



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

CURSO DE MEDICINA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS
DISCUSSÃO DE CASOS VIVENCIADOS NO INTERNATO EM 2019**

GEÍZA LEMOS HEIN

Foz do Iguaçu - Paraná

2020



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

CURSO DE MEDICINA

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS

DISCUSSÃO DE CASOS VIVENCIADOS NO INTERNATO EM 2019

GEÍZA LEMOS HEIN

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 Médico.

Orientadora: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu - Paraná

2020

GEÍZA LEMOS HEIN

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS
DISCUSSÃO DE CASOS VIVENCIADOS NO INTERNATO EM 2019

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 Médico.

BANCA EXAMINADORA

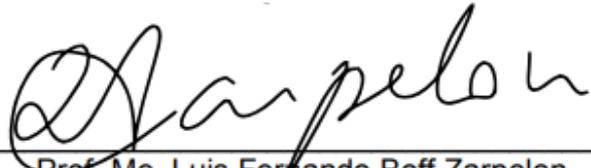
FLAVIA JULYANA
PINA
TRENCH:7272546093
0

Assinado de forma digital
por FLAVIA JULYANA PINA
TRENCH:72725460930
Dados: 2020.12.03 18:13:39
-03'00'

Orientadora: Profa. Me. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA



Profa. Dra. Maria Leandra Terencio
UNILA



Prof. Me. Luis Fernando Boff Zarpelon
UNILA

Foz do Iguaçu, 23 de novembro de 2020

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo da autora: Geíza Lemos Hein

Curso: Medicina

Tipo de Documento:

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

Título do trabalho acadêmico: Internato em Urgência e Emergência no SUS - Discussão de casos vivenciados no Internato em 2019

Nome da orientadora: Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: 20/11/2020

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

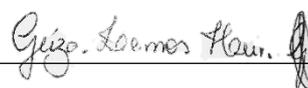
a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

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, 23 de novembro de 2020.



Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho aos pacientes, que,
ao permitirem que eu fizesse parte do seu
cuidado, cuidaram de mim.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus pela vida. Em um ano cheio de incertezas, de medos e de distanciamento, celebrar cada dia é necessário para viver além da sobrevivência. A gratidão também vem pela quantidade de novos aprendizados: pensar e repensar, vencer barreiras, superar desafios, lidar com as perdas.

Agradeço também ao Timóteo, meu noivo e futuro marido, que, incansavelmente, me motivou, incentivou e compartilhou os desafios que a urgência e emergência geraram em mim, sempre com paciência e cuidado.

Agradeço também à minha amiga e companheira de plantões, Luana Castilho, que por quarenta e duas noites me incentivou a ser uma médica integral e de excelência.

Aos preceptores e equipe, um agradecimento especial por todo o acolhimento, o ensino, a paciência nos atendimentos e resposta às “dúvidas de estagiários” – sei o quando interferimos na rotina do serviço mas mesmo assim fomos incluídos como parte da equipe. Ao Dr. Ivan Monteiro e à Dra. Keyla Klava, que foram os nossos preceptores das quintas-feiras, obrigada não só pela aprendizagem, mas pela amizade desenvolvida.

Agradeço a cada paciente que, com uma fala, um olhar, ou mesmo desacordados puderam me deixar fazer parte do seu processo de saúde e doença. Sem eles, não há troca, não há necessidade de profissionais, não há cuidado. Eles, inúmeras vezes, me lembraram das minhas limitações, da minha humanidade e do meu compromisso com o ato de cuidar.

Aos meus professores, Flávia Trench e German Andres Pignolo, minha eterna gratidão pelo apoio, correção e aprendizado. Dois mil e dezenove foi um ano que despertou o meu olhar para a necessidade de capacitação em urgência de todos os profissionais, independentemente da especialidade ou cenário que estarão. Um ano que estudei, decorei, revisei e reli diversas vezes o mesmo conteúdo para que eles se tornem “processos medulares”. Certamente serei uma médica melhor formada pela atenção que vocês fizeram com que eu tivesse para os cenários de emergência. Agradeço também à banca deste trabalho, que desde o primeiro ano me motivaram a ser uma profissional qualificada e comprometida com o paciente. Obrigada!

“Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.”

João Cabral de Melo Neto

LEMOS HEIN, Geíza. **Internato em Urgência e Emergência no SUS: Discussão de casos vivenciados no Internato em 2019**. 2020. 50 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) –Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

RESUMO

O trabalho “Internato em Urgência e Emergência no SUS: Discussão de casos vivenciados no Internato em 2019” representa a iniciativa de aprofundar as questões relacionadas a esta temática através de percepções e experiências vivenciadas durante o ano de 2019, no Internato de Urgência e Emergência no SUS, durante a graduação do curso de Medicina. Nele, objetiva-se descrever as experiências e vivências durante o internato, como também comentar alguns casos clínicos que motivaram o estudo e a discussão sobre temáticas envolvidas na Rede de Urgência e Emergência do município de Foz do Iguaçu. Os cenários contemplados como campos de atuação são o Pronto Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Serviço de Atendimento Móvel (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento João Samek e Walter Barbosa Cavalcante. Durante o módulo, além dos pacientes que contribuíram para o aprendizado, participaram como preceptores e orientadores médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutores e outros profissionais de saúde que estão inseridos na rede de atenção do município. Dessa forma, este trabalho possibilitou a compreensão da Rede de Urgência e Emergência de Foz do Iguaçu, assim como a consolidação do estudo de protocolos de atendimento aos pacientes que necessitam de abordagens urgentes. Também possibilitou a aptidão em competências necessárias para a graduação médica, como preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, considerando que o médico deve ter uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. A partir das vivências descritas neste trabalho, a aluna foi capacitada a atuar como médica, pautada em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotora da saúde integral do ser humano.

Palavras-chave: 1. Experiência 2. Urgência 3. Emergência 4. Internato.

LEMOS HEIN, Geíza. **Internato em Urgência e Emergência no SUS: Discussão de casos vivenciados no Internato em 2019**. 2020. 50 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) –Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

RESÚMEN

El trabajo “Internado en Urgencia y Emergencia en el SUS: Discusión de casos vivenciados en el Internado en 2019” representa la iniciativa de profundizar las cuestiones relacionadas a esta temática a través de las percepciones y experiencias vivenciadas durante el año 2019 en el Internado de Urgencia y Emergencia en el SUS durante la graduación del curso de Medicina. En el trabajo, se objetiva describir las experiencias y vivencias durante el internado, como también comentar algunos casos clínicos que motivaron el estudio y la discusión sobre temáticas envueltas en la Red de Urgencia y Emergencia del Municipio de Foz do Iguaçu. Los escenarios contemplados, como campos de actuación, son el Pronto Socorro del Hospital Municipal Padre Germano Lauck, el Servicio de Atención Móvil (SAMU), las Unidades de Pronta Atención João Samek y Walter Barbosa Cavalcante. Durante el módulo, aparte de los pacientes que contribuyeron para el proceso de aprendizaje, participaron como preceptores y orientadores médicos, enfermeros, técnicos en Enfermería, choferes de ambulancias y otros profesionales de la salud que están insertados en la red de atención del municipio. De esta forma, este trabajo posibilitó la comprensión de la Red de Urgencia y Emergencia de Foz do Iguaçu, así como la consolidación del estudio de los protocolos de atención a los pacientes que necesitan de abordajes urgente. También posibilitó la aptitud en competencias necesarias para la graduación médica, como preconizado por las Directrices Curriculares Nacionales del Curso de Medicina, considerando que el médico debe tener una formación generalista, humanista, crítica y reflexiva. A partir de estas vivencias descritas en este trabajo, la alumna fue capacitada para actuar cómo médica, pautada en principios éticos, en el proceso de salud-enfermedad en sus diferentes niveles de atención, con acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud en la perspectiva de la integralidad de la asistencia, con sentido común de responsabilidad social y compromiso con la ciudadanía, como promotora de la salud integral del ser humano.

Palabras claves: 1. Experiencia 2. Urgencia 3. Emergencia 4. Internado.

LEMOS HEIN, Geíza. **Internato em Urgência e Emergência no SUS: Discussão de casos vivenciados no Internato em 2019**. 2020. 50 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) –Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

ABSTRACT

The work “Internship in Urgency and Emergency in SUS: Discussion of cases experienced at the Internship in 2019” represents the initiative to deepen the issues related to this theme through perceptions and experiences lived during the year of 2019, in Internship in Urgency and Emergency at SUS (Unic Health System), during the graduation of the medical course. In it, the objective is to describe the experiences lived during the internship, as well as to comment on some clinical cases that motivated the study and the discussion on themes involving the Urgency and Emergency Network of the city of Foz do Iguaçu. The scenarios contemplated as fields of action are the Emergency Room of the Municipal Hospital Padre Germano Lauck, Mobile Attendance Service (SAMU), Emergency Care Units João Samek and Walter Barbosa Cavalcante. During the module, in addition to the patients who contributed to the learning process, medical advisors, nurses, nursing technicians, drivers and other health professionals who are part of the municipality's care network participated as preceptors and guides. Thus, this work made it possible to understand the Urgency and Emergency Network of Foz do Iguaçu, as well as the consolidation of the study of care protocols for patients who need urgent approaches. It also enabled the aptitude in skills necessary for medical graduation, as recommended by the National Curricular Guidelines of the Medical Course, considering that the physician must have a generalist, humanistic, critical and reflective training. Based on the experiences described in this work, the student was trained to act as a doctor, guided by ethical principles, in the health-disease process at its different levels of care, with actions to promote, prevent, recover and rehabilitate health, from the perspective comprehensive care, with a sense of social responsibility and commitment to citizenship, as a promoter of the integral health of human beings.

Keywords: 1. Experience 2. Urgency 3. Emergency 4. Internship.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATB	Antibioticoterapia
AVCi	Acidente vascular encefálico isquêmico
FC	Frequencia cardíaca
FR	Frequência respiratória
HDA	História da doença atual
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
HPP	História patológica pregressa
IOT	Intubação orotraqueal
MV	Murmúrio vesicular
PCR	Parada cardiorrespiratória
PS	Pronto socorro
RCP	Ressuscitação cardiopulmonar
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel a Urgências
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SPO2	Saturação periférica de oxigênio
TC	Tomografia computadorizada'
TCE	Traumatismo crânio encefálico
TDAH	Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade
TQT	Traqueostomia
TRM	Traumatismo raquimedular
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USB	Unidade de Serviço Básico (ambulância)
UTI	Unidade de terapia intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Rede de Urgência e Emergência.....	16
Ilustração 2 - Componentes da RUE e suas interfaces.....	17
Ilustração 3 - Algoritmo da Bradicardia para Adultos com pulso.....	23
Ilustração 4 – Algoritmo de PCR em adultos.....	28
Ilustração 5 – Cuidados pós parada.....	31
Ilustração 6 – Algoritmo para anafilaxia.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).....	17
Tabela 2 - Serviço de referência para cada queixa clínica específica.....	19
Tabela 3 – Causas reversíveis de PCR.....	29
Tabela 4 - Avaliação neurológica de sensibilidade.....	38
Tabela 5 - Avaliação neurológica de motricidade.....	39

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. DESENVOLVIMENTO	16
2.1 A REDE DE ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM FOZ DO IGUAÇU..	16
2.2 CASO CLÍNICO SOBRE REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	19
2.3 CORRELAÇÕES TEÓRICAS DE APRENDIZADO	20
2.3.1. A regulação do paciente e a Rede de Urgência e Emergência do Município de Foz do Iguaçu	20
2.3.2. As competências do médico regulador	20
2.3.3. Das suspeitas diagnósticas para o caso	22
2.3.4 O atendimento ao paciente com bradicardia	22
2.3.5. Avaliação das bradiarritmias	24
2.4 ATENDIMENTO AO PACIENTE CRÍTICO	25
2.5 CASO CLÍNICO SOBRE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA	25
2.6 CORRELAÇÕES TEÓRICAS DE APRENDIZADO	27
2.6.1. O protocolo de Ressuscitação cardiopulmonar	27
2.6.2. O cuidado pós parada	30
2.6.3 Bioética no caso: a necessidade de RCP vs Cuidado Paliativo	32
2.7 CASO CLÍNICO SOBRE O ATENDIMENTO A VÍTIMA POLITRAUMATIZADA	34
2.8 CORRELAÇÕES TEÓRICAS DE APRENDIZADO	35
2.8.1 Acidentes por causas externas e o Núcleo de Educação em Urgências	35
2.8.2. O atendimento ao paciente com Traumatismo Raquimedular	36
2.8.3. Exame secundário: o exame neurológico no paciente com TRM	37
2.8.4. Diagnóstico sindrômico baseado no quadro clínico	39
2.8.5. Identificação de sinais precoces de choque e sua distinção etiológica	40
2.8.6. Complicações do paciente com TRM	41
2.9 CASO CLÍNICO SOBRE ANAFILAXIA	41
2.10 CORRELAÇÕES TEÓRICAS DE APRENDIZADO	42
2.10.1. O atendimento ao paciente alérgico	42
2.10.2. Diagnósticos diferenciais de alergias e anafilaxia	44
2.10.3. Orientações pós sensibilização alérgica	45
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

1. INTRODUÇÃO

Ao longo do ano de 2019, durante o módulo Internato em Urgência e Emergência do SUS, foi possível vivenciar os diversos cenários que compõem a Rede de Urgência e Emergência da região do município de Foz do Iguaçu, assim como compreender como estes cenários interagem e se articulam.

Dessa maneira, este trabalho propõe a discussão entre o estudo teórico da Medicina de Emergência, o atendimento aos pacientes e a observação do cenário de urgência e emergência em Foz do Iguaçu - sendo estes o Hospital Municipal Padre Germano Lauck, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) João Samek e Dr. Walter Cavalcante Barbosa - e, finalmente, a conduta clínica e postura dos plantonistas e equipe de atendimento de urgência e emergência. Assim, a partir do tripé formado entre estudo teórico, pacientes inseridos em um cenário e conduta dos preceptores foi possível desenvolver as competências necessárias para adequada formação no Internato em Urgência e Emergência do SUS, como preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina (DCN, 2014).

Para melhor entendimento do assunto estudado neste trabalho, destaca-se que, de acordo com a Resolução do CFM nº 1451/95, urgência pode ser definida como: “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” (CEM, 2019). Ademais, define-se por emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato (CEM, 2019).

Além disso, a portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002, estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte interhospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área.

Sabe-se também que a Resolução CFM nº 2.079/14 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.

A distinção conceitual entre as condições de urgência e emergência é um marco regulatório importante, pois impõe uma certa racionalidade assistencial das condições de pronto atendimento. Assim teremos as condições de emergência como prioridade absoluta, seguidas das condições de urgência que, por sua vez, serão seguidas pelas condições que necessitam de atendimento, mas não necessariamente imediato, ainda que em um período curto, frequentemente provocado por algum tipo de risco ou sofrimento (BRASIL, 2013).

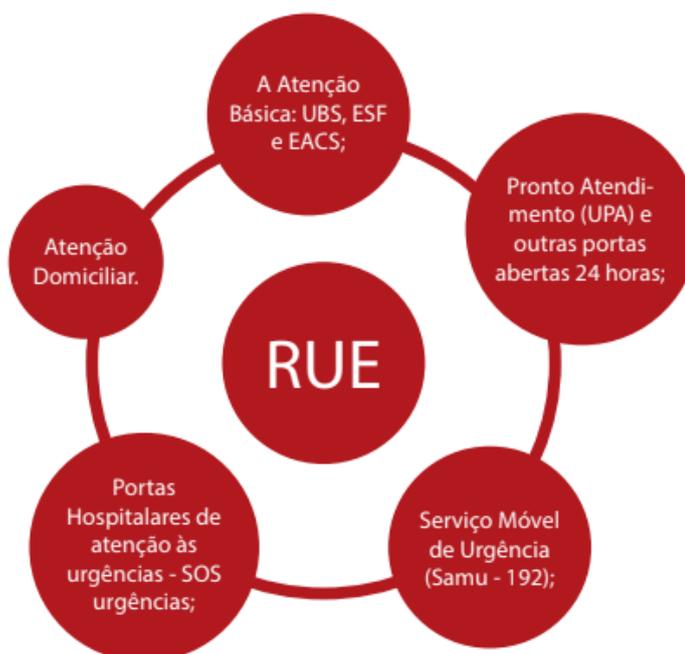
Dessa maneira, a partir da conceituação teórica sobre a urgência e a emergência, assim como a legislação nacional vigente, este trabalho tem como objetivo discutir referências teóricas, vivências ocorridas durante a realização do internato em urgência e emergência no SUS, entre janeiro a dezembro de 2019, assim como reflexões sobre os atendimentos realizados, sendo possível correlacionar a teoria e a prática no dia a dia do serviço de urgência e emergência de Foz do Iguaçu, contribuindo então para uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva (DCN, 2014).

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 A REDE DE ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM FOZ DO IGUAÇU

O Ministério da Saúde, a partir da Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (UNASUS/UFMA, 2015). A Ilustração 1 propõe-se a exemplificar a forma de organização em rede da RUE – não sendo mais de maneira piramidal como preconizado pelo modelo hospitalocêntrico.

Ilustração 1 - Rede de Urgência e Emergência

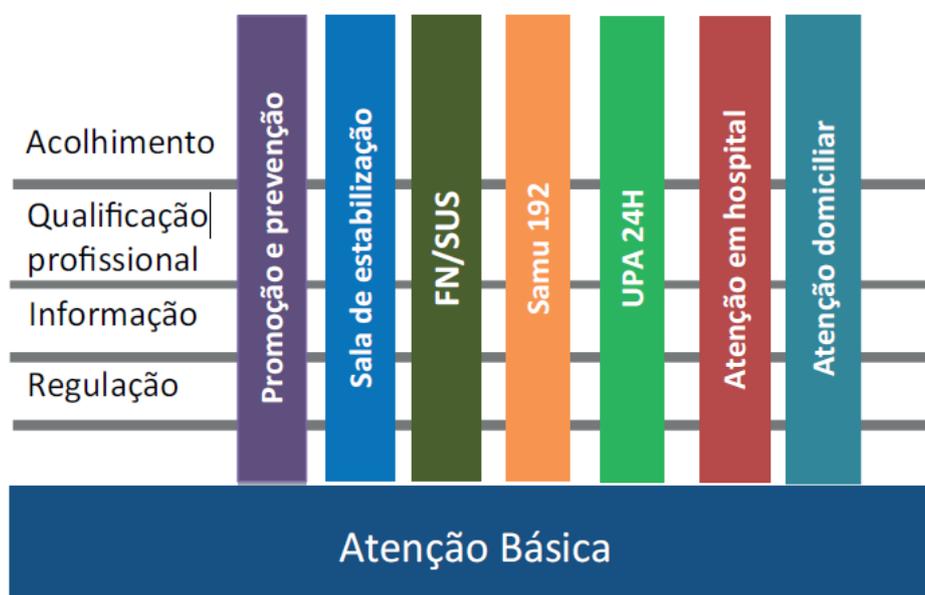


Fonte: UNASUS/UFMA, 2015

Assim, a Rede de Urgência e Emergência (RUE), como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a

qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso, como exemplificado na Ilustração 2 (BRASIL, 2013).

Ilustração 2 – Componentes da RUE e suas interfaces



Fonte: BRASIL, 2013

Além disso, a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências deve ser norteada pelas diretrizes relacionadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (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;
Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada;
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;
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).

No município de Foz do Iguaçu - PR, existem cinco portas de entrada para atendimento de urgência e emergência, sendo elas: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Serviço de Atendimento Móvel a Urgências (SAMU), o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE), as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e os Hospitais (Hospital Municipal Padre Germano Lauck; Hospital Ministro Costa Cavalcanti; Hospital e Maternidade Cataratas). Assim, todos esses pontos de acesso se articulam em forma de rede para um melhor atendimento à população iguaçuense.

A partir da condição clínica apresentada pelo paciente, ele é atendido em um dos pontos de acesso da RUE, sendo também referenciado pela equipe de regulação médica para outro estabelecimento de saúde (se necessário), que pode o atender de maneira mais efetiva, pois considera-se os tipos de especialidades presentes em cada serviço. Assim, conforme a tabela abaixo, em Foz do Iguaçu, os seguintes serviços acolhem as áreas médicas indicadas:

Tabela 2: Serviço de referência para cada queixa clínica específica

Área médica da situação:	Local de referência
Obstetrícia	HMCC
Ginecologia	UPAs; HMPGL; Hospital Cataratas
Oncologia	HMCC
Trauma	UPAs; HMPGL
Neurologia	UPAs; HMPGL
Cardiologia	UPAs; HMCC
Clínica médica	UPAs; HMPGL
Pediatria	UPAs; HMPGL
Psiquiatria	UPAs; HMPGL

Fonte: A autora, (2020).

2.2 CASO CLÍNICO SOBRE REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Atendimento realizado pelo SAMU no dia 15/08/2019.

Veículo utilizado: USB 3

Saída: 20:19 Chegada no local 20:31 Saída do local: 20:45 Destino 21:04.

Identificação: F.K.D.O., 67 anos, sexo masculino, pardo, aposentado, morador da Rua Ramon Frederich nº 100, Boa esperança.

HDA: Esposa liga para o SAMU devido à queixa de mal estar, cansaço, com vômitos e dores no corpo, principalmente nos braços, que iniciaram ao ir dormir no dia anterior (cerca de 20h atrás). Paciente cardiopata e diabético. Regulação encaminha a USB 3 para atendimento. Ao chegar em domicílio, equipe encontra o paciente sentado no sofá, com muita dificuldade de movimentação e fala, cansaço aos mínimos esforços, referindo dor torácica irradiada para membros superiores, tontura, com um episódio de vômito pela manhã.

HPP: Esposa relata que o paciente foi submetido 2 vezes a angioplastia com ponte aorto-coronária há 4 anos. É diabético há mais de 20 anos. Nega tabagismo, etilismo, outras doenças conhecidas e alergias.

Exame físico: Na avaliação da equipe, apresenta-se com pupilas isocóricas, vias aéreas livres, respiração espontânea. Pele sudoreica, pulso regular, Perfusão periférica normal. Abertura ocular espontânea, orientado, obedece a comandos (Glasgow 15).

Sinais vitais: FR 20 irpm; FC 37 bpm; 120/80mmHg; temperatura 35,5; SPO2 93; HGT 206.

Medicações de uso contínuo: Em uso de losartana, amiodarona, furosemida, metformina, AAS, atenolol.

Equipe repassa o caso à regulação, que solicita transporte do paciente para a UPA Samek. Equipe ressalta a frequência cardíaca de 37 bpm e a história prévia de cardiopatia. Regulação indica locomoção e encaminhamento para o HMCC.

O paciente foi transportado com cateter nasal de 4L/min de oxigênio e aparelho que monitoriza a FC e Saturação de O₂. Durante o traslado, sua frequência cardíaca variou de 35bpm a 40bpm e a saturação de 93 a 96%. No mais, não houveram intercorrências.

2.3 CORRELAÇÕES TEÓRICAS DE APRENDIZADO

2.3.1. A regulação do paciente e a Rede de Urgência e Emergência do Município de Foz do Iguaçu

Em relação a regulação do paciente, considerando sua bradicardia, o mesmo não deveria ser transportado por uma USB, pois a bradicardia é uma instabilidade cardiovascular, o que faz deste paciente um paciente crítico. Sendo assim, ao ser examinado e constatado a bradicardia, deveria ter sido solicitado apoio da USA para locomoção do paciente. Além disso, ele não poderia ser transportado para um local diferente da referência em cardiologia da RUE, ou seja, ele deve ir ao HMCC, não à UPA.

2.3.2. As competências do médico regulador

Conforme a portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002, deve o médico regulador:

- Julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado, estabelecendo uma gravidade presumida;
- Enviar os recursos necessários ao atendimento, considerando necessidades e ofertas disponíveis;
- Monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado (médico intervencionista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem), por profissional

da área de segurança ou bombeiro militar (no limite das competências desses profissionais) ou ainda por leigo que se encontre no local da situação de urgência;

- Definir e acionar o serviço de destino do paciente, informando-o sobre as condições e previsão de chegada do mesmo, sugerindo os meios necessários ao seu acolhimento;
- Julgar a necessidade ou não do envio de meios móveis de atenção. Em caso negativo, o médico deve explicar sua decisão e esclarecer o demandante do socorro quanto a outras medidas a serem adotadas, por meio de orientação ou conselho médico, que permita ao solicitante assumir cuidados ou buscá-los em local definido pelo médico regulador;
- Reconhecer que, como a atividade do médico regulador envolve o exercício da telemedicina, impõe-se a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados que definam os passos e as bases para a decisão do regulador;
- Definir e pactuar a implantação de protocolos de intervenção médica pré-hospitalar;
- Registrar sistematicamente os dados das regulações e missões;
- Submeter-se à capacitação específica e habilitação formal para a função de regulador e acumular, também, capacidade e experiência na assistência médica em urgência, inclusive na intervenção do pré- hospitalar móvel;
- Participar de programa de educação continuada para suas tarefas;
- Manter-se nos limites do sigilo e da ética médica ao atuar como porta-voz em situações de interesse público.
- Decidir sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, entre as disponibilidades a resposta mais adequada a cada situação, advogando assim pela melhor resposta necessária a cada paciente, em cada situação sob o seu julgamento;
- Decidir sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar;
- Decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada “vaga zero” para internação). Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as

prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência;

Sendo assim, cabe ao médico regulador julgar e decidir sobre a gravidade do caso informado e enviar os recursos necessários ao atendimento, advogando pelo bem estar do paciente e pela melhor resposta necessária em cada situação. Cabe a ele também decidir sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes no pré hospitalar, baseando se em protocolos clínicos e a organização da rede de urgência e emergência que este está inserido.

2.3.3. Das suspeitas diagnósticas para o caso

A partir da história deste paciente, algumas hipóteses diagnósticas seriam:

- Diagnóstico sindrômico: Síndrome coronariana aguda e Síndrome bradicárdica
- Diagnóstico etiológico: Infarto agudo do miocárdio e Bradicardia sinusal

2.3.4 O atendimento ao paciente com bradicardia

De acordo com o AHA (2015), a avaliação e o tratamento de um paciente com bradicardia sintomática devem considerar:

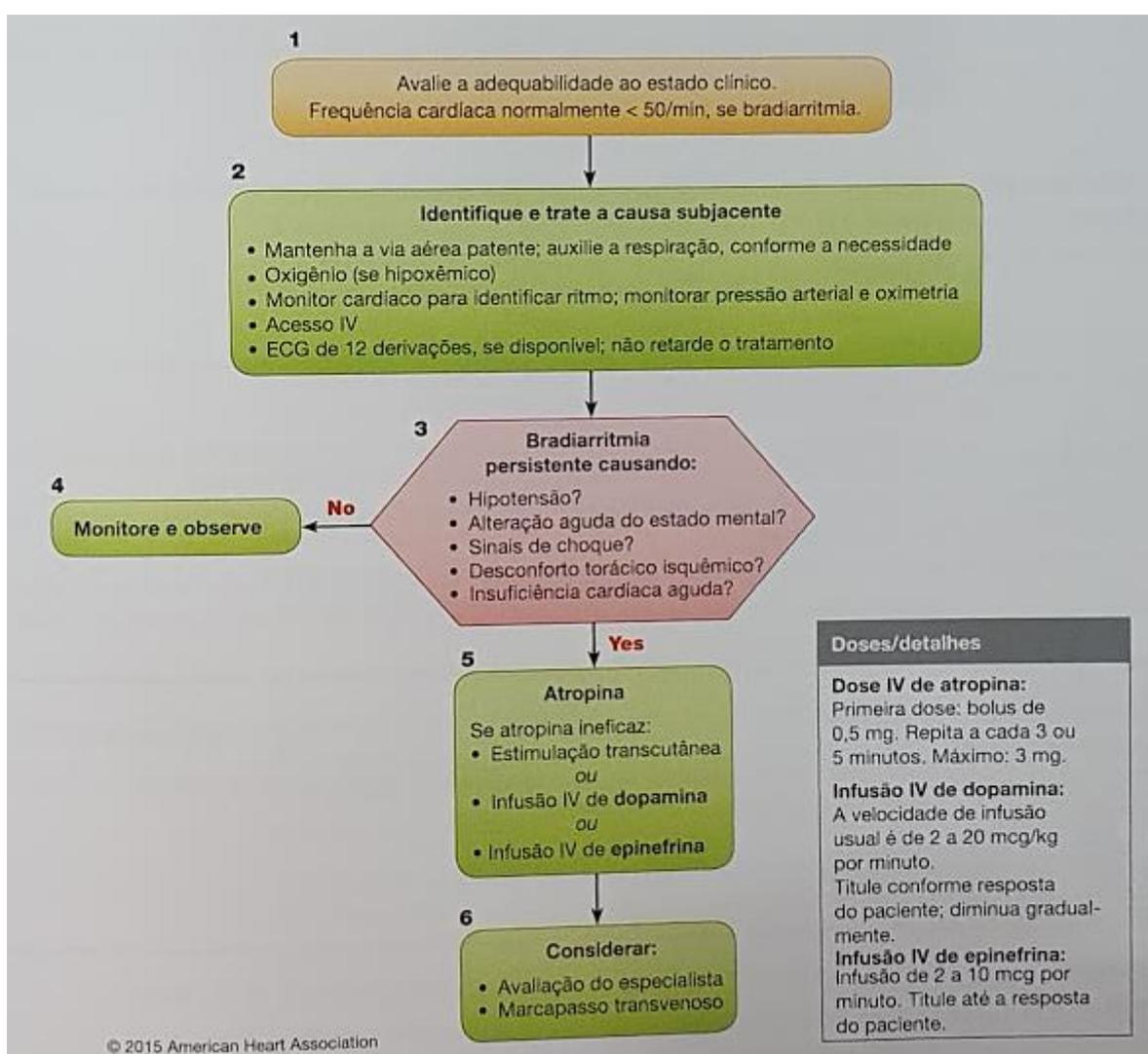
- Diferenciar sinais e sintomas causados pela frequência lenta daqueles que não relacionados;
- Diagnosticar corretamente a presença e o tipo de bloqueio AV;
- Usar a atropina como intervenção medicamentosa de primeira opção;
- Decidir quando iniciar a estimulação transcutânea;
- Decidir quando iniciar Epinefrina ou a dopamina para manter a frequência cardíaca e a pressão arterial;
- Saber quando solicitar a opinião de um especialista para interpretar ritmos complicados ou tomar decisões sobre fármacos e tratamento.

Dessa maneira, o reconhecimento de uma bradicardia sintomática devida ao bloqueio AV é uma meta principal e o reconhecimento do tipo de bloqueio AV é uma meta secundária.

De acordo com o protocolo do ACLS (AHA, 2015), a primeira etapa do atendimento é identificar a bradicardia. Em seguida, as etapas seguintes compreendem os componentes das avaliações de Suporte Básico de Vida e primária, como suporte à

circulação e ao manuseio de via aérea, administração de oxigênio, se indicada, monitorização do ritmo e dos sinais vitais, estabelecimento de acesso IV e obtenção de um ECG de 12 derivações, se disponível. No diagnóstico diferencial, é determinado se o paciente apresenta sinais ou sintomas de perfusão deficiente e se eles são causados por bradicardia. Se houver perfusão deficiente, inicia-se a atropina, ou, se for ineficaz, a estimulação transcutânea ou infusão de Epinefrina ou dopamina, considerando a avaliação do especialista e marcapasso transcutâneo. Estas etapas encontram-se exemplificadas na Ilustração 3.

Ilustração 3: Algoritmo da Bradicardia para Adultos com pulso



Fonte: AHA, 2015

Assim, o paciente foi adequadamente monitorado no cenário pré-hospitalar, sendo encaminhado ao HMCC, que é a referência de cardiologia da RUE. Neste

serviço, a abordagem terapêutica deve seguir o algoritmo da ilustração 3, conforme preconizado no ACLS.

2.3.5. Avaliação das bradiarritmias

As bradiarritmias são distúrbios do ritmo cardíaco caracterizados por frequência cardíaca menos que 50 bpm. Em geral, o surgimento de ritmos bradicárdicos nos indica doença no marca passo sinusal, com conseqüente bradiarritmia sinusal, bloqueio de condução atrioventricular ou adoção de um marca-passo ectópico (atrial, juncional ou ventricular).

Conforme Martins (2017), o mecanismo fisiopatológico destas bradiarritmias envolve um ou mais dos seguintes fatores:

- Lesão do sistema de condução: degenerativa; miocardiopatia; doenças de depósito (sarcoïdose, amiloidose e hemocromatose); doença arterial coronariana; doenças difusas do tecido conjuntivo; trauma;
- Aumento do tônus vagal: intubação orotraqueal; aspiração de vias aéreas; vômitos; aumento da pressão intracraniana;
- Intoxicações: medicamentos (betabloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, antiarrítmicos IA, IC e III, digitais e sedativos);
- Fatores metabólicos: hipercalemia e hipotireoidismo.

E, de acordo com Velasco (2019), há três apresentações distintas possíveis para as bradiarritmias:

- Bradiarritmia como causa dos sintomas: síncope, tontura, dor torácica, dispneia, confusão mental, atividades motoras espontâneas e morte súbita são manifestações possíveis;
- Bradiarritmia secundária a doença de base: sintomas da bradiarritmia se superpõem aos da doença de base, como, por exemplo, infarto agudo do miocárdio;
- Bradiarritmia assintomática (sintomas do paciente atribuem-se a outro fator não relacionado): paciente procura atendimento médico com uma queixa inespecífica, e, durante avaliação, é diagnosticado com bradicardia sem sintomas atribuíveis a própria.

Assim, durante a anamnese, deve-se buscar causas secundárias para a bradiarritmia ou fatores de risco cardiovasculares, como por exemplo, o uso de medicamentos, doença arterial coronariana, apneia obstrutiva do sono, doenças

infeciosas, hiperativação vagal, hipertensão intracraniana, hipotireoidismo, bom condicionamento físico, distúrbios hidroeletrólíticos, trauma.

A partir da suspeição clínica, o primeiro exame a ser solicitado é o eletrocardiograma, que confirmará a presença de bradicardia e caracterização do tipo de arritmia presente. A partir da anamnese do paciente, pode-se solicitar outros exames para complementação diagnóstica.

2.4 ATENDIMENTO AO PACIENTE CRÍTICO

De acordo com a Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011, que Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências:

“O paciente crítico/grave é aquele que se encontra em risco iminente de perder a vida ou função de órgão/sistema do corpo humano, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas a processos que requeiram cuidado imediato clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico ou em saúde mental.”

(BRASIL, p. 1, 2011)

Sendo assim, o paciente grave/crítico é aquele que apresenta instabilidade de um ou mais de seus sistemas orgânicos, devido às alterações agudas ou agudizadas, que ameaçam a sua vida.

Dessa maneira, ao considerar o risco iminente a vida, é essencial que os alunos de medicina aprendam a identificar potenciais pacientes críticos, acionar a Rede de Urgência e iniciar os cuidados para a abordagem terapêutica desse paciente, sempre considerando a necessidade de diagnóstico, terapêutica e prognóstico. Assim, os seguintes casos discutem sobre situações práticas vivenciadas pela acadêmica e a discussão teórica sobre abordagem terapêutica de cada situação.

2.5 CASO CLÍNICO SOBRE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Atendimento realizado no Isolamento da Clínica Médica, no dia 21/11/2019, às 21h07min. A Equipe de Resposta Rápida do PS foi chamada para uma PCR na Clínica

Médica. Prontamente, a plantonista e as duas internas subiram para apoio à equipe de enfermagem.

Identificação: Z.M.D.O., feminino, 60 anos, sem pulso central, com traqueostomia em ventilação mecânica, mas sem respiração.

Na chegada da plantonista, a equipe de enfermagem estava realizando o primeiro ciclo de massagens do protocolo do ACLS para PCR hospitalar, com o carrinho de parada na sala, contabilizando o tempo e ventilando com dispositivo bolsa-mascara a cada 6s.

A médica assumiu a coordenação da equipe e foram redistribuídas as funções entre a equipe, sendo estes: uma técnica de enfermagem cronometrando o tempo, uma técnica de enfermagem preparando a medicação, um enfermeiro cuidando das ventilações, dois técnicos e uma interna revezando na massagem cardíaca, uma médica coordenando a equipe, uma interna auxiliando a médica na coordenação e nos diagnósticos prováveis da PCR.

Após o primeiro ciclo de 2 minutos, foi realizada 1 ampola de adrenalina enquanto o desfibrilador estava sendo ligado. Segundo o relato da técnica que a assistia, a paciente apresentava história de grande quantidade de secreção traqueal; por isso, foi realizada a aspiração de traqueostomia durante a PCR, com retorno da circulação espontânea. Assim, a PCR foi revertida no segundo ciclo de RCP, sem avaliação do ritmo.

A conduta pós PCR realizada pela equipe foi:

- Iniciar a sedação com fentanil + midazolam 20ml/hora
- Solicitar exames laboratoriais Pós PCR
- Checar exames laboratoriais do dia para avaliar outras possíveis causas da PCR
- Checar laudo de TC com laudo de bronquiectasias e atelectasia pulmonar bilateral
- Solicitar vaga de UTI
- Manter a paciente monitorizada
- Conversar com familiar e esclarecer as dúvidas
- Aspirar TQT de 30 em 30 minutos
- Ponderar início de novo ciclo de antibioticoterapia (sem início no momento por paciente afebril e leucograma com bastonetose discreta)

Ao analisar o prontuário da paciente, foram verificadas as seguintes informações:

- A paciente veio transferida da UPA João Samek para o PS do HMPGL no dia 30/09/2019 devido ao quadro de dispneia, dor torácica, evolução para acidose e Insuficiência respiratória aguda (IRpA), com IOT.
- Ficou internada na UTI por 49 dias, devido a sepse de foco pulmonar, injúria renal e não obteve sucesso no desmame da ventilação mecânica (VM).
- Paciente acamada, com sequelas de AVCi há 7 meses, com DM insulínica, HAS e história de perda de força motora de MMII a esclarecer. Possui Lesão por Pressão infectada lombar grau 3, com debridamento no dia 01/11, dependente de VM por TQT.
- Foi transferida para a Clínica Médica no dia 18/11 onde também se investigava a perda de força motora de membros inferiores, supondo-se Síndrome de Guillain Barré.

2.6 CORRELAÇÕES TEÓRICAS DE APRENDIZADO

2.6.1. O protocolo de Ressuscitação cardiopulmonar

Conforme Velasco (2019), a parada cardiorrespiratória (PCR) é definida como a cessação súbita da função mecânica cardíaca com consequente colapso hemodinâmico e a chance de sobrevivência depende do rápido reconhecimento e do início imediato de manobras adequadas de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

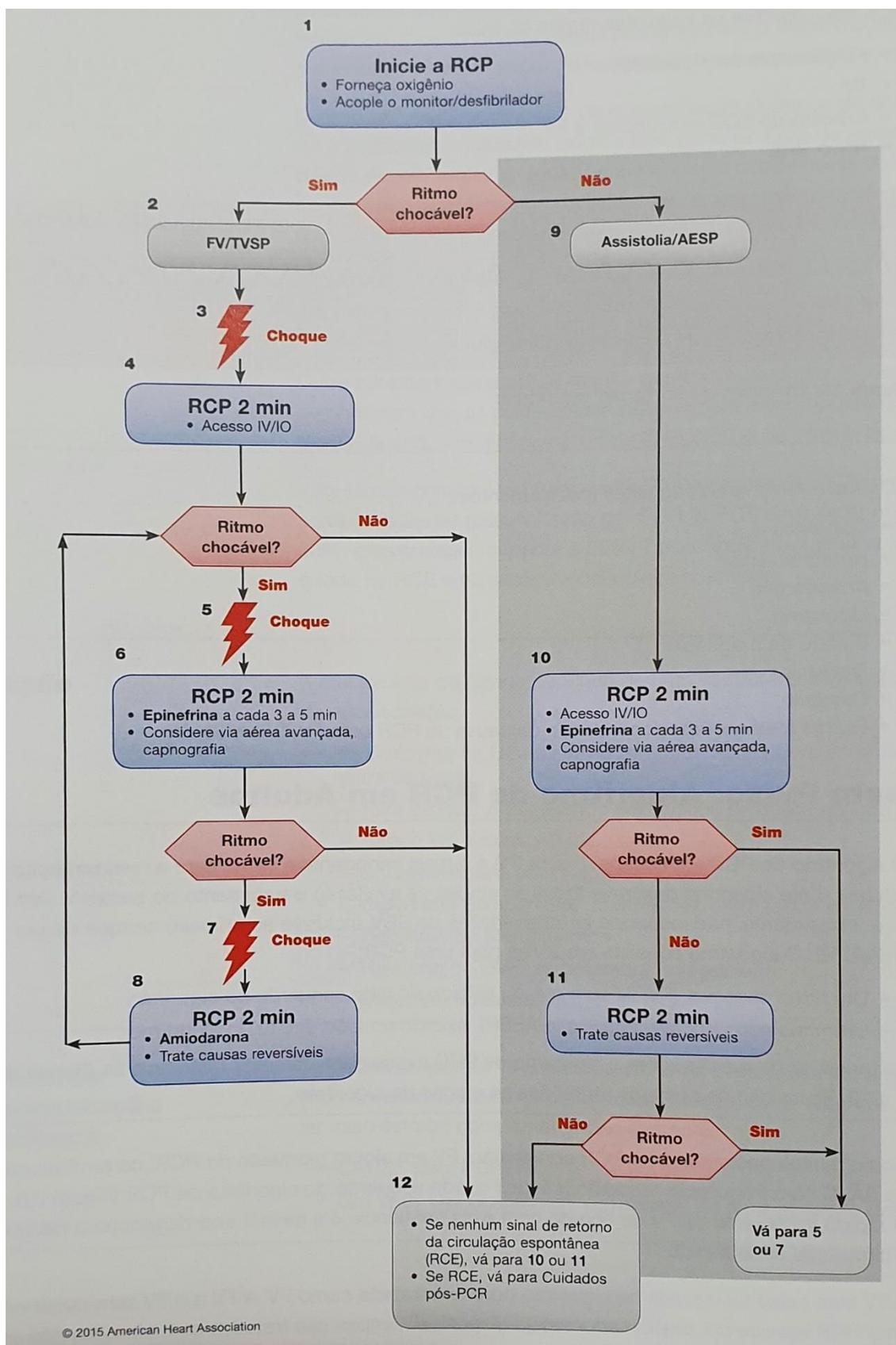
Em relação ao cenário onde elas ocorrem, nos EUA, cerca de 209.000 adultos por anos são ressuscitados por PCR-Intra-H, o que representa 39% das PCRs. No Brasil, estima-se que 30% das PCRs aconteçam nos hospitais. (MARTINS, 2017). Assim, percebe-se diferença na proporção porque no Brasil nem sempre o atendimento chega ao cenário hospitalar. Além disso, cerca de 18% das PCRs hospitalares ocorrem nos departamentos de emergência ou locais de procedimentos, 48% em UTIs e o restante (34%) nos outros setores do hospital. Ou seja, a equipe de resposta rápida deve estar atenta ao chamado em todo o hospital, considerando que o local mais provável de PCR-intra-H não é no pronto socorro.

Em contraste com adultos com PCR-Extra-H, cuja causa é predominantemente cardíaca e ocorre de maneira inesperada, as PCR-Intra-H são muito mais previsíveis, pois muitas vezes as circunstâncias das PCRs envolvem comprometimento respiratório agudo e/ou choque circulatório, com deterioração progressiva antes do evento, reforçando a importância da vigilância de toda a equipe.

Ademais, é interessante notar que, diferente da PCR extra-hospitalar, a PCR que ocorre em pacientes internados em hospitais tem uma taxa de retorno da

circulação espontânea (RCE) variando em torno de 50%, o que é atribuído à maior vigilância e, conseqüentemente, maior rapidez com que medidas de ressuscitação são realizadas (VELASCO, 2019).

Ilustração 4 – Algoritmo de PCR em adultos



Em relação ao caso, a equipe de enfermagem e a equipe de resposta rápida estavam prontas para o atendimento de extrema urgência, identificando a PCR prontamente e iniciando as medidas de RCP. A organização das tarefas, a calma, a precisão e a comunicação em alça fechada foram notórias, o que permitiu um atendimento de qualidade. Além de que a rápida aspiração permitiu a suposta retirada da “rolha” que provocou o quadro de hipóxia da paciente.

Entretanto, ao analisarmos o algoritmo de PCR em adultos da AHA (2015), evidenciado na Ilustração 4, podemos verificar que a paciente foi medicada antes da análise do ritmo, o que não consta no protocolo de RCP (VELASCO, 2019) e não há evidência de melhor prognóstico, ainda que a Epinefrina seja realizada tanto no protocolo FV/TV quanto no protocolo de AESP/Assistolia. Reforça-se que, segundo o protocolo ACLS (AHA, 2015), a Epinefrina é realizada na dose de 1mg (que corresponde a 1ml / 1 ampola = 1mg/ml), por via IV ou IO, sendo iniciada após o 2º choque, no protocolo FV/TV, ou após 2 minutos de RCP, se paciente em AESP. Em ambos os protocolos, a Epinefrina pode ser repetida de 3 a 5 minutos (AHA, 2015).

Durante o atendimento, as compressões cardíacas estavam no ritmo adequado e preconizado pelo ACLS (AHA, 2015), entre 100 a 120 compressões por minuto, com compressão de pelo menos 5 centímetros, com retorno total do tórax. As interrupções das compressões poderiam ter sido menores, considerando que a equipe logo iniciou a aspiração da paciente e houve uma pequena interrupção das compressões. Houve alternância de profissionais para compressões, entretanto não foi utilizada capnografia, por não estar disponível no setor.

Além disso, a equipe logo buscou identificar e corrigir uma causa de base para a PCR, sendo uma das abordagens principais no algoritmo da PCR. No caso, a paciente estava apresentando um dos “Hs”: hipóxia. Assim, ao garantir uma via aérea adequada, a equipe foi exitosa com o RCE. A Tabela 3 destaca as principais causas de PCR e suas abordagens terapêuticas, conforme Moura (2017).

Tabela 3 – Causas reversíveis de PCR

CAUSAS	TRATAMENTO
Hipovolemia	Infusão de fluido cristalóide
Hipóxia	Oxigênio a 100% + ventilação com dispositivo bolsa máscara OU via aérea avançada

Hidrogênio (acidose)	1mEq/Kg de bicarbonato 8,4% (1mL de NaHCO ₃ a 8,4% = 1mEq)
Hipercalemia	20mL de Gluconato de Cálcio 10% EV (1amp = 10mL = 1g) Solução polarizante [50g de glicose + 10UI de insulina regular] (50g de glicose = 100mL de glicose 50% ou 200mL de glicose 25%)
Hipocalemia	Sulfato de magnésio 2g EV (20mL de MgSO ₄ 10% ou 4mL de MgSo ₄ 50%) Em veia periférica: 490mL de SF0,9% + 10ml de KCl 10% para correr em 1h Em veia central: 480mL de SF0,9% + 20ml de KCl 10% para correr em 1h
Hipotermia	Reaquecimento (cristaloides a 42°C e mantas térmicas)
Trombose coronária (SCA)	Fibrinolíticos: tPA 15mg EV em 1-2 minutos seguido por 50mg EV em BIC por 30 minutos e por fim 35 mg EV em BIC por 1 hora OU estreptoquinase 1,5 milhão UI EV em BIC por 1 hora
Tromboembolismo pulmonar (TEP)	Fibrinolíticos: tPA 100mg EV em BIC para 2 horas OU estreptoquinase 250.000 UI em BIC para 30 minutos seguido de 100.000 UI/h por 24 horas
Tensão no tórax por pneumotórax	Toracocentese de alívio por punção com jelco nº 14 no 2º espaço intercostal na linha hemiclavicular, seguida posteriormente por drenagem de tórax com dreno em selo d'água.
Toxinas	Antídotos específicos e avaliar possíveis causas
Tamponamento cardíaco	Pericardiocentese (punção de Marfan): punção entre o apêndice xifoide e a margem costal esquerda em um ângulo de 15 a 30º direcionada para o ombro esquerdo.

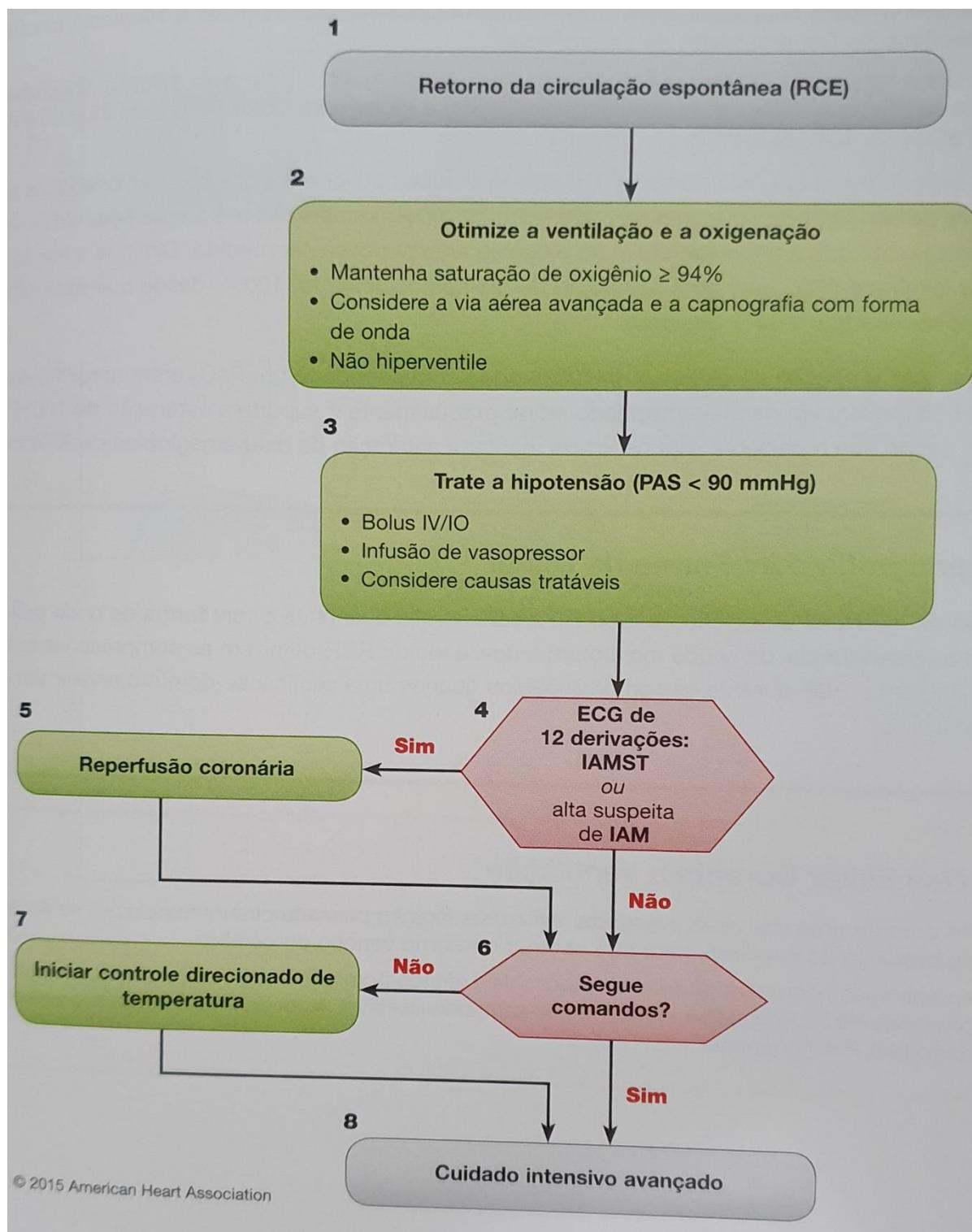
Fonte: MOURA, 2017

2.6.2. O cuidado pós parada

O manejo pós PCR é complexo e foca em várias condições delicadas simultaneamente, como determinação da causa da PCR e seu correto tratamento; minimizar a lesão cerebral; manejo da disfunção cardiovascular; manejo de problemas consequentes a lesão induzida por isquemia-reperusão (VELASCO, 2019).

De acordo com Martins (2017), após a RCE é necessário que o paciente seja transferido o mais rápido possível para a UTI. Recomenda-se usar oxigênio a 100% até que SatO₂ ou a PaO₂ seja aferida – sendo imprescindível coleta de gasometria.

Ilustração 5 – Cuidados pós parada



Outra medida terapêutica fortemente recomendada no período pós PCR é o controle de temperatura corporal. O controle ativo de temperatura é indicado a todos os pacientes arresponsivos pós PCR e reduz o risco e o impacto da lesão neurológica. A temperatura alvo deve ter qualquer valor entre 32 e 36°C por pelo menos 24 horas (AHA, 2015).

Além disso, recomenda-se controle glicêmico (não tolerando hiperglicemias acima de 180 mg/dL) e intervenção coronariana percutânea quando há suspeitas de PCRs de origem cardíaca (VELASCO, 2019). Assim, na Ilustração 5 evidencia-se o algoritmo de Cuidados Pós Parada, preconizado pelo ACLS.

Em relação ao caso, a conduta pós-parada foi adequada considerando a realidade do serviço. Entretanto, questiona-se a inexistência de um protocolo para o controle ativo da temperatura dos pacientes pós-PCR, observando que este é uma medida terapêutica citada em diversos materiais de estudo.

Um sistema abrangente, estruturado e multidisciplinar deve ser implementado de uma maneira consistente para o tratamento de pacientes pós-PCR. Os programas devem incluir o controle direcionado da temperatura, otimização a hemodinâmica, e troca gasosa, reperfusão coronária imediata quando indicada para recuperação do fluxo sanguíneo coronário com intervenção coronária percutânea (ICP), diagnóstico neurológico, tratamento de cuidado intensivo e prognóstico.

Os clínicos devem tratar a causa de precipitação da PCR após a RCE e iniciar ou solicitar estudos que contribuam ainda mais para a avaliação do paciente. É essencial identificar e tratar qualquer precipitante cardíaco, eletrólito, toxicológico, pulmonar e neurológico da PCR.

2.6.3 Bioética no caso: a necessidade de RCP vs Cuidado Paliativo

Ao analisar a história pregressa da paciente, em conjunto com o prontuário e evoluções e prognóstico, assim como na literatura, gostaria de refletir sobre indicação de RCP em ambiente hospitalar. No caso em questão, a paciente tem um histórico de muita debilidade, considerando AVCi prévio, paraplegia não esclarecida, injúria renal, lesão por pressão grau III, dependência da ventilação mecânica através da traqueostomia após internação de 49 dias na UTI.

Anteriormente a PCR, qual era o prognóstico dessa paciente? Será que a família tinha conhecimento da gravidade do quadro? Será que essa paciente não teria indicação de iniciar medidas de cuidado paliativo, antes da PCR? E, após essa PCR, qual

o prognóstico? Seria este um caso de distanásia, onde a equipe tenta prolongar, através de meios artificiais, a vida de um enfermo incurável? O cuidado paliativo deveria ter sido abordado anteriormente, ou deve ser abordado após esta PCR, ou não deve ser abordado? São reflexões que surgiram ao acompanhar o caso e que fomentaram o estudo sobre o Código de Ética Médica, sobre a necessidade de prestar auxílio, mas também sobre a ortotanásia e a distanásia.

Questionamentos no caso em relação ao Código de Ética Médica (2019):

- “XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.”: Qual deveria ter sido ou ser o melhor momento para uma abordagem paliativa?

- “É vedado ao médico: Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.”: Não abordar o Cuidado Paliativo é negligência?

- “É vedado ao médico: Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.”: Como os familiares são os responsáveis pela paciente, será que eles tinham total conhecimento para decidir sobre o estado de bem-estar dela?

- “É vedado ao médico: Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”: Considerando esta artigo, como se justifica a não-reanimação do paciente paliativo?

- “É vedado ao médico: Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.” É vedado o exagero de procedimentos. Como será a abordagem dessa paciente na UTI?

- “É vedado ao médico: Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.”. Existe uma linha clara sobre o que é abreviar a vida e o que é ‘prorrogá-la’?

A partir de todos esses questionamentos, foi possível refletir sobre questões bioéticas, limitação terapêutica e a atenção ao paciente em risco eminente de morte.

2.7 CASO CLÍNICO SOBRE O ATENDIMENTO A VÍTIMA POLITRAUMATIZADA

Atendimento realizado no PS, na sala vermelha, no dia 09/05/2019, às 23h02min.

Identificação: J.B.D.R.D.S., masculino, 22 anos, estudante, foi trazido pela equipe médica do SIATE, vítima de acidente frontal auto/auto, estando a vítima sentada como caroneiro do banco traseiro, sem cinto de segurança. Foi admitido em maca rígida com imobilização completa, conversando, ventilando em ar ambiente sem desconforto, Sat O2 98%, nega perda de consciência, nega alergias. Queixa-se de perda de sensibilidade e mobilidade de braços e pernas, referindo formigamento em membros superiores bilateral, associado a dor em ombro esquerdo.

A - VAS pérvias, verbalizando

B - MV presente, bilateral, sem RA. Sat O2 98%

C - PA 122/71 mmHg, FC 78 bpm. Pulsos presentes.

D - Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes, com déficits sensitivos e motores em membros superiores e inferiores, priapismo.

Exame físico:

- Cabeça e pescoço: Face atípica, pescoço simétrico, sem turgências

- Coluna: Nega dor na coluna

- Tórax: Expansibilidade mantida, sem dor ou crepitação à palpação de arcos costais. Sem escoriações ou equimoses.

- Abdome/pelve: Abdome flácido, indolor. Sem escoriações ou equimoses. Pelve estável.

- Membros: Sem dor a palpação muscular, ou de articulações.

Hipóteses diagnósticas:

- TRM/trauma de coluna cervicotorácico

- TCE

Conduta do plantonista na admissão:

- Avaliação primária com estabilização do paciente;

- Tomografia computadorizada de crânio, de coluna cervical e torácica;

- Radiografia de tórax, ombro esquerdo e bacia;

- Avaliação da neurocirurgia.

Conforme a tomografia cervical houve fratura desalinhada do processo transversal à direita de C4, com componente no forame transversal, se estendendo à articulação interfacetária, ao pedículo direito, ao arco posterior direito do processo

espinhoso. Redução da amplitude do canal vertebral pelo desalinhamento entre C4 e C5 em cerca de 20%.

Assim, foi constatado nos exames de imagem: Fratura de C4; paraplegia a nível de C4 e disparesia de braquial.

Paciente foi avaliado pelo neurocirurgião e urologista no dia posterior (10/05), que indicaram, respectivamente, conduta expectante e cistostomia, se bexigoma (devido a tentativa de sondagem vesical falha).

No dia 12/05, paciente em BEG, acordado, ativo, eupneico, Glasgow 15, relata algia cervical, em uso de colar, mantendo quadro de paraplegia, sem outras queixas. Conduta do plantonista: Aguardar vaga de UTI, paciente já aguardava na central de leitos, solicitou exames de rotina para o dia seguinte.

No dia 13/05, paciente estava na UCP quando evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, cianose central, hipotensão e pulso não palpável, evoluindo com parada cardiopulmonar. Pupilas midriáticas sem reflexo. Pele fria. Foi realizado 20 ciclos de ressuscitação cardiopulmonar e IOT pela equipe de trauma e clínica médica durante 45 minutos sem sucesso, evoluindo ao óbito às 09:28h. Paciente foi encaminhado para o IML.

Hipóteses do plantonista: Broncoaspiração; Congestão brônquica; Paralisia diafragmática.

2.8 CORRELAÇÕES TEÓRICAS DE APRENDIZADO

2.8.1 Acidentes por causas externas e o Núcleo de Educação em Urgências

No Brasil, as causas externas representam a terceira causa de morte entre crianças de zero a 09 anos, passando a ocupar a primeira posição na população de adultos jovens (10 a 49 anos) e ocupa a terceira posição entre a população acima de 50 anos. Esses dados estão diretamente ligados à explosão demográfica juntamente com os altos índices de violência e os avanços tecnológicos.

O atendimento ao paciente poli traumatizado deve seguir uma abordagem multidisciplinar pela possibilidade de múltiplas lesões associadas. Os danos causados pelos anos potenciais de vida perdidos, custos do tratamento e extensão da incapacidade sugerem que o trauma se tornou um problema de Saúde Pública com profundas repercussões na sociedade brasileira (ATLS, 2012).

Trabalhos sobre a mortalidade em região de fronteira trazem dados que evidenciam que a região de fronteira apresenta mais casos de morte por causas externas

do que o restante de municípios de mesma quantidade de habitantes que não estão em situações de fronteira. Dessa maneira, levanta-se novamente a necessidade de que os profissionais da região tenham um processo de educação permanente, preconizado pela portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002, com a criação de um Núcleo de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área.

2.8.2. O atendimento ao paciente com Traumatismo Raquimedular

O traumatismo Raquimedular (TRM) é a lesão na coluna vertebral com comprometimento neurológico por trauma de qualquer causa externa. A lesão da medula espinhal provoca alterações neurológicas, temporárias ou permanentes, na função motora, sensibilidade ou função autonômica. Frequentemente está associado a trauma cranioencefálico (TCE) ou poli trauma (MARTINS, 2017).

Uma falha estrutural da coluna vertebral desloca estruturas ósseas e ligamentares para o espaço neural, canal vertebral e estruturas nervosas. Essas estruturas deslocadas e rompidas aplicam forças sobre o tecido nervoso que resultam em perturbação funcional e anatômica.

Sobre o TRM, é importante pontuar, conforme Velasco (2019):

- Lesão primária: transferência de energia cinética, rompimento mecânico axonal adicional, lesão neuronal mecânica, rotura de vasos sanguíneos.
- Lesão secundária: redução do fluxo sanguíneo local com lesão neuronal e axonal adicional, por fenômenos inflamatórios, alterações do endotélio vascular e desequilíbrio neuroquímico.
- Localização segundo frequência: Segmento cervical > torácico > toracolumbar > lombossacral.
- Mecanismo do trauma: trauma fechado: súbita flexão, hiperextensão, compressão, rotação e trauma penetrante: projétil de arma de fogo (PAF) e arma branca.
- Na anamnese, avaliar: mecanismo de trauma, tempo decorrido do trauma e atendimento, circunstâncias do trauma, uso de substâncias tóxicas, estricamento (remoção do local) pela equipe pré hospitalar, sintomas neurológicos focais (presença, agravamento), dor ao longo da coluna vertebral, perda de consciência, uso de equipamentos de proteção da vítima, alergias, comorbidades, medicamentos, prenhez, última refeição.
- Lesões altas (acima de C3-C5) podem levar a paralisia frênica: necessidade de IOT.

O exame primário responde às prioridades do ATLS. Proteção da cervical é um dos primeiros passos do ATLS, junto dos cuidados com as vias aéreas. Dessa maneira, no paciente com TRM é necessário garantir o controle da coluna por meio de mobilização cuidadosa e imobilização adequada com colar cervical e prancha rígida. Também é necessário, para avaliação completa do paciente na exposição, inclusive do dorso, realizar o controle da coluna por meio de mobilização em bloco (rolamento lateral) (AHA, 2015).

Após a estabilização inicial do paciente deve-se realizar um exame neurológico pormenorizado, no exame secundário.

No caso, em discussão, o paciente chegou na Sala do Trauma imobilizado em prancha rígida, com colar cervical, como preconizado pelo ATLS (2012).

2.8.3. Exame secundário: o exame neurológico no paciente com TRM

É imprescindível suspeitar de traumatismo raquimedular quando o paciente apresenta dor local na distribuição da coluna (mobilização ativa ou passiva); lesões, lacerações de distribuição na coluna; incapacidade funcional; disestesias; espasmos musculares; respiração diafragmática/abdominal; perda de resposta a estímulos nocivos; alteração de controle de esfíncteres; testar reflexo bulbo cavernoso (se ausente pode indicar estado de choque medular); priapismo; reflexos patológicos (Babinski, Oppenheim) (ATLS, 2012).

No exame secundário, conforme ATLS (2012), deve ser realizada uma exploração vertebral, com exame estático e dinâmico cervical, torácico, lombar e sacral, sempre atento a correta imobilização de toda a coluna vertebral. Realiza-se inspeção e palpação da região vertebral.

Principalmente quando o paciente está consciente, realiza-se o exame neurológico. Neste caso, não foi possível devido à dificuldade do paciente em responder as perguntas. Apesar disso, o exame é feito no sentido craniocaudal. Avalia-se o nível sensitivo com estímulos tátil, doloroso, temperatura, vibração e propriocepção. Para diagnóstico inicial, é importante avaliar o último dermatomo com função sensitiva normal, podendo variar conforme a lateralidade (direita ou esquerda).

Tabela 4 - Avaliação neurológica de sensibilidade

Segmento espinhal	Dermátomo
C5	Área acima do deltoide e lateral do braço
C6	Dedo polegar e indicador
C7	Dedo médio
C8	Dedo mínimo
T4	Mamilos
T8	Apêndice xifoide
T10	Região umbilical
T12	Sínfise púbica
L4	Porção medial das panturrilhas
L5	Espaço interdigital entre os 1° e 2° pododáctilos
S1	Porção lateral dos pés
S3	Tuberosidades isquiáticas
S4/S5	Região perineal

Fonte: MARTINS, 2017.

Ademais, para avaliação da resposta motora, é possível avaliar os miótimos, conjunto de músculos inervados por uma raiz nervosa espinhal, analisando o grau de movimentação, função dos tratos corticoespinhais (Tabela 4 e 5).

Ao final do exame, determinar o nível sensitivo e motor mais caudal da medula espinhal com sensibilidade e motricidade normais (MARTINS, 2017).

Além disso, segundo Martins (2017), é necessário avaliar os reflexos profundos e superficiais. Os reflexos profundos avaliam os arcos reflexos e a sua ausência pode indicar lesões dos nervos periféricos ou a presença de choque medular. No exame, devem ser observados os reflexos bicipital (C5), braquiorradial (C6), tricipital (C7), patelar (L4), aquileu (S1). Ademais, os reflexos superficiais, como abdominais ou cremastéricos, avaliam o neurônio motor superior. A sua ausência simétrica indica lesão do neurônio motor superior e assimétrica, lesão do neurônio motor inferior.

Tabela 5 - Avaliação neurológica de motricidade.

Segmento Espinhal	Miótomo
C5	Deltoide e flexão do antebraço
C6	Extensores do punho
C7	Tríceps
C8	Flexores do punho e dedos
T1	Abdutor do dedo mínimo
L2, L3	Iliopsoas - Flexão do quadril
L3, L4	Quadríceps - extensão dos joelhos
L4, L5	Extensão do quadril
L5, S1	Isquiotibias - Flexão dos joelhos
L4, L5	Tibial anterior e extensor longo do hálux - Dorsiflexão do tornozelo e hálux
S1, S2	Gastrocnêmio e sóleo - Flexão plantar dos tornozelos

Fonte: MARTINS, 2017.

2.8.4. Diagnóstico sindrômico baseado no quadro clínico

De acordo com Velasco (2019), a partir da suspeita de TRM, no exame secundário é possível basear-se no quadro clínico para estabelecer um diagnóstico sindrômico:

- Sd. Medular central: Perda de força e comprometimento vascular nos MMSS > MMII medula (art. Espinhal anterior).
- Sd. Medular anterior: Perda motora e perda da sensibilidade à dor e à temperatura variáveis, com preservação da propriocepção e pressão profunda
- Sd. Brown Séquard (Lesão da metade lateral da medula espinhal): Perda motora e da propriocepção ipsilateral a lesão. Perda da sensibilidade contralateral à dor e à temperatura.
- Sd. Cone Medular: Bexiga, intestino e membros inferiores arreflexos. Pode ter preservado os reflexos bulbocavernosos e da micção.
- Sd. Cauda Equina: Bexiga, intestinos e MMII arreflexos.
- Lesão medular espinhal incompleta: Caso haja preservação parcial da função sensitiva e/ou motora abaixo do nível neurológico e inclua segmento sacral mais inferior. Avalia função sensitiva do esfíncter anal assim como sua contração voluntária.

- Lesão medular espinal completa: Ausência de função sensitiva ou motora no segmento sacral mais inferior.

A tomografia computadorizada é padrão ouro para a investigação de lesão da coluna medular na emergência. Mas deve-se lembrar que as radiografias também são ferramentas importantes no cenário da emergência. A radiografia cervical pode ser feita nas incidências de AP, perfil e oblíquas, podendo realizar AP transoral para avaliar C2, principalmente. Busca assimetrias, alinhamento vertebral, edema de tecidos moles, corpos estranhos, fraturas, etc (MOURA, 2017).

No caso, os exames solicitados pelo plantonista foram suficientes para a avaliação neurológica do paciente, diagnóstico e definição de conduta.

2.8.5. Identificação de sinais precoces de choque e sua distinção etiológica

No trauma medular ocorre interrupção das fibras nervosas simpáticas, abaixo do nível da lesão, a inervação parassimpática (vago) prevalece sem oposição, resultando em bradicardia, vasodilatação, aumento da capacidade venosa, hipovolemia relativa, arreflexia, paralisia flácida, íleo adinâmico e atonia vesical. Ou seja, é uma disfunção autonômica que interfere com a manutenção da estabilidade hemodinâmica (MARTINS, 2017).

No caso, não houve suspeita de choque medular porque na admissão o paciente encontrava-se estável hemodinamicamente. Entretanto, considerando o local da lesão, era imprescindível que a equipe estivesse com um monitoramento e cuidado mais intenso com este paciente. Não houve registro do que aconteceu, mas é possível que o paciente tenha sido movimentado sem rolamento em bloco, o que cursou com hipotensão e insuficiência respiratória, suspeitando-se de um choque neurogênico. Assim, é importante diferenciar os tipos de choque:

- Choque Hipovolêmico: hipotensão, taquicardia, pele fria e mal perfundida;
 - Choque Neurogênico: hipotensão, bradicardia, pele quente, perfusão distal presente.
- Maior atenção nos pacientes com rebaixamento de nível de consciência, intoxicados, hipotensos (chocados) e com lesões associadas de grande dimensão (distração): maior risco de lesões despercebidas na coluna. Ocorre alteração da funcionalidade das vias simpáticas descendentes da coluna cervical e torácica superior, perda do tônus vasomotor e inervação simpática cardíaca, relacionado às lesões acima de T6; vasodilatação visceral e membros inferiores, ausência de resposta cronotrópica à hipovolemia.

O exame clínico reflete com maior precisão a lesão neurológica quando o choque medular desaparece e ocorre a repolarização das estruturas nervosas dos tecidos neuronais não lesionados. Fica evidenciado com o retorno do reflexo bulbo cavernoso.

O reflexo bulbo cavernoso é de grande importância na avaliação do choque medular. Sua avaliação está baseada na estimulação peniana/clitoriana com resposta motora (contração) do esfíncter anal. Está inicialmente ausente junto a perda transitória da função sensitiva/motora e seu retorno indica o término do choque medular e determinação do déficit neurológico após a lesão. O aparecimento de reflexos patológicos (como Babinski e Oppenheim) indicam lesão do primeiro neurônio motor (VELASCO, 2019).

2.8.6. Complicações do paciente com TRM

No tratamento do paciente com TRM, é importante prever as possíveis complicações para que possam ser prevenidas. Neste caso, a insuficiência ventilatória aguda poderia ser prevista, por exemplo.

As complicações esperadas em um trauma raquimedular, conforme Moura (2017), são: insuficiência ventilatória aguda, bexiga neurogênica, úlceras de pressão, deficiência nutricional, espasmos musculares, disfunção neurogênica de ereção, dor crônica, para/tetraplegia, infecções, redução da qualidade de vida, invalidez, transtornos psiquiátricos, óbito.

2.9 CASO CLÍNICO SOBRE ANAFILAXIA

Atendimento realizado na Sala Vermelha do Pronto Socorro do HMPGL, no dia 21/11/2019, às 19h20min.

Identificação: M. D. S. D. S., masculino, 6 anos, vem encaminhado da UPA Morumbi devido a febre e placas em toda extensão corporal. Às 15:30h de hoje, após festa de aniversário na escola, a mãe recebe ligação da escola avisando que a criança estava com febre (39°C) e uma tumoração em região frontal. Segundo relato, o paciente não sofreu queda. Ao chegar na escola, de acordo com a mãe, a criança também apresentava tumoração coxa direita e diversas manchas no corpo. Foi levado à UBS Profilurb II com recusa de atendimento médico. O enfermeiro acionou o SAMU, que o encaminhou à UPA Morumbi. Por volta das 19h o paciente foi trazido a este serviço. Mãe relata histórico de reações alérgicas devido a ovo, leite e poeira. Faz uso de Risperidona (0-0-1) por TDAH.

Exame físico:

BEG, LOTE, AAA, eupneico em aa, Tec < 3s; FC 130 bpm; SatO2 96%; FR 20irpm

Cabeça e pescoço: Presença de tumoração em região frontal e placas hipocrômicas difusas. Ausência de adenomegalia. Presença de placas por todo o corpo.

AC: BNF 2T, ritmo regular, sem sopro

AP: MV + em todos os campos, sem ruídos adventícios

ABD: plano, flácido, sem dor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias

NEURO: pupilas fotoisoreagentes, Glasgow 15

Pulsos periféricos presentes, amplos e homólogos

Conduta do plantonista:

Solicito parecer da pediatria

Sintomáticos (prometazina 25mg IM + dexametazona 10mg EV +0,3mg de adrenalina IM + ranitidina 25mg + dipirona)

Observação na sala vermelha

Criança apresentou boa evolução durante o plantão e foi encaminhada ao quarto para internamento.

2.10 CORRELAÇÕES TEÓRICAS DE APRENDIZADO

2.10.1. O atendimento ao paciente alérgico

Em relação ao paciente alérgico, é sempre importante ter critérios bem definidos diferenciando urticária, angioedema e anafilaxia (MOURA, 2017):

- Urticárias: caracterizam-se por erupção cutânea muito pruriginosa, com placas eritematosas elevadas de tamanho variado, únicas ou coalescentes com região central mais pálida. Podem ser agudas (menos de 6 semanas de evolução) ou crônicas (mais de 6 semanas).

- Angioedema: lesões que acometem as regiões do tecido conjuntivo frouxo e da derme, apresentando-se como edema sem cefaléia e bem delimitado de face, pálpebras, língua, mãos, pés, genitália, membranas mucosas e outras partes do corpo como a laringe, podendo causar dificuldade respiratória associada.

- Anafilaxia: reação alérgica grave multissistêmica de início rápido e com risco de morte.

Em relação a fisiopatologia, sabe-se que ocorrem, na maioria das vezes, por uma reação medicada por IgE. Um determinado alérgeno ativa mastócitos e basófilos da pele, levando à liberação de histamina, leucotrienos e prostaglandinas dessas células. Esses mediadores são responsáveis por vasodilatação local e aumento da permeabilidade vascular. Outros estímulos (como contrastes, medicamentos e alimentos) podem ser responsáveis pela liberação de histamina de forma direta, sem mediação pela IgE (MARTINS, 2017).

O diagnóstico é essencialmente clínico, podendo ser necessários alguns exames laboratoriais para afastar doenças sistêmicas causando o quadro urticariforme.

Os exames solicitados devem ser o hemograma completo, VHS, dosagem de imunoglobulinas, FAN, testes de função renal e hepática, avaliação da função da tireoide (TSH e T4 livre), anticorpos antitireoglobulina e antiperoxidase, complemento, EAS e parasitológico de fezes (EPF).

Dessa maneira, na presença de qualquer um dos seguintes critérios, há alta probabilidade de ocorrência de anafilaxia:

1. Aparecimento, em minutos até algumas horas, de acometimento da pele, mucosas ou ambos (urticária generalizada, prurido, rubor, edema de lábios-língua-úvula) e de pelo menos um dos seguintes sintomas:

- Comprometimento respiratório
- Redução da PA ou sintomas sugestivos de disfunção orgânica

2. Dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas que acontecem de minutos a algumas horas após a exposição a um provável alérgeno para o paciente:

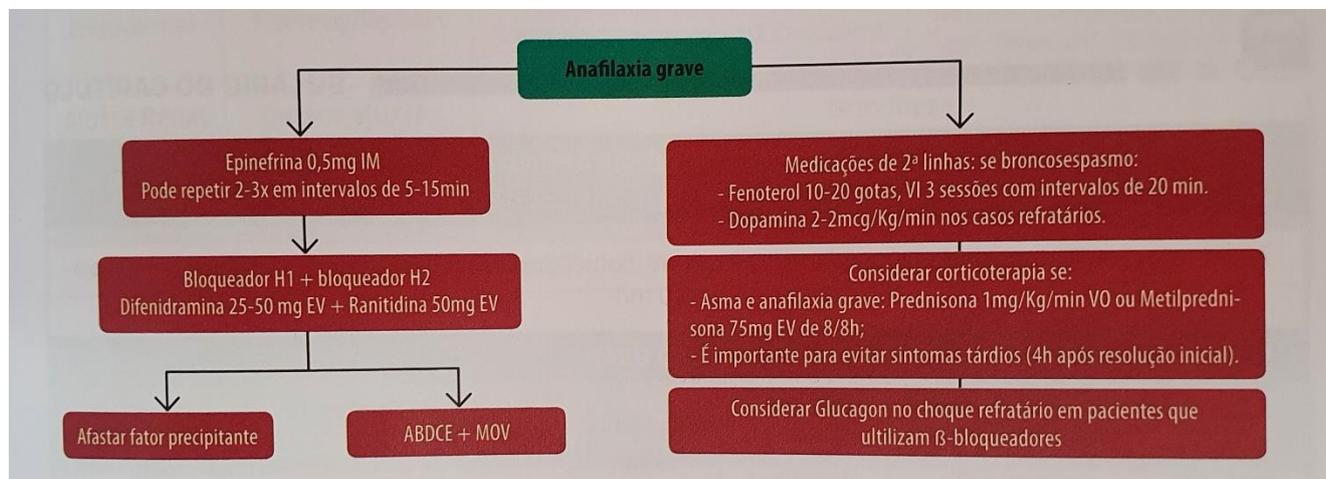
- Acometimento cutâneo mucoso
- Comprometimento respiratório
- Redução de PA
- Sintomas gastrointestinais persistentes

3. Redução da PA após exposição a um alérgeno conhecido para o paciente.

Considerando o atendimento ao paciente, o mesmo enquadrou-se no diagnóstico de anafilaxia em sua admissão, onde apresentou a exposição a um provável alérgeno e comprometimento respiratório, cutâneo e mucoso. Entretanto, apresentou

melhora após a administração de adrenalina. Na Ilustração 6, encontra-se o algoritmo de tratamento para a anafilaxia, conforme Moura (2017).

Ilustração 6 – Algoritmo para anafilaxia



Fonte: MOURA, 2017

2.10.2. Diagnósticos diferenciais de alergias e anafilaxia

Diagnóstico diferencial de anafilaxia:

- choque circulatório (hipovolêmico, cardiogênico, séptico);
- dispneia súbita: aspiração de corpo estranho, embolia pulmonar, infusão rápida de vancomicina, desordens psiquiátricas

Diagnóstico diferencial de urticária:

- Mastocitose (urticária pigmentosa)
- doenças do complemento
- neoplasias
- dermatite de contato
- infecções virais, bacterianas ou parasitárias
- eczema
- prurigo estrófulo
- Eritema polimorfo
- Penfigoide bolhoso
- Lúpus eritematoso
- farmacodermia
- vasculites e poliartrites

- urticária vasculite

2.10.3. Orientações pós sensibilização alérgica

No caso, o paciente já havia apresentado anteriormente reações alérgicas, de menor intensidade. Entretanto, a família negou ter recebido orientações sobre como lidar diariamente com a alergia. Dessa maneira, a família poderia ter sido melhor abordada e comunicada na alta anterior sobre sinais e sintomas de alarme das alergias e reações anafiláticas.

A identificação do(s) fator(es) causal(ais) é essencial para o estabelecimento de medidas preventivas específicas. Os agentes etiológicos mais comuns de anafilaxia são alimentos, venenos de insetos e medicamentos (VELASCO, 2019). Reações associadas a exercício físico, assim como sensibilização ao látex também podem ocorrer. Baseado na história clínica e com o estudo da sensibilização alérgica é possível esclarecer a etiologia em significativo número de casos (MOURA, 2017). No entanto, em raros casos não se identifica agente causal caracterizando o quadro de anafilaxia idiopática.

Na infância o diagnóstico de anafilaxia pode ser mais difícil. Dependendo da faixa de idade a criança pode não ter condições de expressar os sintomas. Paciente e familiares devem estar atentos às circunstâncias que podem determinar novas reações. Devem reconhecer sinais precoces de anafilaxia e saber atuar com eficácia naquele momento. Para tanto, é necessário que recebam informação adequada do médico, preferencialmente do alergologista.

Prevenção de contatos com o agente suspeito ou confirmado: alimentos, medicamentos, insetos, etc.: Familiares, amigos e seus pais devem conhecer a condição alérgica da criança e ser informados sobre as particularidades: medicações a evitar, alimentos proibidos, atitudes e medicamentos a aplicar em caso de emergência. Os familiares devem notificar à escola que a criança apresenta risco de desenvolver uma reação anafilática, esclarecendo os desencadeantes que podem precipitar uma reação e a medicação de emergência a ser aplicada.

Em casos de anafilaxia por alimentos, pacientes e/ou responsáveis devem ler com atenção os rótulos de alimentos industrializados. Devem ser treinados ao conhecimento da nomenclatura usada pela indústria de alimentos na composição dos produtos, instruídos a respeito de “alérgenos escondidos” e de possíveis reações cruzadas com outros alérgenos.

Na anafilaxia por picada de himenópteros o paciente deve evitar locais conhecidos pela presença destes insetos. Portar medicação de emergência nessa condição é fundamental (MARTINS, 2017).

Pacientes sensíveis a medicamentos devem identificar a droga que causou a reação e conhecer as eventuais opções terapêuticas com indicação similar. É conveniente que o médico forneça documento contendo estes dados. Os pacientes devem portar cartão de identificação no qual conste seu nome; nome e telefone dos pais; nome e telefone do médico e local do serviço de emergência para o qual deve ser encaminhado. Em caso de reação: recorrer ao uso da medicação de emergência indicada pelo alergiologista e buscar imediatamente um serviço médico de emergência. Cuidados com exercícios pós-alimentação: Evitar alimentação nas quatro horas anteriores a exercício extenuante, mesmo que reação prévia não tenha sido verificada esta relação (VELASCO, 2019).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme a definição de urgência e emergência, encontrada na Resolução do CFM nº 1451/95, a emergência difere da urgência devido ao seu risco potencial de vida constatado por médico. Por isso, cabe ressaltar a importância do ato médico na caracterização da gravidade e da extensão do quadro clínico do paciente, diferenciando a urgência da emergência. A classificação deve ser preferencialmente feita por médicos e, quando realizada por enfermeiros, só pode ser baseada em sintomas, não podendo envolver diagnóstico.

Foi possível notar que, na cadeia de atenção à saúde, o Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência é um dos segmentos mais exposto e visível para a população, pois lida com o pior dia de uma família e, por isso, a precariedade de seu atendimento, agravada por tratar de pacientes graves que exigem cuidados imediatos, faz com que os problemas do setor causem choque e indignação na população.

Como mencionado ao longo do trabalho, as necessidades imediatas da população ou necessidades agudas ou de urgência, são pontos de pressão por respostas rápidas. Então o Sistema deve ser capaz de acolher os seus usuários, prestando-lhe atendimento e redirecionando-a para os locais adequados à continuidade do tratamento, através do trabalho integrado das Centrais de Regulação Médica de Urgências com outras Centrais de Regulação de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, consultas especializadas, consultas na rede básica de saúde, assistência social, transporte sanitário não urgente, informações e outros serviços e instituições, como por exemplo, as Polícias Militares e a Defesa Civil.

Estas centrais, obrigatoriamente interligadas entre si, constituem um verdadeiro complexo regulador da assistência, ordenador dos fluxos gerais de necessidade/resposta, que garante ao usuário do SUS a multiplicidade de respostas necessárias à satisfação de suas necessidades.

Em relação as condições do serviço, no local existe superlotação de pacientes normalmente atendidos por uma equipe de saúde subdimensionada, gerando grande estresse em todos os profissionais, que trabalham além do limite físico e intelectual para bem atender aos pacientes. Invariavelmente, as equipes têm menos profissionais do que o necessário para o atendimento, condição de difícil correção, considerando a falta de profissionais qualificados e cortes orçamentários.

A “vaga zero” trouxe grande problema para os médicos que atuam no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, pois quando os hospitais de referência estão superlotados, com as salas de emergência sem condição de atendimento, com pacientes graves em macas, no ventilador, sem assistência médica adequada e especializada, o sistema entra em colapso pois o médico regulador não tem para onde encaminhar os pacientes graves que estão nas UPAs, nos hospitais de menor porte, nas cidades do interior, ou aqueles atendidos pelo SAMU. Isto tem gerado conflitos entre os médicos do Sistema, conflitos esses agravados pelo fato de que a “vaga zero” tem sido sistematicamente banalizada pelo médico que encaminha o paciente, o que agrava as péssimas condições de atendimento no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência dos hospitais de referência.

Dentro da concepção de reestruturação do modelo assistencial atualmente preconizado, inclusive com a implementação do Programa de Saúde da Família, é fundamental que a atenção primária e o Programa de Saúde da Família se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência.

Não se pode admitir que um paciente em acompanhamento em uma unidade básica de saúde, por exemplo, por hipertensão arterial, quando acometido por uma crise hipertensiva, não seja acolhido na unidade em que habitualmente faz tratamento. Nesta situação se aplicaria o verdadeiro conceito de pronto atendimento, pois, numa unidade onde o paciente tem prontuário e sua história pregressa e atual são conhecidas, é possível fazer um atendimento rápido e de qualidade, com avaliação e readequação da terapêutica dentro da disponibilidade medicamentosa da unidade. Quando este paciente não é acolhido em sua unidade, por ausência do profissional médico, por falta de vagas na agenda ou por qualquer outra razão e recorre a uma unidade de urgência como única possibilidade de acesso, é atendido por profissionais que, muitas vezes, possuem vínculo temporário com sistema, não conhecem a rede loco regional e suas características funcionais e, freqüentemente, prescrevem medicamentos não disponíveis na rede SUS e de alto custo. Assim, o paciente não usa a nova medicação que lhe foi prescrita porque não pode adquiri-la e, tão pouco, usa a medicação anteriormente prescrita e disponível na unidade de saúde, pois não acredita que esta seja suficiente para controlar sua pressão. Esta situação problema é apenas ilustrativa de uma grande gama de situações semelhantes, que acontecem diariamente, não apenas com hipertensos, mas com diabéticos, pacientes portadores de dor aguda e/ou crônica, cardiopatas, portadores de

doença pulmonar obstrutiva crônica, mulheres em acompanhamento ginecológico e/ou obstétrico, crianças em programa de puericultura e etc.

De acordo com a Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002, um dos grandes problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é o “pronto atendimento” aos usuários do sistema. As portas de urgência e emergência ainda apresentam dificuldades evidentes, em maior grau, provocadas pela imensa demanda de condições clínicas de urgência e emergência. Assim, o Ministério da Saúde, nos últimos anos, vem realizando esforços permanentes e progressivos no sentido de fortalecer a sua Rede de Urgência e Emergência (RUE). A busca da resolutividade nesses cenários assistenciais trata-se de uma das grandes prioridades do sistema.

Com a nova configuração dos serviços de urgência e emergência, não baseada em uma hierarquia, mas organizada em rede, devemos repensar aquela imagem de que somente os hospitais podem atuar na urgência e emergência. Hoje, vemos cada vez mais a articulação entre os níveis assistenciais fazer uma rede de urgências e emergências sólida. Partindo do princípio do atendimento integral, todos os profissionais de saúde que fazem parte do atendimento em saúde, atuam também na rede de urgência e emergência, de forma multidisciplinar e inter setorial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHA, American Heart Association. Destaques da American Heart Association - Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. Edição em português: Hélio Penna Guimarães, MD, PhD, FAHA e a equipe do Projeto de Destaques das Diretrizes da AHA. 2015.

ATLS, Advanced Trauma Life Support Student Course Manual, American College of Surgeons, Copyright 2012, 9ª ed

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html. Acesso em 18 de novembro de 2020.

CEM. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

DCN. Diretrizes Curriculares Nacionais. Ministério da Educação / Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192 >. Acesso em 18 de novembro de 2020.

MARTINS, Herlon ...[et al.]. Medicina de emergência : revisão rápida / Barueri, SP : Manole, 2017.

MOURA, Carlos Geraldo G. de, Yellowbook : fluxos e condutas de medicina interna / Carlos Geraldo G. de Moura, Clístenes Queiroz, Marconi Moreno Cedro Souza, autores. – Salvador : SANAR, 2017.

PHTLS: Atendimento Pré hospitalar no trauma, Copyright 2017, National Association of Emergency Medical Technicians, 8ªed.

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência - RUE/Marcos Antônio Barbosa Pacheco (Org.). - São Luís, 2015.

VELASCO, Irineu Tadeu [et al.]. Medicina de emergência: abordagem prática / 13. Ed., ver., atual. E ampli. – Barueri [SP] : Manole, 2019.