



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

CURSO DE MEDICINA

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
RELATÓRIO COM DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS VIVENCIADOS E
RELATOS DE EXPERIÊNCIA DE APRENDIZADO EM CAMPO

JHENIFER MEZZOMO SPAGNOL

Foz do Iguaçu
2022

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
RELATÓRIO COM DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS VIVENCIADOS E RELATOS DE
EXPERIÊNCIA DE APRENDIZADO EM CAMPO

JHENIFER MEZZOMO SPAGNOL

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. Me. Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu
2022

JHENIFER MEZZOMO SPAGNOL

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

RELATÓRIO COM DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS VIVENCIADOS E RELATOS DE
EXPERIÊNCIA DE APRENDIZADO EM CAMPO

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. Me. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof. Me. Rosana Alvarez Callejas
UNILA

Prof. Dr. Luís Fernando Boff Zarpelon
UNILA

Foz do Iguaçu, 25 de julho de 2022.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Jhenifer Mezzomo Spagnol

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

Título do trabalho acadêmico: Internato em Urgência e Emergência.

Nome do orientador(a): Flávia Julyana Pina Trench

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, 25 de julho de 2022.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a todos os pacientes com quem tive contato durante os estágios da graduação, bem como a todos os profissionais da saúde que me acolheram, me ensinaram, me auxiliaram a perceber minhas limitações e dificuldades, me instigaram a buscar conhecimento e me motivaram nos campos de prática. Afinal, como já disse Friederich Hoffman, ainda no século XVII, “A parte mais essencial da instrução de um aluno é obtida, como acredito, não na sala de aula, mas à beira do leito”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, sobretudo, a Deus.

Agradeço aos meus pais, por acreditarem nos meus sonhos e me apoiarem sempre.

Agradeço a minha irmã.

Agradeço a minha família.

Agradeço aos meus amigos por estarem comigo nos momentos bons e ruins.

Agradeço aos meus colegas de turma.

Agradeço aos pacientes que proporcionaram a obtenção de habilidades e instigaram a busca de conhecimento.

Agradeço a todos os professores e preceptores.

Agradeço a Dra. Adriana Chalita Gomes.

Agradeço a Dra. Flávia Julyana Pina Trench, por ter aceito ser minha orientadora.

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão
uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe
faltasse uma gota.”*
Madre Teresa de Calcutá.

RESUMO

Os estágios na área da medicina e a discussão de casos clínicos proporcionam o contato com diferentes patologias e, nesse sentido, o aluno é estimulado a refletir sobre elas e a buscar informações científicas na literatura visando a consolidação do conhecimento. Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivos abordar a legislação sobre a rede nacional de atenção às urgências do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como apresentar e discutir alguns casos clínicos presenciados durante o estágio curricular obrigatório do Módulo de Urgência e emergência do SUS. Os campos de prática foram as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) João Samek e Dr. Walter Cavalcante Barbosa, bem como o Pronto Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), de Foz do Iguaçu, durante os meses de agosto a dezembro de 2021, sendo totalizados 42 plantões de 12 horas e um plantão de 6 horas. Dessa forma, essa monografia auxilia na compreensão da rede de urgência e emergência de Foz do Iguaçu, bem como ampara a solidificação de conhecimentos e de protocolos de atendimento e manejo de doenças que necessitam de abordagem rápida e precisa.

Palavras-chave: Urgência. Emergência. Internato. Estágio. Medicina.

RESUMEN

Las prácticas en el campo de la medicina y la discusión de casos clínicos facilitan el contacto con diferentes patologías y, en ese sentido, se motiva al estudiante a reflexionar sobre ellas y buscar información científica en la literatura con el objetivo de consolidar conocimientos. Así, el presente trabajo tiene como objetivo abordar la legislación sobre la red nacional de atención de emergencia del Sistema Único de Salud (SUS), así como presentar y discutir algunos casos clínicos presenciados durante la pasantía curricular obligatoria del Módulo de Urgencias y Emergencias del SUS. Los campos de práctica fueron las Unidades de Atención de Emergencia (UPA) João Samek y el Dr. Walter Cavalcante Barbosa, así como la Sala de Emergencia del Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), en Foz do Iguaçu, de agosto a diciembre de 2021, con un total de 42 turnos de 12 horas y un turno de 6 horas. De esta forma, esta monografía ayuda a comprender la red de urgencias y emergencias de Foz do Iguaçu, así como apoya la solidificación de conocimientos y protocolos para la atención y manejo de enfermedades que requieren un abordaje rápido y preciso.

Palabras clave: Urgencia. Emergencia. Internado. Prácticas. Medicina.

ABSTRACT

Internships in the field of medicine and the discussion of clinical cases provide contact with different pathologies and, in this sense, the student is encouraged to reflect on them and seek scientific information in the literature with a view to consolidating knowledge. Thus, the present work aims to address the legislation on the national network of emergency care of the Unified Health System (SUS), as well as to present and discuss some clinical cases witnessed during the mandatory curricular internship of the Urgency and Emergency Module of the SUS. The practice fields were the Emergency Care Units (UPA) João Samek and Dr. Walter Cavalcante Barbosa, as well as the Emergency Room of the Padre Germano Lauck Municipal Hospital (HMPGL), in Foz do Iguaçu, from August to December 2021, with a total of 42 12-hour shifts and one 6-hour shift. In this way, this monograph helps to understand the urgency and emergency network of Foz do Iguaçu, as well as supports the solidification of knowledge and protocols for care and management of diseases that require a quick and accurate approach.

Keywords: Urgency. Emergency. Boarding school. Internship. Medicine.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Acolhimento com classificação de risco.....	16
Ilustração 2 – Radiografia do paciente F.A.S.....	23
Ilustração 3 – Algoritmo sobre manejo da obstrução intestinal.....	29
Ilustração 4 – Normograma de Rumack-Matthew	34
Ilustração 5 – Radiografia de abdome do paciente	54
Ilustração 6 – Tomografia do paciente	55
Ilustração 7 – Sinais de pneumoperitônio	58
Ilustração 8 – Diagnósticos diferenciais do pneumoperitônio.....	59
Ilustração 9 – Fluxograma que orienta a profilaxia pós-exposição de HIV	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Exemplificação de classificação de gravidade em cores vermelho, amarelo, verde e azul, respectivamente.....	17
Quadro 2 – Solicitação de exames frente a um abdome agudo	26
Quadro 3 – Orientações do esquema para profilaxia da raiva humana	46
Quadro 4 – Manejo em caso de reexposição.....	47
Quadro 5 – Esquema sobre a profilaxia do tétano segundo o tipo de ferimento e a situação vacinal	49
Quadro 6 – Escolha do antibiótico na mordedura de cachorro	51
Quadro 7 – Recomendações de profilaxia de hepatite B para indivíduos com HBsAg não reagente após exposição ocupacional a material biológico	71
Quadro 8 – Continuação do quadro anterior	72
Quadro 9 – Diferenciação entre priapismo isquêmico e não isquêmico.....	81
Quadro 10 – Exames laboratoriais e as principais causas de hipoglicemia.....	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINES	Anti-inflamatórios não esteroidais
ALT	Alanina aminotransferase
AST	Aspartato aminotransferase
BIC	Bomba de infusão contínua
BPM	Batimentos por minuto
Ca	Cálcio
CAD	Cetoacidose diabética
CIATox	Centro de informações e assistência toxicológica
CKMB	Creatina Fosfoquinase
Cl	Cloro
CTA	Centro de testagem e aconselhamento
DM	Diabetes mellitus
E.B.	Excesso de base
EGD	Esofagogastroduodenoscopia
FC	Frequência cardíaca
FR	Frequência respiratória
Gama GT	Gamaglutamiltransferase
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HB	Hemoglobina
HCO ₃	Bicarbonato de sódio
HGM	Hemoglobina globular média
HGT	Hemoglicoteste
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HMCC	Hospital Municipal Costa Cavalcanti
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBP	Inibidor da bomba de prótons
IGHAHB	Imunoglobulina humana contra a hepatite B
IRPM	Incursões respiratórias por minuto
K	Potássio
KPTT	Tempo de tromboplastina parcial ativado
mmhg	milímetros de mercúrio

MI	mililitro
Na	Sódio
MUC	Medicações de uso contínuo
NAPQI	N-acetil-p-benzoquinonaimina
PA	Pressão arterial
PCR	Proteína C reativa
PCO ₂	Pressão parcial do gás carbônico
PO ₂	Pressão de oxigênio
PH	Potencial Hidrogênioônico
RS	Rio grande do Sul
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAE	Serviço de assistência especializada em HIV/Aids
SIC	Segundo informações colhidas
Sinan	Sistema de informação de agravos de notificação
SO ₂	Saturação de oxigênio
SUS	Sistema único de Saúde
TAP	Tempo da Atividade da Protrombina
TC	Tomografia computadorizada
TEC	Tempo de enchimento capilar
TGO	Transaminase glutâmico-oxalacética
TGP	Transaminase glutâmico-pirúvica
UBS	Unidade Básica de saúde
UCP	Unidade de Cuidados Progressivos
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VGM	Volume globular médio

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. COMPONENTES DA REDE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE)	13
2.1 ACOLHIMENTO HUMANIZADO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA RUE.....	14
2.2 REGULAÇÃO DE PACIENTES E VAGA ZERO.....	18
2.3 VIVÊNCIAS E PONDERAÇÕES SOBRE A RUE DE FOZ DO IGUAÇU.....	19
3. CASOS CLÍNICOS ATENDIDOS DURANTE O CENÁRIO DE PRÁTICA ...	21
3.1 CASO 1: ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO.....	21
3.1.1 Avaliação do paciente.....	21
3.1.2 Conduta médica frente ao caso.....	23
3.1.3 Conduta frente a um abdome agudo.....	25
3.1.4 Conduta frente a um abdome agudo obstrutivo.....	26
3.1.5 Radiografia como exame de imagem no auxílio diagnóstico de abdome Agudo obstrutivo.....	29
3.1.6 Discussão sobre o manejo e adequação aos protocolos de atendimento.....	30
3.2 CASO 2: INTOXICAÇÃO POR SUBSTÂNCIA EXÓGENA.....	31
3.2.1 Avaliação do paciente.....	31
3.2.2 Conduta médica frente ao caso.....	33
3.2.3 Intoxicação por paracetamol: sintomatologia, diagnóstico e manejo.....	35
3.2.4 Discussão sobre o manejo e adequação aos protocolos de atendimento	40
3.3 CASO 3: MORDEDURA POR ANIMAL DOMÉSTICO	42
3.3.1 Avaliação do paciente.....	42
3.3.2 Conduta médica frente ao caso	43
3.3.3 Manejo frente a mordedura de animal silvestre ou doméstico	44
3.3.4 Discussão sobre o manejo e adequação aos protocolos de atendimento	51
3.4 CASO 4: ABDOME AGUDO PERFURATIVO.....	52
3.4.1 Avaliação do paciente.....	52
3.4.2 Conduta médica frente ao caso	55
3.4.3 Estudo sobre Pneumoperitônio e manejo esperado frente a suspeita de abdome agudo perfurativo.....	57
3.4.4 Úlcera péptica: etiologia, manejo e prevenção	60
3.4.5 Discussão sobre o manejo e adequação aos protocolos de atendimento	63
3.5 CASO 5: ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO.....	64
3.5.1 Avaliação do paciente	64

3.5.2	Conduta médica frente ao caso	65
3.5.3	Orientações de profilaxias pós-exposição	66
3.5.4	Discussão sobre o manejo e adequação aos protocolos de atendimento	73
3.6	CASO 6: PRIAPISMO.....	75
3.6.1	Avaliação do paciente.....	75
3.6.2	Conduta médica frente ao caso.....	77
3.6.3	Priapismo: diagnóstico, fatores de risco, manejo e tratamento	78
3.6.4	Discussão sobre o manejo e adequação aos protocolos de atendimento	83
3.7	CASO 7: CRISE HIPOGLICÊMICA.....	85
3.7.1	Avaliação do paciente.....	85
3.7.2	Conduta médica frente ao caso.....	86
3.7.3	Hipoglicemia: diagnóstico e manejo.....	87
3.7.4	Discussão sobre o manejo e adequação aos protocolos de atendimento	91
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
5.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho é referente ao estágio do internato da UNILA do módulo de Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi realizado do dia 16/08/2021 ao dia 23/08/2021 e do dia 29/09/2021 ao dia 29/12/2021, por meio de plantões de 12 horas, noturnos e diurnos, nos seguintes locais de prática: UPA João Samek e UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa, bem como no Hospital Municipal Padre Germano Lauck, no município de Foz do Iguaçu, no Paraná.

Dentre os objetivos esperados para os estudantes que participaram do módulo, estavam o desenvolvimento e o aprimoramento de competências e habilidades necessárias para a condução com proficiência das principais condições prevalentes de urgência e emergência nos diversos ambientes do SUS, respeitando a legislação vigente e o código de ética médico. Desse modo, durante o estágio, os alunos tiveram a oportunidade de acompanhar e de ter o contato com pacientes e com doenças clínicas crônicas, crônica-agudizadas e agudas, de critério clínico urgente, emergências e casos mais leves.

Desse modo, em consonância com o exposto acima, esse relatório aborda a legislação da rede nacional de atenção às urgências e trata como ela está presente e organizada em Foz do Iguaçu. Além disso, alguns casos clínicos vivenciados durante os plantões serão abordados e discutidos com embasamento em livros da área e trabalhos científicos, sendo averiguado se as condutas tomadas em prol dos pacientes em questão eram corretas e se constituíam-se como a melhor escolha existente e possível.

E, assim sendo, afere-se que este relatório constitui-se em uma oportunidade de correlacionar a teoria com a prática médica observada e vivenciada durante o estágio, caracterizando-se como uma forma de aprendizado que contribuirá para a formação de médicos críticos, reflexivos e humanistas.

2. COMPONENTES DA REDE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE

Segundo a portaria número 1.600, de 7 de julho de 2011, para existir uma RUE sólida, é necessário a articulação entre todos os níveis assistenciais. Esta portaria reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências e institui a rede no SUS, e destaca os seguintes componentes (BRASIL, 2013):

1- O componente Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde: visa estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e a prevenção das violências e dos acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade para a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde (BRASIL, 2013).

2- O componente da Atenção Básica em Saúde: visa ampliar o acesso, fortalecer o vínculo, a responsabilização e o primeiro atendimento às urgências e emergências, até a transferência/encaminhamento dos pacientes a outros pontos de atenção, mediante implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2013).

3- O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica: visa ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátricas por meio de veículos tripulados por equipe capacitada. O contato é feito pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências, que ajuda no fluxo de cada caso. O SAMU é normatizado pela Portaria MS/GM nº 1.010, de 21 de maio de 2012 (BRASIL, 2013).

As unidades móveis para o atendimento de urgência podem ser:

I – Unidade de suporte básico de vida terrestre (USB): viatura tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;

II – Unidade de suporte avançado de vida terrestre (USA): viatura tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;

III – Equipe de aeromédico: aeronave com equipe composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;

IV – Equipe de embarcação: equipe composta por no mínimo 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/ técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida;

V – Motolância: motocicleta conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância; e

VI – Veículo de intervenção rápida (VIR) – veículo tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

4- O Componente Sala de Estabilização: ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, 7 dias por semana, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela central de regulação das urgências (BRASIL, 2013).

5- O Componente Força Nacional de Saúde do SUS: visa aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso (BRASIL, 2013).

6- O Componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h): estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências (BRASIL, 2013).

7- O Componente Hospitalar: deve ser constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias (BRASIL, 2013).

8- O Componente Atenção Domiciliar: visa a promoção à saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a reabilitação, que ocorrem no domicílio do paciente (BRASIL, 2013).

2.1 ACOLHIMENTO HUMANIZADO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA RUE

Na Política Nacional de Humanização no SUS (HumanizaSUS), o acolhimento é um dos principais conceitos-chaves. Essa política impõe como princípio a ampliação do grau de comunicação, de contato e de postura acolhedora nas Unidades de

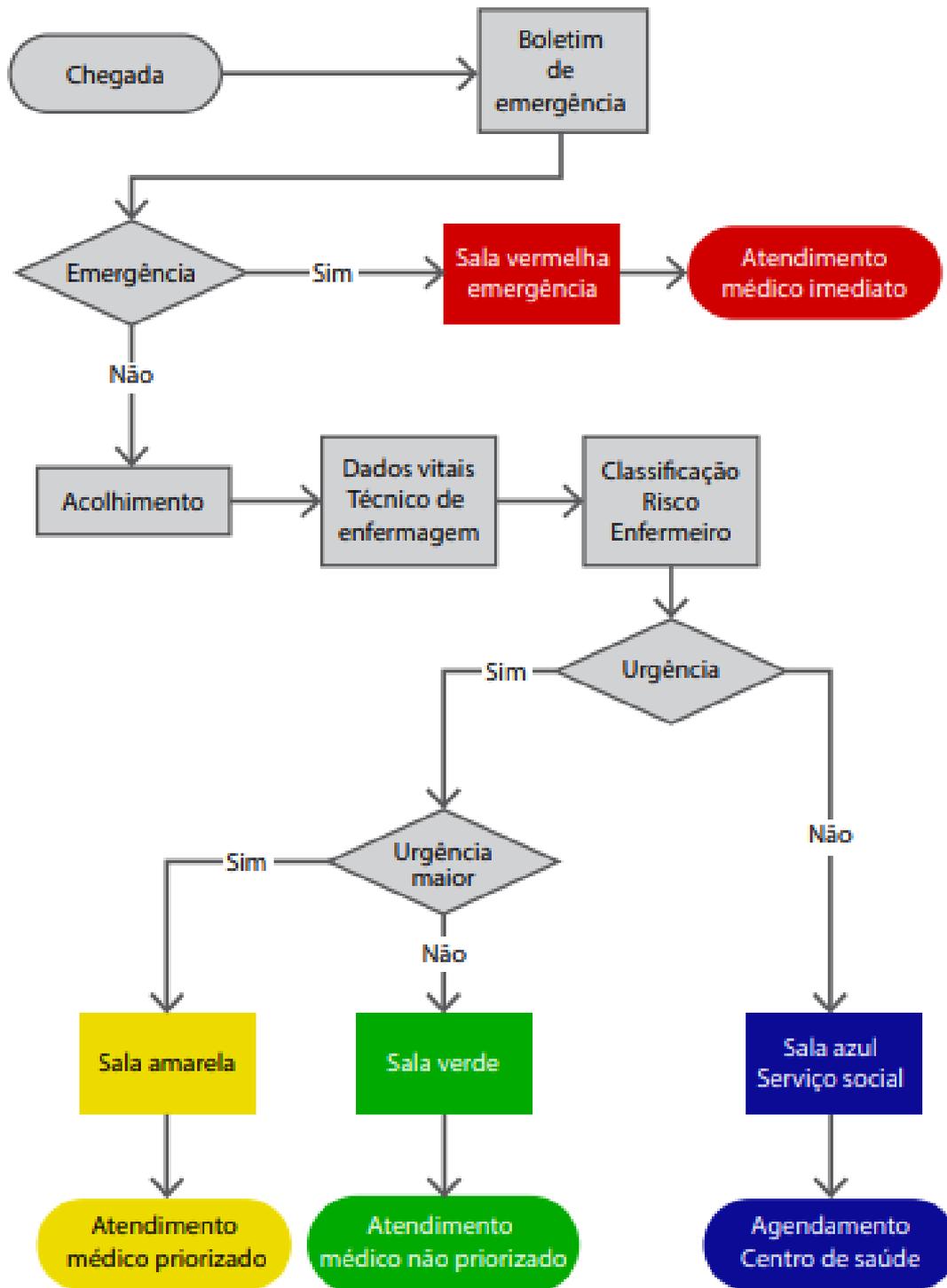
Urgência e Emergência. Desse modo, o acolhimento deve ser um modo de acolher o indivíduo na sua dor, fragilidade ou em seu sofrimento. É uma forma de “estar perto de alguém ou estar com esse alguém”. É uma atitude de acalento e inclusão. Resumidamente, esse atendimento deve ser afetivo e efetivo (Pacheco, 2015).

Entretanto, deve-se deixar claro que o acolhimento humanizado pressupõe mais que uma atitude afetiva. É também uma afetividade assistencial. Ou seja: passa além de uma conduta profissional e inserção do usuário em um fluxo de atendimento. Precisa também cuidar e tratar, agir eticamente e tecnicamente com esse ser que nos procura (Pacheco, 2015).

Pensando nisso, o primeiro passo essencial na gestão do cuidado é a classificação de risco do usuário, pois a conduta a ser tomada depende do estadiamento da condição clínica do paciente. Essa avaliação de risco deve ser feita por meio de uma observação do usuário ou pela explicitação do próprio usuário do que ele necessita (Pacheco, 2015).

Nesse sentido, os objetivos da classificação de risco são: Avaliar rapidamente o paciente, fazendo com que haja um descongestionamento do pronto-socorro e ambulatório e redução do tempo para atendimento médico, de acordo com a classificação da gravidade. Além disso, visa determinar a área de atendimento primário, sendo o paciente encaminhado prontamente para a especialidade que necessita. Por fim, outro objetivo é retornar informações aos familiares sobre o paciente (Pacheco, 2015).

Ilustração 1: Acolhimento com classificação de risco.



Fonte: Pacheco, 2015.

Desse modo, os pacientes serão classificados por cores, correspondendo os seguintes estadiamento:

Cor vermelha: Prioridade zero. É uma emergência. O atendimento deve ser realizado imediatamente. Exemplo: Parada Cardiorrespiratória.

Cor amarela: Prioridade 1. Urgência. O atendimento deve ser realizado em, no máximo, 15 minutos. Exemplo: Politraumatizado com ECG- Glasgow entre 13 e 15.

Cor verde: Prioridade 2. Não urgente. O atendimento deve ser realizado em até 60 minutos. Exemplo: idade superior a 60 anos.

Cor azul: Prioridade 3. São consultas de baixa complexidade. Atendimento de acordo com o horário de chegada. O tempo de espera pode variar até 4 horas, ou deve ser referenciado para outra unidade. Exemplo: Queixas crônicas sem alterações agudas.

Quadro 1: Exemplificação de classificação de gravidade em cores vermelho, amarelo, verde e azul, respectivamente.

<p>2. Politraumatizado grave: lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas.</p> <p>3. Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios.</p> <p>4. Trauma cranioencefálico grave - ECG < 12.</p> <p>5. Comprometimentos da coluna vertebral.</p> <p>6. Desconforto respiratório grave.</p> <p>7. Dor no peito associado à falta de ar e cianose.</p> <p>8. Perfurações no peito, abdome e cabeça.</p>	<p>2. Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos focais.</p> <p>3. Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15).</p> <p>4. Alteração aguda de comportamento - agitação, letargia ou confusão mental.</p> <p>5. Dor torácica intensa sem repercussão hemodinâmica.</p> <p>6. Crise asmática.</p> <p>7. Diabético apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipneia, taquicardia.</p> <p>8. Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alterações de sinais vitais.</p>	<p>2. Gestantes com complicações de gravidez.</p> <p>3. Deficientes físicos.</p> <p>4. Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro.</p> <p>5. Impossibilidade de deambulação.</p> <p>6. Asma fora de crise.</p> <p>7. Enxaqueca - pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca.</p> <p>8. Dor de ouvido moderada a grave.</p> <p>9. Dor abdominal sem alteração de sinais vitais.</p> <p>10. Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve.</p> <p>11. Distúrbios neurovegetativos.</p>	<p>2. Pacientes estáveis com demanda por atendimento nitidamente subjetiva.</p> <p>3. Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos.</p>
--	--	--	---

Fonte: Pacheco, 2015.

Por fim, vale ressaltar que queixas como cefaleia, dor torácica, dor abdominal, hipertensão arterial, dispneia e dengue, por exemplo, podem ser classificados como cor vermelha, amarela ou verde, a depender da gravidade do quadro, de como estão os sinais vitais do paciente, além da presença ou ausência de outros sintomas qualificadores de necessidade de atendimento preferencial.

2.2 REGULAÇÃO DE PACIENTES E VAGA ZERO

A central de regulação médica das urgências é parte integrante do SAMU 192, sendo uma estrutura física com a atuação de profissionais médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica (Tarm) e rádio-operadores (RO) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandem orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contra referências dentro da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013).

Ademais, o paciente estando em atendimento na UPA, é dever do médico plantonista da UPA dialogar com o médico regulador ou de outra instituição hospitalar sempre que for solicitado ou que solicitar a esses profissionais transferências, avaliações ou internação, fornecendo todas as informações solicitadas, com o objetivo da melhor assistência possível ao paciente (RESOLUÇÃO CFM nº 2.079/14).

Desse modo, a regulação do paciente para a instituição de saúde mais adequada é dever do médico, e deve ser realizada sempre que o quadro clínico do paciente necessitar de atenção mais especializada, visando a referência em tempo oportuno e adequado. Nesse sentido, na observância de um paciente instável, portador de doença de complexidade maior que a capacidade resolutiva da UPA, em iminente risco de vida ou com sofrimento intenso, esse indivíduo deve ser imediatamente transferido a serviço hospitalar após ser estabilizado e, se necessário, deve ser utilizada “vaga zero” (RESOLUÇÃO CFM nº 2.079/14).

Deve-se lembrar que a denominada “vaga zero” é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção, não devendo ser uma prática realizada rotineiramente na atenção às urgências. Ademais, ressalta-se que o

encaminhamento de pacientes como “vaga zero” é de responsabilidade exclusiva dos médicos reguladores de urgências, que obrigatoriamente deverão tentar fazer contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico do paciente e justificando esse encaminhamento proveniente da UPA (RESOLUÇÃO CFM nº 2.079/14).

2.3 VIVÊNCIAS E PONDERAÇÕES SOBRE A RUE DE FOZ DO IGUAÇU

No município de Foz do Iguaçu, existem cinco tipos de portas de entrada para atender urgência e emergência. São elas: 1) as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), os Hospitais (Hospital Municipal Padre Germano Lauck; Hospital Ministro Costa Cavalcanti; Hospital e Maternidade Cataratas), o Serviço de Atendimento Móvel a Urgências (SAMU) e, por fim, o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE).

Queixas clínicas ou agravos nas áreas de neonatologia, obstetrícia, cardiologia e oncologia são referenciadas para o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC). Se o paciente possui queixa clínica ou agravos nas áreas de pediatria, psiquiatria, clínica médica, neurologia, trauma, ginecologia e cirurgia, ele é referenciado para o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL).

Na UPA, são atendidos os pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados devido a inúmeras causas e nessa instituição é realizada a investigação inicial e prescrição de medicamentos, sendo os pacientes referenciados a instituições de maior complexidade quando é necessário. Em uma UPA, segundo o artigo 12 da Resolução CFM nº 2.079/14, o tempo máximo de permanência do paciente para elucidação diagnóstica e tratamento é de, no máximo, 24h, estando indicada internação após esse período. Além disso, na área de observação de pacientes com e sem potencial de gravidade, deve-se disponibilizar no mínimo um médico para oito leitos (RESOLUÇÃO CFM nº 2.079/14).

Somado a isso, para a realização das consultas aos pacientes com e sem potencial de gravidade (assim, ficam excluídos os médicos que atendem na sala de reanimação de pacientes graves e os responsáveis pelos pacientes em observação), utiliza-se como referência desejável o máximo de três pacientes por hora/médico. Ademais, o tempo máximo de espera, na categoria de menor urgência, não deveria ultrapassar 120 minutos (RESOLUÇÃO CFM nº 2.079/14). Devido a isso, deve-se avaliar a necessidade

da contratação de mais profissionais médicos, objetivando que os atendimentos sejam realizados em tempo e em qualidade oportuna.

Sob outra ótica, é possível perceber que alguns pacientes ficam por mais de dois dias em observação nas UPA devido à falta de vagas nos hospitais para ser referenciados. Desse modo, isso acaba atrasando a referência para uma atenção mais especializada, o que, muitas vezes, interfere no prognóstico do paciente.

Outro ponto importante, é a questão de que muitos pacientes não sabem a diferença entre o objetivo de atendimento entre uma UPA e uma UBS. Desse modo, chegam demandas espontâneas na UPA que podem e devem ser resolvidas nas UBS. Pensando nisso e objetivando melhorar o fluxo de atendimento, a secretaria de saúde poderia distribuir panfletos aos usuários e colar cartazes, nesses locais de atendimento, orientando quando procurar atendimento nesses setores. Outras ações explicativas sobre o tema poderiam ser disponibilizadas em meios de comunicação como televisão, rádio e redes sociais.

Ademais, quando o paciente chega à UPA trazido pelo SAMU ou por busca espontânea, ocorre a triagem inicial, cujo paciente é classificado conforme a gravidade do quadro, e os mais graves terão atendimento preferencial. Dessa forma, creio que uma educação continuada aos profissionais que realizam a triagem inicial é imprescindível, para que situações de erro de classificação sejam minimizadas e evitadas.

Percebe-se que algumas adequações e melhorias podem ser realizadas, objetivando um fluxo mais resolutivo, mais rápido e mais equânime aos usuários dos serviços prestados pela rede de urgência e emergência do SUS, em Foz do Iguaçu. Entretanto, as conquistas e as metas atingidas até o momento devem ser lembradas e reconhecidas.

3. CASOS CLÍNICOS ATENDIDOS DURANTE O CENÁRIO DE PRÁTICA

3.1 CASO 1: ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO

3.1.1 Avaliação do paciente

Anamnese coletada no dia 17/10/2021, na UPA João Samek.

Identificação: F.A.S., 79 anos, aposentado, trabalhava antigamente como pintor nas obras da Itaipu. Natural de Muçum (RS), morador de Foz do Iguaçu há 29 anos.

Queixa principal: “Dói toda a minha barriga”

História da doença atual: Paciente refere que, há 15 dias, iniciou com algia em toda a região abdominal, de intensidade 10/10, em cólica, intermitente, que piorava com a alimentação. Não tinha fatores de melhora e era refratária ao uso de medicações analgésicas como os AINES. Como a dor piorava ao se alimentar, passou a se alimentar em menor quantidade. Refere inapetência e astenia há 10 dias. Além disso, apresentou náuseas e vômitos em grande intensidade, quase todos os dias, após as refeições, com início também, há aproximadamente, 10 dias. Com o passar dos dias, devido a inapetência, referiu que os episódios de vômito diminuíram mas mesmo assim estavam presentes diariamente. Refere diurese e defecação presentes, sem alteração da coloração das fezes. Notou apenas um maior espaçamento entre as evacuações, pois antes eram diárias e agora passaram a ser a cada 3 a 4 dias e em menor quantidade. Negou febre, cefaleia e outros sintomas. Flatus presentes.

Interrogatório sintomatológico: Refere edema em membros inferiores no final do dia.

História Médica Pgressa:

Doenças crônicas: diverticulite desde 2013; psoríase em membros superiores e inferiores.

Nega alergias.

Cirurgias: Cirurgia para retirada de cisto em bexiga e cirurgia devido a hiperplasia prostática benigna em 2014 (SIC). Realizou outra cirurgia em 2017 devido a fratura do fêmur.

História familiar: Pai faleceu aos 89 anos e a mãe faleceu aos 84 anos. Não soube especificar a causa.

Hábitos de vida: Ex-etilista. Refere que consumia álcool todos os dias, em média de 10 garrafas de cerveja, durante aproximadamente 1 ano e meio. Isso ocorreu quando tinha, aproximadamente, 20 anos. Ex-tabagista há 39 anos. Carga tabágica de 80 anos-maço.

Exame físico:

Sinais vitais: temperatura axilar: 36,5 graus celsius, FR de 18 IRPM, PA:131/81 mmhg; saturação de oxigênio: 95%. FC de 62 BPM.

Ectoscopia: Bom estado geral, anictérico, acianótico, afebril, desidratado, normocorado.

Exame neurológico: Lúcido e orientado no tempo e espaço, sem sinais de irritação meníngea. Pupilas isocóricas e fotorreagentes.

Exame cardiovascular: Ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas, em dois tempos, sem sopros. Pulsos periféricos simétricos, regulares e cheios.

Exame abdominal: Abdome globoso, distendido, com dor à palpação superficial e profunda em todos os quadrantes, hipertimpânico à percussão. Sem massas ou visceromegalias palpáveis. Ruídos hidroaéreos presentes. Cicatriz cirúrgica em região hipogástrica.

Exame pulmonar: Murmúrio vesicular presente e simétrico, sem ruídos adventícios. Sem esforço respiratório.

Membros: Sem edemas.

Exames laboratoriais:

18/10/2021:Parcial de urina: PH 5,0 (5,5 a 7,0), com presença de corpos cetônicos e bilirrubina. PCR: 21,8; Hemograma mostrando hemoglobina de 15,80 g/dL, Volume Globular Médio de 94,97 fL e RDW de 14,30 %. Leucócitos de 7.200 /mm³, plaquetas de 428.000 /mm³ (140.000 a 400.000). Ureia 62 mg/dL (19 a 43); TGP: 13 (<50);

TGO: 16 U/L (17 a 53); sódio: 139 mmol/L (137-145); Potássio: 4,4 mEq/L (3,5 a 5,1). Lipase: 41 U/L (23 a 200). Fosfatase alcalina: 98 U/L (65 a 260); creatinina: 0,80 (0,66 a 1,25 mg/dl); Bilirrubina Total: 0,70mg/dl (até 1,20); Bilirrubina direta: 0,40 (até 0,40); bilirrubina indireta: 0,30 (até 0,80); amilase: 44 U/L (30 a 110).

Exames de Imagem:

Radiografia abdominal do paciente F.A.S., com sinal de empilhamento de moedas (17/10/2021):

Ilustração 2: Radiografia do paciente F.A.S.



Fonte: RP Saúde, 2021.

Laudo da Tomografia Computadorizada realizada no dia 18/10/2021:

Relatório do abdome superior: Volumosa hérnia hiatal contendo grande parte do estômago. Fígado de dimensões, contornos e densidades normais. Ausência de

dilatação das vias intra ou extra-hepáticas. Baço, pâncreas e adrenais sem particularidades. Rins tópicos com dimensões e espessura do parênquima conservados. Ausência de cálculos ou hidronefrose. Aneurisma da aorta abdominal infra-renal medindo 4,5 cm.

Relatório do abdome inferior: Planos músculo-adiposos preservados. Lesão estenosante é observada na transição do cólon descendente com cólon sigmóide, determinando importante dilatação de alças intestinais do cólon delgado a montante. Não há adenomegalias ou coleções abdominais. Bexiga urinária com boa capacidade, paredes finas e regulares, sem evidência de cálculos.

Conclusão: Estudo tomográfico do abdome superior e pelve mostra lesão estenosante localizada na transição do cólon descendente com cólon sigmóide altamente suspeita para a alteração neoplásica primária. Importante dilatação de alças à montante da lesão anteriormente descrita, compatível com oclusão intestinal. Diverticulose do cólon sigmóide. Volumosa hérnia hiatal contendo grande parte do estômago. Aneurisma da aorta abdominal infra-renal.

Hipótese diagnóstica: Abdome agudo obstrutivo (parcialmente).

Diagnósticos diferenciais: Causas de abdome agudo inflamatório (diverticulite, pancreatite, colecistite, apendicite aguda). Aneurisma de aorta abdominal, isquemia intestinal, úlcera péptica, peritonite aguda.

3.1.2 Conduta Médica frente ao caso

Durante o atendimento deste paciente em questão, no primeiro dia em que ele estava em observação na UPA, foi solicitado alguns exames laboratoriais e a radiografia como exame de imagem. O paciente foi medicado com analgésico opióide (Tramadol) e iniciado antibioticoterapia (Metronidazol + Ceftriaxona). No mesmo dia, uma tomografia computadorizada de abdome total (superior +pelve) sem contraste foi realizada. Ademais, foi solicitado vaga de internamento no Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL).

No segundo dia, a analgesia e a antibioticoterapia foram mantidas. Foi prescrito também escopolamina e foi orientado a passagem de sonda nasogástrica e prescrito Jejum. Ademais, foi solicitado vaga no Hospital Municipal Costa Cavalcante

(HMCC) após haver o laudo da tomografia computadorizada sem contraste e a recusa do aceito no HMPGL.

3.1.3 Conduta frente a um abdome agudo

Segundo Velasco *et al.* (2020), a dor abdominal possui apresentações variadas, fazendo com que o diagnóstico torne-se mais difícil, com uma possibilidade enorme de diagnósticos diferenciais e quadros clínicos que podem variar de acordo com o gênero e a idade do paciente. Entretanto, na sala de emergência, o objetivo inicial é diagnosticar ou descartar aquelas que podem ser um abdome agudo, ou seja, causas potencialmente graves, que necessitam de conduta imediata.

Visando um diagnóstico correto, deve ser feita uma avaliação bem feita, havendo a coleta de uma história completa que aborda os antecedentes cirúrgicos, comorbidades e informações sobre a dor (fatores de melhora ou piora, tipo, se é crônica ou aguda, região atingida e se irradia, gravidade, modo de início, progressão, episódios anteriores). Além disso, deve ser questionada a presença de outros sintomas concomitantes à dor abdominal, como taquicardia, hipotensão, febre, vômitos, diarreia, dentre outros. A partir disso, pode-se ter hipóteses da etiologia da dor a partir da localização da mesma (VELASCO *et al.*, 2020).

Além disso, frente à uma dor em grande intensidade, deve-se aumentar a preocupação com a maior gravidade da etiologia. Entretanto, a existência de dor de menor intensidade não pode excluir doenças graves, especialmente em pacientes idosos. Após a anamnese, um exame físico detalhado torna-se essencial. Na inspeção deve-se observar a presença de cicatrizes cirúrgicas e alterações na pele. A ausculta pode revelar íleo paralítico, sons agudos na obstrução do intestino delgado e sopros na dissecação de aorta ou estenose renal (VELASCO *et al.*, 2020).

Após essa avaliação inicial, exames complementares podem ser solicitados para corroborar com a hipótese diagnóstica. Segue abaixo uma tabela contendo os exames laboratoriais que podem ser solicitados a partir de alguma suspeita diagnóstica (VELASCO *et al.*, 2020):

Quadro 2: Solicitação de exames laboratoriais no abdome agudo

Exame laboratorial	Suspeita diagnóstica
Lipase e amilase	Pancreatite (lipase preferível à amilase)
BHCG	Gestação, prenhez ectópica, moia hidatiforme
Hemoglobina (Hb)	Hb alterada na hemorragia digestiva e sangramento intracavitário (normal na fase inicial)
Leucograma	Pode estar elevado em patologias inflamatórias e infecciosas. Valor normal não exclui essas condições!
Plaquetas	Podem estar diminuídas no sangramento agudo
Excesso de base (gasometria)	Pode estar diminuído em fase precoce de sangramento agudo relacionado a má perfusão
Coagulograma	Coagulopatia, hepatopatia, hemorragia digestiva
Marcadores de função e lesão hepática	Hepatites, colecistite, colangite
Glicemia	Cetoacidose diabética, estado hiperosmolar hiperglicêmico, pancreatite
Lactato	Isquemia mesentérica
Urina 1	ITU, nefrolitíase
ECG	SCA

BHCG: gonadotrofina coriônica humana; ECG: eletrocardiograma; ITU: infecção do trato urinário; SCA: síndrome coronariana aguda.

Fonte: VELASCO *et al.*, 2020.

Exames de imagem também podem ser solicitados. A radiografia simples é útil em perfuração de vísceras, quando aparece pneumoperitônio, na suspeita de obstrução intestinal, ou presença de corpos estranhos radiopacos, por exemplo. Já o ultrassom é útil em pacientes com doenças do andar superior do abdome (via biliar), renais e causas ginecológicas. Pode ser útil também para avaliar bexiga urinária, apêndice, dimensões aórticas e a presença de líquido livre intracavitário. A tomografia computadorizada pode ser utilizada para vários diagnósticos, como litíase renal, apendicite, dissecação da aorta, diverticulite, dentre outros (VELASCO *et al.*, 2020).

Após a avaliação inicial, deve-se passar para a etapa de tratamento. Pacientes instáveis devem ser monitorizados, estabilizados hemodinamicamente, receber dois acessos venosos calibrosos e coletar exames conforme a história clínica. Além disso, o tratamento ou suporte clínico deve ser feito conforme cada diagnóstico específico e conforme cada quadro de algia dos pacientes. Ademais, se o quadro for cirúrgico, deve-se contatar ou encaminhar para a instituição de referência, visando uma avaliação cirúrgica o mais precoce possível (VELASCO *et al.*, 2020).

3.1.4 Conduta frente a um abdome agudo obstrutivo

Segundo Long, Robertson e Koyfman (2019), uma obstrução intestinal é mais comumente devido à oclusão do intestino delgado, resultando em acúmulo de líquido e gás devido ao supercrescimento bacteriano proximal ao local da obstrução, o que pode progredir para aumento da pressão intraluminal, podendo ocasionar uma isquemia, necrose e perfuração da mucosa.

Sobre as etiologias possíveis, as aderências pós-operatórias são responsáveis por 75–80% de todos os casos de obstrução intestinal, sendo que elas podem ocorrer em um terço dos pacientes no pós-operatório. Outras etiologias possíveis são: causas congênitas (volvo, atresia ileal), distúrbio da parede intestinal (intussuscepção, estenose, tumor), causas extrínsecas (compressão da massa, volvo), e distúrbios intraluminais (mecônio íleo, cálculos biliares, corpo estranho) (LONG; ROBERTSON; KOYFMAN, 2019).

Além disso, as hérnias constituem-se como a causa mais comum de obstrução intestinal em países subdesenvolvidos. Outras causas menos comuns como corpo estranho, radiação, endometriose e infecção (como a tuberculose) também devem ser lembrados. Ademais, em pacientes idosos sem cirurgia abdominal anterior e a ausência de hérnia no exame, deve ser pensado como causa possível tumores e câncer intestinal (LONG; ROBERTSON; KOYFMAN, 2019).

Se tratando de exames complementares, a radiografia simples é frequentemente solicitada. Radiografias em decúbito dorsal e em posição vertical podem ser solicitadas. Entretanto, a sensibilidade dos filmes simples é de 66-85%, sendo que mais de 20% das radiografias abdominais em pacientes com obstrução são inespecíficas ou normais. Desse modo, ela sozinha não pode excluir o diagnóstico (LONG; ROBERTSON; KOYFMAN, 2019).

Já a tomografia computadorizada (TC) e a ultrassonografia são métodos diagnósticos confiáveis. A TC do abdome/pelve deve ser considerada para todos os pacientes com suspeita de obstrução, e a Ressonância magnética e ultrassom são modalidades de imagens que podem ser solicitadas (LONG; ROBERTSON; KOYFMAN, 2019).

Após o diagnóstico de obstrução, é necessário classificar a etiologia obstrutiva como não operatória ou operatória. Se a obstrução for estrangulada (com base na história, exame ou imagem), e aqueles pacientes com peritonite ou instabilidade hemodinâmica ou se não conseguem melhorar com terapia não operatória, são

classificados como abdome agudo obstrutivo cirúrgico (LONG; ROBERTSON; KOYFMAN, 2019).

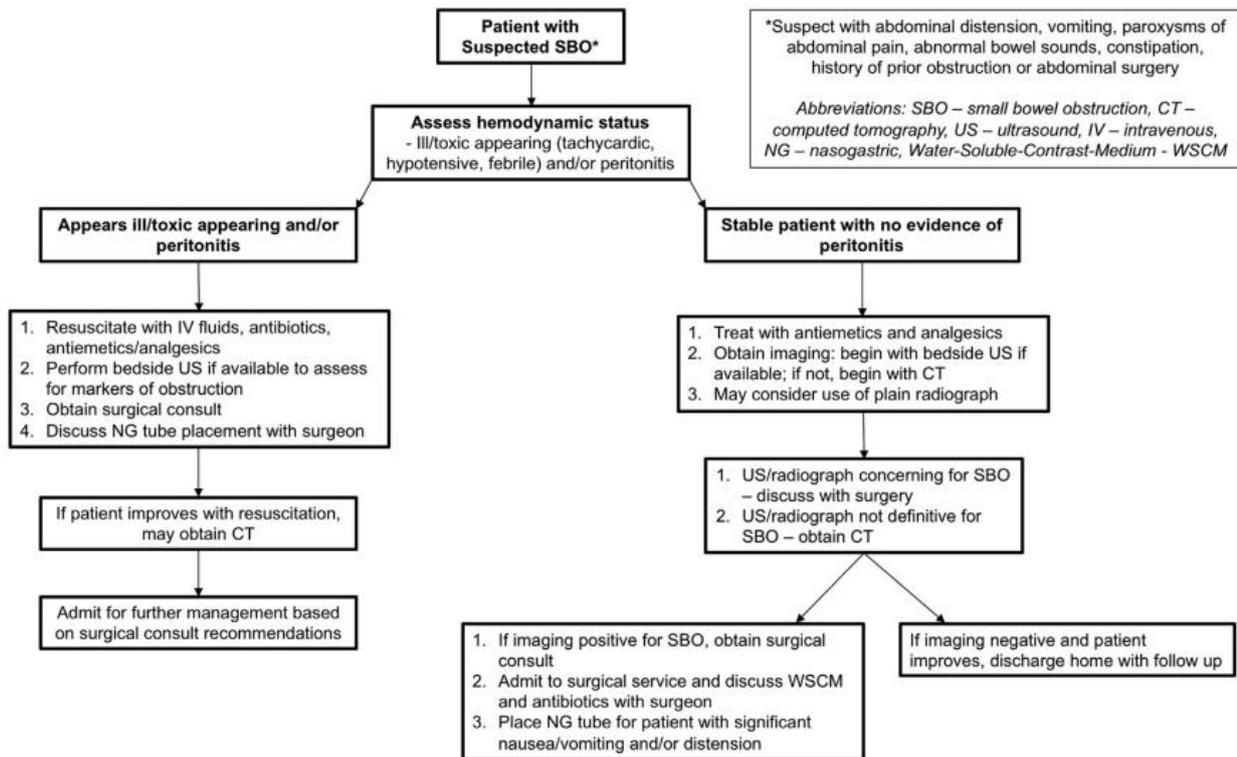
O manejo inclui ressuscitação com fluido intravenoso, reposição de eletrólitos quando necessário, sintomáticos como antieméticos e analgésicos e determinar a necessidade de terapia operatória versus não operatória. A passagem de sonda nasogástrica é útil para pacientes com distensão e vômito pela remoção do conteúdo proximal ao local da obstrução (LONG; ROBERTSON; KOYFMAN, 2019).

Aqueles pacientes com sinais de estrangulamento ou peritonite generalizada, evidência de deterioração clínica (dor contínua ou agravamento, febre, hipotensão, taquicardia, acidose metabólica) ou preocupação com isquemia, devem ser submetidos a exploração cirúrgica (LONG; ROBERTSON; KOYFMAN, 2019).

Nessa mesma linha de pensamento, embora a obstrução completa tenha uma maior taxa de falha com terapia conservadora, aqueles casos sem as descobertas mencionadas acima podem, inicialmente, submeter-se a terapia conservadora não operatória inicialmente para casos de obstrução parcial, pois a obstrução de alto grau e completa pode ser resolvida com reidratação de fluidos e tratamento sintomático em 35–50% dos casos. Vale lembrar que, até 30% de aqueles com obstrução intestinal completa requerem ressecção intestinal devido a necrose intestinal (LONG; ROBERTSON; KOYFMAN, 2019).

Se tratando sobre antibioticoterapia, não há recomendações fortes ou outras publicações para o uso rotineiro de antibióticos em pacientes com obstrução intestinal. Em situações que forem necessários, os antibióticos escolhidos devem fornecer cobertura para bactérias gram-negativas e anaeróbias devido ao potencial de perfuração e translocação bacteriana. Nesse sentido, a prescrição de antibióticos é fortemente recomendada se o paciente apresentar evidência de estrangulamento exigindo cirurgia ou evidência de perfuração, sepse ou hipoperfusão (LONG; ROBERTSON; KOYFMAN, 2019).

Ilustração 3: Algoritmo sobre o manejo da obstrução intestinal



Fonte: Long, Robertson e Koyfman, 2019.

Sobre o tratamento com antibióticos nos casos de perfurações intestinais ou com a presença de sinais de toxemia, pode ser utilizado a ceftriaxona para pacientes de baixo risco e metronidazol como agente anti-anaeróbio. Deve-se usar antibióticos de amplo espectro, como o carbapenem para pacientes de alto risco (idade \geq 70 anos; doença maligna; doença cardiovascular, hepática ou renal significativa; hipoalbuminemia; peritonite generalizada; controle de fonte inicial retardado; incapacidade de atingir o controle de origem adequado; ou suspeita de infecção por patógenos resistentes) ou em casos de cepas resistentes ao antibiótico de menor espectro (TAN et al., 2018).

3.1.5 Radiografia como exame de imagem no auxílio diagnóstico de abdome agudo obstrutivo

O intestino delgado possui quantidade de ar e líquido variável. Entretanto, quanto mais visível o intestino delgado for, maior a probabilidade de ser algo patológico. Ele não deve exceder 3 centímetros de diâmetro e então, qualquer alça acima desse limiar deve ser visualizada como suspeita. Já a obstrução do intestino grosso é reconhecida pela dilatação do cólon para mais de 6 cm ou mais de 9 cm para o ceco (JAMES; KELLY, 2013).

O volvo é uma causa mais rara de obstrução colônica aguda. Um volvo ocorre quando o cólon se entorce em seu mesentério e forma uma obstrução em alça fechada. O local mais comum para o volvo é o sigmoide e o segundo é o ceco. No volvo de sigmoide, há a formação de uma alça em forma de “U” de cabeça para baixo do intestino dilatado, com o ápice da torção na pelve. A aposição das paredes mediais das alças afetadas forma o clássico “sinal do grão de café”, que pode ser extremamente grande (JAMES; KELLY, 2013).

O ceco é relativamente móvel e também tem o potencial de formar um volvo. O volvo cecal faz com que um segmento curto do cólon com distensão gasosa seja projetado sobre o quadrante superior esquerdo e, dependendo da competência da válvula ileocecal, forma-se uma obstrução em alça aberta ou fechada (JAMES; KELLY, 2013).

3.1.6 Discussão sobre o manejo e adequação aos protocolos de atendimento

O paciente apresentou uma história clínica de dor abdominal em cólica associado a êmese, que levava a pensar na obstrução intestinal mesmo ainda havendo a eliminação de fezes em menor quantidade e flatus. Ele apresentava cirurgia abdominal prévia, o que se constitui como risco de ocorrência de bridas e possível obstrução intestinal, posteriormente.

Ao exame físico, o paciente apresentava alterações apenas no exame abdominal: estava globoso, distendido, doloroso a palpação superficial e profunda em todos os quadrantes, hipertimpânico na percussão, com a presença de uma cicatriz em região hipogástrica devido a cirurgia prévia. A radiografia do abdome mostrou empilhamento em moeda, sugerindo ainda mais um abdome agudo obstrutivo.

Dentre os exames laboratoriais alterados, estavam presentes uma urina ácida, com presença de corpos cetônicos e bilirrubina, uma leve plaquetose e uma ureia aumentada.

Posteriormente, foi solicitado uma tomografia computadorizada de abdome sem contraste, o que corroborou com a hipótese de que a algia do paciente era proveniente de um abdome agudo obstrutivo. Entretanto, o exame de imagem falava a favor de uma causa neoplásica. Tudo foi feito conforme o esperado, visando confirmar a hipótese e visando descartar os diagnósticos diferenciais de abdome agudo possíveis.

Entretanto, como a tomografia computadorizada constatou lesão em transição do cólon descendente com cólon sigmóide, altamente suspeita para alteração

neoplásica primária, a solicitação de vaga no HMPGL foi negada. Desse modo, uma solicitação de transferência foi solicitada logo em seguida, sendo o paciente aceito nessa outra instituição logo em seguida.

Ademais, durante o período em que o paciente ficou em observação na UPA, foi prescrito Metronidazol e Ceftriaxona para o paciente. Segundo a literatura citada acima, antibiótico pode ser prescrito se o paciente apresentar toxemia (taquicardia, hipotensão, febre) ou peritonite. O paciente que acompanhei estava estável hemodinamicamente, com os sinais vitais dentro da normalidade. Creio que não seria necessário, até o momento em que o acompanhei, ter iniciado antibioticoterapia profilática. Entretanto, em minha busca sobre quais seriam as melhores opções, o uso de Ceftriaxona e Metronidazol aparecem como possíveis escolhas para casos assim como o do paciente em questão.

Desse modo, a única adequação de manejo que eu teria feito, sendo a médica responsável, seria não ter prescrito antibioticoterapia para o paciente até o momento, em vista da sintomatologia clínica apresentada por ele.

3.2 CASO 2: INTOXICAÇÃO POR SUBSTÂNCIA EXÓGENA

Anamnese coletada na UPA Morumbi, no dia 16/11/2021. Paciente não estava muito colaborativa pois estava com muita vergonha devido a tentativa de suicídio.

3.2.1 Avaliação do paciente

Identificação: H.R.M.F., feminina, 41 anos, solteira, técnica de enfermagem, residente de Foz do Iguaçu, católica.

Queixa principal: "Tentei me matar".

História da moléstia atual: Paciente busca atendimento por meios próprios acompanhada de uma amiga. Refere que, há mais de um ano estava sentindo-se deprimida, hipobúlica, não sentia mais prazer em realizar as atividades de lazer e laborais, além de insônia. Há um ano possuía ideação suicida com planejamento da ação. Informa que, há aproximadamente 2 horas, fez ingestão de 40 comprimidos de Paracetamol, de 750 mg, somado a 5 comprimidos de Alprazolam, de 0,5 mg. Refere que esta foi a sua primeira

tentativa de suicídio. Conta que a tentativa foi uma forma de solucionar os múltiplos problemas pelos quais está passando e se sente muito envergonhada por não ter conseguido atingir seu objetivo e agora precisar buscar auxílio médico. Negou algia abdominal após ingesta medicamentosa, referindo apenas sonolência e astenia. Negou queda da própria altura, êmese, náuseas, cefaleia e outros sintomas.

História médica pregressa:

Doenças: Transtorno depressivo há mais de um ano, Leiomioma uterino.

Positivou para COVID-19 em Setembro de 2020.

Medicação de uso contínuo: Cloridrato de Fluoxetina, 20 mg, 2-0-0, Carbonato de Lítio, 300 mg, 2 comprimidos ao dia, 12/12h. Entretanto, refere que descontinuou o uso há alguns meses.

Alergias: Nega.

Cirurgias: Nega.

Hábitos de vida: Nega tabagismo. Refere etilismo social.

História familiar: Pais sem problemas de saúde.

Exame físico:

Sinais vitais: 137/89, FC: 79; FR: 20; Saturação de oxigênio: 97%; Temperatura: 36,5 graus celsius; HGT: 142.

Ectoscopia: Regular estado geral, anictérica, acianótica, afebril, normocorada, hidratada.

Exame neurológico: Lúcida e orientada no tempo e no espaço, sem sinais de irritação meníngea, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

Exame cardiovascular: Ritmo cardíaco regular, bulhas cardíacas normofonéticas, em dois tempos, sem sopros. Tempo de enchimento capilar menor que 3 segundos. Pulsos periféricos cheios, palpáveis, regulares, simétricos.

Exame abdominal: Abdome plano, flácido, depressível, ruídos hidroaéreos presentes, sem massas ou visceromegalias palpáveis, sem dor a palpação superficial e profunda.

Exame pulmonar: Murmúrio vesicular presente e audível em todos os campos pulmonares, sem ruídos adventícios. Sem esforço respiratório.

Diagnóstico sindrômico: Intoxicação exógena.

Diagnósticos diferenciais: A depender da sintomatologia apresentada, pode-se pensar em quadro de hipoglicemia, intoxicação por outras drogas.

Exames laboratoriais:

16/11/2021: Gasometria com PH:7,366 (7,37 a 7,45); Pco2: 34,20 (35 a 46 mmHg); Po2: 74,90 (70 -100 mmHg); HCO3: 19,10 (21 a 26 mmol/L); E.B: -5,20 (-2 a 3 mmol/L); CO2T: 20,20 (23 a 28 mmol/L). Na+ 142,1 (135-154); K+: 3,6 (3,6 - 4,8); Ca++: 1,14 (1,15 - 1,35); Cl- 103 (95-105); Glicose: 147 (70-100). Hemograma: HB: 12,80 (12,00 a 16,00); HT: 38,10 (36,00 a 46,00); VGM: 82,83 (80 a 100); HGM:27,83 (26 a 34); RDW: 13,60 (11,60 a 14,80). Leucócitos: 6,580 (5.000 a 10.000); Bastonetes: 1% (1 a 5%); Plaquetas: 225.000 (140.000 a 400.000). Ureia: 39 mg/dl (15 a 36); Creatinina: 0,60 (0,52 a 1,04); Sódio: 145 mmol (137 a 145 mmol); Potássio: 3,9 meq/l (3,5 a 5,1 meq/l); Bilirrubina total: 0,40 (até 1,20); Bilirrubina direta: 0,20 mg/dl (até 0,40 mg/dl); Bilirrubina indireta: 0,20 (até 0,80 mg/dl). Fosfatase alcalina: 20 U/L (50 a 130 U/l); GAMA GT: 17 u/l (12 a 43); Glicose:125 mg/dl (70 a 99); KPTT: 34,2 segundos (26,4 a 37,5); TAP: 11,90 segundos, atividade: 71,80% (de 70 a 100%); INR:1,14 (até 1,5).

17/11/2021: Hemoglobina 14,30 g/dl (12,00 a 16,00); Hematócrito: 42,70% (36,00 a 46,00); VGM:81,96 fL (80,00 a 100,00); HGM:27,45 pg (26,00 a 34,00); RDW: 13,60 % (11,60 a 14,80). Leucócitos: 6.640 /mm³ (5.000 a 10.000); Bastonetes: 0% (1 a 5); Plaquetas: 226,000 (140.000 a 400.000); Ureia: 27mg/dL (15 a 36 mg/dL); Creatinina: 0,80 (0,52 a 1,04 mg/dl); Sódio: 143 mmol/L (137 a 145 mmol/L); Potássio: 3,7 mEq/L (3,5 A 5,1 mEq/L); Amilase: 50 U/L (30 a 110,0 U/L); Bilirrubina total: 0,30 (até 1,20); Bilirrubina direta: 0,20 (até 0,40); bilirrubina indireta: 0,40 (até 0,80); Gama GT: 19 u/l (12 a 43); Lipase:109 u/l (23 a 300); KPTT: 29,7 segundos (26,4 a 37,5); TAP: 11,40, com atividade de 79% (de 70 a 100) e INR: 1,09 (até 1,5).

3.2.2 Conduta médica frente ao caso

Após a chegada da paciente por busca espontânea ao serviço, foi realizado um acesso venoso periférico, hidratada com soro fisiológico, medicada com sintomáticos (Dipirona e Omeprazol) e passado sonda nasoenteral na paciente. Foi feito contato com o

Centro de Informações e Assistência Toxicológica (CIATox) de Londrina, objetivando orientações sobre a melhor conduta frente ao caso. Foi orientado a passagem de sonda nasoenteral, o uso de carvão ativado e a prescrição do antígeno para o Paracetamol, a Acetilcisteína 100mg/ml, sendo a dose calculada a partir da quantidade de Paracetamol utilizado pela paciente, além da sugestão da solicitação de exames laboratoriais e observação do quadro da paciente até o término do tratamento com Acetilcisteína. Após o término do tratamento com o antídoto, ela seria transferida ao setor de Psiquiatria do HMPGL.

Nesse sentido, o tratamento com Acetilcisteína foi distribuído em 3 fases, de acordo com a orientação do CIATox:

- 1° fase: 50 ampolas diluídas em 200 ml de SG5% (Dose de ataque) - em BIC, em 1 hora.
- 2° fase: 34 ampolas diluídas em 500 ml de SG5% - em BIC, em 4 horas.
- 3° fase: 17 ampolas diluídas em 1 litro de SG5% - em BIC, em 16 horas.

Entretanto, no momento que seria administrado o carvão ativado, uma outra paciente presente na sala de emergência se desestabilizou, havendo uma parada cardiorespiratória e, com isso, a necessidade de cuidados imediatos como a ressuscitação cardiopulmonar, intubação orotraqueal e acesso venoso central. Assim, a administração do carvão ativado na paciente com intoxicação exógena foi postergado em aproximadamente uma hora após a sua chegada no serviço. Após o manejo dessa outra emergência, foi ofertado carvão ativado a paciente em questão. Além disso, exames laboratoriais foram solicitados, além da solicitação de vaga para a paciente no setor de Psiquiatria do HMPGL. A notificação de intoxicação exógena e violência autoprovocada foi preenchida e encaminhada ao setor de epidemiologia da UPA. Continuamente a paciente obteve observação clínica e hemodinâmica, até a sua transferência ao HMPGL.

Durante a internação da paciente, foram utilizadas outras medicações como Omeprazol e risperidona algumas vezes, além de ter sido feita hidratação com soro fisiológico. Observando os exames laboratoriais, percebe-se que não houve piora laboratorial da paciente. Ela, nas primeiras 24 horas, manteve-se sonolenta, envergonhada e chorosa. Não houve piora do quadro clínico. Foi orientada para que reinicie a utilização das medicações para o transtorno depressivo e que faça acompanhamento com psicólogo e psiquiatra.

3.2.3 Intoxicação por paracetamol: sintomatologia, diagnóstico e manejo

O Paracetamol/acetaminofeno é uma medicação analgésica, de ação central e propriedades anti-inflamatórias mínimas. Em doses terapêuticas, a meia-vida do Paracetamol é de 1,5 a 3 horas. Cerca de 90% da droga é metabolizada em sulfato inativo e conjugados de glicuronídeo que são excretados na urina. O metabolismo do restante é metabolizado via enzimas do citocromo P450 (principalmente CYP2E1 e CYP3A4) e resulta no composto intermediário reativo N-acetil-p-benzoquinona imina (NAPQI) (CHIEW *et al.*, 2019).

NAPQI é desintoxicado por reações irreversíveis de conjugação dependentes de glutathione. Na overdose, o aumento da formação de NAPQI esgota os estoques de glutathione hepática e o NAPQI se liga covalentemente a proteínas celulares críticas, causando danos aos hepatócitos e lesão hepática aguda (CHIEW *et al.*, 2019). Quando cerca de 70% da glutathione está esgotada, a NAPQI liga-se a proteínas do hepatócito, levando a alterações de membrana e morte celular (como o estresse oxidativo e também a necrose hepatocitária), normalmente em 24 a 48 horas (VELASCO *et al.*, 2020)

Doses potencialmente hepatotóxicas são definidas como a ingestão única maior que 200mg/kg ou 10 g em menos de 8 horas. Quanto ao consumo de doses repetidas excessivas, considera-se: > 200 mg/kg ou 10 g em 24 horas; > 150 mg/kg ou 6 g/dia em 48 horas; > 100 mg/kg/dia ou 4 g/dia associado a fatores de risco como gravidez, abuso crônico de álcool, jejum prolongado ou uso de isoniazida (VELASCO *et al.*, 2020).

A intoxicação por esse fármaco pode ocasionar falência hepática, Injúria renal aguda após o pico de lesão hepática e morte. Entretanto, o risco de hepatotoxicidade é menor que 5% quando a N-acetilcisteína é prescrita em 8 a 10 horas após a intoxicação (VELASCO *et al.*, 2020).

Sobre o quadro clínico, segundo Velasco *et al* (2020), mesmo os pacientes gravemente intoxicados podem ser assintomáticos. A apresentação clínica é dividida em 4 fases:

1) Primeiras 24 horas após a ingestão: Normalmente são assintomáticas. Pode haver náuseas, vômitos, dor abdominal, anorexia, letargia, diaforese. Os exames laboratoriais são normais.

2) Entre 24 e 72 horas: Os sintomas podem melhorar ou desaparecer. Espera-se anormalidade bioquímicas, como a elevação das transaminases, bilirrubinas e

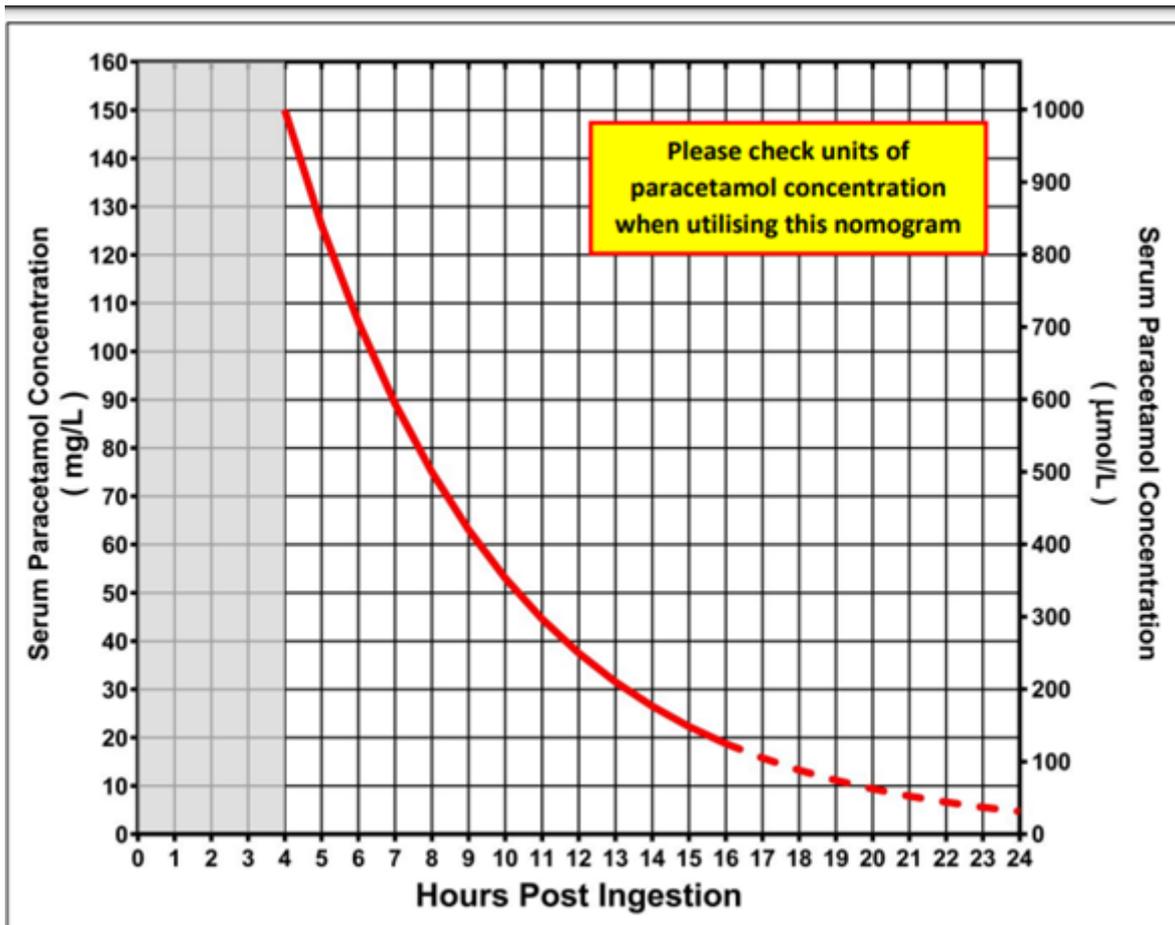
tempo de protrombina. Lesão hepática progressiva pode-se apresentar com dor no quadrante superior direito e hepatomegalia.

3) Entre 96 horas a 14 dias: O paciente melhora e pode apresentar recuperação total dentro de 3 meses ou progressão com disfunção orgânica múltipla e óbito. Ademais, os pacientes com recuperação não apresentam hepatopatia crônica.

Em casos excepcionais, ingestão maciça causando concentrações extremamente altas de paracetamol sérico podem estar associados a um diminuição precoce do nível de consciência e acidose láctica. Isso é secundário a um efeito mitocondrial direto e não devido a hepatotoxicidade (CHIEW *et al.*, 2019).

O diagnóstico depende da suspeita clínica e da quantificação dos níveis séricos do medicamento obtidos com pelo menos 4 horas de ingestão da droga. Após conhecido, esse resultado deve ser colocado no normograma de Rumack-Matthew. Esse instrumento determina o potencial de toxicidade baseado no nível sérico de acetaminofeno e das horas de ingestão aguda. Entretanto, caso houver ingestão supra terapêutica de forma repetidas ou o momento exato da ingesta seja desconhecida, deve-se calcular utilizando a última hora em que o paciente esteve livre de medicação, obter o nível sérico da droga e de transaminases. Assim, se acetaminofeno <10 mg/ml e se AST e ALT normais, o tratamento torna-se desnecessário. Além disso, se > 24 horas de overdose, ou se o momento de ingestão for desconhecido ou ingestão supraterapêutica de forma repetida, invalidam a utilização do normograma (VELASCO *et al.*, 2020).

Ilustração 4: Normograma de Rumack-Matthew.



Fonte: Chiew *et al.*, 2019.

Segundo Chiew *et al.* (2019), os exames de investigação recomendados são:

A- Se a ingestão foi a menos de 24 horas, na admissão do paciente deve ser solicitado ALT e níveis séricos de Paracetamol. Após o uso de N-acetilcisteína, solicitar ALT.

B- Se a ingestão for a mais de 24 horas, na admissão pode-se solicitar o nível sérico de Paracetamol, ALT e INR. Após o uso de N-acetilcisteína, solicitar ALT e INR.

C- Nos pacientes com ALT anormal: Na admissão solicitar ureia, eletrólitos, creatinina, INR, fosfatase alcalina, gasometria venosa e HGT. Repetir após 12 horas, solicitando ureia, eletrólitos, creatinina, INR, glicose sanguínea e gasometria venosa (PH sanguíneo e lactato).

Além disso, a intoxicação exógena por paracetamol pode aumentar o tempo de protrombina, bilirrubinas totais, PH, creatinina. Os achados que indicam pior prognóstico são: tempo de protrombina superior a 2, Bilirrubina Total >4, PH <7,3, creatinina > 3,3 mg/dl e presença de sinais de encefalopatia hepática (VELASCO *et al.*, 2020). Vale destacar que uma leve elevação na razão normalizada internacional (INR) não superior a 2.0 pode ocorrer no início sem que isso seja algo patológico. Isto ocorre devido a inibição direta da produção e atividade do fator de coagulação pelo paracetamol (CHIEW *et al.*, 2019).

Sobre o manejo do paciente, segundo Chiew *et al.* (2019), o carvão ativado (50 g em um adulto) é recomendado em pacientes acordados e cooperativos nas seguintes ingestões:

- Dentro de 2 horas após a ingestão de uma dose tóxica de paracetamol [≥ 10 g ou ≥ 200 mg / kg (o que for menor)].
- Em até 4 horas após a ingestão de ≥ 30 g de paracetamol de liberação imediata.

No entanto, se o carvão ativado não puder ser administrado, o tratamento com acetilcisteína em 8 horas garante sobrevivência em quase todos os casos. Segundo Velasco *et al.*, (2020), há algumas contraindicações do uso do carvão ativado, sendo elas: via aérea não protegida, alto risco de aspiração, risco de hemorragia digestiva ou perfuração gastrointestinal. A lavagem gástrica não é indicada de rotina.

A N-acetilcisteína é o antídoto para a toxicidade dos metabólitos do acetaminofeno. Entretanto, seu uso não afeta os níveis séricos da droga. Seu mecanismo de ação é atuar no clareamento do NAPQI e auxiliar na recuperação da síntese de glutatona hepática, permitindo com que haja a recuperação hepatocitária.

São recomendações para o uso desse antídoto: 1) Utilizar dentro de 8 horas da ingesta caso o nível sérico de acetaminofeno esteja acima da linha de tratamento do normograma de Rumack-Matthew. 2) Se houve ingesta supra terapêutica repetida ou momento desconhecido de intoxicação, prescreve-se se o acetaminofeno for > 10 mcg/ml ou houver alterações de AST e ALT. 3) Se caso os níveis séricos forem indisponíveis em até 8 horas, indica-se o uso se a dose utilizada de Paracetamol for acima de 150 mg/kg ou maior que 12 gramas (VELASCO *et al.*, 2020).

É importante ressaltar que todos aqueles que ingerem ≥ 10 g ou 200 mg / kg (o que for menor) deve começar imediatamente acetilcisteína e receber um curso completo de 20 horas de acetilcisteína, independentemente de seu nível sérico de paracetamol (CHIEW *et al.*, 2019). Todos os pacientes que ingerem ≥ 30 g ou ≥ 500 mg / kg de paracetamol ou ter uma concentração de paracetamol maior que o dobro da linha do nomograma, devem receber uma dose aumentada de N-acetilcisteína.

Nesse sentido, se a concentração inicial de paracetamol foi mais do que o dobro da linha do nomograma após uma ingestão aguda, deve-se aumentar a dose de acetilcisteína para 200 mg / kg (máximo de 22 g) em glicose 5% 1000 mL (criança 14 mL / kg até 1000 mL) ou cloreto de sódio 0,9% 1000 mL (criança 14 mL / kg até 1000 mL) por via intravenosa, durante 16 horas (CHIEW *et al.*, 2019).

Se a concentração de paracetamol não puder ser obtida até 8 ou mais horas após a ingestão, a acetilcisteína deve ser iniciado imediatamente se a dose relatada exceder o limite para possível toxicidade, ou o paciente mostrar sinais clínicos sugestivos de hepatotoxicidade do paracetamol (náuseas, vômitos, dor ou sensibilidade no quadrante superior direito) (CHIEW *et al.*, 2019).

Segundo Velasco *et al.*, (2020), o esquema pode ser ofertado por via oral ou endovenosa. Segue abaixo os esquemas possíveis:

- Se a oferta for oral: ataque de 140 mg/kg + manutenção de 70 mg/kg de 4/4 h, por 72 h ou até que paciente permaneça assintomático, sem sinais de hepatotoxicidade e com nível sérico < 10 mcg/mL.
- Se a oferta for por via endovenosa (incapacidade por via oral, INR > 2 e gestantes): ataque de 150 mg/kg em 1 hora diluídos em 200-300 mL de SF ou SG 5% + manutenção de 12,5 mg/kg/h por 4 horas, seguido de 6,25 mg/kg/h por 16 horas.

Já segundo Chiew *et al.*, (2019), o padrão (tradicional) ofertado é de três bolsas intravenoso (IV) de N-acetilcisteína com base no peso: (150 mg/kg corporal ao longo de 15-60 minutos e, então em seguida, 50 mg/kg ao longo de 4 horas e, finalmente, 100 mg / kg ao longo de 16 horas [300 mg / kg total]) (CHIEW *et al.*, 2019).

Na Noruega e na Nova Zelândia, segundo Chiew *et al.* (2019), é ofertado também um regime de N-acetilcisteína em duas fases:

1. Acetilcisteína 200 mg / kg (máximo 22 g) em glicose 5% 500 mL (criança 7 mL / kg até 500 mL) ou cloreto de sódio 0,9% 500 mL (criança 7 mL / kg até 500 mL) por via intravenosa, durante 4 horas.
2. Segunda infusão de N-acetilcisteína: 100 mg / kg (máximo 11 g) em glicose 5% 1000 mL (criança 14 mL / kg até 1000 mL) ou cloreto de sódio 0,9% 1000 mL (criança 14 mL / kg até 1000 mL) por via intravenosa, durante 16 horas.

Se a concentração de paracetamol sérico é subsequentemente encontrada abaixo da linha do normograma e a concentração de ALT é ≤ 50 U / L, a N-acetilcisteína pode ser interrompida. Se a concentração de Paracetamol sérico está acima da linha ou se ALT > 50 U / L (ou se estiver aumentando se a ALT basal > 50 U / L), a N-acetilcisteína deve ser continuada (CHIEW *et al.*, 2019).

Naqueles pacientes que requerem acetilcisteína além de 20 horas, a medicação só pode ser interrompida se todos os os seguintes critérios foram atendidos: 1) ALT ou AST estão diminuindo; 2) INR <2,0 e 3) Paciente clinicamente bem. E, para ingestões com uma concentração inicial de paracetamol maior que o dobro da linha do nomograma: a concentração de paracetamol deve ser menor que 10 mg / L (66 μ mol / L) (CHIEW *et al.*, 2019).

Uma Unidade de Transplante de Fígado deve ser consultada se algum dos os seguintes critérios são atendidos: 1) INR > 3,0 a 48 horas ou > 4,5 a qualquer momento; 2) oligúria ou creatinina > 200 μ mol / L; 3) acidose persistente (pH <7,3) ou lactato arterial > 3 mmol / L; 4) hipotensão sistólica com PA <80mmHg, apesar de ressuscitação; 5) hipoglicemia, trombocitopenia grave ou encefalopatia de qualquer grau; 6) qualquer alteração de consciência (GCS <15) não associado à co-ingestão de sedativos (CHIEW *et al.*, 2019).

A hemodiálise pode ser aplicada se houver acidose metabólica grave, mas geralmente não é obrigatória. Por fim, deve ser realizada a notificação de todos os pacientes (CHIEW *et al.*, 2019).

3.2.4 discussão sobre o manejo e adequação aos protocolos de atendimento

A paciente referida buscou atendimento após aproximadamente 2 horas da ingestão de 30 gramas em dose única de Paracetamol e mais 2,5 mg de Alprazolam. A dose tóxica de Paracetamol é acima de 10 gramas. Nas UPAs de Foz do Iguaçu, sempre é feito contato com o CIATox, instituição filantrópica que auxilia no manejo de casos de intoxicação Exógena e acidentes com animais peçonhentos. A orientação recomendada foi de solicitar exames laboratoriais, realizar o protocolo do antígeno N-acetilcisteína em 3 fases, durante 20 horas e, durante esse tempo, acompanhar e observar clinicamente e laboratorialmente a paciente.

Nas UPAs de Foz do Iguaçu, não há disponibilidade para dosar o nível sérico de paracetamol sanguíneo. Entretanto, Chiew *et al.* (2019) afirma que, na indisponibilidade de realizar a dosagem e utilizar o normograma, todo o paciente que consumiu > 10 gramas em dose única, há menos de 24 horas, deve ser manejado com antídoto. Então, o manejo da paciente foi correto.

Observando os exames laboratoriais da paciente, observa-se que eles mantiveram-se dentro da normalidade. Entretanto, um exame laboratorial que, segundo Chiew *et al.* (2019) é importante para avaliar a necessidade da continuação do antídoto N-acetilcisteína é o ALT. Se a sua dosagem for >50, pode-se ponderar a continuação da oferta do antídoto. Entretanto, em nenhum momento esse exame laboratorial foi solicitado.

No mais, a oferta de carvão ativado foi de 40 gramas, aproximadamente 3 horas após a ingestão de Paracetamol. Segundo Chiew *et al.* (2019), a dose recomendada é 50 gramas, preferencialmente após 2 horas da ingestão, mas surtindo efeito até 4 horas após a intoxicação. A paciente também foi notificada para Intoxicação Exógena, como Chiew *et al.* (2019) e Velasco *et al.* (2020) indicam.

Dessa forma, duas adequações apenas poderiam ser feitas em novos atendimentos de intoxicação por Paracetamol em adultos: ofertar 50 gramas de carvão ativado ao invés de 40 gramas, o mais rápido possível, em até 4 horas após a ingestão e preferencialmente em até 2 horas após a intoxicação e realizar a solicitação do exame laboratorial ALT. Por fim, concluo que a paciente foi manejada corretamente conforme orienta Chiew *et al.* (2019) e Velasco *et al.* (2020) no quesito uso do antídoto do Paracetamol.

3.3 CASO 3: MORDEDURA POR ANIMAL DOMÉSTICO

Anamnese coletada no dia 20/11/2021, na UPA Morumbi.

3.3.1 Avaliação do paciente

Identificação: E.A.B., feminina, 46 anos, residente e natural de Foz do Iguaçu, casada, do lar, católica.

Queixa principal: “Meu cachorro me mordeu”.

História da moléstia atual: Paciente refere que há aproximadamente 20 minutos, estava colocando uma roupa em um dos seus cachorros, quando o outro cachorro avançou nesse animal. No momento, tentou separar os dois cachorros. Nesse instante, o seu próprio cachorro de médio porte, adotado há 3 meses, mordeu na região do seu punho esquerdo, ocasionando dois ferimentos perfurantes na parte superior, de aproximadamente 0,5 cm e um na parte inferior, de aproximadamente 0,5 centímetros. Refere que lavou o local com água corrente e sabão. Devido a intensa algia local e devido ao sangramento de baixa intensidade, buscou atendimento na UPA por meios próprios. Paciente negou outras queixas. Nega comportamento estranho ou agressivo canino na última semana.

História médica pregressa:

Doenças prévias: Refere cardiopatia não especificada, hipotireoidismo e hipertensão arterial sistêmica. Nega alergias, cirurgias prévias.

Medicações de uso contínuo: Captopril 25 mg, 1-0-0, Cloridrato de Sertralina 50 mg, 1 comprimido pela manhã e Levotiroxina, 50 microgramas, 1-0-0.

Hábitos de vida: Nega tabagismo. Etilismo social.

História familiar: Pais vivos, portadores de hipertensão arterial sistêmica.

Exame físico:

Ectoscopia: Bom estado geral, anictérica, acianótica, afebril, normocorada, hidratada, colaborativa.

Exame neurológico: Pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea, lúcida e orientada no tempo e no espaço.

Exame abdominal: Ruídos hidroaéreos presentes, sem sinais de massas ou visceromegalias, sem dor a palpação superficial e profunda.

Exame pulmonar: Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios.

Exame cardiovascular: Ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas, em dois tempos, sem sopros. Tempo de enchimento capilar menor que 3 segundos. Pulsos periféricos presentes, regulares, rítmicos e simétricos.

Membros: Sem edemas. Pulso esquerdo apresentando duas lesões perfurativas em região superior, de aproximadamente 0,5 centímetros e uma lesão perfurativa na parte inferior do punho, também de aproximadamente 0,5 centímetros de diâmetro. Força e mobilidade dos quirodáctilos esquerdos preservados. Sem outras alterações.

Diagnóstico sindrômico: Mordedura por animal doméstico.

Diagnósticos diferenciais: Mordida por cobra, acidente com material perfurativo.

Exames complementares: Não foram solicitados exames laboratoriais.

3.4.2 Conduta médica frente ao caso

Foi realizada limpeza local com clorexidina aquosa e, posteriormente, curativo com gaze. Não foram realizados pontos nos locais de lesão perfurativa. A paciente foi medicada com Tramadol e metoclopramida devido à grande algia momentânea.

Posteriormente, a paciente foi conduzida ao setor de epidemiologia, onde recebeu o reforço da vacina conjugada de Difteria e Tétano. Além disso, foi notificada devido ao atendimento antirrábico humano.

Após a melhora sintomática, recebeu alta medicada com receita de Dipirona, Ibuprofeno e Amoxicilina + Clavulanato de Potássio 500 mg + 125 mg, sendo orientada a tomar 1 comprimido cada 8 horas, por 7 dias. Por fim, ela foi orientada sobre os sinais de infecção local e sobre o retorno à UBS caso os sintomas não melhorassem e houvesse sinais de infecção local.

Não recebeu aplicação de vacina antirrábica mas recebeu orientações de observação do cachorro por 10 dias e retorno à UBS para aplicação de vacina antirrábica se o cachorro morresse, fugisse ou se iniciasse com comportamento agressivo e diferente do habitual.

3.4.3 Manejo frente a mordedura de animal silvestre ou doméstico

- - Profilaxia antirrábica

Apenas os mamíferos transmitem e adoecem pelo vírus da raiva. O morcego é o principal responsável pela manutenção da cadeia silvestre no Brasil. Já o cão, em alguns municípios, continua sendo fonte de infecção importante. Há outros reservatórios silvestres, como o macaco, guaxinim, cachorro-do-mato, raposa, gato-do-mato, mão-pelada, dentre outros (BRASIL, 2014).

A transmissão ocorre quando a saliva e secreções do animal infectado entram em contato com o tecido de outro animal ou pessoa, principalmente por meio de mordedura e mais raramente pela arranhadura e lambedura das mucosas ou de pele lesionada. A partir da multiplicação no ponto de inoculação, o vírus migra até o sistema nervoso central, para vários órgãos e glândulas salivares. Na literatura, há relatos de casos de transmissão inter-humana por meio de doação de órgãos provenientes de uma pessoa infectada com raiva. Outras vias de transmissão, como respiratória, sexual e vertical também são relatadas mas com probabilidades bem mínimas de ocorrer em seres humanos (BRASIL, 2014).

Além disso, sabe-se que a letalidade dessa doença chega a quase 100% e ainda não há tratamento eficaz para a raiva. Por isso, profilaxias pré-exposição e pós-exposição são muito importantes para diminuir os riscos de contrair a doença (BRASIL, 2014).

Desse modo, médicos veterinários, biólogos, pessoas que atuam na captura ou com pesquisas e vacinação de animais potencialmente de risco devem se vacinar. Assim como os animais domésticos e de produção como bovídeos, caprinos, ovinos, equídeos e suínos também podem receber a vacinação. Assim, caso entrem em exposição ao vírus da raiva, o esquema de pós-exposição será simplificado e a resposta imune secundária será mais rápida (BRASIL, 2014).

Já se tratando sobre a conduta frente a exposição ao vírus da raiva, deve-se realizar a limpeza do ferimento com água corrente e sabão, diminuindo o risco de infecção. Isso deve ser feito o mais precocemente possível após o acidente e, depois, realizado novamente na UBS de referência, utilizando antissépticos como o polivinilpirrolidona-iodo, povidine e digluconato de clorexidina ou álcool-iodado (BRASIL, 2014).

Após esse primeiro atendimento, segundo Brasil (2014), deve-se observar o ferimento e, a partir do local, da profundidade e da quantidade e extensão das lesões, as exposições serão classificadas em acidentes leves ou graves.

Os acidentes leves são: Ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto mãos, polpas digitais e planta dos pés); lambedura de pele com lesões superficiais.

Os acidentes graves são: Ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpa digital e/ou planta do pé; ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo; lambedura de mucosas ou de pele onde já existe lesão grave; ferimento profundo causado por unha de animais ou qualquer ferimento por morcego.

Além disso, é necessário analisar a fonte do acidente: Em caso de acidente com cão e gato, é necessário avaliar o estado de saúde no momento da agressão, a possibilidade de observação do animal por 10 dias, a procedência do animal de área com raiva controlada ou não e os hábitos de vida do animal. Já se tratando de animais silvestres como morcego de qualquer espécie, mico, macaco, raposa, guaxinim, quati, gambá e roedores silvestres devem ser classificados como animais de risco, mesmo que domiciliados ou domesticados pois, nesses animais, a raiva não é bem conhecida (BRASIL, 2014).

Por fim, são considerados animais de baixo risco sem a necessidade de esquema profilático pós-acidente pelos seguintes animais: ratazana de esgoto (*Rattus norvegicus*); rato de telhado (*Rattus rattus*); camundongo (*Mus musculus*); cobaia ou porquinho-da-índia (*Cavia porcellus*); hamster (*Mesocricetus auratus*); e coelho (*Oryetolagus cuniculus*). Não se deve consumir produtos de origem animal (carne, leite) suspeitos de raiva. Se ocorrer, não há indicação de esquema profilático para raiva humana (BRASIL, 2014).

Quadro 3: Orientações do esquema para profilaxia da raiva humana

Condições do Animal Agressor	Cão ou Gato sem Suspeita de Raiva no Momento da Agressão	Cão ou Gato Clinicamente Suspeito de Raiva no Momento da Agressão	Cão ou Gato Raivoso, Desaparecido ou Morto; Animais Silvestres⁵ (Inclusive os Domiciliados) Animais Domésticos de Interesse Econômico ou de Produção
Tipo de Exposição			
Contato Indireto	lavar com água e sabão não tratar	lavar com água e sabão não tratar	lavar com água e sabão não tratar
Acidentes Leves ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto mãos e polpas digitais e planta dos pés); podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras causadas por unha ou dente lambadura de pele com lesões superficiais	lavar com água e sabão observar o animal durante 10 dias após a exposição ¹ se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, administrar cinco doses de vacina (dias 0, 3, 7, 14 e 28)	lavar com água e sabão iniciar esquema com duas doses, uma no dia 0 e outra no dia 3 observar o animal durante 10 dias após a exposição ¹ se a suspeita de raiva for descartada após o 10 ^o dia de observação, suspender o esquema e encerrar o caso se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar o esquema até cinco doses. Aplicar uma dose entre o 7 ^a e o 10 ^a dia e uma dose nos dias 14 e 28	lavar com água e sabão iniciar imediatamente o esquema com cinco doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28
Acidentes Graves ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpa digital e/ou planta do pé ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo lambadura de mucosas lambadura de pele onde já existe lesão grave ferimento profundo causado por unha de animal	lavar com água e sabão observar o animal durante 10 dias após exposição ^{1,2} iniciar esquema com duas doses, uma no dia 0 e outra no dia 3 se o animal permanecer sadio no período de observação, encerrar o caso se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, dar continuidade ao esquema, administrando o soro ^{3,4} e completando o esquema até cinco doses. Aplicar uma dose entre o 7 ^a e o 10 ^a dia e uma dose nos dias 14 e 28	lavar com água e sabão iniciar o esquema com soro ³ e cinco doses de vacina nos dias 0, 3, 7, 14 e 28 observar o animal durante 10 dias após a exposição se a suspeita de raiva for descartada após o 10 ^a dia de observação, suspender o esquema e encerrar o caso	lavar com água e sabão iniciar imediatamente o esquema com soro ³ e cinco doses de vacina administradas nos dias 0, 3, 7, 14 e 28

Fonte: Brasil, 2014.

Vale reforçar que a história vacinal do animal agressor não constitui elemento suficiente para a dispensa da indicação do esquema profilático da raiva humana. Ademais, havendo abandono do esquema profilático, deve-se completar as doses da vacina prescritas anteriormente e não iniciar nova série (BRASIL, 2014).

Caso houver reexposição ao vírus da raiva, o esquema abaixo deve ser seguido:

Quadro 4: Manejo em caso de reexposição

Tipo de esquema anterior	Esquema de Reexposição – Cultivo Celular
Completo	a) até 90 dias: não realizar esquema profilático b) após 90 dias: duas doses, uma no dia 0 e outra no dia 3
Incompleto*	a) até 90 dias: completar o número de doses b) após 90 dias: ver esquema de pós-exposição (conforme o caso)

*Não considerar o esquema anterior se o paciente recebeu número menor de doses do referido nas notas acima

Fonte: Brasil, 2014.

- Uso de soro:

O uso do soro não é necessário quando o paciente recebeu esquema profilático completo. No entanto, em situações especiais, como no caso de pacientes imunodeprimidos ou de dúvidas com relação ao esquema profilático anterior, se houver indicação, deve ser recomendado (BRASIL, 2014).

Quando indicado, deve ser administrado 40 UI/kg de peso do paciente, devendo-se infiltrar na(s) lesão(ões) a maior quantidade possível da dose do soro. Quando as lesões forem muito extensas ou múltiplas, a dose pode ser diluída, o menos possível, em soro fisiológico, para que todas as lesões sejam infiltradas. Caso a região anatômica não permita a infiltração de toda a dose, a quantidade restante, a menor possível, deve ser aplicada por via intramuscular, na região glútea (BRASIL, 2014).

Quando não se dispuser do soro ou de sua dose total, aplicar a parte disponível. Iniciar imediatamente a vacinação e administrar o restante do soro recomendado antes da aplicação da terceira dose da vacina de cultivo celular. Após esse prazo, o soro não é mais necessário (BRASIL, 2014).

Nos casos em que só se conhece tardiamente a necessidade do uso do soro antirrábico, ou quando não há soro disponível no momento, aplicar a dose

recomendada de soro limitado ao máximo em 7 dias da aplicação da primeira dose da vacina de cultivo celular. Após esse prazo, o soro não é mais necessário (BRASIL, 2014).

- Realização de suturas

Não se recomenda a sutura do(s) ferimento(s). Quando for absolutamente necessário, aproximar as bordas com pontos isolados. Havendo necessidade de aproximar as bordas, o soro antirrábico, se indicado, deverá ser infiltrado 1 hora antes da sutura (BRASIL, 2014).

Já Rui-Feng, Li-Song, Ji-Bo e Li-Qiu (2013) nos informa que o fechamento primário e imediato das lacerações faciais da mordida de cachorro não aumenta a taxa de infecção das feridas e nem acelera a infecção das feridas quando é executado após limpeza, desinfecção e desbridamento minucioso.

- Profilaxia antitetânica

Proceder à profilaxia do tétano segundo o esquema preconizado (caso o paciente não seja vacinado ou esteja com o esquema vacinal incompleto) (BRASIL, 2014).

O esquema vacinal completo recomendado pelo Ministério da Saúde é de 3 doses administradas no primeiro ano de vida com reforços aos 15 meses e 4 anos de idade. A partir dessa idade, um reforço a cada dez anos após a última dose administrada é indicado. Em caso de ferimentos graves ou gestação, deve-se antecipar a dose de reforço caso a última dose tenha sido há mais de 5 anos (BRASIL, 2019).

Quadro 5: Esquema sobre a profilaxia do tétano, segundo o tipo de ferimento e a situação vacinal

História de vacinação prévia contra tétano	Ferimentos com risco mínimo de tétano ^a			Ferimentos com alto risco de tétano ^b		
	Vacina	SAT/IGHAT	Outras condutas	Vacina	SAT/IGHAT	Outras condutas
Incerta ou menos de 3 doses	Sim ^c	Não	Limpeza e desinfecção, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e desbridar o foco de infecção	Sim ^c	Sim	Desinfecção, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e remover corpos estranhos e tecidos desvitalizados
3 doses ou mais, sendo a última dose há menos de 5 anos	Não	Não		Não	Não	
3 ou mais doses, sendo a última dose há mais de 5 anos e menos de 10 anos	Não	Não		Sim (1 reforço)	Não ^d	
3 ou mais doses, sendo a última dose há 10 ou mais anos	Sim	Não		Sim (1 reforço)	Não ^d	
3 ou mais doses, sendo a última dose há 10 ou mais anos em situações especiais	Sim	Não		Sim (1 reforço)	Sim ^e	

^a Ferimentos superficiais, limpos, sem corpos estranhos ou tecidos desvitalizados.

^b Ferimentos profundos ou superficiais sujos; com corpos estranhos ou tecidos desvitalizados; queimaduras; feridas puntiformes ou por armas brancas e de fogo; mordeduras; politraumatismos e fraturas expostas.

^c Vacinar e aprazar as próximas doses, para complementar o esquema básico. Essa vacinação visa proteger contra o risco de tétano por outros ferimentos futuros. Se o profissional que presta o atendimento suspeita que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com SAT (soro antitetânico) ou IGHAT (imunoglobulina humana antitetânica). Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

^d Para paciente imunodeprimido, desnutrido grave ou idoso, além do reforço com a vacina, está também indicada IGHAT ou SAT.

^e Se o profissional que presta o atendimento suspeita que os cuidados posteriores com o ferimento não serão adequados, deve considerar a indicação de imunização passiva com SAT ou IGHAT. Quando indicado o uso de vacina e SAT ou IGHAT, concomitantemente, devem ser aplicados em locais diferentes.

Fonte: Brasil, 2019.

- Prescrição de antibióticos

Este ainda é um assunto controverso. Deve-se usar antibióticos nos casos indicados, após avaliação médica (BRASIL, 2014). Há referências que dizem que, sem sinais clínicos de infecção, uma ferida não deve ser tratada profilaticamente com antibióticos profiláticos sistêmicos (MORGAN; PALMER, 2007).

Segundo Rothe, Tsokos e Handrick (2015), a profilaxia universal com antibióticos não é recomendada e, apesar do fraco estado das evidências, a maioria dos especialistas recomenda o tratamento precoce com antibióticos por 3 a 5 dias para feridas profundas e recentes e feridas em certas áreas corporais críticas (mãos, pés, áreas próximas às articulações, rosto, órgãos genitais), para pessoas em risco elevado de infecção e para pessoas com implantes, por exemplo, válvulas cardíacas artificiais.

Desse modo, Rothe, Tsokos e Handrick (2015) afirmam que os antibióticos profiláticos são recomendados apenas para feridas consideradas de alto risco de infecção, devido ao seu tipo e localização, espécie do animal mordedor e características do paciente.

Sob outra ótica, os antibióticos não precisam ser administrados se o paciente se apresentar 24 horas ou mais após a picada e não houver sinais clínicos de infecção.

Rui-Feng, Li-Song, Ji-Bo e Li-Qiu (2013) nos informam que, quando o uso de antibioticoterapia se faz necessária, a combinação de antibiótico β -lactâmico e inibidor de β -lactamase, uma cefalosporina de segunda geração ou clindamicina e uma fluorquinolona, são escolhas indicadas.

Outras referências, como Thibault e Rousseau (2018), indicam que, mesmo na ausência de sinais de infecção, a profilaxia antibiótica empírica deve ser iniciada por via oral para feridas profundas e perfurantes, lesões por esmagamento, mordidas que causaram comprometimento vascular, mordidas perto de articulações, mordidas na face ou genitais, se houver demora na consulta médica (mais de oito horas após a lesão) ou para feridas que foram fechadas por intenção primária, exceto para feridas superficiais limpas. Ademais, se houver sinais de infecção, o tratamento intravenoso deve ser considerado.

Assim, a escolha do regime de antibióticos deve refletir a contaminação potencial da saliva do cão, notavelmente *Pasteurella canis*. Abaixo segue algumas indicações de antibióticos para ferimentos com mordidas de cachorro (THIBAUT; ROUSSEAU, 2018):

Quadro 6: Escolha do antibiótico na mordedura de cachorro

Box 1: Antibiotic prophylaxis and treatment for dog bites ^{1,2,3}			
Route of administration		Antibiotic regimen*	Duration
Oral	1st choice	Amoxicillin-clavulanate (45 mg/kg divided into 2 doses) Adult dose: 875/125 mg PO BID	5 d
	Alternative	Trimethoprim-sulfamethoxazole (8–12 mg/kg divided into 2 doses) + Metronidazole or clindamycin (for both: 30 mg/kg divided into 3 doses) Adult dose: 800/160 mg PO BID (trimethoprim-sulfamethoxazole) + 500 mg PO TID (metronidazole)	
IV†	1st choice	Ampicillin-sulbactam (200 mg/kg divided q 8h) Adult dose: 3 g IV q 6h	10 d
	Alternative	Ceftriaxone (100 mg/kg daily or divided into 2 doses) + metronidazole (30 mg/kg divided q 8h) Adult dose: 1 g IV q 24h (ceftriaxone) + 500 mg IV q 8h (metronidazole)	
<p>Note: BID = twice daily, IV = intravenously, PO = orally, q 6h = every 6 hours, q 8h = every 8 hours, TID = three times daily.</p> <p>*Human skin flora: <i>Staphylococcus</i> and methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Streptococcus</i>, <i>Corynebacterium</i> and <i>Propionibacterium</i>. Dog saliva pathogens: <i>Pasteurella</i> (50%), <i>Capnocytophaga</i> and <i>Brucella canis</i>.</p> <p>†To complete the treatment, a switch to oral antibiotic therapy is possible if the wound and laboratory values (complete blood count, C-reactive protein) are clearly improved. The timing of this switch is determined by clinical judgment. The choice of the oral regimen is made according to the susceptibilities of the germs when available.</p>			

Fonte: Fonte: Thibault e Rousseau, 2018.

3.3.4 Discussão sobre o manejo e adequação aos protocolos de atendimento

Tendo em vista o material citado acima, pode-se perceber que a conduta frente a essa paciente foi adequada. Foi realizado a limpeza do local onde houve o ferimento com clorexidina aquosa abundante, por aproximadamente 5 minutos. Posteriormente, foi averiguado os ferimentos para descartar a presença de sujidades ou corpos estranhos. Foi realizado o curativo. Em casos de mordidas de cachorro ou gato, não é indicado sutura. Quando os cortes e lesão são muito extensas, pode ser realizado apenas a aproximação das bordas.

Foi prescrito antibioticoterapia (amoxicilina + Clavulanato) para a paciente, além de encaminhá-la ao setor de epidemiologia, onde foi realizado o reforço vacinal para o tétano. Percebe-se que a indicação ou não de antibioticoterapia ainda é controversa. Entretanto, a sua prescrição em massa para todos os pacientes não é recomendada. Como essa paciente possuía mais de uma lesão em punho, perto de inervações, articulações e a

região é altamente vascularizada, foi optado por prescrever antibioticoterapia. A paciente foi orientada a utilizar as medicações nos horários indicados, até o fim do tratamento. Além disso, foi informado que caso aparecessem sinais de infecção local (hiperemia, pus ou outros sinais flogísticos), era para retornar em sua UBS de referência para acompanhamento e adequação da prescrição.

Além disso, a não aplicação da vacina antirrábica no momento foi correta, pois o ferimento recebeu a classificação de acidente leve e o animal era da paciente e ela poderia fazer a observação do comportamento do mesmo. Assim, caso ele sumisse, morresse ou houvesse alteração do comportamento para agressividade, foi indicado que a paciente retornasse para a aplicação do esquema das vacinas anti-rábicas.

3.4 CASO 4: ABDOME AGUDO PERFURATIVO (PNEUMOPERITÔNIO)

3.4.1 Avaliação do paciente

Paciente chegou ao serviço no dia 15/11/2021. Anamnese coletada no dia 16/11/2021, por mim, na UPA Walter Cavalcanti Barbosa. A anamnese foi colhida rapidamente, pois ele estava sendo transferido para o HMPGL. Paciente não estava colaborativo e não queria conversar muito devido à grande algia abdominal e a impaciência.

Identificação: E.A.T.G., masculino, 21 anos, auxiliar de serviços gerais, morador de Foz do Iguaçu, brasileiro.

Queixa principal: “Dor forte na barriga”.

História da Moléstia atual: Paciente proveniente de sua casa, trazido pelo SAMU. Refere dor abdominal em quadrantes superiores, de início súbito, do tipo cólica, constante, de início há 1 dia, pela manhã, com piora progressiva em algumas horas, chegando a intensidade 10/10, sem fatores de melhora. Além disso, refere parestesias em membro superior esquerdo e náuseas, também de início há 1 dia. Desde então, a dor está presente, sendo constante, de grande intensidade. Negou náuseas, êmese e outros sintomas e queixas. Negou sintomatologia prévia semelhante e abordagem cirúrgica prévia. Afirmou automedicação com uso de esteroides e anabolizantes há uma semana.

História Médica Progressiva: Nega alergias, cirurgias prévias, doenças crônicas.

Medicações de uso Contínuo: testosterona, Nadrolona, Dianabol e Metandienona, há 1 semana, automedicado.

Histórico de tentativa de suicídio há aproximadamente 3 meses.

Hábitos de vida: Refere uso esporádico de drogas lícitas (álcool) e ilícitas (cocaína e maconha).

História familiar: Não soube informar.

Exame físico:

Sinais vitais: Respirando em ar ambiente, temperatura: 36,5; PA: 149/80; FC: 74; FR: 20; Saturação de Oxigênio: 99% em ar ambiente; HGT: 129.

Ectoscopia: Paciente ansioso, sudoreico, inquieto, não colaborativo, queixando-se de intensa dor abdominal, afebril, normocorado, anictérico, acianótico, afebril, hidratado.

Exame abdominal: Abdome em tábua, rígido, distendido, com sinais de peritonismo como a descompressão dolorosa. Sem massas ou visceromegalias palpáveis. Presença de dor à palpação superficial e profunda em quadrantes superiores, com maior intensidade em hipocôndrio direito.

Exame cardiovascular: Ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas, rítmicas, em dois tempos, sem sopros. TEC < 3 segundos. Pulsos periféricos simétricos, cheios, regulares, rítmicos.

Exame pulmonar: Murmúrio vesicular presente, audível em todos os campos pulmonares, sem ruídos adventícios. Sem uso de musculatura acessória.

Exame neurológico: Lúcido e orientado, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

Diagnóstico sindrômico: Abdome agudo perfurativo.

Diagnóstico específico: Pneumoperitônio.

Diagnósticos diferenciais: Gastrite, Pancreatite, cólica biliar, colecistite, isquemia mesentérica, apendicite, infarto agudo do miocárdio.

Exames complementares:

Exames laboratoriais 15/11: 18:41: PCR inferior a 0,5 mg/dl; Hemoglobina: 15,70 g/dl; hematócrito: 47,40%; VGM: 85,56; HGM: 28,34; RDW: 13,70; leucócitos: 13,130; bastonetes: 1%; segmentados: 84%; neutrófilos: 85%; plaquetas: 304.000. Ureia: 18 mg/dl; TGP: 51 U/L; TGO: 67 U/L; creatinina: 1,20; amilase: 75 u/l.

Exame de imagem:

Ilustração 5: Radiografia de abdome do paciente



Fonte: RP saúde, 2021.

A radiografia acima foi realizada no dia 15/11. Não demonstras nenhuma anormalidade evidente.

Exames laboratoriais:

16/11/2021: albumina 4,50 g/dL; troponina 1 de alta sensibilidade: 3 ng/L; PCR: 1,8 mg/Dl; Tempo de protrombina: 11,90; atividade: 71,80%, INR:1,14; ureia: 21 mg/dl; sódio: 144 mmol/L; potássio: 5,6 mEq/L; lipase: 207 u/l; gama GT: 16 U/L; fosfatase alcalina: 67 U/L; CKMB: 35 U/L; CPK: 553 U/L; cálcio: 1,04 mmol/L; bilirrubina total: 0,90 mg/dl; bilirrubina direta: 0,20 mg/dl; bilirrubina indireta: 0,70 mg/dl; amilase: 101 U/L; hemoglobina: 15,70; hematócrito: 48,30%; VGM: 85,49; HGM: 27,79; RDW: 14,20; leucócitos: 15.670; bastonetes: 5%; segmentados: 92%; neutrófilos:97%; plaquetas: 242.000.

Exame de imagem:

Tomografia Computadorizada de abdome 16/11: Laudo informa que o estudo tomográfico do abdome superior e da pelve mostra volumoso pneumoperitônio associado à pequena quantidade de líquido livre na cavidade abdominal, compatível com abdome agudo perfurado.

Ilustração 6: Tomografia do paciente



Fonte: site Vivace Connect, 2021.

Observando-se a imagem acima, é possível visualizar grande volume de ar intra-abdominal, fora do intestino do paciente.

3.4.2 Conduta médica frente ao caso

Quando o paciente deu entrada na UPA Walter Cavalcante Barbosa, às 17 horas, foi medicado com analgésicos (Escopolamina + Dipirona), foram solicitados exames laboratoriais gerais (hemograma, ureia, TGO, TGP, Creatinina, amilase e PCR) e solicitado radiografia de abdome agudo (3 incidências). Exames de admissão demonstram leucocitose sem desvio à esquerda e TGO levemente aumentada. Na radiografia solicitada de abdome, não se evidenciam anormalidades.

Outras medicações foram ofertadas ao paciente, como Hidróxido de alumínio, Omeprazol e Dexametasona. Como não houve melhora da dor, mais exames laboratoriais foram solicitados ainda no dia 15/11, por outro médico, sendo alguns laboratoriais (ureia, troponina, sódio, potássio, lipase, Gama-gt, fosfatase alcalina, fibrinogênio, CKMB, CPK, dosagem de cálcio, bilirrubinas totais e frações, amilase, PCR, albumina, VHS e TAP).

Ademais, um exame de imagem (tomografia computadorizada de abdome total com contraste) foi solicitado, pois foi pensado em abdome agudo perfurativo ou apendicite. Somado a isso, como a dor era mais proeminente no quadrante superior, um quadro de pancreatite, obstrução das vias biliares e gastrite e úlcera gástrica eram possíveis diagnósticos diferenciais a serem descartados. A dosagem de troponina 1 de alta sensibilidade foi solicitada para descartar infarto (dor epigástrica + parestesias em membro superior).

Exames laboratoriais do dia 16/11, às 01:06 mostraram PCR levemente aumentada, hipercalemia; CKMB e CPK aumentadas, aumento da leucocitose, com 5% de bastonetes e diminuição do número de plaquetas de 304.000 do último hemograma para 242.000 (ainda dentro dos padrões esperados). Esses exames não foram a favor de moléstias de obstrução de vias biliares, pancreatite e moléstias hepáticas. Como havia persistência de intensa algia, o paciente foi medicado com Cloridrato de Tramadol, Butilbrometo de escopolamina e Dipirona sódica.

A tomografia computadorizada demonstrou volumoso pneumoperitônio associado à pequena quantidade de líquido livre na cavidade abdominal, compatível com abdome agudo perfurado. Uma causa possível para isso seria uma úlcera gástrica

perfurativa ou outra perfuração intestinal. Devido a esse achado, pela manhã, foi solicitado vaga no HMPGL, para o setor de cirurgia, para realização de laparotomia exploratória.

Já no HMPGL, foi realizada a laparotomia exploratória, sendo encontrado perfuração de úlcera gástrica e iniciado antibioticoterapia. Segundo informações colhidas no Tasy, foi identificada uma úlcera pré-pilórica de aproximadamente 01 centímetro. Durante a cirurgia, foi realizada ulcerorrafia e drenagem de cavidade. Paciente recebeu alta após alguns dias do internamento e após melhora clínica, recebendo orientações para acompanhamento pós-alta.

3.4.3 Pneumoperitônio e manejo esperado frente a suspeita de abdome agudo perfurativo

A definição de pneumoperitônio é a presença de ar ou gás na cavidade abdominal (peritoneal). Normalmente, esse problema é detectado na radiografia, mas pequenas quantidades de ar livre peritoneal podem passar despercebidas. Entretanto, costumam ser detectadas na tomografia computadorizada. A causa mais comum de um pneumoperitônio é a perfuração ou o rompimento da parede de um víscera oca (SUREKA; BANSAL; ARORA, 2015).

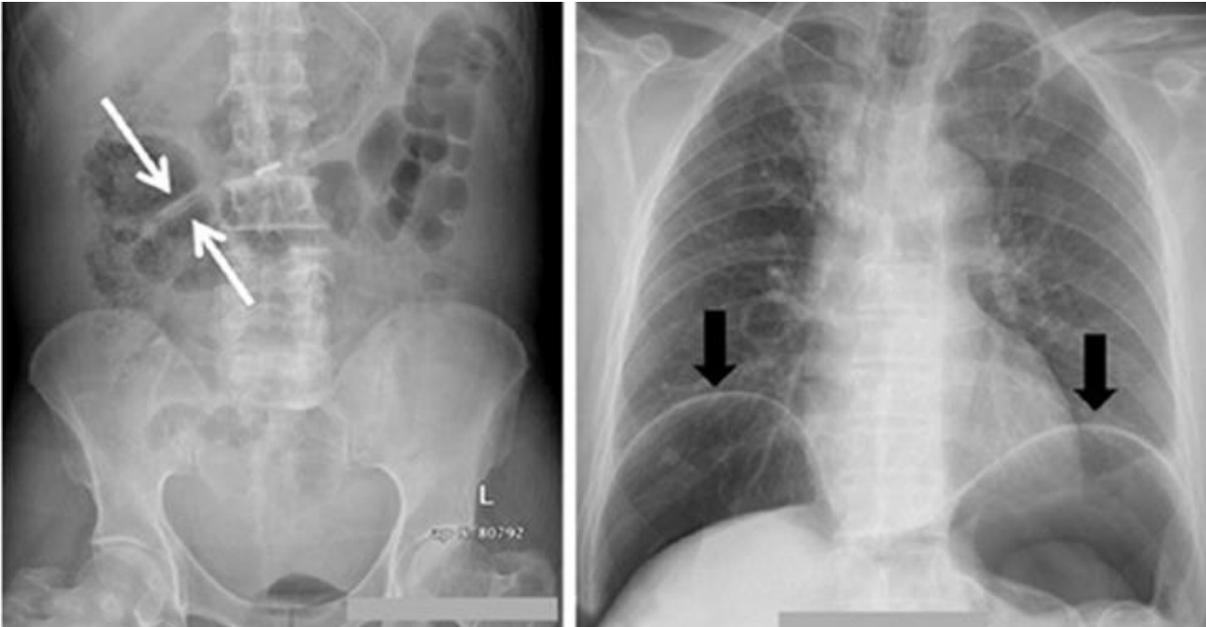
Em adultos, as causas mais comuns são: perfuração, diálise peritoneal, pós-operatório imediato, aspiração vaginal e ventilação mecânica. A perfuração mecânica pode ser observada após a colonoscopia, endoscopia, etc. Quando não é possível achar uma causa, denomina-se pneumoperitônio idiopático. Já em crianças, as causas são distintas. Como possibilidades há a perfuração (enterocolite necrosante, doença de Hirschsprung e íleo meconial) e efeitos iatrogênicos, como o uso de termômetro retal, enema e pós-intubação ou ventilação mecânica (SUREKA; BANSAL; ARORA, 2015).

A sintomatologia costuma ser dor abdominal, vômito, distensão abdominal, constipação, febre, diarreia, taquicardia, hipotensão (pressão arterial sistólica <100 mmHg), débito urinário (<30 mL / h) e taquipnéia. Entretanto, a apresentação clínica dos pacientes varia de acordo com o local da perfuração. Além disso, se houver demora no atendimento e na descoberta do problema, pode ocorrer peritonite generalizada com contaminação fecal e septicemia (SUREKA; BANSAL; ARORA, 2015).

Uma radiografia de tórax com o paciente em pé é a forma mais simples e mais sensível para a detecção de gás intraperitoneal livre em um ambiente de emergência.

Sinais que corroboram com esse diagnóstico é o sinal de Rigler. Segue abaixo imagens com sinais de pneumoperitônio. Na primeira imagem há o sinal de Rigler e na segunda imagem há a presença de ar na região do diafragma (SUREKA; BANSAL; ARORA, 2015).

Ilustração 7: Sinais de pneumoperitônio



Fonte: Sureka, Bansal e Arora, 2015.

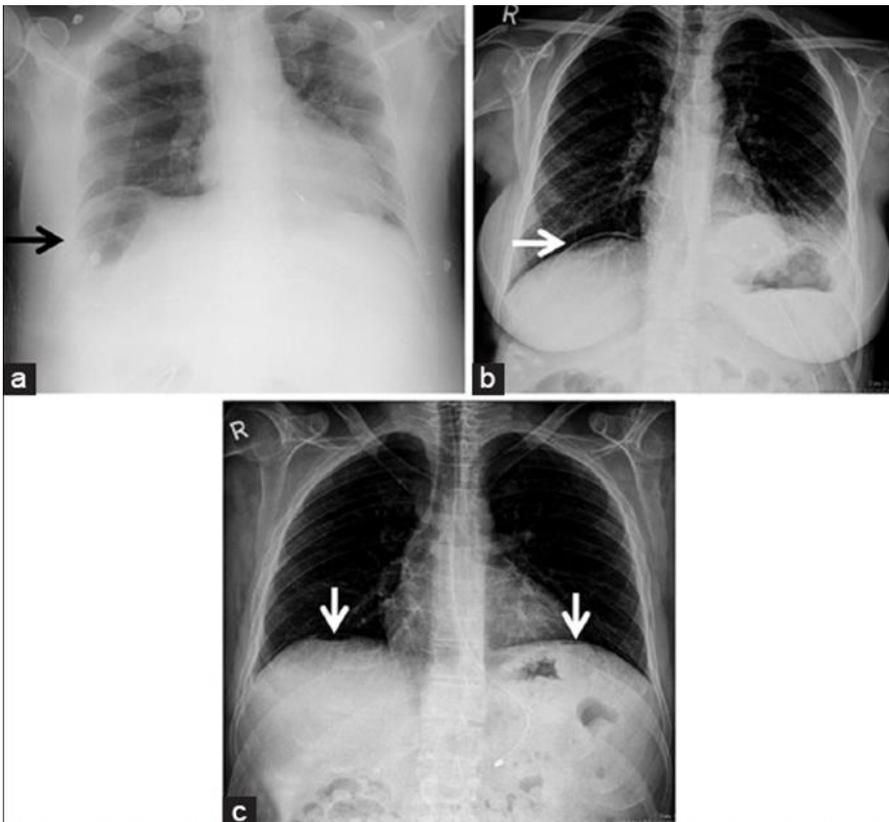
Outros sinais possíveis segundo Sureka, Bansal e Arora (2015):

1. Sinal de cúpula / alforje / bigode: Visto em uma radiografia em decúbito dorsal e refere-se ao acúmulo de ar sob o tendão central do diafragma na linha média.
2. Sinal de Rigler: ar delineando ambos os lados da parede intestinal.
3. Sinal de futebol: Observado no pneumoperitônio maciço, onde a cavidade abdominal é delimitada por gás.
4. Sinal de prata ou sinal do ligamento falciforme: onde o ar contorna o ligamento falciforme.
5. Sinal de V invertido: Ar contornando os ligamentos umbilicais laterais (vasos epigástricos inferiores).
6. Sinal de triângulo indicador: bolsa de ar triangular entre três alças do intestino.

7. Sinal do Úraco: contorno do ligamento umbilical médio.

Entretanto, deve-se fazer o diagnóstico diferencial com casos de pseudopneumoperitônio, que é a presença de gás no abdome que simula o pneumoperitônio. Como causas possíveis há a atelectasia linear basal, o pneumomediastino, a síndrome de Chilaiditi, a presença de gás nas dobras cutâneas, lipomatose subdiafragmática e ondulações diafragmáticas, dentre outros. Abaixo há imagens demonstrando 3 exemplos de pneumoperitônio (SUREKA; BANSAL; ARORA, 2015).

Ilustração 8: Diagnósticos diferenciais do pneumoperitônio



Fonte: Sureka, Bansal e Arora, 2015.

Na figura A é exemplificado um caso de síndrome de Chilaiditi, mostrando alças intestinais grandes sob o diafragma. Na imagem B há a presença de atelectasia linear. Em C há a presença de ar abaixo dos diafragmas após colonoscopia.

Sobre o manejo dessa patologia, geralmente é considerado uma emergência cirúrgica, necessitando da laparotomia exploratória de emergência. O

pneumoperitônio cirúrgico representa 85-90% de todos os casos de pneumoperitônio, enquanto a forma não cirúrgica representa 5-15% de todas as ocorrências (MAKKI, 2016).

Já o pneumoperitônio não cirúrgico, que é a presença de ar com intestino intacto, é encontrado com menos frequência. Como exemplos de causas, há as intratorácicas, abrangendo trauma torácico (como barotrauma), ressuscitação cardiopulmonar e ventilação mecânica excessiva com pico de pressão inspiratória elevada. Assim, o pneumoperitônio evidente é o resultado de pressão intratorácica elevada, que leva ao vazamento de ar intratorácico através de defeitos microscópicos da pleura e do diafragma, e o pneumomediastino freqüentemente coexiste. Nesses casos, o manejo será normalmente conservador (HANNAN; SAAD; TOOMEY; HOASHI, 2019).

Nas mulheres, devemos lembrar das causas ginecológicas possíveis, como relação sexual, ducha vaginal, insuflação vaginal e doença inflamatória pélvica. Assim, o pneumoperitônio não cirúrgico resulta, geralmente, da comunicação anatômica entre a cavidade peritoneal e as trompas de falópio e o endométrio (HANNAN; SAAD; TOOMEY; HOASHI, 2019).

Desse modo, conclui-se que a causa do pneumoperitônio e os sinais de peritonite determinam o modo de tratamento. Se o paciente apresentar pneumoperitônio associado ao quadro clínico de abdome agudo, necessita de intervenção cirúrgica imediata, para eliminar a contaminação entérica da cavidade abdominal e tratar da perfuração resultante. Já um pneumoperitônio com sintomas mínimos e sem sinais de peritonite justifica a observação e os cuidados de suporte com medidas conservadoras (MAKKI, 2016).

3.4.4 Úlcera péptica: Etiologias, manejo e prevenção

De acordo com Malik, Gnanapandithan e Singh (2021), a úlcera péptica é caracterizada pela descontinuidade do revestimento interno do trato gastrointestinal devido à secreção de ácido gástrico ou pepsina e geralmente ocorre no estômago e duodeno proximal. Entretanto, pode ocorrer também na parte inferior do esôfago, duodeno distal ou jejuno.

Se tratando sobre a sintomatologia, a dor epigástrica geralmente ocorre dentro de 15 a 30 minutos após uma refeição em pacientes com úlcera gástrica. Já a dor

da úlcera duodenal tende a ocorrer de 2 a 3 horas após uma refeição. A dor noturna é comum nas úlceras duodenais. Os sinais e sintomas comuns incluem: dor abdominal epigástrica, inchaço, plenitude abdominal, náusea e vômito, perda de peso ou ganho de peso, hematêmese e melena (MALIK; GNANAPANDITHAN; SINGH, 2021).

As duas causas mais comuns de *H.pylori* são devidas a bactéria *Helicobacter Pylori* e devido ao uso de analgésicos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) ou de outros remédios como os corticosteroides, os bifosfonatos, o cloreto de potássio ou o fluorouracil. A *H. pylori* é responsável por 90% das úlceras duodenais e 70% a 90% das úlceras gástricas. Ela adere e inflama a mucosa gástrica, resultando em hipocloridria ou acloridria, levando à ulceração gástrica. Hoje, o teste para *Helicobacter pylori* é recomendado em todos os pacientes com úlcera péptica (MALIK; GNANAPANDITHAN; SINGH, 2021).

Nesse prisma, sabe-se que a secreção de prostaglandina normalmente protege a mucosa gástrica. Entretanto, os AINEs bloqueiam a síntese de prostaglandinas ao inibir a enzima COX-1, resultando em diminuição da produção de muco gástrico e bicarbonato e diminuição do fluxo sanguíneo na mucosa, levando a gastrite e possível úlcera péptica (MALIK; GNANAPANDITHAN; SINGH, 2021).

Outras causas possíveis, mas menos comuns, são: síndrome de Zollinger-Ellison, malignidade (câncer gástrico / pulmonar, linfomas), estresse (doença aguda, queimaduras, ferimento na cabeça), infecção viral, insuficiência vascular, terapia de radiação, doença de Crohn e quimioterapia, dentre outras (MALIK; GNANAPANDITHAN; SINGH, 2021).

Como complicações possíveis das úlceras gástricas, Malik, Gnanapandithan e Singh (2021) afirmam que pode haver sangramento gastrointestinal superior, obstrução da saída gástrica, perfuração e câncer de intestino. Ademais, em pacientes com dor abdominal com suspeita de úlcera, a investigação pode abordar:

1. Esofagogastroduodenoscopia (EGD): Padrão ouro e teste diagnóstico mais preciso com sensibilidade e especificidade de até 90% no diagnóstico de úlceras gástricas e duodenais. Pacientes com mais de 50 anos de idade e novo início de sintomas dispépticos devem ser avaliados por um EGD.

Qualquer pessoa com a presença de sintomas de alarme deve ser submetida a EGD, independentemente da idade.

2. Deglutição de bário: É indicada quando a EGD é contra-indicada.
3. Exames de sangue completos, função hepática e níveis de amilase e lipase.
4. O soro gástrico é solicitado se houver suspeita de síndrome de Zollinger Ellison.
5. Teste de *Helicobacter pylori* por meio do *Teste sorológico* ou pelo *Teste respiratório de ureia*: alta sensibilidade e especificidade. Pode ser usado para confirmar a erradicação após 4 a 6 semanas de interrupção do tratamento. Na presença de urease, uma enzima produzida por H.pylori, o dióxido de carbono radiomarcado produzido pelo estômago é exalado pelos pulmões. Os anticorpos para H.pylori também podem ser medidos.
6. Biópsia endoscópica: É indicado se o tratamento de erradicação falhar ou houver suspeita de resistência aos antibióticos.
7. A tomografia computadorizada do abdome com contraste é de valor limitado no diagnóstico da doença ulcerosa péptica em si, mas é útil no diagnóstico de suas complicações, como da perfuração e obstrução da saída gástrica.

Sobre os possíveis tratamentos, há as drogas antissecretórias, como os antagonistas do receptor H2 e o inibidor da bomba de prótons. O tratamento cirúrgico é indicado se o paciente não responde ao tratamento médico, não cumpre ou apresenta alto risco de complicações. Uma úlcera péptica refratária é aquela com mais de 5 mm de diâmetro que não cicatriza apesar de 8 a 12 semanas de terapia com IBP. As opções cirúrgicas incluem vagotomia ou gastrectomia parcial (MALIK; GNANAPANDITHAN; SINGH, 2021).

Se tratando em prevenção, pacientes com úlcera péptica podem ser informados sobre os fatores de risco, como o uso de AINES, aspirina, álcool, tabaco e cafeína. Assim sendo, deve orientá-los a evitar o uso e, se for necessário usar AINES, deve-se a menor dose possível e há a possibilidade do uso de profilaxia para pacientes que usam AINES. Ademais, a obesidade tem uma forte associação com a úlcera péptica, e pacientes

obesos devem ser orientados a perder peso. Por fim, o aconselhamento para redução do estresse pode ser útil em alguns casos.

3.4.5 Discussão sobre o manejo e adequação aos protocolos de atendimento

Esse paciente chegou na UPA Morumbi no dia 15/11, por volta das 17 horas, trazido do domicílio pelo SAMU. Eu o avaliei no dia 16/11, pela manhã, a pedido da médica plantonista do setor de observação adulto. No momento do exame físico e da anamnese, o paciente estava com intensa algia abdominal nos quadrantes superiores, em especial no hipocôndrio direito, em cólica, de intensidade muito grande. No exame físico, havia dor a palpação superficial e profunda em região epigástrica, associada ao endurecimento abdominal (abdome em tábua). O sinal de Murphy estava positivo e havia sinal de peritonismo presente. À percussão, estava hipertimpânico. A hipótese diagnóstica foi abdome agudo perfurativo. Nesse momento, o paciente foi transferido para o HMPGL.

Fui então observar o prontuário do paciente e, comparando o meu exame físico com o exame admissional, o paciente havia piorado clinicamente. O atendimento do paciente seguiu todos os passos esperados em um caso de abdome agudo perfurativo, pois na admissão foi solicitado radiografia de abdome agudo e, como não foi possível visualizar nenhum sinal de abdome agudo, foi solicitado tomografia computadorizada de abdome. Como médica plantonista, eu teria seguido os mesmos passos.

O paciente negou o uso contínuo de analgésicos, tabagismo diário e outros fatores de risco. Entretanto, no sul do Brasil, consome-se muito chimarrão e tereré devido as origens italianas e indígenas, respectivamente. Não perguntei ao paciente a existência desses hábitos. Mesmo assim, tendo em vista o local de origem do paciente e a existência de outras formas de contaminação com o H.Pylori, como o beijo, seria interessante fazer a pesquisa para H.Pylori do paciente, após a estabilização do paciente. Essa pesquisa seria visando o tratamento posterior, caso o resultado fosse positivo para essa bactéria, com o objetivo de prevenir novas incidências de úlceras do paciente.

Por fim, em relação a medicação prescrita, julgo como correta. Foi prescrito analgésicos e antieméticos. A abordagem do paciente foi correta, bem manejada e em tempo hábil.

3.5: CASO 5: ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

3.5.1 Avaliação do paciente

Anamnese coletada no HMPGL, no dia 19/10/2021, às 17h.

Identificação: R.A.d.S., feminina, solteira, Moradora de Foz do Iguaçu, natural de Palotina (PR), profissional da saúde (auxiliar de enfermagem), católica, sem plano de saúde.

Queixa principal: “Furei o dedo”.

História da moléstia atual: Paciente proveniente da UBS Profilurb II. Refere que trabalha na sala de vacinas e hoje, por volta de oito horas e 30 minutos, sofreu um acidente com material perfurocortante. Não soube informar o nome do paciente com quem teve contato com material biológico. Acredita que o acidente ocorreu quando foi reencapar uma das agulhas. Ela refere que percebeu que se perfurou pois notou ardência quando foi higienizar as mãos com álcool e observou uma pequena perfuração no segundo quirodáctilo da mão esquerda. Conta que não tinha machucados prévios na mão antes de iniciar os trabalhos na UBS pela manhã. Ainda na UBS, realizou os testes rápidos para HIV e hepatites. A coordenadora da Unidade Básica de Saúde orientou que a paciente buscasse atendimento no HMPGL após o término do seu horário laboral. Nega outras queixas e sintomas.

História médica pregressa:

Doenças crônicas: bronquite.

Medicação de uso contínuo: Salbutamol.

Cirurgias: Nega.

Internações anteriores: Em 2020 devido a COVID-19. Alergias: Nega.

Hábitos de vida: Tabagista de 36 maços-ano. Etilista social. Nega uso de drogas ilícitas.

História familiar: Mãe possui HAS.

Exame físico:

Ectoscopia: Bom estado geral, anictérica, acianótica, afebril, hidratada, normocorada, colaborativa.

Exame pulmonar: Murmúrio vesicular presente e audível em todos os campos, sem ruídos adventícios. Expansibilidade preservada.

Exame cardiovascular: Ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas em dois tempos, sem sopros. Pulsos periféricos regulares, cheios, simétricos.

Exame abdominal: Ruídos hidroaéreos presentes, sem massas ou visceromegalias. Sem dor a palpação superficial e profunda.

Exame neurológico: Lúcida e orientada, sem sinais de irritação meníngea, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

Fâneros: Não visualizado ferimentos corto-contusos ou perfurantes em quirodáctilos.

Diagnóstico sindrômico: Acidente com material biológico.

Diagnósticos diferenciais: Ferimento prévio, picada de inseto.

Exames complementares:

Exames laboratoriais do dia 19/10/2021: Ureia: 23 mg/dl (15 a 36 mg/dl); creatinina: 0,70 (0,52 a 1,04 mg/dl); HBsAg (hepatite B): 0,12 (se <0,90 é não reagente. Se entre 0,90 a 0,99 é indeterminado. Se maior ou igual a 1: Reagente); ANTI HBs (hepatite B): Inferior a 2 ui/l (não reagente: inferior a 10 ui/l); amilase: 81 u/l (30 a 110 u/l); ANTI HBc total (Hepatite B): 3,300 ui/l (Não Reagente: Superior a 1,20 UI/L Indeterminado: 1,0 UI/L a 1,20 UI/L Reagente: Inferior a 1,0 UI/L); ANTI-HCV (hepatite C): Não reagente; HIV teste rápido: Laudo não liberado eletronicamente; TGO: 26 (14 a 36 u/l); TGP: 18 u/l (<35 u/l).

3.5.2 Conduta médica frente ao caso:

A paciente veio até o Pronto Socorro do HMPGL, por volta das 17h, por busca espontânea, orientada a procurar o serviço pela coordenadora da UBS onde trabalha. Chegando ao serviço, foi atendida pelos médicos plantonistas. Por volta das 18 horas, ele tentou entrar em contato com a infectologista de referência do HMPGL, para discutir o caso e ver a necessidade de iniciar a profilaxia pós-exposição do HIV. Enquanto esperava-se a resposta, foram coletados alguns exames laboratoriais como testes rápidos de hepatites e HIV. Os resultados foram todos dentro da normalidade, exceto o ANTI HBs (hepatite B), que deu não reagente.

A paciente também foi notificada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) por meio da ficha de investigação de acidente de trabalho com exposição a material biológico. Foi analisada sua carteira vacinal e ela estava com todas as doses registradas para Hepatite B.

Como algum dos exames laboratoriais demorariam para ficar prontos, a paciente foi orientada a procurar novamente o serviço no dia posterior, para ter acesso aos resultados dos exames. Até às 19 horas, a infectologista não tinha respondido as mensagens e a paciente foi liberada para retorno no dia posterior. Nenhuma medicação pós-exposição para HIV foi feita na paciente nesse dia.

Após alguns dias do atendimento, solicitei algumas informações do caso no Centro de Controle de Infecções Hospitalares da instituição, para averiguar se havia sido feita a profilaxia pós-exposição de HIV da paciente. Entretanto, a enfermeira que possuía acesso aos documentos e registros não estava presente. Me orientaram a perguntar na farmácia central. Fui até lá para verificar se houve a dispensação dos medicamentos. Conversei com a farmacêutica, a qual buscou nos registros e não encontrou nenhuma medicação dispensada para essa paciente neste mês em que foi atendida.

Então, olhei o prontuário da paciente, para ver se havia alguma informação sobre a conduta orientada pela infectologista mas não havia nenhuma informação descrita. Desse modo, fiquei sem saber se a infectologista orientou que a profilaxia pós-exposição fosse ou não fosse feita.

Desse modo, resumidamente, essa paciente que buscou atendimento por queixa de possível acidente com material biológico, HIV negativa, foi liberada sem nenhuma prescrição ou profilaxia pós-exposição para hepatite B e HIV e orientada a retornar para buscar os resultados dos exames laboratoriais no dia seguinte.

3.5.3 Orientações de profilaxias pós-exposição.

- Indicação de Profilaxia Pós-exposição para HIV:

Segundo Brasil (2021), é necessário realizar quatro perguntas, pois elas direcionam o atendimento para decisão da indicação ou não da profilaxia. São elas:

1. O tipo de material biológico é de risco para transmissão do HIV?

Os materiais biológicos com risco de transmissão do HIV são: sangue, sêmen, fluídos vaginais, líquidos de serosas (peritoneal, leural, pericárdico), líquido amniótico, líquor, leite.

Os materiais biológicos sem risco de transmissão são: suor, lágrima, fezes, urina, vômitos, saliva, secreções nasais.

2. O tipo de exposição é de risco para transmissão do HIV?

Exposição com risco de transmissão do HIV: percutânea (agulhas, matérias perfurocortantes), membranas mucosas (exposição sexual desprotegida, respingo e olhos, nariz e boca), cutâneas em pele não íntegra (presença de feridas abertas e dermatites), mordedura com presença de sangue.

Exposição sem risco de contaminação: Cutânea em pele íntegra, mordedura sem a presença de sangue.

3. O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento é menor que 72 horas?

Nos casos em que o atendimento ocorrer após 72 horas da exposição, não está mais indicada a profilaxia com antirretrovirais. Entretanto, se o material e o tipo de exposição forem de risco, recomenda-se acompanhamento sorológico é indicado.

Pode-se também oferecer testagem para HIV, sífilis e hepatites virais B e C; orientar vacinação para HPV e hepatites virais A e B, quando indicado; diagnosticar e tratar IST e hepatites virais, quando presentes; orientar sobre sexo seguro (por exemplo, uso de preservativo masculino/ peniano, feminino/vaginal e gel lubrificante); orientar sobre redução de danos.

4. A pessoa exposta é não reagente para o HIV no momento do atendimento?

Se a amostra for não reagente (TR1 não reagente): a PEP está indicada, pois a pessoa exposta é suscetível ao HIV.

Se a amostra for reagente (TR1 e TR2 reagentes): a PEP não está indicada. A infecção pelo HIV ocorreu antes da exposição que motivou o atendimento e a pessoa deve ser encaminhada para acompanhamento clínico e início da terapia antirretroviral (TARV).

Se as amostras vierem com resultados discordantes (TR1 reagente e TR2 não reagente): não é possível confirmar o status sorológico da pessoa exposta. Recomenda-se iniciar o fluxo laboratorial para elucidação diagnóstica. Nesse caso, a decisão de iniciar ou não a profilaxia deve ser avaliada conforme critério clínico e em conjunto com a pessoa exposta.

5- Status sorológico da pessoa-fonte:

Esse critério é o único não obrigatório, pois nem sempre a pessoa-fonte está presente e disponível para realizar a testagem. Portanto, é fundamental o acolhimento na situação de comparecimento em conjunto aos serviços, a oferta de testagem rápida e as orientações pertinentes.

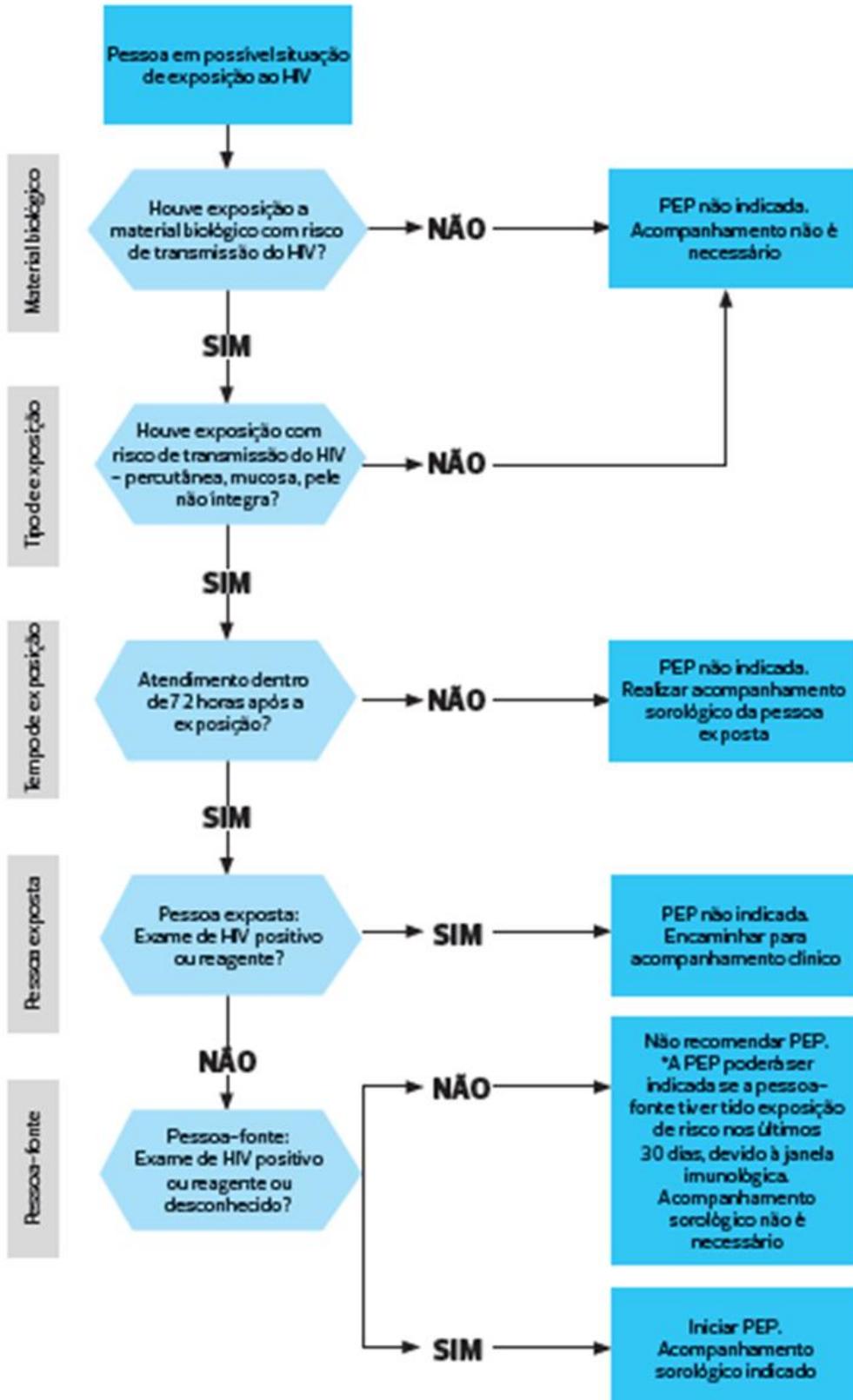
Se a amostra for não reagente (TR1 não reagente): a PEP não está indicada. Contudo, a PEP poderá ser indicada para a pessoa exposta quando a pessoa-fonte tiver história de exposição de risco nos últimos 30 dias, devido à possibilidade de resultados falso-negativos de testes imunológicos de diagnóstico (rápidos ou laboratoriais) durante o período de janela imunológica. No caso de utilização de testes de fluido oral, considerar janela imunológica de 90 dias.

Se a amostra for reagente (TR1 e TR2 reagentes): a PEP está indicada para a pessoa exposta. Se o status sorológico da fonte era previamente desconhecido, a pessoa-fonte deve ser comunicada individualmente sobre os resultados da investigação diagnóstica e encaminhada para acompanhamento clínico e início da TARV.

Se for desconhecido: deve-se avaliar caso a caso. Nos casos envolvendo acidentes com fonte desconhecida (ex.: agulha em lixo comum, lavanderia, coletor de material perfurocortante) ou fonte conhecida com sorologia desconhecida (ex.: pessoa-fonte que faleceu ou que não se apresenta ao serviço para testagem), a decisão sobre instituir a PEP deve ser individualizada.

Desse modo, se todas as respostas para estas 4 questões forem sim, a profilaxia está indicada. Vale lembrar que é direito da pessoa recusar a PEP ou outros procedimentos indicados após a exposição (por exemplo, coleta de exames laboratoriais). Nesses casos, sugere-se o registro em prontuário, com documentação da recusa e explicitação de que no atendimento foram fornecidas informações sobre os riscos da exposição, assim como a relação entre o risco e o benefício das intervenções (BRASIL, 2021).

Ilustração 9: Fluxograma que orienta a realização da profilaxia pós-exposição de HIV



Fonte: Brasil, 2021.

O esquema preferencial para a profilaxia pós-exposição é 1 comprimido coformulado de tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) 300 mg/300 mg + 1 comprimido de dolutegravir (DTG) 50mg ao dia. A duração é de 28 dias (BRASIL, 2021).

- Profilaxias para Hepatite B

Segundo Brasil (2021), recomenda-se realizar testagem para hepatite B da pessoa exposta e da pessoa-fonte (quando presente). Recomenda-se vacinar toda pessoa suscetível à hepatite B. Pessoa suscetível é aquela com resultado para HBsAg não reagente e que não possui documentação de vacinação com série completa, ou que, mesmo recebendo esquema adequado, não apresentou soroproteção (anti-Hbs reagente $\geq 10\text{mUI/mL}$).

- Interpretação do status sorológico da pessoa exposta por meio da pesquisa de HBsAg por teste rápido, segundo Brasil (2021)

Se reagente: a infecção pelo HBV ocorreu antes da exposição que motivou o atendimento, devendo ser coletada uma amostra para conclusão do fluxograma de diagnóstico e para acompanhamento clínico.

Se não reagente: a pessoa exposta não tem, no momento da testagem, evidências de infecção atual pelo HBV. Quando houver disponibilidade, é recomendável avaliar o status sorológico da pessoa-fonte quanto à hepatite B.

Se repetidamente inválido: não é possível confirmar o status sorológico da pessoa exposta. Recomenda-se encaminhá-la para o diagnóstico utilizando um dos fluxogramas laboratoriais.

- Vacinação para Hepatite B

Recomenda-se imunizar todas as pessoas expostas não previamente vacinadas, ou sem documentação de vacinação prévia, e sem indícios da infecção por HBV (HBsAg não reagente), independentemente da idade. Se possível, a primeira dose da vacina deve ser administrada no momento do primeiro atendimento e, preferencialmente, dentro de 24 horas da exposição naqueles com indicação. As demais doses deverão seguir as recomendações vigentes do PNI, podendo ser aplicadas na unidade básica de saúde mais próxima do local de residência da pessoa (BRASIL, 2021).

- Utilização de IGHAHB

O conhecimento do status sorológico da pessoa-fonte em relação à hepatite B é importante para a decisão sobre a utilização ou não da IGHAHB. Diferentemente do que ocorre na exposição ao HIV, para a hepatite B a indicação da IGHAHB dependerá do tipo de exposição (vítimas de acidentes com material biológico infectado ou fortemente suspeito de infecção por HBV; comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B; vítimas de violência sexual; imunodeprimidos após exposição de risco, mesmo que previamente vacinados) (BRASIL, 2021).

A IGHAHB deve ser administrada em dose única de 0,06mL/kg, IM, em extremidade diferente da que recebeu a vacina para HBV, com dose máxima de 5mL. A IGHAHB pode ser administrada, no máximo, até 14 dias após a exposição sexual (para exposições percutâneas, o benefício é comprovado, no máximo, até sete dias), embora se recomende preferencialmente o uso nas primeiras 48 horas a contar da exposição (BRASIL, 2021).

Quadro 7: Recomendações de profilaxia de hepatite B para indivíduos com HBsAg não reagente após exposição ocupacional a material biológico

SITUAÇÃO VACINAL E SOROLOGIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO	PESSOA-FONTE		
	HBSAG REAGENTE	HBSAG NÃO REAGENTE	HBSAG DESCONHECIDO
Não vacinado	IGHAHB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação ^(a)
Vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação ^(a)
Resposta vacinal conhecida e adequada (anti-HBs maior ou igual 10UI/mL)	Nenhuma medida	Nenhuma medida	Nenhuma medida
Sem resposta vacinal após primeira série de doses (3 doses)	IGHAHB + primeira dose da segunda série vacinal para hepatite B ^(b)	Iniciar nova série de vacina (três doses)	Iniciar nova série (três doses) ^(a)
Sem resposta vacinal após segunda série (6 doses)	IGHAHB (2x) ^(b)	Nenhuma medida específica	IGHAHB (2x) ^(b)

Fonte: Brasil (2021).

Quadro 8: Continuação do quadro anterior

SITUAÇÃO VACINAL E SOROLOGIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO	PESSOA-FONTE		
	HBSAG REAGENTE	HBSAG NÃO REAGENTE	HBSAG DESCONHECIDO
Com resposta vacinal desconhecida	<p>Testar o(a) profissional de saúde</p> <p>Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica</p> <p>Se resposta vacinal inadequada: IGHAHB + primeira dose da vacina hepatite B ou IGHAHB (2x) se dois esquemas vacinais prévios</p>	<p>Testar o(a) profissional de saúde</p> <p>Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica</p> <p>Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação ou nenhuma medida específica se dois esquemas vacinais prévios</p>	<p>Testar o(a) profissional de saúde</p> <p>Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica</p> <p>Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação^(a) ou nenhuma medida específica se dois esquemas vacinais prévios</p>

Fonte: Brasil, 2021.

- **Profilaxia para Hepatite C:**

Segundo Brasil (2021), o risco de transmissão do HCV está mais relacionado às exposições percutâneas. Entretanto, a transmissão sexual desse vírus é possível, principalmente em se tratando de práticas sexuais traumáticas, presença de doença ulcerativa genital e proctites relacionadas a IST. Recomenda-se realizar testagem para hepatite C na pessoa-fonte e na pessoa exposta.

- **Investigação do status sorológico da pessoa exposta por meio da pesquisa de anti-HCV por testes rápidos, segundo Brasil (2021):**

Se reagente: a pessoa teve contato com o vírus da hepatite C antes da exposição que motivou o atendimento, devendo-se coletar uma amostra para conclusão do fluxograma de diagnóstico e encaminhar a pessoa para acompanhamento clínico.

Se não reagente: a pessoa exposta não tem, no momento da testagem, sinal de contato prévio com o vírus. Quando possível, avaliar o status sorológico da pessoa-fonte quanto à hepatite C.

Se repetidamente inválido: não é possível confirmar o status sorológico da pessoa exposta. Recomenda-se encaminhá-la para o diagnóstico.

- Interpretação do status sorológico da pessoa-fonte por meio da pesquisa de anti-HCV, segundo Brasil (2021):

Se reagente: acompanhar a pessoa exposta, pelo risco de soroconversão e necessidade de tratamento da infecção aguda. Além disso, deve-se confirmar ou excluir a presença de infecção ativa da pessoa-fonte com exame de CV-HCV, para definir seguimento ambulatorial e necessidade de tratamento da hepatite C;

Se não reagente: não há risco de soroconversão para a pessoa exposta. Não é necessário acompanhamento sorológico da pessoa exposta em relação a essa infecção;

Se desconhecido ou indeterminado: avaliar caso a caso, com base na gravidade da exposição e na probabilidade clínica e epidemiológica de infecção pelo vírus da hepatite C.

Contudo, é necessário considerar a janela diagnóstica para detecção de anticorpos, que varia de 33 a 129 dias. Há a possibilidade de resultados falso-negativos de testes imunológicos de diagnóstico (rápidos ou laboratoriais) durante o período de janela imunológica. Por isso, se houver história epidemiológica relacionável à infecção pelo HCV no período de janela, recomenda-se testar a pessoa-fonte mais uma vez ao fim do período de janela e realizar acompanhamento sorológico da pessoa exposta.

3.5.4 Discussão sobre o manejo e adequação aos protocolos de atendimento

A profilaxia pós-exposição ao HIV deve ser feita por 28 dias e ter início nas primeiras 72 horas do acidente, preferencialmente o mais rapidamente possível. Entendo que, no momento em que a paciente buscou orientação da coordenadora da UBS em que trabalha, creio que ela deveria ter orientado e referenciado a paciente imediatamente ao HMPGL, para buscar atendimento o mais precocemente possível.

Além disso, mesmo que o plantonista do HMPGL não seja infectologista, creio que ele pode determinar certas condutas, não necessitando obrigatoriamente do aval de uma segunda opinião para iniciar a medicação.

Em minha busca por referência de atendimento de pacientes como a R.A.d.S, encontrei que a referência de pacientes que sofreram acidente com material biológico, ocorridos no município de Foz do Iguaçu, devem ser atendidos no Pronto socorro

do HMPGL, instituição de referência. Nesse prisma, se o paciente tiver indicação para usar a terapia antirretroviral, os comprimidos são dispensados pela farmácia do hospital.

Entretanto, se o paciente teve exposição ao vírus durante ato sexual, a referência é o Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE) e ao Centro de Testagem e aconselhamento (CTA), de segunda-feira a sexta-feira, das 17h às 12 horas. Fora desses horários, deve-se orientar o paciente a procurar o HMPGL.

Desse modo, percebe-se que a dispensação de medicamentos para casos como a da paciente, bem como o atendimento é de responsabilidade do HMPGL. Desse modo, percebe-se que a paciente não recebeu o tratamento antirretroviral quando recebeu atendimento nesse estabelecimento.

Eu discordo com a conduta tomada e, desse modo, se eu fosse a médica plantonista responsável por essa paciente, teria indicado o início da terapia antirretroviral. Creio que é melhor começar a profilaxia e posteriormente reavaliar a manutenção ou mudança do tratamento do que não ofertar a possibilidade da profilaxia.

Entendo que utilizar ou não a medicação depende da vontade do paciente e eu respeitaria a decisão da não utilização caso o paciente não fosse a favor. Entretanto, o médico possui a responsabilidade de informar e indicar os melhores tratamentos existentes em tempo hábil ao paciente.

Ademais, mesmo que a paciente tenha feito a lesão perfuro-cortante quando foi reencapar a agulha, ato este desaconselhado pelo perigo de acidente de trabalho, a paciente deve receber tratamento e cuidado como qualquer outro paciente, sem haver julgamentos e rechações. Um dos princípios fundamentais do Código de Ética Médica nos ensina que “A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza”.

Finalizando a discussão do caso, seu esquema vacinal para Hepatite B estava completo em sua carteira de vacinação. Entretanto, o HBsAg era negativo e seu ANTI HBs teve como resultado número inferior a 2 ui/l. Desse modo, a paciente classifica-se como imunidade não reagente, pois o valor é inferior a 10 ui/l, sendo suscetível a contrair hepatite B. Desse modo, o correto seria iniciar uma nova série de 3 doses da vacina da Hepatite B. Nenhuma conduta parecida ou indicação de acompanhamento na UBS está registrada no prontuário da paciente (Tasy). Desse modo, observa-se outra possível falha no atendimento da paciente em questão.

3.6: CASO 6: PRIAPISMO

3.6.1 Avaliação do paciente

Anamnese coletada no dia 03/12/2021, no HMPGL, às 14h.

Identificação: M.A, masculino, cor preta, 62 anos, natural de Jaraguá do Sul (Santa Catarina), morador de Foz do Iguaçu há 22 dias, morador de rua.

Queixa principal: “Meu pênis está duro”.

História da moléstia atual: Paciente refere que há uma semana, quando acordou, percebeu que seu pênis estava ereto. Refere que isso não é algo anormal de se ocorrer. Entretanto, na ocasião o pênis permaneceu ereto por 8 horas, sem algia ou outras queixas, mesmo sem haver estimulação ou desejo sexual, com remissão espontânea após. Há 4 dias, refere ter usado uma grama de Cocaína, pela noite. Há 3 dias, quando acordou, refere que seu órgão genital estava novamente ereto, sem que houvesse estimulação ou desejo sexual, havendo também dificuldade para urinar. O órgão genital evoluiu com rubor em toda a sua extensão e temperatura fria. Desde então, o órgão permaneceu ereto, sem remissão de volume. Refere que hoje iniciou com leve algia na glândula do pênis. Devido a isso, dirigiu-se até a UBS, onde foi medicado com sintomáticos e foi encaminhado para o HMPGL. No momento, o paciente encontra-se há aproximadamente 56 horas com priapismo. O paciente nega uso de medicação para estimulação sexual ou para disfunção erétil, nega traumatismo peniano ou trauma perineal, nega procedimentos urológicos recentes e nega história de doenças hematológicas. Nega dor testicular, febre e outros sintomas.

História médica pregressa: Nega cirurgias prévias, alergias, medicações de uso contínuo.

Hábitos de vida: Nega etilismo. Refere ser usuário de drogas ilícitas há 44 anos. Faz uso de maconha, cocaína, crack e alucinógenos. Refere que utiliza praticamente todos os dias algum tipo de droga, em especial maconha e cocaína e somente não o faz quando não possui dinheiro.

História familiar: Não soube informar.

Exame físico:

Sinais Vitais: temperatura: 35 graus celsius, FC: 68; FR:18; PA: 104/63; saturação de oxigênio :98%.

Ectoscopia: bom estado geral, anictérico, acianótico, afebril, normocorado, normotenso, comunicativo, hidratado.

Exame neurológico: Lúcido e orientado, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

Exame cardiovascular: Ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas, em dois tempos, sem sopros. Tempo de enchimento capilar menor que 3 segundos. Pulsos periféricos presentes, regulares, cheios, simétricos.

Exame pulmonar: Murmúrio vesicular presente e simétrico, sem ruídos adventícios. Sem uso de musculatura acessória. Expansibilidade preservada.

Exame abdominal: Ruídos hidroaéreos presentes, sem massas, visceromegalias ou dor a palpação superficial e profunda.

Exame da genitália: Pênis ereto, rígido, hiperemiado, de temperatura fria, corpos cavernosos ingurgitados, com aproximadamente 17 centímetros de extensão do pênis e 6 centímetros de diâmetro. Sem presença de secreção purulenta, úlceras, vesículas bolhosas ou outras alterações.

Membros: Panturrilhas livres, sem edema.

Diagnóstico sindrômico: Disfunção geniturinária.

Diagnóstico específico: Priapismo (Ejaculação persistente induzida por uso de substâncias).

Diagnósticos diferenciais: Ereção após estimulação, escroto agudo.

Exames complementares:

Exames laboratoriais do dia 03/12: Gasometria do sangue do corpo cavernoso do pênis: PH :7,0470 (7,32 a 7,42); PCO2: 78,80 mmHg (41 a 51 mmHg);

PO2:29,80 mmHg (25 a 40 mmHg); HCO3:21,20 mmol/L (24 a 28 mmol/L); E.B:-11,20 mmol/L (-5 a 5 mmol/L); CO2T: 23,60 mmol/L (22 a 32 mmol/L); SO2: 47,10 % (45 a 70%).

3.6.2 Conduta médica frente ao caso

O paciente veio ao HMPGL encaminhado de uma UBS. No HMPGL, o paciente foi avaliado pelo médico clínico pela manhã, recebeu analgesia com sintomáticos e recebeu avaliação do urologista pela tarde. O urologista avaliou o paciente e realizou punção venosa do corpo cavernoso do pênis com scalp nº 19, sendo drenado 250 ml de sangue venoso e coletado amostra de sangue para realizar gasometria do órgão. Após esse procedimento, o órgão genital adquiriu flacidez parcial, permanecendo ainda ereto. Foi orientado que o paciente realizasse compressa local com gelo.

Posteriormente, o urologista retornou após 6 horas para reavaliar o paciente e analisar os resultados da gasometria. A avaliação da gasometria foi sugestiva de priapismo venoso, sendo classificado como episódio isquêmico. O paciente estava sem algia, sem queixas e o pênis já estava flácido. Foi optado por manter o paciente internado até o dia seguinte por ele ser morador de rua, facilitando o acesso ao cuidado e a analgesia, caso fosse necessário.

No dia seguinte, o paciente seguia internado. Pela manhã, foi reavaliado pelo urologista, o qual constatou novamente um pênis ereto e doloroso. Desse modo, foi realizada nova punção de corpo cavernoso após bloqueio local com lidocaína, seguido de aspiração de 100 ml de sangue venoso e, posteriormente, lavagem com adrenalina (foi diluído em 500ml de SF 0,9%), com perda parcial da ereção e ausência da dor. Foi orientado que continuasse a colocar compressas de gelo no local.

No dia posterior, o paciente foi reavaliado pelo urologista. O pênis continuava semi-ereto, sem algia. Paciente negou o uso das compressas de gelo que havia sido orientado. Desse modo, foi otimizado a analgesia, reforçado a necessidade do uso de gelo e o paciente foi mantido internado para avaliação da necessidade de nova punção ou procedimento cirúrgico.

No dia subsequente, foi reavaliado pelo urologista. Pênis seguia com ereção, sem algia. Foi estimulado a deambulação e o uso de compressas de gelo. Paciente seria reavaliado caso não houvesse involução do quadro. Entretanto, o paciente evadiu-se do local. Ele iria para a casa abrigo após a melhora da clínica. Entretanto, ele optou por deixar os cuidados sem haver a resolução completa do priapismo. A conduta tomada pelo

paciente foi respeitada por todos os profissionais de saúde pois ele possui o livre arbítrio de decidir se deseja ou não receber cuidados médicos em prol de sua moléstia atual.

3.6.3 Priapismo: Diagnóstico, fatores de risco, manejo e tratamento

O priapismo é definido como uma ereção persistente e dolorosa que dura mais de quatro horas sem que haja estimulação sexual e geralmente precisa de atendimento de emergência. Ele ocorre com frequência em pacientes com idade entre 40 a 50 anos e é classificado em três subtipos: isquêmico (baixo fluxo), não isquêmico (alto fluxo) e priapismo da gagueira / recorrente (SHIGEHARA; NAMIKI, 2016).

As etiologias possíveis, segundo Cherian *et al.* (2006), são:

1- Uso de medicações: Anticoagulantes (Heparina e Varfarina); anti-hipertensivos (diidralazina, guanetidina, labetolol, nifedipino, fenoxibenzamina, prazosin); antidepressivos (fenelzina, trazadone, hipnóticos, clozapina, diazepam); bloqueadores (tamsulosin, doxazosina, terazosina, prazosin); drogas recreacionais (cocaína, etanol, maconha); medicações para injeção intracavernosa (papaverina, prostaglandina E1); fenoxibenzamina; citrato de sildenafil; testosterona.

2- Distúrbios hematológicos: anemia falciforme, leucemia, mieloma múltiplo, hemoglobinúria paroxística noturna, talassemia, trombocitemia, púrpura de henoch-schonlein.

3- Distúrbios metabólicos: amiloidose, doença de Fabry, Diabetes, síndrome nefrótica, insuficiência renal, hemodiálise, nutrição parenteral total ou hiperlipidêmica.

4- Outras causas como: traumas, tumores primários e metastáticos e problemas neurológicos.

- Priapismo isquêmico

É caracterizado por uma ereção dolorosa persistente com notável rigidez dos corpos cavernosos causada por um distúrbio do fluxo de sangue venoso. Assim, o tecido peniano apresenta uma condição hipóxica e acidótica, semelhante à síndrome do compartimento peniano, dentro do espaço fechado dos corpos cavernosos. É responsável

por 95% de todos os casos de priapismo, sendo o tipo mais comum. Pode causar danos ao tecido corporal e precisa de tratamento de emergência. O tratamento tardio pode resultar em disfunção erétil completa. Os possíveis mecanismos desse tipo de priapismo podem ser retardo na dilatação venosa corporal, aumento da viscosidade do sangue e invasão venosa direta de malignidade (SHIGEHARA; NAMIKI, 2016).

O diagnóstico de priapismo isquêmico pode ser feito por uma gasometria cavernosa para confirmar o armazenamento de sangue venoso dentro dos corpos cavernosos manifestando-se como uma pressão parcial de oxigênio mais baixa (pO_2 ; <30 mmHg), pressão parcial de dióxido de carbono mais alta (pCO_2 ; > 60 mmHg), e um declínio do pH (<7,25) (SHIGEHARA; NAMIKI, 2016).

Além disso, uma análise de sangue deve ser realizada para determinar a causa do priapismo e seu tratamento, independentemente do tipo de priapismo. Contagens de reticulócitos e eletroforese de hemoglobina são informativos para significar a presença anemia e síndrome falcêmica. A ultrassonografia Doppler colorida também é uma ferramenta útil para rastrear o priapismo isquêmico, que mostra uma perda do fluxo sanguíneo cavernoso sem pulso arterial cavernoso. A tomografia computadorizada (TC) não é comumente usada para o diagnóstico de priapismo isquêmico, mas a TC deve ser realizada para identificar sua etiologia para o manejo da doença (SHIGEHARA; NAMIKI, 2016).

- Priapismo não isquêmico

É caracterizado por uma ereção não sexual persistente e indolor que não é totalmente rígida e é causada por excesso de fluxo sanguíneo arterial nos corpos cavernosos, causada pelo excesso de fluxo sanguíneo das artérias para os corpos cavernosos. É, geralmente, o resultado de trauma anterior das regiões perineal ou peniana. É induzido por dano arterial que leva a fístulas arteriovenosas e, ocasionalmente, a um pseudoaneurisma associado a trauma. Como o tecido cavernoso apresenta uma condição bem oxigenada, o priapismo não isquêmico não é considerado uma emergência médica (SHIGEHARA; NAMIKI, 2016).

No priapismo não isquêmico, a gasometria corporal revela valores normais de gasometria arterial de PO_2 > 90 mmHg, PCO_2 <40 mmHg e PH 7,40. A ultrassonografia com doppler colorida também é uma ferramenta diagnóstica que pode mostrar o fluxo

arterial cavernoso turbulento e desregulado dentro dos corpos cavernosos, sugerindo a presença de fístula arteriolar-sinusoidal na maioria dos casos de priapismo não isquêmico. A TC ou angiografia por TC podem ser realizadas de forma não invasiva e rápida, e são exames secundários recomendados para priapismo não isquêmico. Além disso, a localização de fístulas arteriocorpóreas dentro dos corpos cavernosos e a presença de outras lesões pélvicas podem ser determinadas (SHIGEHARA; NAMIKI, 2016).

- Priapismo de gagueira / recorrente

É caracterizado por uma ereção autolimitada, recorrente e intermitente, ocorrendo, frequentemente, em pacientes com doença falciforme. Em mais de 75% dos casos, os pacientes com anemia falciforme apresentam seu primeiro episódio de priapismo por volta dos 20 anos. Por outro lado, o priapismo da gagueira também pode ser idiopático ou induzido por drogas e pode finalmente levar ao priapismo isquêmico, e o diagnóstico e o manejo clínico geralmente são baseados no priapismo isquêmico (SHIGEHARA; NAMIKI, 2016).

Uma causa possível em homens com anemia falciforme é sugerida pelos níveis relativamente baixos de PDE5 causados pela menor atividade do óxido nítrico endotelial, levando à liberação de óxido nítrico neuronal, que pode contribuir para o relaxamento anormal dos corpos cavernosos (SHIGEHARA; NAMIKI, 2016).

Quadro 9: Diferenciação entre priapismo isquêmico e não isquêmico

Variável	Priapismo isquêmico (baixo fluxo)	Priapismo não isquêmico (alto fluxo)
Etiologia	Idiopática, vários medicamentos, doenças malignas de injeções corporais, SCD	Trauma anterior
Sintomas	Dolorosa, notável rigidez e ereção completa	Ereção indolor, não totalmente rígida e incompleta
Análise de gases sanguíneos corporais	PO ₂ ≤30 mmHg, PCO ₂ ≥60 mmHg, pH ≤ 7,25	PO ₂ > 90 mmHg, PCO ₂ <40 mmHg, pH 7,40
Sinais de compressão	Negativo	Positivo
Doppler colorido	Uma perda de fluxo sanguíneo cavernoso	Fluxo sanguíneo cavernoso turbulento fistula arteriolar-sinusoidal
Tomografia computadorizada	Não comumente usado	Fistula arteriocorporal outras lesões pélvicas
Ressonância magnética	Não comumente usado	Fistula arteriocorporal
Angiografia	Não comumente usado	Fistula arteriocorporal, embolização

MSC: doença falciforme, TC: tomografia computadorizada, MRI: ressonância magnética.

Fonte: Shigehara e Namiki, 2016.

Os tipos de priapismo diferem nas opções de tratamento e o objetivo do manejo é atingir a detumescência da ereção peniana persistente e preservar a função erétil após a resolução do problema (SHIGEHARA; NAMIKI, 2016).

Ademais, antes de procurar atendimento médico, os pacientes frequentemente relatam o uso de estratégias como exercícios, compressas quentes ou frias, hidratação oral e ejaculação com níveis amplamente variáveis de sucesso. A eficácia desses métodos carece de evidências. No entanto, eles podem ser usados no início se forem historicamente bem-sucedidos e não atrasarem o atendimento médico oportuno (ANELE *et al.*, 2015).

- Conduta no Priapismo Isquêmico:

1) Aspiração corporal

Após a anestesia peniana, uma agulha de calibre 19 é usada para puncionar o corpo cavernoso na diáfise lateral do pênis para evitar danos à uretra e ao feixe neurovascular dorsal. A aspiração corporal revela inicialmente sangue venoso escuro e deve ser continuada até que sangue oxigenado vermelho brilhante seja aspirado. Quando

a aspiração é difícil devido ao aumento da viscosidade do sangue dentro do corpo cavernoso, a irrigação com solução salina fria pode promover a evacuação do sangue hipóxico viscoso. A aspiração isolada, com ou sem irrigação corporal, tem uma taxa de sucesso de aproximadamente 30% (SHIGEHARA; NAMIKI, 2016).

2) Injeção corporal de simpaticomiméticos

Se o procedimento de aspiração corporal não for bem-sucedido, simpaticomiméticos devem ser instilados no corpo cavernoso. Devido ao seu perfil de baixo risco para quaisquer efeitos colaterais cardiovasculares, agonistas α -adrenérgicos como a fenilefrina, com efeitos β -adrenérgicos mínimos, devem ser usados. A monitoração contínua dos sinais vitais durante a administração desses agentes é importante, principalmente em pacientes com doenças cardiovasculares (SHIGEHARA; NAMIKI, 2016).

A fenilefrina é diluída em solução salina normal a uma concentração de 200 a 500 $\mu\text{g} / \text{mL}$ e administrada em doses de 1 mL a cada 5 a 10 minutos até uma dose máxima de 1 mg até a recuperação da ereção peniana contínua. Alternativamente, cloridrato de efedrina (5 a 10 mg), epinefrina (20 a 80 μg) ou norepinefrina (20 a 80 μg) diluída em 5 mL de solução salina normal também podem ser usados. Esses simpaticomiméticos são menos eficazes em pacientes com priapismo isquêmico continuando por mais de 6 horas por causa da acidose grave dentro dos corpos cavernosos (SHIGEHARA; NAMIKI, 2016).

3) Tratamento cirúrgico

O priapismo isquêmico que continua por mais de 48 horas é difícil de resolver por aspiração corporal, irrigação e injeção simpaticomimética. Assim, o shunt cirúrgico mais imediato deve ser considerado como outra opção de tratamento em tais casos. O objetivo do shunt cirúrgico é fazer uma fístula iatrogênica para drenar o sangue desoxigenado acumulado dos corpos cavernosos (SHIGEHARA; NAMIKI, 2016).

4) Prótese peniana

Pode ser usada para pacientes com priapismo isquêmico que não respondem ao tratamento convencional (SHIGEHARA; NAMIKI, 2016).

- Conduta no priapismo recorrente:

Seu tratamento médico é geralmente equivalente ao do priapismo isquêmico. Para prevenir a recorrência do priapismo gago, a terapia hormonal com agonistas do hormônio liberador de gonadotropina, estrogênios, antiandrogênios e inibidores da 5 α -redutase tem sido uma opção de tratamento médico bem-sucedida. Além disso, a inserção de uma prótese peniana para priapismo recorrente na doença falciforme também foi descrita como eficaz em longo prazo (SHIGEHARA; NAMIKI, 2016).

- Conduta no priapismo não isquêmico:

A observação é recomendada como o manejo inicial. Alguns tratamentos conservadores, como gelo e compressão específica do local para a lesão, são incluídos como parte da terapia de observação. A aspiração com ou sem injeção de agentes vasoconstritores não é recomendada e deve ser usada apenas para o diagnóstico de priapismo não isquêmico. Os agentes simpaticomiméticos não são terapêticamente eficazes, mas podem resultar em efeitos adversos significativos para o sistema cardiovascular. Ademais, para os casos que não respondem aos tratamentos conservadores, a angioembolização seletiva da fístula arterial-sinusoidal deve ser considerada (SHIGEHARA; NAMIKI, 2016).

3.6.4 Discussão sobre o manejo e adequação aos protocolos de atendimento

O paciente possuía priapismo há mais de 48 horas quando foi buscar atendimento médico. Observando-se a gasometria (sangue acidótico) coletada no HMPGL e o exame físico (engurgitamento dos corpos cavernosos e rigidez peniana), pode-se concluir que o caso do paciente era um priapismo isquêmico, necessitando de intervenção de emergência. Entretanto, o paciente demorou para buscar atendimento, o que pode corroborar para o um desfecho não tão favorável, levando à disfunção erétil permanente.

Sobre as condutas médicas tomadas, todas foram corretas e pertinentes. O paciente foi medicado, com o objetivo de diminuir a leve algia na glândula do pênis, foi aspirado sangue dos corpos cavernosos, em duas ocasiões, bem como foi orientado pelo urologista que o paciente utilizasse compressas de gelo. Entretanto, o paciente não aderiu a este conselho.

De acordo com a literatura pesquisada, em casos de priapismo não isquêmico, a conduta é observacionista e pode-se usar compressas de gelo. A literatura não fala da proibição da utilização de compressas frias em casos de priapismo não

isquêmico. Uma das referências utilizadas cita que não há evidências científicas que corroborem o uso, mas tanto compressas quentes como frias podem ser utilizadas, desde que não atrase a busca por atendimento médico. Em conversa com o urologista que atendeu o paciente, ele orienta que em qualquer caso de priapismo, independentemente da etiologia, as compressas frias podem ser utilizadas, pois elas auxiliam na resolução do problema.

Um ponto interessante do caso é que o paciente foi mantido hospitalizado por ser morador de rua, auxiliando no processo de cuidado. Entretanto, ele não evoluiu com resolução do quadro no segundo dia, como era o esperado, necessitando de nova aspiração sanguínea do corpo cavernoso. De acordo com a literatura, em casos de priapismo com mais de 48 horas de evolução, a resolução é mais difícil somente com a primeira aspiração sanguínea, sem o uso de vasoconstritores. Vale ressaltar que toda a conduta do caso foi de acordo com o que aconselha a literatura recomendada.

Por fim, percebe-se que o paciente em questão tem fatores de risco que predispoem o surgimento do priapismo: o uso de drogas recreativas como a maconha e a cocaína, quase que diariamente. Por isso, o paciente foi aconselhado para que tentasse diminuir aos poucos o uso das drogas e cessar, quando conseguisse.

Entretanto, sabemos que isso não é fácil e, muitas vezes, o sucesso de parar com os vícios vai muito além da vontade para a realização de tal meta. Tendo isso em vista, a internação em locais que auxiliem nesse objetivo, como na Comunidade Sagrada Família Dom Olívio Aurélio Fazza, de Foz do Iguaçu, poderia auxiliar nessa meta. Desse modo, a assistência social disponível aos pacientes do HMPGL poderia orientar sobre essa oportunidade, fazendo o contato com essa instituição filantrópica e auxiliando para que o paciente em questão tivesse acesso a esse local.

3.7 CASO 7: CRISE HIPOGLICÊMICA

3.7.1 Avaliação da paciente

Anamnese coletada no dia 10/11/2021, na UPA Walter Cavalcante Barbosa.

Identificação: M.R.d.M.G., feminina, 54 anos, moradora de Foz do Iguaçu, sem plano de saúde, aposentada.

Queixa principal: " Acho que eu desmaiei".

História da moléstia atual: Paciente trazida pelo filho, com o auxílio da Motolância. Paciente refere que iniciou há aproximadamente uma hora com tontura, confusão e astenia. Enquanto estava preparando o café da manhã, a tontura se intensificou, evoluindo com um episódio de síncope. Filho refere que a mãe evoluiu também com rebaixamento do nível de consciência, sialorreia, tremores musculares dos membros, rigidez muscular e sonolência após. Nega trauma de cabeça, náuseas, vômitos, incontinência esfinteriana e outros sintomas. Refere outros episódios semelhantes a esse.

História Médica pregressa:

Doenças crônicas: DM insulínica, HAS, Problema cardíaco que não soube especificar, IAM sem supra de segmento ST há menos de um mês.

MUC: Amitriptilina 25mg, 0-0-2; Clorpromazina 100mg, 0-02; Losartana Potássica 50mg 12/12h; Anlodipino 10mg, 0-0-1; Metformina 850mg 1-1-1; Glibenclamida 5mg 0-1-0; Insulina humana nph 100ui/ml 26 sc manhã e 13 a noite. Ácido acetil salicílico 100mg, 1 cp após o almoço. Sinvastatina 20mg, tomar 1 cp a cada 24h. Carvedilol 12.5mg 12/12h. Dexclorfeniramina 2mg, 12/12h.

Nega alergias.

Hábitos de vida: Tabagista de 30 anos-maço. Nega etilismo e consumo de drogas ilícitas.

História familiar: Não soube informar.

Exame físico:

Sinais vitais: PA: 128/74; FC: 96; FR:20; saturação: 97%; temperatura axilar: 36,1 graus celsius; HGT: 50.

Ectoscopia: Bom estado geral, sonolenta, sudoreica, anictérica, acianótica, afebril, normotensa, normocorada, confusa, pouco comunicativa.

Exame neurovascular: Glasgow 14 (confusa), Lúcida e orientada no espaço, desorientada no tempo, sem sinais de irritação meníngea, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Sem desvio de comissura labial.

Exame cardiovascular: Ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas, em dois tempos, sem sopros. Pulsos periféricos presentes, audíveis, simétricos, cheios.

Exame abdominal: Ruídos hidroaéreos presentes, sem massas ou visceromegalias palpáveis. Sem dor a palpação superficial e profunda.

Exame pulmonar: Murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios.

Membros: Panturrilhas livres, sem edemas. Força muscular preservada (grau 5) em todos os membros.

Diagnóstico sindrômico: Síndrome hipoglicêmica/ Síndrome de alteração do estado mental.

Diagnóstico específico: Quadro de hipoglicemia.

Diagnósticos diferenciais: Convulsão, intoxicação por substância exógena, uso de substância alcoólica, traumatismo crânioencefálico, acidente vascular encefálico.

Exames complementares:

10/11/2021: HGT de entrada: 50.

Eletrocardiograma: Sem alterações.

Radiografia de tórax (perfil e PA): Sem alterações.

Exames laboratoriais 10/11, às 14:56: Dosagem de troponina I de alta sensibilidade: 4 ng/L (até 11 ng/L); PCR: 1,1 mg/DI (Inferior a 1,0 mg/dL); ureia: 26 mg/dL (15 a 36 mg/dL); TGP: 17 U/L (<35); TGO: 18 U/L (14 a 36 U/L); sódio: 141 mmol/L (137 a 145 mmol/L); potássio: 4,0 mEq/L (3,5 A 5,1 mEq/L); magnésio: 1,5 mg/dL (1,6 a 2,3 mg/dL); GAMA-GT: 23 U/L (12 a 43); CKMB: Inferior a 3 U/L (Até 16,0 U/L); CPK: 52 U/L (30 a 135 U/L). Hemograma: Hemoglobina: 12,20 g/dL (12,00 a 16,00); hematócrito: 36,60 % (36,00 a 46,00); vgm: 86,94 fL (80,00 a 100,00); hgm: 28,98 pg (26,00 a 34,00); rdw: 14,10 % (11,60 a 14,80). Leucócitos: 11.990 /mm³ (5.000 a 10.000), bastonetes: 4% (1 a 5%); plaquetas: 239.000 /mm³ (140.000 a 400.000 /mm³);

3.7.2 Conduta médica frente ao caso

A paciente foi examinada fisicamente em sua chegada, foi coletada a história da moléstia atual com a paciente e com o filho, foram aferidos os sinais vitais e

coletado sangue para realização de exames laboratoriais da paciente, bem como realizado radiografia de tórax e eletrocardiograma. Ela ficou monitorizada por todo o período, recebeu atenção, escuta ativa e cuidado humanizado.

A causa da sonolência foi descoberta e corrigida. Ela apresentou um quadro de hipoglicemia, sendo corrigido com o uso de glicose a 50%. A paciente ganhou alta no mesmo dia, após evoluir com melhora sintomática.

3.7.3 Hipoglicemia: diagnóstico e manejo

- Definição

Segundo Martins *et al.* (2017), a definição de hipoglicemia é diferente em pacientes não diabéticos e naqueles portadores de diabetes em uso de insulino terapia ou secretagogos como sulfonilureias e glinidas. Nos pacientes não diabéticos, os níveis séricos de glicose deverão estar reduzidos (geralmente < 55 mg/dL), associados a sintomas típicos como palidez, sudorese e tremores que melhoram após administração de glicose. A documentação da tríade de Whipple é fundamental para estabelecer a existência de um distúrbio hipoglicêmico em pacientes sem diabetes. Ela se caracteriza por níveis baixos de glicose sérica, associados a sintomas característicos que melhoram após terapêutica, seja oral ou endovenosa. Apenas os pacientes nos quais a tríade de Whipple é documentada requerem avaliação e tratamento da hipoglicemia.

A tríade de Whipple caracteriza-se por:

- 1- Valor de glicemia diminuído (glicemia < 45 mg/dL, em diabéticos considerar valores < 70 mg/dL).

- 2- Sintomas adrenérgicos (palpitação, tremor, sudorese, parestesias, fome, taquicardia, ansiedade) ou neuroglicopênicos (cefaleia, tontura, ataxia, astenia, dificuldade de concentração, lentificação, confusão mental, irritabilidade, distúrbios do comportamento, déficits neurológicos focais, sonolência convulsões, coma).

- 3- Resolução dos sintomas com a correção da hipoglicemia.

Entretanto, naqueles pacientes portadores de diabetes mellitus, hipoglicemia é definida como todos os episódios de uma concentração anormalmente baixa

de glicose no plasma (com ou sem sintomas). Geralmente níveis < 70 mg/dL já são considerados como desordem hipoglicêmica.

- Etiologias

Segundo Martins *et al.* (2017), a divisão entre hipoglicemia de jejum (acima de 5 horas) e pós-prandial (até 5 horas após a refeição) pode ser feita para efeitos de investigação diagnóstica, visto que as etiologias são diferentes nesses dois grupos. Apesar disso, algumas causas de hipoglicemia podem ocorrer tanto em jejum quanto no período pós-prandial, como é o caso dos insulinomas.

Causas de hipoglicemia de jejum: hiperinsulinismo endógeno-persistente; hiperinsulinismo endógeno-transitório; factícia; drogas e álcool; insuficiência cardíaca, hepática ou renal; hipocortisolismo; insulinoma; erros inatos do metabolismo; nesidioblastose; infecções; paciente crítico e sepse; desnutrição grave; autoimune; tumores de célula não beta; pós-retirada de feocromocitoma; acidose láctica; síndrome de Reye; hiperplasia pancreatogênica não insulinoma (MARTINS *et al.*, 2017).

Causas de hipoglicemia pós prandial: alimentar/reactiva funcional; pós-gastrectomia; drogas; idiopática; hiperinsulinismo endógeno-persistente; erros inatos do metabolismo; nesidioblastose; hiperplasia pancreatogênica não insulinoma; insulinoma (MARTINS *et al.*, 2017).

Principais drogas relacionadas à hipoglicemia: quinolonas, insulina, pentamidina, betabloqueadores, secretagogos. Outras causas menos comuns: bloqueadores de canais de cálcio, quinina, salicilatos, sulfonamidas, haloperidol, inibidores da enzima conversora de angiotensina, álcool, anti-inflamatórios não esteroidais, análogos de somatostatina (MARTINS *et al.*, 2017).

A hipoglicemia em pacientes com DM está frequentemente associada a fatores de risco como como: doses altas de insulina, perda ou atraso de refeições, falta de compensação de carboidratos antes de atividade física, Ingestão de álcool, insuficiência renal, perda da contrarregulação hormonal (episódios mais graves).

- Sintomatologia:

Segundo Martins *et al.* (2017), os sintomas se dividem basicamente em adrenérgicos e neuroglicopênicos.

1- Adrenérgicos: Tremores, palpitações, ansiedade, excitação, sudorese, fome, parestesias.

2- Neuroglicopênicos: Comprometimento cognitivo, alterações de comportamento, alterações psicomotoras, convulsão e com (geralmente relacionados a níveis muito baixos de glicose).

Assim, a hipoglicemia em jejum é normalmente secundária a doenças orgânicas, manifestadas primordialmente por sintomas neuroglicopênicos. Por outro lado, a hipoglicemia pós-prandial normalmente ocorre por distúrbios funcionais que provocam sintomas autonômicos (MARTINS *et al.*, 2017).

No paciente sem diabetes, a ocorrência de sintomas neuroglicopênicos fornece evidência clinicamente convincente para investigação de patologia orgânica. O reconhecimento dos sintomas neuroglicopênicos em pacientes com diabetes, no entanto, pode levar ao autotratamento imediato (MARTINS *et al.*, 2017).

- Solicitação de exames

Segundo Martins *et al.* (2017), o Diabetes mellitus é a causa mais comum de hipoglicemia. Nesses pacientes é importante estabelecer o fator causal da hipoglicemia, sendo recomendada a dosagem de função renal, eletrólitos e considerar outros exames, dependendo de fatores associados.

Em pacientes não diabéticos, uma investigação mais aprofundada é necessária. Se os pacientes forem aparentemente doentes, os exames são dependentes da etiologia suspeitada, mas devem incluir função hepática e renal, eletrólitos, cortisol, peptídeo C e insulina. Em pacientes com suspeita de insulinoma, pode-se realizar o teste de jejum prolongado. Se o paciente chega ao DE com hipoglicemia, não é necessário, e deve-se colher insulina e peptídeo C. Na suspeita de hipoglicemia factícia, a dosagem de sulfonilureias pode descartar hipoglicemia por uso de hipoglicemiantes. A hipoglicemia secundária a insulina exógena cursa com peptídeo C suprimido, ao contrário do insulinoma e hipoglicemia secundária a sulfonilureias (MARTINS *et al.*, 2017).

Em pacientes nos quais a tríade de Whipple é documentada, devemos fazer as seguintes dosagens plasmáticas no momento da suspeita de hipoglicemia: glicose, insulina, peptídeo C, beta-hidroxibutirato (BHOH), pró-insulina, dosagem de sulfonilureias e glinidas e cortisol. Entretanto, a interpretação dos dados somente terá valor diagnóstico se a dosagem de glicose for <45 mg/dL na mesma amostra de sangue em que foram colhidos os outros exames diagnósticos (MARTINS et al., 2017).

Quadro 10: Exames laboratoriais e as principais causas de hipoglicemia

	Insulina	Peptídeo C	Pró-insulina	Insulina/pró-insulina	Insulina/glicose	Insulina: peptídeo C
Normais	NL	NL	NL	5-6:1		1:1
Insulinoma	↑ < 100	↑	↑	1:1	> 0,3	
Insulina	↑ > 100	↓	↓	↑	↑	↑
Sulfonilureias	↑	↑	NL	10:1	↑	NL
Anticorpo anti-insulina	↑ > 100 até > 1.000	↓	↑			
Nesidioblastose	↑ < 100	↑	↑	1:1	> 0,3	

Fonte: Martins *et al.*, 2017.

Pacientes com qualquer alteração neurológica na emergência, mesmo com déficits focais, devem ter como uma de suas prioridades a medida da glicemia capilar para descartar primariamente hipoglicemia. A dosagem do peptídeo C é fundamental para auxiliar no diagnóstico diferencial entre hipoglicemia factícia por uso de insulina (peptídeo C reduzido) e insulinoma (peptídeo C elevado) (MARTINS et al., 2017).

- Tratamento

Segundo Martins *et al.* (2017), deve ser realizada a reposição de glicose após ser confirmada a hipoglicemia. O esquema é infundir 60 a 100 mL de glicose a 50% IV. Em pacientes sem acesso venoso, pode-se utilizar o Glucagon IM (1,0 a 2,0 mg). Entretanto tem efeito fugaz e ineficaz em uma segunda dose, pois ele depleta todo o estoque de glicogênio hepático. Além disso, se a hipoglicemia for pouco sintomática, pode-

se tentar glicose pela via oral, por meio da ingestão de algum carboidrato de rápida absorção.

Ademais, o uso de tiamina é importante em pacientes desnutridos, hepatopatas ou etilistas. Deve-se prescrever 300 mg de tiamina (IM/IV) associada à glicose para evitar o desenvolvimento da encefalopatia aguda de Wernicke (tríade de confusão mental, oftalmoplegia e ataxia). A Dose inicial é de 300 a 500 mg de tiamina (ampola contém 100 mg), IV ou IM, juntamente com a glicose. A dose de manutenção é 100 mg a cada 8 horas, IV (MARTINS et al., 2017).

3.7.4 Discussão sobre o manejo e adequação aos protocolos de atendimento

A paciente deu entrada na UPA Walter às 12 horas e 45 minutos. Logo que a paciente chegou, como estava sonolenta e um pouco confusa, a anamnese foi coletada com o filho que estava a acompanhando, pois ele presenciou o momento do incidente. Os técnicos de enfermagem informaram o resultado do HGT, que era 50. Nesse mesmo momento foi realizado um eletrocardiograma e coleta de sangue para exames laboratoriais. O médico prescreveu, então, glicose 50% para a paciente. O padrão hemodinâmico e neurológico eram avaliados constantemente, bem como os sinais vitais.

Durante a tarde, a paciente evoluiu com melhora significativa dos sintomas iniciais, permanecendo assintomática e sem queixas. Não houve alterações significativas nos exames laboratoriais. Dessa forma, às 19 horas e 30 minutos, devido à normalidade dos índices glicêmicos e a melhora sintomática, a paciente recebeu alta e foi orientada a retornar na UPA caso os sintomas reaparecessem. Além disso, a paciente foi orientada a ter uma alimentação adequada, equilibrada e se alimentar, pelo menos, com três refeições diárias.

Em casos de sonolência, a primeira coisa a se fazer é aferir os sinais vitais e descartar hipoglicemia. No caso dela, a hipoglicemia foi confirmada e foi rapidamente tratada, sendo que a paciente evoluiu com melhora após receber a medicação. Além disso, foi realizado um eletrocardiograma, uma radiografia de tórax e foram solicitados exames laboratoriais, incluindo troponinas, para descartar outras causas que pudessem estar causando os sintomas apresentados.

Não foram realizados outros exames de imagem, como a tomografia computadorizada pois não houve traumatismo craniano e a paciente não evoluiu com

êmese e nem sintomas de um acidente vascular encefálico, como desvio de rima labial, diminuição da força muscular ou perda da sensibilidade tátil ou alterações oculares.

Nenhuma outra anormalidade no exame físico ou nos exames complementares foi encontrada e a paciente melhorou e evoluiu bem, ganhando alta no mesmo dia, com receita de sintomáticos. Concluo, então, que o caso dessa paciente foi bem manejado, a paciente ficou todo o período sendo monitorizada e recebendo cuidados e atenção necessária.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho possibilitou a abordagem da legislação sobre a rede nacional de atenção às urgências do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os estágios nos locais de prática permitiram uma melhor compreensão de como funciona a rede de atendimentos, encaminhamentos e referências de patologias que necessitam de intervenção rápida e imediata em Foz do Iguaçu. Nessa cidade, essa rede de cuidado é articulada e integrada, proporcionando, na maioria das vezes, um atendimento rápido, resolutivo e humanizado para os iguaçuenses, turistas e moradores da nona regional de saúde.

Ademais, o contato com diferentes pacientes e casos clínicos possibilitou o conhecimento de diversas patologias e a oportunidade da discussão do manejo correto sobre elas, bem como o raciocínio clínico. Desse modo, o aluno é estimulado a refletir e a buscar informações científicas na literatura visando a consolidação do conhecimento. Nesse sentido, esse trabalho apresentou e discutiu alguns casos clínicos que tivemos contato durante o estágio curricular obrigatório do Módulo de Urgência e emergência do SUS.

Os campos de prática foram as Unidades de Pronto Atendimento João Samek e Dr. Walter Cavalcante Barbosa, bem como o Pronto Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, de Foz do Iguaçu, durante os meses de agosto a dezembro de 2021, sendo totalizados 42 plantões de 12 horas e um plantão de 6 horas. Durante o período do estágio, foi possível notar uma evolução positiva da acadêmica no que diz respeito ao raciocínio clínico, abordagem de queixas e patologias dos pacientes, prescrição medicamentosas, bem como sobre o funcionamento e a organização da rede de urgência e emergência de Foz do Iguaçu.

Dessa forma, essa monografia constitui-se como ferramenta importante no auxílio da compreensão da rede de urgência e emergência de Foz do Iguaçu, bem como ampara a solidificação de conhecimentos e de protocolos de atendimento e manejo de doenças que necessitam de abordagem rápida e precisa. Nesse prisma, é possível verificar que os objetivos esperados e as habilidades a ser atingidas e adquiridas com a execução do módulo foram alcançados e cumpridos.

REFERÊNCIAS

ANELE, Uzoma A. et al. **How I treat priapism**. Blood Journal, v. 23, n. 125, p. 3551-3558, mar. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4458797/> . Acesso em: 06/12/2021.

BARBOSA, Marcos Antônio. **Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência**. São Luís, 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2435/1/UNIDADE_4.pdf . Acesso em: 06/12/2021.

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. 84 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf . Acesso em: 20/09/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília, Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-peg-de-risco> . Acesso em: 05/12/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Normas técnicas de profilaxia da raiva humana. Primeira edição revisada**. Brasília, 2014. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/19/Normas-tecnicas-profilaxia-raiva.pdf> . Acesso em: 01/12/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em Saúde**. Terceira edição. Brasília, 2019. Acesso em: 01/12/2021. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf> . Acesso em: 01/12/2021.

BRASIL. **Resolução CFM nº 2.079/14**, disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2079.pdf> . Acesso em: 03/12/2021.

CHERIAN, J et al. **Medical and surgical management of priapism**. Postgraduate Medical Journal, [s. l], v. 964, n. 82, p. 89-94, fev. 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2596691/> . Acesso em: 06/12/2021.

CHIEW, Angela L et al. **Updated guidelines for the management of paracetamol poisoning in Australia and New Zealand**. Medical Journal of Australia, [S.L.], v. 212, n. 4, p. 175-183, dez. 2019. AMPCo. <http://dx.doi.org/10.5694/mja2.50428>. Disponível em: https://www.aci.health.nsw.gov.au/data/assets/pdf_file/0005/558527/Guidelines-for-management-of-paracetamol-poisoning-2019.pdf . Acesso em: 18/11/2021.

JAMES, Barry; BARRY, Kelly. **The abdominal radiograph**. The Ulster medical journal vol. 82,3.2013. pág. 179-187. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3913410/> . Acesso em: 04/11/2021.

HANNAN, Enda; SAAD, Eltaib; TOOMEY, Desmond; HOASHI, Shu. **The clinical dilemma of the persistent idiopathic pneumoperitoneum: A case report**. International Journal of Surgery Case Reports, [s. l], v. 63, p. 10-12, 2019. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6734534/> . Acesso em: 05/12/2021.

LONG, Brit; ROBERTSON, Jennifer; KOYFMAN, Alex. **Emergency Medicine Evaluation and Management of Small Bowel Obstruction: evidence-based recommendations**.

The Journal Of Emergency Medicine, [S.L.], v. 56, n. 2, p. 166-176, fev. 2019. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2018.10.024>. Disponível em: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2018.10.024> . Acesso em 06/12/2021.

MAKKI, Ahmed M. **The Pattern of Causes of Pneumoperitoneum-induced Peritonitis: Results of an Empirical Study**. The Journal of Microscopy & Ultrastructure, [s. l], v. 5, n. 1, p. 28-31, maio 2016. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6014263/> . Acesso em: 05 dez. 2021.

MALIK, Talia F.; GNANAPANDITHAN, Karthik; SINGH, Kevin. **Peptic Ulcer Disease: continuing education activity**. Statpearls, jul. 2021. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534792/> . Acesso em: 04/12/2021.

MARTINS, Herlon Saraiva et al. **Medicina de Emergência: revisão rápida**. Barueri, São Paulo: Editora Malone, 2017.

MORGAN, Marina; PALMER, John. **Dog bites**. Bmj, [S.L.], v. 334, n. 7590, p. 413-417, 22 fev. 2007. BMJ. Acessado em: 01/12/2021. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1804160/> . Acesso em: 07/12/2021.

RAUT; Abhijit; NAPHADE, Prashant; MAHESHWARI, Sharad. **Abdominal radiograph**. J Gastrointestinal Abdominal Radiol. ISGAR. Índia. 2020. Disponível em:

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0040-1701327#references> . Acesso em: 04/11/2021.

ROTHER, Karin; TSOKOS, Michael; HANDRICK, Werner. **Animal and Human Bite Wounds**. Deutsches Aerzteblatt Online, [S.L.], 19 jun. 2015. Deutscher Arzte-Verlag GmbH. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4558873/> . Acesso em: 01/12/2021.

RUI-FENG, Chen; LI-SONG, Huang; JI-BO, Zheng; LI-QIU, Wang. **Emergency treatment on facial laceration of dog bite wounds with immediate primary closure: a prospective randomized trial study**. BMC Emergency Medicine, [S.L.], v. 13, n. 1, jul. 2013. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3701467/> . Acesso em: 01/12/2021.

SHIGEHARA, Kazuyoshi; NAMIKI, Mikio. **Clinical Management of Priapism: A Review**. The World Journal Of Mens Health, v. 1, n. 34, p. 1-8, abr. 2016. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4853765/> . Acesso em: 06/12/2021.

SUREKA, Binit; BANSAL, Kalpana; ARORA, Ankur. **Pneumoperitoneum: What to look**

for in a radiograph? Journal of Family Medicine and Primary Care, [s. l.], v. 4, jul. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4535122/> . Acesso em: 05/12/2021.

TAN, Andrew; ROUSE, Michael; KEW, Natalie; QIN, Sharon; LAPAGLIA, Domenic; PHAM, Toan. **The appropriateness of ceftriaxone and metronidazole as empirical therapy in managing complicated intra-abdominal infection—experience from Western Health, Australia.** PeerJ, [S.L.], v. 6, 15 ago. 2018. PeerJ. <http://dx.doi.org/10.7717/peerj.5383>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6098677/> . Acesso em: 27/10/ 2021.

THIBAUT, Louis-Philippe; ROUSSEAU, Elizabeth. **Dog bites.** Canadian Medical Association Journal, [S.L.], v. 190, n. 4, p. 113-113, 28 jan. 2018. CMA Joule Inc. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.170684>. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5790559/#_sec3title . Acessado em: 01/12/2021.

VELASCO, Irineu Tadeu et al. **Medicina de Emergência: abordagem prática.** 14. ed. Barueri (Sp): Editora Manole, 2020. 1776 p.