



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

CURSO DE MEDICINA

**REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS
DISCUSSÃO DE CASOS VIVENCIADOS NO INTERNATO EM 2021**

MAIELI VIEIRA

Foz do Iguaçu - PR

2022

**REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS
DISCUSSÃO DE CASOS VIVENCIADOS NO INTERNATO EM 2021**

MAIELI VIEIRA

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

Orientadora: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu - Paraná
2022

MAIELI VIEIRA

REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS
DISCUSSÃO DE CASOS VIVENCIADOS NO INTERNATO EM 2021

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

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench

Prof. Me. Rosana Alvarez Callejas

Prof. Dr. Luis Fernando Boff Zarpelon

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de 2022.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo da autora: Maieli Vieira

Curso: Medicina

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

Título do trabalho acadêmico: Redes de Urgência e Emergência no SUS – Discussão de casos vivenciados no internato em 2021

Nome da orientadora: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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

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

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de 2022.

Assinatura do Responsável

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e por poder utilizá-la em benefício da ciência médica. A minha mãe Maria, meu pai Mauro, minha irmã Adrieli e minha tia Neiva, minha amada família, por serem inspiração na minha carreira.

Agradeço aos professores e preceptores que foram essenciais nesse processo de formação profissional.

Aos amigos que a faculdade me proporcionou, especialmente a minha dupla Angélica, pela parceria e motivação.

RESUMO

O presente trabalho sintetiza a iniciativa de estudo sobre as redes de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde, associada a vivência prática durante o internato do curso de medicina da Universidade Federal da Integração Latino Americana, no ano de 2021. Estando contemplados o pronto socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck e as Unidades de Pronto Atendimento Walter Barbosa Cavalcante e João Samek como cenários de prática, sendo inserida nas equipes de saúde que atuam de forma multidisciplinar. As equipes são compostas por enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos e os preceptores médicos, sendo essa experiência um importante ponto para adquirir habilidades técnicas inerentes a profissão médica, além do estímulo das capacidades necessárias na graduação, de forma crítica e reflexiva. Estando exemplificadas nos casos clínicos expostos como ponto de estudo, pois a saúde humana integral envolve as condições aqui descritas sendo importante a conduta médica adequada no período apropriado. A assistência médica de qualidade é o norte almejado que foi proporcionado nessa etapa da formação acadêmica.

Palavras-chave: emergência; internato; urgência; vivência.

RESUMEN

El presente trabajo resume la iniciativa de estudio sobre las redes de urgencia y emergencia del Sistema Único de Salud, asociado a la experiencia práctica durante el internado de la carrera de medicina en la Universidad Federal de la Integración Latinoamericana, en el año 2021. El servicio de emergencia del Hospital Municipal Padre Germano Lauck y las Unidades de Atención de Emergencia Walter Barbosa Cavalcante y João Samek fueron considerados como escenarios de práctica, integrándose a los equipos de salud que actúan de manera multidisciplinaria. Los equipos están compuestos por enfermeros, técnicos de enfermería, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacéuticos y médicos preceptores, y esa experiencia es un punto importante para adquirir competencias técnicas inherentes a la profesión médica, además de estimular las competencias necesarias para la graduación, en un contexto crítico y reflexivo. Estas se ejemplifican en los casos clínicos presentados como punto de estudio, ya que la salud humana integral involucra las condiciones aquí descritas, siendo importante una adecuada conducta médica en el período oportuno. Se encuentra en el norte anhelado la atención médica de calidad que se brindó en esta etapa de formación académica.

Palabras clave: emergencia; internado; urgencia; experiencia.

ABSTRACT

The present work summarizes the study initiative on the urgency and emergency networks of the Unified Health System, associated with practical experience during the internship of the medicine course at the Federal University of Latin American Integration, in the year 2021 of the Hospital Municipal Padre Germano Lauck and the Emergency Care Units Walter Barbosa Cavalcante and João Samek as practice scenarios, being inserted in the health teams that work in a multidisciplinary way. The teams are composed of nurses, nursing technicians, physical therapists, nutritionists, pharmacists and medical preceptors, and this experience is an important point to acquire technical skills inert to the medical profession, in addition to stimulating the skills necessary for graduation, in a critical and reflective way. These are exemplified in the clinical cases exposed as a point of study, as integral human health involves the conditions described here, and adequate medical conduct in the appropriate period is important. Quality medical care is the desired north that was provided at this stage of academic training.

Keywords: emergence; boarding school; urgency; experience.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Redes de Urgência e Emergência.....	15
Figura 2 – Componentes da RUE.....	16
Figura 3 – Fluxo de atendimento com classificação de risco	18
Figura 4 – Fluxograma de atendimento do tétano	25
Figura 5 – Fluxograma de atendimento do DPOC exacerbados	30
Figura 6 – Fluxograma de atendimento da PCR	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Diagnóstico diferencial de tétano.....	24
Quadro 2 – Fatores que desencadeiam a exacerbação do DPOC.....	29
Quadro 3 – Escore de Rockall	37
Quadro 4 – Escore de Rockall pós-endoscopia.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CFM	Conselho Federal de Medicina
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
RUE	Rede de Urgência e Emergência
UE	Urgência e Emergência
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REDE DE URGÊNCIA DE EMERGÊNCIA EM FOZ DO IGUAÇU-PR	14
2.1 DEFINIÇÃO	14
2.2 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE UE.....	17
3 PRIMEIRO CASO CLÍNICO: TRISMO	20
3.1 EXAME CLÍNICO.....	20
3.2 HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E EVOLUÇÃO	21
3.3 DISCUSSÃO DO CASO	23
4 SEGUNDO CASO CLÍNICO: DISPNEIA	26
4.1 EXAME CLÍNICO.....	26
4.2 HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E EVOLUÇÃO	27
4.3 DISCUSSÃO DO CASO	28
5 TERCEIRO CASO CLÍNICO: PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA	31
5.1 EXAME CLÍNICO.....	31
5.2 HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E EVOLUÇÃO	32
5.3 DISCUSSÃO DO CASO	32
6 QUARTO CASO CLÍNICO: HEMATÊMESE	35
6.1 EXAME CLÍNICO.....	35
6.2 HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E EVOLUÇÃO	36
6.3 DISCUSSÃO DO CASO	37
7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	40
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

Durante o módulo do internato do curso de medicina, intitulado Urgência e Emergência do SUS, que ocorreu no ano de 2021, na cidade de Foz do Iguaçu-PR, foi possível conhecer a rede de assistência. A estruturação da rede se dá pela integração dos serviços que foram cenários da prática nesse período, estando incluídos o pronto socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck e as Unidades de Pronto Atendimento Walter Barbosa Cavalcante e João Samek. Essas unidades estão integradas através de pactuações onde o fluxo para os atendimentos é definido, respeitando, dentre outras coisas, o nível de complexidade local para atender determinada demanda.

Os atendimentos de urgência e emergência tem como características a necessidade de intervenção em tempo oportuno. Para isso, é preciso que o paciente, com sua demanda específica, tenha acesso ao serviço de saúde e seja direcionado para o local onde sua condição de saúde pode ser atendida da melhor forma possível. É sabido que a depender do local o nível de complexidade das doenças atendidas varia, devendo ser facilitado o acesso para evitar as complicações associadas ao atraso no tratamento (UNA-SUS/UFMA, 2015).

Dentre as demandas atendidas, se destacaram quatro casos clínicos que foram utilizados como objetos de estudo. Sendo elaborada uma discussão sobre as condutas adequadas no cenário de urgência/emergência, além do raciocínio clínico relacionado ao diagnóstico dessas patologias. Foi possível observar durante o período de estágio que este contexto específico necessita da agilidade no reconhecimento da descompensação orgânica estabelecida, e da tomada de decisão para intervenção de forma rápida.

Através dessa experiência de estágio foi possível desenvolver as habilidades necessárias para a atuação médica. Trazendo nesse trabalho a síntese do conteúdo adquirido durante o período, não poupando as reflexões e críticas que fazem parte do processo de capacitação profissional afim de atuar de forma humanizada e integral.

2 REDE DE URGÊNCIA DE EMERGÊNCIA EM FOZ DO IGUAÇU-PR

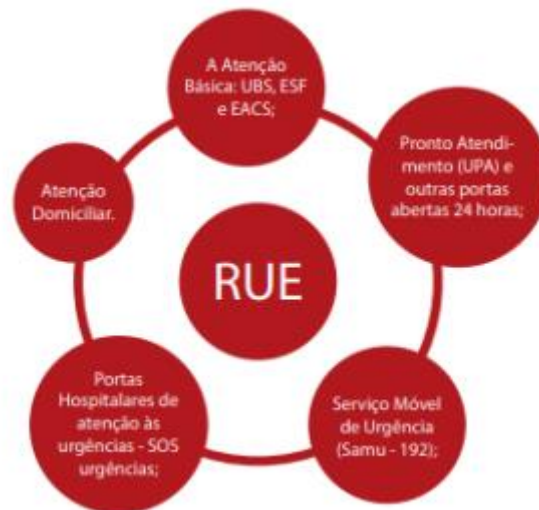
O atendimento das demandas de saúde é feito em locais com diferentes níveis de complexidade. Essas unidades de atendimento, para funcionarem de forma efetiva e harmônica, dependem de um sistema de organização do fluxo dos atendimentos. Damos o nome de rede de urgência e emergência ao sistema de fluxos responsáveis pelo atendimento dessas demandas, como definiremos a seguir.

2.1 DEFINIÇÃO

A resolução CFM n° 1451/1995, faz uma distinção conceitual entre as condições clínicas categorizadas como urgência e emergência. Definindo-se a primeira como a ocorrência de um agravo a saúde, cujo paciente necessita de assistência médica imediata. Já emergência é definida como a condição de agravo que implique em risco iminente de vida, ou sofrimento intenso, necessitando de um tratamento médico imediato. Temos como principal diferença de ambas o caráter de prioridade absoluta dado a emergência, apesar de a urgência poder ou não apresentar risco potencial de vida.

O atendimento de pacientes com condições em risco iminente ou risco de agravo, que coloquem sua vida em risco, na cidade de Foz do Iguaçu – PR, está organizada uma rede de atenção. Sendo essa composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA João Samek e UPA Doutor Walter Cavalcante Barbosa), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE), os hospitais (Hospital Municipal Padre Germano Lauck – HMPGL; Hospital Ministro Costa Cavalcanti – HMCC). A figura 1 representa a relação entre os componentes dessa rede.

Figura 1. Redes de Urgência e Emergência



Fonte: UNASUS/UFMA, 2015

Segundo a Portaria nº 1600, 2011 do Ministério da Saúde, que em seu Art. 1º “reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)”. Apresenta como finalidade a articulação e integração entre todos os equipamentos, buscando alcançar o usuário com a promoção de um acesso humanizado, integral, oportunamente e de forma ágil. A agilidade é um dos pontos marcantes dessa rede, pois as demandas dos usuários contam com um intervalo chamado de “janela terapêutica”, onde o resultado favorável no prognóstico é dependente do tempo.

Como consta no inciso 3º do Art 3º da mesma portaria, existem algumas características transversais que permeiam todos os pontos da rede. São eles o acolhimento com classificação de risco, qualidade e resolutividade. Isso garante a sinergia e articulação entre os pontos de atenção, pois existe uma grande diversidade de condições atendidas por esses locais. Conforme demonstra a Figura 2.

Figura 2. Componentes da RUE



Fonte: BRASIL, 2013

Atendimentos de diferentes níveis de complexidade ocorrem em cada local, sendo que a resolução da demanda de saúde pode envolver vários pontos da rede. Seguindo um fluxo bem estabelecido e lógico, que busque em primeiro lugar garantir o acesso do paciente ao local mais adequado para a resolução da sua necessidade. Desempenhando um importante papel nesse contexto, encontra-se a regulação da rede, que pode ser dividida entre a regulação pré-hospitalar e a inter-hospitalar. Na regulação pré-hospitalar se prioriza o encaminhamento do paciente para o local mais adequado para sanar sua necessidade, estando mais próximo do paciente. Já a regulação inter-hospitalar organiza o fluxo de atendimento para o paciente entre instituições, considerando a unidades mais capacitadas, as de referência, para o encaminhamento de condições específicas.

Conceitualmente, o SAMU e o SIATE podem ser acionados pelo próprio usuário ou então pelo próprio serviço de saúde que necessite, no caso do SAMU, de um transporte em uma unidade capacitada com suporte profissional, para o transporte do paciente. Essas unidades de atendimento móvel contam com equipe tecnicamente capacitada e designada para determinado atendimento conforme a demanda dos mesmos. O encaminhamento dos pacientes depende do seu quadro clínico e se fará de acordo com os fluxos estabelecidos entre as unidades de atendimento, respeitando a complexidade de cada caso, selecionando como prioridade os mais graves (UNA-SUS/UFMA, 2015).

Dessa forma, através de pactuações, é possível garantir um fluxo mais

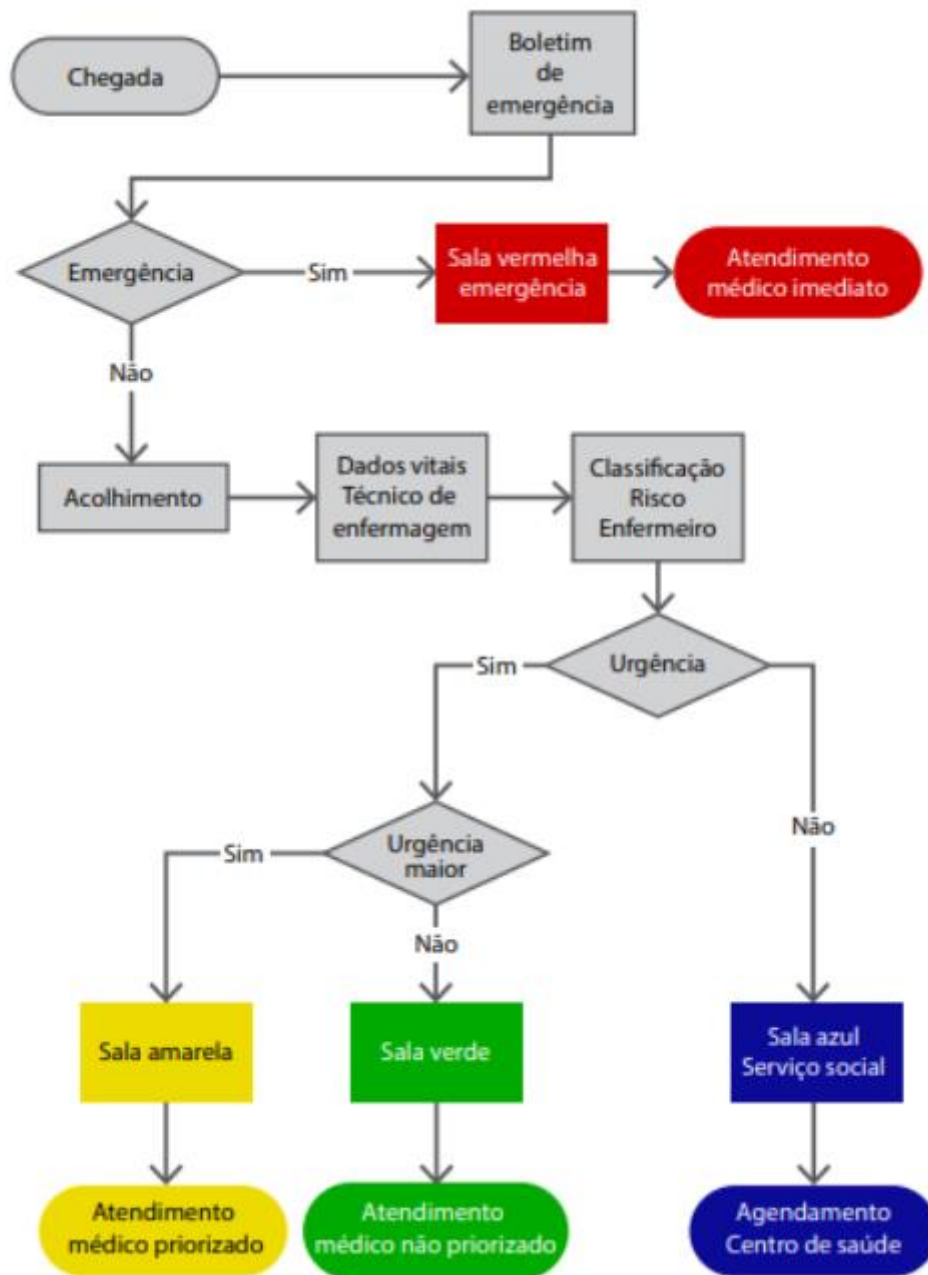
bem estabelecido e de modo lógico promover o acesso ao tratamento em tempo oportuno. Passando pelos princípios do acolhimento, que visa integrar o paciente no serviço de saúde de forma completa. Atendendo as suas necessidades com equidade, pois demandas diferentes precisam de atendimentos específicos. Para isso se utiliza a ferramenta da classificação de risco (UNA-SUS/UFMA, 2015).

2.2 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE UE

São objetivos da classificação de risco a avaliação do paciente assim que ele chega no serviço. É o primeiro passo do atendimento, conhecido nas UPAs como sala de triagem. Ali são coletados dados importantes do paciente como queixa e duração, comorbidades, alergias e sinais vitais. Com esses dados é possível classificar o paciente conforme sua condição clínica em grupos para o atendimento, tendo diferenças de prioridade entre os grupos. Como é observado nos locais de práticas, esse atendimento é realizado de forma rápida, pois não tem objetivo de intervenção inicial.

Apesar de gerar certa dúvida entre os pacientes quanto aos critérios utilizados como prioridade, são divulgados nas salas de espera panfletos e cartazes com informações sobre as cores de cada grupo e a ordem de atendimento entre eles. Assim respeitando o fluxo de cada unidade, o paciente é logo encaminhado para atendimento oportuno, acelerando o acesso até o profissional adequado e evitando espera desnecessária. Conforme exemplifica a figura 3 (UNA-SUS/UFMA, 2015).

Figura 3. Fluxo de atendimento com classificação de risco



Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2015

O primeiro ponto de diferenciação das demandas dos pacientes já acontece na sua chegada no serviço. As condições que demandam atendimento de emergência devem chegar na sala vermelha, local destinado para esse tipo de atendimento, estando a equipe ciente e pronta para realizar atendimento imediato. Contudo, as condições não dadas como emergência são encaminhadas para o acolhimento. Nas UPAs a sala de acolhimento é composta por um profissional enfermeiro e um ou dois técnicos de enfermagem, responsáveis pela coleta dos sinais vitais e do motivo do atendimento.

Com essas informações é possível definir se o paciente está em uma condição que demande atendimento de urgência. Nesses casos podem ser encaminhados para a sala amarela, destinada ao atendimento médico priorizado, ou a sala verde, formada pelos consultórios de atendimento, onde a demanda é maior tendo geralmente um tempo de espera até ser atendido pelo médico. Já as condições que não se encaixam nessa classificação são referenciadas para a UBS, podendo agendar um atendimento no período oportuno.

A quantidade de vagas e/ou equipes para cada grupo de prioridade depende da demanda do serviço de saúde. Aqui surge uma figura importante e que tem uma macrovisão do sistema, que é o médico regulador. Sua competência técnica é aplicada no julgamento e tomada de decisões baseado sobre a gravidade de um caso, mantendo a comunicação efetiva com outros profissionais da área e garantindo a melhor aplicação do fluxo de atendimento. Entre outras atribuições, conforme consta na Portaria nº 2048/2002, a função de gestor é a que compete decidir sobre a mobilização dos recursos.

Essa é uma questão importante acerca das Redes de Urgência e Emergência, pois a utilização inadequada dos recursos traz prejuízos para todos os serviços. Como exemplo podemos pensar em um paciente que procura atendimento por uma condição urgente na UPA, se for classificado de forma inadequada, o tempo até ser atendido pelo médico pode aumentar. Como já foi dito, o tempo é um fator que pode determinar o prognóstico, podendo o paciente evoluir com uma demanda que seria evitada caso recebesse o atendimento adequado de forma mais precoce.

Ao longo do estágio em Urgência e Emergência foi possível ter contato com várias condições de saúde, que inspiraram estudo e reflexão acerca do manejo adequado desses pacientes. Foram selecionados quatro casos clínicos que sobressaem quanto ao raciocínio que levaram ao seu diagnóstico. Os casos foram abordados tendo como centralidade a queixa principal.

3 PRIMEIRO CASO CLÍNICO: TRISMO

O cenário de urgência e emergência permite ter contato com patologias em sua fase inicial dos sintomas, sendo necessário realizar o diagnóstico correto para definir as condutas adequadas e implementá-las no tempo oportuno. Neste caso clínico é possível observar que o diagnóstico correto e intervenção em tempo hábil são fundamentais para definir um bom prognóstico para o paciente.

3.1 EXAME CLÍNICO

Identificação: J.O., masculino, 49 anos, Residente em Foz do Iguaçu-PR, procedente de Medianeira-PR, solteiro, trabalha como caseiro em sítio.

Queixa principal: não consegue movimentar a boca há 1 dia.

História da doença atual: há 1 dia o paciente apresenta dispneia, cansaço e dificuldade de movimentar o canto direito da boca. Refere queda de própria altura em chiqueiro há 5 dias, com trauma crânio encefálico leve, sendo medicado com ibuprofeno e cefalexina no atendimento prestado na oportunidade, apresentando sutura em região frontal direita. Nega outros sintomas.

Histórico vacinal: vacina antitetânica há mais de 5 anos, sem recordar a data, não portava carteira de vacinação.

História patológica pregressa: trombose venosa profunda em membro inferior direito em uso irregular de rivaroxabana, há 8 dias sem medicação.

Hábitos de vida: Tabagista 59 maços/ano, etilismo social.

Exame físico: na ectoscopia apresentava bom estado geral, normocorado, desidratado +/4+, afebril, eupneico, anictérico, acianótico, apresentava corte suturado com região frontal direita com 7 cm, com hiperemia associada e dor a palpação, desvio de rima há direita. Exame neurológico escala de coma de Glasgow 15/15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea, sem déficits focais. Exame cardiovascular na ausculta com bulhas normofonéticas em 2 tempos, ritmo regular, sem sopros. Exame respiratório na ausculta com murmúrio vesicular presente universalmente, sem ruídos adventícios. Abdome com ruídos hidroaéreos presentes, indolor a palpação, sem massas ou visceromegalias palpáveis, sem sinais de peritonismo. Exame dos membros com força preservada nos quatro membros, sem edemas, pulsos pediosos e

radiais cheios e simétricos, tempo de enchimento capilar menor que 3 segundos, panturrilhas sem empastamento.

3.2 HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E EVOLUÇÃO

Considerando o quadro clínico do paciente podemos definir uma síndrome de espasmos dos músculos da face. Pelo quadro de trismo repentino e histórico de trauma recente, podemos pensar em um caso de fratura mandibular. Assim, o paciente foi atendido no período noturno, na UPA Walter Cavalcanti Barbosa, deu entrada pela recepção, foi atendido na triagem e classificado como urgente (sala amarela). Nessa classificação o atendimento médico é priorizado, sendo o paciente encaminhado para internamento na unidade.

O primeiro contato que tive com o paciente foi na manhã do dia seguinte, cerca de 12 horas após sua entrada no serviço. No exame físico ele estava lúcido, orientado no tempo e espaço, e apresentada como alterações o trismo completo, sem conseguir falar ou comer, sem alimentação há 24 horas. Estava com um regular estado geral, mantinha-se calmo e estava desidratado ++/4+. Se comunicava por gestos e referia que não conseguia abrir a boca mesmo tentando com ajuda externa, que estava com fome e sentia dificuldade na respiração nasal.

Na avaliação da ferida na região frontal foi visto pele suturada com sinais de infecção, drenagem espontânea de secreção purulenta, odor fétido, edema, rubor e dor a palpação local. O paciente permaneceu afebril durante a internação. E verificando a prescrição do paciente constavam sintomáticos, exames laboratoriais (hemograma, ureia, sódio, potássio e creatinina) e tomografia de crânio sem contraste. A hipótese considerada pelo médico que realizou o primeiro atendimento foi de acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório.

O acidente vascular cerebral corresponde a uma alteração na circulação sanguínea encefálica, que pode ser isquêmica ou hemorrágica. Sua característica principal é a alteração neurológica focal, correspondente ao local da lesão, que se estabelece de forma súbita. No caso desse paciente não houve um déficit definido. Os fatores de risco desse paciente para essa condição são o tabagismo e o histórico de trombose venosa caso a etiologia fosse por um estado de hipercoagulação. Já o ataque isquêmico transitório tem como característica o déficit focal sem lesão tecidual de tecido

nervoso, que apresenta uma resolução dos sintomas em cerca de 24 horas do início do quadro (OLIVEIRA-FILHO, 2022).

Um ponto que poderia ser considerado como hipótese é o de lesão cerebral secundária ao trauma, já que houve o relato de queda do paciente com lesão superficial na cabeça nos últimos 5 dias. Então considerando essas hipóteses está adequada a solicitação de um exame de imagem com acurácia adequada para definir lesão cerebral, como é o caso da tomografia de crânio sem contraste. O exame foi realizado na entrada e não evidenciou lesões isquêmicas ou hemorrágicas intraparenquimatosas, constando a lesão subcutânea em região frontal direita.

Já os exames laboratoriais mostraram um eritrograma e plaquetas dentro da normalidade. Com leucocitose de 11580/mm³, com 1% de bastonetes, a função renal estava preservada e sem distúrbios eletrolíticos. O paciente permaneceu em leito de observação e sendo reavaliado pela plantonista diurna foi considerado a hipótese de transtorno psiquiátrico não especificado e trismo decorrente de lesão de mandíbula. Foi então solicitada radiografia de ossos da face, que não evidenciou fraturas.

Partimos, então, da principal hipótese no momento que era transtorno psiquiátrico. A plantonista então conversou com o paciente sobre a possibilidade de alimentação via sonda nasoenteral, com o objetivo de ter a colaboração do paciente caso ele conseguisse mobilizar a mandíbula de forma espontânea para evitar o procedimento. O paciente se mostrou receoso pois estava realizando somente respiração nasal, já com certo desconforto, porém não se negou ao procedimento. Contudo, essa conduta não foi tomada, apesar de ser indicada nesse caso.

Estando impossibilitada a alimentação via oral, é importante lançar mão de outros meios para garantir a nutrição do paciente. A primeira opção é a sondagem nasoenteral, pois o paciente não tinha indicação de jejum e já estava apresentando sinais de desidratação. O paciente deglutia a saliva a sua alteração era anatômica/neurológica, nos músculos da face, que cerravam a mandíbula impedindo a alimentação (NETO, 2016).

Observamos também que as pálpebras do paciente já não se cerravam por completo. Então, como as hipóteses diagnósticas até aqui consideradas estavam sendo enfraquecidas pelas evidências na evolução do paciente, realizamos uma pesquisa rápida sobre as causas de trismo. Vimos então que uma das causas de trismo é o tétano, e essa passou a ser uma das hipóteses no momento. Observamos que o paciente saía do leito, entrava no banheiro e forçava com suas mãos a abertura da boca,

em sofrimento visível e com dispneia. Esse quadro o deixava muito ansioso, sendo tétano, precisávamos referenciá-lo para o local adequado de forma rápida.

3.3 DISCUSSÃO DO CASO

O tétano decorre do efeito nervoso das toxinas, produzidas pela bactéria grampositiva anaeróbica *clostridium tetani*. Presente no solo, esta inocula na pele e tecido subcutâneo após trauma. Segundo o Boletim Epidemiológico número 25, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde de 2018, entre os anos de 2007 e 2016 foram confirmados 2939 casos de tétano no Brasil. Sendo uma doença rara, grave, com alta mortalidade e alto custo para o sistema de saúde.

A principal forma de prevenção do tétano é vacinação, sendo preconizado realizar a dose de reforço da vacina antitetânica nos casos de exposição de risco, com última dose administrada a mais de 5 anos. Estando os esporos do *C. tetani* no solo, locais de lesão com muita sujeira são potenciais portas de entrada. Voltamos perguntar para o paciente quando foi sua última vacina antitetânica, ele respondeu que há 6 anos. E questionado sobre o local da queda que gerou a lesão na região frontal, o paciente digitou no celular que havia caído em um chiqueiro (THWAITES, 2021).

Dentre as características clínicas que reforçaram a hipótese de tétano, consideramos o tempo de inoculação (6 dias entre a lesão e o surgimento do trismo). O período de inoculação menor que 7 dias, principalmente menor que 2 dias, são fator de risco para evolução desfavorável. A inoculação em um local próximo do sistema nervoso central, que geralmente apresenta um período de incubação mais curto, sendo que a febre pode estar ausente ou se apresentar de forma baixa (NETO, 2020).

O tétano pode ocorrer da forma generalizada ou localizada, sendo compatível com a clínica do paciente o tétano cefálico. Nesses casos a porta de entrada está localizada na cabeça ou pescoço, e as manifestações podem afetar os nervos cranianos. Trismo e disfagia são sintomas importantes dessa forma de tétano. Não tendo exames específicos para o diagnóstico, deve se considerar história compatível associada a clínica do paciente (NETO, 2020).

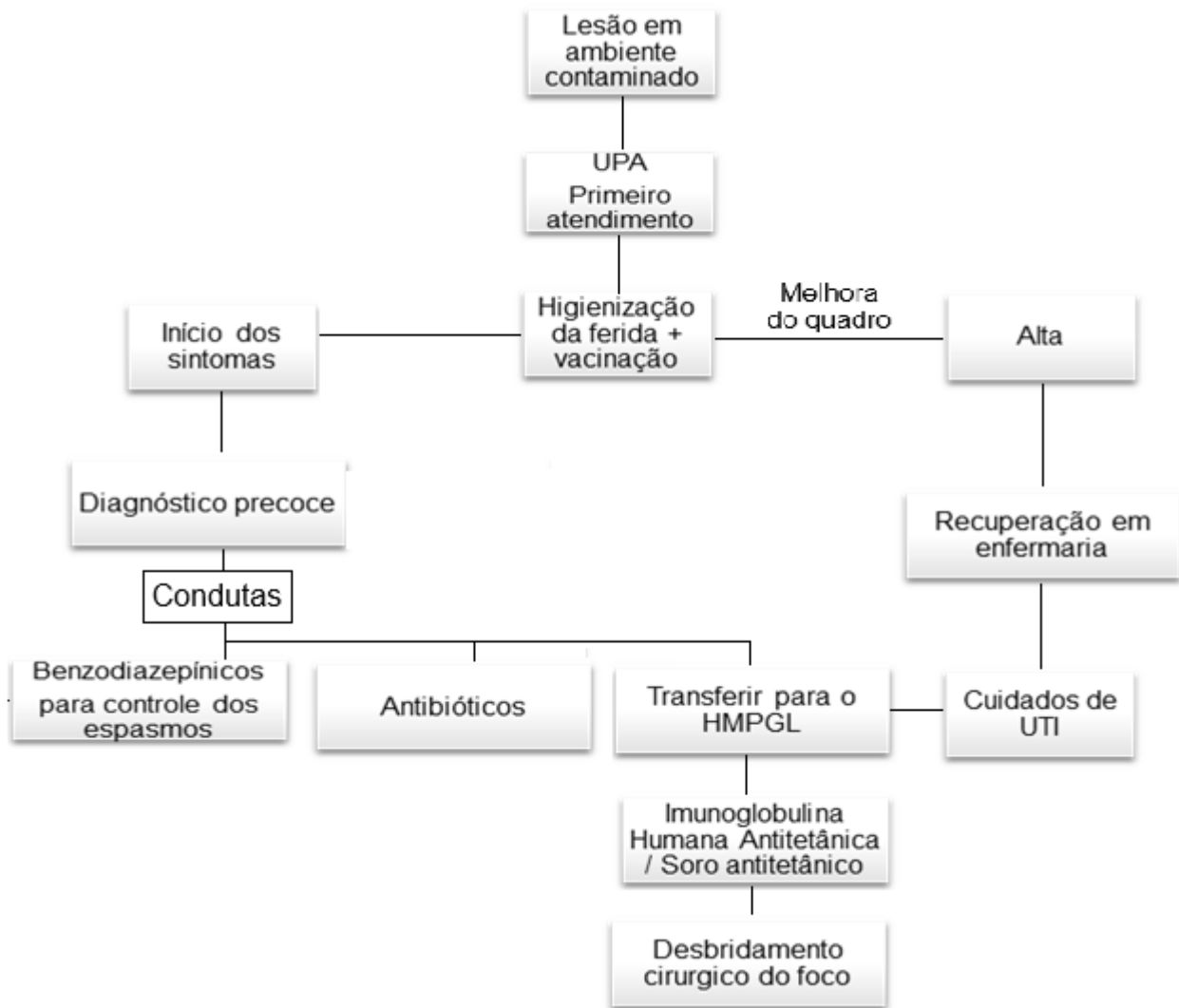
Quadro 1. Diagnóstico diferencial de tétano

Doença	Características que diferenciam do tétano
Distonia por drogas (metoclorpramida, fenotiazinas...)	Desvio acentuado dos olhos em relação ao tétano e sem contração tônica fora dos espasmos
Infeções dentárias (apenas trismo)	Causam apenas trismo, sem antecedente de lesão de risco, sem progressão da doença
Envenenamento por estricnina	Histórico de exposição. Ausência de trismo entre os espasmos
Síndrome neuroléptica maligna	Os pacientes costumam ter febre e estado mental alterado
Síndrome da pessoa rígida	Ausência de trismo e resposta mais rápida ao uso de benzodiazepínicos
Condições psiquiátricas (catatonia herbefrênica)	Pode apresentar posturas atípicas que confundem o diagnóstico, mas sem disautonomia e outras manifestações graves do tétano
Meningite	Pode cursar com opistótono, mas o estado mental costuma estar alterado e febre é quase sempre presente e em altas temperaturas
Raiva	História de mordedura por animais. Presença de convulsões, paciente sem trismo. Ocorre alteração comportamental significativa
Trismo por doenças orofaríngeas	Não costuma ter progressão da doença
Doença do soro	Pode causar trismo por artrite temporomandibular secundária, mas cursa com lesões cutâneas e linfonodomegalia
Histeria ou conversão	Espasmos não intensos. Quando o paciente se distrai, desaparecem contrações
Condições que causam abdome agudo	Podem cursar com abdome em tábua, sem as outras manifestações da doença

Fonte: NETO, 2020.

Considerando os sinais apresentados no quadro 1 temos que, não houve histórico de intoxicação por substâncias que simulassem o trismo característico do tétano, nem contato com animais infectados pela raiva. A hipótese de histeria ou conversão é enfraquecida pois mesmo quando não sabia que estava sendo observado o paciente continuava apresentando os sintomas. Já a hipótese de transtorno psiquiátrico foi mais enfraquecida após a piora do paciente que evoluiu com insuficiência respiratória. Na figura 4 temos uma exemplificação do fluxo e das condutas adequadas.

Figura 4. Fluxograma de atendimento do tétano



Fonte: NETO, 2020 (Adaptado)

Após o diagnóstico a conduta adequada baseia-se em três pilares: controle do foco infeccioso, controle dos sintomas, referencia para o nível de atenção adequado. Para controle da infecção está indicada antibiótico terapia com metronidazol e penicilina, além da limpeza do foco infeccioso (realizado pela equipe de cirurgia em ambiente hospitalar). Como controle dos sintomas estão indicados uso de benzodiazepínicos, evitando a insuficiência respiratória. É comum a necessidade de intubação orotraqueal e de cuidados intensivos, logo, deve-se solicitar vaga de UTI de imediato. Nesse caso, o atendimento é realizado no HMPGL, onde deve-se administrar o soro antitetânico ou a imunoglobulina humana antitetânica, para controle mais adequado da doença (NETO, 2020).

4 SEGUNDO CASO CLÍNICO: DISPNEIA

A sensação de falta de ar é traduzida para o termo dispneia na semiologia. Existem vários fatores que podem causar ou agravar a dispneia, sendo necessário diferenciá-los no contexto de UE. Nesse caso clínico apresento a relação da dispneia com uma doença pulmonar crônica agravada por uma patologia aguda.

4.1 EXAME CLÍNICO

Identificação: M.E.F.M, feminina, 76 anos, aposentada, casada. Residente e procedente de Joinville-SC.

Queixa principal: tosse e febre há 2 dias

História da moléstia atual: Há 2 dias apresentou tosse produtiva e febre não aferida em domicílio. Refere que os sintomas iniciaram 3 dias após chegar em Foz do Iguaçu-PR, para viagem. Anteriormente apresentava dispneia leve há alguns meses, não sabendo especificar o início da dispneia. Procurou a UPA Joao Samek por quadro de dispneia mais intensa e astenia associada a intensificação da tosse produtiva, com secreção amarelada e da febre nega sintomas álgicos, nega sintomas gastrointestinais.

História patológica pregressa: Hipertensão arterial sistêmica; Diabetes melitos II; Hipotireoidismo; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Nega alergias medicamentosas.

Hábitos de vida: Tabagista 40 maços/ano, nega etilismo. Nega uso de outras drogas.

Histórico vacinal: desconhecido, não trouxe carteira de vacinação.

Medicações de uso contínuo: Losartana; Hidroclorotiazida; Metformina; Salbutamol; Formoterol + Budesonida; Ipratrópio;

Exame físico: estava com os sinais vitais com temperatura axilar 37,7°C; saturação de oxigênio 90% em ar ambiente; pressão arterial 123/66 mmHg; frequência cardíaca 120 batimentos por minuto, frequência respiratória de 20 incursões respiratórias por minuto. Na ectoscopia apresentava regular estado geral, normocorada, desidratada +/-; anictérica, acianótica; Exame neurológico com escala de coma de Glasgow 15/15, lúcida, orientada no tempo e espaço, pupilas isofotorreagentes, sem déficits motores; Exame respiratório na ausculta com murmúrio vesicular presentes universalmente, com sibilos

expiratórios bilaterais; expansibilidade preservada; sem uso de musculatura acessória; Exame cardiovascular com bulhas cardíacas normofonéticas, em dois tempos, sem sopros. Apresentava abdome flácido, indolor a palpação e sem massas palpáveis. Com extremidades sem edemas, pulsos radiais e pediosos cheios e simétricos. Tempo de enchimento capilar menor que 3 segundos.

4.2 HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E EVOLUÇÃO

Considerando a clínica da paciente podemos definir uma síndrome dispneica febril. Pelo histórico de DPOC, onde a função pulmonar já está prejudicada, podemos pensar na exacerbação da doença de base. A paciente estava há 3 dias na cidade, em um ambiente diferente, não descartamos causas alérgicas como fatores desencadeantes. Como definição da exacerbação do DPOC temos a tríade: aumento da tosse em frequência e gravidade, produção de escarro aumentada e com mudança de aspecto e aumento da dispneia (STOLLER, 2021).

A paciente foi levada por familiares a procurar atendimento na UPA João Samek, sendo triada para a sala verde, de atendimento médico não priorizado. Aguardou ser chamada em um dos consultórios e o médico que avaliou a paciente solicitou uma radiografia de tórax além de medidas broncodilatadoras iniciais. A radiografia apresentava padrão infiltrado reticular difuso, sugestivo de pneumonia, sem derrames, sem alterações na área cardíaca ou mediastino. Dessa forma, a paciente foi então transferida para a sala amarela, sendo internada na unidade.

O histórico de tosse e febre é sugestivo infecção, sendo a etiologia viral a causa mais comum. Porém, essa paciente apresenta fatores de risco como o tabagismo e a doença pulmonar, o que aumenta a probabilidade de uma infecção por germes atípicos. Como foi adquirido na comunidade, a classificação é de uma pneumonia comunitária, considerando a clínica da paciente com o exame de imagem, a conduta inicial foi a prescrição de broncodilatadores e solicitação de exames laboratoriais de admissão (STOLLER, 2021).

Tive contato com a paciente que estava mantendo o mesmo padrão respiratório, com sibilos menos intensos que no exame anterior, e em uso de oxigênio suplementar com volume de 3 litros por minuto em cânula nasal. A saturação de oxigênio da paciente estava em 99%, seus exames laboratoriais mostraram uma leucocitose com

desvio a esquerda, sugestivo de infecção recente. Sem alterações no eritrograma ou plaquetas, com função renal e eletrólitos preservados.

A gasometria arterial apresentou como alteração um aumento da concentração de gás carbônico, sugestivo de retenção crônica. A saturação alvo para essa paciente deve ser entre 88 e 92%, sendo que uma cânula nasal de menor fluxo pode ser suficiente para alcançar esse nível. Fica desaconselhado a manutenção de uma saturação alta de oxigênio devido ao risco de depressão respiratória. Na DPOC ocorre certa intolerância a redução da concentração de gás carbônico, estando viciados os mecanismos reguladores nesses pacientes (STOLLER, 2021).

4.3 DISCUSSÃO DO CASO

Quanto ao diagnóstico da paciente podemos observar que os sintomas foram progressivos e acompanhados de febre. Isso é indicativo, apesar de não ser obrigatório, de uma doença infecciosa respiratória associada. Para fazer esse diagnóstico das causas da exacerbação do DPOC, podemos diferenciar os fatores em intra e extrapulmonares, conforme proposto no Quadro 2.

Quadro 2. Fatores que desencadeiam a exacerbação do DPOC.

Fatores intrapulmonares	Fatores extrapulmonares
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bronquite aguda ▪ Pneumonia ▪ Broncoespasmo ▪ Edema pulmonar ▪ Tromboembolismo pulmonar ▪ Hipertensão pulmonar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuição do <i>drive</i> ventilatório ▪ Diminuição da força muscular respiratória ▪ Aumento da demanda metabólica ▪ Diminuição da tensão atmosférica de oxigênio ▪ Arritmia cardíaca ▪ Isquemia miocárdica

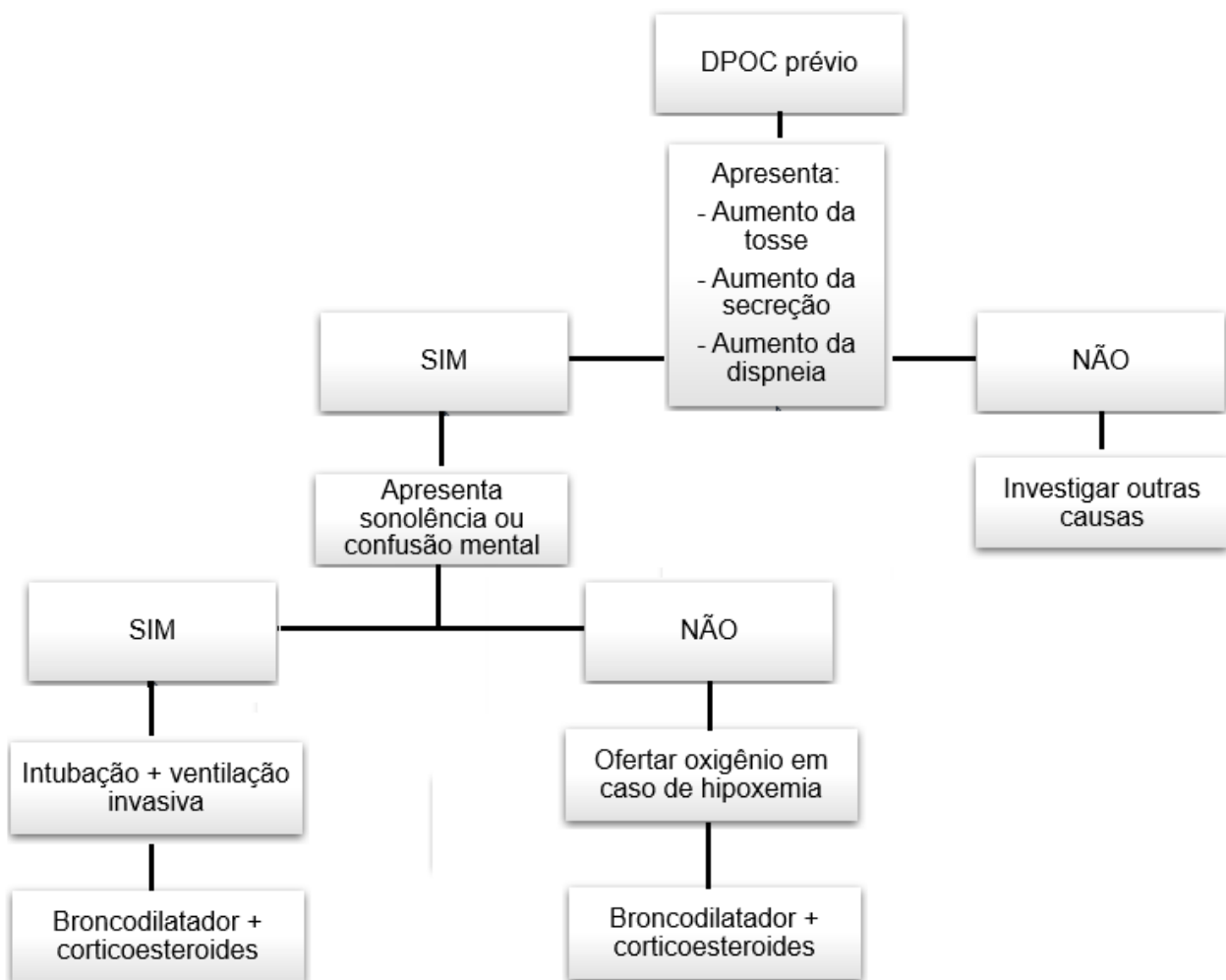
Fonte: NETO, 2020.

Nos fatores intrapulmonares consideramos as causas diretas de redução na função pulmonar, como as bronquites agudas que reduzem o fluxo ventilatório de troca, a pneumonia que consiste em uma área de infiltração líquida/celular, no espaço alveolar, reduzindo a área de troca gasosa. Já no tromboembolismo pulmonar ocorre uma interrupção no fluxo sanguíneo resultando na redução da velocidade de troca gasosa,

além do aumento da pressão no ventrículo direito, e o sexto fator que é a hipertensão pulmonar, resultando de uma alteração cardíaca ou nos vasos pulmonares que aumentam a pressão e podem levar a extravasamento líquido no espaço alveolar (NETO, 2020).

Os fatores extrapulmonares foram também investigados, sendo realizado um eletrocardiograma na entrada da paciente, que estava dentro da normalidade. Esse exame é fácil e rápido de ser realizado e ajuda, junto com a clínica do paciente, a descartar as causas cardíacas da descompensação pulmonar. Outras causas extrapulmonares como descompensação do drive respiratório por comprometimento neurológico ou causas de aumento da demanda metabólica foram da mesma forma descartados pela história clínica da paciente. Na figura 5 temos um fluxograma que exemplifica a investigação e conduta para esse caso.

Figura 5. Fluxograma de atendimento do DPOC exacerbado.



Fonte: NETO, 2020 (Adaptado).

Neste caso temos uma exacerbação do DPOC sem sinais de instabilidade, logo, a paciente não necessitou de ventilação mecânica. Então a primeira conduta é iniciar as medidas broncodilatadoras, com salbutamol e corticosteroides. Essas medidas garantem o aumento do fluxo ventilatório pelo aumento do calibre das vias aéreas e redução da inflamação associada (STOLLER, 2021).

Os sinais de exacerbação são também chamados de sinais cardinais, e além de definir a doença também influenciam na abordagem diagnóstica. Se o quadro clínico envolver uma manifestação cardinal não está indicado o uso de antibióticos. Já se a apresentação envolver ao menos duas manifestações cardinais uma classificação adicional é realizada considerando a idade da paciente, o volume expiratório forçado no primeiro segundo, doença cardiovascular associada e frequência de exacerbações no último ano (NETO, 2020).

Está indicado indicar o uso de macrolídeos, amoxicilina/clavulanato e cefalosporina de 2^o geração se o paciente apresentar DPOC não complicada, tiver idade menor que 65 anos, um volume expiratório forçado no primeiro segundo maior que 50% e menos que duas exacerbações da DPOC no ano, na ausência de doenças cardíacas. No caso dessa paciente seria indicado realizar uma espirometria ambulatorialmente para obter parâmetros de sua função pulmonar, pois nesse caso a associação de outras medicações pode ou não ser indicada a depender desse fator (NETO, 2020).

Foi possível observar que muitos desses pacientes não tinham exames prévios e não realizavam acompanhamento adequado, sem controle da doença de base. No caso dessa paciente, por ter mais de 65 anos, caso ela apresente um volume expiratório final no primeiro segundo menor que 50%, mais de duas exacerbações por ano, doença cardíaca ou uso de antibiótico há menos de 3 meses, está indicado o uso de quinolona respiratória. Considerando que nessa população a infecção por germes é mais resistente.

Após essas medidas, a paciente evolui com melhora significativa do quadro em 24 horas, recebendo alta da unidade de pronto atendimento, sendo referenciada para seguimento ambulatorial. Esse acompanhamento e continuidade do tratamento posterior é fundamental para evitar novas exacerbações e complicações decorrentes da doença de base, motivo pelo qual esses pacientes procuram frequentemente os serviços de urgência (STOLLER, 2021).

5 TERCEIRO CASO CLÍNICO: PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

O atendimento a parada cardiorrespiratória é sistematizado para buscar o retorno da circulação sanguínea espontânea no menor tempo possível, pois tempo é cérebro. Logo, a efetividade da massagem cardíaca, correto uso das drogas e uso da desfibrilação são decisivos para o sucesso da reanimação e posterior recuperação do paciente.

5.1 EXAME CLÍNICO

Identificação: L.F.A., feminina, 63 anos, residente e procedente de Foz do Iguaçu- PR.

Queixa principal: “falta de ar”

História da moléstia atual: há 3 dias apresenta dispneia intensa e progressiva, associada a dor em região torácica posterior que progrediu em intensidade e evoluiu com tosse seca há 1 dia. Nega febre, sintomas gastrointestinais ou neurológicos prévios.

História patológica pregressa: transtorno depressivo, hipertensão arterial sistêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica enfisematosa e acidente vascular cerebral sem sequelas há 5 anos. Nega alergia medicamentosa.

Hábitos de vida: tabagista 80 maços/ano. Nega etilismo ou uso de outras drogas.

Medicações de uso contínuo: atenolol, losartana, hidroclorotiazida, em uso regular das medicações.

Exame físico: estava com os sinais vitais com pressão arterial 135/85 mmHg; frequência cardíaca 92 batimentos por minuto, frequência respiratória de 18 incursões respiratórias por minuto e saturação de oxigênio de 92% em ar ambiente. Na ectoscopia apresentava regular estado geral, hipocorada +/4+, desidratada ++/4+; anictérica, acianótica; Exame neurológico com escala de coma de Glasgow 15/15, lúcida, orientada no tempo e espaço, pupilas isofotorreagentes, sem déficits motores; Exame respiratório na ausculta com murmúrio vesicular presentes universalmente, com sibilos dispersos; expansibilidade preservada; Exame cardiovascular com bulhas cardíacas normofonéticas, em dois tempos, sem sopros. Apresentava abdome flácido, indolor a palpação e sem massas palpáveis. Com extremidades sem edemas, pulsos radiais e

pediosos cheios e simétricos. Tempo de enchimento capilar menor que 3 segundos.

5.2 HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E EVOLUÇÃO

A paciente deu entrada na UPA e foi atendida na sala de triagem, sendo classificada como atendimento médico não priorizado. Ao passar pela consulta com o médico em consultório foi encaminhada para internamento na sala amarela. Foi considerada o diagnóstico sindrômico de síndrome dispneica sibilante como diagnóstico etiológico a esclarecer. Foi solicitado a coleta de exames laboratoriais e radiografia de tórax, sendo iniciada a medicação com salbutamol, hidrocortisona, além dos sintomáticos dipirona e bromoprida.

Cerca de 4 horas após a entrada da paciente na unidade de atendimento, ela evolui com rebaixamento do nível de consciência, dessaturação e cianose em extremidades. Foi informado o médico da sala de observação que avaliou a paciente e constatou a ausência de pulso central, logo levou a paciente para a sala vermelha onde iniciou o protocolo de reanimação cardiopulmonar. Nesse caso envolve uma equipe de profissionais que irão atuar em diferentes funções para garantirem a efetividade na aplicação do protocolo.

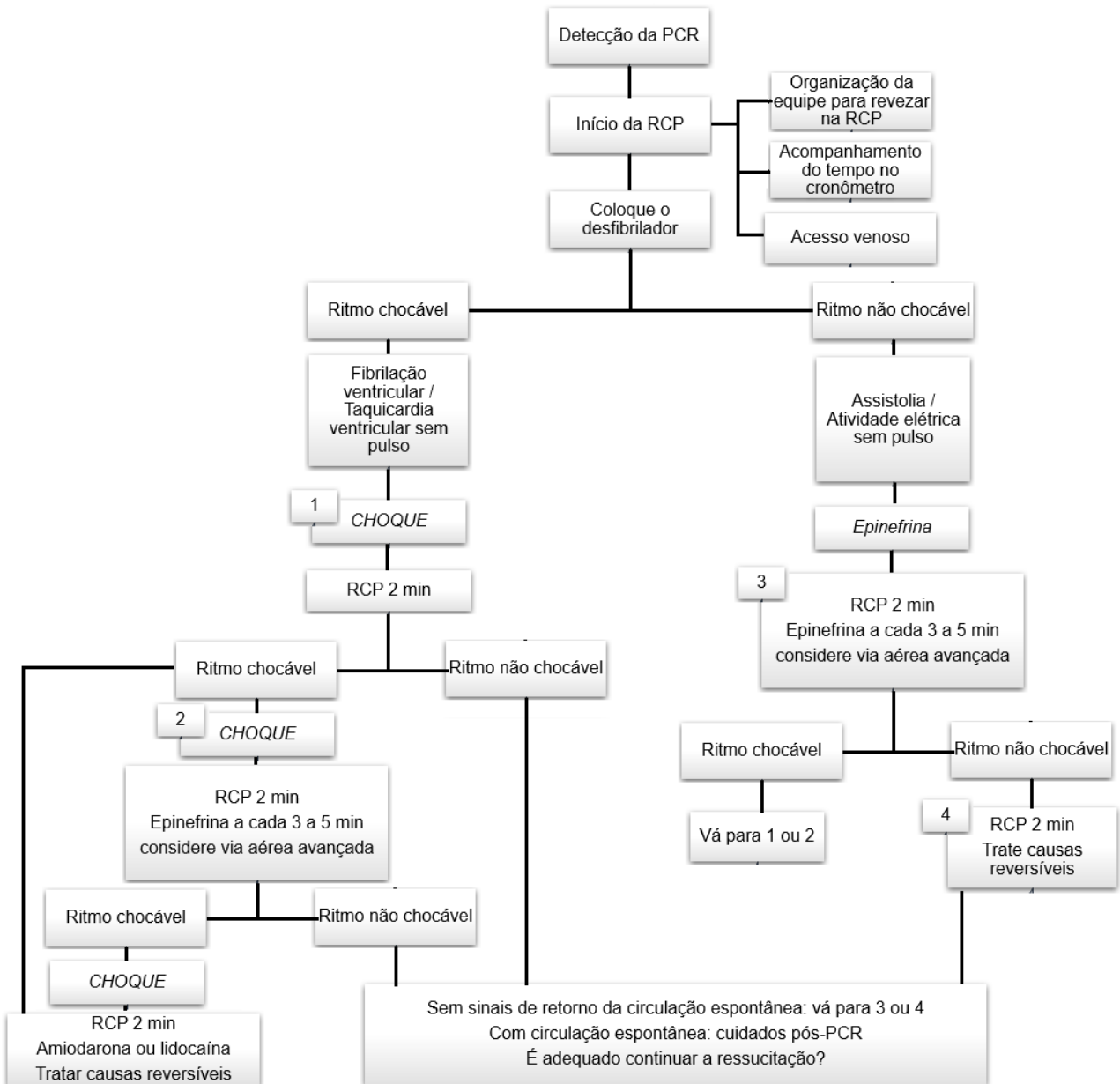
5.3 DISCUSSÃO DO CASO

A equipe deve contar com o médico para coordenar as ações, enfermeiros/técnicos para realizarem a massagem cardíaca, separarem e administrarem as drogas durante a reanimação, um profissional médico para uso do desfibrilador, um profissional para cronometrar o tempo e anotar as condutas. A quantidade de profissionais varia conforme a realidade de cada local de atendimento, nesse caso haviam dois médicos, 2 enfermeiros e 4 técnicos, além de 2 estudantes do internato que participaram do atendimento.

O primeiro passo é iniciar a massagem cardíaca, que consiste na compressão tórax na altura do esterno com pelo menos 5 cm de profundidade, permitindo o retorno total do tórax. A frequência adequada das compressões é de 100 a 120 por minuto, sendo necessário minimizar as interrupções. Por ser um procedimento cansativo,

é importante revezar entre os profissionais que ficaram na compressão a cada 2 minutos ou quando ocorrer cansaço. O fluxograma a seguir exemplifica os próximos passos do atendimento no caso de PCR (AHA, 2020).

Figura 6. Fluxograma de atendimento da PCR.



Fonte: AHA, 2020 (Adaptado).

O atendimento foi realizado seguido o protocolo e na primeira verificação

do ritmo com o desfibrilador tivemos um ritmo não chocável. A medicação aplicada foi a epinefrina, na dose de 1mg, sendo repetida a cada 3 a 5 min. As outras medicações utilizadas nesse protocolo são a amiodarona e lidocaína, a amiodarona é feita de 300 mg em bolus na primeira dose e 150 mg na segunda dose, nos casos de ritmo chocável. É também uma opção o uso da lidocaína como primeira dose de 1 a 1,5 mg/Kg e 0,5 a 0,75 mg/Kg na segunda dose (AHA, 2020).

São consideradas causas reversíveis de parada a hipovolemia, hipóxia, acidemia, hipo ou hipercalemia, hipotermia, pneumotórax, tamponamento cardíaco, intoxicação, trombose coronária ou trombose pulmonar. Quando identificadas precisam de tratamento rápido e específico para a causa, pois o sucesso da ressuscitação necessita da organização desses desequilíbrios orgânicos para ocorrer. A via aérea avançada está indicada nesses casos para garantir a troca gasosa efetiva, podendo realizar 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min), mantendo as compressões torácicas contínuas (NETO, 2020).

Durante os ciclos de reanimação, é preciso também se atentar aos sinais que indicam o retorno da circulação espontânea. São eles o pulso arterial, verificado através da palpação das artérias centrais como as carótidas e femorais, pressão arterial que pode ser medida se o paciente estiver monitorizado. Outros sinais observáveis são o aumento na concentração da pressão expiratória final de gás carbônico se maior ou igual a 40 mmHg, se o serviço contar com capnografia disponível e as ondas espontâneas de pressão na monitorização intra-arterial. No caso atendido na UPA esses recursos não estavam disponíveis, sendo verificado entre os ciclos a presença do pulso (AHA, 2020).

O atendimento sistematizado desses casos se faz necessário para garantir maior sucesso na RCP, tendo os profissionais a harmonia necessária para executar as tarefas. Foi notório que a organização e a comunicação da equipe fizeram a diferença, sendo o médico um papel importante dentro desse atendimento. Foi possível aprender com esse caso além das condutas adequadas uma forma correta de colocá-las em prática.

6 QUARTO CASO CLÍNICO: HEMATÊMESE

Os quadros hemorrágicos são emergências conhecidas por levarem a um estado de desequilíbrio hemodinâmico de forma rápida. O principal risco é a pressão arterial sofrer uma queda abrupta, comprometendo o funcionamento orgânico e levando a danos teciduais que podem ser irreversíveis. O caso seguinte trata da abordagem aos casos de hemorragia no sistema digestivo.

6.1 EXAME CLÍNICO

Identificação: J.P., masculino, 61 anos, casado, natural de Bom Sucesso-PR, procedente de Medianeira-PR.

Queixa principal: “vômito com sangue”.

História da moléstia atual: há 3 dias apresentou hematêmese volumosa, em dois episódios e um episódio de síncope. Procurou atendimento na UPA de Medianeira apresentando melhora clínica, recebendo alta após 12h. Chegando em casa apresentou novo episódio de hematêmese volumosa e de melena, retornando para a UPA e realizando uma endoscopia digestiva alta em clínica particular no dia seguinte. Apresentou nesse exame varizes esofágicas de moderado calibre e gastrite hemorrágica ativa babante de corpo-antro gástrico (sem relatos de medidas terapêuticas realizadas durante o procedimento endoscópico). Somado a esses sintomas apresentou tontura, com visão turva ao se levantar e palidez intensa. Nega episódios semelhantes anteriormente.

História patológica pregressa: cirrose alcoólica há 4 anos. Nega alergias. Nega demais comorbidades.

Hábitos de vida: ex- etilista pesado, parou há 4 anos. Nega tabagismo. Nega uso de outras drogas.

Medicações de uso contínuo: Propranolol 40 mg 2x/dia; espironolactona 100mg 1x/dia, em uso regular dessas medicações.

Exame físico: estava com os sinais vitais com temperatura axilar de 35,5 °C, pressão arterial 114/83 mmHg; frequência cardíaca 120 batimentos por minuto, frequência respiratória de 18 incursões respiratórias por minuto e saturação de oxigênio

de 97% em ar ambiente. Na ectoscopia apresentava regular estado geral, hipocorado +++/4+, desidratado ++/4+; anictérico, acianótico; Exame neurológico com escala de coma de Glasgow 15/15, lúcido, orientado no tempo e espaço, pupilas isofotorreagentes, sem déficits motores; Exame respiratório na ausculta com murmúrio vesicular presentes universalmente, sem ruídos adventícios; expansibilidade preservada; Exame cardiovascular com bulhas cardíacas hipofonéticas, em dois tempos, sem sopros. Apresentava abdome flácido, com dor a palpação profunda em epigastro, sem massas palpáveis, sem sinais de circulação colateral. Com extremidades frias, sem edemas, pulsos radiais e pediosos filiformes e simétricos. Tempo de enchimento capilar menor que 3 segundos.

6.2 HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS E EVOLUÇÃO

O atendimento inicial feito na UPA teve as primeiras condutas direcionadas a solicitação de exames laboratoriais. Como sinalizava o exame físico havia uma anemia grave, com hemoglobina de 6,0, sem leucocitose e plaquetas dentro da normalidade. A função renal estava preservada e eletrólitos inalterados. A síndrome definida nesse caso é uma síndrome hemorrágica gastrointestinal, como hipótese de varizes esofágicas e úlcera gástrica hemorrágica. O exame padrão ouro é a endoscopia, sendo realizado o escore de Rockall como preditor de risco na hemorragia digestiva alta.

Quadro 3. Escore de Rockall.

Variável pré-endoscopia	Pontuação
< 60 anos	0
60-79 anos	1
≥ 80 anos	2
Sem alterações hemodinâmicas	0
FC > 100 bpm e PAS ≥ 100 mmHg	1
PAS < 100 mmHg	2
Sem comorbidades	0
IC ou comorbidade grave	2
CA metastático, IRA ou insuficiência hepática	3

Fonte: NETO, 2020.

A pontuação desse paciente no Escore de Rockall é de 2 pontos. Pelo exame de endoscopia digestiva alta, que evidenciou quadro de varizes esofágicas de moderado calibre e gastrite hemorrágica ativa babante de corpo-antro gástrico, temos a causa da hematêmese. No quadro 4 temos a pontuação do escore de Rockall pós-endoscopia, que nesse paciente é de 2 pontos.

Quadro 4. Escore de Rockall pós-endoscopia.

Variável pós-endoscopia	Pontuação
Mallory-Weiss ou sem lesões e sangramento	0
Outros diagnósticos	1
Neoplasia maligna	2
Presença de sangue, coágulo ou vaso sangrante ou visível	2

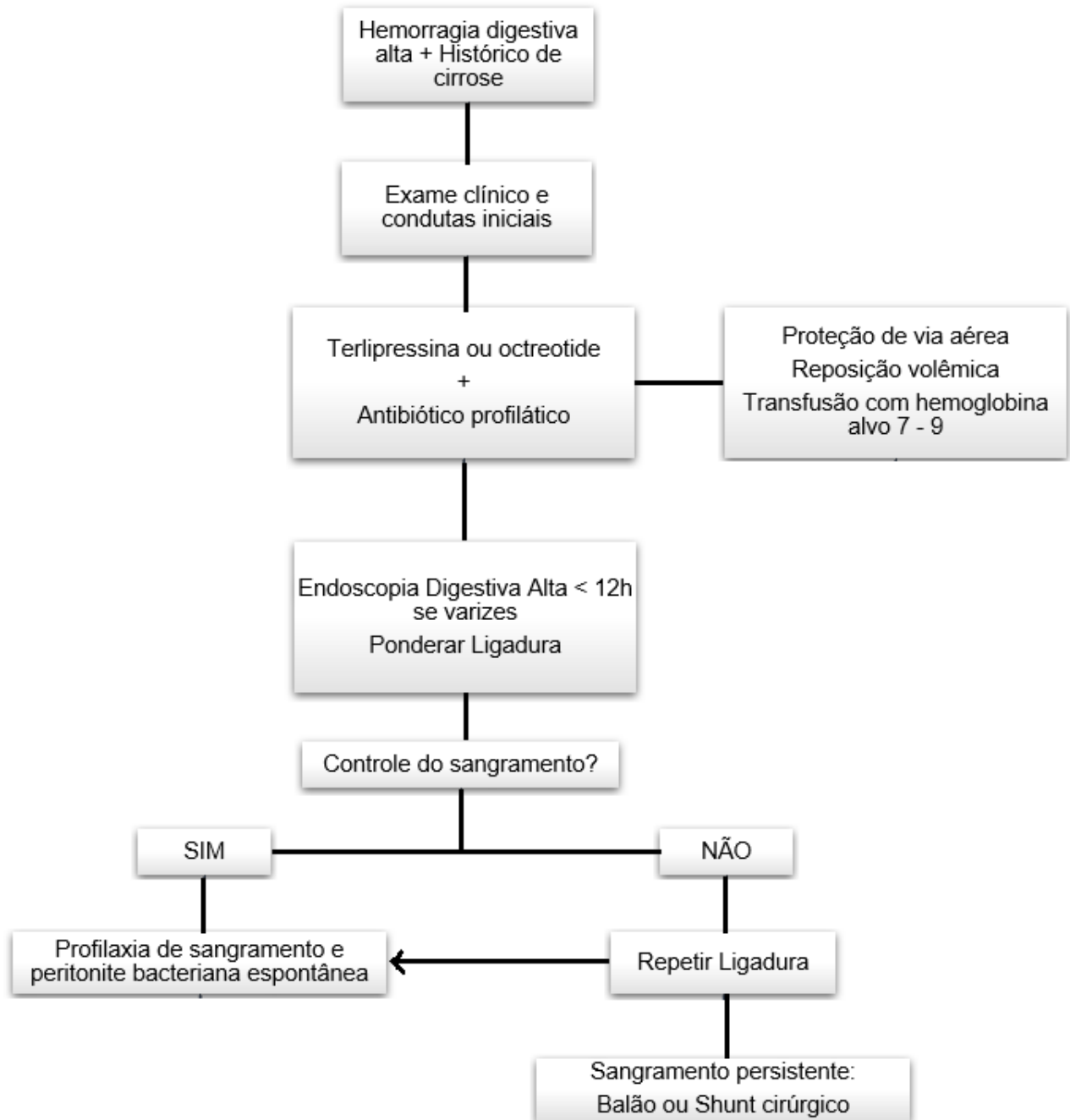
Fonte: NETO, 2020.

Por esse escore temos um índice de ressangramento de 24,6%. Nesses casos estão indicados medidas adicionais de cuidados para evitar que a hemorragia progrida para o choque. O paciente foi então encaminhado para o HMPGL, via SAMU, sendo admitido no pronto socorro e iniciado a transfusão de 2 concentrados de hemácias para estabilização da hemoglobina e infusão de 1 litro de soro fisiológico. Além das medidas de proteção gástrica com uso de omeprazol em dose plena.

6.3 DISCUSSÃO DO CASO

A conduta proposta para esse caso deveria envolver medidas medicamentosas para reduzirem o sangramento e antibióticos profiláticos. Estão indicados o uso da terlipressina ou o octreotide, sendo escolhida o primeiro para tratamento no hospital. Já o uso de antibióticos está recomendado, sendo opções a ceftriaxona ou norfloxacino, pois o risco de complicações infecciosas é grande nesses casos. Como exemplificado no fluxograma da figura 7 (NETO, 2020).

Figura 7. Fluxograma de atendimento na hemorragia digestiva alta.



Fonte: NETO, 2020 (Adaptado).

A realização do exame de imagem deve ser precoce, dado a possibilidade de tratamento definitivo durante a endoscopia. Estão indicados em caso de retorno do sangramento repetir a ligadura, caso persista pode-se adicionar a passagem do balão de Sengstaken-Blakemore para controle da hemorragia. Após garantir a estabilização do quadro medidas profiláticas de sangramento estão indicadas.

Foi possível observar que nesse caso a primeira intervenção terapêutica

poderia ser feita já na primeira endoscopia, isso evitaria o sangramento excessivo que o paciente sofreu até a nova abordagem. Dessa forma fica claro que as condutas nesse contexto de urgência devem ser pensadas para otimizarem a terapêutica em busca de um melhor prognóstico. A transferência para o HMPGL foi adequada pois o nível de complexidade demandado pelo paciente requeria o suporte de cuidados hospitalares, considerando a possibilidade de instabilidade hemodinâmica e o uso de drogas vasoativas.

7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Durante o módulo de urgência e emergência foi possível vivenciar experiências em diversos contextos da rede, verificando suas adequações e desafios conforme é preconizado pelas portarias próprias. Dentre os problemas observados, muitos envolvem a questão dos recursos humanos, com necessidade de mais equipes de profissionais nos setores, infraestrutura, com aumento da capacidade de leitos, de recursos financeiros, para custeio de insumos e materiais para as unidades. Observo que os pontos de atendimento da rede apresentam sistemas de registros dos prontuários diferentes.

Faz parte das diretrizes da rede de atenção as urgências a atuação dos profissionais das equipes de saúde e da gestão, para buscar a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde. Através de ações contínuas e coordenadas, com planejamento para aplicação efetiva dessas estratégias. Envolvendo também a diretriz que fala sobre o monitoramento e avaliação de qualidade dos serviços de saúde. Com marcadores de desempenho e efetividade, feitos esses na maior parte das vezes de forma digital (UNASUS/UFMA, 2015).

O sistema para registro dos atendimentos atualmente utilizado na rede municipal, que engloba as UPAs, é o RP saúde. Já os atendimentos realizados no Hospital Municipal utilizam o Sistema de Gestão Tasy, da Philis Healthcare. Esses sistemas não são integrados e os profissionais de um estabelecimento não tem acesso ao sistema de registros do outro. Implicando em uma perda importante nos dados do paciente, especialmente tratando-se de pacientes portadores de doenças crônicas, que fazem acompanhamento nas unidades básicas de saúde, e que quando são internados os profissionais do hospital não tem acesso a esses registros.

Seria efetiva a utilização um único sistema de registro dos atendimentos em toda rede de UE. Vejo que seria uma boa solução para o problema da falta de longitudinalidade do atendimento, tendo acesso aos atendimentos prévios nas unidades básicas de saúde. E após a internação, ter o seguimento adequado do tratamento nos pontos de atendimento destinados a isso na rede.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os atendimentos de urgência e emergência necessitam de uma organização em rede, com direcionamento de fluxos, entre os serviços de diferentes complexidades. A definição entre as demandas de saúde e intervenção cabem ao profissional médico, sendo necessárias no processo de formação. Faz parte desse processo a ligação entre o estudo teórico e a vivência prática, sendo essa a experiência oportuna que foi utilizada como base para a formulação desse trabalho.

Concluo, assim, que a discussão acerca das condutas e evolução nos atendimentos dessa rede são fundamentais para a garantia da qualidade no serviço prestado. Estando, dentre os fatores que influenciam na excelência do atendimento, a capacitação médica com a aplicação das habilidades adequadas de raciocínio clínico e conduta terapêutica. Sendo possível, nesse estágio do internato, a possibilidade de desenvolver essas habilidades com foco no atendimento humano e integral.

REFERÊNCIAS

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

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.451, de 10 de março de 1995. Estabelece nos Parágrafos I e II do Artigo I as definições para os conceitos de urgência e emergência, a serem adotadas na linguagem médica no Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 mar. 1995. Seção 1, p. 3666

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1600, de 7 de julho de 2011**. Gabinete do ministro. Sistema de Legislação da Saúde- Brasil, 2011.

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

THWAITES, L. **Tetanus**. UpToDate, 2021. Disponível em: <Tetanus - UpToDate> Acesso em: 25/11/2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Gabinete do ministro. Sistema de Legislação da Saúde- Brasil, 2011.

NETO, A.S; **Procedimentos em Emergências**. FMUSP, 2º edição. Manole, Barueri-SP, 2016.

NETO, R.A.B. **Medicina de Emergência, Abordagem Prática**. 14º ed. Manole, Barueri-SP, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Tetano, nº25. 2018.

STOLLER, R.D.; **Chronic obstructive pulmonary disease: Definition, clinical manifestations, diagnosis, and staging**. UpToDate, 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/chronic-obstructive-pulmonary-disease-definitionclinical-manifestations-diagnosis-and-staging>> Acesso em: 02 nov. 2021.

AHA, American Heart Association. **Guidelines for CPR and ECC**, 2020.

GOLDBERG, E. **Cirrose em adultos: visão geral das complicações, gestão geral e prognóstico**. UpToDate. 2021

OLIVEIRA-FILHO, J. et al. **Initial assessment and management of acute stroke**. UpToDate, 2022.