



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

**MEDICINA**

## **VIVÊNCIAS DO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS**

**JÉSSICA DE ANDRADE JANUSKEVICIUS**

Foz do Iguaçu  
2022

## **VIVÊNCIAS DO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS**

**JÉSSICA DE ANDRADE JANUSKEVICIUS**

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

Orientador: Prof. Ma. Flavia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu  
2022

JÉSSICA DE ANDRADE JANUSKEVICIUS

## VIVÊNCIAS DO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS

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. Ma. Flavia Julyana Pina Trench  
UNILA

---

Prof. Dr. Luis Fernando Boff Zarpelon  
UNILA

---

Prof. Ma. Rosana Alvarez Callejas  
UNILA

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

## TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Jéssica de Andrade Januskevicius

Curso: Medicina

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

Título do trabalho acadêmico: Vivências do Internato em Urgência e Emergência no SUS

Nome do orientador(a): Ma. Flavia Julyana Pina Trench

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

### Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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

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

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

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

Dedico este trabalho ao meu pai, a quem há 4 anos não posso ouvir nem abraçar. Onde quer que estejas, te sinto sempre comigo.

*A vida pode ser, de fato, escuridão se não houver vontade, mas a vontade é cega se não houver sabedoria, e a sabedoria é vã se não houver trabalho, e o trabalho é vazio se não houver amor. E quando trabalhais com amor, vós vos unis a vós próprios, e uns aos outros, e a Deus. **Khalil Gibran***

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo caracterizar a rede de Urgência e Emergência de Foz do Iguaçu, apresentar a discussão de alguns dos casos clínicos acompanhados no módulo, bem como apresentar as atividades realizadas pela acadêmica durante do internato em Urgência e Emergência no Sistema Único de Saúde. O estágio ocorreu no período de agosto a dezembro de 2021 e contou com os seguintes cenários de práticas: Unidades de Pronto Atendimento Dr. Walter Cavalcanti e João Samek, e o Pronto Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Para a construção deste trabalho, foram utilizados livros impressos e artigos científicos e protocolos disponíveis em bases de dados eletrônicas, com vistas a explorar temas frequentemente vivenciados na prática clínica de forma atualizada, com abordagem voltada ao desenvolvimento do raciocínio clínico e manejo adequado de cada condição, atributos fundamentais a uma boa prática médica. Este trabalho traz ainda as percepções da acadêmica quanto aos procedimentos e vivências na Urgência e Emergência contribuindo para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de habilidades técnicas e de convívio com as equipes, colegas e pacientes.

**Palavras-chave:** internato; urgência; emergência; Sistema Único de Saúde; medicina

## RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo caracterizar la red Urgência e Emergência en Foz do Iguaçu, presentar la discusión de algunos de los casos clínicos acompañados en el módulo, así como presentar las actividades realizadas por la académica durante su internato en Urgência e Emergência en el Sistema Único de Salud. El módulo ocurrió de agosto a diciembre de 2021 y contó con los siguientes escenarios de práctica: Unidades de Atención de Emergencia Dr. Walter Cavalcanti y João Samek, y el Pronto Socorro del Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Para la construcción de este trabajo se utilizaron libros impresos, artículos científicos y protocolos disponibles en bases de datos electrónicas, con el fin de explorar temas frecuentemente vividos en la práctica clínica de forma actualizada, con un enfoque centrado en el desarrollo del raciocinio clínico y manejo adecuado de cada condición, atributos fundamentales de la buena práctica médica. Este trabajo también trae las percepciones de la académica sobre procedimientos y experiencias en Urgencias y Emergencias, contribuyendo para el desarrollo y mejora de las habilidades técnicas y de la interacción con equipos, colegas y pacientes.

**Palabras-clave:** internato; urgencia; emergencia; Sistema Único de Salud; medicina

## ABSTRACT

This work aimed to characterize the Urgency and Emergency network in Foz do Iguaçu, present the discussion of some of the clinical cases monitored in the module, as well as present the activities carried out by the academic during her internship in Urgency e and Emergency at Health Unic System. The internship took place from August to December 2021 and featured the following practice scenarios: Emergency Care Units Dr. Walter Cavalcanti and João Samek, and the Pronto Socorro of the Hospital Municipal Padre Germano Lauck. For the construction of this work, printed books and scientific articles and protocols available in electronic databases were used, with a view to exploring themes frequently experienced in clinical practice in an updated way, with an approach focused on the development of clinical reasoning and adequate management of each condition, fundamental attributes of good medical practice. This work also brings the perceptions of the academic regarding the procedures and experiences in Urgency and Emergency, contributing to the development and improvement of technical skills and interaction with teams, colleagues and patients.

**Keywords:** internship; urgency; emergency; Health Unic System; medicine

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Componentes da Rede de Atenção às Urgências .....	13
<b>Figura 2</b> – Pontos da Rede de Urgência e Emergência – RUE .....	16
<b>Figura 3</b> – Fluxograma para o tratamento da gravidez ectópica .....	26
<b>Figura 4</b> – Principais síndromes tóxicas .....	40

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Manejo da SCA .....	35
<b>Quadro 2</b> – Classificação quanto à gravidade e soroterapia recomendadas para o acidente botrópico .....	59
<b>Quadro 3</b> – Resumo dos achados nos 3 testes que devem ser realizados em pacientes com vertigem periférica e central .....	63
<b>Quadro 4</b> – Escore ABCD2 .....	64
<b>Quadro 5</b> – Diagnósticos etiológicos do quadro de agitação psicomotora .....	68
<b>Quadro 6</b> – Medicações utilizadas no manejo da agitação psicomotora .....	70
<b>Quadro 7</b> – Drogas para Intubação em Sequência Rápida (ISR) .....	79
<b>Quadro 8</b> – Drogas para ISR com dosagem correspondente ao peso .....	81
<b>Quadro 9</b> – Drogas para ISR e preço por unidade .....	81
<b>Quadro 10</b> – Drogas disponíveis no serviço de UE de Foz do Iguaçu – PR .....	82
<b>Quadro 11</b> – Procedimentos acompanhados e realizados durante o internato em UE .....	82

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Resultados de exames laboratoriais de A.J.S.B .....	24
<b>Tabela 2</b> – Resultados de exames laboratoriais da paciente C.G.A.....	53
<b>Tabela 3</b> – Resultados de exames laboratoriais da paciente I.L.O.....	58
<b>Tabela 4</b> – Resultados dos exames laboratoriais do paciente A.A.R .....	76

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI	Angina Instável
AIT	Ataque Isquêmico Transitório
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVP	Acesso Venoso Periférico
BRE	Bloqueio de Ramo Esquerdo
CIATOX	Centro de Informação e Assistência Toxicológica
CPK	Creatinofosfoquinase
CVC	Cateter Venoso Central
DCV	Doenças Cardiovasculares
DHE	Distúrbio Hidroeletrólítico
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRGE	Doença do Refluxo Gastroesofágico
DUM	Data da Última Menstruação
EAP	Edema Agudo de Pulmão
ECG	Eletrocardiograma
FE	Fração de Ejeção
FID	Fossa Ilíaca Direita
GGT	Gama Glutamil Transferase
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIC	Hipertensão Intracraniana
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
IECA	Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina
IOT	Intubação Orotraqueal
ISR	Intubação em Sequência Rápida
LAD	Lesão Axonal Difusa
LC	Linha de Cuidado
MNM	Marcador de Necrose Miocárdica

OVACE	Obstrução de vias aéreas por corpo estranho
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PH	Pseudocrise Hipertensiva
PNAU	Programa Nacional de Atendimento às Urgências
RM	Ressonância Magnética
RNC	Rebaixamento do Nível de Consciência
RPU	Rede Paranaense de Urgência
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAB	Soro Anti Botrópico
SABC	Soro Anti Botrópico Crotálico
SABL	Soro Anti Botrópico Laquélico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNC	Sistema Nervoso Central
SNE	Sonda Nasoenteral
SVA	Sonda Vesical de Alívio
SVD	Sonda Vesical de Demora
TC	Tomografia Computadorizada
TCE	Trauma Cranioencefálico
TEP	Tromboembolismo Venoso
TGO	Transaminase Glutâmico-Oxalacética
TGP	Transaminase Glutâmico-Pirúvica
UE	Urgência e Emergência
UH	Urgência Hipertensiva
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VD	Ventrículo Direito
VPPB	Vertigem Posicional Paroxística Benigna

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 DESENVOLVIMENTO</b> .....	13
2.1 REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS .....	13
2.1.1 Organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Paraná	13
2.1.2 Cenários de Práticas no Internato em UE.....	17
2.1.2.1 Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24 horas .....	17
2.1.2.2 Pronto Socorro do HMPGL.....	19
2.2 CASOS CLÍNICOS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....	20
2.2.1 Caso 01: abdome agudo .....	20
2.2.2 Caso 02: confusão mental e êmese.....	27
2.2.3 Caso 03: intoxicação exógena.....	38
2.2.4 Caso 04: crise hipertensiva .....	45
2.2.5 Caso 05: icterícia.....	50
2.2.6 Caso 06: acidente com animal peçonhento .....	55
2.2.7 Caso 07: vertigem .....	60
2.2.8 Caso 08: agitação psicomotora .....	65
2.2.9 Caso 09: dispneia.....	72
2.2.10 Drogas na Emergência .....	79
2.3 PROCEDIMENTOS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....	84
<b>3 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	92
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	94

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso foi construído a partir dos aprendizados e vivências de acadêmica durante o internato em urgência e emergência do SUS, compreendido no período de agosto a dezembro de 2021, em três cenários de prática que compõem parte da Rede de Urgência e Emergência na cidade de Foz do Iguaçu-PR: o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) João Samek e Walter Cavalcanti Barbosa. As atividades foram organizadas em plantões diurnos e noturnos com duração de 12 horas, com escala de 3 a 4 plantões por semana e intervalo mínimo de 12 horas entre eles.

À priori, o internato em Urgência e Emergência objetiva preparar o acadêmico para ser capaz de reconhecer situações ameaçadoras à vida, que exijam detecção precoce e correta intervenção, capazes de evitar desfechos desfavoráveis a curto, médio e longo prazos.

Ao promover a atuação nestes cenários, o internato visa promover aos acadêmicos o contato com pacientes graves desde a admissão na UPA, fomentando o desenvolvimento da habilidade de organizar por primeiro a história clínica de um paciente, ou de acompanhar e repensar cada caso no seguimento hospitalar. Ao longo de 5 meses, fomenta o exercício de habilidades técnicas como a coleta da anamnese e realização do exame físico, a evolução clínica, o raciocínio clínico, a familiarização com a prescrição medicamentosa sob supervisão médica, bem como a observação e realização de procedimentos, vivenciando os desafios e as alegrias do contexto de urgência e emergência.

Para além das habilidades técnicas e cognitivas, a dinâmica do internato visa permitir ao acadêmico a aquisição e aperfeiçoamento de habilidades técnicas e interpessoais, agregando significado ao aprendizado através da articulação teórico-prática do ensino em serviço.

Construído ao longo de todo o período de internato, este trabalho pretende caracterizar a rede de Urgência e Emergência de Foz do Iguaçu, compartilhar a discussão de alguns dos casos clínicos acompanhados no módulo, abordando aspectos técnicos percepções da acadêmica quanto aos procedimentos e vivências na Urgência e Emergência, bem como apresentar os procedimentos realizados durante o período. Para tal foi utilizada literatura científica com abordagem voltada ao desenvolvimento do raciocínio clínico e manejo adequado de cada condição, numa perspectiva reflexiva sobre a prática clínica, buscando fundamentar os primeiros passos para uma boa prática médica no futuro que se aproxima.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

#### 2.1.1 Organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Paraná

O contexto epidemiológico de tripla carga de doenças desafia cada vez mais o atendimento às Urgências e Emergências (UE) no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que, ao mesmo tempo em que assiste o envelhecimento da população contribuindo, por exemplo, para o aumento de agravos por doenças cardiovasculares, também presencia o aumento da morbidade por causas externas como os acidentes de trânsito, impactando principalmente sobre a população mais jovem (BRASIL, 2013).

Para garantir a assistência integral em seus diferentes níveis de complexidade, é fundamental a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), instituída pela portaria 1600/2011 no âmbito da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), com o objetivo de articular e integrar todos os equipamentos de saúde a fim de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral dos usuários em situação de UE aos serviços de saúde.

A 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 e emergência. Na figura 1., observa-se os diversos pilares da RUE, em ampla associação e relação direta a Atenção Básica (AB).

Figura 1. Componentes da Rede de Atenção às Urgências



Fonte: Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde, 2013

No contexto do estado do Paraná, a Rede Paraná Urgência (RPU) tem como diretrizes gerais: a organização da Atenção Primária a Saúde (APS) em todos os municípios; a implantação da classificação de risco de Manchester em todos os níveis de atenção à saúde; o estabelecimento de critérios de atendimento com associação ao tempo-resposta; o estabelecimento de competências dos vários níveis de atenção à saúde; a definição dos atendimentos por linhas de cuidado (LC) e pontos regionalizados com implantação de transferência sob regulação; a implementação de pactuações interestaduais e implantação do Programa de Educação Permanente em Atenção às Urgências às equipes de saúde.

Para contemplar estes pontos, a RUE conta com diversas estratégias que envolvem desde ações de promoção, prevenção e vigilância, que se iniciam antes mesmo da ocorrência de uma urgência em si. Neste âmbito, desenvolve e fomenta campanhas educativas relacionadas a prevenção de violências, uso abusivo de álcool e outras drogas, acidentes de trânsito e doenças crônicas não transmissíveis: condições que culminam frequentemente com a necessidade de assistência em UE (BRASIL, 2015).

A RUE também se relaciona com a APS. Apesar desta não figurar diretamente como um ponto de atenção em UE, sua atuação está muito relacionada com ela. Cabe a APS estar apta a classificar risco e ser resolutiva nos casos de baixo risco (verde/azul), fornecer primeiro atendimento até a transferência e acionar o 192. Deve também coordenar o cuidado, elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar o fluxo e receber os usuários provenientes da RUE.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ordena o fluxo assistencial através da central de regulação médica de urgências, disponibiliza atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica e psiquiátrica, estabelecendo fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro da RUE (BRASIL, 2012).

Desde 1990, o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE) funciona no Paraná por intermédio da parceria com o Corpo de Bombeiros, Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e municípios, com atendimento especializado ao trauma e regulação médica. A partir de 1995, o SIATE se expandiu para o interior do estado e atualmente está implantado pelo modelo integral em Curitiba, São José dos Pinhais, Campo Largo, Ponta Grossa, Londrina, Maringá, Foz do Iguaçu e Cascavel (UCHIMURA, 2014).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são estruturas de complexidade intermediária entre as UBS e a rede hospitalar, devendo funcionar 24 horas por dia, todos os dias da semana, e compor uma rede organizada de atenção às UE, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e referenciá-los para os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), para os serviços da AB, Atenção Especializada (AE) ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população.

Quanto ao componente hospitalar da RUE, instituído pela Portaria MS/GM nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, se constitui de hospitais de referência, enfermaria de retaguarda clínica, Unidades de Cuidados Prolongados (UCP), leitos de terapia intensiva; e organização das LC prioritárias: LC do infarto agudo do miocárdio (IAM), LC do acidente vascular cerebral (AVC) e LC do trauma.

A Portaria MS/GM nº 2.994, de 23 de dezembro de 2011 aprovou a LC do IAM e o protocolo de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), a fim de promover estratégias para ampliação, agilidade e qualificação do atendimento ao usuário que necessite de cuidados ao IAM. Dentre as ações estão: implantar protocolos de transferência e transporte para agilização do atendimento e início rápido do tratamento de reperfusão; expandir a telemedicina para diagnóstico eletrocardiográfico precoce; qualificar o atendimento ao IAM nas urgências pré-hospitalares e implementar a integração entre o diagnóstico pré-hospitalar e a conduta hospitalar; assim como melhorar a comunicação e a articulação entre a Central de Regulação Médica de Urgência e as UCO para o atendimento imediato.

Em Foz do Iguaçu, o serviço de referência da LC do IAM é também referência para emergências obstétricas. Durante o internato acompanhei transferências tanto provenientes da UPA quanto do HMPGL. No contexto da emergência obstétrica, a transferência foi realizada de modo ágil, diferente da referência em cardiologia. Ouvi de vários profissionais da RUE sobre a dificuldade em se referenciar um paciente ainda que apresente quadro clínico, alterações laboratoriais e eletrocardiográficas sugestivas de IAM. A solicitação de vaga é realizada à uma central, uma vez que os sistemas da referência e dos demais pontos da RUE são distintos e não se comunicam. Até que se consiga contato, que os dados sejam comunicados de forma eficaz e que a transferência seja autorizada, o paciente pode ter prejuízos irreparáveis.

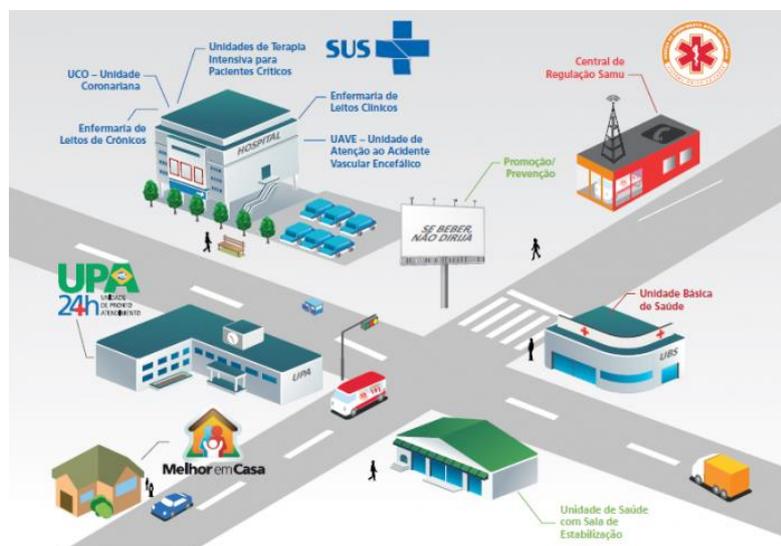
A LC Cerebrovascular, instituída pela Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012, dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como

centros de atendimento de urgência aos pacientes com AVC. Divididas em Unidades AVC Agudo e AVC Integral, se diferenciam, de modo geral, por sua estrutura física e pelo tempo em que o paciente permanece sob sua assistência. Além disso, a unidade AVC Integral dá continuidade ao tratamento da fase aguda, à reabilitação precoce e à investigação etiológica completa. Estão previstas nesta LC o desenvolvimento de ações de educação em saúde para o reconhecimento do AVC na população; aumento da capacidade logística e a organização de fluxos para o atendimento aos pacientes neurológicos; capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento multiprofissional; implementação do Telessaúde entre as unidades de AVC e em outros pontos de atenção da RAS.

Em suma, a RUE no âmbito hospitalar visa organizar a atenção às urgências de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção de menor complexidade. Também deve garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade, procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de cuidados prolongados e de terapia intensiva, além da atenção hospitalar nas LC prioritárias em articulação com os demais pontos de atenção.

Na figura 2., estão exemplificados didaticamente os pontos de atenção da RUE e atuação junto à comunidade.

Figura 2. Pontos da Rede de Urgência e Emergência – RUE



Fonte: [redehumanizasus.net/94878-rede-de-urgencia-e-emergencia](http://redehumanizasus.net/94878-rede-de-urgencia-e-emergencia), 2016

Os serviços da RUE têm fundamentalmente o papel de acolher o paciente, classificar o risco, estabelecer o diagnóstico, aplicar as medidas terapêuticas necessárias

e possíveis de acordo com sua capacidade e encaminhar o paciente para continuidade terapêutica. Para que a RUE ofereça assistência qualificada aos usuários, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica, sendo indispensável a implementação da qualificação profissional, do processo de acolhimento e da regulação de acesso a todos os componentes que a constitui, superando a lógica hegemônica de fragmentação da organização de serviços de saúde dentro de programas isolados, avulsos e sem conexão com as necessidades epidemiológicas da população e as condições sociodemográficas da região.

### 2.1.2 Cenários de Práticas no Internato em UE

O município de Foz do Iguaçu está localizado no extremo oeste do Estado do Paraná, e faz fronteira tríplice com Paraguai e Argentina. Por conta de sua localização geográfica, possui uma significativa população flutuante. Enquanto estatísticas oficiais contam com número de habitantes de cerca de 257 mil (IBGE, 2021), o registro de cartões SUS vinculados ao município já chegou a ser cerca de 3 vezes maior. Este contexto impacta fortemente sobre RUE, já que o acesso a ela é de fato facilitado em função da necessidade de pronta assistência.

A RUE de Foz do Iguaçu é composta por duas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, as UPA João Samek e Walter Cavalcante Barbosa, além da retaguarda da Unidade Básica de Saúde Padre Italo, que acaba sendo uma referência a população do distrito sanitário sul por prestar atendimento 24h. A fim de garantir a integralidade da assistência nos diferentes níveis de atenção, a RUE conta com o Hospital HMPGL, o atendimento móvel prestado pelo SAMU e SIATE, além de outros hospitais que prestam serviço ao SUS, atuando como referência em determinadas especialidades, como o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC), referência para cardiologia, oncologia e obstetrícia, e até pouco tempo, o Hospital Cataratas (HC), que foi referência para psiquiatria durante o curso da pandemia, cuja referência voltou ao HMPGL.

#### 2.1.2.1 Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24 horas

As UPAs foram criadas para atuar como porta de entrada aos serviços de UE, e dependendo do caso atendido, solucioná-los no local, estabilizá-los e/ou encaminhá-los para os hospitais ou redirecioná-los às UBS.

Em realidade, acabam abraçando uma demanda que transborda nas UBS. Vi pacientes buscando a UPA para realizar lavagem de ouvido para remoção de cerume, curativos, retirada de pontos simples ou trocar sonda vesical de demora (SVD) de rotina. Mais comuns ainda são as queixas em consultório, que poderiam ser muito melhor manejadas na APS. Esse contexto leva a um aumento expressivo da demanda que já não é baixa. Muitas vezes, até pela dificuldade de comprovar endereço, por não conhecer o agente comunitário de saúde (ACS) do bairro, por não gostar dos profissionais da equipe que atuam em sua área, a população “escapa” das UBS para a UPA.

É fato que na APS também faltam profissionais, falta estrutura e capacitação para a prevenção e educação em saúde. Nossa cultura é hospitalocêntrica e muitas vezes o paciente também prefere ir na UPA por uma dor habitual no braço em vez de agendar uma consulta na UBS. É bem comum o relato de que a pessoa acabou buscando a UPA porque só teria vaga para consulta na UBS no próximo mês. Todo esse contexto leva a superlotação do serviço de emergência, à sobrecarga do profissional que, ao mesmo tempo em que maneja pacientes graves, precisa dar conta da demanda de pacientes com queixas que seriam facilmente acompanhadas na UBS. Por mais que a APS não seja diretamente um dos pontos da RUE, a forma como ela se estrutura e desenvolve suas atividades impacta de modo relevante sobre os serviços que atendem uma ampla demanda de condições crônicas agudizadas.

A UPA João Samek, em geral, absorve uma demanda maior de pacientes se comparada a UPA Walter Cavalcante. Fundada em 2010, conta com consultórios clínicos, sala de emergência (vermelha), salas de observação (amarela e verde), isolamento e sala de procedimentos. Esta UPA tem o diferencial de contar com o suporte de ortopedia no período diurno. Já a UPA Walter Cavalcante Barbosa, fundada em 2017, possui praticamente a mesma disposição, com menor número de leitos, e não conta com o suporte de ortopedia. As duas contam com serviço de referência em epidemiologia para o registro de doenças e agravos de notificação compulsória. Durante a pandemia da COVID 19, a UPA Walter Cavalcante foi referência para o atendimento destes casos, voltando, posteriormente, a atender a demanda geral.

O atendimento na UPA se dá por demanda espontânea ou referenciada por profissionais das UBS, e pelos serviços de regulação, como SAMU e SIATE. De forma

geral, quando demanda espontânea, o paciente passa pelo acolhimento realizado pela enfermagem e é classificado de acordo com o risco de sua condição. É adotado o Protocolo de Manchester para a identificação das prioridades de atendimento. Caso o médico do consultório avalie a necessidade de internação, este contacta e acorda o manejo com o médico responsável pela sala de observação para a admissão do paciente. Já aqueles trazidos pelo SIATE ou SAMU vão direto para as salas de emergência, de observação ou de procedimentos, conforme a sua demanda clínica.

Na UPA pude acompanhar casos de pacientes com diversas condições clínicas: desde aqueles aguardando uma vaga para a ortopedia no HMPGL após uma queda de moto, até condições como dor torácica, broncoespasmo, suspeita de AVC ou intoxicação exógena. Foi uma experiência muito enriquecedora ter o primeiro contato com um paciente e poder exercitar o raciocínio clínico junto aos colegas de prática e aos profissionais plantonistas. Além do aprendizado técnico, a relação de cordialidade com a equipe foi tornando aos poucos nossa relação mais amistosa e respeitosa, apesar da resistência inicial de alguns profissionais, no meu caso, principalmente os de enfermagem. O fato de eu ser de Foz e ser enfermeira fez com que eu conhecesse quase todo mundo e quase todo mundo me conhecesse: o julgamento e a cobrança estavam em outro nível.

Apesar disso, me senti à vontade para o desenvolvimento das atividades, observei que a maior parte dos médicos foi bastante acessível e tive oportunidade de acompanhar condutas e realizar procedimentos, enriquecendo o aprendizado.

#### *2.1.2.2 Pronto Socorro do HMPGL*

O HMPGL é referência de atendimento hospitalar de UE a todos os municípios da 9ª Regional de Saúde. O PS conta com leitos em sala de emergência e sala de trauma, onde são recebidos e estabilizados os pacientes mais graves, além de leitos de observação clínica para onde são direcionados os pacientes para acompanhamento, além de leitos de isolamento. De acordo com o quadro do paciente, podem ser transferidos a unidades de referência ou transferidos internamente para setores como UTI, PS respiratório, ou enfermarias clínicas. Outros casos, como por exemplo, os que demandam UTI pediátrica, precisam ser transferidos para outros municípios.

O HMPGL é referência para trauma e demandas clínicas com exceção de cardiologia, obstetrícia e oncologia. É referência também no manejo de acidentes com

material biológico e acidentes graves com animais peçonhentos, duas situações que tive a oportunidade de acompanhar. Um dos pontos mais positivos durante o internato foi ter contato mais próximo com a clínica e com especialistas nos pacientes em comanejo, acompanhar visitas e sessões clínicas, ter contato com pacientes críticos, acompanhar e realizar procedimentos. Conheci, sem dúvidas, profissionais incríveis que foram muito generosos comigo.

## 2.2 CASOS CLÍNICOS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

### 2.2.1 Caso 01: Abdome Agudo

**Identificação:** A.J.S.B, 32 anos, feminino, parda, casada, vendedora, natural de Salvador/BA e residente em Foz do Iguaçu.

**Queixa Principal (QP):** “dor na barriga”

**História da Doença Atual (HDA):** Paciente admitida em sala amarela em cadeira de rodas, hipotensa, referindo dor abdominal de intensidade 08/10, com início em região epigástrica, há cerca de 4h, e irradiada para abdome inferior difusamente, com maior intensidade em fossa ilíaca direita (FID), associada a náuseas. Refere história de gravidez recente diagnosticada por dosagem de Beta Gonadotrofina Coriônica Humana (BHCG), porém o feto nunca foi identificado em ultrassonografia (USG). Relata que a gestação resultou em abortamento espontâneo ocorrido há 03 semanas, quando apresentou sangramento vaginal intenso, com cerca 07 semanas de idade gestacional pela data da última menstruação (DUM), sendo informada que o abortamento havia sido completo após ultrassonografia transvaginal (USGTV). Relata sangramento vaginal típico de menstruação habitual iniciado há 1 dia. Nega febre, leucorreia, disúria, inapetência ou demais sintomas associados. Médico do consultório relata que durante o exame físico a paciente apresentou síncope.

**História Patológica Progressiva (HPP):** nega comorbidades prévias. Relata cirurgia na perna direita devido a acidente automobilístico. Refere alergia a dipirona.

**Hábitos de Vida (HV):** nega tabagismo e etilismo.

**Exame Físico:**

**Sinais Vitais:** PA 80x50 mmHg // FC 109 bpm // FR 19 irpm // T 36,2°C // HGT 104 mg/dL

**Ectoscopia:** paciente em regular estado geral, comunicativa, colaborativa, hipocorada +2/+4, desidratada +/+4, anictérica, acianótica.

**Neurológico:** lúcida e orientada em tempo e espaço, pupilas isocóricas e fotorreagentes, ausência de déficits focais, ausência de sinais de meningismo.

**Pulmonar:** murmúrios vesiculares presentes em todos os campos de ausculta, sem ruídos adventícios, ausência de sinais de esforço respiratório.

**Cardiovascular:** ritmo cardíaco regular, taquicárdico, bulhas normofonéticas em 2 tempos; pulsos palpáveis e simétricos, tempo de enchimento capilar (TEC) < 4,5 segundos.

**Abdome:** plano, depressível à palpação, doloroso à palpação superficial e profunda difusamente, com maior intensidade em região de FID e epigástrico; ausência de sinais de peritonismo

**Extremidades:** ausência de edemas, extremidades frias, panturrilhas livres.

**Conduta inicial:** sintomáticos, exames laboratoriais (urina, hemograma, ureia, AST/ALT, sódio, potássio, lipase, creatinina, cálcio, bilirrubina total e frações, PCR) + radiografia de abdome agudo, encaminhada para sala de observação.

**Diagnósticos sindrômicos:** abdome agudo perfurativo; abdome agudo hemorrágico; abdome agudo inflamatório.

### **Discussão do caso:**

A dor abdominal aguda e intensa é um sintoma clínico que abrange grande variedade de diagnósticos possíveis. Uma série de órgãos e estruturas adjacentes se conectam e se interrelacionam, podendo cursar com dor desde causas benignas como acúmulo de gases até potencialmente fatais como aneurisma de aorta roto. Considerando o caso desta paciente, dentre os diferentes tipos de abdome agudo, podemos elencar estes 4 como principais:

Abdome agudo perfurativo: a dor de início abrupto, intensa, evoluindo com defesa e rigidez abdominal sugere irritação peritoneal, podendo se tratar de conteúdo inflamatório ou de natureza química como em uma úlcera ou apendicite perfurada. A dor presente em abdome inferior, não fala a favor de hipóteses de acometimento hepático, esplênico, pancreático ou gástrico. Poderíamos pensar em apendicite, mas, se nos atentarmos ao sangramento vaginal, este diagnóstico se torna menos provável.

Abdome agudo inflamatório: A dor em FID pode estar presente em casos de doenças como a apendicite aguda ou abscesso tubo ovariano e poderia justificar a dor, que não costuma cursar de modo tão agudo, e não justifica o sangramento vaginal. Além disso, o padrão não infeccioso, a ausência de leucorreia, dispareunia e outros sintomas possivelmente relacionados a doença inflamatória pélvica (DIP) não apoiam este diagnóstico.

Abdome agudo vascular: poderíamos pensar em torção ovariana ou isquemia mesentérica. A isquemia poderia justificar a dor abdominal intensa e a localização, porém trata-se de uma mulher jovem, sem comorbidades cardiovasculares ou histórico de trombofilias, e não justificaria o sangramento.

Abdome agudo hemorrágico: poderíamos pensar em cisto hemorrágico de ovário roto ou gravidez ectópica rota. Esta última hipótese foi a minha principal suspeita diagnóstica.

O grande diferencial neste caso, considerando o quadro clínico da paciente, é a história de gravidez recente, direcionando o foco do raciocínio clínico para questões ginecológicas e obstétricas. O fato de não ter sido identificado saco gestacional na cavidade uterina apesar de exame Beta HCG positivo, fala muito a favor de uma possível gravidez ectópica. A associação da dor com sangramento vaginal e hipotensão, palidez cutânea, extremidades frias, faz considerar muito fortemente que este sangramento se origine da ruptura de estruturas relacionadas ao desenvolvimento desta gestação.

Nos casos de sangramento e/ou dor abdominal na primeira metade da gestação, se deve sempre excluir a gravidez ectópica rota. É pouco comum, corresponde a apenas 2% dos casos, mas com até 10-16% de incidência em mulheres que buscam a emergência com queixa de sangramento e dor. É a primeira causa de mortalidade materna relacionada à gravidez no primeiro trimestre, e deve ser suspeitada em pacientes em idade fértil com amenorreia há mais de 4 semanas ou em grávidas sem evidência de gravidez intrauterina na Ultrassonografia Transvaginal (USGTV), associada a dor abdominal e/ou sangramento vaginal. Também deve ser considerada em casos de instabilidade hemodinâmica nos quais o abdome agudo não seja melhor explicado por outro diagnóstico (CANDIDO, 2018).

A paciente apresentava dor em FID intensa e persistente, iniciada há cerca de 4 horas, com intensidade 08/10, evoluindo com sinais sugestivos de comprometimento hemodinâmico (sensação de desmaio, hipotensão, taquicardia) e irritação peritoneal. Pensando na instabilidade hemodinâmica, vale considerar que em pacientes jovens

saudáveis, os sinais vitais, incluindo alterações posturais, podem ser normais no início do curso de sangramento devido a mecanismos compensatórios. Essa paciente oscilava entre compensação e descompensação dos níveis pressóricos, o que por vezes fazia duvidar deste diagnóstico.

As manifestações clínicas da gravidez ectópica geralmente aparecem em 6 a 8 semanas após o último período menstrual normal, mas podem ocorrer mais tarde, como na história da paciente. Quanto às características do sangramento vaginal, o volume e o padrão variam, podendo ir de coloração marrom escassa à franca hemorragia, geralmente intermitente, mas pode ocorrer como um único episódio ou continuamente. O sangramento relatado pela paciente era discreto, similar ao de menstruação habitual. O momento, o caráter e a gravidade da dor abdominal variam. Ela geralmente está localizada na pelve e pode ser difusa ou localizada. Tende a se manifestar entre 5 a 7 semanas de gestação, à medida que as estruturas relacionadas com a implantação do embrião se distendem (FEBRASGO, 2018).

O principal objetivo no manejo da dor abdominal na emergência é manter o paciente estabilizado até o diagnóstico e manejo definitivos, assim como descartar quadros mais graves. Para tal, se realiza o “MOV”, acrônimo para monitorização dos sinais vitais e estado geral, incluindo a verificação da glicemia, oxigenoterapia se necessário e acesso venoso calibroso, bem como avaliação inicial dos sistemas, de modo sistematizado, avaliando-se a estabilidade clínica e prioridades em cada caso, procedendo-se as medidas de suporte, promovendo também a analgesia (VELASCO et al, 2019).

A partir daí procede-se o exame clínico mais detalhado e a formulação das hipóteses diagnósticas. Solicitam-se então os exames complementares e o tratamento/encaminhamento necessários a cada condição. Neste caso, estaria indicada a monitorização da paciente em sala vermelha. A hidratação endovenosa foi realizada de forma empírica, em acesso venoso único, e a paciente foi mantida sem monitorização contínua em sala amarela.

O quadro desta paciente me chamou a atenção desde a chegada. Vi quando o médico do consultório chegou com a paciente em cadeira de rodas, desfalecida. Como assim estão colocando essa paciente na sala amarela!? Ela estava hipotensa, algo sonolenta, mas se mantinha orientada em todos os momentos, o que me ajudou a colher uma boa história. A forma como a paciente chegou, essa hipotensão, a dor abdominal intensa, aguda, esse relato de gravidez recente na qual o bebê nunca foi visualizado, tudo me levou a pensar que essa história do aborto há 3 semanas não tinha acabado aí.

De fato, é fundamental saber se o quadro remete a uma causa obstétrica ou não. Isso muda tudo. Muda exames, medicações, a referência para encaminhamento da paciente caso a hipótese diagnóstica se confirme. Mesmo ciente disso, não conferi se o médico havia solicitado o BHCG, e ele não o tinha feito. A paciente realizou então um teste qualitativo e não quantitativo, como é indicado na literatura (FEBRASGO, 2018).

Todavia, considerando o contexto de urgência e emergência na UPA, no qual o objetivo principal é estabilizar o paciente e garantir sua chegada na referência, seriar o BHCG não seria mandatório, sendo uma condição possível no serviço de referência, quando se cogita o tratamento conservador. Esse não era o caso dessa paciente que, da forma como evoluía, sugeria muito mais a necessidade de intervenção cirúrgica. O papel do BHCG aqui, seria o de permitir relacionar a etiologia do quadro da paciente com uma questão obstétrica.

Os exames realizados na admissão da paciente apresentaram os seguintes resultados descritos conforme Tabela 1.

Tabela 1. Resultados de exames laboratoriais de A.J.S.B

<b>Exames</b>	<b>Resultados</b>
<b>Hemoglobina</b>	12,9
<b>Hematócrito</b>	37
<b>Leucócitos</b>	9.660
<b>Plaquetas</b>	213.000
<b>Ureia</b>	31
<b>Creatinina</b>	0,8
<b>Sódio</b>	139
<b>Potássio</b>	4,4
<b>Bilirrubina Total</b>	0,40
<b>Bilirrubina Direta</b>	0,10
<b>Bilirrubina Indireta</b>	0,30
<b>Lipase</b>	36
<b>PCR</b>	< 0,5
<b>TGO</b>	18
<b>TGP</b>	14
<b>Parcial de Urina</b>	Nada digno de nota

Fonte: RP Saúde, 2021.

O resultado dos exames estava dentro dos parâmetros de referência, mesmo do hemograma, que poderia sugerir perdas ocultas de sangue e ajudar a estimar a necessidade de transfusão, bem como avaliar causas infecciosas, pensando-se nos diagnósticos diferenciais. Vale lembrar que o quadro da paciente era bastante agudo e nesses casos é esperado que os resultados dos exames possam ainda não ter se alterado. Foram realizados ainda exames de função renal, marcadores de lesão hepática, pancreática e das vias biliares, também pensando nos diagnósticos diferenciais, todos sem alterações.

O BHCG, exame fundamental neste caso, não foi solicitado no momento da admissão, sendo coletado após cerca de 4 horas da chegada da paciente.

Mesmo após a infusão de 1,5 litros de Solução Fisiológica (SF) à 0,9%, a paciente ainda mantinha episódios de hipotensão e palidez intensa, evoluindo em cerca de 2 horas com piora da dor e defesa abdominal, refrataria ao uso de tramadol.

Após a troca de plantão às 13 horas, pedi apoio para a reavaliação da paciente. No momento ela se encontrava comunicativa e referia melhora discreta, sendo indicado pelo plantonista a permanência da paciente em sala amarela. Apesar disso, notei que o médico ficou preocupado e solicitou uma tomografia computadorizada (TC) de abdome. Até aqui, o resultado de exame de BHCG não era conhecido.

A TC de abdome é frequentemente utilizada na avaliação do paciente com dor abdominal, com alta sensibilidade e especificidade para a maioria dos diagnósticos. Considerando a principal hipótese diagnóstica para o quadro da paciente e o desconhecimento sobre sua realidade obstétrica, o exame mais indicado seria a USG. A decisão do plantonista pela TC se baseou no caso já estabelecido de peritonismo associado a clínica de instabilidade hemodinâmica, entendendo que o diagnóstico definitivo para o adequado manejo da causa se fazia necessário, sendo o USG operador dependente.

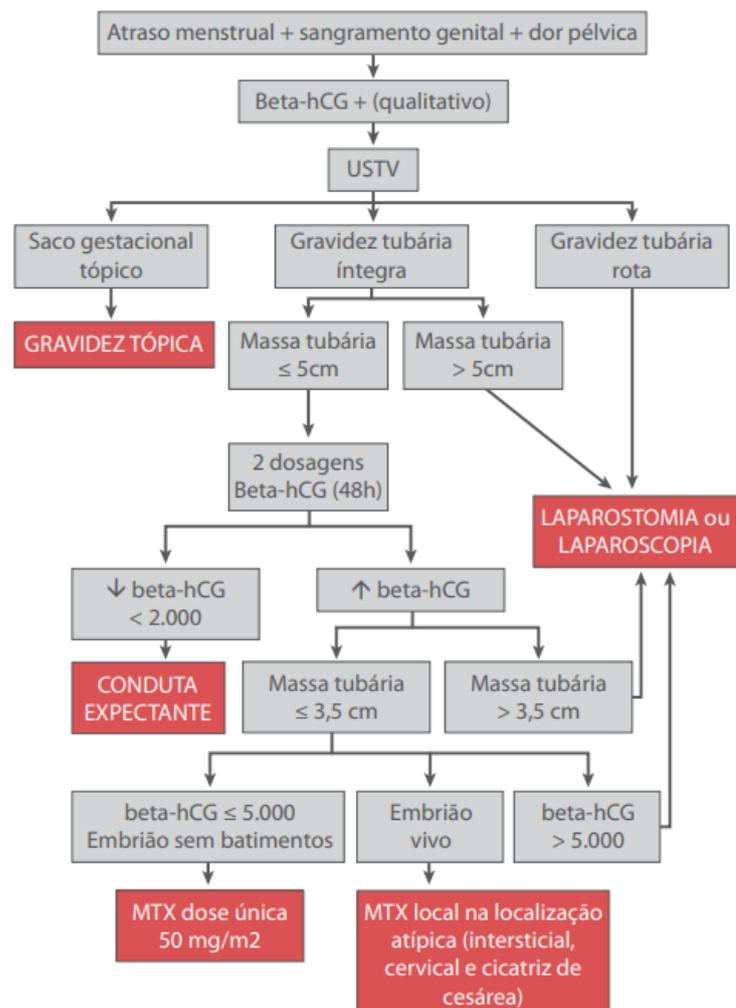
O USG point of care poderia ser utilizado neste contexto, auxiliando a identificar massas anexiais e sangramentos retidos. A literatura sugere, inclusive, que em pacientes hemodinamicamente instáveis seja realizado o FAST como apoio para o diagnóstico de condições potencialmente graves, nas quais não se deve atrasar o tratamento encaminhando o paciente para a realização de exames complementares (ATLS, 2018). Porém, além do exame não estar disponível nas UPAs, em geral, os profissionais não estão capacitados para a realizá-lo.

Ao retornar à UPA após a realização da TC, a paciente se encontrava hipocorada +3/+4, sudoreica e com PA 65x40 mmHg. Junto ao plantonista, fomos falar com o médico da sala vermelha, a fim de transferir a paciente para lá. Após avaliá-la, ele concluiu que não havia indicação de fazê-lo. Questionado se o quadro clínico não teria relação com a história de gravidez recente, ele reforçou que já havia ocorrido o aborto. Ao palpar o abdome da paciente, referiu que não havia peritonismo e orientou otimizar a hidratação.

O resultado do BHCG foi liberado e era positivo. O laudo da TC apontou a presença de massa anexial heterogênea a direita, com pequena saculação em seu interior medindo 8 mm associada a moderada coleção em recesso peritoniais de abdome e pelve. O plantonista solicitou vaga na referência, cujo aceite da paciente foi imediato e o transporte via SAMU também. Na referência foi realizada salpingectomia à direita, por diagnóstico definitivo de gravidez ectópica rota.

A figura abaixo representa o fluxograma para o tratamento da gravidez ectópica.

Figura 3. fluxograma para o tratamento da gravidez ectópica



Fonte: Febrasgo, 2018.

Este caso me impactou bastante. Era uma mulher como eu, com a minha idade, vivenciando um momento de perda. Fiquei pensando no que poderia ter feito para que a assistência fosse mais humanizada e efetiva. Por mais sorte do que juízo de nossa parte, a paciente ficou viva, se recuperou e seguiu o acompanhamento na UBS. Precisamos olhar com mais atenção, na emergência, fundamentalmente, mas também em outros níveis de atenção, como no acompanhamento pré-natal. Dar um diagnóstico de abortamento completo após USG identificando a cavidade uterina vazia após o relato de um sangramento vaginal faz sentido quando é sabido que o feto estava lá, o que não era o caso dela.

A história e a clínica desta paciente “fazia brilhar” em nossa cara a principal hipótese diagnóstica que precisaríamos confirmar ou descartar. A má interpretação da sua história por nós, ao considerar que a paciente não gestava mais, foi um fator agravante no caso dela. Imagino, então, quando os casos não são tão clássicos assim, não cursam com uma história e clínica tão sugestivas, ou não causam repercussões hemodinâmicas tão nítidas no início do quadro: o quanto mais erraríamos! Para mim, é difícil conceber que frente a uma mulher que planejou sua gestação, iniciou pré-natal precocemente, buscou assistência regularmente, não se tenha investigado melhor o local de implantação do embrião e o manejo adequado objetivando evitar tal desfecho. Lamento muito pelas perdas desta paciente e lhe desejo saúde e experiências melhores. Fica a lição de não negligenciar sinais de gravidade, não fechar os olhos para o que estou vendo e ter firmeza em argumentar com o colega o porquê de uma nova medida de suporte, uma transferência, ou qualquer outra conduta que acredite ser necessária.

### 2.2.2 Caso 02: Confusão mental e êmese

**Identificação:** M.A.C.M, 66 anos, feminino, branca, aposentada, viúva, residente em Foz do Iguaçu

**QP:** "está vomitando e confusa"

**HDA:** Paciente trazida pelo SAMU, acompanhada da nora. Acompanhante relata que há cerca de 15 horas a paciente iniciou com quadro de dor epigástrica associada a náuseas, evoluindo com piora progressiva. Há 3 horas, familiares encontraram a paciente na cama, em decúbito dorsal, confusa e com presença de êmese em grande quantidade. Nega histórico de eventos cardio ou cerebrovasculares. Equipe do SAMU relata que a paciente não movimentava o dimídio esquerdo à chegada da equipe em domicílio.

**HPP:** Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) + Diabetes mellitus (DM) insulino dependente. Nega alergia medicamentosa. Nega tabagismo ou etilismo. Faz uso contínuo de Losartana 50 mg (1-0-1), AAS 100mg (0-1-0), HCTZ (1-0-0), Metformina 500mg (2-0-0) SeloZok 50mg, Furosemida 40mg, Insulina Regular (30UI – 0 – 20 UI).

### **Exame físico de admissão (conforme prontuário)**

**Sinais Vitais:** PA 176/66 mmHg / FC 99 bpm / FR 25 irpm / HGT 182 mg/dL / SatO2 96%  
CN 4L.

**Ectoscopia:** Paciente em regular estado geral (REG), acianótica, anictérica, sudoreica, hipocorada +/4+.

**Neuro:** Glasgow 12/15 (4O 2V 6M), disártrica, obedecendo comandos, pupilas isofotorreagentes, pupila direita com coloboma, movimentando os 4 membros a comando e sem desvio de rima.

**Cardio:** Bulhas rítmicas hipofonéticas, ritmo regular em 2 tempos. Não ausculto sopros no momento. TEC < 3 segundos. Pulsos cheios e rítmicos.

**Respiratório:** murmúrios vesiculares presentes, estertores finos bilateralmente, mais acentuados em hemitorax direito. Sem sinais de esforço respiratório.

**Abdome:** ruídos hidroaéreos diminuídos. Abdome globoso, flácido e depressível. Indolor à palpação superficial e profunda. Diurese em sonda vesical de demora (SVD).

**Extremidades:** aquecidas e sem edema. Panturrilhas livres. Grau de força motora 02/05 em membros inferiores.

**Condutas iniciais:** foi solicitada TC de crânio sem contraste, radiografia de tórax, eletrocardiograma (ECG) e exames laboratoriais de admissão. Foi iniciada antibioticoterapia com ceftriaxona + clindamicina por provável pneumonia broncoaspirativa. Foi solicitado teste rápido para COVID 19. Paciente foi mantida em sala vermelha.

**Diagnósticos sindrômicos:** rebaixamento do nível de consciência; síndrome cerebrovascular; síndrome broncoaspirativa; dor torácica atípica.

### **Complementação da História Clínica:**

Quando iniciei o plantão, havia cerca de 6 horas da chegada da paciente ao hospital. No momento, apresentava Glasgow 15, lucida e orientada em tempo e espaço, com disartria leve e força reduzida em membros: grau 4 em membros inferiores. Apresentava PA 132/69 mmHg e mantinha saturação de O<sub>2</sub> de 94% com suplementação em cateter nasal (CN) a 2L/min. Apresentava NIHSS 6 e Killip 2 (8 a 10% de risco de óbito) devido sinais de IC discreta.

### **Discussão do caso:**

Quando iniciei o plantão, havia cerca de 6 horas da chegada da paciente ao hospital. No momento, apresentava Glasgow 15, lucida e orientada em tempo e espaço, com disartria leve e força reduzida em membros: grau 4 em MMSS e grau 3 em MMII. Apresentava PA 132/69 mmHg e mantinha saturação de O<sub>2</sub> de 94% com suplementação em cateter nasal (CN) a 2L/min. Apresentava NIHSS 6 e Killip 2 (8 a 10% de risco de óbito) devido sinais de IC discreta.

A epigastralgia neste caso foi colocada em prontuário como uma hipótese diagnóstica a esclarecer. Na vivência diária, notei que é bastante comum encontrar um sinal ou sintoma descrito dessa forma. Como estudante, sei o quanto é difícil entender as correlações que permitem formular as hipóteses diagnósticas para cada caso. Diante desta dificuldade, a tendência de apoiar-se no sintoma e seguir pedindo exames até encontrar algo que o explique é bastante presente. De fato, sei que inúmeras vezes não vamos tão logo compreender o que o paciente tem, mas considero muito importante que pensemos nas hipóteses sindrômicas que ajudariam a explicar o quadro clínico que se apresenta, partindo dali nossa investigação.

A epigastralgia, se considerada isoladamente como um sintoma guia para construção do raciocínio clínico, poderia estar presente, por exemplo, em uma síndrome dispéptica ou colestática, em um abdome agudo metabólico ou infeccioso, nas hemorragias digestivas, ou mesmo numa dor torácica atípica.

A paciente deste caso não apresentava descompensação hemodinâmica, ou sintomas associados com hematêmese ou melena que favorecessem a ideia de um uma síndrome hemorrágica digestiva. Também não apresentava icterícia, dor em faixa ou

demais sintomas que pudessem sugerir uma síndrome colestática. A hipótese de esofagite, gastrite, ou Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) poderiam explicar a epigastralgia porém não explicam o fato de a paciente vomitar deitada em decúbito dorsal e assim permanecer. Também não explica o quadro de perda de força transitória e imobilidade. Nesse caso, me parece mais lógico pensar a epigastralgia como um sintoma relacionado a uma clínica mais ampla, na qual as principais hipóteses a serem consideradas seriam as síndromes vasculares e de dor torácica, considerando que a paciente é mulher, idosa e diabética, e não raro a dor torácica pode se manifestar de modo atípico nesta população.

O seguimento deste caso será focado em dor torácica, pois assim foi conduzido. A ideia de trazer este caso foi, além do aprendizado técnico sobre o manejo inicial da Síndrome Coronariana Aguda (SCA), refletir sobre a fluidez da RUE no manejo destes casos.

A dor torácica pode apresentar-se de formas diversas, como:

1. *Dor definitivamente anginosa*: retroesternal, precipitada pelo esforço, com irradiação para ombro, pescoço ou braço esquerdo e atenuada por repouso ou nitrato.
2. *Dor provavelmente anginosa*: apresenta a maior parte das características.
3. *Dor provavelmente não anginosa*: dor atípica e sem características de dor típica.
4. *Dor definitivamente não anginosa*: sem relação com atividade física e com características que sugerem outra origem.
5. *Equivalentes anginosos*: dispneia, dor epigástrica, fraqueza, diaforese, náuseas, dor abdominal e síncope.

O caso desta paciente foi diagnosticado como uma dor torácica atípica, com base no quadro clínico de êmese, epigastralgia e possivelmente síncope. Vale ressaltar que a paciente apresenta fatores de risco para manifestar equivalentes anginosos na SCA. É muito importante considerar que existe essa forma de manifestação, já que, estima-se que cerca de 20% dos pacientes podem apresentar IAM sem dor típica.

Sem dúvidas, a dor típica chama muito mais a atenção para a SCA. É caracterizada por duração >10-20 minutos, retroesternal ou precordial, irradiada para ombro ou face medial do braço esquerdo. Vale ressaltar que a sensibilidade é realmente muito alta, estimada em 99%, porém a especificidade, ou seja, a capacidade de identificar corretamente os indivíduos que não possuem a doença é baixa, em torno de 5%. Sendo

assim, a presença de dor típica sugere fortemente a SCA, mas a sua ausência não a exclui (COSTA, 2021).

A partir daí é importante considerar outros dados sugestivos, como por exemplo, fatores de risco para aterosclerose, tais como Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doença renal crônica (DRC), dislipidemia, obesidade, tabagismo e história familiar positiva. A paciente do caso era hipertensa e diabética de difícil controle, insulínica, obesa, além de possuir história familiar de IAM aos 52 anos (irmã).

Outro ponto importante é buscar ativamente fatores que podem precipitar ou piorar a SCA: anemia, tireoideopatias, febre/infecção/inflamação, desordens metabólicas. O exame físico deve ser bem direcionado, devendo-se atentar para ausculta cardiopulmonar, aferição de pressão arterial (PA) e palpação de pulsos arteriais periféricos.

Diante de um quadro clínico de SCA, um ECG deve ser realizado e interpretado pelo médico em até 10 minutos, repetindo-o a cada 15 minutos na primeira hora e depois de 6 em 6 horas nas primeiras 24 horas ou sempre que o paciente recorrer dor ou apresentar novos sintomas relacionados. A literatura recomenda que todo paciente com dor entre a cicatriz umbilical e a mandíbula sem outro diagnóstico evidente deve realizar um ECG de 12 derivações (VELASCO et al, 2019). No caso desta paciente o ECG foi feito e interpretado de modo adequado, em menos de 10 minutos, porém não foram feitas as derivações V7 aV9 e V3r e V4r.

Nas primeiras horas do infarto as alterações esperadas do ECG podem ser: onda T hiperaguda e simétrica em pelo menos 2 derivações contíguas, elevação do ponto J e segmento ST e imagem em espelho com infra de ST em derivações opostas ao supra. Esse supradesnívelamento deve ser avaliado a partir do ponto J, lembrando que a linha de base do ECG é a do intervalo PR, sendo o supra de ST convexo mais específico do que o côncavo. É importante lembrar que as derivações V2 e V3 são exceções à essa regra geral: nelas, o supra deve ser (GOLDBERGER et al, 2021):

- > 2,5 mm em homens com menos de 40 anos
- > 2 mm em homens com mais de 40 anos
- > 1,5 mm em mulheres

O diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio sem Supra de ST (IAMSSST) será realizado com a elevação de troponina I acima do percentil 99 associado a pelo menos mais um critério a seguir:

1. Dor torácica anginosa;

2. Alteração eletrocardiográfica compatível (supradesnivelamento ST transitório em 0,5 mm ou mais com duração menor que 20 minutos, infradesnivelamento do segmento ST, inversão de onda T, nova onda Q patológica);
3. Alteração nova de mobilidade no ecocardiograma ou novo defeito de perfusão na cintilografia miocárdica.

O critério de infra do segmento ST é a depressão do ponto J e do segmento ST maior ou igual a 0,5 mm em duas derivações contíguas. Pacientes com IAMSSST podem apresentar inversão de onda T ou mesmo ECG normal.

O ECG de admissão da paciente evidenciou bloqueio de ramo esquerdo (BRE) e desvio do eixo entre  $-90^\circ$  e  $-60^\circ$ . De acordo com o Critério de Sgarbossa modificado por Smith a proporção ST/S foi de 0,16 não possibilitando estabelecer o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST (IAMCST). Estes critérios são considerados na literatura como altamente específicos, mas pouco sensíveis para diagnosticar IAM. Todos os pacientes que se apresentam com sintomas típicos e BRE (presumivelmente) novo devem ser considerados, na prática, como IAMCSST. A localização das derivações com supra de ST é fundamental para definir a provável artéria acometida. Na prática, delimitar se o BRE é novo ou antigo, no contexto de UE, não me pareceu fácil e nem usual, sendo esse um motivo de discordância entre os plantonistas.

Dando seguimento ao manejo, foi iniciado protocolo medicamentoso e solicitada primeira dosagem de troponina I. Na prática, é importante lembrar que se a primeira troponina for coletada pouco tempo após o início da dor, pode-se solicitar novo exame em 1 hora (VELASCO et al, 2019).

A troponina é um tipo de marcador de necrose miocárdica (MNM) liberada na circulação quando há injúria de cardiomiócitos. As troponinas I e T são exclusivas do tecido miocárdico, portanto, muito mais sensíveis e específicas que os demais marcadores para o diagnóstico do IAM não sendo necessária a dosagem de outros marcadores. De fato, a troponina I foi o único MNM solicitado neste caso. Em outros casos de dor torácica acompanhados, verifiquei que CPK e CKMB figuraram entre os exames comumente solicitados. É importante lembrar que não se deve aguardar o resultado de MNM para o início do tratamento. Seu papel é principalmente para a avaliação do prognóstico e diferenciação entre IAMSSST e Angina Instável (AI).

Vale ressaltar que a troponina se eleva em uma série de situações de injúria miocárdica, além do IAM. Assim, deve-se fazer avaliação global do quadro clínico do

paciente, das alterações do ECG e do comportamento de elevação da troponina. Esse foi um ponto que o médico da referência fez questão de reforçar na resposta à solicitação de vaga: “troponina não diagnostica infarto”. De fato, é fundamental se atentar a este ponto, porém, apesar de não apresentar nitidamente alterações eletrocardiográficas da SCA à priori, a evolução do quadro sugeriu fortemente, como apresentado no seguimento do caso.

O resultado da primeira troponina I foi de 17 ng/L. Foi solicitada nova Troponina I para ser realizada com intervalo de 2 horas, ponderando-se transferência para HMCC caso a 2º troponina I estivesse em elevação. Algumas literaturas sugerem seriar a troponina em 1 hora para avaliar curva, se houver elevação importante. Caso a troponina esteja elevada, mas não em franca elevação, deve-se pensar em outras causas de acometimento cardíaco, como por exemplo, insuficiência cardíaca (VELASCO et al., 2019).

Caso a troponina fosse negativa (<2ng/L) com mais de 3 a 6 horas de dor e com ECG normal, seria indicado calcular o escore HEART. Caso o HEART fosse < 3, o paciente poderia receber alta e acompanhar ambulatorialmente, devido ao alto valor preditivo negativo para eventos cardiovasculares graves em 6 semanas. Já em casos de HEART ≥4, o paciente deveria ser tratado para SCA e manter internação para estratificação do risco não invasiva. Esta paciente, ainda que tivesse troponina negativa, teria escore HEART=5 devido a idade e demais fatores de risco (MILLER; GRANGER, 2021).

Em casos de troponina negativa e ECG normal, porém com dor a menos de 3 a 6 horas ou dúvida, está indicado repetir troponina em 1 hora (se for ultrassensível). Se a troponina se mantiver negativa ou sem aumento importante, deve-se calcular o escore HEART. Em caso de troponina positiva ou aumento importante (em geral >30-50%), o paciente deve ser tratado como SCA.

A segunda troponina I ultrassensível foi de 60ng/L e foi visualizado infra desnivelamento do segmento ST em parede anteroinferior nos ECG seriados. Foi iniciado protocolo de SCA realizado com 03 comprimidos de AAS + 04 comprimidos de Clopidogrel 300mg. A paciente seguiu apresentando êmese intensa e mal-estar geral apesar de medicação de horário com bromoprida e ondasetrona. Foi realizado o preenchimento do SESA para encaminhamento ao HMCC ainda sem o resultado da terceira troponina, que foi dosada posteriormente em 547 ng/L.

A radiografia de tórax é um exame tipicamente solicitado na rotina das admissões no PS clínico. Foi registrado em prontuário a indicação, primariamente, para investigação de pneumonia broncoaspirativa, porém, em geral possui papel importante na avaliação da congestão pulmonar por EAP e outros diagnósticos diferenciais, como por

exemplo o aumento de mediastino na dissecação de aorta. O exame da paciente apresentava infiltrado bilateral difuso. Pensando-se em pneumonia broncoaspirativa, é importante considerar que o evento de possível broncoaspiração ocorreu há poucas horas. Em geral, a clínica da pneumonia broncoaspirativa é mais arrastada, indolente, devendo a paciente ser acompanhada, ciente de que o padrão infiltrado da radiografia pode estar relacionado a outras condições, como por exemplo, um EAP secundário a um IAM.

O ecocardiograma poderia ser um exame interessante para avaliar a presença de déficit contrátil segmentar no coração podendo reforçar a hipótese de isquemia. Pode ser indicado quando houver dúvida diagnóstica com outras condições clínicas concomitantes como derrame pericárdio ou dissecação de aorta ou quando houver alterações eletrocardiográficas que dificultem a interpretação, como BRE. Não foi realizado e não é imprescindível no manejo da SCA na UE, figurando como mais uma ferramenta de apoio ao diagnóstico. Tem sido visto, cada vez mais, a utilização de USG para a complementação aos diagnósticos em UE como uma proposta bastante interessante. Resta promover capacitação, facilitar o acesso e difundir a prática, que acredito contribuir positivamente em diversos contextos.

Considerando que consta na história da paciente a ocorrência de déficit focal agudo, a TC de crânio sem contraste foi indicada para realização de diagnóstico diferencial entre AVCi e AVCh por ter grande disponibilidade e alta sensibilidade para diferenciar estas duas entidades. A indicação foi adequada para o caso, e o exame não demonstrou alterações. Sendo assim, ainda é possível ponderar a ocorrência de um AVCi.

No AVCi agudo, a TC apresenta baixa sensibilidade nas primeiras horas do evento em relação à Ressonância Magnética (RM) de encéfalo para determinar a localização e a extensão da área isquêmica. As alterações precoces do AVCi na TC de crânio incluem perda da diferenciação córtico-subcortical, perda da distinção entre as estruturas diencefálicas, capsulares e os núcleos da base, perda da diferenciação córtico-subcortical insular e presença de hiperdensidade da artéria cerebral média. Alterações subsequentes incluem a hipotenuação da área isquêmica e efeito de massa.

Considerando a evolução da paciente e a melhora do quadro clínico relacionado ao possível AVCi, considera-se também que tenha havido um Ataque Isquêmico Transitório (AIT). Dentre outros diagnósticos diferenciais estão: infecções, tumores cerebrais, distúrbios tóxico-metabólicos, hematoma subdural crônico e encefalites. Nestes casos, a história clínica caracterizando a evolução dos sinais e sintomas é fundamental para reforçar uma ou outra hipótese diagnóstica.

Os demais exames solicitados foram gasometria arterial sem alterações, leucócitos de 11.900 com 2% de bastões, bilirrubinas, eletrólitos (Na, K, Mg), KPTT e TAP sem alterações. A literatura sugere que, além do hemograma, seja avaliada a função renal, a glicemia e o perfil lipídico, que não foram avaliados nesta paciente. No contexto de UE, nota-se que não costuma ser realizado lipidograma.

Quando me deparei com esse caso sendo conduzido como SCA, meu primeiro pensamento foi: “por que esta paciente foi regulada para o HMPGL”? Olhei o prontuário dela e entendi que a principal hipótese aventada no SAMU foi a de AVC, sendo, portanto, regulada para o serviço de referência para esta condição clínica.

Considero que este caso foi adequadamente conduzido pela equipe do PS clínico. A paciente foi admitida em sala vermelha, monitorada, teve suplementação de O<sub>2</sub> adequada e recebeu medicações conforme protocolo de SCA. O ECG foi realizado e analisado no tempo preconizado, sendo posteriormente seriado, a troponina também foi coletada em intervalos regulares, a estratificação do risco foi realizada, e diante do quadro clínico, exames laboratoriais e escores de risco, a paciente foi referenciada ao HMCC.

Este foi um caso que me instigou a estudar o protocolo de manejo de dor torácica. Vi o quanto é importante saber o que fazer e o que não fazer, bem como o quanto é importante ter isso sistematizado na mente. No quadro 1. estão elencadas as ações indicadas no manejo da SCA.

Quadro 1. Manejo da SCA (VELASCO et al., 2019)

<i>Iniciar o MOV</i>	Monitorar o paciente em sala de emergência, fornecer oxigênio suplementar a fim de atingir SO <sub>2</sub> ≥90% quando necessário e providenciar acesso venoso periférico
<i>Controlar a dor</i>	quando muito intensa, a dor acaba aumentando o tônus adrenérgico e, conseqüentemente, a demanda miocárdica de oxigênio, sendo importante realizar o seu controle. A primeira opção são os nitratos como dinitrato de isossorbida (isordil 5 mg/comprimido sublingual) que atuam como vasodilatadores venosos e arteriais, reduzindo a pré e pós carga, melhorando a perfusão miocárdica. Pode ser repetido até 3 vezes a cada 5 minutos. Pode ainda ser utilizada nitroglicerina (tridil) endovenosa 1 ampola (50mg/10mL) + 240mL de SG5% em bomba de infusão contínua (BIC) quando houver dor

	<p>persistente, hipertensão arterial e congestão pulmonar, cuidando-se para não reduzir a PA em mais de 30%. O nitroprussiato de sódio (nipride) deve ser evitado neste contexto pelo risco de roubo de fluxo coronariano. Os nitratos podem ser usados se não houver hipotensão, choque, IAM de ventrículo direito (VD) ou uso de inibidor da fosfodiesterase-5 (sildenafil ou tadalafila) nas últimas 24 horas. Em caso de refratariedade ao uso de nitratos pode ser utilizada a morfina EV 2-4mg (1 ampola (1ml) + 9ml AD: fazer 2 a 5ml por via endovenosa (EV), porém o seu uso se associa a provável redução do efeito dos antiplaquetários e a efeitos colaterais: náuseas, vômitos e hipotensão</p>
<i>Antriagregação plaquetária</i>	<p>Indicada em todas as SCA e na sala de emergência. Inicia-se com aspirina 300mg por via oral (VO) + 100mg 1 vez ao dia. É importante fazer diagnóstico diferencial com dissecação de aorta para evitar iatrogenia. A dupla antiagregação com clopidogrel é usual, na dose de 300mg VO. Caso o paciente vá fazer angioplastia, a indicação é de que receba mais 300mg. Não se deve realizar dose de ataque se paciente &gt; 75 anos, sendo indicado uso de apenas 75mg VO. Pode ser usado também ticagrelor 180mg VO, que tem início mais rápido e é mais potente que o clopidogrel ou usar o prasugrel, sendo o último indicado apenas para os pacientes que vão para cateterismo e nos pacientes sem história de AVCi, AVCh ou AIT, devido ao aumento da taxa de sangramentos</p>
<i>Anticoagulantes</i>	<p>assim que possível e mantida por 8 dias, até alta ou até estratificação invasiva, o que ocorrer antes. A enoxaparina é uma boa opção no esquema de 1mg/kg 12/12 horas por via subcutânea (SC). Se ClCr entre 15-29, 1mg/kg 1 vez ao dia. Nos casos de ClCr &lt;15 e na angioplastia primária a droga de escolha é a heparina não fracionada (HNF), na dose de 60UI/kg EV (máximo 4000UI) e manter em bomba 12UI/kg monitorando pelo TTPA entre 1,5 a 2 vezes o controle</p>

<i>Estatina</i>	indicada estatina de alta potência com início assim que possível, sendo o esquema preferível de atorvastatina 80mg VO, porém usualmente é feito com sinvastatina 40mg
<i>Controlar glicemia</i>	manter <180mg/dl e evitar hipoglicemia
<i>Betabloqueador</i>	reduz a contratilidade miocárdica e a frequência cardíaca (FC), diminuindo o consumo miocárdico de O <sub>2</sub> ao mesmo tempo em que aumenta o fluxo sanguíneo na rede de colaterais e no subendocárdico. O uso precoce (nas primeiras 24 horas) é indicado para pacientes com sintomas de isquemia em andamento ou Fração de Ejeção (FE) <40%. A administração VO é preferencial, sendo a via EV reservada aos casos refratários ou com crise hipertensiva ou taquiarritmia. Podem ser utilizados atenolol 25mg de 12/12 horas; carvedilol 3,125 ou 6,25mg de 12/12 horas; propranolol 10mg de 12/12 horas ou bisoprolol 2,5-10mg de 24/24 horas
<i>IECA</i>	indicado principalmente em casos de disfunção ventricular esquerda, hipertensão ou DM. O ideal é iniciar nas primeiras 24 horas, mas o uso não é emergencial. São possíveis esquemas: captopril 12,5mg de 8/8 horas; enalapril 2,5mg de 12/12 horas

Fonte: VELASCO et al., 2019.

O tratamento do IAMSSST é muito similar ao do IAMCSST, tendo como principal diferença o fato de que a primeira não requer terapia de reperfusão de emergência.

Para saber quem e quando o paciente com SCA deve ser encaminhado para cateterismo devemos estratificar o risco. Os escores de risco (TIMI, GRACE, HEART) podem ter divergências em casos específicos, no entanto, está comprovado que sua utilização aumenta a acurácia diagnóstica e o prognóstico dos pacientes, justificando sua utilização (SIMONS et al, 2021).

Quando cheguei no plantão, o médico já estava tentando transferir a paciente por conta do aumento importante da troponina na 2ª amostra. Apesar da clínica atípica, dados laboratoriais, alterações do ECG e escores de risco indicavam necessidade de manejo na referência hospitalar. Acompanhei os contatos telefônicos, a ida do médico ao NIR em busca da vaga e todo o desgaste frente as negativas de transferência da paciente. Ainda que não houvesse alteração de troponinas, a paciente, só por ser diabética, já entraria em risco intermediário, devendo também ser encaminhada em até 72 horas.

Como a paciente teve um aumento muito relevante na curva de troponina, ela se enquadrou em alto risco, com GRACE 167, TIMI 5 e HEART 9, ainda que sem instabilidade hemodinâmica. Após a 3ª troponina, a paciente foi aceita e logo transferida até o HMCC.

Infelizmente, perdi o seguimento desta paciente, já que o referido hospital utiliza outro sistema de prontuário. Se essa ausência de informações já fez falta para mim na compreensão do desfecho do caso, tanto mais fará para a rede que vai acompanhá-la no pós-hospitalar, restando aí um vácuo bem importante.

### 2.2.3 Caso 03: Intoxicação Exógena

**Identificação:** RO, feminino, 31 anos, solteira, mora com irmão e irmã, profissional do sexo, evangélica, natural e procedente de Foz do Iguaçu

**QP:** “tomou remédio pra se matar”

**HDA:** Paciente trazida por familiares direto para sala de emergência com importante RNC. Segundo referiam em entrada, acreditam que houve tentativa de suicídio por intoxicação exógena por amitriptilina, pois encontraram uma cartela vazia do medicamento ao lado da paciente. Familiares não sabem informar hora exata, porém acreditam que medicamentos foram ingeridos há menos de 3 horas e não sabem referir sobre a ingestão de algum outro medicamento. Na admissão, paciente apresentava-se com Glasgow 3, com melhora de nível de consciência em poucos minutos, não sendo necessário IOT, permanecendo com Glasgow de 10. Realizada passagem de sonda nasogástrica e iniciada lavagem gástrica. Paciente apresentando episódios de êmese de conteúdo alimentar, mantendo capacidade de exteriorizar conteúdo e proteger a via aérea, sem sinais de broncoaspiração.

**HPP:** familiares negam alergias medicamentosas. Negam comorbidades prévias.

**Exame físico:**

**Sinais Vitais:** T 36,5 C // PA 167x89 mmHg // FC 127 bpm // FR 29 irpm // SO2 93% em ar ambiente // HGT 128 mg/dL

**Ectoscopia:** Mal estado geral, normocorada, hidratada, acianótica, anictérica.

**Neurológico:** comatosa, pupilas midriáticas, Glasgow 10/15.

**Respiratório:** Taquipneica, ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares presentes bilateralmente sem ruídos adventícios; tórax simétrico e expansivo, eupneico em AA, com oscilação da saturação de O2.

**Cardiovascular:** ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas em 2T e sem sopros audíveis, hipertensa, taquicardica, TEC < 3 seg

**Abdome:** Abdome semigloboso + flácido e indolor, sem visceromegalias à palpação, ruídos hidroaéreos presentes

**Extremidades:** pulsos palpáveis simétricos, ausência de edemas/escoriações/hematomas, panturrilhas livres.

**Condutas iniciais:** lavagem gástrica, exames de admissão, ponderar carvão ativado após lavagem, manter em sala de emergência, manter cabeceira elevada, atentar para nível de consciência

**Diagnósticos sindrômicos:** rebaixamento do nível de consciência, intoxicação exógena; síndrome anticolinérgica; tentativa de suicídio.

#### **Complementação da história clínica:**

Durante o plantão, a paciente recobrou totalmente o nível de consciência. Referiu que a mãe faleceu há 2 meses e desde então passou a cuidar do irmão deficiente, está com problemas financeiros e sentindo-se sobrecarregada. Vem apresentando tristeza, anedonia, sentimento de menos valia, pessimismo, angústia, insônia e hiporexia. Refere que acabou tendo vontade de dormir e não acordar mais, por isso tomou uma cartela de amitriptilina. Sente arrependimento pelo que fez, no momento negou ideação suicida, alucinações ou desejo de auto/heteroagressividade. Refere boa relação familiar. Nega comorbidades, faz uso de contraceptivo oral combinado e negou alergias. Negou tabagismo, etilismo ou uso de outras drogas.

Pelos sintomas relatados a posteriori, penso que essa paciente pode estar vivenciando um transtorno depressivo maior, cuja investigação ambulatorial está indicada. Apesar de tratar-se desde o início - quase com certeza - de um caso de intoxicação exógena, diagnósticos diferenciais para RNC devem ser aventados.

#### **Discussão do caso:**

Esta paciente chegou à UPA com RNC muito importante. Determinar se o rebaixamento é agudo ou arrastado é fundamental para iniciar o raciocínio clínico: quadros demenciais, distúrbios hidroeletrólíticos (DHE) e infecções podem apresentar quadros mais

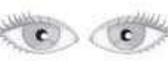
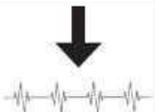
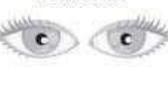
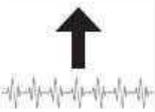
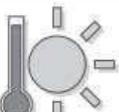
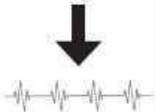
insidiosos, já um AVC por exemplo, costuma se apresentar de modo súbito. Logo de início, é fundamental descartar causas corrigíveis e potencialmente graves, como a hipoglicemia.

Os diagnósticos diferenciais de RNC são muito amplos, principalmente diante de um paciente com apresentação aguda que chega na emergência. É necessário organizar os diagnósticos baseados no quão rápido eles podem matar o como parada cardiorrespiratória (PCR), obstrução de via aérea por corpo estranho (OVACE), hipoglicemia, overdose, hipertensão intracraniana (HIC), entre outros, sendo importante definir suspeita de causas toxicológicas e não toxicológicas para o RNC.

A paciente não apresentava sinais sugestivos de choque ou de trauma. O HGT era 128mg/dL, excluindo-se a hipoglicemia. Não tinha obstrução de vias aéreas, mantinha saturação adequada, apesar de oscilante, mas apresentava-se inconsciente, com Glasgow 3 na chegada. A midríase pupilar era bilateral, associada a taquicardia, hipertensão e taquipneia: sinais que chamam a atenção para uma possível intoxicação exógena, possivelmente por agentes anticolinérgicos ou simpaticomiméticos. A histórica coletada com a família corrobora esta hipótese, pelo relato de suspeita ingestão de dose excessiva de antidepressivo tricíclico (ADT), a amitriptilina.

O relato de hígidez prévio, as alterações agudas na função do sistema nervoso central e a história de suspeita de ingestão de dose excessiva de amitriptilina, coloca a intoxicação exógena como principal hipótese diagnóstica. Considerando a multiplicidade de mecanismos que caracterizam esta grande classe de síndromes, a Figura 4. apresenta as principais alterações clínicas relacionadas a cada uma delas.

Figura 4. Principais síndromes tóxicas

	FC e PA	Respiração	Temperatura	Pupilas	Movimentos Intestinais	Diaforese
<b>Anticolinérgico</b> Anticolinérgicos: atropina, escopolamina, benzotropina Anti-histaminicos: clorfeniramina, ciproheptadina, hidroxizina, dimenidrinato, difenidramina, prometazina, meclizina		Sem mudanças 		Dilatadas 		
<b>Colinérgico</b> Organofosforados, carbamatos, como pilocarpina, carbacol, metacolina, cogumelos...	Sem mudanças 	Sem mudanças 	Sem mudanças 	Puntiformes 		
<b>Opioide</b> Morfina, codeína, tramadol, heroína, metadona, fentanil...				Puntiformes 		
<b>Simpaticomiméticos</b> Cafeína, cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, ritalina, MDMA				Dilatadas 		
<b>Sedativo-hipnóticos</b> Benzodiazepínicos, relaxantes musculares, barbitúricos...				Sem mudanças 		

Fonte: VELASCO et al., 2019.

Casos de intoxicação exógena são frequentes na emergência, com graus variados de gravidade, a depender do tipo de contato, duração, dose e letalidade da substância. A literatura aponta que todos os pacientes com suspeita ou confirmados devem ser tratados como potencialmente graves, mesmo que se apresentem oligossintomáticos na avaliação inicial. Sempre é muito importante reconhecer o que causou a intoxicação, saber se tem antídoto ou não, como e quando descontaminar, bem como saber para onde encaminhar. A partir da caracterização da síndrome tóxica, se pode pensar nas condutas, como prescrição de antídotos específicos, o que não se aplica à intoxicação por ADT (OLIVEIRA et al, 2021).

O diagnóstico da intoxicação exógena é clínico. Na história clínica, é muito importante a caracterização da exposição como tipo de substância, via, dose e tempo do uso. O exame físico pode indicar pistas importantes. Por exemplo, o paciente pode apresentar o cheiro de uma substância característica, como na intoxicação por álcool, ou pode apresentar lesões na boca ou nas narinas, sugerindo a ingestão de substância irritante ou inalação de fumaça, pode apresentar marcas de punção sugerindo abuso de drogas injetáveis. É preciso avaliar o nível de consciência, diâmetro das pupilas, sinais vitais, coloração da pele, presença ou não de sudorese, dentre outros achados, que são importantes na definição da síndrome (CUPO; CUSTODIO, 2017).

A paciente do caso apresentava midríase, sinal descrito nos casos de intoxicação por tricíclicos, além de taquicardia, hipertensão e taquipneia. O aspecto da pele e mucosas não foi descrito e, pelo que lembro do caso, a paciente não apresentava sudorese, mas não posso afirmar que estavam secas. Não ter observado esse aspecto me faz refletir que muitas vezes negligenciamos o exame da pele. Na descrição do exame físico nos atentamos aos padrões neurológicos, cardíacos, respiratórios, e por vezes, não observamos lesões, livedo ou demais alterações importantes para o diagnóstico ou avaliação da gravidade do quadro.

Uma boa história clínica pode apontar ainda mais pistas do que o exame físico. Em casos como este, obter a história não é uma tarefa fácil, pois muitas vezes os pacientes apresentam alteração do nível de consciência como efeito da síndrome tóxica, ou ainda, principalmente quando há intencionalidade, podem se recusar a relatar sua história, muitas vezes por medo de estigmas ou represálias. De qualquer forma, a coleta de informações com familiares, testemunhas, ou mesmo com o serviço de atendimento pré-hospitalar ajudam a caracterizar o caso. Na ocasião deste atendimento, o médico abordou os familiares sobre as condições em que a paciente foi encontrada, perguntou sobre a presença de frascos ou cartelas vazias próximas, comorbidades e medicações em uso ou que a paciente poderia ter acesso, transtornos psiquiátricos e tentativas prévias de suicídio, questões fundamentais para a compreensão do caso.

É realmente uma situação bastante delicada. O profissional precisa assistir um paciente potencialmente grave e acolher também os familiares, empático ao momento e sentimentos que vivenciam diante de uma tentativa de suicídio.

O manejo dos pacientes com intoxicação exógena deve ser feito sempre na sala de emergência, com monitorização dos sinais vitais, suplementação de O<sub>2</sub> e garantia de acesso venoso periférico. Seguindo a ordem do ABCDE, a avaliação e a estabilização devem ocorrer de forma concomitante. Quanto a via aérea e ventilação, casos menos graves podem necessitar apenas de suporte de O<sub>2</sub> em máscara ou CN, enquanto casos mais graves, secretivos, bradipneicos, incapazes de proteger via aérea, podem demandar aspiração ou intubação orotraqueal (IOT) (CUPO; CUSTODIO, 2017).

No caso desta paciente, o médico cogitou IOT, tanto pelo RNC que pode comprometer a capacidade de proteger a via aérea, como pela taquipneia importante, que pode levar à insuficiência respiratória. Além disso, a literatura aponta que a intoxicação por ADT retarda o esvaziamento gástrico e pode causar vômitos e alto risco de aspiração, especialmente em pacientes com nível de consciência rebaixado, devendo, portanto, o

limiar para decisão de IOT ser mais baixo (OLIVEIRA, 2021). No caso em questão, cuja paciente foi admitida com Glasgow 3, o plantonista indicou a IOT, porém a paciente apresentou rápida melhora do quadro, evoluindo para 10, sendo revista esta indicação.

Em relação à circulação, deve-se monitorar o padrão hemodinâmico, que pode variar a depender da síndrome tóxica, sendo importante atentar para o risco de PCR, porque a intoxicação exógena é descrita como uma das causas de AESP/assistolia.

De acordo com Velasco e cols. (2019), doses acima de 10-20 mg/kg apresentam risco à vida devido a complicações cardiovasculares e neurológicas. São drogas lipofílicas, rapidamente distribuídas pelos tecidos, com meia-vida longa podendo chegar a 60 horas, como é o caso da amitriptilina. Os sintomas podem se desenvolver de 40 minutos a 6 horas após a ingestão, dependendo da dose e do tipo de ADT. A paciente pesava cerca de 50kg, tomou 1 cartela com 10 comprimidos, totalizando 250 mg, duas vezes e meia a mais do que a dose máxima recomendada, que é de 100 mg.

Sabemos aqui, pela história da paciente, que a intoxicação se deu por ingestão aguda intencional, porém, enquanto plantonistas, é importante estar atento a erros de posologia ou interações medicamentosas que aumentem a concentração destes medicamentos, lembrando que podem ocorrer complicações sobretudo em pacientes idosos ou com comorbidades.

Os exames complementares são guiados pela suspeita diagnóstica. São rotineiramente recomendados em intoxicações, sobretudo quando não se sabe o agente causador, a dosagem de glicemia capilar, hemograma, eletrólitos, função renal, função hepática, parcial de urina e gasometria arterial, se suspeita de acidose. Para esta paciente foram solicitados: hemograma, TGO, TGP, CPK, CKMB, potássio, sódio, ureia e creatinina, apresentando apenas hiponatremia leve (Sódio 148).

O screening toxicológico urinário possui diversas limitações. De acordo com o Velasco et cols. (2019), no caso dos tricíclicos o resultado é rápido e poderia ser utilizado. Sobretudo, cada lugar possui uma realidade. Em Foz do Iguaçu as análises toxicológicas são realizadas fora do município, de modo que as solicitações acabam sendo feitas de forma criteriosa. De qualquer forma, no atendimento inicial a um caso de intoxicação exógena, assim como a outras demandas no contexto de UE, de fato, os exames não podem ser limitadores para as intervenções iniciais e estabilização do quadro.

Além dos exames laboratoriais, o eletrocardiograma pode revelar alterações como prolongamento dos intervalos QRS (> 100 ms) ou QTc (>430 ms), bradicardia, bloqueios atrioventriculares e arritmias ventriculares, tipicamente relacionados

ao uso de ADT e antipsicóticos. Além de identificar esses possíveis achados relacionados a síndrome anticolinérgica, também é útil ao diagnóstico diferencial de arritmias e DHE. A literatura indica que o ideal seria uso de eletrocardiografia contínua por no mínimo 6 horas (CUPO; CUSTODIO, 2017). Neste caso, a paciente se manteve monitorada por cerca de 3 horas, sendo transferida para a sala amarela devido a estabilização do quadro clínico.

Quanto às medidas de descontaminação, a lavagem gástrica é a mais utilizada, indicada de forma precoce, em 1 até 2 horas, desde que o paciente esteja alerta e colaborativo. Acarreta riscos, ainda que não tão frequentes, como falso trajeto, perfuração de septo, pneumotórax, broncoaspiração e aumento do tônus vagal, que poderia ser prejudicial em uma arritmia. Tem indicação em casos sem antídotos disponíveis, como é o caso dos ADT e em substâncias não corrosivas. Está contra-indicada se houver sangramentos, risco de perfuração intestinal e instabilidade hemodinâmica (VELASCO, 2020). Se considerarmos a maneira como a paciente chegou, a lavagem gástrica não seria indicada, todavia, diante da melhora importante, ela foi indicada pelo médico, apesar de não se saber ao certo há quanto tempo o medicamento foi usado.

O carvão ativado não foi utilizado baseando-se na justificativa do tempo. Porém, o Velasco e cols. (2019) apontam que alguns autores ponderam o uso um pouco mais tardio e em múltiplas doses para intoxicações com fármacos de meia vida longa e de ciclo entero-hepático, como é o caso dos ADT.

Diferentemente do que acompanhei em outros casos semelhantes, o plantonista não quis se reportar ao Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX) para suporte ao manejo desta paciente por já ter manejado vários casos semelhantes.

Todos os casos suspeitos de intoxicação exógena devem ser notificados. Os casos mais graves requerem internação em unidade de terapia intensiva (UTI). Idealmente, o CEATOX é a instituição de referência para suporte no manejo do paciente. A consulta a esse centro deve ser estimulada para auxiliar o médico no diagnóstico e tratamento, assim como reduzir internações e procedimentos desnecessários.

Neste caso, a paciente chegou muito rebaixada, porém evoluiu bem e de forma relativamente rápida. Essa evolução me instigou a estudar sobre quando está indicado internar, ou após quanto tempo se pode dar alta, já que boa parte dos casos que acompanhei acabaram tendo resolução positiva com medidas de controle e suporte.

Nos casos de toxicidade grave (FC >120bpm e QTc >480ms), recomenda-se manter monitorização cardíaca por 24 horas após melhora hemodinâmica, do ECG e do nível de consciência (VELASCO, 2020).

Os mesmos autores referem que pacientes assintomáticos após ingestão acidental de dose inferior à dose terapêutica diária máxima para a idade ou menor que a dose tóxica para a substância envolvida podem ter alta hospitalar após 6 horas de observação. Já pacientes que permanecem sintomáticos após 6 horas da ingestão devem ser internados para monitorização do estado mental, respiratório, equilíbrio ácido-básico e ECG. Pacientes que apresentarem remissão de todos os efeitos clínicos, com intervalos QRS e QTc normais, atividade intestinal normal e sem nenhum efeito recorrente, podem ter alta hospitalar se permanecerem assintomáticos após 24 horas.

Antes da alta, pacientes com ingesta proposital de substâncias ou medicações devem ser avaliados por psiquiatra quanto à possibilidade de tentativa de suicídio com plano formulado. Esta paciente foi transferida da UPA para a referência com transporte social e de lá foi encaminhada novamente à UBS e ao CAPS.

Fiquei pensando sobre essa jovem e os conflitos e contradições que a vida nos traz. Ao que me parece, a formação evangélica e o sustento advindo da prostituição podem ser suficientemente contraditórios ao ponto de gerar conflitos internos de grande repercussão. É fundamental que os profissionais de saúde estejam abertos a compreender mais as dores dos seus pacientes do que estigmatizá-los. A vida é aquela bagagem que só sabe o peso quem a carrega.

#### 2.2.4 Caso 04: Crise Hipertensiva

**Identificação:** O.C.F, masculino, 51 anos, branco, motorista de ônibus, natural e procedente de Foz do Iguaçu.

**HDA:** paciente relata que há aproximadamente 02 horas iniciou com quadro de dor em abdome superior, difusa, de intensidade 06/10, tipo cólica, associada a náusea e 1 episódio de êmese amarelo-esverdeada. Nega irradiação da dor ou fator de melhora/piora. Nega febre, dispneia, cefaleia, hematêmese, síncope, ou quaisquer outros sintomas.

**HPP:** hipertensão em uso de losartana 50mg 12/12h; obesidade. Nega alergias medicamentosas. Relata que há 1 ano tem diagnóstico de colelitíase em exame de USG

**HV:** Tabagista, fuma 10 cigarros ao dia há mais de 20 anos (carga tabágica 10 maços-ano). Nega etilismo.

**Exame físico:**

**Sinais Vitais:** PA 203x131 mmHg // FC 68 bpm // SO<sub>2</sub> 98% // T 35,9 C

**Ectoscopia:** mal estado geral, fácies de dor, sudoreico, eupneico em ar ambiente, hidratado, hipocorado +/-4.

**Neuro:** lúcido e orientado em tempo e espaço, pupilas isofotorreagentes, ausência de déficits focais, ausência de sinais meníngeos

**Cardio:** bulhas rítmicas e normofonéticas em 2 tempos, não ausculto sopros, hipertenso

**Respiratório:** murmúrios vesiculares audíveis em todos os campos pulmonares, eupneico em ar ambiente, ausência de sinais de esforço respiratório

**Abdome:** ruídos hidroaéreos presentes, abdome globoso, depressível, indolor a palpação superficial e doloroso a palpação profunda em epigástrio e hipocôndrio direito, sinal de Murphy presente; sinais de Blumberg e Giordano ausentes; ausência de sinais de peritonismo, não palpo massas ou visceromegalias.

**Extremidades:** frias, porém bem perfundidas. TEC < 3 segundos, ausência de edemas, panturrilhas livres.

**Diagnósticos sindrômicos:** emergência hipertensiva (SCA?), urgência hipertensiva, pseudocrise hipertensiva

**Condutas iniciais:** Foi aplicado protocolo de dor torácica (ECG, troponina, analgesia, nitrato), exames laboratoriais (hemograma, PCR, ureia, creatinina, TGO, TGP, sódio, potássio, lipase, amilase, CPK, CKMB, bilirrubina total e frações, TAP e KPTT) e monitorização em sala vermelha. O ECG do paciente não apresentou supra ou infradesnivelamento do segmento ST nem bloqueios de ramo. Após 40 minutos, paciente referiu melhora da algia torácica, mantendo dor abdominal em abdome superior. Manteve PA em torno de 150/100 com 15 ml/h de nipride. Os exames laboratoriais não apresentaram alterações.

### **Discussão do caso:**

Toda PA elevada deve ser tratada na emergência? A literatura indica que não. As crises hipertensivas são muito frequentes na UE e o mais importante é identificar as causas potencialmente graves de elevação da PA. Em termos de classificação, é possível dividir as crises hipertensivas verdadeiras em urgências hipertensivas (UH) ou emergências hipertensivas (EH) (VELASCO et al., 2020).

Frequentemente, indivíduos procuram o serviço de saúde com queixa de cólicas, lombalgia, ansiedade e acabam por apresentar PA elevada, geralmente quando há um mau controle habitual dela. A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial define essa condição como pseudocrise hipertensiva (PH), caracterizada pelo aumento da PA e da FC frente a um estresse físico ou emocional que desencadeia resposta adrenérgica fisiológica. Nestes casos, mais do que com medicamentos para reduzir a PA, deve ser realizado controle efetivo da dor, da ansiedade, ou de qualquer outro fator que esteja desencadeando esta resposta. Os anti-hipertensivos podem ser prescritos para uso crônico, mas não precisam ser utilizados na emergência (MALACHIAS et al., 2016).

Uma UH se caracteriza pela PAS >180 mmHg ou PAD >120 mmHg, sem lesão aguda de órgão alvo ou piora de lesão crônica, com sintomas relacionados ao aumento da PA. Pode ocorrer mais comumente em hipertensos que param de tomar as medicações e que já possuem lesões crônicas. Estes pacientes devem ser incentivados a melhorar a adesão ao tratamento, a fim de estabelecer um melhor controle pressórico.

Muito mais do que reduzir a PA em um episódio isolado, é necessário focar no seu controle habitual a médio e longo prazo, que irá repercutir efetivamente na prevenção de eventos cardiovasculares, impactando de modo positivo na redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares (DCV). O uso de anti-hipertensivos, portanto, não é mandatório na emergência quando o paciente está completamente assintomático. De fato, a expressão “urgência hipertensiva” remete, de modo geral, a uma situação clínica de alto risco, que requer intervenção medicamentosa imediata, o que não se aplica em todos os casos .

A decisão de medicar ou não é, de fato, complicada. Conversando com o plantonista, refletimos sobre o quanto o médico se sente mais seguro quando medica seus pacientes. Por mais que os livros apontem que baixar a PAS daquele idoso assintomático que está sempre em 180 mmHg para 150 mmHg não reduz mortalidade e que a conduta neste caso seria orientá-lo a cuidar melhor os níveis pressóricos, o paciente, a família, a equipe esperam ver sua PA controlada. Na prática, é comum seguir medicando.

Cerca de 95% dos casos de crise hipertensiva são pseudocrises ou UH. É fundamental procurar ativamente sinais de lesão de órgão alvo, que caracterizem uma EH que, se não tratada adequadamente, pode levar à morte.

A cefaleia, por exemplo, é uma manifestação clínica que pode estar presente desde uma PH até uma EH, sendo fundamental realizar o diagnóstico diferencial.

Para as cefaleias com características primárias, deve-se proceder apenas à analgesia. Já as acompanhadas de sinais focais devem ser manejadas conforme suspeita diagnóstica.

Uma EH requer a redução controlada da PA. Não buscar o valor absoluto considerado normal é conduta prudente, visto o risco de indução de hipofluxo cerebral ou miocárdico, por exemplo. Exceções a esta regra são, por exemplo, em casos de dissecção aguda de aorta, na qual é preconizada uma redução mais importante e rápida da PA e da FC devido à elevada mortalidade na fase aguda (SILVA, 2013).

Diferenciar uma de outra situação é essencial para o emergencista clínico, visto que, interfere diretamente no tratamento imediato ainda no pronto-socorro: no cenário de UH o tratamento VO é indicado, enquanto pacientes com EH necessitam de internação em UTI e uso de anti-hipertensivo endovenoso.

Na anamnese e exame físico é fundamental investigar intoxicações, perguntar sobre a atual terapia anti-hipertensiva, descartar PH questionando dor e estresse emocional. Deve-se avaliar sintomas compatíveis com lesão de órgão alvo como confusão, letargia, alteração visual, papiledema, RNC e déficit focal novo, pensando em encefalopatia hipertensiva e AVC; dispneia, taquipneia, dessaturação, expectoração rósea e estertores considerando EAP; dor torácica, alterações do ECG, sopros cardíacos, B3 e B4, massa abdominal pulsátil, palidez e assimetria de pulso sugestivos de SCA ou dissecção de aorta; e diminuição do débito urinário e edema presentes na lesão renal (PIERIN et al, 2019).

Exames gerais como ECG de 12 derivações, função renal, eletrólitos, assim como exames direcionados conforme suspeita clínica, como marcadores de hemólise na hipertensão maligna, radiografia de tórax na suspeita de EAP, TC de crânio na suspeita de AVC, troponina na suspeita de SCA, angio TC na dissecção de aorta, são indicados para identificar causas de base, realizar o diagnóstico diferencial e otimizar o tratamento (VELASCO et al., 2020).

Uma vez confirmada (ou com forte suspeita clínica) uma EH, deve-se iniciar o tratamento com agentes anti-hipertensivos parenterais. Em geral, objetiva-se reduzir 20-25% da PAS na primeira hora, com alvo de 160x100mmHg em 6 a 12 horas. Em alguns casos, como na encefalopatia hipertensiva, esta redução não deve ultrapassar 10-15% na primeira hora e 25% em 24 horas. No AVCi, os níveis pressóricos variam de acordo com a indicação de trombólise. No geral, não se pode reduzir maciçamente a PA sob o risco de causar hipoperfusão e agravar lesões isquêmicas. Já no AVCh a PA deve se manter < 160mmHg e na dissecção de aorta está preconizado PAS <120 mmHg e FC <60 bpm.

As principais drogas parenterais são o nitroprussiato de sódio e a nitroglicerina, mais indicada nos casos de SCA. Ambos possuem ação rápida, devem ser infundidos em BIC e demandam controle rigoroso da PA (idealmente invasiva). Além disso, podem ser utilizados outros agentes como metoprolol ou propranolol e hidralazina, de acordo com a disponibilidade no serviço e as necessidades do paciente (ELLIOTT; VARON, 2021).

O paciente foi manejado inicialmente como uma EH, uma vez que referia dor torácica, o que levantou a hipótese de uma SCA. Foi iniciado protocolo de dor torácica e controle da PA com nitroglicerina, que seria a droga de escolha nestes casos. O paciente apresentou melhora da dor e seus exames não sugeriram lesão de órgão alvo, caracterizando uma UH, possivelmente relacionada a má-adesão terapêutica. Durante a anamnese, o paciente relatou que nem sempre tomava a medicação duas vezes ao dia porque às vezes a PA baixava demais. Ademais, os níveis pressóricos podem ter sido amplificados pela dor abdominal.

Na primeira hora a PA do paciente reduziu para 150/100 mmHg, atingindo o limite máximo de 25% para a redução na primeira hora. O paciente evoluiu com melhora da dor torácica, foi realizado desmame de nipride, e recebeu alta com receita de anti-hipertensivos, encaminhamento para seguimento em UBS e orientações para controle ambulatorial da PA e da litíase biliar. Foi prescrito losartana 12/12h, anlodipino 5 mg ao dia e hidroclorotiazida 25 mg ao dia.

### 2.2.5 Caso 05: Síndrome Ictérica

**Identificação:** C.G.A, 35 anos, feminino, solteira, estoquista, natural e procedente de Foz do Iguaçu

**HDA:** Paciente relata que há 5 dias começou a apresentar icterícia, percebida por colegas de trabalho em região da esclera, sem demais sintomas associados. Há 3 dias evoluiu com cefaleia, prurido cutâneo e epigastralgia irradiada para hipocôndrio direito de intensidade 10/10, associada a náuseas, colúria e acolia. Nega febre ou demais sintomas.

**HPP:** nega comorbidades; nega alergias medicamentosas; em uso de contraceptivo oral combinado

**HV:** nega tabagismo; etilismo social

**Exame físico**

**Sinais Vitais:** T 36,5 C // PA 135x87 mmHg // FC: 71 bpm // FR 18 irpm // SO<sub>2</sub> 98% // HGT 78 mg/dL

**Ectoscopia:** REG, colaborativa, icterica +3/4+, hidratada, acianótica, eupneica em ar ambiente

**Neuro:** LOTE, pupilas isofotorreagentes, ausência de déficits focais, ausência de sinais meníngeos.

**Pulmonar:** murmúrios vesiculares presentes em todos os campos de ausculta, sem ruídos adventícios, ausência de sinais de esforço respiratório

**Cardíaco:** Bulhas rítmicas e normofonéticas em 2 tempos, não ausculto sopros. Hemodinamicamente estável sem dva

**Abdome:** RHA+, abdome flácido, depressível, doloroso a palpação superficial em hipocôndrio direito, sem sinais de peritonismo

**Extremidades:** ausência de edemas, panturrilhas livres, pulsos periféricos palpáveis e simétricos

**Condutas iniciais:** A paciente foi inicialmente medicada com dipirona e bromoprida endovenosa e referiu melhora da dor com a medicação. Os exames laboratoriais solicitados foram: hemograma completo, gama glutamil transferase (GGT), amilase e lipase. Não foram solicitados, inicialmente, uréia, sódio, potássio, magnésio, fosfatase alcalina (FA), creatinina, bilirrubina total e frações, PCR, TAP e KPTT. Foi solicitada TC confirmando coledocolitíase e foi solicitada vaga para o HMPGL.

**Diagnósticos sindrômicos:** Síndrome icterica não febril; Síndrome dolorosa abdominal; Síndrome colestática.

**Discussão do caso:**

Por ser um sinal clínico muito visível, o que mais chamava a atenção nesta paciente era a intensidade da icterícia. Quando há acúmulo de bilirrubina sérica superior a 2-3mg/dL, a esclera e a língua são tipicamente os primeiros locais onde a icterícia se faz perceptível. Inclusive, a paciente relatou que o primeiro sinal percebido, ainda 2 dias antes da dor abdominal, foi a esclera amarelada observada pelos colegas de trabalho.

A bilirrubina é um metabólito da degradação do heme no plasma e pode ser dividida em conjugada (direta) e não conjugada (indireta). A bilirrubina indireta (BI)

circula ligada a albumina, impedindo sua eliminação renal. É capturada pelo hepatócito e convertida à forma hidrossolúvel através de conjugação com o ácido glucurônico, formando a bilirrubina direta (BD), excretada pelos canalículos biliares. No intestino, sofre redução pelas bactérias até urobilinogênio e estercobilinogênio. Pequena parte do urobilinogênio é absorvida, passa pela recirculação êntero-hepática e é excretada pelos rins (MONTENEGRO et al., 2021).

Assim, se a produção de bilirrubinas estiver elevada ou a captação, transporte e conjugação estiverem reduzidos, como por exemplo nas doenças hemolíticas, na anemia falciforme, no extravasamento de sangue nos tecidos, ou em situações de importante estresse clínico, tal como a sepse, será possível verificar um aumento de BI. Já se houver prejuízo na metabolização ou excreção hepática, como ocorre nas doenças hepáticas, em casos de obstrução de vias biliares por cálculos ou tumores, ou mesmo em casos de disfunção orgânica como na sepse, poderá ser identificado um aumento de BD.

O diagnóstico diferencial do paciente com síndrome icterica é vasto, mas a maior parte dos casos é causada por um número limitado de etiologias. Dentre elas estão as hepatites virais agudas e hepatite crônica, doença hepática alcoólica, hepatite medicamentosa, cálculos biliares, neoplasia, cirrose biliar e colangite. Além dessas, principalmente em áreas endêmicas ou vulneráveis, é preciso pensar em leptospirose, malária, febre amarela e febre tifoide. A presença de febre associada, No contexto das síndromes ictericas, permite separá-las em síndrome icterica febril e não febril, e ajuda na formulação das hipóteses diagnósticas e seus diagnósticos diferenciais (GUERRA, 2018).

Estudando o tema e acompanhando os pacientes ao longo do internato, sobretudo no contexto de UPA, percebo que a maioria dos pacientes apresenta etiologias benignas, que poderiam ser investigadas ambulatorialmente. O que me parece mais importante na UE é identificar sinais de gravidade, como por exemplo, alteração do nível de consciência, sinais de encefalopatia hepática, dor abdominal associada a febre ou sangramento (epistaxe, gengivorragia, hematêmese, hemoptise), que indiquem necessidade de suporte hospitalar.

A anamnese e o exame físico, como sempre, são o ponto crucial para qualquer diagnóstico. Quando se trata do abdômen, que abriga inúmeras estruturas correlacionadas, a anamnese bem coletada se faz ainda mais fundamental.

É preciso investigar histórico de transfusão de sangue, tatuagens, piercings, uso de drogas EV e múltiplos parceiros sexuais, pensando em hepatites B e C; ocorrência de viagem recente ou procedência de áreas endêmicas de hepatite,

esquistossomose ou outras doenças infectocontagiosas que cursam com icterícia; hábitos de vida como uso de álcool, banhos de açude devido possibilidade de esquistossomose, contato com enchentes atentando para leptospirose, além do uso de medicações (VELASCO et al, 2020).

Em relação ao quadro atual, investigar a presença de pródromos associados à icterícia, como náuseas e vômitos, que são comuns em infecções virais; questionar se há presença de calafrios ou hepatomegalia dolorosa por possibilidade de colangite ou abscesso hepático; ocorrência de febre baixa pode estar presente em infecções virais, hepatite alcoólica e medicamentosa; perguntar sobre sintomas sugestivos de neoplasia como anemia, perda ponderal e caquexia; dispneia, astenia e palidez devem ser exploradas no contexto de anemias hemolíticas; presença de acolia fecal, colúria e mialgia podem fazer parte do quadro de leptospirose; ascite, hepatomegalia ou esplenomegalia, circulação colateral abdominal, teleangiectasias, ginecomastia, eritema palmar, são característicos de hepatopatia crônica; assim como prurido cutâneo e dor em hipocôndrio direito podem estar presentes em casos de cálculos biliares (GUERRA, 2018).

Uma das razões de eu ter escolhido este caso é porque, à primeira vista, ele me pareceu um “caso de livro”, muito didático: os sinais e sintomas apontados pela paciente, a epidemiologia, a evolução, tudo me levou a pensar primeiramente em uma síndrome colestática. Certa vez, ouvi de uma médica que admiro muito: “quanto menos hipóteses diagnósticas, maior sua chance de errar”. Procuo trazer isso para todos os plantões, e não é uma tarefa fácil. De fato, coledocolitíase seria a principal hipótese, tanto é que ela foi manejada como tal ao longo de sua trajetória no serviço de saúde. Porém, achei bastante enriquecedor estudar outras causas de dor abdominal que cursam com icterícia, que poderiam ser aventadas no caso dela, porque podem chegar outros casos no futuro que não sejam tão clássicos assim.

A colecistite é uma doença bastante prevalente. Se caracteriza de modo muito frequente por dor em abdome superior, do tipo cólica, que evolui em intensidade, associada frequentemente a náuseas e vômitos. Além desses sintomas, podem ser descritos a presença de prurido cutâneo, colúria e acolia, que podem surgir nos cenários de obstrução de via biliar – coledocolitíase – além da icterícia, que também é marcante nesses casos. Esta descrição da sintomatologia contempla muito bem o relato da paciente. A paciente negava a ocorrência de febre que, caso estivesse presente, alertaria para a possibilidade de colangite (tríade de Charcot). A paciente era jovem, não apresentava sinais

ou sintomas sugestivos de neoplasia, como por exemplo, perda ponderal acentuada ou presença do sinal de courvoisier terrier (LIMA; NICOLAU, 2019).

A paciente do caso é uma mulher, e ser mulher em idade fértil está entre os fatores de risco para o surgimento de cálculos biliares, devido ao estrogênio. A relação entre mulheres e homens na colecistite é 4:1 na idade reprodutiva e se iguala com o envelhecimento. Outros fatores são obesidade, diabetes mellitus, estrogênio, gravidez, doença hemolítica e cirrose. Dentre estes, é sabido que a paciente é obesa e múltipara.

O padrão laboratorial ajuda a identificar a causa da icterícia, definindo se a hiperbilirrubinemia é de origem pré-hepática, hepática ou pós-hepática. Valores aumentados de BI e transaminases, somados a valores normais de fosfatase alcalina (FA) e GGT indicam acometimento pré-hepático. Provas de hemólise positiva, como LDH elevado, haptoglobina baixa, BI elevada sugere anemia hemolítica. Já um padrão hepático se caracteriza pela presença de transaminases elevadas, podendo afetar marcadores de função hepática como albumina reduzida e INR alargado. O padrão pós-hepático apresenta aumento principalmente de BD, FA e GGT (MONTENEGRO et al., 2021).

Para iniciar a investigação está indicado solicitar: hemograma, bilirrubinas totais e frações, aspartato aminotransferase (TGP), alanina aminotransferase (TGO), fosfatase alcalina (FA), Gama-glutamil-transferase (GGT), tempo de atividade da protrombina (TAP). Os exames solicitados inicialmente para a paciente foram apenas hemograma completo, GGT, amilase e lipase. O único exame que apresentou alteração foi a GTT com valor 608. Porém, a GTT deve ser sempre avaliada em conjunto com a FA, conforme abordado mais adiante.

No dia seguinte foram solicitados os seguintes exames, acompanhados de seus respectivos resultados, expressos na tabela 2.

Tabela 2. Resultados de exames laboratoriais da paciente C.G.A

<b>Exames</b>	<b>Resultados</b>
<b>BT</b>	6,6
<b>BD</b>	5,2
<b>BI</b>	1,4
<b>FA</b>	272
<b>Ureia</b>	32
<b>Creatinina</b>	0,6
<b>Sódio</b>	143

<b>Potássio</b>	4,8
<b>Magnésio</b>	2,1
<b>PCR</b>	1,9
<b>TGP</b>	537
<b>KPTT</b>	28,7
<b>TAP</b>	10,6

Fonte: Tasy, 2021

Em suma, os exames laboratoriais da paciente revelaram alteração de BT, principalmente às custas de BD, somada à alteração importante de FA, GGT e TGP.

Quando há hiperbilirrubinemia às custas de BD, o problema está na excreção da bile, sugerindo fator obstrutivo que pode ser intra-hepático, devido hepatite ou cirrose, ou extra-hepática como numa coledocolitíase, neoplasia de vias biliares ou periampular. Na lesão hepatocelular ocorre aumento de 8-10 vezes o valor normal das transaminases, o que nesta paciente foi superior, já que TGP aumentou cerca de 15 vezes o valor de referência. A literatura aponta que a relação TGP/FA superior a 5 sugere lesão hepatocelular, mas no caso dessa paciente, está próximo de 2. Para todos os efeitos, considerando a disponibilidade e praticidade da testagem rápida para hepatites B e C, os mecanismos de transmissão das hepatites virais, além do fato de estarmos em uma região endêmica para a hepatite B, indicaria a realização da testagem (VELASCO et al, 2020).

A FA é encontrada tanto nos hepatócitos quanto nos canalículos biliares. Aumenta quando a pressão nos canalículos está aumentada e nas doenças infiltrativas hepáticas. Para saber se a origem do aumento da FA é hepática ou de vias biliares, é dosada a GGT, liberada pelas células dos ductos biliares. Na lesão colestática espera-se encontrar aumento da FA e da GGT, como ocorreu no caso da paciente, porém, a elevação das transaminases costuma ser mais discreta, cerca de 2-3 vezes o valor de referência. Não foram dosadas proteínas totais, nem albumina e o TAP não apresentou alterações, não sugerindo disfunção hepática (ZAKKO; ADFHAL, 2021).

A solicitação de exames de imagem no caso desta paciente está indicada por importante suspeita de doença obstrutiva. O exame de escolha é a USG, útil para identificação de dilatação da via biliar e mais sensível para o diagnóstico de cálculos biliares e para determinar o local da obstrução, além de ser mais barata e acessível (VELASCO, et al, 2021). Como a paciente já possuía USG recente, foi solicitada TC, que fornece melhor resolução quanto às estruturas anatômicas, mas só é exame de escolha em pacientes com

baixa probabilidade de obstrução por cálculos. No exame foram identificados 3 microcálculos no colédoco distal, promovendo dilatação e leve ectasia de parte das vias biliares intra-hepáticas, caracterizando coledocolitíase e confirmando a principal hipótese diagnóstica.

## 2.2.6 Caso 06: Picada de Cobra

**Identificação:** I.L.O, feminino, 50 anos, casada, dona de casa, natural de São Miguel do Iguaçu e procedente de Foz do Iguaçu

**HDA:** Paciente relata ter sido picada por cobra da espécie Urutu (*Bothrops alternatus*) na falange proximal do 5º quirodáctilo direito há cerca de 12 horas. Evoluiu ao longo do tempo com tontura e dor latejante no local da picada, irradiando para MSD até o ombro. No momento, avalia a dor como de intensidade 06/10 e relata que está sem urinar há cerca de 10 horas. Nega sangramentos, êmese, síncope, confusão mental, dispneia, cefaleia, astenia, visão turva, xerostomia, ou demais sintomas associados.

**HPP:** Nega comorbidades prévias. Relata problemas de memória iniciados há cerca de 10 anos, não realiza tratamento/acompanhamento

### Exame físico

**Sinais Vitais:** FC 93 // FR 18 // PA 154/92 // T 36,7 // SpO2 94% em AA // HGT 228

**Ectoscopia:** BEG, LOTE, corada, hidratada, acianótica, anictérica, afebril, eupneica em AA

**Neuro:** ECG 15, lúcida e orientada em tempo e espaço, pupilas isocóricas e fotorreagentes, ausência de déficits focais.

**Cardio:** ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas em 2T. Não ausculto sopros. TEC <3s

**Pulmonar:** murmúrios vesiculares universalmente audíveis sem ruídos adventícios, ausência de sinais de esforço respiratório

**Abdome:** ruídos hidroaéreos presentes, abdome flácido, depressível, indolor à palpação superficial e profunda. Não palpo massas ou visceromegalias

**Extremidades:** Lesão em 5º quirodáctilo direito, com presença de 2 vesículas com conteúdo hemático, localizadas em falanges proximal e média, na face ventral, e bolha com conteúdo seroso em falange proximal, em região lateral. Presença de edema 2+/4+, hiperemia acometendo a mão e se estendendo até o terço médio distal do antebraço.

Demais extremidades livres de lesões, edema e estão quentes e profundidas. Panturrilhas livres.

**Diagnósticos sindrômicos:** acidente ofídico; síndrome dolorosa; distúrbio agudo da coagulação

**Conduta:** O contato com o CEATOX foi realizado no plantão diurno, e a orientação obtida foi a de administrar soro antiofídico específico (6 ampolas na diluição de 1:5 para correr em 1 hora) e realizar exames de rotina em 12 horas, a exceção de TAP, KPTT, fibrinogênio, ureia e creatinina, que deveriam ser realizados de 4 em 4 horas. Ainda neste período, foi prescrita analgesia e hidratação com ringer lactato. No período noturno, foi solicitada a passagem de SVD para controle de diurese, que desde a manhã havia sido prescrito mas não realizado. Foram prescritos sintomáticos e hidratação, assim como vigilância da evolução do edema local, sendo mantida para a monitorização em sala de emergência.

#### **Discussão do caso:**

Os acidentes ofídicos têm importância médica em virtude de sua frequência e potencial gravidade. No Brasil são reconhecidas 10 famílias de serpentes, dentre as quais 2 abrangem espécies consideradas peçonhentas: Viperidae, que inclui os gêneros Bothrops (jararaca, jararacuçu, urutu-cruzeiro), Crotalus (cascavéis) e Lachesis (sururucu-pico-de-jaca); e Elapidae, que abrange os gêneros Leptomicrurus e Micrurus (corais-verdadeiras) (COSTA; BÉRNILS, 2015).

Quanto a alta incidência, citada por Bernardes (2014) como a maior da América Latina, acredito que se deva, entre outros aspectos, a notificação realizada no Sistema de Informação de Agravos e de Notificações (SINAN) que fornece base de dados ao Datasus, onde é possível pesquisar e correlacionar dados, como o tipo de acidente, tipo de animal, gravidade e evolução dos casos. Os dados podem ainda ser seriados por período ou unidades da federação, dentre vários outros dados.

Ainda sobre as características dos acidentes ofídicos, o maior número costuma ocorrer entre os meses de novembro e março, sobretudo na região Sul, o que também corresponde ao período de ocorrência do acidente deste caso. Isso se deve, provavelmente, ao período mais quente e chuvoso do ano, e à maior disponibilidade de presas (CERON, 2019).

O acidente ofídico neste caso aconteceu no domicílio, e o marido conseguiu capturar e fotografar o animal, permitindo a identificação dele como sendo uma serpente do gênero *Bothrops* que, em geral, corresponde a maioria dos casos de acidentes ofídicos, devido a sua ampla distribuição. Essa identificação é muito importante por propiciar melhores condições de tratamento, principalmente na diminuição do tempo de decisão e aplicação do antídoto, o que resulta na diminuição do dano local, sistêmico e possíveis sequelas. Infelizmente, muitas vezes, o animal não é filmado, fotografado, ou mesmo visto pela pessoa ferida ou testemunhas do caso. Nesses casos, o diagnóstico é realizado através da observação dos sintomas e sinais presentes na vítima.

Nos acidentes botrópicos, o veneno apresenta ação proteolítica, com risco de necrose tecidual local, coagulante, hemorrágica e nefrotóxica. Comumente causa dor e edema endurecido no local da picada, de intensidade variável e, em geral, de instalação precoce e caráter progressivo. Equimoses e sangramentos no local da picada são frequentes e estavam presentes no caso. A evolução pode comprometer a função e até mesmo levar a amputação de extremidades.

Com base nos sinais e sintomas, acidentes botrópicos são classificados (FUNASA, 2001):

a) Leve: forma mais comum, caracterizada por dor e edema local pouco intenso ou ausente, manifestações hemorrágicas discretas ou ausentes, com ou sem alteração do TAP.

b) Moderado: caracterizado por dor e edema evidente que ultrapassa o segmento anatômico picado, acompanhados ou não de alterações hemorrágicas locais ou sistêmicas como gengivorragia, epistaxe e hematúria.

c) Grave: caracterizado por edema local endurecido intenso e extenso, podendo atingir todo o membro picado, geralmente acompanhado de dor intensa e, eventualmente, com presença de bolhas. Em decorrência do edema, podem aparecer sinais de isquemia local. Manifestações sistêmicas como hipotensão arterial, choque, oligoanúria ou hemorragias intensas definem o caso como grave, independentemente do quadro local.

A paciente do caso apresentava dor, edema e endurecimento que atingiam até o terço médio distal do antebraço, porém não apresentava sinais de alterações hemorrágicas ou sintomas sistêmicos, caracterizando um acidente moderado. Ela relatou que demorou mais de 3 horas para procurar o serviço de saúde, tendo-o feito apenas diante da evolução importante da dor, fato que pode levar ao agravamento do quadro. O início

rápido do tratamento nestes casos é de suma importância, uma vez que um atraso no atendimento se relaciona positivamente com a letalidade ou sequelas anatômicas e funcionais.

Nos exames complementares podem ser encontrados alargamento do TAP, hemograma com leucocitose (neutrofilia com desvio à esquerda) e plaquetopenia variável, EAS apresentando proteinúria, hematúria e leucocitúria, além de alteração de eletrólitos, uréia e creatinina, evidenciando lesão renal aguda. Dentre as alterações, a paciente não apresentou plaquetopenia. Os resultados dos exames da paciente estão descritos na tabela abaixo.

Tabela 3. Resultados dos primeiros exames laboratoriais da paciente I.L.O

<b>Exames</b>	<b>Resultados</b>
<b>Hemoglobina</b>	14,7
<b>Hematócrito</b>	43,1
<b>Leucócitos</b>	10.630 / B 7%
<b>Plaquetas</b>	209.000
<b>Ureia</b>	53
<b>Creatinina</b>	0,9
<b>Sódio</b>	148
<b>Potássio</b>	4,3
<b>Parcial de Urina</b>	Proteínas ++
<b>TAP</b>	41,1%
<b>KPTT</b>	28,2
<b>INR</b>	1,58

Fonte: Tasy, 2021.

No tratamento está indicada a administração, o mais precocemente possível, do soro antibotrópico (SAB) por via intravenosa e, na falta deste, das associações antibotrópico-crotálica (SABC) ou antibotrópico-laquélica (SABL). Em Foz do Iguaçu, o HMPGL é referência para o atendimento de acidentes ofídicos, portanto, a paciente foi regulada diretamente ao referido hospital (FUNASA, 2001).

Os soros são concentrados de imunoglobulinas obtidos por sensibilização de diversos animais, sendo mais utilizados os de origem equina. A via de administração recomendada é a intravenosa e a frequência de reações à soroterapia parece ser menor

quando o antiveneno é administrado diluído. A diluição pode ser feita, a critério médico, na razão de 1:2 a 1:5, em soro fisiológico ou glicosado a 5%, infundindo-se na velocidade de 8 a 12 ml/min, observando, a possível sobrecarga de volume em crianças e em pacientes com IC. No caso da paciente, foram prescritas 6 ampolas de soro, sendo esta dose padrão para acidentes classificados como moderados de acordo com o quadro a seguir, na diluição de 1:5 correr em 1 hora.

Quadro 2. Classificação quanto à gravidade e soroterapia recomendadas para o acidente botrópico:

Manifestações e Tratamento	Classificação		
	Leve	Moderada	Grave
Locais • dor • edema • equimose	ausentes ou discretas	evidentes	intensas**
Sistêmicas • hemorragia grave • choque • anúria	ausentes	ausentes	presentes
Tempo de Coagulação (TC)*	normal ou alterado	normal ou alterado	normal ou alterado
Soroterapia (nº ampolas) SAB/SABC/SABL***	2-4	4-8	12
Via de administração	intravenosa		

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001.

Além do soro, medidas gerais como analgésicos, hidratação (diurese entre 30 à 40 ml/hora no adulto, e 1 a 2 ml/kg/hora na criança) e antibioticoterapia quando houver evidência de infecção devem ser considerados. O controle da diurese é muito importante para avaliação da função renal junto aos exames complementares. Esta paciente teve a prescrição para o uso de SVD desde o início da tarde, mas no plantão noturno ela ainda não havia sido realizada. Isso aponta que além de prescrever, é preciso acompanhar a execução da prescrição. Neste caso, se a paciente apresentasse anúria, e esta não fosse identificada, ela provavelmente não seria reclassificada como acidente grave e deixaria de receber dose complementar de SAB. A paciente foi sondada às 22 horas e apresentou diurese de 350 ml em 11 horas (31ml/h), próximo aos parâmetros mínimos recomendados. Foi realizado novo contato com Ceatox que orientou a otimização da hidratação VO, com boa resposta pela paciente, e não indicação de ATB.

Devido à estabilização dos valores do coagulograma, não foi necessário administrar mais doses de SAB. Foi mantida a otimização da hidratação e elevação do membro para auxiliar na regressão do edema, associado a sintomáticos e foi prescrita vacina antitetânica. Devido a melhora clínica e laboratorial, a paciente evoluiu para alta em 4 dias após o acidente.

### 2.2.7 Caso 07: Vertigem

**Identificação:** A.R, masculino, 54 anos, branco, casado, motorista de caminhão, natural de Uruguaiana /RS e procedente de Foz do Iguaçu.

**QP:** muita tontura

**HDA:** Paciente refere quadro vertiginoso importante, “como se os objetos estivessem rodando” e sensação de desequilíbrio, iniciados de maneira abrupta e progressiva há cerca de 24 horas, associados a náuseas, vômitos e cefaleia. Nega febre, traumas ou demais sintomas. Sente alívio dos sintomas quando permanece em decúbito dorsal em posição estática. Nunca apresentou sintomas parecidos antes.

**HPP:** HAS com tratamento irregular; nega alergias medicamentosas

**HV:** nega tabagismo e etilismo. Nega uso contínuo de medicamentos.

#### **Exame Físico:**

**Sinais Vitais:** T 36 °C // FR 20 irpm // PA 131 x 94 mmHg // SpO2 95% em ar ambiente // FC 68 bpm // HGT 107 mg/dL

**Ectoscopia:** regular estado geral, colaborativo, hipocorado +/-4, anictérico, acianótico, sudoreico.

**Neurológico:** lúcido e orientado em tempo, espaço e pessoa, pupilas isofotorreagentes, força grau IV globalmente, presença de nistagmo com fase rápida à esquerda, sem alterações da coordenação motora, sem sinais de meningismo

**Pulmonar:** Murmúrios vesiculares universalmente audíveis, sem ruídos adventícios, ausência de sinais de esforço respiratório.

**Cardiovascular:** Bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos, não ausculto sopros. Pulsos periféricos palpáveis e simétricos.

**Abdome:** Globoso, ruídos hidroaéreos presentes, depressível, indolor à palpação superficial ou profunda, sem sinais de peritonismo

**Extremidades:** ausência de edemas, panturrilhas livres

**Condutas iniciais:** foram prescritos sintomáticos (dramin e cinarizina) e solicitados exames complementares de urina, hemograma, ureia, creatinina, sódio, potássio, glicose, que não apresentaram alteração.

**Diagnósticos Sindrômicos:** Síndrome vertiginosa aguda; Síndrome vertiginosa recorrente; Pré-síncope; Síndrome cerebelar; Hipoglicemia.

### **Discussão do caso:**

Tontura é um termo inespecífico frequentemente usado pelos pacientes para descrever quadros de vertigem, tontura inespecífica, desequilíbrio e pré-síncope. Em cerca de 85% dos casos é de origem labiríntica, mas pode também decorrer de problemas visuais, neurológicos ou psíquicos. O primeiro passo na avaliação é identificar em qual destas categorias o paciente se encaixa (FURMAN; BARTON, 2021).

A vertigem se caracteriza pela ilusão de movimento, com sensação de inclinação ou rotação do corpo ou do ambiente ao redor. A pré-síncope dura de segundos a minutos e costuma ser descrita pelo paciente como “quase desmaio”, sendo importante investigar possíveis causas cardíacas. No desequilíbrio não há ilusão de movimento, devendo-se investigar, por exemplo, neuropatia periférica ou distúrbio cerebelar. Já a tontura inespecífica geralmente está associada à hiperventilação e ao estresse, e é referida como sensação de “cabeça vazia”, devendo-se investigar transtornos psiquiátricos, TCE, uso de medicamentos ou hipoglicemia (VELASCO et al, 2020).

Após confirmar que se trata de vertigem, é preciso diferenciar se estamos diante de uma síndrome vestibular aguda (SVA) ou de uma vertigem recorrente. Enquanto a vertigem posicional paroxística benigna (VPPB) tende a melhorar após alguns minutos, a doença de Ménière, após algumas horas, a SVA tem instalação abrupta, piora progressivamente por horas ou dias e melhora após dias ou semanas. O caso do paciente se tratava de uma SVA e esta síndrome é a verdadeira preocupação na emergência, pois pode ter causas periféricas, de menor gravidade, como a neurite vestibular e causas centrais, potencialmente fatais, como o AVC de fossa posterior (DE OLIVEIRA, 2020).

O que direciona o raciocínio é, inicialmente, a presença de déficits neurológicos focais, como diplopia, déficit motor ou sensitivo, alterações de coordenação, disfagia ou disartria. Se eles estiverem presentes, o ideal é que o paciente seja manejado dentro do protocolo de AVC. O mais precocemente possível, deve ser realizada TC de

crânio sem contraste, que analisa bem eventos hemorrágicos no tronco encefálico, mas tem baixa sensibilidade para eventos isquêmicos. Mesmo a ressonância magnética de crânio é falso negativa em 12-13,3% dos casos de AVCi nas primeiras 48 horas dos sintomas. Assim a avaliação clínica atenciosa é mais sensível na detecção das causas centrais de vertigem do que os exames complementares disponíveis (COSTA, 2015).

A anamnese deve contemplar perguntas como tempo de duração, fatores desencadeantes, sintomas associados, perda da consciência, uso de medicações, quedas e fatores de risco para AVE. O início abrupto dos sintomas sugere etiologia vascular, seja esta central (AVC em fossa posterior) ou periférica (isquemia de labirinto), esta última normalmente acompanhada de perda da audição; uma evolução de minutos a horas com muita intensidade de sintomas associados como náuseas e vômitos leva a suspeita de neurite vestibular; já um curso mais arrastado, com perda auditiva e poucas alterações no exame neurológico, sugere tumores como neurinoma do VIII nervo e meningioma (VELASCO et al., 2020).

O exame físico é muito útil na diferenciação das vestibulopatias centrais e periféricas. Deve-se proceder a avaliação do equilíbrio por meio de testes como o de Romberg que, quando positivo, caracteriza vertigem periférica quando existe latência entre o fechamento dos olhos e a queda (no sentido do labirinto lesado) e vertigem central quando a queda é precoce e abrupta. Demais testes neuróxicos, dos nervos cranianos, força, marcha e reflexos são importantes para excluir déficits focais, sugestivos de origem central. A otoscopia também pode ajudar a afastar causas otológicas, sobretudo as inflamatórias (otorreia, otite média). A pesquisa de nistagmo é muito importante. O nistagmo de origem central não tem latência, piora com a fixação ocular e é multidirecional, enquanto o periférico tem latência, é fatigável e unidirecional (FURMAN; BARTON, 2021).

O paciente do caso não apresentava déficits focais ao exame neurológico padrão, mas ainda assim não seria possível descartar causas centrais. Eu havia levado para o plantão o meu livro de bolso da USP, que indica 3 testes clínicos diagnósticos que tem alta sensibilidade (maior do que a dos exames de imagem, como a TC) para distinguir entre causas centrais e periféricas de vertigem. São eles: teste de avaliação do nistagmo espontâneo, teste do impulso da cabeça e teste de desvio Skew.

Estudei os testes e suas interpretações e fui aplicá-los junto ao paciente. No teste do impulso da cabeça, solicitei ao paciente que olhasse fixamente para o meu nariz e realizei uma movimentação rápida e horizontal da cabeça dele, que apresentou a chamada "sacada compensatória", denotando reflexo vestibulo ocular prejudicado. Na

avaliação do nistagmo, solicitei ao paciente que olhasse para frente e depois para os lados, e a direção do nistagmo se manteve: horizonte-rotatório unidirecional à esquerda. No teste do desvio Skew, solicitei ao paciente que mantivesse os olhos abertos e ocluí um de cada vez, de forma alternada, não sendo observado desalinhamento vertical do olho exposto. Abaixo, estão relacionados os resultados esperados dos 3 testes quanto às etiologias periférica e central:

Quadro 3. Resumo dos achados nos 3 testes que devem ser realizados em pacientes com vertigem periférica e central

	Peripheral	Central
Head Impulse	Saccade	No saccade
Nystagmus	Unidirectional	Bidirectional
Test of Skew	No skew	Vertical skew

Fonte: <https://www.emra.org/emresident/article/hints-exam/>

No caso deste paciente, os 3 testes indicaram que a vertigem era de origem periférica. Sendo assim, de acordo com a bibliografia de referência (VELASCO et al., 2020), nenhum exame de imagem adicional se faria necessário.

Quando apliquei os testes e todos eles apontaram para vertigem periférica fiquei super empolgada, pensando: caraca, como a clínica soberana é soberana mesmo!!! Fui toda feliz falar com a médica da observação, quando o médico da vermelha, que estava ao lado dela, riu e falou eu estava errada, que alunos não sabem fazer exame físico neurológico. Eu falei que realizei o exame sem dificuldades, que me orientei pelo livro, que fiz os testes clínicos indicados, mas o semblante de desdém permaneceu. O médico foi lá, examinou o paciente e afirmou que realmente suspeitava de vertigem de origem central, sem conseguir me explicar claramente o porquê.

Quando por estas ou outras razões fica alguma dúvida quanto aos testes semiológicos, alguns escores preditores isquêmicos podem ser aplicados para embasar a não indicação de TC de crânio, como o ABCD2, utilizado como preditor de risco de AVCi após AIT, mas que pode ser transposto para o contexto de crises vertiginosas na UE. Ele considera os seguintes critérios:

Quadro 4. Escore ABCD2

A	Age/idade	≥ 60 anos	1 ponto
		< 60 anos	0
B	Blood pressure/pressão arterial	≥ 140 × 90 mmHg	1
		< 140 × 90mmHg	0
C	Clinical features/sintomas	Motor	2
		Fala	1
		Outros	0
D	Duration/duração	≥ 60 minutos	2
		10-59 minutos	1
		< 10 minutos	0
D	Diabetes melito	Sim	1
		Não	0

Fonte: Velasco et al., 2020. Página 436.

O paciente pontuou 2 pontos, apontando baixo risco para vertigem central por AVE. Estudos demonstraram um risco de AVCI acima de 30% em pacientes com escore ABCD de 6 pontos, em relação aos pacientes com escores ABCD menores. Mesmo assim, foi solicitada TC de crânio sem contraste, que não apresentou alterações.

Após ser descartada uma patologia central como causa da vertigem, o tratamento é estabelecido tanto para tratar o sintoma quanto a doença que o causou. Inicialmente, foram prescritos sintomáticos (dramin e cinarizina, mas não havia cinarizina na UPA). Como não houve melhora, foi prescrita associação de corticoide (prednisona) ao tratamento sintomático. O paciente apresentou melhora parcial após medicação, recebendo alta com corticoterapia em altas doses (iniciando com 80 mg) + cinarizina 75 mg uma vez ao dia por 5 dias.

De acordo com Velasco e cols. (2020), para tratar os sintomas, podem ser administradas medicações supressoras vestibulares como benzodiazepínicos (clonazepam), anticolinérgicos (glicopirrolato e escopolamina) e anti-histamínicos (cinarizina, meclizina, flunarizina, dimenidrinato e prometazina) por no máximo 2 dias.

Já a doença de base para a vertigem não foi explicitada no prontuário. Estudando as possíveis causas e correlacionando com o tipo de queixa, duração, sintomas associados e quadro clínico, considero tratar-se de uma neurite vestibular. Trata-se de um quadro de vertigem espontânea e prolongada, podendo durar algumas semanas, de caráter intenso e duradouro. As crises de vertigem e seus sintomas associados costumam ser mais pronunciados na primeira semana da doença, ocorrendo de modo súbito e grave, com náuseas, vômitos e nistagmo e resolução completa do quadro dentro do prazo de 6 semanas. Não se sabe qual é a causa da neurite vestibular, mas algumas hipóteses

apontam para possível reativação do vírus herpes simples tipo 1, infecções virais, oclusão vascular ou mecanismos autoimunes. Além da terapia com corticoide nestes casos, é importante encaminhar o paciente para reabilitação vestibular.

A partir deste caso, me sinto mais segura para manejar um paciente com vertigem no PS, sabendo que o mais importante é identificar quais os pacientes potencialmente graves, e para isso uma boa anamnese e exame físico são minhas principais ferramentas. Com o tempo e o estudo, aliado a experiência gerando aprendizado diário, espero cada vez mais exercitar o raciocínio clínico direcionando condutas adequadas e evitando as desnecessárias. Espero também, que mesmo quando já tiver acumulado muita experiência, não ache que ela é suficiente para não me surpreender, e que mantenha sempre a generosidade e a humildade para ensinar e aprender.

#### 2.2.8 Caso 08: Agitação Psicomotora

**Identificação:** ERNJ, masculino, 36 anos, solteiro, motoboy, natural e procedente de Foz do Iguaçu.

**QP:** sangramento pelo ouvido

**HDA:** paciente trazido pelo SAMU proveniente do domicílio, sem maca rígida e colar cervical, com queixa de otorragia em orelha esquerda. percebida na manhã de hoje, segundo familiares, por presença de grande quantidade de sangue em travesseiro. De acordo com eles, amigos teriam relatado aos familiares que o paciente sofreu queda de veículo parado na noite anterior e bateu a cabeça (há cerca de 8 horas). Também referiram uso abusivo de entorpecentes (álcool e cocaína). Paciente apresenta-se confuso, desorientado, apresentando alucinações auditivas e visuais, com agitação psicomotora intensa.

**HMP:** usuário de drogas há cerca de 20 anos. Familiares negam alergias e demais comorbidades.

**Exame físico:**

**Sinais Vitais:** PA 135 x 86 mmHg // FC 109 bpm // FR 22 irpm // SO<sub>2</sub> 98% em ar ambiente // T 36,6° C

**Ectoscopia:** paciente em regular estado geral, contido no leito, agitado, confuso, sudoreico, taquicárdico, anictérico, acianótico, afebril, eupneico em ar ambiente.

**Neuro:** Glasgow 12 (AO4 / RV3 / RM5), pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficits motores aparentes. Mobilização preservada nos 4 membros.

**Cabeça / pescoço:** presença de escoriações em face (região frontal à direita); blefarohematoma e otorragia presentes à esquerda; vias aéreas superiores pérvias.

**Coluna:** sem dor à palpação de coluna cervical, torácica ou lombossacra.

**Pulmonar:** murmúrios vesiculares universalmente audíveis, sem ruídos adventícios; ausência de dor ou crepitação à palpação de arcos costais; ausência de escoriações ou equimoses.

**Cardíaco:** ritmo cardíaco regular, taquicárdico, bulhas normofonéticas em 2 tempos, não ausculto sopros. Pulsos periféricos cheios e simétricos.

**Abdome / pelve:** Ruídos hidroaéreos presentes, abdome flácido, depressível, indolor à palpação superficial ou profunda; ausência de escoriações ou equimoses. Pelve estável.

**Extremidades:** dor à palpação de ombro esquerdo; ausência de dor à palpação muscular ou demais articulações; ausência de edema ou escoriações.

**Diagnósticos sindrômicos:** rebaixamento do nível de consciência; paciente politraumatizado; síndrome neurológica aguda por trauma; agitação psicomotora.

**Diagnósticos diferenciais:** intoxicação por álcool/drogas; hemorragia subaracnóide; infecção; transtorno psiquiátrico; distúrbios metabólicos; distúrbios endocrinológicos

#### **Achados e condutas no caso:**

*Pelo trauma:* foi prescrita analgesia e sedação, solicitadas radiografias de ombro esquerdo e TC de crânio e coluna cervical. Foi solicitada avaliação da neurologia devido ao quadro de otorragia e agitação psicomotora, e da ortopedia após constatação de fratura de clavícula esquerda. A TC de crânio apontou fratura em osso temporal esquerdo, com áreas de contusão em parênquima sugestivo de lesão axonal difusa (LAD) e hematoma extradural e subdural laminar esquerdo sem desvio da linha média ou efeito compressivo. TC de coluna cervical sem evidências de fraturas ou listeses.

*Pela neurologia:* foi solicitada internação em UTI, nova TC de crânio para avaliação em 24 horas e observação neurológica.

*Pela ortopedia:* abordagem conservadora. Uso de tipoia canadense, com possibilidade de não consolidação ou perda do alinhamento, podendo necessitar de procedimento cirúrgico futuro. Retorno ambulatorial após alta hospitalar

**Discussão do caso:**

Este caso ocorreu no meu primeiro dia de plantão no internato. Resolvi colocá-lo no relatório porque achei um caso bastante difícil definir qual a circunstância que melhor explicava o quadro clínico do paciente. É relativamente comum encontrarmos pacientes agitados e confusos na UE, pelas mais diversas causas, mas a refratariedade deste às tentativas de contenção química era muito marcante. Uma questão importante para mim era compreender se a agitação guardava mais relação com o trauma cranioencefálico (TCE), com o uso abusivo de drogas, com a patologia psiquiátrica de base, ou mesmo com a interação entre todas elas.

O paciente foi levado pelo SAMU diretamente ao HMPGL, que é a unidade de referência para o atendimento ao trauma no município. A admissão registrada em prontuário foi estruturada em avaliação primária (ABCDE), seguida da avaliação por sistemas, de modo que a adaptei ao modelo típico de admissão da emergência clínica para este relatório.

O paciente apresentava Glasgow 12 na chegada, o que a princípio o caracterizaria como um TCE moderado, sendo indicado, portanto, após avaliação primária e estabilização inicial do paciente, proceder a anamnese e exame físico, solicitar TC de crânio e avaliação da neurocirurgia, com reavaliação neurológica frequente para decisão de conduta de acordo com achados e evolução clínica, reclassificando a gravidade do TCE.

A TC apontou fratura em osso temporal esquerdo, com áreas de contusão em parênquima sugestivo de LAD e hematoma extradural e subdural laminal esquerdo sem desvio da linha média ou efeito compressivo. Essas lesões têm potencial de gravidade elevado para evoluir com HIC e lesões secundárias, de modo que o paciente foi adequadamente manejado como TCE, admitido e acompanhado em UTI. Além das lesões do cérebro, também fraturou a clavícula esquerda.

Além da otorragia evidente, apresentava intensa agitação psicomotora, que se apresenta como uma síndrome multifatorial, que pode ter origem clínica, psiquiátrica, toxicológica ou traumática. O objetivo inicial do atendimento ao paciente agitado é a segurança do próprio indivíduo e da equipe. Imediatamente após garanti-la, a busca pelo diagnóstico etiológico deve ser realizada, assim como o tratamento precoce das causas mais graves de agitação.

De acordo com o Velasco e cols. (2020), quatro grupos principais de doenças devem ser considerados como diagnósticos etiológicos do quadro de agitação psicomotora, descritos no quadro 5.

Quadro 5. Diagnósticos etiológicos do quadro de agitação psicomotora

Grupo	Exemplos
Clínico	<i>Delirium</i>
	Epilepsia e pós-ictal
	Distúrbios metabólicos (hipoxemia, hipo ou hiperglicemia, uremia, insuficiência hepática etc.)
	Distúrbios hormonais (hipertireoidismo)
	Infecção (meningite, encefalite, sepse)
Psiquiátrico	Transtorno afetivo bipolar
	Esquizofrenia
	Síndromes fóbico-ansiosas
	Transtornos da personalidade ( <i>borderline</i> , antissocial)
	Transtornos dissociativos
Toxicológico	Síndrome de abstinência
	Intoxicação por substâncias psicoativas (álcool, cocaína, heroína etc.)
Traumático	Traumatismo cranioencefálico (TCE)

Fonte: Velasco et al., 2020

Sendo assim, o TCE, por si só, já poderia ocasionar agitação psicomotora em decorrência das lesões por ele ocasionadas. Todavia, além do trauma, o paciente possui histórico de transtorno psiquiátrico, esquizofrenia, que cursa com sintomas disruptivos, delírios e alucinações, além de ter feito uso abusivo recente de drogas como álcool e cocaína, que tem efeito sobre o SNC e, da mesma forma, poderiam acarretar sintomas típicos da agitação psicomotora.

Sendo assim, o paciente possuía risco aumentado para pelo menos 3 das etiologias referidas, de acordo com a história clínica: psiquiátrica, toxicológica e traumática. O nível de agitação do paciente pode ser considerado grave, uma vez que, além de disruptivo, o paciente estava sob risco iminente de auto ou heteroagressividade, com postura combativa.

Todo paciente admitido com alteração neurológica, além do MOV, deve ser submetido ao ABC do paciente grave a mensuração de glicemia capilar. Naqueles pacientes que apresentam história e exame físico sugestivos de alguma patologia, os exames solicitados devem ser direcionados para a doença em suspeita, com especial atenção à presença de sinais e sintomas que indiquem acometimento neurológico com sinais localizatórios a fim de indicar exame de imagem precocemente. Este paciente tem história de TCE e apresenta otorragia importante, sendo indicados exames como: glicemia, eletrólitos, hemograma, função renal e neuroimagem (TC de crânio). Nenhum dos exames laboratoriais do paciente apresentou alteração.

Diferentemente deste paciente, na ausência de suspeição clínica da doença subjacente, no primeiro momento está indicado avaliar a presença dos 4 Hs emergenciais da agitação: hipóxia, hipoglicemia, hipertermia e hipovolemia. A seguir deve ser realizado rastreio infeccioso e metabólico com hemograma, hemocultura, gasometria arterial, creatinina, ureia, eletrólitos (sódio, cálcio, magnésio e fósforo), parcial de urina, radiografia de tórax, ECG, estudo toxicológico em pacientes em uso de drogas com considerável potencial tóxico (benzodiazepínicos, antipsicóticos, lítio, digoxina), além de avaliação de função hepática, tireoidiana e adrenal pode ser útil, assim como dosagem de vitamina B12. Naqueles pacientes em que a causa precipitante não for identificada com o rastreio inicial, deve-se progredir a investigação com tomografia de crânio.

O paciente do caso se apresentava eupneico em ar ambiente, não apresentava febre nem hipoglicemia. Além disso, a sucessão de eventos da história clínica, o início agudo e a ausência de comorbidades (com exceção da psiquiátrica), apontam para outras prováveis etiologias, sendo, neste sentido, a etiologia clínica a mais improvável para este caso.

Para avaliação do quadro, é importante caracterizar o início e a duração, questionando se o episódio é inédito ou recorrente; identificar as características da agitação, como ansiedade, inquietação, agitação verbal, estado confusional; questionar sobre doenças e tratamentos clínicos/psiquiátricos e presença de febre; verificar a ocorrência de eventos estressores recentes, uso de substâncias psicoativas (álcool, drogas, medicamentos) ou história de TCE.

Em casos de agitação psicomotora grave, como era o caso do paciente, a contenção mecânica está indicada como medida inicial, devendo ser utilizada pelo menor tempo possível e apenas como ponte até a contenção química. O paciente deve ser imobilizado por grupo de no mínimo 5 pessoas, uma para cada membro e cabeça, com

pegada proximal nas articulações coxofemoral e glenoumeral. Após imobilizado, o paciente deve ser mantido em posição supina, com cabeceira elevada a 30°, contenção nos quatro membros e oxigênio suplementar por máscara facial. Todos os pacientes com contenção mecânica devem ser sistematicamente monitorizados o nível de consciência, sinais vitais, condições de pele e circulação nos locais de contenção dos membros. As principais complicações da contenção mecânica são lesões locais por atrito, distúrbios hidroeletrólíticos, rabdomiólise, arritmias e asfixia (BALDAÇARA, 2019a).

Infelizmente, todos estes cuidados com a contenção mecânica não são observados regularmente na prática. No dia a dia, o que vi foram pacientes amarrados de modo inadequado, por tempo prolongado, por vezes sendo alvo de chacota dentro do serviço de saúde.

Para realização de contenção química, a via oral é sempre preferível em casos de agitação leve. Em condições ideais seria recomendada a medição do intervalo QT antes do uso de antipsicóticos, o que costuma não ser realizada na UE. Pacientes agitados com antecedentes de doenças psiquiátricas como esquizofrenia ou transtorno bipolar, como era o caso do paciente, devem ser medicados com antipsicóticos.

Quadro 6. Medicamentos utilizados no manejo da agitação psicomotora

Nível de agitação	Medicação de escolha	2ª linha
Leve	Lorazepam 1-2 mg VO	Antipsicóticos orais
Moderada	Midazolam 2-5 mg IM	Haloperidol 5-10 mg IM
Grave	Quetamina 5 mg/kg IM	Midazolam 10 mg IM Haloperidol 10 mg IM

Fonte: Velasco et al., 2020

O paciente foi medicado com drogas de segunda linha para agitação grave. Por continuar apresentando o sintoma, foi mantido contido no leito até a sua transferência para a UTI, em vez de ter sua abordagem terapêutica otimizada.

Até recentemente, a sedação era tida como o objetivo principal no manejo de pacientes agitados. No entanto, atualmente, a sedação excessiva é considerada como um efeito colateral indesejável, que interfere na avaliação médica inicial e na observação da evolução do quadro clínico, sobretudo em um paciente como o deste caso, vítima de TCE. As medicações disponíveis de primeira linha para o uso em casos de agitação

psicomotora são os antipsicóticos e os benzodiazepínicos, utilizados separadamente ou em associação.

O haloperidol mantém-se como a droga mais utilizada. Pode ser realizado na dose de 5mg IM ou EV a cada 30 a 60 minutos (não excedendo 20 mg), porém deve ser evitado em casos de abstinência de álcool e deve ser monitorado quanto ao aumento do intervalo QT. Olanzapina e risperidona também podem ser utilizadas, possuem melhor perfil de efeitos colaterais, se associando menos ao risco de reações extrapiramidais e hipertermia maligna (BALDAÇARA, 2019b).

Os benzodiazepínicos são particularmente escolhidos quando a agitação tem provável causa na abstinência alcoólica ou no uso dos próprios benzodiazepínicos. Como segunda opção, ainda são indicados em pacientes que não responderam a outras formas de tratamento da agitação. Deve-se atentar para o risco de provocar sedação profunda, excetuando-se pacientes em uso contínuo dessa classe. A preferência é para drogas com início de ação e duração pequenos como o lorazepam, porém, no Brasil, ele só está disponível na apresentação VO.

Em nosso contexto, dentre os benzodiazepínicos costumam ser utilizados diazepam 10-20 mg EV ou midazolam 5mg IM ou EV. Está indicada também a utilização combinada de antipsicótico e benzodiazepínico, como por exemplo, midazolam 5mg EV ou IM e droperidol 5mg EV ou IM a cada 3 a 5 minutos, se necessário.

Na prática, foi usado midazolam e fentanil no esquema de prescrição de sedação padrão (3 ampolas de fentanil e 2 ampolas de midazolam), com administração de doses adicionais de midazolam EV.

Segundo Velasco e cols. (2019) pacientes com agitação grave ou refratários devem ser manejados com cetamina 1 a 2mg/kg EV ou 4 a 6mg/kg IM, sendo que 50% da dose pode ser administrada em 5 a 10 minutos depois para os casos EV e em 10 a 25 minutos depois para os casos IM. Neste paciente foi utilizado dexmedetomidina, que tem efeito ansiolítico, sedativo e analgésico, mas tem como efeitos adversos hipotensão e bradicardia, diferente da cetamina, que não possui efeito hipotensivo.

Após o período de agitação mais aguda, depois que o paciente passou a ser assistido em UTI, além da dexmedetomidina, iniciou uso de carbamazepina 200 mg (1-0-1); tiamina 300 mg (0-1-0); lorazepam 2 mg (1-1-1) e risperidona 2 mg 6/6 horas. A terapêutica anticonvulsivante preventiva está indicada após TCE, o uso de tiamina está indicado para a prevenção de síndrome de Wernicke devido risco de abstinência alcoólica

durante internação hospitalar e o uso do lorazepam associado a risperidona atua como tratamento de manutenção para o controle da agitação psicomotora.

A associação de diferentes classes de medicamentos, como observado na prescrição do paciente, traz a vantagem do sinergismo de ação, que leva à utilização de doses menores de ambas as drogas e menores efeitos colaterais. A associação de um antipsicótico de alta potência com um benzodiazepínico é a prescrição mais frequentemente utilizada no serviço para o manejo de agitação psicomotora.

O indicado é iniciar com doses baixas da medicação - ou da associação de medicações - considerada mais apropriada para o caso e repetir a mesma droga, na mesma dose, numa segunda e numa terceira prescrição, em intervalos de 30 minutos, caso o paciente se mantenha agitado. Essa medida visa usar a menor dose possível e evitar efeitos colaterais decorrente da combinação de várias drogas, de modo que, o uso de outras medicações só deve ser considerado após o fracasso de 3 tentativas de controle da agitação com o mesmo fármaco ou combinação de fármacos (DEL-BEN, 2017).

Retomo aqui o tema da qualidade da assistência aos pacientes com quadros psiquiátricos ou similares, pelo quanto são discriminados nos serviços, deixados de lado, ficam desassistidos em seus cuidados e até mesmo em sua dignidade. Cheguei a ouvir uma oração em uma UPA para que Deus afastasse os pacientes psiquiátricos do plantão. Entendo que a abordagem deve ser diferenciada, que requer um exercício de paciência, empatia e humanidade. Talvez o paciente psiquiátrico escancare para nós nossa falta de habilidade, por isso nos desconcerta tanto. Que possamos ser agentes dessa mudança necessária e urgente na melhoria da assistência a estes pacientes.

### 2.2.9 Caso 09: Dispneia

**Identificação:** A.A.R, masculino, 77 anos, branco, casado, natural de Erechim (RS), residente em Foz do Iguaçu.

**QP:** Falta de ar

**HDA:** Paciente trazido pelo SAMU, refere fadiga, falta de ar e tosse há 8 dias, associados a edema de membros inferiores iniciado nos últimos 2 dias. Relata que a tosse é seca, de longa data, porém com piora na última semana, principalmente ao deitar-se. Nega aumento de secreções respiratórias ou mudança de coloração. Nega febre e vômitos.

**HPP:** fratura no quadril há 5 anos por queda em casa, nega outras patologias, não sabe referir medicações de uso contínuo. Nega alergia medicamentosa.

**HV:** fumou 4 cigarros ao dia por 34 anos; utiliza cadeira de rodas dentro de casa e muletas fora. Possui fogão de lenha em casa.

**Exame Físico:**

**Sinais Vitais:** FR 24 irpm // FC 109 bpm // PA 140/88 mmHg // T 36,5 C

**Ectoscopia:** Regular estado geral, lúcido orientado tempo e espaço, afebril, taquipneico, desidratado +/4+, hipocorado +/4+, anictérico, acianótico

**Neurológico:** Glasgow 15/15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, força grau III em membros inferiores bilateralmente, força preservada em membros superiores, ausência de déficits focais

**Cardiovascular:** ritmo cardíaco regular, bulhas hipofonéticas em 2 tempos, não ausculto sopros; ausência de turgência jugular patológica; pulso alternando entre cheio e fino (alternans).

**Respiratório:** murmúrio vesicular reduzido, com estertores crepitantes em ambas as bases pulmonares, acentuados em hemitórax direito; tórax em tonel; expansibilidade reduzida.

**Abdome:** RHA +, abdome globoso, flácido, indolor à palpação superficial e profunda; não palpo massas ou visceromegalias; ausência de sinais de irritação peritoneal.

**Extremidades:** tônus e trofismo musculares preservados em membros superiores, trofismo moderadamente reduzido em membros inferiores, panturrilhas livres, presença de edema +2/+4

**Diagnósticos sindrômicos:** síndrome dispneica não febril

**Diagnósticos diferenciais:** pneumonia bacteriana/viral; DPOC descompensada; IC descompensada.

**Condutas iniciais:** foram solicitados exames laboratoriais, radiografia de tórax e ECG e prescritas medidas broncodilatadoras com salbutamol e hidrocortisona, furosemida 2 ampolas para o tratamento da congestão pulmonar e edema. Na reavaliação, foi associada azitromicina, mantidas medidas broncodilatadoras, e realizados exames de COVID e pró-BNP para diagnóstico diferencial e solicitada vaga no HMPGL.

**Discussão do caso:**

A queixa principal do paciente foi “falta de ar”. Na abordagem da dispneia, existem causas fundamentais de etiologias diversas, dentre elas: cardíacas como cardiomiopatias ou SCA, pulmonares como DPOC ou asma, assim como causas diversas como doença do refluxo gastroesofágico, falta de condicionamento físico, hipertireoidismo ou quadros psicogênicos (MONTENEGRO et al., 2021).

Por englobar uma ampla gama de possíveis etiologias, os fatores associados a dispneia é que podem sugerir fortemente sua causa. Sendo assim, ao abordar o paciente deve-se coletar história detalhada, verificando, por exemplo, se a instalação da dispneia foi súbita ou progressiva. O relato do paciente foi de dispneia progressiva há 8 dias, o que fala a favor, por exemplo, de uma hipótese diagnóstica de pneumotórax, TEP ou SCA. Pensando em quadros progressivos, é possível elencar hipóteses como, por exemplo, neoplasia ou DPOC.

É importante ainda avaliar a duração dos sintomas, se fugazes ou duradouros, investigar relação com fatores desencadeantes, como no caso da asma, além de caracterizar o padrão da dispneia, se ela se manifesta como cansaço, como aperto do no peito, se piora ao deitar, se ocorre ao esforço ou no repouso, se está associada a edema, tosse ou febre são pontos importantes para orientar o raciocínio clínico.

No exame físico, deve ser avaliado se o paciente apresenta alteração de ritmo respiratório, palidez, cianose, sinais sugestivos de hipertensão portal ou congestão pulmonar, presença de ruídos adventícios, alteração de frêmito, sopros cardíacos ou alteração de bulhas.

O paciente do caso é idoso, previamente hipertenso em tratamento irregular, apresentando dispneia progressiva há 8 dias, mesmo em repouso, associada a edema de membros inferiores. Além disso, é ex-tabagista e se expõe até os dias atuais à fumaça de fogão a lenha. Desse modo, neste pequeno relato, percebe-se que possui fatores de risco para duas das principais hipóteses diagnósticas aventadas neste caso: IC e DPOC descompensadas

A IC é uma síndrome clínica caracterizada pela alteração da função cardíaca, resultando em sinais e sintomas de baixo débito cardíaco (DC) e/ou congestão pulmonar ou sistêmica, em repouso ou nos esforços. Existem dois mecanismos que podem causar desconforto respiratório associados à IC: a redução do DC e o aumento da pressão venosa pulmonar ou sistêmica e acúmulo de fluido, o que poderia explicar o quadro de ortopneia relatado pelo paciente. Sinais de congestão como crepitações em bases

pulmonares e edema podem estar presentes, como neste caso, que devido a ação da gravidade, ocorre inicialmente em membros inferiores (VELASCO et al, 2020).

É importante recordar que a síndrome de IC comumente é via final da maioria das doenças vasculares, em muitos casos sendo uma sequela ocasionada por diversos arranjos fisiológicos para manter a função cardíaca no decorrer da vida.

A DPOC, outro potencial diagnóstico para este paciente, também se relaciona com o desenvolvimento de IC. Devido à obstrução persistente de fluxo, que decorre do processo inflamatório crônico dos alvéolos e das pequenas vias aéreas que caracteriza a DPOC, pode ocorrer hipertensão pulmonar, que gera aumento da pós-carga do VD, que com o tempo, provoca hipertrofia e acarreta a dilatação desta câmara cardíaca. Assim como na IC, a DPOC também pode cursar com dispneia. Além disso, a DPOC se faz presente em cerca de 30% dos pacientes com IC (SCHETTINO et al., 2013).

Os sintomas presentes no paciente que corroboram com um diagnóstico sintromico de IC descompensada são a taquicardia, taquipneia, pulso alternante, ortopneia, presença de estertores crepitantes e edema em membros inferiores.

De acordo com o Estadiamento da American College of Cardiology/American Heart Association (AHA, 2020), o paciente receberia a classificação C, de doença cardíaca estrutural, com sintomas prévios ou atuais de IC. Isso porque apresenta sintomas de IC, mas nunca foi tratado previamente para decidir se é refratária. Pela classificação funcional da New York Heart Association (NYHA), o paciente se enquadra na classificação IV, devido a dispneia mesmo em repouso.

O perfil hemodinâmico do paciente é o B, quente e úmido, por manter boa perfusão periférica, associada a sintomas congestivos pulmonares, evidenciados na ortopneia e crepitações à ausculta. Este é o padrão mais frequente na insuficiência cardíaca descompensada. O tratamento deste perfil é baseado no uso de diuréticos de alça endovenosos, como a furosemida, já que um possível edema de alças intestinais pode prejudicar a absorção de medicações orais (VELASCO et al., 2019).

Outra ferramenta de classificação de insuficiência cardíaca é baseada nos critérios de Framingham. O paciente do caso em questão, além de cardiomegalia na radiografia, apresentou estertores pulmonares, o que caracteriza 2 critérios maiores e consequentemente, diagnostica IC. Dos critérios menores, a dispneia aos esforços e o edema bilateral de tornozelos se fez presente.

Os estertores crepitantes em bases no paciente com IC descompensada, ocorre devido ao extravasamento de líquidos através da parede dos capilares pulmonares.

Já na DPOC descompensada, os estertores também podem estar presentes, relacionados, por exemplo, a um processo infeccioso viral, que é uma das principais causas dessa descompensação (LOIVOS, 2009).

O ECG, assim como a radiografia de tórax, é um dos primeiros exames realizados na suspeita de IC descompensada. No exame deste paciente ficou evidenciada uma taquicardia sinusal, além padrão qR em V1, enquanto V5 e V6 apresentam padrão rS, sendo as ondas S maiores que 7 mm, sugerindo uma sobrecarga de VD. O ECG é importante para, além de descartar causas agudas, auxiliar no diagnóstico, por exemplo, de taquiarritmias que estejam descompensando o quadro do paciente.

A radiografia de tórax pode ser de grande apoio na elucidação diagnóstica, pois vários acometimentos cardiopulmonares podem ser inicialmente avaliados por este exame. Neste paciente, foi encontrado índice cardiotorácico aumentado, um dos critérios maiores de Framingham para IC e inversão da trama vascular, provavelmente relacionada com o comprometimento das bases por congestão, com conseqüente deslocamento das trocas gasosas para os ápices. De acordo com a bibliografia, evidências de congestão são identificadas em 80% dos pacientes com IC descompensada submetidos à radiografia de tórax, estando menos presentes com a cronificação do caso (VIANA, 2018).

Quanto aos demais exames complementares, estão sugeridos na literatura a radiografia de tórax, eletrólitos, ureia e creatinina, TGO, TGP, FA, bilirrubina, LDH, coagulograma, albumina, glicose, hemograma completo, troponina T ou I na suspeita de SCA, BNP ou NT-pró-BNP e ecocardiograma. Os resultados dos exames laboratoriais de admissão do paciente estão descritos na tabela 4.

Tabela 4. Resultados dos exames laboratoriais do paciente A. A. R

<b>Exames</b>	<b>Resultados</b>
<b>Hemoglobina</b>	14,6
<b>Hematócrito</b>	44,4
<b>Leucócitos</b>	7.720
<b>Plaquetas</b>	217.000
<b>Ureia</b>	46
<b>Creatinina</b>	0,9
<b>Sódio</b>	144
<b>Potássio</b>	4,2

<b>Amilase</b>	45
<b>BT</b>	0,9
<b>FA</b>	72
<b>GGT</b>	28
<b>Lipase</b>	57
<b>PCR</b>	2,2
<b>Parcial de urina</b>	Nada digno de nota
<b>ProBNP</b>	8.090

Fonte: Tasy, 2021.

As alterações leucocitárias no hemograma podem aumentar a suspeita de descompensação da IC, por exemplo, por infecção. Pode também aparecer anemia, que quando intensa, pode gerar fadiga e levar a uma série de adaptações sistêmicas como, por exemplo, o aumento do débito cardíaco exigindo aumento do volume ventricular e da pressão vascular pulmonar repercutindo nos sintomas de IC descompensada. Nesse paciente, para o hemograma não apresentou alterações.

Marcadores de lesão hepática ou de vias biliares como TGO, TGP, FA, bilirrubina, LDH podem alterar na IC devido à congestão hepática, ou mesmo em consequência ao tratamento farmacológico. Por esse motivo, seu monitoramento é importante. No caso do paciente, não apresentaram alterações.

O paciente também não apresentou DHE, apenas hipocalcemia leve corrigida com reposição oral. É importante se atentar para os níveis de potássio do paciente, bem como a sua função renal, considerando que a furosemida, diurético de alça, é amplamente utilizada no contexto de IC.

Os valores de Pro-BNP do paciente foram elevados (8.090,00 pg/mL), corroborando mais ainda o diagnóstico de IC.

Poderia ainda ter sido realizado ecocardiograma e o USG pulmonar beira leito. No contexto de UPA, o ecocardiograma pode ser solicitado, porém na maioria das vezes acaba sendo realizado quando o paciente é transferido ao HMPGL. Quanto ao USG pulmonar beira leito, considerado mais sensível e específico para a avaliação da congestão pulmonar que a radiografia de tórax, é impraticável atualmente nas UPA, tanto pela falta do aparelho para a realização do exame, quanto pela falta de capacitação para tal, sendo uma importante medida a ser implementada para a melhoria da qualidade da assistência em UE.

O tratamento da IC descompensada aguda é baseado na estabilização do paciente, com suporte ventilatório e de oxigenação, bem como alívio de sintomas. As diretrizes da Heart Failure Society of American recomendam como metas de tratamento: otimização de volume, restaurar a oxigenação, melhorar sintomas, identificar e abordar causa etiológica e fatores desencadeantes, minimizar efeitos colaterais, entre outros. Diferentemente da IC crônica, que deve ser tratada ambulatorialmente, cujo tratamento seja estruturado em terapias que reduzam a mortalidade e morbidade em longo prazo, ao passo que melhorem os sintomas do paciente e evitem hospitalizações.

A terapia inicial no manejo da IC inclui combinação de diuréticos de alça (tratar sobrecarga de volume), inibidor do sistema renina-angiotensina (vasodilatador) e uso de beta bloqueador, quando indicado. Os diuréticos e vasodilatadores contribuem para a redução da resistência vascular periférica e da pós-carga. Podem ser utilizadas desde medicações orais como os IECA ou BRA, para casos de congestão menos intensa, até vasodilatadores endovenosos como nitroglicerina ou nitroprussiato para os casos mais graves (VELASCO et al., 2020).

Quanto a utilização de betabloqueadores, devido ao seu efeito inotrópico negativo, seu uso durante a descompensação de um perfil B não é indicado em pacientes que não fazem uso prévio, e só deve ser introduzido após a compensação da IC. Caso ele já fizesse uso, a dose poderia ser mantida ou até ser reduzida, mas não suspensa, devido a possível efeito rebote de retirada, ocasionando taquicardia.

Considerando a meta de otimização da oxigenação, pacientes com congestão importante, hipoxemia e taquipneia podem se beneficiar do uso de ventilação com pressão positiva (CPAP ou BiPAP) para a melhora do padrão ventilatório.

Quanto ao prognóstico deste paciente, pelos critérios de Classe Funcional NYHA, um paciente classe III e IV têm uma mortalidade anual estimada de 15 a 25%. É muito importante que o ecocardiograma seja realizado, tendo inclusive valor prognóstico, para o qual uma FE < 35% é considerada grave e se associa a uma taxa de sobrevida média em 5 anos de 15 a 35%. De acordo com a classe funcional do paciente, o prognóstico é reservado, sendo as intervenções medicamentosas realizadas fundamentais para a sobrevida e melhora de morbidade.

## 2.2.10 Drogas na Emergência

A IOT é um dos principais procedimentos realizados em situações de urgência e emergência. Trata-se da inserção de um tubo, através da via aérea superior do paciente, com o auxílio de um laringoscópio, para proteção da via e manter a respiração ativa enquanto o mesmo se encontrar incapaz de realizá-la espontaneamente.

A intubação em sequência rápida (ISR) é indicada em pacientes que requerem intubação orotraqueal mas apresentam alto risco de refluxo ou aspiração do conteúdo gástrico. Consiste na administração simultânea de agentes indutores seguido de um bloqueador neuromuscular. O custo do procedimento está intimamente ligado a escolha dos medicamentos utilizados.

A escolha dos fármacos deve ser uma decisão técnica, criteriosa, considerando a condição clínica do paciente. Conversando com uma das farmacêuticas da rede, a mesma me informou que a disponibilidade da droga se dá pela demanda apresentada pelo médico, ou seja, se ele pede a droga vem, se ele não usa, ela não pede, e a droga não fica imediatamente disponível no serviço, a não ser que a demanda exista.

Nos quadros 7 a 10 (abaixo) encontram-se os fármacos mais utilizados para a SRI, suas indicações e contra-indicações, doses indicadas e formas de apresentação, além da listagem de medicamentos disponíveis no município.

Quadro 7. Drogas para Intubação em Sequência Rápida (ISR)

Nome da droga	Dosagem do frasco	Ampola padrão	Dose por Kg de peso	Indicações particulares	Contra-indicações
Etomidato	2mg/mL	10mL	0,3mg	Uso adulto e pediátrico > 10 anos. Rápido início de ação, meia-vida curta, sem efeitos cardiovasculares significativos, indicado para ISR em pacientes hipotensos, em choque, bem como para pacientes com patologia intracraniana, quando a hipotensão deve ser evitada.	Possibilidade de supressão adrenal, no entanto, a relevância clínica no uso de uma dose única é incerta e provavelmente insignificante OBS: Recomenda-se não usar corticosteroides para remediar a supressão adrenal

Quetamina	50mg/mL	2mL e 10mL	1,5mg	Ambiente pré-hospitalar e em pacientes instáveis. Eleva a FC e levemente a PA. Tem efeito broncodilatador, indicada em caso de broncoespasmo	Aumenta secreções, podendo necessitar de aspiração ou pré-medicação com anti sialagogo. No período de recuperação da hipnose pode haver alucinações, agitação e confusão
Propofol	10mg/mL	20mL	1,5 - 2,0 mg	Uso adulto. Tem efeitos vasodilatadores e cardiodepressores, resultando em redução da PA. Geralmente pacientes hemodinamicamente estáveis. Discreto efeito broncodilatador	Tem efeito hipotensor. Deve ser utilizado com dose reduzida em paciente hipovolêmico ou idoso. A diminuição da PA pode reduzir a PPC, exacerbando uma lesão neurológica
Midazolan	5mg/mL	3mL e 10mL	0,2 - 0,3 mg	Pacientes que já estão obnubilados e requerem mais amnésia do que anestesia. (Tem seu efeito hipotensor aumentado quando usada com Fentanil)	Contraindicado em casos de hipovolemia e choque. Não é adequada em emergências (uso apenas em caso de indisponibilidade) devido ao longo tempo de início de ação
Succinilcolina	10mg/mL	10mL	1,5mg	Uso adulto. Droga de escolha em centros cirúrgicos, excluindo os casos de	História familiar ou pessoal de hipertermia maligna, miopatias e

				contraindicação ao lado	doenças neuromusculares
Rocurônio	10mg/mL	5mL	1,2 mg	Prolongada duração de ação. É a droga de escolha para intubações em centro cirúrgico pela possibilidade de reversão do seu efeito com sugammadex	Atentar para anafilaxia. Tem a vantagem de ter menos contra-indicações que a succinilcolina, substituindo-a quando ela é contraindicada
Fentanil	50mcg/mL	5mL	2,0mcg	Efeito rápido, baixo custo	Gera hipotensão e pode causar rigidez muscular

Fonte: VELASCO et al., 2020

Quadro 8: Drogas para ISR com dosagem correspondente ao peso

Medicamento	70Kg	80Kg	100Kg
Etomidato	10,5 mL	12 mL	15,0 mL
Quetamina	2,0 mL	2,5 mL	3,0 mL
Propofol	14mL	16 mL	20 mL
Midazolan	3 mL	3 mL	4 mL
Succinilcolina	11,0 mL	12,0 mL	15 mL
Rocurônio	8,5 mL	9,5 mL	12,0mL
Fentanil	3,0 mL	3,0 mL	4,0 mL

Fonte: VELASCO et al., 2020

Quadro 9. Drogas para ISR e preço por unidade

Medicamento	Apresentação	Ampola padrão	Preço/ampola/R\$
Etomidato	2mg/mL	10mL	19,56
Quetamina	50mg/mL	10mL	85,21
Propofol	10mg/mL	20mL	36,00
Midazolan	5mg/mL	3mL	8,84
Midazolan	5mg/mL	10mL	16,17
Succinilcolina	10mg/mL	10mL	19,08
Rocurônio	10mg/mL	5mL	31,27
Fentanil	50mcg/mL	5mL	5,13
Fentanil	50mcg/mL	10mL	6,49

Fonte: Banco de Preços em Saúde do Governo Federal (Período 04/21 a 09/21)

Quadro 10. Drogas disponíveis no serviço de UE de Foz do Iguaçu – PR (Outubro de 2021)

<b>Medicamentos carrinho de emergência Fundação Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu</b>	<b>Quantidade</b>
ADENOSINA 3MG/ML AMPOLA C/2ML	5
ADRENALINA 1MG/ML AMPOLA C/ 1ML	15
AGUA DESTILADA AMPOLA C 10ML	10
AMINOFILINA 24MG/ML AMPOLA C/ 10 ML	2
AMIODARONA 50ML/ML AMPOLA C/3ML	6
ATROPINA 0,5ML/ML AMPOLA C 1ML	10
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% FR C/250ML	2
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% AMPOLA C/ 10ML	5
DESLANOSÍDEO 0,2MG/ML AMPOLA C/ 2ML	0
DOPAMINA 5MG/ML AMPOLA C/10ML	5
DOBUTAMINA 12,5MG/ML AMPOLA C/20ML	2
FUROSEMIDA 10MG/ML AMPOLA C/ 10ML	5
GLICONATO DE CÁLCIO 10% AMPOLA C/ 10ML	2
GLICOSE 50% AMPOLA C/ 10ML	10
HIDROCORTISONA 100MG	2
HIDROCORTISONA 500MG	2
NORADRENALINA 2MG/ML AMPOLA C/ 4ML	8
NITROGLECERINA 5GM/ML AMPOLA C/ 10ML	2
NITROPRUSSETO 25MG/ML AMPOLA C/ 2ML	2
SULFATO DE MAGNÉSIO 50% AMPOLA C/ 10ML	5
SUXAMETÔNIO 100 MG	2
TERBUTALINA 0,5MG/ML AMPOLA C/ 1ML	2
<b>Medicamentos Psicotrópicos - carrinho de emergência</b>	<b>Quantidade</b>
FENTANIL 0,05MG/ML AMPOLA C/ 10ML	4
MIDAZOLAN 5MG/ML AMPOLA C/ 3ML	2
MIDAZOLAN 5MG/ML AMPOLA C/10ML	6

Fonte: Autora, 2021

No cenário das UPA, as drogas mais utilizadas para SRI são o fentanil (analgésico), o midazolam (hipnótico) e a succinilcolina (bloqueador neuromuscular). Porém, existe a possibilidade de utilização de outras drogas como o etomidato e a ketamina caso a demanda se apresente. No HMPGL, em geral para a ISR são utilizados midazolam, fentanil e rocurônio. Desse modo, percebe-se que, de modo geral, os diferentes

contextos de UE em Foz do Iguaçu se utilizam da combinação de fentanil e midazolam como agentes indutores, mesmo em condições nas quais outros fármacos poderiam ser melhor indicados.

Uma das razões para tal, talvez a principal, pode ser o costume de uso. Além disso, percebi que o valor do etomidato e, principalmente, da quetamina é um tanto superior ao valor do fentanil e do midazolam, por exemplo, o que pode até de certa forma “condicionar” o profissional a pedir esta ou aquela droga, que é mais disponível, que sabe que não vai faltar, que é a mais interessante para a gestão do serviço de saúde. Todavia, como acadêmicos estamos em processo de formação, e somos responsáveis pelas boas práticas, pela qualidade da assistência oferecida à população. Agora, nesta fase, é importante estudar, refletir e construir opções para a melhoria do caminho que queremos trilhar.

## 2.3 PROCEDIMENTOS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Durante o internato em UE, tive a oportunidade de desenvolver competências e habilidades novas, além de exercitar habilidades aprendidas já há alguns anos, durante minha formação e atuação na enfermagem. Como fui professora em curso técnico, encontrei muitos antigos alunos, colegas de faculdade, de trabalho e alguns antigos professores. Ao mesmo tempo que me senti “em casa”, em alguns momentos me senti julgada, observada, medida com uma régua diferenciada. Até mesmo pelos colegas do internato: quando vinha algum comentário positivo feito por algum profissional do serviço logo vinha atrás um: “ah, mas ela é enfermeira, por isso que ela sabe/faz. Quando alguém comentava sobre eu ser enfermeira, percebia como os olhares mudavam, as cobranças e expectativas também, tanto dos médicos como, principalmente, dos enfermeiros.

Ao longo desse início de jornada na medicina, eu já imaginava que seria assim. Procurei trabalhar em parceria com as equipes, me colocando sempre à disposição para auxiliar na execução de procedimentos. De fato, os procedimentos que mais realizei durante o internato foram aqueles tipicamente realizados pela enfermagem e considero que foi positivo para “quebrar o gelo” e demonstrar a importância que realmente atribuo ao trabalho desta classe numerosa e desvalorizada, além de ter a oportunidade de relembrar procedimentos que só realizei na época da faculdade, como por exemplo, a coleta de gasometria arterial, uma vez que minha experiência de trabalho foi toda na APS, nunca no contexto hospitalar.

À medida que as semanas se passavam foi me dando uma certa angústia, porque os procedimentos como passagem de cateter venoso central (CVC), intubação orotraqueal (IOT), paracentese, punção lombar, coisas que todo mundo sonhava em fazer, não apareciam nos meus plantões nem para que eu pudesse sequer observar.

Enfim, quando a gente desencana, a coisa vem. No quadro abaixo estão listados os procedimentos acompanhados e realizados durante o internato em UE de agosto a dezembro de 2021.

Quadro 11. Procedimentos acompanhados e realizados durante o internato em UE

<b>Procedimentos</b>	<b>Acompanhados</b>	<b>Realizados</b>
IOT	1	1
CVC	2	1
SVD	5	6

SVA	2	2
SNE	2	1
Gasometria arterial	2	6
AVP	2	10
Suturas	6	37
Paracentese	1	0
Drenagem de tórax	1	0

Fonte: a autora, 2021

#### 2.4.1 Intubação Orotraqueal (IOT)

Minha primeira IOT aconteceu na sala vermelha da UPA Walter Cavalcante, no atendimento do sr. R.V.R, 62 anos, que eu havia admitido no período da manhã. Um hepatopata crônico, trazido pelo SAMU com dor abdominal e náusea, que apresentava também icterícia e ascite. Ele passou o dia todo na sala de observação, mas já quase ao final do plantão começou a fazer hipotensão e foi transferido para a sala vermelha. O plantão trocou, mas a UPA estava cheia. O colega que assumiu o plantão já foi direto para a sala de procedimentos, onde já havia pessoas aguardando. Eu não fui logo embora, queria entender o que estava havendo e como eles iriam manejar o paciente.

O médico que recém assumira o plantão foi muito generoso, me chamou de lado e perguntou se eu já havia intubado algum paciente. A esta altura eu não tinha nem visto uma intubação real do ponto de vista da medicina, apenas há 10 anos atrás, na faculdade de enfermagem.

Ele me disse: “então é hoje!”. E foi. Fui com medo, o coração batendo na garganta. Era um paciente grave, hipotenso, e o bendito midazolam dando o ar da graça. E se eu não conseguisse? E se o paciente parasse? Meu Deus, ele dependeria de um tubo que eu teria que passar para poder respirar.

O médico já havia dado o comando das drogas, já havia posicionado e pré-oxigenado o paciente. Hoje eu tenho consciência de que entrei mesmo nos passos finais da IOT: a laringoscopia e a passagem do tubo. Na primeira laringoscopia não enxerguei nada. Com medo de causar algum dano ao paciente pensei em desistir e devolver a bola para o médico. Disse que não estava visualizando e ele me encorajou a laringoscopar mais uma vez.

Dessa vez eu vi, como tinha visto no livro, de um ponto de vista que nunca havia contemplado pessoalmente. Por mais claro que pareça ainda fica a dúvida: “será que

é por aqui mesmo?”. Era. Auscultei os murmúrios vesiculares distribuídos nos dois pulmões, verifiquei a expansão da caixa torácica de modo simétrico, mas só acreditei mesmo que tinha dado certo depois que o médico me confirmou que estava tudo bem.

Fui pra casa feliz e triste ao mesmo tempo. Feliz pela experiência, triste pelo paciente. Cheguei em casa e decidi acompanhar a sua evolução no RP saúde. Foi passado CVC, feito paracentese, mas não teve jeito. Naquela madrugada, o sr. R.V.R encerrou sua trajetória por aqui.

#### 2.4.2 Cateter venoso central (CVC)

Já era quase final do módulo e eu não tinha nem visto a passagem de um CVC. Só ouvia falar de colegas que já haviam feito dois, três procedimentos deste e eu nada. Até que na mesma semana apareceram dois, e nos dois eu estava de plantão com o Murilo, baita pé quente! O primeiro fiz questão de observar atentamente, no segundo o Murilo perguntou se um de nós poderia tentar, mas a médica disse que não tinha coragem de deixar aluno fazer. Foi mais uma oportunidade que tive de acompanhar. No meu próximo plantão, o sr. J.C.B, 49 anos, que já estava intubado devido RNC importante decorrente de queda de própria altura após ingestão pesada de álcool, começou a apresentar hipotensão. O médico plantonista optou por iniciar droga vasoativa já em CVC. Conversei com minha dupla e perguntei se havia algum problema se eu me oferecesse para fazer. Ciente de que não haveria problema, perguntei para o médico se ele me deixaria fazer, explicando já de antemão que eu só havia treinado em 2 ocasiões nos materiais do laboratório da faculdade.

Ele prontamente aceitou. Mais do que isso, me encorajou, disse que eu poderia ficar tranquila, que estava dentro de um hospital, que se por acaso eu fizesse um pneumotórax (meu maior medo), ele iria me ensinar e eu mesma iria drenar. É claro que a última coisa que eu queria naquela noite era precisar realizar uma drenagem de tórax naquele paciente. Mas a fala do médico me deu muita segurança, eu sabia que ele estava ciente do que poderia acontecer e que mesmo assim estava seguro e tinha a situação sob controle. Como o paciente já estava com um acesso venoso em jugular externa direita, eu propus de tentar passar o CVC na jugular interna esquerda, mas o médico, avaliando o paciente, sugeriu que eu tentasse direto o acesso em subclávia direita. Que medo da subclávia! E se eu fizesse um pneumotórax?

Respirei fundo... que medo de provocar algum mal àquele paciente. Ele estava sedado, então em pensamento o agradei e manifestei o meu profundo respeito pela oportunidade que ele estava me proporcionando. Posicionamos o paciente adequadamente, identifiquei o local da punção – palpei, palpei e palpei mais uma vez – revi a técnica rapidinho na caderneta. Lavei as mãos adequadamente, me paramentei, me posicionei e iniciei o procedimento, sempre sob a supervisão do médico e com o apoio da enfermeira, e da minha dupla de internato.

Fiz a antisepsia, coloquei os campos, anestesiiei, e chegou a hora da tão temida punção. Introduzi a agulha conforme a técnica, a 45º, rente a borda da clavícula e direcionei a agulha para a fúrcula, em um ângulo de cerca de 15º. Fui introduzindo a agulha e nada do sangue aparecer. O médico me dizia para continuar, sem medo, mas minha cabeça só pensava: estou na posição errada, não vai dar certo. Eis que o sangue venoso refluiu pela seringa. Estava no lugar certo! Dei seguimento ao procedimento: passei o guia, o dilatador, o cateter, testei para ver se refluía, tirei o guia, fixei o cateter. Estava tudo em ordem. Eu estava grata e feliz por ter dado tudo certo. O médico e a enfermeira me felicitaram, me elogiaram pela calma (que calma?) e até pelo fato de eu não ter feito “sujeira” com sangue nos lençóis do paciente.

O paciente logo foi para a UTI e teve boa evolução. Fico feliz por ter participado de sua história (ainda que num momento ruim, de hospitalização). Eu fiz algo por ele, mas, sem dúvidas, ele ainda que involuntariamente, fez muito mais por mim.

Alguns plantões depois, novamente pude presenciar a passagem de CVC em um politraumatizado grave, S.M.C., 29 anos, vítima de atropelamento, com quadro de choque hipovolêmico. Nunca vi um procedimento tão rápido em minha vida. Não contabilizei, mas acho que não levou 2 minutos entre a punção e a fixação do cateter. De fato, o manejo do trauma exige agilidade como essa.

#### 2.4.3 Sondagem vesical de alívio (SVA) e de demora (SVD)

Como dito anteriormente, os procedimentos de enfermagem foram os que eu mais tive oportunidade de realizar, e são os que mais acontecem, diariamente, nas unidades de internação. Já fiz muita sondagem vesical na vida, principalmente SVD, no contexto da APS no qual trabalhei. Como desde o início do internato, sempre encontrava algum conhecido, todo mundo no setor acabava sabendo que eu sou enfermeira. Em vez

de prestar atenção nos olhares de julgamento, procurei focar minha atenção em me inserir nas rotinas e contribuir um pouco com o serviço. Tive a oportunidade, inclusive, de compartilhar o plantão com uma antiga professora, a quem muito estimo, por uma meia dúzia de vezes.

Quanto às sondagens, as que realizei aconteceram em um contexto de necessidade de controle de diurese com SVD, como no caso da sra. I.C de 86 anos com IC descompensada, ou de coleta de exame de urina com SVA, como no caso da sra. A.M.V, de 72 anos.

Em um dos plantões, o enfermeiro passou por mim e colocou um frasco-ampola de soro fisiológico no bolso do meu jaleco, sem me dizer nada. Quando perguntei a ele qual era o uso do soro, o médico que estava deixando o plantão começou a rir e comentou: “ué, você não é enfermeira? Deveria saber!”. Nisso, vi que o enfermeiro começava a reunir o material para cateterismo vesical de demora e entendi que ele queria que eu o auxiliasse. Antes de começar, perguntei onde usaríamos o soro, e ele me respondeu, em tom de obviedade, que insuflaria o balonete da sonda. Perguntei o que achava de usarmos água destilada, conforme a técnica correta indica, devido ao risco de cristalização do soro fisiológico. O enfermeiro me respondeu com a frase: “aqui a gente usa o que tem!”. E sim, havia flaconetes de água destilada disponíveis.

#### 2.4.4 Sondagem nasoenteral (SNE)

Durante o internato, tive a oportunidade de realizar a passagem de sonda nasoentérica da jovem J.D.M, de 20 anos, com paralisia cerebral, que retirou sonda em casa e foi levada a UPA para recolocação.

Quando vi a enfermeira reunindo o material, perguntei se eu poderia realizar a passagem da SNE. Ela consentiu e acompanhou a realização do procedimento, na companhia de um técnico de enfermagem. A passagem da sonda se deu sem intercorrências, sendo que a jovem, à medida de suas limitações físicas e intelectuais, foi bastante colaborativa. Após a inserção da SNE, fiz a ausculta do epigástrio, constatei o posicionamento da sonda, e solicitei que a enfermeira conferisse. Após constatar o posicionamento adequado do dispositivo, dei seguimento a fixação da sonda e a paciente foi adequadamente encaminhada para a realização da radiografia abdominal.

#### 2.4.5 Gasometria arterial e acesso venoso periférico (AVP)

Em um certo plantão não havia nada de novo na sala vermelha, então perguntei para a médica que estava na sala amarela se eu poderia acompanhá-la. Ela respondeu que estava com muito trabalho a ser feito, que não teria condições de receber alunos, agregando a si ainda mais uma atribuição. Sugeriu que eu fosse ver se havia algo na sala vermelha, mas eu tinha acabado de vir de lá. Sugeriu-me então que eu ajudasse na coleta das gasometrias, já que eram muitos pacientes e a equipe de enfermagem estava sobrecarregada.

Aproveitei a oportunidade, e fui auxiliar a equipe nas coletas. Foi bom que exercitei uma habilidade há anos não praticada. Meu último acesso venoso periférico tinha sido no meu pai, há quase 3 anos, perto dele falecer. Seus últimos dias foram em casa, experimentando as agruras de um câncer que pouco a pouco lhe surrupiava os dias, os sorrisos, os momentos de lucidez e a alegria. Como foi bom estar com ele nestes últimos dias, fazer e ser por ele nestes últimos momentos. Lembranças tristes e reconfortantes esse cuidado retribuído me traz: triste por ver a falta de força e autonomia naquele homem que sempre foi meu herói e, que ainda assim não deixava de ser. E feliz por ter sido útil, por ter estado junto dele ajudando a aliviar a sua dor por meio de um cateter na veia.

Nesses plantões, pude ajudar a aliviar a dor, hidratar, melhorar náuseas ou ajudar a fazer xixi pra que alguém pudesse respirar melhor. Coisas tão simples, mas que melhoram um pouquinho a vida de alguém. Que privilégio o meu!

#### 2.4.6 Suturas

Esses foram, sem dúvidas, os procedimentos que mais realizei. Como tive a oportunidade de realizar algumas suturas durante o pré-internato, já cheguei no internato com disposição e vontade de praticar mais.

E foram muitas as oportunidades. Suturei adultos, idosos, crianças, homens e mulheres. De queixos cortados por queda da cama a facadas na cabeça; de cortes na mão com copo de vidro a lacerações de musculatura por telha de zinco. Teve queda de moto de gente fugindo da polícia, teve braço todo lacerado por pedaço de garrafa em briga de rua.

Pude exercitar técnicas de sutura e diferentes tipos de pontos, aprender com sugestões do tipo: “segura a pinça desse jeito que é melhor”, e fui assimilando com o coração aberto os conselhos que, generosamente, os profissionais da rede nos oferecem, alguns mais sutilmente que outros.

Pude exercitar também a empatia e o perdão. A maior sutura que fiz até hoje foi a de um rapaz acidentado de moto após longa perseguição policial por ter furtado um estabelecimento comercial. Ele arregaçou o braço direito nos ferros de uma pilastra na qual ele bateu quando perdeu o controle da moto durante a tentativa de fuga.

Atender esse rapaz me remeteu a uma vivência pessoal ocorrida durante a pandemia. No ano passado alguém entrou na minha casa, levou meu computador e 3 anos completos de faculdade nele. Como isso doeu, não apenas financeiramente ou academicamente. Doeu terem invadido meu espaço sem permissão, doeu ter minhas coisas reviradas, doeu me sentir tão vulnerável. Pode ser que tenha sido um jovem como aquele que eu atendi, com as mesmas características ou talvez a mesma história. E ele não me parecia perigoso, não me parecia mau. Era só um jovem de 20 e poucos anos, ferido, sentindo dor, e precisando de cuidados. Ele não tinha um olhar agressivo ou raso, que eu esperava ver em um ladrão. Ele havia cometido um delito, era por definição um ladrão, mas eu olhava pra ele e via uma pessoa como eu, como qualquer outra, cujo olhar trazia um misto de medo e vergonha. Dizem que a dor nos humaniza, talvez seja verdade. Não lembro quanto tempo levou o procedimento, mas acho que levou bem mais de meia hora pra eu suturar músculo, tecido subcutâneo e pele em um ferimento tão grande. E eu fiz o melhor que podia, eu não pensava em fazer diferente.

Quando recebeu alta, foi imediatamente conduzido pelos policiais, afinal, o furto tinha ocorrido e ele tinha sido pego em flagrante. Mas eu estava diferente, mais leve e com menos raiva do rapaz que entrou em minha antiga casa há um ano e levou meu computador e minha paz em morar lá. Procurando em minhas anotações, constato que não anotei o nome dele. Pensando agora, talvez até tenha feito questão de não anotar. Fica como se eu tivesse encontrado aquele rapaz de um ano atrás e a vida tivesse resolvido esta conta.

#### 2.4.7 Paracentese

Acompanhei uma paracentese realizada no HMPGL pelo médico plantonista, no sr. J.A.N, 44 anos. O paciente apresentava icterícia e ascite bem evidentes, sem sinais de desconforto respiratório. A indicação da paracentese na ocasião era diagnóstica. Quando cheguei no plantão noturno, a colega do plantão do dia estava tentando realizar a punção. A técnica estava correta, mas os campos encobriam os marcos anatômicos do paciente (crista ilíaca e cicatriz umbilical), de modo que o ponto de punção estava muito lateralizado. Depois de algumas tentativas sem que houvesse drenagem de líquido da cavidade abdominal, o plantonista noturno assumiu o procedimento. Ele calçou luva estéril, reposicionou os campos cirúrgicos demonstrando para nós a técnica e os marcos anatômicos e realizou a punção com sucesso e sem intercorrências.

Penso que o ideal seria a paramentação completa para o procedimento a fim de minimizar ao máximo os riscos de contaminação. Observei, apesar disso, que o médico manteve técnica asséptica durante todo o procedimento, mantendo os campos cirúrgicos estéreis.

#### 2.4.8 Drenagem de Tórax

Presenciei uma drenagem de tórax no mesmo paciente politraumatizado em quem acompanhei a passagem do CVC. Ele apresentava um extenso pneumotórax devido ao trauma torácico decorrente do acidente. Assim como na passagem do CVC, o médico foi certo e assertivo. Paramentou-se adequadamente, efetuou a antissepsia da pele, realizou a incisão no 5º espaço intercostal esquerdo, na linha axilar média, dissecou os planos com a pinça e inseriu o tubo de drenagem no espaço pleural, conectado a um frasco coletor com selo d'água. Depois disso, realizou a síntese do tubo junto à pele e protegeu a inserção com curativo.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As vivências do internato em Urgência e Emergência me trouxeram diversos aprendizados, tanto sobre a medicina quanto sobre as pessoas e sobre mim mesma. Como foi intenso, desafiador, cansativo e ao mesmo tempo tão prazeroso estar quase todos os dias nos plantões. Como é maravilhoso ver um paciente que chegou super grave recebendo alta alguns dias depois! E como é triste ver um paciente partir, restando a dúvida: será que não poderia ter sido diferente? O que deixamos escapar?

Por vezes temos a benção de encontrar profissionais incríveis que generosamente nos apoiam ao trilhar esse caminho de altos e baixos, nos ensinam, seguram literalmente em nossa mão e nos ajudam a avançar. Em outros momentos, nos deparamos com profissionais exaustos, sobrecarregados e desmotivados, que só esperam pelo fim do plantão.

Apesar do curso de Medicina estar há 9 anos amplamente inserido nos mais diversos cenários de assistência à saúde no município, não é difícil perceber dificuldade que o serviços, de modo geral, tem em acolher os estudantes, seja por falta de paciência para lidar com indivíduos em formação, seja pela sobrecarga de trabalho, pela falta de política institucional, por ressalvas pessoais à universidade pública, pelo medo de ser julgado quanto a sua competência profissional, dentre tantas razões possam existir.

Para além da relação com os alunos, o serviço também sofre com a falta de recursos materiais e humanos que acabam por comprometer da qualidade da assistência. A medicina de Urgência e Emergência é linda, mas é importante também superar compreensões simplistas e romantizadas dela.

Durante estes 5 meses de internato em Urgência e Emergência, pude perceber a importância do raciocínio clínico tanto rápido quanto assertivo. Estar, de fato, com o paciente, contribui para a construção de scripts que apoiam a tomada de decisões e ajudam a discernir entre o que precisa ser feito de imediato e o que pode ser consultado, a coletar informações de modo direcionado, identificando dados relevantes e separando-os dos elementos distratores.

Para além das habilidades técnicas e cognitivas, a dinâmica do internato possibilita a inserção do estudante ativamente nas equipes, no contato com pacientes e familiares e com os colegas, de modo a aperfeiçoar as habilidades éticas, emocionais, de convívio e cooperação.

Com a conclusão da graduação batendo à porta, almejo seguir aprendendo a aprender, a fazer e a ser, numa perspectiva humanizada e crítica sobre a realidade da assistência, bem como do papel e valor de cada um no aperfeiçoamento dela.

## REFERÊNCIAS

**ATLS – Advanced Trauma Life Support** for Doctors. 10. ed. Chicago: American College of Surgeons. 10 ed. 2018.

BALDAÇARA L, *et al.* Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. **Braz J Psychiatry**. 2019; 41:153-67. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0163>>. Acesso em 15 Dez. 2021.

BALDAÇARA L, *et al.* Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 2. Pharmacological approach. **Braz J Psychiatry**. 2019; 41:324-35. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0177>>. Acesso em 15 Dez. 2021.

BASSAN, Roberto *et al.* I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** [online]. 2002, v. 79, suppl 2 [Acessado: 21 Novembro 2021], pp. 1-22. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0066-782X2002001700001>>. Epub 15 Out 2002. ISSN 1678-4170.

BASTOS, RW; BERG, W; SOUZA, HP; BREIGEIRON, R. **Abdome agudo: diagnóstico sintromico**. Porto Alegre 2017. Documento Eletrônico. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882479/abdome-agudo-diagnostico-indromico.pdf>>. Acesso em 17 Nov. 2021.

BERNILS, R. S., Batista, M. A., & Bertelli, P. W. Cobras e lagartos do vale: levantamento das espécies de Squamata (Reptilia, Lepidosauria) da bacia do rio Itajaí, Santa Catarina, Brasil. **Revista de Estudos Ambientais**, 3(1), 69–79. (Dissertação de Mestrado) Florianópolis, 2001.

BOCHNER, Rosany e Struchiner, Claudio José. Epidemiologia dos acidentes ofídicos nos últimos 100 anos no Brasil: uma revisão. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2003, v. 19, n. 1 [Acessado 13 Dezembro 2021], pp. 07-16. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100002>>. Epub 01 Abr 2003. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100002>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF.: Editora MS, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias.p df](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.p df). Acesso em 10 Out. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 665 de 12 de abril de 2012** - Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665\\_12\\_04\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html). Acesso em 15 Out 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 2.994 de 16 de dezembro de 2011.** Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994\\_15\\_12\\_2011.html#:~:text=Ap rova%20a%20Linha%20de%20Cuidado,e%20Materiais%20Especiais%20do%20SUS.](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994_15_12_2011.html#:~:text=Ap%20rova%20a%20Linha%20de%20Cuidado,e%20Materiais%20Especiais%20do%20SUS.) Acesso em 15 Out 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 1.010, de 21 de maio de 2012.** Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010\\_21\\_05\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html). Acesso em 12 Out. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html). Acesso em 13 Out. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps\\_revisao\\_portaria\\_687.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf). Acesso em 10 Out. 2021

BRAUNWALD, E. **Tratado De Doenças Cardiovasculares**, 10<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. v.1 e v.2.

CÂNDIDO EB, Santiago AE, Silva Filho AL. **Abdome agudo em ginecologia.** São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 28/Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica). Documento Eletrônico. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1048438/femina-2019-4712-902-908.pdf>. Acesso em 17 nov. 2021.

CERON, Karoline et al. Acidentes ofídicos no estado de Santa Catarina, Brasil. **Oecologia Australis**, v. 23, n. 1, Florianópolis, 2019.

COSTA, GD; *et al.* **Protocolo de Conduta no Atendimento da Dor Torácica.** São Paulo, 2021. 24p. Disponível em: [https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/sites/3/2021/06/folder\\_protocolo\\_dor\\_toracica\\_15x21cm\\_v1.pdf](https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/sites/3/2021/06/folder_protocolo_dor_toracica_15x21cm_v1.pdf). Acesso em 21 Nov. 2021.

COSTA, H.O; MESQUITA NETO O. Diretriz sobre Vertigem. **Rev Assoc Med Bras** 2003; 49(1): 1-23. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/kDYvZ9bgFTjVSKyFR6NXZFv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 25 Nov. 2021.

CUPO, P; CUSTODIO, VIC. Intoxicações exógenas na Sala de Urgência. **Revista QualidadeHC**, Ribeirão Preto, 2017. Disponível em:

<<https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/210/210.pdf>>. Acesso em 11 Dez. 2021.

DEL-BEN, C. M; *et al.* Emergências psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. **Medicina** (Ribeirão Preto, Online.) 2017;50(Supl.1), jan-fev.:98-112. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p98-112>>. Acesso em 12 Dez. 2021.

DE OLIVEIRA, Marcus Vinícius Gomes et al. Vertigem Postural Paroxística Benigna (VPPB): Revisão Integrativa. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 9, p. 66970-66977, 2020. Disponível em <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/16396/13410>. Acesso em 15 Dez. 2021.

ELLIOTT, W. J.; VARON, J. **Drugs used for the treatment of hypertensive emergencies.** *UptoDate*. Disponível em [https://www.uptodate.com/contents/drugs-used-for-the-treatment-of-hypertensive-emergencies?search=crise%20hipertensiva%20manejo&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/drugs-used-for-the-treatment-of-hypertensive-emergencies?search=crise%20hipertensiva%20manejo&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1). Acesso em 12 Dez 2021.

FUNASA, **Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos.** Brasília, 2001. 112 p. Disponível em: <<https://www.iciet.fiocruz.br/sites/www.iciet.fiocruz.br/files/Manual-de-Diagnostico-e-Tratamento-de-Acidentes-por-Animais-Pe--onhentos.pdf>>. Acesso em 22 Nov. 2021.

FURMAN, J. M.; BARTON, J. S. Evaluation of the patient with vertigo. *UptoDate*, 2021. Disponível em [https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-vertigo?search=vertigem&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-vertigo?search=vertigem&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=1). Acesso em 15 Dez. 2021.

GOLDBERGER, A.L.; PRUTKIN, J.M. **Electrocardiogram in the diagnosis of myocardial ischemia and infarction.** *UptoDate*. Disponível em [https://www.uptodate.com/contents/electrocardiogram-in-the-diagnosis-of-myocardial-ischemia-and-infarction?search=ELETROCARDIOGRAMA&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/electrocardiogram-in-the-diagnosis-of-myocardial-ischemia-and-infarction?search=ELETROCARDIOGRAMA&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2). Acesso em 12 Dez, 2021.

GUERRA, G; *et al.* **Diagnóstico Diferencial da Icterícia Obstrutiva na Emergência.** 6 p., 2018. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882609/diagnostico-diferencial-da-ictericia-obstrutiva.pdf>>. Acesso em 12 Dez. 2021.

KANASHIRO, A. M. K. *et al.* Diagnóstico e tratamento das principais síndromes vestibulares. **Arq Neuropsiquiatr** 2005;63(1):140-144. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/anp/a/Cc5LKCFTjMc3Ysd9L6DkWMw/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 21 Nov. 2021.

LIMA, LPM; NICOLAU O. Síndrome Ictérica. **Revista Unichristus**, Rio de Janeiro, 2019. 7 p. Disponível em: <<http://extranet.hgf.ce.gov.br/jspui/bitstream/123456789/496/2/ARTIGO%20%20COMPLETO%20-%20LIVRO.pdf>>. Acesso em 18 Dez. 2021.

LOIVOS, L. P; DPOC: Definições e conceitos – as bases clínicas, **Pulmão RJ** :Atualizações temáticas, 2009;1(1):34-37. Disponível em: <[http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/\\_sopterj\\_redesign\\_2017/revista/2009/atualizacoes-tematicas/definicao-de-dpoc.pdf](http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/revista/2009/atualizacoes-tematicas/definicao-de-dpoc.pdf)>. Acesso em 19 Dez. 2021.

MALACHIAS, Marcus Vinicius Bolivar et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1-Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, p. 1-6, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/LtmRBQ7ZnJ88SQxL64yFRyy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 14 Dez. 2021

MONTENEGRO, M. L; *et al.* **Grandes Síndromes Clínicas**. Sanar Manuais, 688 p. Salvador, 2021.

NICOLAU JC, Feitosa-Filho G, Petriz JL, Furtado RHM, Précoma DB, Lemke W, et al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021**. **Arq Bras Cardiol**. 2021; 117(1):181-264. Disponível em: <[https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/0066-782X-abc-117-01-0181/0066-782X-abc-117-01-0181.x44344.pdf](https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-117-01-0181/0066-782X-abc-117-01-0181.x44344.pdf)> Acesso em 21 Nov. 2021.

OLIVEIRA ES, *et al.* Intoxicação por antidepressivo tricíclico (amitriptilina): relato de caso. **Revista de Casos e Consultoria**, V.12, N.1, Fortaleza, 2021, ISSN 2237-7417. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/24599/14170>>. Acesso em 11 Dez. 2021.

OLIVEIRA RDR & MENEZES JB. Intoxicações exógenas em Clínica Médica. **Medicina**, Ribeirão Preto, 36:472-479, abr./dez.2003. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/773/785>. Acesso em 12 Dez. 2021.

PIERIN, Angela Maria Geraldo, FLÓRIDO, Carime Farah e SANTOS, Juliano dos. **Hypertensive crisis: clinical characteristics of patients with hypertensive urgency, emergency and pseudocrisis at a public emergency department**. *Einstein* (São Paulo) [online]. 2019, v. 17, n. 4 [Acessado 12 Dezembro 2021], eAO4685. Disponível em: <[https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2019AO4685](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2019AO4685)>. Epub 29 Ago 2019. ISSN 2317-6385.

REEDER, G.S.; KENNEDY, H.L. **Diagnosis of acute myocardial infarction**. *UptoDate*. Disponível em [https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-acute-myocardial-infarction?search=sindrome%20coronariana%20aguda&source=search\\_result&selectedTitle=4~150&usage\\_type=default&display\\_rank=4](https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-acute-myocardial-infarction?search=sindrome%20coronariana%20aguda&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4). Acesso em 12 Dez, 2021.

SCHETTINO CDS, DEUS FCC, GONÇALVES AAV *et al.* Relação entre DPOC e Doença Cardiovascular. Rio de Janeiro, **Pulmão RJ** 2013;22(2):19-23. Disponível em: <[www.sopterj.com.br/wp-content/themes/\\_sopterj\\_redesign\\_2017/revista/2013/n\\_02/05.pdf](http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/revista/2013/n_02/05.pdf)>. Acesso em 17 Dez. 2021.

SILVA, MAM; *et al.* Crise Hipertensiva, Pseudocrise Hipertensiva e Elevação Sintomática da Pressão Arterial, **Rev Bras Cardiol**. 2013;26(5):329-36. Disponível em:

<[http://www.onlineijcs.org/english/\\_sumario/26/pdf/v26n5a04.pdf](http://www.onlineijcs.org/english/_sumario/26/pdf/v26n5a04.pdf)>. Acesso em 14 Dez. 2021.

SIMONS, M.; ALPERT, J. S.; WILSON, P. W.; BREALL, J. A.; DOUGLAS, P.S. **Risk stratification after non-ST elevation acute coronary syndrome.** *UptoDate*. Disponível em [https://www.uptodate.com/contents/risk-stratification-after-non-st-elevation-acute-coronary-syndrome?search=timi,%20grace,%20browald&source=search\\_result&selectedTitle=1~95&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/risk-stratification-after-non-st-elevation-acute-coronary-syndrome?search=timi,%20grace,%20browald&source=search_result&selectedTitle=1~95&usage_type=default&display_rank=1). Acesso em 12 Dez, 2021.

SIMONS, M.; BREALL, J.A. **Overview of the acute management of non-ST-elevation acute coronary syndromes.** *UptoDate*. Disponível em [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-acute-management-of-non-st-elevation-acute-coronary-syndromes?search=estratifica%C3%A7%C3%A3o%20risco%20IAM&source=search\\_result&selectedTitle=5~150&usage\\_type=default&display\\_rank=5](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-acute-management-of-non-st-elevation-acute-coronary-syndromes?search=estratifica%C3%A7%C3%A3o%20risco%20IAM&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5). Acesso em 12 Dez, 2021.

UCHIMURA, Liza Yurie Teruya et al. **Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná.** *Saúde em Debate*, v. 39, p. 972-983, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jMs7mpjr7Yk4jbBvN9yfjsS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 13 de Out. 2021

VASCONCELOS FILHO, F. E. **Abordagem inicial do abdome agudo cirúrgico,** Fortaleza, 2018. 19 p. (Monografia de Residência) – Hospital Geral de Fortaleza. Documento Eletrônico. Disponível em: <[http://extranet.hgf.ce.gov.br/jspui/bitstream/123456789/364/1/2018\\_TCR\\_CirurgiaGeral\\_VasconcelosFilho\\_FRA.pdf](http://extranet.hgf.ce.gov.br/jspui/bitstream/123456789/364/1/2018_TCR_CirurgiaGeral_VasconcelosFilho_FRA.pdf)>. Acesso em 17 Nov. 2021.

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

VELASCO, Irineu Tadeu; BRANDÃO NETO, Rodrigo Antônio; SOUZA, Heraldo Possolo de; et al. **Manual de Medicina de Emergência:** Disciplina de Emergências Clínicas, 2020.

VIANA, P. A. S; et al. Perfil de pacientes internados para tratamento de insuficiência cardíaca descompensada, **Sanare**, Sobral - v.17, n.01, p.15-23, Jan./Jun. – 2018. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1218/649>> Acesso em 19 Dez. 2021

ZAKKO, S. F.; ADFHAL, N. H. **Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis.** *Uptodate*. Disponível em [https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=diagnostico%20colecistite&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=](https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=diagnostico%20colecistite&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=) Acesso em 15 Dez. 2021