do SNC 2. Hipotermias 3. Síndromes hipertérmicas 4. Encefalomielite disseminada aguda

(VELASCO, et al, 2019)

No caso descrito, o paciente não apresentava história de ter sofrido algum tipo de trauma, o que em um princípio pode afastar traumas cranioencefálicos como possível causa. Na admissão não tinha sido interrogado sobre o histórico familiar e de possível relação com tumores. Deste jeito também, em princípio o adolescente do caso não apresentava nenhuma doença crônica que poderia ter ficado agudizada, ou uso conhecido de alguma substância, após a monitorização inicial, os sinais vitais deles apesar da pressão arterial elevada, estavam hemodinamicamente estável. Pelo quadro de decaimento e rebaixamento que ele apresentou foi solicitado uma tomografia de crânio pois isto servirá para dar um esclarecimento sobre o que pode estar causando este quadro, ou até indicar o que pode não ser.

A tomografia de crânio revelou o seguinte;



Fonte: HMPGL

O laudo da tomografia apresentava o seguinte; Lesão expansiva, heterogênea, com áreas de sangramento no seu interior é observada no centrada às porções mediais do ventrículo lateral esquerdo, próxima ao septo pelúcido, medindo 5 x 6 cm, determinando compressão do III ventrículo, compatível com neoplasia primária, a hipótese de neurocitoma central pode ser considerada. Importante dilatação do corno posterior do ventrículo lateral esquerdo e do corno temporal do ventrículo lateral esquerdo. Presença de sangue no corno posterior do ventrículo lateral esquerdo. Hipodensidade da substância branca periventricular adjacente ao corno posterior do ventrículo lateral esquerdo. (LAUDO - HMPGL)

Como descrito, a lesão que estava causando o rebaixamento do nível de consciência era um tumor de um tamanho importante, causando um desvio de linha média, com sangramento visto no interior dela.

Outro ponto a ser levado a consideração é o paciente estar com claros sinais de hipertensão intracraniana como; a tríade de Cushing, caracterizada por bradicardia, bradipnéia e hipertensão arterial. Em muitos casos o quadro clínico depende da velocidade de instalação da hipertensão e da capacidade de acomodação do volume intracraniano dentro da calota craniana. Em crianças ou adolescentes pode estar como achado cefaléia, vômitos, diplopia, cegueira episódica e movimentos desconjugados intermitentes. (GIUGNO, 2003)

Durante a admissão o paciente apresentava hipertensão arterial, cefaléia, e alguns episódios de bradicardia. Estes sintomas podem ser considerados como o quadro clínico de um paciente com hipertensão intracraniana.

O paciente evoluiu no caso com queda rápida na escala de coma de Glasgow (chegando a 9, durante o período de uma manhã), precisando de intubação orotraqueal de sequência rápida (como já discutido anteriormente, devido a necessidade de proteção das vias aéreas, e o rebaixamento do nível de consciência) , e logo após para uma cirurgia de emergência de craniotomia descompressiva, para depois ser encaminhado para o setor de oncologia.

5.2 CRÍTICAS

Os casos que apresentam-se com rebaixamento do nível de consciência têm o potencial de evoluir a óbito muito rápido, caso não sejam realizadas as medidas corretas no tempo específico. Minha maior crítica seria o período de tempo que foi esperado para proteger as vias aéreas do paciente, pois mesmo após os médicos observarem como ele começava a deteriorar no nível neurológico, foi esperado até o último momento para realizar a intubação. Tanto que devido a este ponto, o paciente foi imediatamente ao centro cirúrgico devido à iminente possibilidade de herniação. No meu parecer, no caso de tudo isto ser realizado com efetividade no tempo, ele poderia não ter piorado tão rápido, e até isto podia ter comprado um pouco de tempo para ele, para seguir as condutas indicadas, para poder levar a doença dele da melhor maneira possível.

Neste ponto, acho que a principal ação é ser muito objetivo e efetivo em casos de rebaixamento do nível de consciência. Acho que no entanto ao restante dos procedimentos, monitorizações, tudo foi feito que estava ao alcance do local, que era no PS respiratório.

Acompanhei este garoto até que ele foi para o centro cirúrgico, fui eu que expliquei ao pai da maneira mais simples que eu podia, como seria os seguintes momentos da vida dele. Foi a mim que o pai dele falou que acreditava que tudo iria dar certo, mesmo quando os médicos davam as costas para falar que devido ao caso do paciente, não tinha muito mais para fazer. Fiquei pensando nesse menino até agora. Fiquei muito triste de ver como os médicos falavam sobre o quadro dele. Espero que tenha conseguido chegar até a oncologia, espero que o pai tenha o apoio que precisa. Espero que no futuro no caso de isto acontecer com alguém querido a mim, alguém tenha a decência de lutar por ele até o final. Espero que ele consiga sair desta.

6. COMO SOBREVIVIR UMA PANDEMIA EM 10 SIMPLES PASSOS

Será que alguma vez alguém levantou um dia da cama, e pensou; “Eu gostaria muito de ter experimentado a pandemia do H1N1, ou a peste negra?” Duvido muito, porém existe todo tipo de pessoas neste planeta. E no caso de que algum filho de Deus já tenha pensado nisso antes, oriento-os a procurar ajuda, seja religiosa, psicológica ou até procurar um hobby. Ou adotar um cachorrinho. Não sei, não me acho qualificada mesmo assim para falar qual seria a melhor solução para eles.

Ser estudante de medicina durante uma pandemia, é uma experiência que não muita gente vai poder colocar no currículo. Nem eu não saberia também como colocar (Formação; COVID-19? Especialização; Pandemia?). Desculpe os constantes questionamentos que você pode achar neste texto, já estou com muito meses de sono atrasado, e estou chegando a achar que já não vou recuperar ele nunca mais.

Porém, em fim, resumindo em 10 simples passos como você também pode sobreviver ao COVID:

1. Histórico de atletismo não funciona como vacina em contra de um novo vírus;
2. Muito igual a como o alho protege contra os vampiros; hidroxiclороquina contra COVID-19 é mais uma história de ficção;
3. Uma pandemia global, NÃO é um elaborado plano para tirar ninguém do poder (aunque deveria ser)
4. Mantenha seus familiares perto de você; (não literalmente, mediante ligações, videochamadas, e áudios, você ainda pode ser portador do vírus, fique longe da vovo);
5. Estudos demonstram que a cerveja corona não tem relação com o vírus do corona, então pode continuar com o seu uso (em moderação);
6. Em relação ao item de acima, alcohol e pra usar na mão também;
7. Use máscara e proteja sua família, (se não vai usar por você);
8. Lembre-se! Contato com caso positivo nem sempre significa transmissão, o corona corre, mais você pode correr dele mais rápido;
9. Teste de farmacia serve mais para assaltar seu bolso que para definir seu estado de saúde;
10. Respire fundo, pois a pandemia continua (e continua, e continua, e ainda estamos sem vacina da Rússia, ou da China, ou EUA, ou Paraná)

7. AUTOAVALIAÇÃO

Está sendo muito difícil para mim caracterizar minha passagem pelo módulo. Naturalmente sou uma pessoa muito ansiosa e insegura, não é a melhor das combinações. Não sou alguém que gosta muito de chamar a atenção, mas mesmo assim, sabia que eu não conseguiria aproveitar a não ser que eu corresse atrás deste módulo mesmo. Foi realmente difícil, porém ao olhar para trás, estou realmente impressionada pelo muito que eu aprendi (e que já sabia fazer, e não tinha a segurança de me lançar), acho isso o que é realmente o que divide este módulo dos outros. Fiquei forçada a aprender, e a ser muito mais responsável do que já cheguei a ser antes. Ao conversar com os colegas, realmente notei o muito que eu fiz, enquanto a procedimentos, e casos vividos, eu expandi meu conhecimento de uma forma muito grande, mesmo eu sem notar ou fazendo sem querer.

Passar pelo momento COVID, e muito exaustivo. Cansa no que é na mente e no corpo. Mas o que mais sinto é o peso psicológico que toda esta etapa está tendo em mim. Notei que agora, principalmente no final, tudo isso de acompanhar pacientes, não conseguir ver eles saírem da situação precária na qual estão, me deixou com um aperto muito grande. Nunca pensei que eu seria dessas pessoas que ao passar por um lugar ficaria tão pendente de certos pacientes, mesmos quando eles nunca tinham passado pelas minhas mãos. Estou esgotada, e triste. De ver pacientes em um estado devastador, que um dia estavam falando comigo e no outro estavam com o tubo. Passar pela UTI principalmente me deixou muito triste. Eu sempre falei que eu não sirvo para ser intensivista, porque eu gosto demais quando os pacientes falam comigo. E realmente, continuo achando que a vida de intensivista não é para mim, porém consigo apreciar muito melhor tudo o que abrange o ser intensivista.

Me acho uma pessoa muito sensível e reservada, não gosto que muitas pessoas fiquem sabendo minhas debilidades pois tenho medo delas poderem usar isto contra mim. Mas agora ao finalizar este módulo, acho esta sensibilidade não uma debilidade, mas um ponto de resistência. A minha sensibilidade com outras pessoas me vai fazer uma boa médica. Espero não perder a empatia com o paciente nunca, espero não me tornar uma pessoa fria que somente pensa em si mesma. Acho que vou em bom caminho, mesmo com os tropeços. Devo aprender também a ser mais “suave” comigo mesma. Aprender que errar é parte do caminho, que o que me vai fazer melhor é sempre saber tudo. Mais ter a grandeza de saber que errei e melhorar. Espero algum dia poder voar sem tantas inseguranças.

O pior de tudo de uma pandemia, não é nem estar longe de casa, é estar perto e não conseguir ir. Por que é este o maior problema que nós enfrentamos ao estar na fronteira. Estamos perto demais, e de simplesmente estar de um dia para o outro sem a possibilidade de ir para a casa, foi bem difícil de saber levar.

Querendo ou não, intencionalmente ou não, tudo isto me ajuda a formar minha postura como futura profissional da saúde. A pandemia, mais que me mostrar o quanto não estamos preparados em âmbitos de saúde, me mostrou o muito que eu ainda tenho que aprender, mas também o muito que eu já sei, é que posso lidar com isto, com dúvidas e inseguranças como em qualquer outro trabalho.

Queria demonstrar o que aprendi de uma forma mais descontraída, por isso fiz um texto sobre como sobreviver em uma pandemia, e por que este relatório me foi difícil de fazer. Não sei o porque, se é a causa da exaustão ou de tristeza, pela situação que ainda continua (e não tem prognóstico de melhorar cedo), mas realmente me foi difícil. Espero que seja visível que eu realmente cresci muito como estudante e como pessoa também. E espero que esta pandemia não volte a repetir-se em um bom tempo.

Agradeço a cada paciente que me deixou aprender com eles, querendo ou não, eles me ajudaram em formas que não vão compreender. Agradeço por tudo que aprendi, mas não quero voltar a repetir tudo isto.

8. CONCLUSÃO

E assim conclui este relatório, após a análise e discussão de alguns casos, sobre como foi o módulo de urgência e emergência durante a pandemia do ano de 2020. Este trabalho teve a finalidade de servir como documentação sobre como foi este período de tempo e para demonstrar quais foram os crescimentos obtidos neste módulo.

Após toda a reflexão sobre a pandemia, acho que fica nítido, que realmente aprendi a dar passos por mim mesma neste tempo, querendo ou não, mesmo sem notar, fui crescendo tanto profissionalmente quanto emocionalmente. Com medo e inseguranças e até dificuldades imprevistas de ter que lidar com o ser humano, o melhor sempre será confiar em que eu posso fazer tudo aquilo que eu me proponha a fazer. Sempre com humildade e sabendo que eu posso errar, já que sou humana, mais que no final, eu consigo superar qualquer dificuldade.

Foi visível também, quantas falhas existem em todo o serviço, falhas que antes eu talvez não notava, mas hoje posso ver o quanto afetam a vida das pessoas. Observando desse jeito, posso saber também as coisas que eu não quero fazer e o tipo de médica que não quero ser.

A principal lição deste ano é perseverança. Perseverança em quanto ao paciente, em quanto a mim mesma, e em quanto a medicina. São os 3 pilares que nunca quero esquecer, e quero tatuados em minha pessoa.

Enfim, atribuo todo este aprendizado a todas as pessoas que me deixaram aprender, que me consolaram nos momentos tristes, ou que se prestaram a me ajudar a crescer. A todos os pacientes, amigos, familiares, e professores, muito obrigada por me ajudarem neste período. Acho que não tenho palavras suficientes para demonstrar minha gratidão.

Para finalizar, deixo meu último agradecimento à Prof. Flávia, espero que você ao ler este relatório fique com a paz que eu realmente estou tentando ser uma boa profissional. Mesmo eu não conseguindo falar isto em pessoa, espero que a professora saiba o muito que a admiro, e que gostaria de seguir em seus passos.

9. REFERÊNCIAS

BRASIL. Boletim Epidemiológico: **Intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, v 49 n. 58, dez, 2018.

BRASIL. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde . Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/intoxicacao-exogena>

COMITÊ DO TRAUMA DO AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **ATLS: suporte avançado de vida no trauma**. 10. ed. Chicago, 2018.

FOZ DO IGUAÇU. CONCEIÇÃO AP. W. BRASIL. . **Manual novo coronavirus (covid 19)**. 2020. Hospital Municipal Padre Germano Lauck,. Disponível em: https://transparencia.hmpgl.com.br/wp-content/uploads/2020/07/MAN.SECIH_GER_011-MANUAL-COVID-19-atualizado-27-05-20-vers%C3%A3o-final.pdf. Acesso em: 15 ago. 2020.

GAISCHUK, Máximo. **Anestesia Geral**. Anestesia.org, 2021. Disponível em: https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/194/c.php

GIUGNO, Katia M. et al . **Tratamento da hipertensão intracraniana**. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre , v. 79, n. 4, p. 287-296, Aug. 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000400005&lng=en&nrm=iso>

GLASGOW Coma Scale. 2020. Disponível em: <https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Brazilian.pdf>. Acesso em: 15 set. 2020.

GONZALEZ, MM et al . | **Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 101, n. 2, supl. 3, p. 1-221, Aug. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013003600001&lng=en&nrm=iso>.

MATSUMOTO, Toshio; CARVALHO, Werther Brunow de. **Intubação traqueal**. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre , v. 83, n. 2, supl. p. S83-S90, May 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000300010&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Oct. 2020.

SANTOS, Simone Agadir et al . **Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 30, n. 5, p. 1057-1066, maio 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000501057&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 set. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00054213>.

SETTERVALL, Cristina Helena Costanti; SOUSA, Regina Marcia Cardoso de. **Escala de coma de Glasgow e qualidade de vida pós-trauma cranioencefálico**. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 25, n. 3, p. 364-370, 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300008&lng=en&nrm=iso>.

SILVA KR, ARAÚJO SAST, ALMEIDA WS, PEREIRA IVDS, CARVALHO EAP, ABREU MNS. **Parada cardiorrespiratória e o suporte básico de vida no ambiente pré-hospitalar: o saber acadêmico**. Saúde (Santa Maria) [Internet]. 2017 [acesso em 12 set 2020]; 43(1):53-9. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/22160/pdf>.

RODRIGUES MS, SANATAN LF, GALVAO IM. **Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado / Use of ABCDE in caring for the traumatized**. Rev Med (São Paulo). 2017 out.-dez.;96(4):278-80.

VELASCO, Irineu Tadeu; BRANDÃO NETO, Rodrigo Antonio; SOUZA, Heraldo Possolo de; et al. **Medicina de emergência: abordagem prática**. [S.l: s.n.], 2019.

YAMANAKA, Caroline Setsuko et al . **Intubação orotraqueal: avaliação do conhecimento médico e das práticas clínicas adotadas em unidades de terapia intensiva**. Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo , v. 22, n. 2, p. 103-111, June 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2010000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2010000200002>.