



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

**CURSO DE MEDICINA**

**YVES ADRIAN SILVA SALDIVAR**

**INTERNATO MÉDICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS:**

Relatório sobre as vivências no contexto hospitalar em urgência e emergência do curso de medicina em Foz de Iguaçu-PR

Foz do Iguaçu  
2022

YVES ADRIAN SILVA SALDIVAR

**INTERNATO MÉDICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS:**  
Relatório sobre as vivências no contexto hospitalar em urgência e emergência do  
curso de medicina em Foz de Iguaçu-PR

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

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Me. Me. Rosana Álvarez Callejas

Foz do Iguaçu  
2022

YVES ADRIAN SILVA SALDIVAR

INTERNATO MÉDICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS:  
Relatório sobre as vivências no contexto hospitalar em urgência e emergência do  
curso de medicina em Foz de Iguaçu-PR

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Me. Rosana Álvarez Callejas

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Me. Rosana Álvarez Callejas  
UNILA

---

Prof<sup>a</sup>. Me. Flávia Julyana Pina Trench  
UNILA

---

Prof. Dr. Flavio Luiz Tavares  
UNILA

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

## TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

**Nome completo da autora:** Yves Adrian Silva Saldivar

**Curso:** Medicina

**Documento de identificação** (RG, CPF, Passaporte, etc.): G119247-2

**E-mail:** yvesadrian1996@gmail.com **Fone:** 45991460996

### 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 Médico em Urgência e Emergência do SUS  
Relatório sobre as vivências no contexto hospitalar em urgência e emergência do curso de medicina em Foz de Iguaçu-PR

**Nome da orientadora:** Rosana Álvarez Callejas

**Data da Defesa:** \_\_\_\_/12/2022

### Licença não exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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

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

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

---

Assinatura do Responsável

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a minha grande família, pelo esforço extraordinário que estão fazendo para me ver cumprindo o meu sonho de ser Médico, eles são a Sra Evelin Saldivar, o Sr Nery Silva e meus irmãos, Fernando, Yessica e Nestor Silva, eles são e foram os meus maiores pilares, tenho um grande carinho por eles.

Também queria agradecer a minha orientadora, por aceitar este desafio comigo, juntos otimizamos, e corrigimos este trabalho para representar de um jeito mais fácil como foram as vivências durante o internato em Urgência e Emergência no SUS.

Aos membros da banca, que são meus excelentíssimos professores, pelo apoio, paciência e principalmente todos os aprendizados, fundamentais para minha formação individual e profissional.

Aos meus colegas de curso e professores que foram essenciais para construir conhecimentos e desenvolver habilidades durante todo esse tempo compartilhado.

Por último, um agradecimento especial para minha namorada, que sempre esteve ao meu lado, sendo muito importante para mantermos juntos uma rotina de estudos, e compartilhar momentos incríveis nesta etapa da vida.

SILVA, Y. A. S. **Internato Médico em Urgência e Emergência do SUS**: Relatório sobre as vivências no contexto hospitalar em urgência e emergência do curso de medicina em Foz de Iguaçu-PR. 2022. #. Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

## RESUMO

As situações que requerem atendimento imediato, emergente, vem aumentando drasticamente, temos como exemplo principalmente as doenças cardiovasculares, neurológicas, pulmonares e os acidentes de trânsito, isso se torna um problema para a saúde pública. Este presente trabalho tem como objetivo relatar as vivências no cenário de Urgência e Emergência durante internato, descrever as atividades realizadas, e narrar brevemente sobre alguns aspectos éticos muito importantes no desenvolvimento médico. A Rede de Urgência e Emergência (RUE) do SUS é sumamente importante porque facilita a classificação e atenção adequada do paciente tendo em consideração a sua gravidade. Os estágios de Urgência e Emergência do internato de Medicina da UNILA foram feitos no Complexo Hospitalar Municipal Pronto Atendimento 24H São Miguel de Iguaçu, UPA João Samek, UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa e no Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Contudo, foram selecionados 10 casos clínicos verdadeiros para a realização do relatório, e posterior discussão dos casos, sendo muito interessante para entender melhor a epidemiologia, mecanismo fisiopatológicos e tratamento das doenças que mais aparecem e se encontram na urgência. Foi possível no período de estágio reconhecer algumas carências éticas, mas também foi possível desenvolver habilidades para poder lutar contra isso, o trabalho traz uma discussão sobre essas ocorrências e o que podemos fazer ante essa situação. Para finalizar temos que ressaltar que é um texto reflexivo sobre as distintas áreas onde foi realizado o estágio.

**Palavras-chave:** Medicina; Internato; Rede de urgências e emergências; SUS.

SILVA, Y. A. S. **Medical Internship in Urgency and Emergency of the SUS:** Report on the experiences in the hospital context in urgency and emergency of the medical course in Foz de Iguaçu-PR. 2022. #. Medical Course Completion Work – Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguaçu, 2022.

### **ABSTRACT**

Situations that require immediate, emergent care have been increasing dramatically, we have as an example mainly cardiovascular, neurological, pulmonary diseases and traffic accidents, this becomes a problem for public health. This present work aims to report the experiences in the Urgency and Emergency scenario during internship, describe the activities carried out, and briefly narrate about some very important ethical aspects in medical development. The Urgency and Emergency Network (RUE) of the SUS is extremely important because it facilitates the classification and adequate care of the patient, taking into account their severity. The Urgency and Emergency Internships at the UNILA Medical Internship were carried out at the Complexo Hospitalar Municipal Pronto atendimento 24H São Miguel de Iguaçu, UPA João Samek, UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa and at the Padre Germano Lauck Municipal Hospital. However, 10 real clinical cases were selected for the report, and subsequent discussion of the cases, being very interesting to better understand the epidemiology, pathophysiological mechanisms and treatment of the diseases that most appear and are found in the emergency room. It was possible during the internship period to recognize some ethical shortcomings, but it was also possible to develop skills to be able to fight against it, the work brings a discussion about these occurrences and what we can do in this situation. Finally, we must emphasize that it is a reflective text on the different areas where the internship was carried out.

**Key-words:** Internship; Urgency and Emergency; SUS.

SILVA, Y. A. S. **Internado Médico en Urgencias y Emergencias**: Informe sobre las experiencias en el contexto hospitalario en urgencia y emergencia del curso de medicina en Foz de Iguaçu-PR. 2022. #. Trabajo de Finalización de Curso de Medicina – Universidad Federal de la Integración Latinoamericana, Foz do Iguaçu, 2022.

## RESUMEN

Las situaciones que requieren atención inmediata, de emergencia se han ido incrementando dramáticamente, tenemos como ejemplo principalmente enfermedades cardiovasculares, neurológicas, pulmonares y accidentes de tránsito, esto se convierte en un problema para la salud pública. El presente trabajo tiene como objetivo relatar las experiencias en el escenario de Urgencias y Emergencias durante el internado, describir las actividades realizadas y narrar brevemente sobre algunos aspectos éticos muy importantes en el desarrollo médico. La Red de Urgencias y Emergencias (RUE) del SUS es de suma importancia porque facilita la clasificación y atención adecuada del paciente, teniendo en cuenta su gravedad. Los Internados de Urgencia y Emergencia del Internado Médico de la UNILA se realizaron en el Complejo Hospitalar Municipal Pronto atendimento 24H São Miguel de Iguaçu, UPA João Samek, UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa y en el Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Sin embargo, se seleccionaron 10 casos clínicos reales para el reporte, y posterior discusión de los casos, siendo muy interesante para conocer mejor la epidemiología, mecanismos fisiopatológicos y tratamiento de las enfermedades que más se presentan y se encuentran en urgencias. Durante el período de pasantía, fue posible reconocer algunas deficiencias éticas, pero también fue posible desarrollar habilidades para poder luchar contra eso, el trabajo trae una discusión sobre estos hechos y lo que podemos hacer en esta situación. Finalmente, hay que destacar que se trata de un texto reflexivo sobre los diferentes espacios donde se realizó la pasantía.

**Palabras-clave:** Medicina; internado; Red de urgencia y emergencia; SUS.

SILVA, Y. A. S. **Prática Médica en Urgencia y Emergencia del SUS:** Marandu umi experiencia oíva contexto hospitalario-pe urgencia ha emergencia curso médico Foz de Iguazu-PR-pe. 2022. #. Tembiapo Mbo'esyry Pohãnohára Ñemohu'ã rehegua – Universidad Federal de Integración Latinoamericana, Foz do Iguazu, 2022.

## MOMBYKY

Umi situación oikotevêva atención pya'e, emergente tuicha ojupi ohóvo, jaguereko techapyrã ramo principalmente mba'asy cardiovascular, neurológica, pulmonar ha accidente de tránsito, pévaguí oiko peteî problema salud pública-pe guarã. Ko tembiapo ko'ágãgua hembipotápe oime omombe'u umi mba'e ojehasáva escenario de Urgencia ha Emergencia-pe pasantía jave, omombe'u umi tembiapo ojejapóva ha omombe'u mbykymi algunos aspectos éticos iñimportantetereíva desarrollo médico-pe. Red de Urgencia y Emergencia (RUE) SUS-pegua tuicha mba'e ombohapégui clasificación ha atención adecuada paciente rehe, ojejukógui en cuenta mba'éichapa hasy. Umi Práctica de Urgencia ha Emergencia Práctica Médica UNILA-pe oñemotenonde Complexo Hospitalar Municipal Pronto atendimento 24H São Miguel de Iguazu, UPA João Samek, UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa ha Hospital Municipal Padre Germano Lauck-pe. Ha katu ojeoporavo 10 káso clínico añeteguáva marandurã, ha upéi oñeñe'ẽ umi káso rehe, iñinteresantetereíva oñentende porãve haguã epidemiología, mecanismo fisiopatológico ha tratamiento umi mba'asy ojehechavéva ha ojejuhúva sala de urgencia-pe. Ikatu kuri periodo de pasantías ojehechakuaa oíha deficiencia ética, pero ikatu avei oñemoakãrapu'ã katupyry ikatu haguã oñorãirõ hese, tembiapo ogueru ñomongeta ko'ã mba'e oikóva rehe ha mba'épa ikatu jajapo ko situación-pe. Ipahápe, ñamomba'eva'erã ha'eha peteî texto reflexivo umi área iñambuéva ojejapo haguépe pasantía.

**Ñe'ẽ tenondegua:** Pohã; internado-pegua; Red urgente ha emergencia rehegua; SUS rehegua.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATLS	Suporte Avançado de Vida no Trauma
AVC	Acidente Cérebro Vascular
BIC	Bomba de infusão contínua
BNF	Bulhas normofonéticas
CAD	Cetoacidose diabética
DVA	Droga Vasoativa
ECG – Neurológico	Escala de Coma de Glasgow
ECG – Cardíaco	Eletrocardiograma
EHH	Estado hiperglicêmico hiperosmolar
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcante
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
HPP	História Patológica pregressa
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ID	Identificação
IOT	Intubação orotraqueal
ITU	Infecção do Trato Urinário
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membros Superiores
MV	Murmulho vesicular
PCR	Parada cardiorrespiratória
RHA	Ruídos Hidroaéreos
RUE	Rede de Urgência e emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SMI	São Miguel do Iguaçu
SNC	Sistema Nervoso Central
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Ilustração 1.</b> Radiografia de tórax 04/07: .....	47
<b>Ilustração 2.</b> Tomografia de tórax 04/07 .....	47
<b>Ilustração 3.</b> Manobra de Valsava Modificada .....	58
<b>Ilustração 4.</b> Fluxograma de taquicardia com pulso.....	58
<b>Ilustração 5.</b> TC de crânio do paciente .....	60
<b>Ilustração 6.</b> Classificação de TCE .....	63
<b>Ilustração 7.</b> Local de punção .....	69

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Estabelecimentos públicos que assistem os agravos em Foz do Iguaçu..	21
<b>Tabela 2.</b> Correção da hiperglicemia segundo o protocolo.....	31
<b>Tabela 3.</b> Mnemotecnica MONABICHE.....	54

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	15
2	DESENVOLVIMENTO .....	16
2.1.	Rede de Urgências e Emergência .....	16
2.1.1.	Funcionamento do serviço de regulação em Foz de Iguaçu- PR	18
2.1.2.	Funcionamento do serviço de regulação em São Miguel do Iguaçu	21
2.2.	Casos Clínicos .....	23
2.2.1.	CASO 1	23
2.2.1.1.	Anamnese .....	23
2.2.1.2.	Exame físico .....	23
2.2.1.3.	Diagnósticos .....	24
2.2.1.4.	Exame complementar.....	24
2.2.1.5.	Conduta Inicial.....	25
2.2.1.6.	Discussão .....	25
2.2.2.	Caso 2	28
2.2.2.1.	Anamnese .....	28
2.2.2.2.	Exame físico .....	29
2.2.2.3.	Diagnósticos .....	29
2.2.2.4.	Exames complementares .....	30
2.2.2.5.	Conduta .....	30
2.2.2.6.	Discussão .....	30
2.2.3.	Caso 3	32
2.2.3.1.	Anamnese .....	32
2.2.3.2.	Exame físico .....	32
2.2.3.3.	Diagnóstico.....	32
2.2.3.4.	Exame complementares .....	33
2.2.3.5.	Conduta .....	33
2.2.3.6.	Discussão .....	33
2.2.4.	Caso 4	36
2.2.4.1.	Anamnese .....	36
2.2.4.2.	Exame físico .....	36
2.2.4.3.	Diagnóstico.....	37
2.2.4.4.	Exames complementar .....	37

2.2.4.5.	Conduta.....	37
2.2.4.6.	Discussão.....	37
2.2.5.	Caso 5	39
2.2.5.1.	Anamnese.....	39
2.2.5.2.	Exame físico.....	40
2.2.5.3.	Diagnósticos.....	40
2.2.5.4.	Exame complementares.....	40
2.2.5.5.	Conduta.....	40
2.2.5.6.	Discussão.....	41
2.2.6.	Caso 6	42
2.2.6.1.	Anamnese.....	42
2.2.6.2.	Exame físico.....	43
2.2.6.3.	Diagnósticos.....	43
2.2.6.4.	Exame complementar.....	43
2.2.6.5.	Conduta.....	44
2.2.6.6.	Discussão.....	44
2.2.7.	Caso 7	46
2.2.7.1.	Anamnese.....	46
2.2.7.2.	Exame físico.....	46
2.2.7.3.	Diagnóstico.....	46
2.2.7.4.	Exames complementares.....	47
2.2.7.5.	Conduta.....	48
2.2.7.6.	Discussão.....	48
2.2.8.	Caso 8	50
2.2.8.1.	Anamnese.....	50
2.2.8.2.	Exame físico.....	50
2.2.8.3.	Diagnóstico.....	51
2.2.8.4.	Exame complementar.....	51
2.2.8.5.	Conduta.....	51
2.2.8.6.	Discussão.....	51
2.2.9.	Caso 9	55
2.2.9.1.	Anamnese.....	55
2.2.9.2.	Exame físico.....	55
2.2.9.3.	Diagnóstico.....	55

2.2.9.4.	Exame complementares.....	56
2.2.9.5.	Conduta.....	56
2.2.9.6.	Discussão.....	56
2.2.10.	Caso 10	59
2.2.10.1.	Anamnese.....	59
2.2.10.2.	Exame físico.....	59
2.2.10.3.	Diagnostico.....	59
2.2.10.4.	Conduta inicial.....	60
2.2.10.5.	Conduta após de radiografia de crânio.....	60
2.2.10.6.	Exame complementar.....	60
2.2.10.7.	Discussão.....	61
2.3.	Relato vivencial do aluno e sua experiência pessoal no internato de Urgência e Emergência do SUS.....	64
2.4.	Procedimentos.....	67
2.4.1.	São Miguel do Iguaçu	67
2.4.1.1.	Sutura	67
2.4.1.2.	Paracentese.....	68
2.4.1.3.	IOT “Primeira vez entubando”.....	69
2.4.1.4.	Cardioversão química com Adenosina.....	70
2.4.2.	HMPGL	71
2.4.3.	UPA João Samek	71
2.4.4.	UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa	72
2.5.	SUGESTOES PARA MELHORA DO SISTEMA – OS SERVIÇOS DO PRONTO SOCORRO DO HMPGL, UPA JOÃO SAMEK, UPA DR. WALTER CAVALCANTE BARBOSA, PRONTO SOCORRO DE SÃO MIGUEL E SAMU FOZ DO IGUAÇU E SÃO MIGUEL.....	72
2.6.	CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA.....	73
	REFERÊNCIAS.....	76

## 1 INTRODUÇÃO

O internato em Urgências e Emergências do SUS é uma etapa muito importante e fundamental, é um módulo de construção de muito conhecimento que são indispensáveis na formação de um médico. Realizado em diferentes cenários de Foz do Iguaçu e São Miguel de Iguaçu, possibilita ao aluno ter pratica direta demonstrando conhecimentos adquiridos nos primeiros anos da faculdade e colocando em prática habilidades técnicas vendo a realidade das cidades.

Este relatório descreve as vivências nos ambientes hospitalares durante o módulo, e ainda representa o nosso aproveitamento dos plantões nos diferentes campos de estágios. Tem a descrição de 10 casos clínicos com sua respectiva discussão crítica que foram encontrados ao longo do módulo.

Contém também informação de como está estruturada e organizada a rede de urgência e emergência uma comparativa do que seria o ideal e o que realmente presenciamos em São Miguel do Iguaçu e Foz do Iguaçu.

O presente relatório demonstra todo o nosso desenvolvimento ao longo do módulo, as nossas dificuldades, as nossas conquistas e grandes aprendizados. Este material serve como método avaliativo do Módulo de Urgências e Emergências do SUS do internato da UNILA.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1. Rede de Urgências e Emergência

O Sistema Único de Saúde (SUS) em setembro vai completar 32 anos atuando no território brasileiro e desde então vem revolucionando a saúde, facilitando aos usuários de saúde o acesso e além disso proporcionando uma ótima qualidade de atendimento. Contudo, ainda vem apresentando obstáculos no contexto de pronto atendimento, pois as condições clínicas de urgência e emergência como acidentes, violências, doenças crônicas estão cada dia aumentando exponencialmente, isso se torna um desafio para o SUS. Para resolver esse problema o Ministério da Saúde (MS) elaborou a Portaria Número 1.600 do 7 de Julio De 2011.

A Portaria número 1.600 fala sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no Sistema Único de Saúde. A portaria mediante seu Art. 2, traz diretrizes que relatam como deveriam ser os atendimentos no contexto de urgências e emergências, fazem parte das diretrizes: a ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos, isso não significa que todos os usuários poderão ter a mesma prioridade para atendimento, para isso haverá uma classificação de risco que obedecerá ao tipo e gravidade do agravo ocorrido; outro ponto tem relação sobre os pilares do SUS como a universalidade, equidade e integralidade que também tem sua garantia dentro, a racionalização e humanização também garante a qualidade de atendimento, dando ao usuário uma articulação nas diversas redes de atendimento centrado na pessoa, a regionalização por sua vez é muito importante pois os casos emergentes e urgentes devem ser atendidos imediatamente ou podem aguardar um curto período de tempo, respectivamente, então a regionalização faz que os paciente que precisem de atenção imediata não tenham que esperar muito tempo e sejam encaminhados diretamente ao setor de emergência sem bloquear o fluxo, para isso existe um setor que é conservado só para urgências e emergências. A humanização também é um fator que deve existir em todas as redes, também a articulação e integração dos serviços e equipamentos de saúde, isto é, quando pacientes estão dentro de uma unidade básica e precisam de atenção em outra serviço mais especializado e mediante a falta de infraestrutura para conseguir atende-lo é transferido para a que tem mais ferramentas para aclarar o resolver o problema.

O Art. 3 explica a organização, no contexto da Urgência e Emergências, enuncia que esta rede tem que priorizar os cuidados cardiovasculares, cerebrovasculares e de traumatologia, isso tem relação direta aos equipamentos, elementos altamente tecnológicos que sustentam a gravidade desses quadros. Contudo isso, o Art. 4 menciona que a RUE, é constituído de 8 componentes, que são:

- I. Promoção, Prevenção, e Vigilância em saúde;
- II. Atenção Básica em saúde;
- III. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas centrais de regulação médica das urgências;
- IV. Sala de estabilização;
- V. Força Nacional de SUS;
- VI. Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e conjunto de serviços de urgência e emergência 24 horas;
- VII. Hospitalar; e
- VIII. Atenção domiciliar.

Toda essa organização tem como objetivo não retardar o atendimento num paciente que precise ajuda imediata, que se encontre em sofrimento ou as chances de óbito sejam altas. A existência da central de regulação médica é um serviço fundamental de funcionamento de 24 horas, composto por telefonistas auxiliares, médicos e rádio operadores, eles são encarregados de fazer a recepção ou dar o acolhimento das ligações feitas ao número público 192, diante uma ocorrência. Primeiramente o telefonista recebe a ligação, colhendo todos os dados do agravo e posteriormente passado ao médico regulador que vai ser o principal responsável de fazer a triagem e encaminhar o paciente para o seu respectivo local de atendimento, ele determina se tal ocorrência vai precisar de o médico ou se só vai precisar do deslocamento de outros profissionais como enfermeiros e técnicos de enfermagem. Para isso existe a USB (Unidade de Serviço Básico) que é uma ambulância preparada para atender pacientes menos graves que é principalmente composta por enfermeiros/as, técnicos de enfermagem e o motorista. Já a USA (Unidade de Atendimento Avançada) é uma ambulância composta especialmente por médico, enfermeiro e o motorista, a utilização da USA é determinada pelo médico da regulação para casos mais graves onde há risco de vida do paciente. Quando o paciente já

procurou por meios próprios uma unidade de atendimento básica ou intermediária, e se o estabelecimento não tem condições de segurar o paciente por falta de equipamentos, deverá ser acionado o SAMU e mediante a triagem do médico regulador vai ser transportado até o local mais propício para o tratamento definitivo, tal comunicação deverá ser feita pelo profissional de saúde (médico ou enfermeiro) quem realizou a triagem inicial e determinou que o paciente precisa de cuidados mais intensivos.

As emergências clínicas mais comuns são o IAM, síndrome respiratória, síncope/desmaio, acidente cerebrovascular, crises convulsivas, descompensação diabética, abdome agudo, etc., na maioria dos casos precisa de médico para dar suporte ao paciente.

Para emergências de tipo incêndios, acidentes de trânsito, afogamentos, queda de plano elevado, ferimentos por arma de fogo, explosões com vítimas, existem o atendimento imediato que é de 24 horas do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências ou corpo de bombeiros que é acionado pelo telefone 193, fazendo um trabalho integrado com os estabelecimentos de saúde.

#### 2.1.1. Funcionamento do serviço de regulação em Foz de Iguaçu- PR

Em Foz de Iguaçu a Central de Regulação Médica é uma equipe extremamente importante porque basicamente se encarrega de receber as ocorrências de toda a população da cidade e encaminhar para o serviço mais qualificado e com recursos suficientes para atender aquela demanda, podendo ser nos seguintes serviços públicos: UBSs, UPAs, Hospital Municipal Padre Germano Lauck e o estabelecimento privado Hospital Ministro Cavalcante.

Contudo, o usuário de saúde de Foz de Iguaçu pode acionar o serviço do SAMU de várias formas, desde o domicílio, desde um serviço de saúde básica ou intermediário e desde qualquer espaço público. Quando a pessoa entra em contato ao 192 desde o domicílio ou outro espaço público, o telefonista é quem faz o primeiro contato para aquele determinado agravo, recebendo toda informação que logo se necessário é passada ao médico regulador e ele é encarregado de julgar o local onde o paciente vai ser atendido e qual tipo de ambulância será necessária para o transporte do paciente, isso é feita em conjunto com o rádio operador. Esse paciente pode ser encaminhado para as UPAs e Hospitais de referência e isso vai depender

do tipo de agravo, gravidade e disponibilidade de vagas o médico regulador vai acompanhar desde o momento da saída da ambulância até a chegada ao destino final para tratamento definitivo, ele também é encarregado de avisar aos serviços de saúde o caso para que a equipe médica dentro dos hospitais esteja preparada para receber o paciente. A equipe de profissionais que foi para atender o caso é encarregada de avaliar o paciente e fazer a classificação de Manchester, que é uma escala de cores que é muito utilizada para determinar a gravidade do quadro. As cores e seus significados são **Vermelho**: Emergência; **Laranja**: Muito urgente; **Amarela**: Urgente; **Verde**: Pouco urgente; **Azul**: Não Urgente. Mas no contexto de Urgência e Emergência, temos que definir os principais conceitos, os casos de emergência são aqueles indivíduos que estão com risco de morte ou em condições de extrema gravidade e que precisam de intervenção imediata. Os muitos urgentes são casos um pouco menos graves que a emergência, mas precisam ser atendidos em no máximo 10 minutos, ou seja, podem aguardar um pouco, e os urgentes são ocorrência onde tem certo risco para o paciente, mas o atendimento não precisa ser imediato, podem aguardar até 60 minutos (RUE, ministério da saúde,2006). Contudo, quando há uma emergência e o hospital de referência não possui vaga para receber pacientes, o médico regulador tem o poder de adjudicar uma vaga no estabelecimento de saúde de referência para receber a emergência por meio de uma ferramenta chamada “vaga zero” que consiste em que o hospital de referência mesmo com a inexistência de vaga deverá atender o paciente pois se determinou que a vida dele está em perigo e precisa de atendimento imediato. Em Foz de Iguaçu presenciei algumas falhas na regulação médica, pois durante o estágio no Hospital, houveram dois casos onde presenciei que o paciente foi encaminhado por vaga zero e quando deu entrada ao serviço o paciente estava deambulando sem sinais de gravidade e fora de perigo de vida. Esses fatos mostram que ainda falta estabelecer critérios mais rígidos, e diante isso uma excelente ideia consiste na capacitação frequente dos profissionais que atuam na regulação, pois isso no momento atrapalhou muito o serviço visto que as salas de emergência estavam superlotadas, e diante a emergência vaga zero tiveram que remover alguns pacientes que estavam precisando de atendimento na emergência, causando estresse, esgotamento e irritação para toda a equipe do Hospital. Outro ponto interessante observado foi que nas UPAS muitas vezes chegam pacientes com desconforto torácico, típico de uma síndrome coronária aguda (SCA), onde o SAMU traz para a UPA por que não pode ir diretamente ao hospital de referência, pelos

protocolos internos que cada estabelecimento tem, como por exemplo, a realização de alguns exames como ECG e marcadores bioquímicos de IAM (Troponinas e CK MB). Só um ECG sugestivo a IAM, não basta para eles receberem o paciente, tem que acompanhar a curva das troponinas, caso sugerirem IAM, podem ser encaminhados para o Hospital, isso na minha visão é muito ruim, pois “tempo é vida”, “tempo é músculo cardíaco” e na realidade esses pacientes têm que receber atenção imediata no Hospital de referência porque se fosse realmente um IAM, no momento já será feito a terapia de reperfusão que reduz bastante a mortalidade comparados com aqueles que não receberam reperfusão nas primeiras 4 horas. Foi visto também que o transporte desses pacientes demora muito pois tem que fazer a regulação de novo, então acaba se perdendo muito tempo com tudo isso. Diante disso, existe a possibilidade de que aqueles pacientes que têm sinais e sintomas que são sugestivos a IAM, serem encaminhados direto ao Hospital de referência, flexibilizar os protocolos internos, e fazer um ECG dentro da ambulância.

Os pacientes podem procurar as UPAs por demanda espontânea, tendo que primeiramente passar por uma triagem, e então classificado pela escala de Manchester, tendo cada uma pulseira com suas respectivas cores, e sendo encaminhadas para o setor de atendimento segundo a gravidade, os pacientes que chegam nas UPAs por regulação do SAMU, a maioria deles chegam na sala vermelha, pois são pacientes que precisam de estabilização imediata pois corre risco de perder a vida, para isso o local possui uma sala altamente equipada com materiais suficientes para poder trabalhar e dar suporte necessário para os pacientes, dispõe de 4 leitos sendo um deles para pacientes que precisam de isolamentos. Os pacientes que foram estabilizados e não requerem mais de atendimentos emergentes devem ser transferidos para a sala amarela, onde vai continuar com o monitoramento contínuo, não devem ficar na sala vermelha ocupando esses leitos. Durante minha passagem pelas UPAs percebi que muitos pacientes que chegavam na sala vermelha com quadro clínico emergente, ficavam muito tempo na sala vermelha, mesmo já estável, ou seja, eles não precisavam mais de suporte respiratório ou cardiovascular, porém continuavam na sala de “estabilização”.

O HMPGL é um complexo hospitalar de portas fechadas, ou seja, a entrada das pessoas é feita pela regulação médica, são aqueles casos graves e onde o tratamento definitivo deverá ser feito exclusivamente no hospital. Quando os pacientes são estabilizados nas UPAs e precisam ser encaminhados ao hospital

municipal, desde o sistema do RP é solicitado vaga para o setor determinado podendo ser para clínica médica, psiquiatria, ortopedia, trauma/emergência, e internação de pediatria, quando é aceitado a vaga, o próprio hospital manda a ambulância para fazer o transporte do paciente.

No entanto, há pouco tempo foi implementado uma triagem dentro do hospital municipal feito por uma equipe composta por médico e enfermeiros, que seria para aquelas pessoas que procuram o hospital por demanda própria, em casos urgentes ou muitos urgentes o médico pode decidir a internação dos pacientes para resolução do agravo. Na minha percepção isso foi uma boa implementação pois configura outra forma de acesso a estabelecimento de saúde e garante um atendimento precoce a pacientes que realmente estão em sofrimento, demonstrando empatia ao paciente e alto grau de humanidade.

**Tabela 1.** Estabelecimentos públicos que assistem os agravos em Foz do Iguaçu

Tipo de agravo	UPAs	HMPGL	HMCC
Abdominal/ Gastrointestinal	*	*R	-
Cardiologia	*	*	*R
Cirurgia/Ortopedia	-	*R	*
Ginecologia e Obstetrícia	*	*	*R
Neurológico	*	*R	-
Oncologia	-	*	*R
Pediatria	*	*R	*R
Psiquiatria	*	*R	-
Pulmonar	*	*	-
Traumatismo	*	*R	-

**Explicação:** \*Local que atende as doenças urgentes e emergentes.  
\*R: Local de referência para atendimentos urgentes e emergentes.

Fonte: Autor

### 2.1.2. Funcionamento do serviço de regulação em São Miguel do Iguaçu

Durante o meu estágio no Complexo Hospitalar de São Miguel que foi meu primeiro rodízio de UE, consegui compreender a estruturação de um Pronto Atendimento, conseqüentemente o hospital tem 5 divisões que são os consultórios (Verde), a sala de internação (Amarela), a sala de estabilização (Vermelha) o Centro Cirúrgico e a Maternidade. Teve a oportunidade de conhecer cada setor e as suas respectivas equipes, consegui fazer atendimentos em consultórios sob supervisão dos médicos de plantão para desobstruir o fluxo devido à grande demanda , consegui

também acompanhar aos pacientes da observação e realmente há grande fluxo, havendo muitos casos clínicos interessantes, como DPOC, ICC, Pneumonia, bronquite moderada em criança, tuberculose, AVC, taquicardia supraventricular estável, pancreatite, entre outros, mas o que mais me chamou a atenção é a quantidade de pacientes que procuram atendimento lá por padecer de neoplasias já diagnósticas mas procuram atendimento para maior conforto. Contudo, o mais agradável foi a discussão de caso com os médicos, onde tive muita clareza sobre muitas condutas que foram tomadas diante cada paciente, e já sabendo isso foi mais fácil procurar na literatura e comparar se realmente aquelas condutas eram as melhores, foi sensacional. Entretanto, a melhor experiência foi na sala vermelha, por que desde muito cedo consegui me familiarizar com o sistema de atendimento e a confiança da equipe médica, enfermagem e técnicos do Hospital, todos os procedimentos praticamente foram destinados aos internos e ensinadas detalhadamente que em conjunto com o conhecimento prévio foi muito bem aproveitada. Consegui fazer várias suturas, paracenteses, sonda vesical de demora, acesso venoso periférico, cardioversão química, e a minha primeira intubação que foi muito boa porque além de estar sabendo a teoria e as técnicas, manteve a tranquilidade e estava com muita confiança, conseqüentemente o procedimento foi feito com sucesso.

O Hospital de São Miguel possui uma sala vermelha com 3 leitos sendo um leito em isolamento, como não possui UTI o paciente quando for estabilizado tem que ser derivado para os Hospitais que possuem estrutura de terapia intensiva para poder manter o paciente.

Então os pacientes podem ser transferidos para Foz de Iguaçu ou para Cascavel. Em casos urgentes e/ou emergentes o encaminhamento é feito pela regulação médica do SAMU, onde o médico de plantão chama ao 192 e relata o caso para o médico regulador e diante da gravidade do quadro ou a disponibilidade de vaga deve encaminhar o paciente para o serviço de referência. Para casos não urgentes existe o Sistema de Gestão Hospitalar e Ambulatorial do SUS, que é um sistema multi hospitalar que estabelece serviço de assistência de saúde, procura leitos e até consulta com especialistas, porém possui vários requisitos e isso acaba com a demora do serviço por isso não é utilizado diante uma emergência. O GSUS vai determinar se o paciente vai ser transferido para cidades como Cascavel, Curitiba, Foz de Iguaçu, etc.

## 2.2. Casos Clínicos

### 2.2.1. CASO 1

#### 2.2.1.1. Anamnese

**Data de entrada:** 19/05/2022 12:00

**Identificação:** L.B.M, masculino, 18 anos

**Queixa Principal:** Perda de força nos membros inferiores

**História da Moléstia Atual:** Paciente jovem sem comorbidades prévias, inicia no dia 08/05 com mal estar geral, máculas dispersas pelo corpo e febre, motivo pelo qual foi até a UBS e foi constatado quadro de dengue, pela clínica e prova do laço positivo segundo o pai. Medicado com sintomáticos, ambroxol e hidratação com sais minerais via ambulatorial. Se manteve em repouso no domicílio durante aproximadamente 1 semana. Retornou a suas atividades no dia 16/05, porém apresentando dores em membros inferiores, intensas, generalizadas, com o passar das horas com perda de força nos membros. Foi levado até a UPA Samek no dia 18/05 devido quadro de perda de força nos MMII, febre, e cefaléia intensa e holocraneana. Se manteve internado desde a admissão e no dia 19/05 amanheceu com confusão mental, bradilalia, movimentos dos membros superiores incoordenados, sem movimentar os membros inferiores. Admitido para realizar tomografia de crânio, sendo constatado importante edema cerebral, retido em leito do PS clínico. Agrega quadro tosse produtiva iniciado no dia 19/05.

**HPP:** NDN

**HV:** Alcoólatra e tabagista (narguilé e pod) social.

#### 2.2.1.2. Exame físico

**Ectoscopia:** REG, hipoativo, sonolento, responde passivamente a certos comandos, normocorado, acianótico, anictérico, hidratado.

**SSVV:** TAX 36, FC 101 bpm, FR 27 irpm, PA 138/87 mmHg, SATO2 95% em cateter nasal 2 L/min

**Neuro:** Glasgow 13 (AO 4/ RV 4/ RM 5), pupilas anisocóricas(D>E), fotorreagentes, rigidez de nuca presente, Brudzinski e Kernick negativos ao exame

**Respiratório:** MV globalmente reduzidos, roncos difusos. Presença de tosse produtiva.

**Cardíaco:** RCR 2T BNF S/ sopros - hemodinamicamente estável s/ DVA

**Abdominal:** RHA+, flácido, depressível, indolor à palpação.

**Extremidades:** Sem sinais flogísticos em membros, TEC 5 segs., extremidades quentes. Apresenta leve perda de força muscular em membros inferiores e alterações na coordenação de movimentos nos membros superiores

#### 2.2.1.3. Diagnósticos

##### **Diagnóstico Sindrômico:**

- Síndrome febril
- Síndrome de Guillain Barré
- Síndrome neuroléptica maligna

##### **Hipótese diagnóstica:**

- Meningite?
  - Viral/bacteriana
- Encefalite após quadro de arbovirose

##### **Diagnósticos Diferenciais:**

- Guillain Barré,
- Pneumonia broncoaspirativa

#### 2.2.1.4. Exame complementar

##### **Exames de admissão**

Hemograma 19/05: Hb 12,30H 36,50, Leucócitos 7.870, plaquetas 233.000

Gasometria 19/05: pH 7,38, PCO2 39,10, HCO3 22,90

Outros 19/05: Ureia: 26, Creatinina 0,7, Na 143, PCR 2,6, K 4,4, Mg 1,8, Glicose 118

##### **Exames de Evolução**

**11/05:** Teste rápido covid negativo.

**19/05:** RT-PCR covid negativo.

**19/05:** Hb 12,30 leuco 7870 B2% S82% N84%, plaquetas 233.000

**21/05:** albumina 3,20, ureia 44, TGP 147, PCR 8,6, cálcio iônico 1,08, BT 0,40,

**23/05:** Hb 12,40 leuco 14810 B3% S75% N78% plaquetas 305.000

**24/05:** CPK 2.828

**01/06:** Hb 12,50 leuco 11970 B2% S77% N79% plaquetas 281.000 Cr 0,60 Na 141.

**02/06:** Hb 12,40 leuco 17370 B0% S92% N92% plaquetas 314.000 Cr 0,60 Mg 2,2 K 4,6 Na 141

**03/06:** CPK 196, CKMB: 11.

**05/06:** Hb: 12,60 leuco 8330 B0 S 81 N 81 M 7 plaquetas 245.000 Cr 0,60 LDH 270 K 4,1 Na 143 Mg 2,2 lactatos 6,30, Cl 105, Ca 1,18

**08/06:** liquor: leuco 1/c, hemácias 33/c, glicose 69, proteínas 38.

**13/06:** Hb 9,90, Cr 2, Ureia: 108.

**14/06:** EAS proteínas +, hemoglobina ++, nitrito detectado, presença de bactérias.

#### 2.2.1.5. Conduta Inicial

- Aguarda laudo de TC de crânio;
- Solicito avaliação da neurologia;
- Prescrevo ATB empírico;
- Aguarda hemocultura;
- Prescrever sintomáticos;
- Passagem SNE;
- Converso com os pais sobre a gravidade do quadro;
- Solicito vaga para UTI geral-Isolamento

#### **Evolução 19/05/22 23:24:00**

Paciente apresenta dispnéia e dor ao respirar, sinais de confusão, sonolência, responde pacificamente aos comandos. Posteriormente começa com esforço respiratório, hipossaturação 75% em 10 litros de O<sub>2</sub>. Foi optado por realizar IOT para maior conforto do paciente, procedimento feito sem intercorrência.

#### 2.2.1.6. Discussão

Então, estamos frente um caso bastante interessante, pois se trata de um paciente jovem que dia 1 dia antes da internação no HMPGL, procurou atendimento na UPA João Samek, referendo mialgia, disúria, polaciúria, febre, astenia, tontura, hiporexia e principalmente perda da força nos MMII tendo dificuldade para deambular. No dia 19/05 o paciente se apresentou estável e no transcurso do dia foi apresentando

piora do quadro, durante a noite se mostrou sonolento, pouco colaborativo, com esforço respiratório, ausculta pulmonar abolida à direita e seguidamente começou a hipossaturar. Como o paciente não estava mais obedecendo comandos e não conseguia ventilar eficientemente, tivemos que pensar pela primeira vez em obter uma via aérea avançada, pois tínhamos que preservar a via aérea e por sobre tudo como paciente não conseguia respirar, era prioridade manter a ventilação e oxigenação levando então a saturação dele por acima de 94%.

Primeiramente, avaliamos a escala de coma Glasgow (ECG) do paciente, o qual era de 5 (AO3, RV1, RM1). A ECG serve para avaliar o estado de consciência do paciente, se avalia a abertura ocular podendo ter pontuação de 1-4, outro item que se avalia é a resposta verbal tendo pontuação de 1-5, e por último se avalia a resposta motora que tem pontuação de 1-6, recentemente se adicionou na escala a avaliação das pupilas, se as duas pupilas reagem ao estímulo luminoso se resta 0, se apenas uma pupila reagente se resta 1, e se nenhuma pupila reage se restam 2 pontos da escala, para a interpretação é o seguinte, se a pontuação total é de 3 a 8 se considera como grave e requer de intubação imediata, se a pontuação vai se 9 a 12 é considerada moderada, e se a classificação é de 13 a 15 se considera leve(ATLS, 2020). Tem que se destacar que essa é uma escala que serve para avaliação de um paciente com traumatismo cranioencefálico, mas no departamento de emergência é utilizada com muita frequência. Como o paciente estava com rebaixamento de nível de consciência, hipossaturando e com ECG de 5, se realizou a intubação orotraqueal (IOT).

Esse caso me surpreendeu pela piora muito rápida do paciente, pois eu o avalei minutos antes e ele conseguia se comunicar, tinha dificuldade, mas conseguiu responder as perguntas. Contudo, quando estava acompanhando outro procedimento de IOT e acesso venoso central feito pelo médico de plantão, a equipe de enfermagem foi nos avisar que o paciente estava piorando. Fomos avaliar o paciente, e definitivamente estava apresentando esforço respiratório, sonolência, confusão e hipossaturação, preparamos os materiais para a realização imediata da IOT, o procedimento foi realizado com sucesso, sem nenhuma intercorrência, posteriormente foi feita a passagem do acesso venoso central na veia jugular direita, feito com auxílio do ultrassom pois a veia estava colabada por que o paciente aparentemente se encontrava muito desidratado.

No entanto, pensando mais sobre o quadro clínico do paciente, que uns 12 dias aproximadamente antes da internação no hospital, apresentava sintomas típicos da dengue como mialgia, febre e máculas na pele, logo foi medicado com analgésicos, e soro de reidratação por 1 semana, que é fundamental para tratar os sintomas da dengue, então ele melhorou ao longo de 7 dias, depois disso ele voltou às atividades, mas começou com a perda da força muscular e dor, especificamente em membros inferiores. Depois disso já a evolução dele foi grave pois começou a piorar gradualmente até ser submetido a IOT. Uma das hipóteses diagnósticas foi a meningoencefalite após infecção por arboviroses, acho que foi muito boa a hipótese por que poderia justificar a perda da força muscular, dores, rebaixamento de nível de consciência e a rigidez da nuca. Diante disso, foi pedido exames laboratoriais de como hemograma, eletrólitos, proteína C reativa (PCR), eletrocardiograma, solicitação da avaliação do neurologista, prescrição de Ceftriaxona 2g, aciclovir, ampicilina, também foi solicitado a realização da tomografia computadorizada (TC) de crânio para avaliar as estruturas cerebrais e avaliar possível edema cerebral. Temos que relatar que os AVCs nessa faixa etária são incomuns, mas como na medicina é “nem sempre, nem nunca”, obviamente umas das primeiras condutas deveria ser realizar o TC de crânio para descartar os AVCs.

Segundo UpToDate (Stephen, 2022), a diferença entre uma encefalite e uma meningite é que na encefalite há alteração da função cerebral, o estado mental está alterado, tem déficits motores ou sensorial, existem alterações de comportamento e personalidade e por último distúrbios da fala e do movimento, no entanto, na meningite os pacientes podem estar letárgicos, com cefaleia, mas a função cerebral permanece normal. A avaliação dos pares cranianos nesse tipo de paciente é fundamental porque é uma forma de avaliar rapidamente a extensão do dano cerebral. O paciente no momento estava muito alterado o que foi meio difícil a avaliação dos mesmos, mas no exame físico se podia perceber a rigidez de nuca e fotofobia que junto com o grau de agitação poderia estar indicando afecção dos pares cranianos, mas não foi possível avaliá-los.

Além disso, menciona, que existe um tipo de encefalite que é chamada de Encefalite pós infecciosa ou encefalomielite disseminada aguda, é uma doença autoimune desmielinizante do sistema nervoso central, comumente causada por infecções virais. É causada por uma reação inflamatória cerebral e na medula espinhal. Então estamos falando de uma série de diagnósticos diferenciais, mas no

momento o mais importante é estabilização do paciente, e começo do tratamento o mais rápido possível. TC de Crânio mostrava apagamento de sulcos e fissuras corticais, redução de amplitudes de cisternas da base, bem como de sistema ventricular, compatível com edema difuso. Compatível com processo inflamatório encefálico agudo, na dependência de relação com dados de exame clínico. Devido ao quadro clínico grave, paciente no dia 21/05 foi transferido para a sala de UTI onde foi iniciado Ceftriaxona, aciclovir e ampicilina. Foi avaliado pela infectologista e ante a suspeita de síndrome de Guillain Barré foi optado por iniciar imunoglobulina humana. Foi realizado Rx de tórax dia 21/05 onde foi evidenciado condensação em base esquerda sugerindo atelectasia do parênquima pulmonar, posteriormente no dia 26/05 houve piora do quadro infeccioso e foi iniciado linezolida, seguidamente no dia 29/05 o paciente apresentou febre e leucocitose em ascensão então se optou por suspender a Ceftriaxona e ampicilina e entrar com Tazocin.

No dia 05/06 por fim o paciente sai da UTI e é encaminhado para a Clínica Médica do serviço hospitalar, com a insuficiência respiratória resolvida, síndrome de Guillain Barré tratada, atelectasia pulmonar resolvida, meningoencefalite viral e bacteriana tratada, apresentando se acordado, não comunicativo, no exame físico, a avaliação dos pares cranianos foram: pupilas isocóricas fotorreagentes, não tem oftalmoparesia à mobilização ativa da cabeça, e mímica facial congelada. Demais achados com espasticidade em membros superiores, fasciculações no rosto, e arreflexia em membros inferiores. No dia 24/06 paciente recebeu alta médica com orientações e encaminhamento para acompanhamento ambulatorial pois o quadro clínico tinha melhorado, voltaram os reflexos tendinosos patelares, e houve melhoras da sensibilidade.

## 2.2.2. Caso 2

### 2.2.2.1. Anamnese

**Data de entrada:** 05/05/2022 16:42:00

**Identificação:** S. I. B, masculino, 71 anos. Morador de São Miguel do Iguazu

**Queixa Principal e Duração:** Rebaixamento de nível de consciência

**História da Moléstia Atual:** Paciente idoso frágil, acamado, levado para UPA São Miguel por RNC. Apresentou oligúria e febre em 04/05, cuidadora percebeu

dificuldade na deglutição e recusa alimentar completa, com engasgos. Evoluiu com RNC e foi levado ao Pronto Socorro de São Miguel do Iguçu, onde evoluiu com insuficiência respiratória aguda e necessidade de IOT, encaminhado ao HMPGL em 05/05 para maior investigação.

**HPP:** HAS, DM II insulino dependente, AVCi há 8 anos, Insuficiência cardíaca crônica.  
Nega alergias

**MUC:** metformina 850mg/3x dia, clorpromazina 25mg/dia, captopril 25 mg/dia, risperidona 3 mg/dia, prometazina 25 mg/dia, NPH 20/20/20 UI.

#### 2.2.2.2. Exame físico

**Ectoscopia:** Regular estado geral, hipocorado, desidratado +/-, acianótico, afebril

**SSVV:** FC 58 bpm; SatO<sub>2</sub> 96; PA 154/73; T 36°C

**Neuro:** RASS -5; PIFR 2mm; sedado com Sedação Padrão 45 ml/h

**Respiratório:** MV + universalmente audível, sem ruídos adventícios. Em TOT + VM modo VCV 410 ml; FR 20; PEEP 8; FIO<sub>2</sub> 60%

**Cardíaco:** BHF2T, RR, sem sopro, hemodinamicamente compensado com 10 ml/h de noradrenalina. TEC 5s. Pulsos periféricos presentes e simétricos, membros aquecidos.

**Abdominal:** flácido, depressível, RHA +, sem outras VM ou MP. Em jejum e evacuação ausente.

**Extremidades:** Sem sinais flogísticos, sem sinais de empastamento.

#### 2.2.2.3. Diagnósticos

##### **Diagnóstico Sindrômico:**

Síndrome infecciosa?

Foco urinário?

Foco pulmonar?

##### **Hipótese diagnóstica:**

Pneumonia broncoaspirativa

Infecção do trato urinário.

##### **Diagnósticos Diferenciais:**

AVC?

Insuficiência renal aguda

#### 2.2.2.4. Exames complementares

**Hemograma 05/05:** Hb 10, Ht 33, Leucócitos 16.300 sem desvio, plaquetas 440.000

**Gasometria 05/05:** pH 7,29, PCO<sub>2</sub> 34,80, HCO<sub>3</sub> 16,50, Na 148, K 5,3, Ca + + 1,28, Cl 119, Glicose 437.

**Outros 05/05:** Ureia 203, Creatinina 5,1, Na 156, PCR 21,4, K 6, Mg 2,6, glicose 435.

#### 2.2.2.5. Conduta

Mantém a sedação, alíquotas de volume, desmame de DVA conforme PA, Fisioterapia respiratória, manejo da VM conforme gasometria, dieta por SNE, controle da glicemia, iniciar insulina NPH, solicita-se USG de vias urinárias, mantenho ATB empírica com Ceftriaxona + clindamicina.

#### 2.2.2.6. Discussão

O paciente em questão veio encaminhado de São Miguel do Iguaçu (SMI), é um caso bem interessante para descrever pois eu tinha feito a admissão dele no PS de São Miguel, fiz a IOT dele e a minha colega fez o acesso venoso central, então eu já tive conhecimento do caso quando recebi ele no HMPGL.

Em conversa com a cuidadora lá em SMI, diz que ele é uma pessoa que sofreu AVC isquêmico há 8 anos aproximadamente, desde então ele ficou com alteração na funcionalidade, mas conseguia fazer atividades básicas como deambular e ir ao banheiro com auxílio de outra pessoa, se alimentar sozinho, conversar, etc. No entanto, no dia 04/05 ele começou apresentar astenia, hiporexia, sonolência, febre referida, e disfagia manifestando engasgo e tosse, foi encaminhado ao serviço de PS da cidade. Já no PS, ele não respondia a nenhum estímulo (voz, doloroso), começou a se engasgar e hipossaturar, onde imediatamente decidimos que o melhor seria preservar as vias aéreas, realizando então a IOT e já garantindo um acesso venoso central para estabilizar o paciente.

No HMPGL foram feitos vários exames complementares como hemograma, culturas, gasometria, eletrólitos e função renal para entender um pouco mais o quadro do paciente. Mas pensando de forma geral, num paciente idoso, com comorbidades nem sempre os sinais e sintomas são claros, pois o sistema imunológico está comprometido e na maioria das vezes isto é secundário ao próprio envelhecimento.

Os idosos com infecção não necessariamente apresentam febre ou sintomas localizados de uma infecção, a infecção nesses pacientes pode se apresentar com sintomas inespecíficos como confusão, queda e anorexia (Mody, 2021). Quando os idosos não conseguem expressar esses sintomas por causa do rebaixamento de nível de consciência, é extremamente necessário olhar e interpretar os exames laboratoriais, por que a conduta vai ser direcionada a partir dos resultados desses exames. Este paciente apresentou um hemograma com leve anemia, leucocitose sem desvio à esquerda, gasometria mostrava acidose metabólica, alteração na função renal, PCR aumentado, hipernatremia e hiperglicemia. As condutas que foram feitas me pareceram bastante pertinente, pois claramente há achados laboratoriais compatíveis com infecção como o PCR alto, leucocitose e hiperglicemia (pelo aumento do gasto metabólico), então manter a antibioticoterapia empírica é fundamental para começar o tratamento.

Seguidamente, foi iniciado insulina NPH, devemos considerar que nunca há que iniciar insulina sem ter noção do valor de potássio porque a insulina leva a hipocalemia, recruta o potássio para dentro da célula, isto em um paciente com hipocalemia levaria a queda do potássio e conseqüentemente poderia ter repercussões cardíacas, então se  $K < 3,3$  mEq/L, primeiramente temos que corrigir o K e posteriormente iniciar a insulina.

**Tabela 2.** Correção da hiperglicemia segundo o protocolo

Glicemia	Dose de insulina regular (UI)
150 – 200	2
201 – 250	4
251 – 300	6
301 – 350	8
> 350	10

Fonte: Autor, 2022

Com a correção da glicemia, o profissional médico entrou em contato com a regulação médica do SAMU para realizar o transporte desde o Hospital de São Miguel até o HMPGL foi regulado muito rápido, em aproximadamente 2 horas o SAMU alfa estava presente já para realizar o transporte, equipe composta por um médico,

um enfermeiro, 2 técnicos auxiliares e o motorista. Foi muito bom ver o paciente sendo transferido ao serviço de maior complexidade e ainda com sinais vitais controlados.

### 2.2.3. Caso 3

#### 2.2.3.1. Anamnese

**Data de entrada:** 14/06/2022 20:20:00

**Identificação:** G.A.B, 22 anos 4 meses, solteira, desempregada, estudante de pedagogia, porém parou por causa da doença.

**Queixa Principal e Duração:** Ideação suicida com planejamento

**História da Moléstia Atual:** Paciente em acompanhamento da psiquiatria, com internações hospitalares prévias, procura o nosso serviço por demanda espontânea acompanhada do pai refere que há 2 semanas aproximadamente vem apresentando pensamentos suicidas, sente vazio extremo e alega que hoje teve intenção de ingerir múltiplas medicações, porém foi interrompida pela irmã, alega que sente desejo de morrer e que foi piorando nessas duas semanas. Além disso, relata quadro de hiporexia, astenia, perda de peso e constipação há 10 dias aproximadamente.

**História Médica e Social Progressa:** Agorafobia desde os 6 anos. Terminou o ensino fundamental e médio, porém não consegue frequentar curso superior pela fobia social. Alta do HMPGL há aproximadamente 40 dias (segundo pai). Síndrome de pânico, transtorno de personalidade, associado a TDAH (segundo prontuário).

**MUC:** maleato de Fluvoxamina 50 mg: 2-0-0, Alprazolam 1 mg: 1-0-0, Brexpipazol 0,5 mg: 2-0-0, Carbonato de lítio 1-1-1, Rivotril se apresenta crise.

**Antecedentes Pessoais e Familiares:** sem informação

#### 2.2.3.2. Exame físico

**Ectoscopia:** BEG, anictérica, afebril, acianótica, hipocorado ++/4+, hidratada.

**Neuro:** Lúcida, orientada em tempo e espaço, sem sinais de irritação meníngea

**Cardiovascular:** BNF2T, sem sopro, TEC<3 segundos

**Pulmonar:** MV+, sem RA, eupneico em aa

**Abdome:** Plano, RHA+, sem visceromegalia

**Extremidades:** Sem sinais flogísticos, pulsos cheios e simétricos.

#### 2.2.3.3. Diagnóstico

**Diagnóstico Sindrômico:** Síndrome de pânico, síndrome depressiva

**Diagnósticos Diferenciais:** Outros transtornos psiquiátricos: esquizofrenia

2.2.3.4. Exame complementares

**Exames de admissão:** sem alterações

2.2.3.5. Conduta

Solicito exames de admissão

Solicitar vaga para a psiquiatria do HMPGL.

2.2.3.6. Discussão

Ao longo do meu estágio, me deparei com vários casos de surtos psiquiátricos, pacientes chegando com agressividade, agitação psicomotora, alucinações e com ideação suicida, isso mudou a minha forma de pensar, pois achava que esses casos eram bem incomuns na rotina diária, mas agora sei que nós como médicos temos que dominar como conduzir esses casos. Neste caso, é uma menina jovem com histórico de várias internações devido a mesma queixa. Eu não me sentia preparado para conduzir esse caso pois foram poucas as experiências que eu tive com relação à tentativa de suicídio e particularmente dou muita importância para esses pacientes porque considero uma situação muito delicada. Primeiramente tive que falar com o médico sobre a minha situação, intercambiamos ideias, me falou que por ser um pronto atendimento, não deveria indagar muita coisa e sim se focar nas informações relevantes como por exemplo fazer uma anamnese bem direcionada, coletar história para saber o que aconteceu, quando aconteceu, qual é o histórico, qual medicamentos usa, etc. Quando fui conversar com ela, achei ela no leito, muito tranquila, conversava tranquilamente, bem plena, mas com o pensamento muito estranho, ela relatava o desejo dela de morrer, e que tentou engolir vários medicamentos, mas não conseguiu porque a sua irmã felizmente estava em casa e o impediu, consegui realizar a anamnese e exame físico sem muitos problemas. O médico de plantão optou por realizar exames laboratoriais de admissão e encaminhar ao HMPGL para a avaliação do especialista, na minha opinião se a UPA não tem recursos para tratar esses pacientes psiquiátricos a conduta tomada foi boa, pois não

precisa perder o tempo, pois aparentemente se tratava de uma depressão com piora dos seus sintomas, e já era crônica, acredito que foi uma boa conduta.

O DSM-V descreve os critérios diagnósticos para depressão maior, cabe mencionar alguns;

A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias;
2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias;
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias;
4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias;
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas);
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias;
8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas);
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio

B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Então, ela certamente tem há duas semanas humor deprimido, perda de interesse ou prazer de fazer as coisas, insônia, fadiga, pensamentos de morte e está afetando o funcionamento social, pois ela não tem interesse em conversar com estranhos, por que fica nervosa, agitada. Tendo em consideração os critérios diagnósticos do DSM V, ela precisa de uma nova avaliação do especialista porque

com todas as medicações em uso não consegue ainda controlar os sintomas da depressão por que ainda se encaixa no transtorno depressivo segundo esses critérios. Temos que ter em consideração que os antidepressivos são drogas que não tem efeito imediato, demoram pelo menos 4 semanas para atingir seu efeito desejado. Outro ponto a ser indagado é a aderência à medicação, pois muitas vezes o paciente não está consumindo os medicamentos, e isso resultará obviamente em piora dos sintomas. A colaboração familiar é uma arma muito forte para tentar resolver esse problema porque são eles que vão cuidar dela e ajudar a tomar a medicação de forma correta, então a orientação para a família é fundamental e em conjunto com acompanhamento regular nos CAPS e terapia psicológica talvez tenha uma boa resposta ao tratamento multidisciplinar e conseqüentemente melhora do quadro clínico. Com relação ao tratamento que ela está fazendo, a Fluvoxamina é um antidepressivo dos tipos de inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS) ele causa num 35% insônia, 27% sonolência, 12% nervosismo, então mesmo que a paciente esteja tomando esse medicamento, pode ter reações adversas podendo apresentar esses sintomas. O Alprazolam é um benzodiazepínico que atua estimulando o ácido gama-aminobutírico (GABA) dando tranquilidade aos pacientes, ele é utilizado para tratar os transtornos relacionados a pânico como a agorafobia e ansiedade social e também tem efeitos indesejados, apenas o Alprazolam e o clonazepam estão aprovados pela Food and Drug Administration (FDA) para tratamento desses transtornos (Roy Byrne, 2022), entre os efeitos adversos podemos mencionar sedação, fadiga, comprometimento psicomotor e redução da concentração, geralmente são bem tolerados mas pode trazer conseqüências crônicas como a dependência, neste caso então também esse medicamento poderia estar relacionado aos sintomas da paciente e diante disso sempre vai precisar de avaliação da psiquiatria para regulação das doses, o Brexpiprazol que é considerado um antipsicótico de segunda geração ou atípico é um agonista dos receptores D2 de dopamina, que geralmente é oferecido junto um antidepressivo para tratamento da depressão, a dose na primeira semana é de 0,5mg, na segunda semana pode ser aumentado para 1mg e posteriormente elevada a 2 ou até 3mg, as dose de 2 e 3 mg pode ter mais eficácia, entre os efeitos colaterais podem aparecer ganho de peso e acatisia (incapacidade para ficar de pé), em menor porcentagem de efeitos colaterais pode aparecer também constipação. Seguindo a discussão sobre as drogas que estava fazendo uso a paciente temos o carbonato de lítio que também é um fármaco

que se usa para tratamento da depressão mas especificamente reduzindo o risco de suicídio, serve para potencializar um antidepressivo que não trata adequadamente uma síndrome depressiva, a dose recomendada é de 600 a 1200 mg por dia, mas se sugere começar com 300 mg/dia ou 300mg/2x dia e se é bem tolerado aumentar a cada 5 dias até alcançar a dose recomendada, deve ser administrada até pelo menos 4 semanas para identificar a eficácia do mesmo, por sua vez possui contraindicações como insuficiência renal significativa, depleção de sódio, desidratação e doença cardiovascular também tem efeitos adversos como pode ser náuseas, tremores, ganho de peso, e pode afetar a função dos rins e da tireoide (Gitlin, 2020), por último o Clonazepam(Rivotril) que também atua na estimulação de GABA corresponde também a um benzodiazepínico, ele não é utilizado para tratar depressão maior, muitas vezes podem causar piora dos sintomas, mas segundo Goddard, 2021, o medicamento pode ser utilizado para o tratamento de depressão ansiosa que incluem sintomas de preocupação, ataques de pânico e medos excessivos ou na depressão resistente. Segundo UpToDate (Hirsch, 2022) os ISRS são os antidepressivos usados como primeira linha de tratamento tendo em consideração a sua eficácia, tolerabilidade e segurança.

#### 2.2.4. Caso 4

##### 2.2.4.1. Anamnese

**Data de entrada:** 14/06/2022 11:56

**Identificação:** N.H.M. 46 anos.

**Queixa Principal e Duração:** Dor lombar

**História da Moléstia Atual:** Paciente refere que dia 10/06 começou apresentar dor lombar que irradia para pelve, também refere disúria e urgência miccional, associado a quadro coriza e tosse seca. Nega febre e outros sintomas. Refere ingestão regular de líquidos, alega difícil controle glicêmico.

**Antecedentes Pessoais e Familiares:** Padece de diabetes mellitus

**MUC:** Azukon 30 mg e glibenclamida

##### 2.2.4.2. Exame físico

**Ectoscopia:** BEG, corado, hidratado e eupneico em aa, afebril ao toque, sem sinais de esforço respiratório.

**Oroscopia:** Apresenta amígdalas hipertróficas e hiperemiadas com placas.

**Neuro:** Lúcido, orientado e em tempo e espaço, colaborativo, Glasgow 15/15, sem sinais de irritação meníngea

Respiratório: eupneico em AA, MV + sem RA, sem sinais de esforço respiratório

**Cardíaco:** BNF2T, sem sopro, TEC <3 segundos

**Abdominal:** RHA +, sem sinais de peritonismo, sem dor a palpação superficial e profunda, Murphy -, Giordano -.

**Extremidades:** panturrilhas livres, sem sinais flogísticos, pulsos cheios e simétricos

#### 2.2.4.3. Diagnóstico

**Diagnóstico Sindrômico:** Síndrome gripal, ITU

**Diagnósticos Diferenciais:** Cistite, Pielonefrite

#### 2.2.4.4. Exames complementar

##### Exames de admissão 14/06

**Hemograma:** Sem alterações

**Urina 1:** Proteínas +, glicose +++, corpos cetônicos +, urobilinogênio +, leucócitos 1/campo

**Outros:** Creatinina 0,70, Ureia 49, Na 142, K 4,7

#### 2.2.4.5. Conduta

Solicito exames de admissão + sintomáticos

#### 2.2.4.6. Discussão

Este caso chamou minha atenção pela queixa principal do paciente que informou ter iniciado com dor lombar que irradia para a pelve acompanhada por disúria e urgência miccional de 4 dias de evolução, parece ser um caso sugestivo a uma pielonefrite, mas sem febre? A coriza e a tosse seca podem ter relação aos sintomas urinários? ou são sintomas isolados que indicam também um quadro gripal. Segundo UpToDate (Hooton ,2022) as infecções do trato urinário (ITU) incluem a cistite e a

pielonefrite, então, a cistite consiste em infecção do trato urinário inferior por bactérias da flora fecal que invadem a bexiga por ascensão via uretral e a pielonefrite que é a infecção do trato urinário superior que se desenvolve quando os patógenos ascendem aos rins por meio dos ureteres. É importante fazer essa diferença porque vai ter relação direta no seu tratamento. A cistite não sempre se apresenta com febre e se presume que está confinada a bexiga, pode ter disúria, urgência miccional, e dor suprapúbica, quando há presença de febre aumenta a possibilidade de que seja outras doenças. A cistite simples aguda é muito incomum em homens, aproximadamente 8 infecções anualmente por cada 10.000 homens jovens. Clinicamente as ITU podem ser assintomáticas e sintomáticas. É mais comum nas mulheres que nos homens devido ao comprimento da uretra (mais longo nos homens). O diagnóstico é feito pela clínica, o paciente pode apresentar disúria, urgência urinária, dor supra púbica podendo ser auxiliado por outros exames complementares, exame de urina e cultura de urina são alguns dos exames que podem ser pedidos. O tratamento da cistite aguda simples é feito com sintomáticos e antimicrobianos, entre os antimicrobianos o melhor seria a nitrofurantoína (100 mg 4x dia- VO), trimetoprim-Sulfametoxazol (2x dia, VO) e por último pode ser a fosfomicina (3 gramas de pó misturada em água - Dose única).

Quando o paciente apresenta febre, calafrios e dor nos flancos temos que ficar de olho porque existem alguns diagnósticos diferenciais que são uretrite, pielonefrite e prostatite. A pielonefrite costuma a apresentar se com sintomas como disúria, dor no flanco, calafrios, náuseas/vômitos, fadiga, mal estar e principalmente a febre, no exame físico pode apresentar sensibilidade no ângulo costovertebral (Sinal de Giordano). Os pacientes vão ser internados caso tenham dificuldade para se hidratar, dor moderada e em suspeita de sepse, mas a maioria do tratamento pode ser ambulatorial. O tratamento da pielonefrite deve ser iniciado o mais rápido possível com a terapia antimicrobiana empírica, para isso temos que eleger qual antibiótico podemos fornecer para o paciente. Para pacientes com baixo risco de infecção por bactérias multirresistentes (BMR) se pode iniciar com as fluoroquinolonas que são administradas por 5 a 7 dias e incluem ciprofloxacino (500 mg 2x dia), ou levofloxacino (750 mg 1x dia). Para pacientes com contraindicações as fluoroquinolonas pode ser usado Ceftriaxona (1G IV ou IM dose única) e depois continuar com trimetoprim-sulfametoxazol (160 mg/800 mg- 2 vezes ao dia por 7-10 dias). Quando o resultado

da cultura de urina estiver pronto, saberemos se precisamos ou não trocar de antibiótico.

Entre os diagnósticos diferenciais temos que investigar um pouco mais sobre a uretrite que é uma DST que geralmente causa disúria, pode associar se também a prurido e corrimento uretral, pode se classificar em Gonocócica e não Gonocócica, a uretrite gonocócica geralmente é tratado com Ceftriaxona (500 mg- IV-dose única) em contrapartida as não gonocócicas são tratadas com Doxiciclina (100 mg-VO- 2 vezes por dia durante 7 dias).

Os pacientes que possuem diabetes são frequentemente afetados pelas ITU. Isto pode ser explicada partindo da neuropatia diabética, que pode levar a danos no sistema gênito urinário, ocasionando primeiramente alterações da sensibilidade vesical, isso resulta em diminuição da percepção do enchimento vesical, e retenção urinária, outro dado importante é que a presença da hiperglicemia favorece ao crescimento das bactérias facilitando as infecções (Ferreira, 2016). Tendo em consideração isto, como o paciente tem hiperglicemia de difícil controle poderia ser isso o que está favorecendo as infecções, então seria importante fazer as orientações sobre o uso correto de medicação para controlar a glicemia.

Contudo, para mim o paciente poderia estar cursando com ITU associado a um quadro gripal e todo esse processo inflamatório leva a uma hiperglicemia, o tratamento deveria ser feito ambulatorialmente, faria a nitrofurantoína 100 mg de 6/6 horas + Dipirona 1g de 8/8 horas via oral, e é imprescindível encaminhar para atenção básica onde poderá realizar exames complementares para iniciar medicamento para a diabetes. Orientaria também sobre as possíveis complicações, pedindo o retorno caso seja necessário.

## 2.2.5. Caso 5

### 2.2.5.1. Anamnese

**Data de entrada:** 14/06/2022 18:00

**Identificação:** M. L. W. 41 anos

**Queixa Principal e Duração:** Dor abdominal

**História da Moléstia Atual:** Paciente refere cefaléia em região frontal, febre e dor abdominal intensa em todo abdome a 24 horas, refere coriza e tosse seca

acompanhando o quadro, se apresenta icteríco e refere colúria, fezes variam de diarreia a fezes normais.

**Antecedentes Pessoais e Familiares:** Cirrótico, nega outras comorbidades

**HS:** 20 cigarros/dia a 30 anos, etilista pesado (está em fase de contemplação) Nega alergias medicamentosas.

Gastrorrafia por úlcera perfurada + biópsia hepática há 7 anos

#### 2.2.5.2. Exame físico

**Ectoscopia:** Afebril, icteríco +++/4+, hidratado, corado.

**Neuro:** LOTE, Glasgow, Sem sinais de irritação meníngea.

**Respiratório:** MV presentes, rncos e sibilos presentes em bases de pulmão direito e esquerdo.

**Cardíaco:** BNF2T, sem sopros

**Abdômen:** RHA diminuído. globoso, distendido, doloroso à palpação difusa, apresenta hepatomegalia importante e ausculta com timbre metálico

**Extremidades:** livres e sem edemas.

#### 2.2.5.3. Diagnósticos

**Diagnóstico Síndrômico:** Síndrome Ascítica. Síndrome colestática

**Diagnósticos Diferenciais:** Hepatite? Síndrome gripal

#### 2.2.5.4. Exame complementares

##### **Exames de admissão:**

Hemograma: Hb 14,30, Hto 42,50 Leucócitos 8370 com desvio à esquerda (6%), plaquetas 72.000

Na 142, Lipase 186, Albumina 3,50, Ureia 20, K 4,1, Amilase 77, TGO 346, TGP 97, GGT 653, FA 311, KPTT 36,7, Creatinina 0,6.

Bilirrubina Total: 25,10, bilirrubina direta 20,50, bilirrubina indireta 4,6. Urina 1: Proteínas +, corpos cetônicos +, bilirrubina +++, Urobilinogênio ++

#### 2.2.5.5. Conduta

Início ATB empírica (Ceftriaxona e Metronidazol)

Solicitar exames laboratoriais + ECG + Tomografia de abdome total. Prescrever sintomáticos

#### 2.2.5.6. Discussão

No caso atual, temos um paciente adulto jovem de 41 anos com histórico de cirrose por abuso excessivo de álcool, ele chega ao serviço da UPA João Samek por queixa de dor abdominal moderada, febre referida, associado a cefaleia, e sintomas respiratórios como coriza e tosse, os sintomas começaram há 3 dias, mas se intensificaram nas últimas 24 horas. No exame físico apresenta icterícia em 3 cruzes de 4, dor abdominal difusa, porém mais intensa no epigástrico.

A síndrome colestática tem muita relação com esse caso pois está apresentando a triagem de Charcot que sugere colangite e os sintomas consistem em febre, dor em hipocôndrio direito e icterícia. A causa mais comum de uma colangite aguda são os cálculos biliares (20-70%), estenose biliar benigna (5-28%), e maligna (10-57%). A obstrução maligna pode ser devido a tumor na cabeça do pâncreas. Seguindo então a causa mais frequente, é necessário sim uma avaliação tomográfica, além de pedir exames como hemograma para avaliar se há leucocitose, avaliar TGO, TGP, GGT, FA, Bilirrubinas, amilase, lipase e ainda por último para descartar infarto um ECG. Tudo parece indicar que o quadro apresentado é consequência de uma hepatopatia crônica que agudizou provavelmente por causa de uma inflamação ou infecção da vesícula biliar, colecistite e colangite respectivamente. Na colangite, as bactérias são capazes de entrar no trato biliar quando o mecanismo de barreiras é interrompido. A obstrução biliar aumenta a pressão intrabiliar resultando no aumento da permeabilidade dos ductos biliares, com isso há translocação de bactérias que são frequentemente *E. Coli* (25-50%) seguida por *Klebsiella* (15-20%) dentre as gram negativas e *Enterococcus* (12-20%) das bactérias positivas (Afdhal, 2022). Ainda Afdhal comenta que a apresentação clássica da colangite aguda é a Tríade de Charcot sendo febre, dor abdominal e icterícia, pelo menos 50-75% vão apresentar essa tríade. Ainda há uma apresentação muito mais grave da colangite, e tem a ver com a supurativa, é representada pela Pêntade de Reynolds que consiste na tríade de Charcot mais hipotensão e alterações do estado mental. Os exames laboratoriais admissionais mostram leucócitos normais mas com desvio à esquerda, TGO, TGP, GGT, FA elevadas e o que mais chamou a atenção foi a bilirrubina muito por acima

dos níveis normais tanto da forma indireta e a direta, a alteração foi mais ampla na forma direta, todos esses achados eram esperados ante um quadro de colangite, foi pedido uma TC de abdome total, o que eu acredito que seja uma conduta ótima e eu também pediria, no entanto, a avaliação das vias biliares pode ser muito bem vista pelo ultrassom, a ultrassonografia abdominal com certeza poderia ter auxiliado no primeiro momento para observar a dilatação do ducto biliar e a grande vantagem é que não é invasivo. Mas nesse paciente, tendo em consideração as comorbidades, e a situação clínica, é super válido a tomografia pois permitirá avaliar melhor as estruturas e descartar até neoplasias. O diagnóstico é feito pela clínica (febre, dor abdominal e icterícia), evidência de resposta inflamatória (Leucocitose, PCR elevado), bilirrubina > 2 mg/dL ou exames químicos hepáticos anormais e exames de imagem sugestivos a dilatação biliar, lembrando que a USG é o padrão ouro devido a que não é invasiva. O tratamento consiste em analgesia, começo de antibiótico e pedir as culturas. Para paciente com infecções intra abdominais leves a moderadas como é o caso do paciente, são apropriados iniciar tratamento empírico com metronidazol em conjunto com uma fluoroquinolona que pode ser ciprofloxacino ou levofloxacino, ou também pode ser usado a monoterapia com amoxicilina + ácido clavulânico. Por último deve ser avaliado pelo cirurgião geral para ponderar uma possível colecistectomia. Aproximadamente 70-80% dos pacientes respondem a terapia inicial com antibióticos, o procedimento de drenagem biliar deve ser feito em 24-48 horas após melhora clínica. Para finalizar temos que considerar ele um paciente crítico, pois apresenta comorbidades e complicações associadas a ele, os cuidados multidisciplinares tem que ser feita muito bem para boa evolução do paciente. A maioria dos pacientes com hepatite ou cirrose alcoólica está desnutrida, necessitando sempre de suporte nutricional, o objetivo então é fornecer calorias e proteínas adequadas, além da reposição de vitaminas e minerais. Dentre as complicações da cirrose hepática, estão hipertensão portal, encefalopatia hepática, ascite, e sangramento de varizes.

#### 2.2.6. Caso 6

##### 2.2.6.1. Anamnese

**Data de entrada:** 02/07/2022 23:10 Identificação: T. V. de L. 61 anos.

**Queixa Principal:** Mal estar- Vômitos

**História da Moléstia Atual:** Paciente encaminhada da unidade padre ítalo onde deu entrada com queixas de náuseas, vômitos, mal estar geral, cefaleia, dor abdominal e sonolência, foi realizado HGT com resultado acima de 300 mg/dL. Realizada hidratação com 1 litro de SF 0,9% e metoclopramida sem melhora. relata ansiedade por estar na UPA.

**Antecedentes Pessoais e Familiares:** Nega HAS, relata tratamento para Diabetes Mellitus. Nega alergia medicamentosa

#### 2.2.6.2. Exame físico

**Ectoscopia:** regular estado geral, anictérica, acianótica, desidratada, hipocorado (2+/4+), afebril ao toque.

**SSVV:** Temp.: 36,2, FC: 123 bpm, PA: 163x76 mmHg, SPO2: 99 %, HGT 275

**Neuro:** lúcido, orientado em tempo e espaço, Glasgow 15/15, sem irritação meníngea

**Respiratório:** MV presentes, sem ruídos adventícios. Dispneia leve em AA, sem esforço respiratório.

**Cardíaco:** BCNF2T, sem sopro, TEC <3 segundos

**Abdômen:** RHA+, depressível, sem queixas

**Extremidades:** Extremidades quentes, pulsos cheios e simétricos.

#### 2.2.6.3. Diagnósticos

**Diagnóstico Sindrômico:** Síndrome hiperglicêmica

**Diagnósticos Diferenciais:** Estado hiperglicêmico hiperosmolar. Cetoacidose diabética. Diabetes Mellitus descompensada.

#### 2.2.6.4. Exame complementar

##### **Exames de admissão 02/07**

Gasometria: pH 6,8, pCO2 15, HCO3 2,5, glicose 292

Urina 1: Proteínas +, glicose +++, corpos cetônicos +++

Hemograma: Hb 13, Hto 43,50, leuco 14840, plaquetas 363000

Exame de evolução 03/07

Gasometria: pH 7,3, pCO<sub>2</sub> 33,1, HCO<sub>3</sub> 16,30, glicose 164, K 4,9 Urina 1: Proteínas não detectado, glicose +++, corpos cetônicos + Hemograma: Hb 11, Hto 36, leuco 10700, plaquetas 225000

#### 2.2.6.5. Conduta

Mantenho hidratação.

Início insulina em BIC.

Reposição de HCO<sub>3</sub> agora

Solicito internação.

Transferência para sala vermelha.

#### 2.2.6.6. Discussão

Este paciente apresenta um quadro clínico muito comum no departamento de emergência, conforme os sinais e sintomas apresentados pela paciente poderíamos estar pensando numa complicação aguda da diabetes, podendo ser uma cetoacidose diabética (CAD) ou estado hiperglicêmico hiperosmolar (EHH). Segundo UpToDate (Hirsch, 2021) a CAD é uma complicação associada principalmente à diabetes tipo 1, mas também pode ocorrer na diabetes tipo 2. É mais comum em pacientes jovens < 65 anos, enquanto o EHH é mais comum em pacientes >65 anos.

A deficiência ou resistência à insulina e o excesso de glucagon são duas anormalidades hormonais que contribuem para o desenvolvimento do CAD e EHH, além disso menciona que a hiperglicemia na CAD muitas vezes está na faixa de 350 – 450 mg/dL e na EHH excede os 1000 mg/dL. Os sintomas mais comuns da hiperglicemia são poliúria, polidipsia, e perda de peso, podendo aparecer também letargia, sinais focais, se a hiperglicemia progride. Ainda segundo Hirsch, os pacientes com cetoacidose metabólica podem apresentar náuseas, vômitos e dor abdominal, a dor abdominal é incomum no EHH. As causas da dor abdominal podem ser retardo do esvaziamento gástrico, íleo induzido pela acidose metabólica e anormalidades eletrolíticas. No exame físico num paciente com CAD podemos observar desidratação, diminuição do turgor, axilas e mucosas secas, pressão venosa jugular baixa, taquicardia, além disso o que mais é observado geralmente é a respiração profunda refletindo a hiperventilação, denominada respiração de Kussmaul.

O paciente apresentou hiperglicemia acima de 300, náuseas, vômitos e dor abdominal então provavelmente se trata de um caso de CAD. Para conduzir esses tipos de casos primeiramente devemos realizar o ABCDE, focando principalmente nas vias aéreas, respiração, circulação, estado mental, e pensar nos eventos precipitantes. Posteriormente, pedir exames complementares como glicose sérica, eletrólitos, hemograma completo, Urina 1, osmolaridade do plasma, gasometria arterial e para descartar outras doenças ECG e Rx de tórax. Culturas também devem ser pedidas porque geralmente as infecções são eventos precipitantes. Com relação ao diagnóstico definitivo para CAD, tem que estar presentes 3 achados laboratoriais que são, presença de hiperglicemia >250 mg/dL, acidose metabólica (com pH <7,2 e bicarbonato < 15 mEq/L) e cetonemia ou cetonúria. Neste caso então já fechamos o diagnóstico, pois a gasometria demonstrou acidose metabólica com bicarbonato de 2,3 muito abaixo do normal, e na Urina 1 tem a presença de corpos cetônicos. Diante disso então temos que corrigir a hidratação com SF 0,9% 1-1,5 Litros na primeira hora, e 250-500mL/hora na manutenção, se Na >135 trocar para NaCl 0,45%, fazer a correção dos eletrólitos, quando já temos o resultado de K e foi maior que 3,3 podemos reduzir a glicemia com insulina regular 0,1 unidades/kg/hora em infusão EV para isso podemos diluir 100 unidades em 99 ml de SF 0,9%, o nosso alvo será queda de 50-75 mg/dL/hora e quando a glicose atingir a concentração de 200-250 mg/ml iniciar soro glicosado 5% e ajustar a infusão EV para 0,02-0,05 unidades/kg/hora e tentar identificar o fator precipitante. Se o K estiver < 3,3 mEq/L, devemos iniciar a reposição antes da administração da insulina, a reposição de K se faz administrando 20-30 mEq/hora, se estiver em 3,3-5,2 mEq/L, podemos iniciar a insulina e administrar K em 20-30 mEq/L para manter a concentração dentro da normalidade. A diluição de potássio é a seguinte: KCl 10% (1g/10 mL) + 100 mL de NaCl tendo então uma concentração de 1,34 mEq/L. Para o tratamento da acidose então se o pH estiver < 6,9 temos que administrar Bicarbonato de Sódio 8,4% 100 mL + 400 mL de SF 0,9% (concentração de 0,2 mEq/l). Infundir em 2 horas. Se necessário repetir o mesmo esquema até pH > 7,0. Importante ressaltar que será necessário a realização de exames de controle a cada 2-4 horas. No meu ver, o tratamento deste paciente foi muito bem realizado, o paciente respondeu muito bem ao tratamento considerando os exames da evolução seguinte. Além disso, podemos identificar que não sempre ocorre como a literatura traz, pois no caso o paciente não relatou nenhum sintoma prodrômico como disúria, polidipsia ou perda de peso, foi um caso bastante interessante e muito

comum no departamento de emergência, aprendi que se não é tratada rápida e de forma eficiente pode gerar grandes prejuízos ao paciente inclusive a óbito, a maior dificuldade deste caso foi no momento de colocar a dose da medicação na BIC, um ponto que gostaria de dominar mais para frente.

### 2.2.7. Caso 7

#### 2.2.7.1. Anamnese

**Data de entrada:** 03/07/2022 20:50

**Identificação:** R. R. 47 anos.

**Queixa Principal:** Falta de ar a pequenos esforços

**História da Moléstia Atual:** Paciente refere há 20 dias (12/06) insônia, tosse produtiva de cor amarelada, prostração, vômitos diariamente, e inapetência. Há 10 dias (23/06) iniciou com edema em MMII, associado a dispnéia ao deitar e caminhar, os sintomas tiveram piora progressiva. Nega diarreia. Diurese e fezes sem alterações. Perda ponderal não especificada. Procurou atendimento em diversas oportunidades nos últimos 10 dias.

Prescrita fluoxetina cessou por conta.

**Antecedentes Pessoais e Familiares:** B24 cessou tratamento há 20 dias. Nega alergias medicamentosas.

#### 2.2.7.2. Exame físico

**Ectoscopia:** BEG, desidratada, normocorada, anictérico, acianótico, afebril.

**SSVV:** SatO<sub>2</sub> 99% PA 139 x 90 mmHg FC 127 bpm

**Neuro:** LOTE, Glasgow 15/15, sem sinais de irritação meníngea

**Respiratório:** MV+, sibilos em todos os campos pulmonares, estertores crepitantes em base direita sem sinais de esforço respiratório

**Cardíaco:** RCR 2T BNF SS, TEC < 3 segs. Pulsos radiais palpáveis e simétricos

**Abdômen:** ADB plano, RHA +, dor abdominal em região de HD e epigástrico.

**Extremidades:** Edema em MMII +/-4+; panturrilhas livres.

#### 2.2.7.3. Diagnóstico

**Diagnóstico Sindrômico:**

SIDA.

Tuberculose.

Síndrome infeccioso (Pneumonia)

**Diagnósticos Diferenciais:**

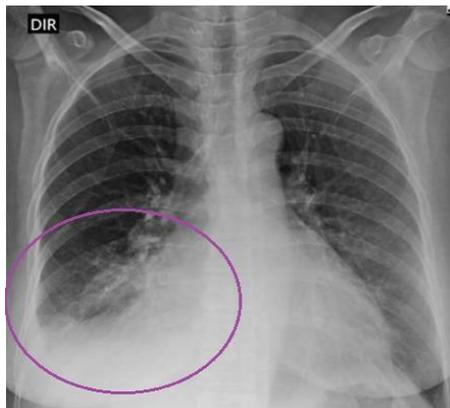
Neoplasia pulmonar.

2.2.7.4. Exames complementares

**Exames de admissão 04/07:** Hb 11,70, Ht 42,20, Leucócitos 15720 sem bastonetes, Plaquetas 218000, Ureia 32, TGP 380, TGO 283, Na 139, K 5,2, Lactato 30,70.

**Evolução em tempo:**

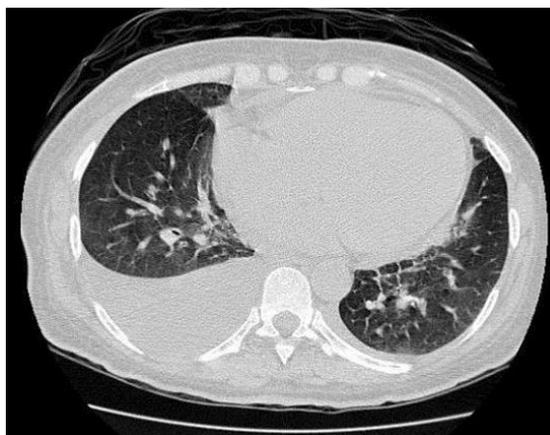
**Ilustração 1.** Radiografia de tórax 04/07:



Fonte: RP Saúde. Adaptado pelo autor

**Laudo de radiografia de tórax:** Consolidação e apagamento de seio costofrênico em base pulmonar direita sugestivo para derrame pleural?

**Ilustração 2.** Tomografia de tórax 04/07



Fonte: Vivace Connect. Adaptado pelo autor

**Laudo de TC:** Moderado derrame pleural à direita. Pequeno derrame pleural à esquerda. Pequenos nódulos centrolobulares, alguns tendendo a confluência são observados no segmento anterior do lobo superior do pulmão direito sugerindo alterações compatíveis com bronquiolite infecciosa.

#### 2.2.7.5. Conduta

- Prescrever sintomáticos;
- Início ATB para PAC + profilaxias HIV (Ceftriaxona e Azitromicina);
- Solicito TC de tórax;
- Controle de sinais vitais, atentar padrão neurológico, hemodinâmico e respiratório;
- Solicito vaga HMPGL;
- Solicitar vaga de isolamento para paciente - disponível sala vermelha somente;
- Transfiro paciente para sala de observação, passo caso para médico plantonista

#### 2.2.7.6. Discussão

Este é um caso bem característico e geralmente vem se apresentando muito no departamento de emergência, e o médico certamente tem que ter clareza dos sintomas e complicações e especialmente nas condutas. O HIV em vista geral, é o vírus que causa a AIDS, ataca e destrói o sistema imunológico, ele tem vários alvos incluindo as células dendríticas, os macrófagos e as células T CD4 +. Segundo Sax, a doença está relacionada com os homens que praticam sexo com homens, pessoas que usam drogas injetáveis, receptores de produtos sanguíneos e profissionais de saúde com exposição a material biológico. Os pacientes com infecção precoce pelo HIV são altamente contagiosos para os outros, isso tem a ver com as cargas virais transitórias típicas observadas na infecção precoce do HIV. Nos homens, a carga viral no sêmen parece seguir um padrão semelhante ao que é identificado no sangue, com níveis mais altos 20 dias após a infecção, ou seis dias após o início dos sintomas. As características clínicas de uma infecção aguda são febres, linfadenopatia, odinofagia, erupção cutânea, mialgia, diarreia e cefaleia, mas a maioria das pessoas com HIV

apresenta poucos sintomas ou nenhum sintoma antes de desenvolver imunossupressão grave (quando os CD4 diminuem a <200 células/microl.).

Pessoas com HIV têm risco de desenvolver uma série de outras infecções, sendo a principal a pneumonia por *Pneumocystis*, mas sua incidência diminuiu bastante com a TARV. A pneumonia bacteriana continua sendo uma complicação muito comum em pacientes com HIV. No Brasil a Tuberculose é a principal causa de morte das pessoas que possuem HIV, isto se deve ao fato de que a defesa contra o desenvolvimento da doença da TB está diretamente relacionada à imunidade celular preservada e coincide com o mecanismo que está sendo destruído pelo HIV. A pneumonia fúngica se tornou menos comum após o TARV. O uso do TARV tem sido associado a redução de certas complicações pulmonares não infecciosas.

Então o fato de o paciente ter deixado de consumir os medicamentos antirretrovirais é uma informação muito importante, pois com diz a literatura, isso está associado a desfechos graves, como o desenvolvimento de pneumonias e tuberculose, que são duas doenças com alta mortalidade se não é tratada de forma correta.

Estudos de imagem com radiografia, tomografia e ocasionalmente exame de imagem nuclear podem ter um papel na avaliação dos sintomas pulmonares. Na radiografia podemos achar opacidades focais ou difusas, nódulos com ou sem cavitação, e derrame pleural.

No Rx realizado pelo paciente podemos observar consolidação e apagamento de seio costofrênico em base pulmonar direita sugestivo para derrame pleural ou até poderia ser uma pneumonia. Já a tomografia confirma um volumoso derrame pleural à direita. Tendo esses achados, devemos com urgência transferir o paciente para um hospital de maior complexidade para avaliar se vai ser necessário a drenagem torácica e ainda começar com o TARV.

Contudo, ao se deparar com essa situação no Pronto Socorro, primeiramente temos que fazer uma avaliação completa do paciente, coletando dados clínicos e realizar um bom exame físico. Seguidamente, temos que estabilizar o paciente, foi exatamente o que foi feito, levamos no leito de emergência, fornecemos oxigenoterapia 3 litros/min para maior conforto do paciente. Pedimos os exames laboratoriais tendo com resultado leucocitose sem desvio e aumento dos marcadores de lesão hepática. Como já tínhamos conhecimento do histórico dela de HIV e ainda ter deixado a terapia medicamentosa, pensamos que realmente poderia ser um

quadro de complicações do HIV, pensamos em pneumonia e em tuberculose. Iniciamos as profilaxias com Ceftriaxona 1g EV e Azitromicina. Pedimos os exames laboratoriais tendo com resultado leucocitose sem desvio e aumento dos marcadores de lesão hepática. Diante o grau de desidratação começamos a hidratação vigorosa com SF 0,9% 500 ml. Posteriormente a paciente foi transferida ao HMPGL para melhor investigação do quadro, avaliar as possíveis complicações e qual seria a melhor conduta.

## 2.2.8. Caso 8

### 2.2.8.1. Anamnese

**Data de entrada:** 02/07/2022

**Identificação:** S. N. 65 anos. Queixa Principal: Dor no peito

**História da Moléstia Atual:** Paciente dá entrada ao serviço trazido pelo SAMU referindo que dia 24/06 iniciou quadro clínico de dor precordial, de início súbito, de tipo em aperto, com irradiação para o MSE, piora progressiva da dor até hoje 02/07. Foi acionado o SAMU trazendo para nosso serviço.

Refere ser o 1ro episódio. Sem outras queixas. Diurese e evacuações presentes e fisiológicas, nega febre, vômitos, diarreia, sangramentos e sintomas respiratórios

**Antecedentes Pessoais e Familiares:** Nega comorbidades e cirurgias prévias. Nega alergia medicamentosa

**HV:** tabagista (1 cartela/2 dias) nega etilismo.

### 2.2.8.2. Exame físico

**Ectoscopia:** REG, acianótica, afebril, anictérica, eupneica, hipocorado +/4+ e hidratada

**SSVV:** Estáveis exceto PA 188/98 mmHg

**Neuro:** LOTE, Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais focais e sem sinais de irritação meníngea, força muscular e sensibilidade preservadas em MMSS e MMII, pares cranianos sem alterações.

**Respiratório:** MV +, sem ruídos adventícios, timpânico, expansibilidade torácica simétrica, sem sinais de esforço respiratório.

**Cardíaco:** BCNF2T, RR, sem sopros. TEC <3s, pulsos periféricos presentes, simétricos e cheios.

**Abdômen:** RHA +, plano, indolor a palpação superficial e profunda, visceromegalia não palpáveis, sem sinais de peritonismo. Normotimpanico, Blumberg -, Murphy -, Giordano -.

**Extremidades:** Ausência de edema, quentes e perfundidas, sem sinais de empastamento.

#### 2.2.8.3. Diagnóstico

##### **Diagnóstico Síndrômico:**

Síndrome Coronariana Aguda

##### **Diagnósticos Diferenciais:**

Refluxo gastroesofágico

#### 2.2.8.4. Exame complementar

##### **Exames de admissão:**

Hemograma 02/07: Hb 12,50, Ht 40,40, plaquetas 348.000, leuco 11.000 sem bastonetes.

NT proBNP 574, troponina 11, PCR 1,4, Lactato 10,90, CKMB 17, Ureia 36, Na 141, K 4,6, CPK 81.

ECG da admissão apresentando supra ST em V3 V4 V5, provável IAM ântero-septal

#### 2.2.8.5. Conduta

- Solicito exames de laboratório + ECG + Enzimas cardíacas;
- Início protocolo de dor torácica;
- Mantenho em observação neurológica e hemodinâmica

#### 2.2.8.6. Discussão

Paciente com dor torácica são muito comuns no departamento de emergência e uma abordagem rápida tem muita importância para evitar desfechos fatais. Existem vários diagnósticos diferenciais quando a paciente apresenta dor torácica, um dos pontos mais importantes é a realização de um ECG em menos de 10

minutos, com a finalidade de descartar IAM. Uma boa anamnese e exame físico é imprescindível para realizar um diagnóstico certo e posterior tratamento. Entre as doenças que podem causar desconforto torácico entram doenças do coração, da aorta, pulmão, esôfago, estômago, mediastino, pleura, e vísceras abdominais. As condições que representam uma ameaça à vida são principalmente a síndrome coronariana aguda, dissecção da aorta, embolia pulmonar, ou uma simples dor psicogênica. Então, para definir o diagnóstico temos que primeiramente pensar em essas situações, logo de descartá-las podemos seguir investigando a etiologia da dor. Segundo UpToDate (Hollander, 2022) os órgãos torácicos têm as mesmas vias aferentes do SNC e a raiz disso há muita dificuldade para determinar qual órgão está afetado quando se tem algum sintoma torácico. Poucas vezes o paciente vai chegar com sintomas típicos e parecidos com a descrição da literatura, e exatamente por isso, o médico não pode se fechar com um diagnóstico no departamento de emergência. Para realizar uma abordagem boa, temos que colher uma boa anamnese questionando o início da dor (abrupta ou gradual), qualidade da dor (queimação, pontada, apertada, pleurítica), irradiação (ombro, mandíbula, costa), local da dor (subesternal, parede torácica, difusa, localizada), o tempo (Constante ou episódica, duração dos episódios, quando a dor começou), sintomas associados, fator de melhora e piora, também é importante o conhecimento sobre o histórico de comorbidades e/ou eventos recentes. A dor que começa repentinamente e é intensa pode indicar dissecção de aorta, pneumotórax, ou embolia pulmonar, no entanto, num quadro de SCA a dor começa e se propaga gradualmente e pode piorar com o esforço, na verdade na SCA é um desconforto torácico difuso em aperto e não uma dor. A embolia pulmonar pode aparecer com vários tipos de dores ou dispnéia indolor, a dor associada a TEP pode piorar com a inspiração. Além desses sintomas podem aparecer sintomas associados como por exemplo, na SCA aparece dispnéia, fraqueza, nível de consciência alterado ou síncope. Seguindo com a nossa avaliação, chegamos ao exame físico, uma ferramenta fundamental onde iremos avaliar o paciente sistema por sistema. Um achado característico da dissecção da aorta, mas não é muito comum, é a discrepância nos pulsos ou na PA . Uma dor torácica associada a sibilos ou edema assimétrico das extremidades aumenta a preocupação com o aparecimento de tromboembolismo pulmonar (TEP). Presença de crepitações pulmonares com ritmo de galope presente, pode indicar uma disfunção ventricular esquerda, possível SCA, distensão venosa jugular, refluxo hepatojugular e edema

periférico sugerem insuficiência cardíaca direita, por possível SCA ou EP. Nossa paciente em questão então apresenta dor com irradiação no MSE, em aperto e de progressão lenta, sugerindo mais então uma SCA, e possivelmente ir descartando um pouco outros diagnósticos como TEP, Dissecção de aorta, pelo fato de não ter sido uma dor com início abrupto e piorar rápida. Bom, seguidamente para confirmar a nossa suspeita diagnóstica temos que pedir exames laboratoriais e de imagem, pedir ECG, radiografia de tórax e exames laboratoriais, atualmente em Foz de Iguaçu isso é um protocolo para os pacientes que vão ficar internados. Um ECG de 12 derivações é o ideal de se fazer nesse caso, e se sugere que seja feito o mais rápido possível, em menos de 10 minutos após a apresentação do paciente no PS (Hollander, 2022). Embora o ECG continue sendo o melhor teste para descartar SCA, sua sensibilidade para infarto é baixa. Durante o meu estágio em UE, aprendi que um achado encontrado num ECG em pacientes com embolia pulmonar é o famoso "S1Q3T3"(ou seja, S proeminente em DI, onda que na DIII, e onda T invertida em DIII), mas segundo Hollander não é sensível nem específico. Entre os exames laboratoriais a serem pedidos, devemos considerar principalmente as enzimas cardíacas, que são as troponinas, CPK e CK-MB, neste caso o resultado destes exames se encontram dentro dos padrões normais, as troponinas quando há IAM são detectadas no sangue 3 horas após o início do quadro, atingem o pico em 12 horas e permanecem elevadas por 7-10 dias, na maioria dos casos, um único resultado negativo de troponinas não é suficiente para descartar IAM, mas segundo Hollander usando a troponina T de alta sensibilidade, essa abordagem agora já é possível e isso vai depender do tempo de evolução dos sintomas, por exemplo, se um paciente apresentar sintomas sugestivos a IAM por mais de 2 horas e o valor inicial da troponina T estiver normal, podemos sim descartar infarto. Além disso, é importante pedir hemograma completo para identificar se há indícios de infecção, isso vai se avaliar juntamente com o PCR, Leucocitose mais PCR alto, indicam uma infecção. O D-dímero com alta sensibilidade pode descartar o diagnóstico de TVP e um possível TEP. O Péptido natriurético tipo B(BNP) e NT-proBNP podem estar elevados em várias condições, mas níveis acima de 100 pg/mL sugerem fortemente insuficiência cardíaca aguda. É sumamente importante pedir uma radiografia de tórax, mais em pacientes com sintomas agudos, pois 90% pacientes com dissecção de aorta terão uma radiografia alterada com alargamento do mediastino ou botão aórtico aumentado, além disso podemos observar também achados sugestivos a pneumonia, derrame pleural, pneumotórax, atelectasias, etc.

Podemos perceber que a abordagem para a dor torácica é extremamente complexa, mas se é feita uma boa anamnese e um bom exame físico, pode se desempenhar um manejo correto e através de exames complementares ir descartando alguns diagnósticos, importante salientar que quando não há diagnóstico definido, se deve tratar a situação como uma SCA os exames mostrem o contrário. Claramente esta paciente deve começar com o protocolo de dor torácica encaminhada a uma SCA, pela clínica e pelo ECG que mostra uma supra ST em V3 V4 V5, sugerindo provável IAM ântero-septal, mesmo que as troponinas não estejam alteradas, lembrando também que a espera pelos resultados nos exames não deve demorar o início do tratamento, e como já dizemos, toda dor torácica deve ser tratada como uma SCA até descartá-lo. Com certeza a paciente vai precisar ser encaminhada para um Hospital de maior complexidade para avaliar a terapia de reperfusão podendo ser a trombólise ou a intervenção coronariana percutânea. Mas no Pronto Socorro o objetivo é o manejo da dor e evitar possíveis complicações, uma mnemotecnica é a MONABICHE, tendo com significado o seguinte:

**Tabela 3.** Mnemotecnica MONABICHE

<b>M</b>	<b>Morfina</b> 2 a 4 mg EV a cada 5-15 min
<b>O</b>	<b>Oxigênio</b> 2 a 4 L/min, sob cateter nasal Se SatO <sub>2</sub> <90%
<b>N</b>	<b>Nitrato</b> Isossorbida 5mg, SL, até 3 doses de 5-5 min Nitroglicerina EV em BIC
<b>A</b>	<b>AAS:</b> Dose de ataque: 160-325 mg/dia, mastigar e engolir Dose de manutenção: 75-162 mg/dia, VO.
<b>B</b>	<b>Betabloqueadores:</b> Iniciar nas primeiras 24 horas, após estabilidade hemodinâmica Opções: Metoprolol, carvedilol, bisoprolol.
<b>I</b>	<b>IECA (ou BRA):</b> Iniciar nas primeiras 24 horas, após estabilidade hemodinâmica IECA: Captopril, enalapril / BRA: Losartana, valsartana.
<b>C</b>	<b>Clopidogrel:</b> 300 mg (<75 anos) ou 75 mg (>75 anos) Prasugrel ataque: 60mg; manutenção: 10mg/dia.
<b>H</b>	<b>Heparina</b> (HBPM ou HNF) HBPM: enoxaparina 1mg/ kg de 12/12 horas (se <75 anos); 0,75 mg/kg de 12/12 horas (se >75 anos).
<b>E</b>	<b>Estatina</b> Rosuvastatina 40 mg; Atorvastatina 80 mg; Sinvastatina 40 mg, VO a noite.

Fonte: Autor

Para este paciente foi prescrito, AAS 100 mg (3 comprimidos), Clopidogrel 75 mg (4 comprimidos), Omeprazol 40 mg (1 ampola), Carvedilol 3,125 mg (1 comprimido), heparina sódica 5000 UI (subcutânea, 1 ampola), Enalapril 10 mg (1 comprimido) e sinvastatina 40 mg (1 comprimido). Não foi necessário o uso de CN de

O2 porque a paciente não apresentou hipossaturação, e não foi realizada morfina aparentemente porque a paciente não estava com dor, mas eu achei falta na prescrição. Então finalizando, a paciente foi estabilizada e pedido vaga para o HMCC, posteriormente foi aceita e encaminhada ao setor. A dor torácica é uma condição que requer de muita atenção porque muitas vezes pode ocasionar a morte do paciente em pouco tempo, a descompensação dos pacientes que têm alguma doenças dentro do tórax é muito rápida e pode levar a óbito, então é extremamente importante dar muita atenção a esses pacientes e agir o mais rápido possível para identificar a causa.

### 2.2.9. Caso 9

#### 2.2.9.1. Anamnese

**Data de entrada:** 04/05/2022

**Identificação:** S. M, 42 anos feminino, moradora de São Miguel do Iguaçu

**Queixa Principal e Duração:** Sensação do coração saindo pela boca

**História da Moléstia Atual:** Paciente vem ao serviço por conta própria, relata sensação de que o coração está saindo pela boca, de início súbito durante a manhã quando foi para trabalhar. Nega dor torácica. Nega outros sintomas associados. Relata episódio similar há 6 meses aproximadamente. Nega alergia medicamentosa.

**Antecedentes Pessoais e Familiares:** HAS em uso de losartana

**HS:** Nega etilismo e tabagismo

#### 2.2.9.2. Exame físico

**Ectoscopia:** Bom estado geral, acianótica, afebril, anictérica.

**SSVV:** FC: 190 bpm, Temp.: 36,7, PA: 122x75, FR: 19 irpm, Sat 97%

**Neuro:** LOTE, sem sinais de irritação meníngea, Glasgow 15/15 Respiratório: MV +, sem RA, sem esforço respiratório

**Cardíaco:** BNF2T, sem sopro

**Abdômen:** RHA +, depressível, sem dor a palpação superficial e profunda.

**Extremidades:** quentes e bem perfundidas, TEC <3 segundos.

#### 2.2.9.3. Diagnóstico

**Diagnóstico Sindrômico:**

Síndrome de pânico?

Arritmia cardíaca?

Síndrome de esgotamento profissional?

**Diagnósticos Diferenciais:**

PNM

2.2.9.4. Exame complementares

**Exames de admissão:** Não foi coletado

2.2.9.5. Conduta

- Solicito ECG
- Transferida para sala de emergência
- Punção venosa periférica Hidratação
- Realizo manobras vasovagais sem sucesso
- Administrar adenosina 6mg

2.2.9.6. Discussão

Paciente feminina de aproximadamente 45 anos, veio ao serviço por apresentar taquicardia 180-190 bpm de início súbito no trabalho, palpitação, sem fator desencadeante. Após a avaliação, exame físico sem outros achados, negando outros sintomas associados. Levamos ela na sala de emergência para monitorização, o ECG mostrou que estava com taquicardia supraventricular estável, que é uma das taquiarritmias menos graves, mas é muito comum dentro do departamento de emergência e o médico deve estar preparado para realizar precocemente o diagnóstico e posterior tratamento porque pode causar fadiga do músculo cardíaco e consequentemente passar a uma parada cardiorrespiratória.

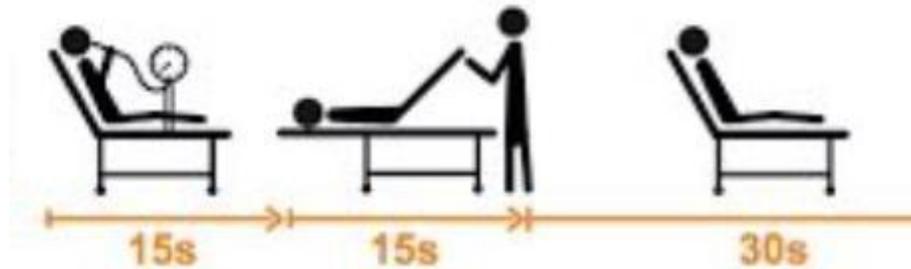
Segundo UpToDate (PRUTKIN, 2022), as taquiarritmias são ritmos cardíacos anormais com frequência ventricular de 100 ou mais batimentos por minuto, geralmente vem associado a sintomas como hipotensão, dispneia, dor no peito, palpitações. O ECG pode aparecer com taquicardia e o complexo QRS estreito. Quando é feito o diagnóstico de uma TSV e o paciente estiver estável devemos explicar ao paciente quais seriam as opções de tratamento, que são as seguintes:

Manobra de Valsalva modificada e Cardioversão química com adenosina e por último betabloqueadores. Neste paciente, fizemos primeiramente a manobra de Valsalva modificada (Figura 1) que consiste em pedir para o paciente sentado realizar uma expiração forçada com uma seringa por 10 segundos e posteriormente baixar o tronco e elevar as pernas, com isso não tivemos resultado esperado, então, partimos para a administração da Adenosina 6 mg seguido de 20 ml de SF 0,9% para acelerar o efeito, com isso, de forma mágica a FC foi baixando até normalizar e ficar em 95 bpm, o efeito foi imediato. Cabe destacar que se durante a primeira administração do medicamento não há resultado positivo, pode ser repetido após 1 a 2 minutos da primeira dose a mesma droga, mas com dose de 12mg, e até pode ser administrado numa terceira vez a dose de 12mg, na maioria das vezes tem eficácia na primeira administração. Quando não houver resposta após a administração das 3 doses de adenosina, devemos começar com betabloqueador e o medicamento de escolha é o metoprolol 2,5-5 mg em bolus IV durante 2 a 5 minutos podem ser repetidos bolus adicionais de 2,5 mg até completar 15 mg. Caso o paciente estiver instável (hipotensão, dor precordial, dispneia, alteração do nível de consciência) e apresenta taquicardia >150 bpm, deve se iniciar a cardioversão eléctrica configurando o monitor em modo PAS, carga 120-200 J, ativar o SINC (sincronizar) e colocar gel nas pás, se o paciente e estiver acordado temos que primeiramente fazer a sedação fazendo midazolam 3-5 mg IV sem diluir + Morfina 2 mg. Logo após o procedimento a paciente em questão começou a falar, se comunicar, veio um sorriso no rosto refletindo a melhora total do quadro. Não foi pedido nada mais que o ECG, pois já conhecíamos os antecedentes da paciente, mas mesmo assim faltou pedir alguns exames complementares que podem ser úteis para descartar outras doenças, esses exames que seriam: radiografia de tórax, troponinas para avaliar possível infarto.

Existem vários tipos de arritmia cardíaca e isso só poderá ser diagnosticado mediante o ECG, para isso, o médico tem que ter domínio sobre os achados eletrocardiográficos, as doenças que os causam e os seus respectivos tratamentos. Estudar esse caso foi muito legal, porque consegui entender primeiramente a rapidez que pode atuar um medicamento quando injetado direto na veia, questão de segundos, também consegui compreender que uma taquicardia > 150 é algo sério, devemos agir com muita agilidade e certeza, logrei a interpretação um ECG e para finalizar identifiquei uma grande quantidade de arritmia e que cada um tem diferentes

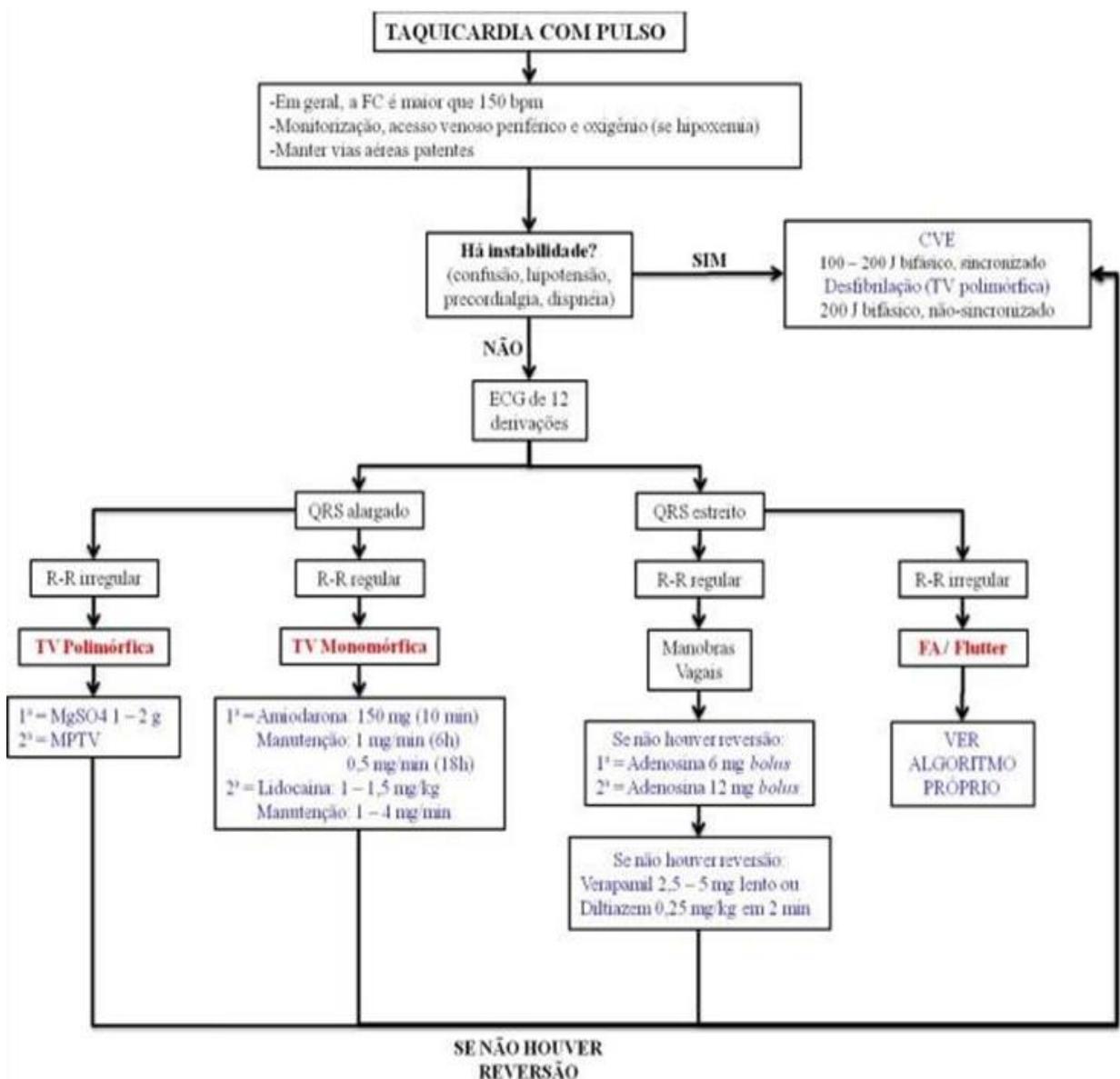
tratamentos que temos que conhecimento íntegro para poder realizar um bom desempenho e dar resolutividade ao problema do paciente.

**Ilustração 3.** Manobra de Valsava Modificada



Fonte: Google imagens

**Ilustração 4.** Fluxograma de taquicardia com pulso



Fonte: Chierice, 2019.

## 2.2.10. Caso 10

### 2.2.10.1. Anamnese

**Data de entrada:** 19/06/2022 14:00

**Identificação:** M. D. P, 33 anos, masculino.

**Queixa Principal e Duração:** Vítima de agressão

**História da Moléstia Atual:** Paciente morador de rua é trazido ao nosso serviço pelo SIATE em maca rígida, sem colar cervical, relata que recebeu uma tijolada após se envolver numa briga hoje, aproximadamente 13 horas, alega dor na cabeça na região occipital. Nega alergia medicamentosa. Nega perda de memória e consciência. Relata ter consumido crack.

**Antecedentes Pessoais e Familiares:** Hepatite

**HS:** Tabagista, etilista, e usuário de drogas ilícitas

### 2.2.10.2. Exame físico

**Ectoscopia:** BEG, face de dor, acianótico, afebril, anictérico.

**SSVV:** PA: 140/85, FC: 95, FR: 18, Temp.: 37.

**Cabeça e pescoço:** Apresenta ferida corto contusa de bordas irregulares de aproximadamente 4 cm em região occipital direita da cabeça. Refere muito dor mesmo anestesiado para realização da sutura.

**Neuro:** Confuso, sinais de embriaguez, Glasgow 14/15, reflexo de dor presente, pupilas isofotorreagentes. Sem déficits focais.

**Respiratório:** MV+, sem RA

**Cardíaco:** BNF2T, sem sopro.

**Abdômen:** RHA +, sem VMG, sem dor a palpação profunda e superficial.

**Extremidades:** Quentes e bem perfundidas, sem sinais flogísticos

### 2.2.10.3. Diagnostico

**Diagnóstico Sindrômico:**

TCE leve

**Diagnósticos Diferenciais:**

Hematoma subdural ou epidural.

Hemorragia intraparenquimatosa

**2.2.10.4. Conduta inicial**

Solicitar Rx de crânio

Antissepsia + anestesia com lidocaína sem vaso + sutura utilizando fio número 2+ curativo.

**2.2.10.5. Conduta após de radiografia de crânio**

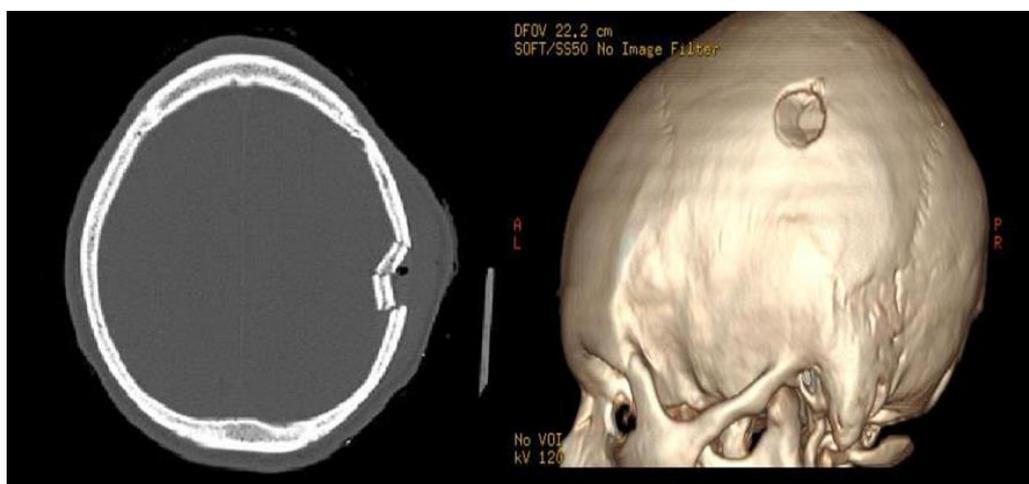
- Rx com sinais de fratura de crânio
- Solicitar tomografia de crânio
- Solicito encaminhamento para HMPGL

**2.2.10.6. Exame complementar****Exame feito já no HMPG**

**Tomografia de crânio 19/06:** Fratura afundamento da região frontal esquerda, alto e pequena porção parietal.

Há pequeno hematoma subcortical nessa região, com coleções de gás. Hemorragia petequiral intracraniana frontal esquerda.

**Ilustração 5. TC de crânio do paciente**



**Fonte:** Vivace connect

#### 2.2.10.7. Discussão

Este caso é muito interessante pois o paciente chegou na UPA João Samek, gemendo de dor, confuso, com sinais de embriaguez, ao questionar sobre o que aconteceu, ele relatou que foi vítima de agressão, onde os agressores o atingiram com tijolo, posteriormente pessoas que estavam nas proximidades ligaram ao SIATE. No momento da avaliação, ele estava com muita dor, se podia observar um ferimento corto contuso importante de aproximadamente 4 cm na região parieto-occipital, que cursava com hemorragia ativa, ele respondia aos comandos, mas ainda assim estava um pouco confuso, relata ter ingerido crack momentos antes do incidente. De momento o mais importante era a hemostasia, posteriormente descartar fratura e realizar medicamentos para a dor. Levei ele na sala de procedimentos, onde começou a tremer (por provável hipotermia), forneci para ele lençol disponível na sala de procedimentos. Posteriormente, fiz a tricotomia para avaliar melhor o ferimento, realizei uma limpeza local com clorexidina e SF 0,9%, anestesiéi o local, coloquei o dedo indicador dentro da ferida para tentar sentir se tinha crepitações, mas não senti nada, depois, fiz a sutura de aproximação e curativos, em todo momento, mesmo com a anestesia ele sentia dor. Seguidamente, foi feito o Rx de crânio e deu como resultado provável fratura de crânio na região parietal esquerda, imediatamente fizemos a solicitação de vaga para o HMPGL para a realização de uma tomografia de crânio já que a fratura não estava bem definida no Rx. Um dos erros que houve nessa abordagem foi que não foi prescrito nenhum medicamento para as dores. O transporte chegou em 40 minutos aproximadamente e o paciente foi para o HMPGL para a realização da TC, o resultado da TC então certificou que realmente houve um afundamento de crânio, para o tratamento definitivo então o paciente já ficou no Hospital.

Então, como a literatura descreve a abordagem inicial a um paciente com TCE? Segundo o ATLS (ATLS, 2019) a avaliação inicial começa com o ABCDE do trauma, sendo A- Via aérea com controle da coluna cervical, onde no primeiro momento temos que avaliar e assegurar que a via aérea esteja permeável, se houver obstrução das vias aéreas, temos que realizar manobras como elevação da mandíbula, remover corpos estranhos, além de manter a coluna cervical em posição neutra através da imobilização manual, o seguinte passo é a B- Respiração, o objetivo é manter uma boa ventilação e oxigenação, podemos avaliar o tórax fazendo a

ausculta, comparando a simetria, etc. Para continuar temos a C- Circulação e controle da hemorragia, onde temos que avaliar hemorragias, avaliar cor da pele, pulso e frequência cardíaca, o achado principal de um choque hipovolêmico é a taquicardia, então, na D- Disfunção neurológica o mais interessante é determinar o nível de consciência aplicando o Glasgow e por último temos o E- exposição onde veremos tudo o que tem a ver o entorno do paciente, já tendo avaliado os pontos que podemos considerar mais críticos então podemos ir na avaliação secundária, colhendo informações sobre o mecanismo do trauma e a história SAMPLA onde veremos sinais e sintomas, alergias, medicamentos de uso habitual, passado médico, líquidos ingeridos nas últimas horas, ambiente e eventos relacionados ao trauma. A avaliação secundária também consiste em realizar um exame físico minucioso e objetivo de todos os sistemas, o exame das pupilas é crucial no TCE. Segundo UpToDate (RAJAJEE, 2022), o objetivo primário para TCE moderado e grave é a prevenção e tratamento de hipotensão e hipóxia, dois insultos sistêmicos que causam lesão secundária após TCE, diz também que o cérebro lesionado é vulnerável a insultos secundários nas primeiras 24 horas. No manejo hospitalar a intubação endotraqueal é recomendada em pacientes com TCE com pontuação de Glasgow de  $< 9$ , incapacidade de proteger suas vias aéreas ou  $SPO_2 < 90\%$ , ainda com oxigenoterapia. O estado neurológico deve ser avaliado frequentemente. É recomendada administração de ácido tranexâmico em paciente com TCE moderada e grave, infundir 1 g em 10 minutos, seguida de 1g infusão intravenosa durante oito horas. A tomografia de crânio deve ser realizada o mais rápido possível. Por sua vez, o TCE leve se caracteriza por ECG 13-15, resulta de forças de contato externo direto ou do cérebro sendo golpeado contra superfícies intracranianas com trauma de aceleração/desaceleração. Os sintomas iniciais são cefaléia, tontura, náuseas, vômitos, sensibilidade à luz. Quando pedir tomografia de crânio numa TCE leve:

- $GCS \leq 14$ ;
- **Suspeita de fratura aberta ou deprimida do crânio (lacerações do couro cabeludo ou hematomas, ou desnível ósseo do crânio);**
- Qualquer sinal de fratura da base do crânio (hemotímpano, hematoma periorbitário, hematoma retroauricular, otorreia, rinorreia);
- Dois ou mais episódios de vômito;

- Novo déficit neurológico (por exemplo, nervo craniano, motor, sensorial, coordenação, marcha, cognição);
- Presença de diátese hemorrágica ou uso de medicação anticoagulante;
- Apreensão;
- Idade 60 anos ou mais;
- Amnésia retrógrada de um período de 30 minutos ou mais antes do episódio traumático;
- Mecanismo preocupante de lesão na cabeça (por exemplo, pedestre atropelado por veículo motorizado, ocupante ejetado de veículo motorizado, queda de 3 pés [aproximadamente 1 metro] ou mais, queda de 5 degraus ou mais);
- Intoxicação, cefaleia ou comportamento anormal são critérios menos validados para neuroimagem, mas alguns médicos obteriam uma tomografia computadorizada (TC) sem contraste em pacientes com um ou mais desses recursos.

Para finalizar temos que entender que qualquer paciente que apresentar TCE seja leve, moderado ou grave, sempre temos que ficar de olho pois eles pioram muito rápido, então por mais que não tenham complicações agudas e dependendo da mecânica do trauma deverão ficar em observação por 24 ou 48 horas.

### Ilustração 6. Classificação de TCE

TABELA 6.1 Classificações do Trauma Craniocéfálico			
<b>Gravidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve</li> <li>• Moderada</li> <li>• Grave</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escore GCS 13–15</li> <li>• Escore GCS 9–12</li> <li>• Escore GCS 3–8</li> </ul>
<b>Morfologia</b>	• Fraturas de crânio	• De calota	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Linear vs estrelada</li> <li>• Com ou sem afundamento</li> <li>• Exposta ou fechada</li> </ul>
		• Basilares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com ou sem perda de LCR</li> <li>• Com ou sem paralisia do VII nervo</li> </ul>
	• Lesões intracranianas	• Focais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epidural</li> <li>• Subdural</li> <li>• Intracerebral</li> </ul>
		• Difusas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concussão</li> <li>• Contusões múltiplas</li> <li>• Lesão hipóxica/isquêmica</li> <li>• Lesão axonal</li> </ul>

Fonte: ATLS, 2019.

### 2.3. Relato vivencial do aluno e sua experiência pessoal no internato de Urgência e Emergência do SUS

**SMI:** O meu primeiro rodízio foi em SMI, fomos recebidos muito bem, uma equipe maravilhosa. A nossa atividade como interno num plantão diurno foi avaliar cada paciente internado em observação, avaliar os exames laboratoriais e propor uma conduta, logo as 11:00 AM junto com o médico passamos em cada leito para apresentar o caso e o plano que sugerimos, a parte mais legal sempre foi a discussão com os médicos porque nesse momento se observa como é conduzido o caso e compara a conduta do médico com aquele que você propôs, então conseguimos treinar muito o raciocínio clínico. Ali conseguimos fazer também vários procedimentos com a equipe da enfermagem, como AVP, cateterismo vesical de demora, aprendemos como fazer uma tala gessada, então sempre foi bem dinâmico, nunca faltava alguma coisa para fazer. Eu sou uma pessoa que se adapta muito bem a todas as coisas, eu acho que isso jogou muito no meu favor, pois é uma característica que me proporcionou ganhar a confiança da maioria dos profissionais, e não tivemos nenhum problema durante o nosso rodízio lá, e ainda logramos desenvolver várias habilidades e fortalecer os pontos fracos como pode ser a timidez, falta de convicção na hora de realizar algum procedimento e por sobretudo a insegurança. Ao finalizar o rodízio, sai com mais segurança para fazer procedimentos não invasivos e invasivos, é como se houvesse perdido o medo de fazer os procedimentos, tenho mais determinação e percebi que gosto muito de fazê-lo. Outra coisa interessante que percebemos foi o alto grau de humanização, empatia, amor que tem a toda a equipe pelos pacientes, eu não presenciei nenhum tipo de maltrato. Na minha percepção o único ponto negativo é inevitável é a distância.

**HMPGL:** O Hospital Municipal me serviu mais para presenciar vários casos, pois a Emergência e o PS são locais de puro dinamismo, fizemos a admissão e evolução de muitos pacientes, conseguimos nos relacionar muito bem com toda a equipe, e uma vez mais a minha característica de me ambientar rápido e a tudo, me forneceu ter a confiança da maioria das equipes da enfermagem e médicos, o trato que recebemos foi muito bom e foi muito diferente ao Pré-Internato onde naquela época tive mais dificuldade para me expressar e me relacionar com as equipes, acho que mudança que tive de interagir mais com os profissionais e colegas me fez aproveitar muito mais os plantões. Participei de Parada cardiorrespiratória controlando

o tempo, fiz 2 suturas, participei em várias intubações e acesso venoso central feito pelo médico e ele explicando passo a passo o procedimento, no momento eu já me sentia preparado para realizar esses procedimentos, mas no Hospital é bem mais complicado realizar porque são procedimentos mais difíceis e é melhor que um profissional experiente faça. Em alguns plantões de madrugada, quando já tínhamos feito todas as evoluções, pegamos um tema específico como eletrocardiograma, gasometria, distúrbios de eletrólitos e discutimos com os médicos experientes, assim conseguimos comparar o nosso estudo com o deles, foi muito bom.

Em contrapartida, muitos médicos ficaram com medo de deixar os internos fazer procedimentos, acredito que isso nos prejudicou bastante, pois no meu ver, o internato é um momento onde devemos treinar alguns dos procedimentos invasivos ou não invasivos para ganhar destreza e confiança. Consegui realizar algumas suturas e acompanhar vários procedimentos, que foi muito legal, mas eu queria muito ter realizado mais. A falta de um local para os internos pudessem descansar, fazer refeições foi uns dos pontos negativos por que muitas vezes tivemos que sair para fora do hospital para almoçar.

**UPAs:** Na UPA João Samek vivenciamos muitas ocorrências, fiquei mais na emergência, procedimentos e eventualmente na sala amarela, na amarela me impressionou a quantidade de casos de surto psicológicos e psiquiátricos, em cada plantão recebia pacientes com intento de suicídio, psicose induzida por drogas e outros fatos, não me sentia preparado para conduzir casos desses tipos, mas com a confiança dos médicos consegui me superar e ver que não é coisa de outro mundo. Gostei muito de ficar na emergência, por que a maioria dos médicos confiavam muito em nós, nos deixavam na sala de procedimentos, fomos encarregados de realizar a consulta, realizamos procedimentos de suturas, a mais difícil foi realizar sutura de língua de um paciente com Parkinson que não conseguia tirar a língua para fora, outros procedimentos como redução de ombro, retirada de corpo estranho do olho e da hipofaringe, diagnóstico de fraturas mediante Rx, etc. Foi uma experiência incrível, e obviamente meu desejo de trabalhar numa sala amarela/vermelha é muito grande, me serviu muito este estágio para perder o medo a tomar algumas condutas, e o que aprendi também é que quando você não sabe dirigir algum caso o melhor para fazer é pedir ajuda, isso nem todos os médicos fazem. Ao finalizar este estágio aqui na UPA me senti mais evoluído, com muita mais segurança na hora de fazer algum

procedimento e também no raciocínio clínico, aprendi a utilizar o sistema, e encaminhar pacientes.

Por outro lado, durante a minha passagem pela UPA João Samek descobri que o atendimento não é tão perfeito com eu pensava a princípio, meu pensamento sempre foi que a falta de recursos materiais eram a base dos problemas que ouvimos diariamente, mas para minha surpresa não é bem assim. Teve alguns plantões que infelizmente me tocou presenciar maltrato por parte da equipe da enfermagem onde os familiares até choravam de impotência, teve um familiar que veio até mim para pedir minha ajuda pois o técnicos começaram a ser grossos com a paciente, então eu acredito que os pacientes devem ter no mínimo o respeito de todos os profissionais, obviamente a grande maioria são profissionais altamente educados, fazendo um trabalho muito admirável, mas a existência de equipes que não tem noção de empatia, que tem falta de ética, às vezes acabam prejudicando a maioria. Além disso, pressionam os internos a realizar receitas para eles mesmos desde o Sistema do médico de plantão, e ante a negativa do interno, eles ficam revoltados, foi o que aconteceu comigo numa ocasião.

Em mais de um plantão teve atraso dos médicos e isso atrapalhava totalmente o fluxo, pois são os únicos que podem fazer a evolução médica de todos os pacientes, são os que tem que ver exames, reavaliar o paciente, solicitar exames, fazer a prescrição dando foco principal para os pacientes que estão com dor, e muitas vezes só dar alta para então ter mais espaço na sala. Nós como internos de medicina não podemos tomar uma conduta sem presença do supervisor, a maioria das vezes sabemos como solucionar, mas não podemos mexer em nada porque ainda não somos autorizados. Então, o atraso dos médicos sempre vai causar prejuízo na equipe.

Conclusão: O módulo de Urgência e Emergência foi uma etapa de muito aprendizado teórico, ético, técnico e prático. Tinha vários objetivos para cumprir durante o módulo, entre eles perder o medo para realizar procedimentos, e me relacionar com mais facilidade com os colegas, estou conseguindo sem nenhuma dificuldade, não sei quando mudei, mas hoje sou uma pessoa mais participativa, mais comunicativa e mais curiosa. Gostei tanto dos plantões diurnos e noturno, considero que os plantões diurnos foram mais produtivos que os noturnos, pois muitas vezes os noturnos durante a madrugada ficava muito parado, isso fazia que a gente ficasse com sono sem ter um lugar onde descansar, além de que também no outro dia me

deixava abalado por não conseguir descansar bem, mas não teve inconveniente em realizar os plantões noturnos. Os plantões diurnos são mais movimentados, com muito dinamismo, tem mais atividades, evoluções, procedimentos, discussão de caso dos residentes, achei mais proveitoso. Urgência é uma especialidade apaixonante, me interessa muito, por sobre tudo a parte da urgência clínica. Um dos maiores obstáculos com certeza foi a insegurança nas condutas, acho que tenho que fazer um maior esforço para dominar os temas da urgência e emergência pois acredito que o emergencista tem que dominar todo o conteúdo e estar bem preparado, e isso me causa um estresse, uma certa preocupação. Mas essa passagem pelo serviço da UE me serviu para entender o fluxo da RUE, os casos mais comuns no departamento de emergência e em que devo focar o meu estudo, para ser um bom médico. Gerar um calendário de estudo, aumentar as horas de estudo e assistir cursos acho que seria uma ótima solução para conseguir solucionar esse obstáculo. Ao módulo de UE da UNILA, eu sugeriria buscar uma interligação com os médicos preceptores de cada estabelecimento, e discutir com eles as competências e habilidades que o interno deve cumprir durante o estágio de internato. O trabalho em duplas para mim teve muitas vantagens, facilita o nosso trabalho, podemos intercambiar ideias, discutir condutas, acredito que poderia continuar assim, também a implementação de fazer os plantões seguidos em cada estabelecimento foi muito bom porque assim conseguimos acompanhar os pacientes e criar vínculos com eles, além de dar seguimento ao caso.

## 2.4. Procedimentos

### 2.4.1. São Miguel do Iguaçu

No começo do estágio especificamente no Hospital de São Miguel do Iguaçu, fomos recebidos pela equipe de lá, da melhor maneira possível, com preceptores disposto a ensinar, onde sempre que chegava um caso clínico interessante, te chamavam para discutir os casos, isso desde meu ponto de vista é muito importante e além de facilitar o aprendizado também é benéfico na aquisição de confiança dentro do complexo hospitalar, especificamente na urgência e emergência. Contudo, no meu segundo plantão lá, consegui fazer sutura:

#### 2.4.1.1. Sutura

**Paciente:** Feminina, 35 anos, chegou na emergência depois de ter sido vítima de um acidente de trânsito (carro x carro), felizmente depois de aplicar o ABCDE do trauma, ela não teve nenhum comprometimento. Na hora de avaliar os membros inferiores apresentava feridas lacerantes no 3er e 4to pododáctilos a esquerda. O médico de turno me deixou junto a enfermeira para realizar a sutura.

Solicitei os materiais para realizar a sutura, como o campo estéril, kit do procedimento, curativos, clorexidina alcoólica, fios de sutura nro 3, lidocaína 2%, uma seringa de 20 ml, luvas esterilizadas, agulha 40x12, 30x7 e 13.

**Procedimento:** Comecei com a lavagem das mãos, a enfermeira me auxiliou para limpar a ferida com clorexidina, seguidamente coloquei a luva estéril na forma correta tendo os devidos cuidados para não contaminar, com agulha 40x12 colocada na seringa, aspirou se 5-10ml de lidocaína, troquei a agulha pela mais fina (13) e aplicou se o anestésico em baixo da pele, seguidamente se procedeu a realização da sutura, fiz 3 pontos simples no 3ro pododáctilo e 2 pontos simples no 4to pododáctilo. Precisei de uns 4 fios pois a sutura foi um pouco dificultada devido a não colaboração da paciente e também a pele região em dobra da ferida. Mas com a ajuda da enfermeira consegui realizar com sucesso a sutura, fizemos o procedimento de curativos pós sutura e sucesso.

Obs.: Consegui atender a inúmeros pacientes que precisavam de suturas, consegui resolver e realizar os procedimentos sem intercorrências.

#### 2.4.1.2. Paracentese

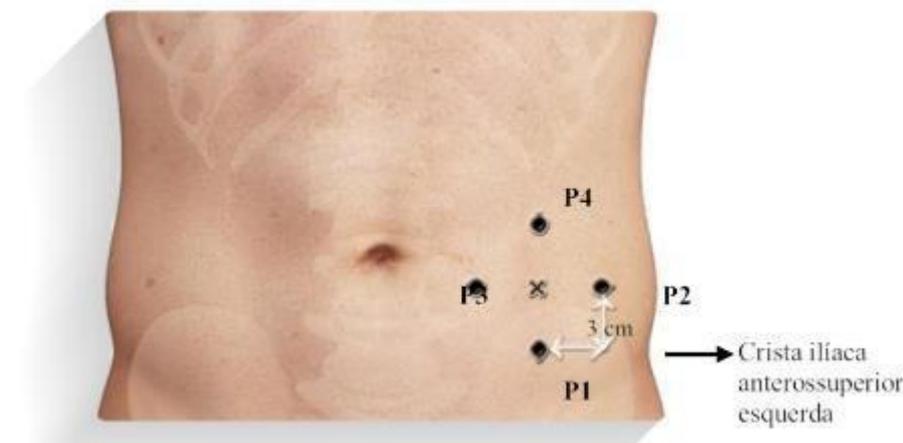
**Paciente:** Masculino, 81 anos, entra na sala de emergência por distensão abdominal, abdome globoso, consciente, orientado em tempo e espaço, leve dispneia sem outros sintomas. Indivíduo com cirrose há 5 anos com hepatocarcinoma. Faz tratamento na UOPECCAN. Na verdade, o procedimento não foi para fazer algum diagnóstico e sim para aliviar os sintomas de distensão do paciente. Consegui fazer a paracentese do paciente em duas oportunidades.

**Materiais:** Ultrassom, luvas estéreis adequadas, avental descartável, face Shields, gases, clorexidina, lidocaína 1%, agulhas, seringa 20 ml, frasco a vácuo para o líquido, sistema coletor fechado, cateter venoso nro 16.

**Procedimento:** Primeiramente, para iniciar o procedimento pedi a autorização do paciente, explicando quais eram os passos, paciente aceitou sem

maiores problemas. Posicionei o paciente na maca em posição supina, com ajuda do ultrassom consegui identificar a existência de abundante líquido no espaço espleno renal, localizei o ponto da incisão tendo em consideração a cicatriz umbilical e a crista ilíaca esquerda, fiz a divisão em 3 terços, sendo o terço inferior ou o terço proximal a crista ilíaca e a uns 4 cm para cima. Procedi à antissepsia do local com clorexidina fazendo a técnica do “caracol”. Coloquei o campo estéril sobre o ponto da punção e apliquei a anestesia. Logo em seguida, puncionei o cateter em um ângulo de 90 graus até a saída do líquido da cavidade abdominal. Se drenou até 5 litros de líquido. Contudo, o abdômen ficou bem flácido, deixando o paciente respirar bem melhor. Foi a minha primeira experiência em realizar procedimentos básicos invasivos, hoje em dia me sinto preparado para eventualmente fazer esse procedimento.

**Ilustração 7.** Local de punção



Fonte: (Vitalle, 2021)

#### 2.4.1.3. IOT “Primeira vez entubando”

**Paciente:** Idoso, 71 anos. Entra ao serviço por RNC. Os médicos supervisores me informaram que me deixariam fazer a IOT e discutem comigo os 7Ps, uma vez dominado a teoria e repassado as técnicas para o procedimento, me preparo para proceder, momento de muita emoção, me senti muito confiante.

**Materiais:** Luvas de procedimentos, face Shields, cânula de guedel, sistema de aspiração, máscara com ambu ligada a oxigênio máximo (15 litros), drogas sedativas e analgésicas, tubos endotraqueais, seringa 10 ml, fita, estetoscópio, laringoscópio com as lâminas, e o ventilador mecânico já preparado.

**Procedimento:** Com a pensamento sempre nas 7Ps, comecei com a:

**Preparação:** verificamos se todos os equipamentos estão em seu correto funcionamento, o paciente em MOV (monitorado, com oxigênio e com acesso venoso periférico), posicionei a cama a altura no meu processo xifóide, não precisei de coxim. **Pré oxigenação:** Procedemos a colocar máscara com 100% de oxigênio por 3 a 5 minutos. **Pré-tratamento e Paralisia com indução:** as drogas que utilizamos foram Fentanil, etomidato e succinilcolina. A enfermeira colocou as medicações primeiramente tirando a dor com fentanil, posteriormente sedação com etomidato e por último a utilização do bloqueador neuromuscular para relaxamento dos músculos, no caso utilizamos a succinilcolina. **Posicionamento/Procedimento:** Peguei o laringoscópio com lâmina (Macintosh) curva com a mão esquerda e entrei pela direita da boca do paciente empurrando a língua para esquerda, ao presenciar a valécula, empurrei para cima e para frente tendo total visão das cordas vocais, pedi o tubo 7,5 (foi decidido antes da intubação) e inseri nas vias aéreas, injetei 10 ml de ar com a seringa para insuflar o balão. **Posição do tubo:** Posteriormente começamos a oxigenar o paciente com o ambu e também fazer a ausculta dos 5 focos para saber se o tubo realmente foi na traqueia, eu tinha certeza que foi na traqueia mas sempre tem que auscultar, principalmente o epigástrio pois a complicação mais frequente é a intubação esofágica, com tudo, na ausculta percebemos discreto aumento do MV a direita, sugerindo intubação seletiva à direita, tivemos que retirar um pouco o tubo, logo fixamos com a fita e conectamos al respirador. A saturação do paciente começava a ficar em > 94%. Solicitamos radiografia de tórax para confirmar a posição do tubo. **Pós-intubação:** Foi mantida a sedação com fentanil e midazolam, o paciente necessitou de drogas vasoativas em baixa dose para manter uma PA boa.

Foi muito agradável perder o medo de fazer este procedimento que é fundamental na competência médica, meu desejo é a partir de agora fortalecer tudo isso a base da literatura e entender sobre as drogas que são utilizadas. Foi muito bom pela confiança adquirida, hoje me sinto com muita mais segurança para realizar a minha próxima IOT.

#### 2.4.1.4. Cardioversão química com Adenosina

Paciente feminina de aproximadamente 45 anos, veio ao serviço por apresentar taquicardia 180-190 bpm de início súbito no trabalho, sem fator desencadeante. Após a avaliação, exame físico sem outros achados, negando outros

sintomas associados. Levamos ela na sala de emergência para monitorização, estava com taquicardia supraventricular estável, que é uma das taquiarritmias menos graves, mas tem que se restabelecer o mais rápido possível porque causa fadiga do músculo cardíaco. Explicamos ao paciente quais seriam as opções de tratamento, que são as seguintes: Manobra de Valsalva modificada e Cardioversão química com adenosina. Fizemos primeiramente a manobra de Valsalva modificada que consiste em pedir para o paciente sentado realizar uma expiração forçada com uma seringa por 10 segundos e posteriormente baixar o tronco e elevar as pernas, não tivemos resultado positivo, então partimos para a administração da Adenosina 6 mg seguido de 20 ml de SF 0,9% para acelerar o efeito, com isso de forma mágica a FC foi baixando até normalizar se e ficar em 95 bpm, o efeito foi imediato. Cabe destacar que se durante a primeira administração do medicamento não há resultado positivo, pode ser repetido em 1 a 2 minutos a mesma droga, mas com dose de 12mg, e até pode ser administrado numa terceira vez a dose de 12mg, na maioria das vezes tem eficácia na primeira administração.

#### 2.4.2. HMPGL

1. Realizei 2 suturas
2. Participei numa parada cardiorrespiratória.
3. Assisti 3 IOT e 3 Acesso venoso central

#### 2.4.3. UPA João Samek

1. Realizei umas 20 suturas aproximadamente
2. Remoção de corpo estranho do olho: Foi bem legal pois presenciei 2 pacientes que chegaram com “sujeira no olho”, na primeira o médico fez pois eu não tinha ideia de como retirá-lo. Nos próximos dias, chegou outro paciente que primeiramente procurou a UBS e foi encaminhado para o oftalmologista estando na posição número 1000 da fila, então veio direto ao nosso serviço para poder solucionar o seu problema, eu com mais segurança sem pedir socorro do médico, primeiramente localize o corpo estranho, fiz lavagem intensa com SF 0,9%, mas não teve sucesso na remoção, então peguei cotonete umidifiquei com colírio anestésico e com delicado movimento circular limpei o olho, conseguindo então a remoção completa do corpo estranho.

3. Redução do ombro
4. Fiz 2 Sonda Vesical de Demora
5. Inseri 1 Sonda Nasogástrica
6. 2 acceso venoso periférico.

#### 2.4.4. UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa

1. Realizei aproximadamente umas 15 suturas
2. Assisti 2 IOT
3. Fiz um acesso venoso periférico

#### 2.5. SUGESTOES PARA MELHORA DO SISTEMA – OS SERVIÇOS DO PRONTO SOCORRO DO HMPGL, UPA JOÃO SAMEK, UPA DR. WALTER CAVALCANTE BARBOSA, PRONTO SOCORRO DE SÃO MIGUEL E SAMU FOZ DO IGUAÇU E SÃO MIGUEL

Desde o início deste estágio no Módulo de Urgência e Emergência, passei por vários setores hospitalares como são: o Hospital de São Miguel, Hospital Municipal Padre Germano Lauck as UPAS João Samek e Dr Walter Cavalcante Barbosa, e sempre tentei identificar quais são os problemas, as dificuldades que o sistema de saúde está tendo. Desde meu ponto de vista, em Foz de Iguaçu, especialmente nas UPAs, evidenciei que há superlotação de pacientes, acredito que seja uma temática a ser conversada porque realmente muitas pessoas vem reclamando que o tempo de demora para ser atendido é demasiado, então, isso ocorre por falta de profissionais? ou por falta de educação a saúde?, a educação a saúde neste caso seria, fomentar, expandir a informação aos paciente que ante sintomas leves tem que procurar atenção básica, ou seja o posto de saúde. Hoje em dia, tem muitos pacientes que procuram o serviço intermediário por causa de um simples sintoma que pode ser solucionado 100 % nos postos de saúde. Isso vem atrapalhando o trabalho dos profissionais e obviamente os deixam esgotados, e diante disso, fui perguntar aos médicos o que poderia ser feito para tentar resolver esses problemas, a maioria respondeu, "Precisam contratar mais médicos, por que 1 só não dá conta", mas realmente precisam de mais médicos sendo que a maioria dos pacientes poderiam estar recebendo assistência médica nos postos de saúde?, também outra opinião que me deixou pensando foi a seguinte: "Foz de Iguaçu precisa de uma terceira UPA",

achei bem interessante essa resposta porque se os pacientes preferem ser atendidos na UPA e não querem ir na UBS, acredito que uma terceira UPA não viria mal, mas sendo realista o desenvolvimento de uma nova unidade intermediária é muito difícil, então, a educação das pessoas sobre usar os serviços do SUS de forma responsável vai trazer consigo várias conquistas, mas para que isso aconteça o controle deve ser mais estrito além de realizar campanhas para que o paciente tenha interesse em procurar o médico nos postos de saúde e não nas UPAS. Ouvei também que falta de recursos materiais seria um problema, mas não presenciei em nenhum plantão falta de recursos, na sala de procedimentos sempre tinha materiais e medicamentos, houve poucas vezes que não tinha fio número 3 para realizar suturas. Outros falaram sobre rever protocolos internos de cada setor e melhorar a conexão dos serviços, garantindo o acesso do paciente ao serviço onde realizará o tratamento definitivo. São vários problemas que foram comentados, alguns precisam com urgência ser discutidos e readaptados, isso para o bom funcionamento dos diferentes serviços e níveis de atenção.

Então, diante tudo isso, poderíamos pensar em várias ações para promover uma melhora na qualidade de atendimento para a resolução de problemas dos pacientes. A melhora pode acontecer tendo maior investimento na saúde, o aumento da produtividade dos profissionais de saúde se consegue a partir do recebimento de alguma gratificação, com isso possivelmente não se resolve o 100% dos inconvenientes, mas vai gerar motivação para continuar trabalhando.

Aumentando a quantidade de médicos no PS e no ambulatório também seria uma ótima opção para aliviar o estresse da superlotação, diante disso o tempo de demora vai ser menor e isso vai trazer satisfação a população. A capacitação constante em vários aspectos dos profissionais também é muito importante e necessária para que haja um bom desfecho. Finalmente, realizar campanhas de saúde, para fornecer informações sobre prevenção a saúde, e informar a população quais são os verdadeiros motivos/sintomas para procurar uma UPA, poderia ajudar a melhorar a questão da superlotação das UPAS.

## 2.6. CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA

O Código de ética do estudante de medicina é um registro dos princípios fundamentais que um discente de medicina deve possuir e cumprir no seu processo

de formação médica. Ele indica muitas vezes as limitações éticas do aluno. Na minha opinião a pessoa começa a aprender o conceito da ética desde muito cedo, na família e na escola, onde cada pessoa vai criando o seu próprio caráter, contudo, ainda existem muitas irregularidades no comportamento, ainda existem pessoas antiéticas, que tem personalidade diferente ao que deveria, diante disso, considero que é fundamental a existência de regras que dirigem a pessoa ao ter condutas apropriadas para a profissão.

Depois de ter lido o código de ética gostaria de comentar 2 itens que me chamou atenção, a primeira é do Art 23 do eixo de Relações Interpessoais do Estudante, que diz “Cabe ao estudante de medicina demonstrar empatia e respeito pelo paciente”. Este artigo me pareceu muito importante pois ao frequentar um estabelecimento de saúde temos que estar cientes que todos os que procuram o serviço não vai para passear e sim por que está tendo um problema, muitas vezes os pacientes só querem ouvir o médico, busca o bem estar com as orientações do médico, então é extremadamente importante ter empatia e demonstrar respeito pela situação do paciente, dar uma atenção especial a cada paciente sendo educado, gentil e por sobre todo humilde. Hoje em dia é muito comum ver médicos que tratam mal aos pacientes, desconsiderando o sofrimento do paciente, o que muitas vezes acaba piorando o cenário. Quando fiz plantão em SMI e na UPA João Samek me senti muito bem com a retribuição dos pacientes, falando “Dr tem que manter a humildade porque isso o que é importante para nós”, tem gente que me convidava na sua casa para jantar, outros se sentiam bem só com a amizade feita, então o poder do médico para fornecer bem estar aos pacientes não está sempre baseado em medicamentos e sim em proporcionar confiança. Então é bem interessante a questão da empatia e respeito por que são valores que devem ser praticados com mais frequência e deve se desenvolver já no processo de formação médica. Presenciei vários profissionais desrespeitando aos pacientes, os pacientes e familiares não têm para onde correr e tem que aguentar tudo. Deixando bem claro que a grande maioria dos funcionários são excelentes, e com certeza vai melhorar.

Outro ponto interessante que gostaria de comentar é o que expõe o Art. 43, que diz que “o estudante de medicina deve respeitar a atuação de cada profissional no atendimento multiprofissional ao paciente”, o respeito novamente chamando minha atenção mas desta vez tentando discutir um pouco a reciprocidade de respeito com outros profissionais, ainda existem profissionais sejam auxiliares técnicos,

enfermagem e médicos que não querem se relacionar com os internos, e procuram qualquer erro do interno para chamar a atenção frente a todos, uma certa humilhação sem nenhuma necessidade, obviamente nós tentamos aprender com esses erros, mas eu estou a favor do ditado “elogie em público e corrija em privado”, eu super entendo que o ambiente de emergência hospitalar é muito estressante, muito dinâmico e a raiz disso alguns acabam explodindo ante alguém que não tem nada que ver, mas para ter bom desempenho um deve manter a paciência e tentar não brigar com ninguém por que ao final acabam formando uma equipe e todos precisam de todos. Pessoalmente, tendo valorizado o respeito, me dei muito bem com todas as equipes, mas presenciei atitudes desnecessárias dos outros profissionais desrespeitando os internos. Em contrapartida, segundo o Art. 7, os internos também podem apontar as falhas nas normas da instituição, acredito que os internos em vários setores são imprescindíveis, fazendo por vezes a evolução de muitos pacientes, agilizando o serviço médico e sempre contribuindo para o melhorar o quadro clínico do paciente.

Para finalizar, comentar que as normas que estão destinadas aos estudantes de medicina são extremamente importantes e proporciona boa convivência entre todas as equipes e tem um único objetivo, fornecer o melhor bem estar para o paciente.

## REFERÊNCIAS

AFDHAL, NEZAM. Colangite aguda: manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento. Atualizado. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/acute-cholangitis-clinical-manifestations-diagnosis-and-management?search=colangite&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=de\\_fault&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/acute-cholangitis-clinical-manifestations-diagnosis-and-management?search=colangite&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=de_fault&display_rank=1)>. Acesso em: 3 jul. 2022.

AHA- American Heart Association. Atualização das Diretrizes de 2015 para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP). Dallas: Texas. Edição de atualização, 2015. Disponível em: <<http://www.bombeiros.ms.gov.br/wp-content/uploads/2015/10/Atualiza%C3%A7%C3%A3o-das-Diretrizes-de-RCP-e-ACE-2015.pdf>>. Acesso em: 2. dez. 2021.

BARONE, Bianca *et al.* Cetoacidose diabética em adultos: atualização de uma complicação antiga. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 51, p. 1434-1447, 2007.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a.

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

CRAIG, NELSON. Depressão unipolar em adultos: tratamento com antipsicóticos de segunda geração. Atualizado. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-treatment-with-second-generation-antipsychotics?search=Brexpiprazol%20&source=search\\_result&selectedTitle=1~7&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H310810593](https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-treatment-with-second-generation-antipsychotics?search=Brexpiprazol%20&source=search_result&selectedTitle=1~7&usage_type=default&display_rank=1#H310810593)>. Acesso em: 28 jun. 2022.

AZAMBUJA, Marina Ilha; GHIGGI, Karine Cristina; DE CASTRO JUNIOR, Miguel Angelo Martins. Intubação endotraqueal e via aérea cirúrgica. VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde, v. 33, n. 1, p. 159-172, 2021.

FERREIRA, R. C., BARROS, C. E. D., & BRAGA, A. L. (2016). Perfil de infecção urinária associada à taxa de glicemia alterada. RBAC, 48(4), 346-51.

GITLIN, Michael. Unipolar em adultos: tratamento com lítio. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-treatment-with-lithium?search=carbonato%20de%20lítio%20&source=search\\_result&selectedTitle=6~148&usage\\_type=default&display\\_rank=5](https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-treatment-with-lithium?search=carbonato%20de%20lítio%20&source=search_result&selectedTitle=6~148&usage_type=default&display_rank=5)>. Acesso em: 29/06/2022.

GLUCKMAN, STEPHEN. Encefalite viral em adultos. Atualizado. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/viral-encephalitis-in-adults?search=meningoencefalite&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H2](https://www.uptodate.com/contents/viral-encephalitis-in-adults?search=meningoencefalite&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2)>. Acesso em: 25 jun. 2022.

HIRSCH, IRL. Cetoacidose diabética e estado hiperglicêmico hiperosmolar em adultos: Epidemiologia e patogênese. Atualizado. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-epidemiology-and-pathogenesis?search=cetoacidose%20diab%C3%A9tica&topicRef=1795&source=veja\\_link](https://www.uptodate.com/contents/diabetic-ketoacidosis-and-hyperosmolar-hyperglycemic-state-in-adults-epidemiology-and-pathogenesis?search=cetoacidose%20diab%C3%A9tica&topicRef=1795&source=veja_link)>. Acesso em: 7 jul. 2022.

HIRSCH, MICHAEL. Inibidores seletivos da recaptação da serotonina: Farmacologia, administração e efeitos colaterais. Atualizado. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/selective-serotonin-reuptake-inhibitors-pharmacology-administration-and-side-effects?search=antidepressivos&topicRef=1725&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/selective-serotonin-reuptake-inhibitors-pharmacology-administration-and-side-effects?search=antidepressivos&topicRef=1725&source=see_link)>. Acesso em: 26 jun. 2022.

HOLLANDER, JUDD. Avaliação do adulto com dor torácica no serviço de urgência. Atualizado. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-chest-pain-in-the-emergency-department?search=dor%20toracica&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=padr%C3%A3o&display\\_rank=3#H5](https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-chest-pain-in-the-emergency-department?search=dor%20toracica&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=padr%C3%A3o&display_rank=3#H5)>. Acesso em: 14 jul. 2022.

HOOTON, THOMAS. Infecção aguda do trato urinário (incluindo pielonefrite) em adultos. Atualizado. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-inclusive-pyelonephritis-in-adults?search=pielonefrite&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H1106698204](https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-inclusive-pyelonephritis-in-adults?search=pielonefrite&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1106698204)>. Acesso em: 29 jun. 2022.

MODY, LONA. Abordagem da infecção no idoso. Atualizado. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/approach-to-infection-in-the-older-adult?search=estado%20mental%20alterado%20idoso&source=search\\_result&selectedTitle=4~150&usage\\_type=default&display\\_rank=4#H1498038](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-infection-in-the-older-adult?search=estado%20mental%20alterado%20idoso&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H1498038)>. Acesso em: 1 jun. 2022.

PRUTKIN, JORDAN. Visão geral do manejo agudo das taquiarritmias. Atualizado. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-acute-management-of-tachyarrhythmias?search=taquicardia%20supraventricular&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-acute-management-of-tachyarrhythmias?search=taquicardia%20supraventricular&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)>. Acesso em: 10 de junho de 2022.

RAJAJEE, VENKATAKRISHNA. Tratamento da lesão cerebral traumática aguda e grave. Atualizado. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-moderate-and-severe-traumatic-brain->

injury?search=traumatismo%20cr%C3%A2nio&source=search\_result&selectedTitle=13~150&usage\_type=padrão&display\_rank=12>. Acesso em: 1 jul. 2022.

SAX, PAUL. Infecção aguda e precoce pelo HIV: Patogênese e epidemiologia. Atualizado. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/acute-and-early-hiv-infection-pathogenesis-and-epidemiology?search=hiv&topicRef=86984&source=see\\_link#H5](https://www.uptodate.com/contents/acute-and-early-hiv-infection-pathogenesis-and-epidemiology?search=hiv&topicRef=86984&source=see_link#H5)>. Acesso em: 9 jul. 2022.

SBD-Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: Clannad; 2020. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>> Acesso em: 12/05/2022

STOVER, DIANE. Abordagem do paciente infectado pelo HIV com sintomas pulmonares. Atualizado. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-hiv-infected-patient-with-pulmonary-symptoms?search=complica%C3%A7%C3%B5es%20hiv&source=search\\_result&selectedTitle=5~150&usage\\_type=default&display\\_rank=5#H8](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-hiv-infected-patient-with-pulmonary-symptoms?search=complica%C3%A7%C3%B5es%20hiv&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5#H8)>. Acesso em: 1 jul. 2022.