



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

MEDICINA

**RELATÓRIO DO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

LUCAS AMARAL CORRÊA CUNHA ALVES

Foz do Iguaçu
2024

**RELATÓRIO DO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE**

LUCAS AMARAL CORRÊA CUNHA ALVES

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

Orientador: Prof^a Rosana Alvarez Callejas

Foz do Iguaçu
2024

LUCAS AMARAL CORRÊA CUNHA ALVES

TÍTULO DO TRABALHO:

RELATÓRIO DO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE

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

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof^ª. Rosana Álvarez Callejas
UNILA

Prof. (Titulação) (Nome do Professor)
(Sigla da Instituição)

Prof. (Titulação) (Nome do Professor)
(Sigla da Instituição)

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de 2024.

RESUMO

O presente trabalho foi idealizado após a realização do internato de urgência e emergência no contexto do Sistema Único de Saúde, as vivências nos cenários das UPA's (unidade de pronto atendimento) João Samek e Padre Ítalo, Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), o pronto socorro do Hospital e Maternidade Municipal São Miguel Arcanjo, Central de regulação das urgências e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) se trata de um relatório descritivo que busca analisar e refletir sobre os desafios e experiências vividas, debater sobre condutas e ética médica e como os contextos socio-econômicos influenciam na tomada de decisão e abordagem. Como esse relatório foi elaborado durante todo o módulo que tinha carga horária de cerca de 600 horas, os comentários e estudos realizados envolveram situações reais com participação ativa do discente, sob orientação e supervisão médica. Esse período da formação acadêmica contribui para o desenvolvimento não apenas do conhecimento teórico, mas também para uma evolução do raciocínio humano frente às situações e condições de trabalho encontradas.

Palavras-chave: capacitação profissional; ética médica; Sistema Único de Saúde; medicina de emergência; estudo de caso.

RESUMEN

El presente trabajo fue concebido luego de realizar una pasantía de urgencia y emergencia en el contexto del Sistema Único de Salud, las experiencias en los escenarios de la UPA João Samek y Padre Ítalo, el Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), el sala de emergencias del Hospital Municipal y Maternidad São Miguel Arcanjo, centro de regulación de emergencias y Servicio Móvil de Atención de Emergencias (SAMU). El Trabajo de Finalización del Curso (TCC) es un informe descriptivo que busca analizar y reflexionar sobre los desafíos y experiencias vividas, discutir la conducta y ética médica y cómo los contextos socioeconómicos influyen en la toma de decisiones y el abordaje. Dado que este informe se elaboró a lo largo del módulo, que tuvo una carga horaria de alrededor de 600 horas, los comentarios y estudios realizados involucran situaciones reales con la participación activa del estudiante, bajo orientación y supervisión médica. Este período de formación académica contribuye al desarrollo no sólo de conocimientos teóricos, sino también a una evolución del razonamiento humano ante las situaciones y condiciones de trabajo encontradas.

Palabras clave: Capacitación profesional; ética médica; Sistema Único de Salud; Medicina de Emergencia; Informe de casos.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU.....	4
1.0 ORGANIZAÇÃO DA RAS.....	4
1.1 ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DA REDE.....	5
1.2 COMPONENTES DA RUE (REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS).....	5
1.2.1 Atenção básica.....	5
1.2.2 Serviço de Atendimento Móvel às Urgências e Central de Regulação Médica.....	6
1.2.3 Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o Conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas.....	8
1.2.4 Componente da Atenção Hospitalar.....	10
1.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A VIVÊNCIA E A PRÁTICA.....	10
CAPÍTULO 2 - O CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA.....	12
CAPÍTULO 3 - GUIA DE BOAS PRÁTICAS NAS REDES SOCIAIS PARA MÉDICOS.....	14
CAPÍTULO 4 - CASOS CLÍNICOS.....	17
4.1 Caso I.....	17
4.2 Caso II.....	22
4.3 Caso III.....	28
4.4 Caso IV.....	32
4.5 Caso V.....	36
REFERÊNCIAS.....	40

1 INTRODUÇÃO

Este estudo foi concebido a partir da experiência prática adquirida durante o internato em urgência e emergência no Sistema Único de Saúde (SUS). As atividades foram realizadas em diversas unidades de atendimento, incluindo as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) João Samek e Padre Ítalo, o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), o pronto-socorro do Hospital e Maternidade Municipal São Miguel Arcanjo, a Central de Regulação das Urgências e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) consiste em um relatório descritivo que tem como objetivo analisar e refletir sobre os desafios e experiências vivenciadas durante o internato. Este estudo visa debater sobre as condutas e a ética médica, bem como examinar como os contextos socioeconômicos influenciam a tomada de decisão e a abordagem clínica.

Elaborado ao longo de um módulo com carga horária de aproximadamente 600 horas, este relatório baseia-se em situações reais nas quais houve participação ativa do discente, sob orientação e supervisão médica. Este período de formação acadêmica contribuiu não apenas para o desenvolvimento do conhecimento teórico, mas também para a evolução do raciocínio crítico frente às situações e condições de trabalho encontradas na prática médica.

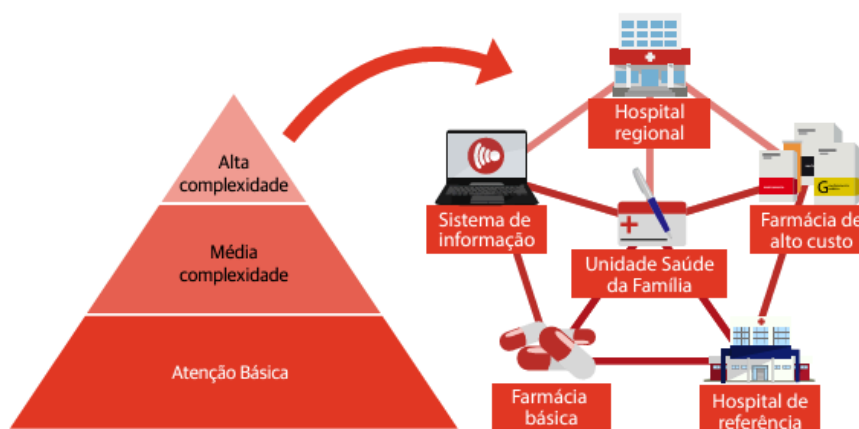
2 DESENVOLVIMENTO

CAPÍTULO 1 - ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU

1.0 Organização da RAS

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são estruturadas por meio de pontos de atenção à saúde, que representam os locais onde são oferecidos serviços de saúde, determinando a organização dos pontos de atenção secundária e terciária. Na lógica das RAS, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha o papel central como coordenadora do cuidado. A estrutura operacional das RAS envolve componentes essenciais, tais como o centro de comunicação (APS), pontos de atenção (secundária e terciária), sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, teleassistência e informação em saúde), sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde) e sistema de governança (da rede de atenção à saúde). (OLIVEIRA 2016)

De acordo com a Portaria GM/ MS nº 4.279/2010, que institui as Redes de Atenção à Saúde no SUS, é possível se identificar seis características importantes e inerentes à sua matriz conceitual: Formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção, Atenção Primária/ Básica como ordenadora das ações, planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica, ofertar atenção contínua e integral, cuidado multiprofissional e compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos. (MENDES 2011)

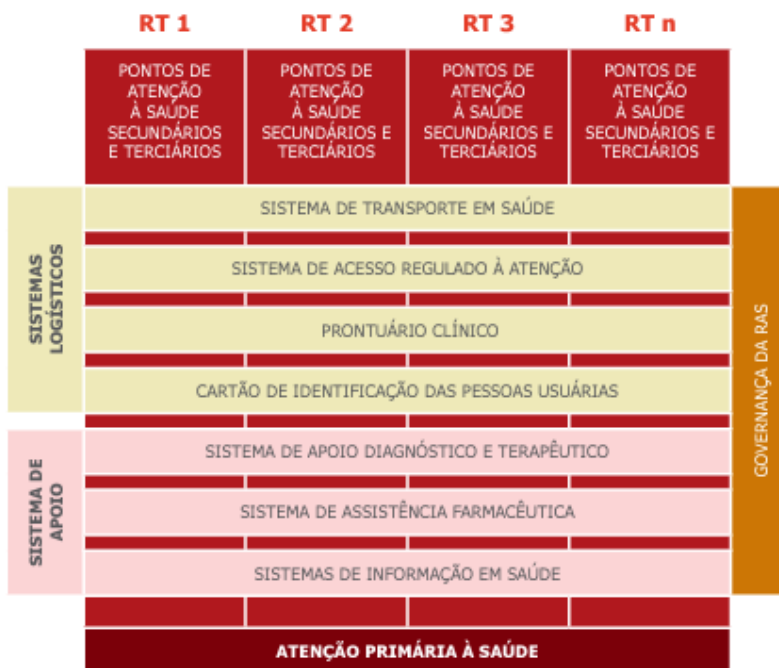


Fonte: Adaptado de: MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

1.1 Elementos constitutivos da rede

Uma Rede de Atenção à Saúde é composta por três elementos essenciais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde. (Oliveira, 2016). Na organização de uma Rede de Atenção à Saúde, a população-alvo deve ser segmentada e subdividida, levando em consideração fatores de risco em relação às condições de saúde. Essa abordagem é delineada pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimento (PDRI), conforme definido por Mendes (2011). O processo abrange a territorialização, o cadastramento das famílias, a classificação dessas famílias de acordo com riscos sociosanitários, a vinculação das famílias à Unidade de Atenção Primária à Saúde (APS) ou à Equipe do Programa de Saúde da Família, além da identificação de subpopulações com fatores de risco e condições de saúde estratificadas por graus de risco, incluindo subpopulações com condições de saúde muito complexas (Mendes 2011).

A estrutura operacional, é formada pelos pontos de atenção das redes e pelas ligações materiais e imateriais que integram esses diferentes serviços e possui cinco componentes, já previamente mencionados, que fazem parte da estrutura operacional.



Manual instrutivo das Redes de Atenção às Urgências e Emergência, 2013

1.2 Componentes da RUE (Rede de Atenção às Urgências e Emergências)

1.2.1 Atenção básica

A Atenção Básica em Saúde tem como objetivos a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo, a responsabilização e o primeiro atendimento às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos pacientes a outros pontos de atenção, quando necessário, mediante implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. (Brasil 2013)

A função da APS é servir como porta de entrada e coordenar o cuidado, durante o internato de APS percebi a importância de acolher os pacientes e ofertar uma consulta de qualidade não só para resolver os casos, mas também para orientar o melhor fluxo de atendimento. Entretanto ficou claro também que por questões de organização (territorialização, incentivos financeiros, horários rígidos) que a APS em Foz do Iguaçu apresenta dificuldade em atender a população, já que a quantidade de pacientes que buscam UPAS para atendimento clínico não urgente é altíssima, principalmente quando tive turno na UPA Samek e na UPA Padre Ítalo. Minha reflexão desde o internato em APS é que a quantidade e a distribuição do território das UBS é insuficiente, além de que não são todos os pacientes que têm condições de deixar o serviço para ir nas UBS que só abrem em horário comercial.

1.2.2 Serviço de Atendimento Móvel às Urgências e Central de Regulação Médica

O SAMU é o componente da rede de atenção às urgências e emergências que tem como propósito coordenar o fluxo assistencial e proporcionar atendimento precoce, transporte ágil e resolutivo às vítimas afetadas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátrica. Esse serviço é viabilizado por veículos tripulados por equipes capacitadas, acessíveis por meio do número "192", e ativados por uma Central de Regulação das Urgências. A finalidade é reduzir a morbimortalidade. A regulação e normatização do Samu são estabelecidas pela Portaria MS/GM nº 1.010, datada de 21 de maio de 2012. (BRASIL 2013).

A base do SAMU em Foz do Iguaçu se encontra na Rua Edgard Schimmelpfeng, 2800 - Parque Pres. 1 e também uma unidade de apoio no bairro Três Lagoas. Conta com 5 USB (Unidade de suporte básico de vida terrestre) que são tripuladas por um motorista e um técnico de enfermagem, 2 USA (unidade de suporte avançado de vida terrestre) que são tripuladas por um motorista, um enfermeiro e um médico; 3 motolâncias e duas viaturas de reposição que atuavam como USB's.

Durante meu estágio fiquei a maior parte do tempo acompanhando das USB's já que elas eram as mais demandadas e realizavam serviço de transporte de pacientes a

serviços de saúde e entre os serviços, já a USA eram mais solicitadas para casos como PCR, verificar óbito e transporte de pacientes mais graves.

Quem decidia qual viatura iria se deslocar e para onde é a central de regulação, e durante o estágio percebi bastante atrito entre os funcionários da SAMU e a regulação, muitas vezes o contato através do rádio não era claro seja pela condição do rádio, seja pela falta de eloquência da pessoa na central de regulação que às vezes se negava a repetir o que foi dito, não é incomum os tripulantes da viatura gravarem o áudio para tentar entender melhor posteriormente.

A central de regulação médica das urgências é parte integrante do Samu 192, definida como uma estrutura física com a atuação de profissionais médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica (Tarm) e rádio- -operadores (RO) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandem orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro da Rede de Atenção à Saúde. (BRASIL 2013). Cabe aos reguladores decidir qual o melhor destino do paciente sem aceitar a falta de leitos como justificativa para não encaminhar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências. Isso significa assegurar o atendimento nas urgências, mesmo quando não há leitos disponíveis para a internação de pacientes, uma abordagem conhecida como "vaga zero" para internação.

O CFM apresenta duas resoluções em relação à vaga zero a 2110/2014 e 2077/2014. A primeira diz respeito ao uso exclusivo desse recurso ao médico regulador e que seu uso deve ser uma exceção, além de que o médico regulador deve entrar em contato telefônico com o outro médico que irá receber o paciente, detalhando caso clínico e justificativa. A segunda diz que a vaga zero só deve ser acionada se o atual serviço do paciente não possui o atendimento necessário e não possua a quantidade de leitos suficiente, e que mesmo acionando o serviço ainda há a responsabilidade da equipe pelo paciente mesmo que ele não consiga a transferência. Não é recomendado acionar a vaga zero para pacientes terminais, ausência de risco à vida, avaliação radiológica e procedimentos simples. (BRASIL 2020).

1.2.3 Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o Conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas

As unidades de pronto atendimento 24 horas desempenham um papel intermediário entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e a rede

hospitalar. Sua operação 24 horas por dia, todos os dias da semana, faz parte de uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos predefinidos. O principal objetivo é assegurar o acolhimento aos pacientes, intervir em suas condições clínicas e encaminhá-los para outros pontos de atenção na Rede de Atenção à Saúde (RAS), seja para serviços de atenção básica, especializada ou para internação hospitalar. Essa abordagem visa garantir a continuidade do tratamento, com impacto positivo nos quadros de saúde individuais e coletivos da população. (BRASIL 2013)

Foz do Iguaçu conta com duas UPA's a UPA João Samek localizada no bairro Três Bandeiras e a UPA Walter Barbosa localizada no bairro Morumbi. Durante minhas práticas no internato não foi possível ir à UPA Walter devido a reforma que iniciou no ano de 2023 em novembro, é importante ressaltar que a reforma deveria ter finalizado no início do ano de 2024, pois tinha prazo de no máximo 60 dias.

Ao chegar na UPA através de meios próprios, SAMU ou SIATE o paciente irá passar pela triagem para que seja feita uma classificação de risco. No processo de triagem o paciente terá seus sinais vitais coletados, breve anamnese e exame físico realizados por enfermeiro ou técnico de enfermagem e a partir desse processo será designado uma cor que indica o nível de gravidade e o quão rápido necessita de atendimento. As cores da classificação de risco são definidas pelo protocolo de Manchester e são, do menos urgente para o mais urgente: azul, verde, amarelo, laranja e vermelho.



acessado em: https://redec.com.br/blog/classif_risco/importancia-do-protocolo-de-manchester/. jan/2024

Na UPA João Samek classificados em verde passarão pelos consultórios médicos, já os pacientes classificados como amarelos vão direto para a sala amarela, onde ficarão em observação por uma equipe de saúde composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Na sala vermelha ficarão pacientes considerados instáveis e com risco de morte iminente. Os pacientes que vêm ao serviços através do SAMU poderão ser conduzidos para o acolhimento, sala amarela ou diretamente para a sala vermelha.

A Unidade de pronto atendimento 24h Padre Ítalo funciona no sistema de porta aberta, ou seja, recebe quaisquer queixas e não pode simplesmente remanejar ou marcar consultas como em uma UBS, mesmo sendo considerada uma UPA, recebe e atende pacientes de classificação vermelha a azul, não havendo distinção por salas ou equipes como na UPA Samek. É importante comentar que essa unidade não conta com serviços de laboratório para realização imediata de exames, e nem de exames de imagem como radiografia. Isso limita toda a equipe, que não possui à sua disposição as ferramentas necessárias para avaliar pacientes mais graves. Durante minha experiência foi comum ouvir que a unidade não estava planejada para atender condições clínicas como uma UBS pois não possuía território e nem acesso aos pedidos de exame que o médico de UBS pode fazer e também era muito limitada para ser uma UPA já que as ferramentas para avaliação do estado do paciente eram muito limitadas.

1.2.4 Componente da Atenção Hospitalar

O Componente da Atenção Hospitalar (AH) na Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do SUS foi estabelecido por meio da Portaria MS/GM nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. E é constituído por portas hospitalares de urgência e emergência, enfermaria de retaguarda clínica, unidades de cuidado prolongado e hospitais especializados em cuidados prolongados, leitos de terapia intensiva e linhas de cuidado prioritário em: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e traumatologia.(BRASIL 2013)

Em Foz do Iguaçu existem dois hospitais que são responsáveis por esse componente, o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) que é administrado 100% pelo SUS e o Hospital Ministro Costa Cavalcante que é um hospital particular e filantrópico que também disponibiliza leitos para atendimento através do SUS.

O HMPGL é o hospital de referência para casos de maior complexidade em oftalmologia, traumatologia, psiquiatria e conta com UTI adulto. A maioria dos pacientes são referenciados pela UPA ou diretamente pelo SAMU e recebe novos pacientes com frequência diária. Já o HMCC, segundo site oficial, apresenta cerca de 60% dos atendimentos destinados ao SUS e é referência em casos de gravidez de alto risco, além da realização de partos, atendimento em neonatologia e cardiologia.

Durante o internato também temos a oportunidade de estagiar em São Miguel do Iguaçu no Complexo Hospitalar e Maternidade Municipal de São Miguel do Iguaçu, um município vizinho a Foz do Iguaçu. O hospital conta com leitos de urgência e emergência, além de realizar cirurgias de média e baixa complexidade, entretanto é notável que não existe automatização do serviço, sendo todos os prontuários e registros armazenados em papel, sem um serviço específico como o TASY do HMPGL, e a necessidade de encaminhar casos mais graves para o HMPGL, que já se encontra lotado. Uma experiência negativa foi perceber que um paciente que precisava de transfusão de sangue deveria esperar aprovação e transporte do Hemonúcleo de Foz do Iguaçu que se encontra no HMCC, ou seja, o pedido que foi feito no início da tarde só poderia ser concretizado ao final do dia.

1.3 Considerações sobre a vivência e a prática

Em relação a UPA João Samek, boa parte dos meus primeiros dias passamos na sala de procedimentos, nesse setor os pacientes são encaminhados quando apresentam

algum trauma e necessitam avaliação médica para solicitação de exames de imagem, realização de sutura, administração de medicamentos e realização de curativos. Em casos de trauma devemos referenciar para o HMPGL.

A maior parte do tempo estávamos apenas com o técnico de enfermagem, dependendo do profissional este não ficava na sala também, e realizamos toda a consulta e a prescrição, ao final informamos a avaliação e conduta para o médico que normalmente está na sala vermelha e este concordava ou não com nossas condutas.

A crítica em relação ao SAMU é a falha de comunicação entre regulação e viatura, isso também pode ocorrer devido o alto fluxo de pacientes nessa região e a clara necessidade de ter mais unidades de pronto atendimento e hospital, já que o problema das vagas na região é considerável. Outro problema seria a necessidade de se deslocar até o bairro Porto Meira para realizar o abastecimento das viaturas, isso devido ao processo de licitação que busca o melhor preço para ser aprovado, porém claramente não levam em conta a distância e a gasolina que é desperdiçada nesse trajeto.

Durante o estágio na Padre Ítalo, além dos problemas citados era muito comum receber pacientes que tinham demandas que exigiam um cuidado prolongado que só poderia ser feito na UBS, se faz importante a criação de propagandas e materiais que estimulem a população a buscar o serviço mais adequado para sua queixa, porém como dito no trecho sobre a APS, a territorialização deixa muito a desejar e por mais que o paciente saiba qual a sua unidade, não necessariamente está indo para o local que seria mais conveniente, logo é necessário fazer um equilíbrio entre o conhecimento da população sobre a RAS e a elaboração de uma logística que atenda o município.

CAPÍTULO 2 – O CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA

O código de ética do estudante de medicina (CEEM) foi elaborado em 2016 e publicado em 2018 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e tem como objetivo “estimular o desenvolvimento de uma consciência individual e coletiva propícia ao fortalecimento de uma postura honesta, responsável, competente e ética, resultando na formação de um futuro médico mais atento a esses princípios básicos para a atividade profissional e a vida em sociedade”. O CEEM conta com 45 artigos agrupados em 6 eixos que tratam da relação do estudante com a instituição de ensino, cadáver, outros estudantes, formação acadêmica, sociedade e equipe multiprofissional.

O CEEM deve ser entendido como um norteador para boas práticas, e se internalizado o acadêmico deve ser capaz de entender suas atribuições e assim limitar o ímpeto de agir como se tivesse os mesmos direitos e deveres do profissional médico. O código também é útil para aqueles que perderam a perspectiva do seu horizonte como estudante e quem ainda nem iniciou os estudos, mas deseja ingressar nessa carreira.

Nesse contexto, a palavra “ética” deve ser bem conceituada, a palavra “ética” vem da palavra grega “ethos”, que significa “modo de ser” ou “caráter” e não deve ser confundida com moral que vem do termo latino “morales”, que significa “relativo aos costumes”. Essa distinção é essencial para entender que o CEEM busca tratar de condutas universais que não devem ser limitadas a alguma cultura ou norma, são responsabilidades, direitos e deveres que ninguém pode se eximir.

Avaliando essa reflexão inicial decidi buscar o artigo 23 do eixo 3 que por sua vez diz “cabe ao estudante demonstrar empatia e respeito pelo paciente”, uma frase que não deveria abrir margem para muita interpretação e discussão graças ao quão trivial deveria ser o seu entendimento, entretanto existe comprovação que há uma “erosão” da empatia do estudante de medicina pelo seu paciente durante o período de formação, mesmo que a empatia é uma ferramenta essencial para exercer uma medicina baseada em evidências e centrada no indivíduo (MORETO 2012). A formação na UNILA leva isso em consideração e desde o primeiro semestre do curso somos ensinados sobre a importância do modelo biopsicossocial em detrimento do modelo biomédico. Entretanto não posso negar minha experiência pessoal com a erosão da empatia vivida durante o processo de graduação e principalmente no internato.

Ao ler esse artigo o estudante de medicina deve ter em mente que o desenvolvimento da empatia é desafiador já que o mesmo irá passar por situações onde irá perceber a sua própria vulnerabilidade diante da doença, do sofrimento ou até mesmo da morte de outra pessoa, como o paciente, além dos incontáveis cenários onde devemos lidar com pessoas insatisfeitas com o sistema de saúde e os profissionais, mesmo quando não cabe a nós realizar uma intervenção imediata. Todas essas situações podem facilmente gerar reações emocionais inadequadas que resultam em um acadêmico com medo, ansiedade, sensação de impotência e por fim, como um mecanismo de defesa, esse aluno adota uma despersonalização que gera essa erosão da empatia (MORETO 2012).

Nessa etapa, parecerá mais fácil abordar o paciente como um indivíduo que só necessita apenas de diagnóstico, prognóstico e tratamento, por mais que esses sejam os fundamentos básicos da profissão o modelo biopsicossocial demanda de nós uma compreensão maior do paciente em esferas sociais e familiares. A empatia é uma habilidade que possibilita a percepção e compreensão dos sentimentos e perspectivas alheios. Além de ser uma das dimensões humanísticas amplamente destacadas na prática médica, a empatia também se correlaciona com resultados mais positivos em termos diagnósticos e terapêuticos no cenário clínico. Devido à sua relevância na relação entre médico e paciente, a empatia desempenha um papel fundamental.(CAIRES 2019)

Durante a formação a primeira vez que escutei sobre trabalhar as emoções foi durante o pré-internato de cuidados paliativos onde havia aulas específicas para lidar com a empatia que o médico deveria ter e certamente durante o internato em urgência e emergência do sus, todos esses conceitos aparecem a cada atendimento, a cada conversa com paciente e familiares e sou grato por ter tido a oportunidade de criar uma base para compreender essas situações que além de demandar conhecimento técnico demandam conhecimento emocional.

A orientação apresentada pelo CEEM sobre a empatia não é trivial e sim necessária. Embora seja um tema recorrente em diversos congressos relacionados aos cuidados em saúde, é evidente a dificuldade de garantir que a empatia não seja erodida nos estudantes de medicina. Entender isso pode não só auxiliar o estudante a se preparar durante sua formação, mas também manter seus valores mesmo depois de formado e entender que quem realmente se beneficia dessa postura é o próprio paciente muito mais do que o médico.

CAPÍTULO 3 – GUIA DE BOAS PRÁTICAS NAS REDES SOCIAIS PARA MÉDICOS.

O cenário contemporâneo, marcado pela proliferação das redes sociais e a expansão do ensino e trabalho remotos, testemunhou um aumento significativo na comunicação digital em diversas áreas. Esse contexto foi ainda mais impulsionado pela pandemia de 2020. Além disso, com o número crescente de vagas em faculdades de medicina resultou em um maior contingente de profissionais no mercado, o que levou a uma ampliação na divulgação de temas e serviços médicos. A habilidade de se comunicar de maneira ética, tanto de forma privada quanto pública, utilizando linguagem verbal e não verbal, destaca-se como uma das bases do exercício profissional, conforme previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de medicina. Entretanto, muitas vezes, a questão da publicidade médica é abordada de maneira insuficiente no currículo, ficando subentendida e pouco compreendida pelos estudantes. (PURIM 2022)

Em um estudo transversal realizado em maio de 2022 sobre o conhecimento geral dos estudantes de medicina sobre a publicidade médica, observou-se que elementos como o currículo formal, a influência dos professores e o convívio com outros médicos foram indicativos de menor influência para o conhecimento. Os estudantes expressaram a falta de ensino específico sobre publicidade em sua formação. Contrariamente, afirmaram que não consideram esse treinamento importante para a prática profissional. (PURIM 2022)

A presença de informações profissionais e dados pessoais de médicos em plataformas como o Facebook pode impactar a dinâmica da relação entre médicos e pacientes. A acessibilidade aos perfis nas redes sociais pode influenciar a forma como os pacientes percebem seus médicos, com aspectos como a aparência física do profissional, podendo afetar a confiança depositada neles. Além disso, surgem preocupações quando há potenciais violações do sigilo médico, como a divulgação não autorizada de informações sobre doenças ou aspectos da vida pessoal dos pacientes por meio de fotos ou comentários nas redes sociais. Esses elementos destacam a importância da ética e da privacidade na interação entre profissionais de saúde e pacientes no ambiente digital.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) regula a publicidade médica por meio do Código de Ética Médica (CEM) e de resoluções específicas, como as nº1974/2011, 2126 e 2133/2015. Essas normativas estabelecem diretrizes e limitações para a divulgação de serviços médicos em diversos canais publicitários. Essa regulamentação visa garantir a ética e a qualidade na comunicação, assegurando que as informações veiculadas não

comprometam a integridade profissional, a privacidade dos pacientes e o respeito aos princípios éticos da medicina.

No quesito educação eu pessoalmente já consumi diversos conteúdos através de redes sociais, principalmente Instagram, voltados para raciocínio de casos clínicos, interpretação de artigos científicos além de textos mais expositivos sobre condições de saúde que nunca cheguei a entrar em contato. Eu sempre fiz questão de filtrar bem quais criadores de conteúdo eu permitia em meu *feed*, entretanto o algoritmo dessas redes nem sempre é eficiente e já que são impulsionados por propagandas, não é difícil encontrar profissionais que não fazem questão de revelar o embasamento teórico por trás de seus cursos ou promessas de um tratamento no qual se diz especializado.

Lembrando que de acordo com o Manual da Publicidade Médica (Resolução CFM nº 1.974/11), na relação com a imprensa, na participação em eventos e também no uso das redes sociais, é vedado ao médico: “realizar e/ou participar de demonstrações técnicas de procedimentos, tratamentos e equipamentos de forma a valorizar domínio do seu uso ou estimular a procura por determinado serviço, em qualquer meio de divulgação, inclusive em entrevistas”. Esse último trecho sobre entrevistas vem sendo cada vez mais importante ser debatido, pois o formato de entrevistas já não se limita mais as plataformas de rádio e televisão onde existe uma série de filtros que são alterados quando tratamos de *podcasts* um formato que emergiu em 2019 com uma dinâmica de entrevistas de caráter descontraído sendo conduzidas por pessoas que não necessariamente possuem formação em jornalismo.

Durante as práticas no Internato presenciei bons usos de redes sociais principalmente o Whatsapp pois este permite de maneira mais privativa o contato entre outros médicos para esclarecimento de casos clínicos, alerta sobre problemas de infraestrutura e grupos para interpretação de exames.

Nesse sentido me chamou a atenção um serviço pago através do Whatsapp onde se poderiam enviar ECG e cardiologistas ajudariam a dar o laudo em questão de minutos, isso feito em um chat privado. Infelizmente, os detalhes técnicos como a forma de pagamento, valores e detalhes sobre os profissionais cadastrados, bem como a real segurança acerca do sigilo médico-paciente não chegaram ao meu conhecimento. Ademais, o guia de boas práticas destaca no tema da confidencialidade médica, esclarecendo que não se deve compartilhar informações pessoais e fotos de pacientes. Além disso, ressalta que colegas e outros profissionais do serviço não devem se sentir

envergonhados em nenhuma publicação, seja em texto, fotos ou vídeos. (CREMESP 2022).

Em minha vida mais particular não utilizo tanto as redes sociais para falar ou compartilhar sobre qualquer assunto e mantenho meus perfis em modo privado, mas sim tenho o cuidado de não compartilhar nada que vá ser prejudicial para minha carreira no futuro e o plano de possuir uma conta profissional ainda não existe, porém isso obviamente não me exime de me manter informado sobre a regulamentação do uso de redes já que mesmo sendo pouco ativo basta um comentário ou publicação infeliz para ser devidamente repreendido. Consigo visualizar esse cenário principalmente em redes sociais focadas em emitir opiniões pessoais e que buscam criar um senso de comunidade mais intimista como Twitter, Youtube e Twitch.

Logo, é importante intensificar palestras educativas, promover a divulgação das normas éticas vigentes e convidar os profissionais, especialmente aqueles que utilizam ativamente as mídias sociais, para se educar em publicidade médica e combater aqueles que praticam publicidade com má-fé. Implementar tais medidas é crucial para promover uma utilização responsável dessas tecnologias, assegurando sempre o melhor atendimento aos pacientes e evitando desentendimentos.

CAPÍTULO 4 CASOS CLÍNICOS

Caso I - Dengue grupo C

Caso acompanhado durante estágio no Hospital e Maternidade Municipal de São Miguel do Iguaçu. Encontro esse caso relevante principalmente neste período de verões chuvosos que vive Foz do Iguaçu, porém se trata de uma doença que prevalece durante o ano inteiro no Brasil. É indispensável que um profissional de saúde no Brasil conheça a dengue.

Anamnese:

- Identificação: paciente masculino, 76 anos, 76 Kg, branco, residente de São Miguel do Iguaçu.
- Queixa principal: febre e dor no corpo
- História da moléstia atual: Paciente apresentou febre, mialgia, astenia, náuseas e vômitos, dor retro orbitária, presença de petéquias em membros inferiores no dia 06/03/24 e cefaleia em região frontal de baixa intensidade, nega dispneia, hemorragia visível e dor abdominal. Veio encaminhado da UPA (onde havia sido feito reposição volêmica da fase de expansão) e foi internado em São Miguel do Iguaçu dia 12/03 evoluiu com tremores dor em ombro esquerdo, mantém febre e apresentou sangramento uretral
- História patológica pregressa: Hipertensão arterial sistêmica e hiperplasia prostática benigna segundo familiares
- Medicações de uso contínuo: Enalapril 10mg pela manhã e pela noite e Doxazosina 4mg uma vez ao dia
- Hábitos de vida: nega tabagismo, etilismo grave e crônico (consumo de destilados diariamente por 42 anos).

Exame físico:

- Ectoscopia: Regular estado geral (REG), localizado e orientado em tempo e espaço (LOTE). Corado, hidratado, anictérico, febril 37,4°C, exantema difuso.
- Sinais vitais: PA: 128/80; FR: 19; FC: 114; Temperatura: 37,4°C; SpO₂:94%
- Exame cardiovascular: Bulhas rítmicas normofonéticas em dois tempos sem sopros (BRNF 2t s/s), pulsos periféricos palpáveis e sincronizados.

- Exame respiratório: Murmúrios vesiculares sem ruídos adventícios (MV s/RA). Eupneico em AA
- Exame abdominal: Abdome flácido, Ruídos hidroaéreos presentes, indolor a palpação superficial e profunda. Murphy negativo, Blumberg negativo, Rovsing negativo.
- Extremidades: TEC < 3s, pulsos palpáveis, sem presença de edema.
- Sistema neurológico: Glasgow 15/15, pupilas isofotorreagentes.

Exames complementares:

- 09/03: Hb: 14,80; Ht: 41,30; Leuco: 6200; Plaquetas: 83.000; TGO: 64; TGP: 54;
- 11/03 manhã: Hb: 12,10; Ht: 12,80; Leuco: 2200; Plaquetas: 77.000.
- 11/03 noite: Hb: 14,30; Ht: 14,90; Leuco: 1400; Plaquetas: 49.000; NS1: reagente; K: 5,3; Creatina: 0,8; Ureia: 18,3; FA: 130; TGO: 167; TGP: 78; GGT: 125.

Referências:

- Hemoglobina: 12,8-17,8 (homens)
- Hematócrito: 39-53% (homens)
- Leucócitos: 4.000 a 11.000
- TGP: 29-33 UI (homens)
- TGO: 10-40 UI (homens)
- GGT: 0 to 30 UI/L
- Plaquetas: 150.000 a 450.000 por microlitro (uL)

Hipótese diagnóstica:

- Diagnóstico sindrômico: Síndrome febril, Síndrome algica, síndrome exantemática
- Diagnóstico etiológico: Dengue grupo C
- Diagnóstico diferencial: Influenza, hepatite infecciosa, outras arboviroses.
 - O diagnóstico diferencial de influenza e outras arboviroses geralmente não é feito pois o diagnóstico da dengue é clínico e epidemiológico não exigindo exames diagnósticos. Influenza não seria um diagnóstico provável devido a falta de sinais e sintomas característicos do sistema respiratório como coriza, tosse, ausculta pulmonar alterada.
 - A exclusão de outras arboviroses foi feita com o exame NS1 que resultou reagente. O exame NS1 trata-se de um teste qualitativo que detecta antígenos virais, porém não detecta sorotipo e pode ser realizado nos três primeiros dias, e no máximo até o quinto dia. Importante ressaltar que o

teste NS1 negativo não exclui a possibilidade da doença (sensibilidade 64% e especificidade 82%). Após o 5º dia é ideal utilizar o método Elisa IgM.

- A investigação de hepatite deveria ter sido feito através de sorologias

Abordagem inicial:

Paciente foi mantido em abstinência alcoólica, e teve início a segunda fase de expansão volêmica com 500mL de soro fisiológico + soro glicosado 1000mL 5% em até 8h, solicitado exames de controle (hemograma completo), prescrição de medicação sintomática para náuseas e hipertensão, além da solicitação de um USG de abdome total.

Resultado dos exames:

- Hemograma 13/03: Hb: 13,7; Ht: 38,7; Leucócitos: 1400; plaquetas: 34.000
- TGO: 124,50
- TGP: 62,10
- USG de abdome total: Fígado com sinais de infiltração gordurosa grau $\frac{2}{3}$, ausência de líquido na cavidade abdominal, ausência de cálculos renais ou de vesícula

Avaliação secundária:

Paciente classificado como dengue grupo C apresentando plaquetopenia e leucopenia persistente, hematócrito em 40%, e marcadores hepáticos em descenso, hematúria necessita mais investigação, Hospital de São Miguel entrou em contato com o HMPGL para transferência.

Discussão de caso e hipótese diagnóstica:

Fiz a escolha de uma caso de dengue devido ser uma doença infecciosa febril, transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, e é endêmica no Brasil que apesar de ocorrer durante todo o ano possui caráter sazonal, tendo maior incidência no período de calor e chuvas. Sendo a região de Foz do Iguaçu inserida numa zona de clima subtropical úmido, o verão apresenta temperaturas acima da média da região sul e sem um período de seca definido, sendo este verão de 2024 com chuvas dispersas pela semana.

A dengue pode variar em gravidade de acordo com diversos elementos, como o tipo de vírus responsável, histórico prévio de dengue e condições individuais como doenças crônicas (como diabetes, asma brônquica e anemia falciforme).

O paciente infectado pelo vírus da dengue apresenta dor muscular e febre pois o vírus se desloca principalmente para monócitos, linfonodos e musculatura esquelética

para realizar sua replicação, as proteínas virais liberadas estimulam a produção de citocinas pró-inflamatórias como TNF- α e IL-6, são essas citocinas responsáveis pela resposta inflamatória que inclui a febre e dor generalizada, a perda de líquido, que no caso do paciente se manifestou com hemorragia uretral é devido ao fato que essas mesmas interleucinas afetam a parede vascular aumentando sua permeabilidade, um efeito comum da inflamação, mas uma resposta exacerbada pode levar a complicações como a que o paciente tem.

Os sinais de alarme da dengue são: dor abdominal; vômitos persistentes; acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico); hipotensão postural e/ou lipotímia; letargia e/ou irritabilidade; hepatomegalia maior do que 2cm abaixo do rebordo costal; sangramento de mucosa e presença de petéquias (vide prova do laço positivo). Esses sintomas indicam o vazamento de plasma e/ou ocorrência de hemorragias, que podem resultar em choque grave e até mesmo morte do paciente. Por isso, é crucial identificar esses sinais prontamente, sendo que no caso clínico o paciente apresentou vômitos persistentes, exantema e posteriormente hematúria.

A dengue quando sintomática apresenta três fases clínicas, a febril (que corresponde aos primeiros 3 dias), crítica (do quarto ao sexto dia) e a recuperação do sexto ao sétimo dia. Vale ressaltar que o paciente já chegou na internação por volta do sexto dia (considerando que os sintomas iniciais foram detectados precocemente), ou seja, já se encontrava na fase crítica onde aparecem os sinais de alarme.

Na anamnese de um paciente com suspeita de dengue a investigação deve começar com a caracterização da febre, estabelecer o primeiro dia e partir da febre conhecer os outros sintomas, os sinais de alarme previamente descritos devem ser indagados junto dos sinais de choque como rebaixamento do nível de consciência, letargia, vertigem e convulsão. A frequência da micção é importante para avaliar hidratação e pesquisar se existem outros familiares ou vizinhos com dengue para emitir um alerta que existe um foco de dengue nas redondezas. No caso do paciente descrito a idade avançada e o histórico de etilismo pesado são dados importantes pois são fatores de risco e de pior prognóstico

O exame físico deve ser completo e valorizar sinais vitais, nível de consciência, hidratação, inspeção da pele em busca de exantema, perfusão periférica, frequência respiratória, exame abdominal em busca de ascite e visceromegalia. Nesse momento pode ser realizado a prova do laço para buscar manifestações hemorrágicas espontâneas

A avaliação inicial é que esse paciente é um caso de dengue e fase crítica, com sinais de alarme (hematúria, náuseas e vômitos, exantema), sendo considerado grupo C pois não se encontra em estado de choque (mantém perfusão e pressão arterial estável sem necessidade de droga vasoativa). Entretanto, é necessário investigar o impacto da doença junto do alcoolismo e esclarecer a elevação das transaminases.

A conduta inicial para este paciente é a reposição volêmica de 10mL/kg de soro fisiológico na primeira hora, sendo necessário reavaliar sinais vitais e diurese e realizar manutenção de 10,mL/kg/h até resultado de hematócrito, como o hematócrito dele estava em queda era possível iniciar a fase de expansão com soro fisiológico 25mL/kg em 6h e depois 25mL/kg em 8h. Dentre os exames complementares o hemograma completo, dosagem de albumina sérica e transaminases é obrigatório, a USG de abdome é recomendada.

Avaliação do atendimento e estratégias de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos.

Paciente foi internado e realizado expansão volêmica com soro glicosado e soro fisiológico, essa conduta está baseada em uma recomendação antiga do Ministério da Saúde para fase de manutenção em manejo do grupo C, a recomendação mais atualizada diz que para paciente que em paciente com melhora clínica e do hematócrito, como o paciente descrito, a fase de manutenção é feita apenas com soro fisiológico 15ml/kg em 6h e, se melhora, 25ml/Kg em 8h. Apesar disso o paciente evoluiu bem clinicamente, porém ainda necessitava investigação pela comorbidade do etilismo pesado, nesse sentido a USG e exames de transaminases eram essenciais. Entretanto, as sorologias para hepatite viral deveriam ter sido ponderadas.

As estratégias para a prevenção da dengue ditas aqui não diferem das estratégias divulgadas exaustivamente todos os anos pelo ministério da saúde, eliminar focos de água parada em vasos, garrafas, caixas d'água e calhas e manter a higienização de pátios. Porém durante minha vivência em Foz do Iguaçu e após meu estágio em Atenção Primária no Bairro Morumbi, posso com tranquilidade afirmar que o povo está sozinho nesse combate, notícias sobre a circulação do fumacê se detém no início do ano passado e já estamos no outono de 2024, não apenas no Morumbi, posso encontrar diversos lotes abandonados, esgoto ao céu aberto e entulho nas ruas, além do péssimo escoamento em dias de chuva, logo o debate e a culpa dos casos de dengue também devem estar direcionados ao poder público.

Mais especificamente sobre o paciente descrito seu histórico de etilismo pesado influencia diretamente sua resposta a dengue, o fígado é responsável pela produção de diversas interleucinas e interfere na resposta inflamatória, logo um paciente com o órgão tão debilitado, além de sua idade avançada se vê mais suscetível a piores prognósticos da doença, a cessação do etilismo é imprescindível, acompanhamento psicológico e apoio familiar para manter abstinência podem ser caminhos, eu pessoalmente interroguei os familiares, mas nenhum se prontificou ou demonstrou interesse em ajudá-lo a se afastar do álcool, apesar de terem tido conversas sobre o tema. De acordo com histórico e sinais vitais coletados, o paciente fazia um bom controle da hipertensão arterial.

Caso II - Cetoacidose diabética

Caso acompanhado durante estágio no Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Um dos motivos da escolha desse caso clínico foi as condições sociais envolvidas com a relação que os pacientes têm com suas comorbidades. Durante meu estágio na APS I, encontrei vários pacientes que tive que manejar a descompensação da Diabetes Mellitus II e explicar a importância da utilização dos medicamentos, otimizar prescrição e explicar como é realizado o uso correto da insulina.

Anamnese:

- Paciente masculino, 19 anos, não é natural do Paraná, pardo, residente de Foz do Iguaçu
- Queixa principal: cansaço e vômitos
- HMA: Paciente insulino-dependente procedente da UPA SAMEK relata início de episódio de fadiga, vertigem, náusea e vômito aquoso (2x) ontem (09/02) ao acordar, evoluindo com um episódio de diarreia aquosa hoje. Buscou atendimento na UPA ontem, receitado apenas sintomáticos, no dia seguinte procurou o serviço novamente e foi realizada a internação. Nega febre, dispnéia, tosse, disúria ou outros sintomas. Relata correta administração da insulina, mas não se atenta em relação à quantidade e aos horários de alimentação. No momento da internação, refere melhora dos sintomas e sonolência.
- HPP: Múltiplas internações por cetoacidose diabética (CTA) (mais recente há 1 mês), DM1 há 12 anos, PCR há 3 anos devido à CTA. Hipertireoidismo há 12 anos. Nega alergia medicamentosa

- MUC: Tapazol (1-0-0), Bisoprolol (1-0-0), Insulina NPH (30U pela manhã e 18U pela noite), Insulina Regular
- Hábitos de vida: apresenta histórico de etilismo e uso de narguile aos finais de semana. Refere não fazer uso correto da insulina, não utilizando as dosagens corretas e nem nos horários definidos.

Exame físico:

- Ectoscopia: REG, LOTE, sonolenta, hipocorada ++/4+, anictérica, desidratada ++/4+, afebril.
- Sinais vitais: FC:146 bpm, FR: 24 irpm, T: 36°C, PA: 134/69 mmHg e SatO²: 99%
- Exame cardiovascular:BRNF 2t s/s, sem necessidade de DVA, taquicárdica
- Exame respiratório:MV s/RA, taquipneia, eupneica em ar ambiente (AA) sem sinais de esforço respiratório.
- Abdome: globoso as costas de panículo adiposo, depressível, sem sinais de peritonite, RHA+, sem massa palpável, doloroso à palpação profunda de hipocôndrio direito e hipogástrico
- Extremidades: quentes e bem perfundidas, sem edema, sem empastamento de panturrilhas, TEC <3s
- Sistema neurológico: Glasgow 15, pupilas isocóricas e isofotorreagentes, sem sinais meníngeos

Exames complementares

- Laboratorial antes da admissão no HMPGL: Hb 11,4 // Ht 36,4 // Leuco 9550 // Pqt 274.000 // pH 7,163 // pCO₂ 17,8 // E.B -20,3 // CO₂T 6,8 // Sódio 132 // Cálcio 8,7 // Glicose 351 // Lactato 15,5 // Uréia 14 // Creatinina 0,4

Hipóteses diagnósticas:

- Diagnósticos sindrômicos: Síndrome desbalanço osmótico, síndrome abdominal
- Diagnóstico etiológico: Cetoacidose diabética
- Diagnósticos diferenciais: Estado hiperglicêmico hiperosmolar, Abdome agudo, desidratação, cetoacidose alcoólica, cetoacidose de jejum
 - O estado hiperglicêmico hiperosmolar é um diagnóstico diferencial importante para a cetoacidose diabética, com o diferencial que é mais comum para pessoas idosas com Diabetes Mellitus tipo 2, seu diagnóstico é laboratorial e é necessário glicose sérica, eletrólitos séricos (cálculo de anion gap), BUN e creatinina, urinálise, hemograma completo, osmolaridade plasmática, ECG e gasometria arterial. Diferente da CAD o EHH atinge

glicemia em níveis por volta de 1.000 mg/dl e aumento da ureia e creatinina, ânion gap em até 12 mEq/L, geralmente sem a presença de corpos cetônicos, já que na EHH a insulina é insuficiente para impedir hiperglicemia, mas não para impedir a formação de corpos cetônicos.

- O abdome agudo deve ser descartado pois se trata de uma paciente que chega com náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal, sendo necessário descartar uma etiologia inflamatória, entretanto devido ao histórico da paciente e os valores não alterados do leucograma, foi descartada essa possibilidade, ainda que de forma prematura.
- A desidratação se manifesta como um sintoma, mas também poderia ser a causa dos sintomas, porém a paciente não respondeu apenas com volume e apresentou outros sintomas e resultados de exames que indicavam outra etiologia.
- A cetoacidose por uso de álcool e de jejum, acompanhantes negaram uso de álcool ou jejum, histórico não indica uso nocivo de álcool ou distúrbios alimentares.

Abordagem inicial

- Foram solicitados exames laboratoriais que incluem hemograma, gasometria, exame urina do tipo 1, eletrólitos (Sódio, potássio, cálcio) e ureia. Foi iniciada reposição volêmica

Exames complementares pós internação HMPGL:

- Hb 9,9 // Ht 31,9 // Leuco 7440 // Pqt 197.000 // pH 7,21// pCO₂ 25,2 // pO₂ 97,7 // E.B - 16 // HCO₃ 10,8 // Sódio 137 // Potássio 3,5 // Cálcio 1,14 // Glicose 212 // Lactato 20,9 // Uréia 7 // Creatinina 0,4
 - Gasometria: acidose (pH < 7,35) metabólica (pCO₂ < 35 e HCO₃ < 22), potássio limítrofe, base excess baixo (-3) que vai de acordo com a acidose metabólica. Compatível com a hipótese inicial de um novo quadro de CAD.

Avaliação secundária:

Solicitação de vaga para UTI, gasometria, sódio e potássio de controle.

Discussão sobre o caso:

A cetoacidose diabética é uma complicação aguda que ocorre principalmente devido à Diabetes Mellitus tipo 1, embora possa ocorrer também na DM tipo 2. Seu diagnóstico é definido por uma tríade: Glicemia acima de 200mg/dL, acidose metabólica (pH venoso < 7,3 e bicarbonato <22 mEq/L) e presença de cetose (cetonemia maior ou igual a 3 mmol/L ou cetonúria maior ou igual a 2+ em tiras reagentes).

Na CAD há uma diminuição extrema da concentração ou da ação da insulina, o que estimula hormônios contra reguladores como glucagon, cortisol e catecolaminas que geram hiperglicemia, cetonemia devido lipólise mediada por catecolaminas que liberam ácidos graxos livres e glicerol que finalmente são oxidados em corpos cetônicos, o excesso dessas substâncias gera acidose.

Antes de chegar ao diagnóstico é importante entender que existem fatores que precipitam a manifestação da cetoacidose diabética como infecções tipo pneumonia e infecção de trato urinário e descontinuação ou má adesão terapêutica com a insulina, sendo esse último fator o mais provável devido seu histórico de múltiplas internações pelo mesmo caso. O uso de drogas como glicocorticóides, diuréticos tiazídicos em dose alta e simpatomiméticos também interferem para a manifestação da CAD.

O quadro clínico se manifesta com sintomas típicos como poliúria, polidipsia, perda de peso, náuseas e dor abdominal e pode progredir com alterações do nível de consciência até levar ao coma, a evolução da CAD é rápida, ao longo de 24h. Dos sintomas listados a paciente apresentava náuseas e dor abdominal, além de uma leve alteração do nível de consciência devido sua sonolência

Durante o exame físico é possível notar diminuição do turgor da pele, axilas secas, e mucosa oral ressecada (desidratação), taquicardia e hipotensão em casos mais graves. Podem também apresentar hálito frutado (devido corpos cetônicos) e hiperventilação com respirações profundas chamadas respiração de Kussmaul (desencadeadas devido hiperventilação compensatória à acidose metabólica).

Entre os exames complementares é necessário exame de urina tipo 1 (urocultura se necessário), hemograma completo (hemocultura se necessário), gasometria arterial, glicose sérica, osmolaridade plasmática. A dosagem de sódio sérico e sua correção são fundamentais na CAD pois devido à propriedade osmótica da glicose, a hiperglicemia leva ao deslocamento de água livre para o espaço extracelular, provocando hemodiluição e queda da natremia. Dessa forma, recomenda-se ajustar a natremia de acordo com a concentração de glicose.

A paciente descrita no caso apresentava taquipneia compensatória sem necessidade de suporte ventilatório e sonolência, não aparentando apresentar outro fator desencadeante que não a má adesão, um problema que persistia de internações anteriores, devido ao seu pH de 7,21 se enquadra como CAD leve (tendo evoluído de uma CAD moderada com pH 7,16 pré transferência).

O tratamento da CAD é instituído por metas, sendo elas, manutenção das vias respiratórias pérvias, correção da desidratação, correção dos distúrbios eletrolíticos e acidobásicos, redução da hiperglicemia e da osmolaridade e identificação e tratamento do fator precipitante. Podemos “resumir” a conduta em: correção de anormalidades hidroeletrólíticas com infusão de isotônicos salinos, reposição de eletrólitos e insulinoaterapia.

A reposição de volume é estimada em 100 mL/kg de peso, em média 15 a 20 mL/kg na primeira hora. Antes da insulina é necessário avaliar os níveis de potássio para manter-los na faixa de 4 e 5 mEq/L (iniciando infusão de 10 a 30 mEq/L de KCl a 19,1% por hora), para o sódio utiliza-se o fator de correção de redução de 1,6 meq/L na concentração sérica de sódio para cada aumento de 100 mg/dL na concentração plasmática de glicose¹³.

$$\text{Na}^+ \text{ corrigido} = (\text{Na aferido}) + 1,6 \times [(\text{glicose em mg/dL} - 100)/100]$$

A insulinoaterapia deve ser feita com baixa dose de insulina regular intravenosa IV em pacientes moderados a grave em pacientes com potássio sérico >3,3 mEq/L. A infusão pode ser contínua de 0,1 UI/kg/h, com a expectativa de uma redução da glicose sérica entre 50 a 70 mg/dL/h.

A resolução é considerada quando o fator precipitante é controlado e existe melhora dos padrões laboratoriais metabólicos (glicemia < 200mg/dL, pH > 7,3 e bicarbonato > 18mEq/L, resolução da cetonemia). O mais importante para essa paciente será convencê-la dos riscos de uma diabetes não tratada e encontrar o melhor caminho para que haja uma adesão ao tratamento.

Avaliação do atendimento e estratégias de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos.

Paciente foi admitido no setor da emergência foram solicitados apenas gasometria, eletrólitos, hemograma completo e glicemia, sendo ainda necessário identificar a

presença de cetose. O manejo inicial com reposição de eletrólitos foi feito com soro fisiológico 1L/h, não julgaram necessidade em corrigir eletrólitos já que nenhum estava alterados no exame, apenas o potássio estava limítrofe, não encontrei registros de administração de insulina, o uso de bicarbonato é controverso, porém só se deve ponderar para $\text{pH} < 6,9$ que não era o caso do paciente. Paciente merecia um pouco mais de atenção no departamento de emergência e provavelmente ao verificar o histórico assumiram todo o resto e aguardam as intervenções da UTI. É óbvio que entender o histórico patológico é importante para o diagnóstico, porém não devemos aceitar preconceitos em relação ao estado de saúde da paciente.

Essa paciente apresenta uma dificuldade em seguir a insulinoterapia e de aceitar o seu diagnóstico, é necessário investigar os aspectos sociais e psicológicos para criar um grupo de apoio para entender o porque dessa paciente não aderir ao uso da medicação, a insulinoterapia pode ser complicada para o paciente, e é bastante estigmatizada devido muitos acharem que a insulina representa estágio terminal, importante lembrar que a paciente referiu saber fazer o uso correto da insulina, mas não sabia explicar como. O fato dela ter um histórico tão recente é preocupante para sua integridade física e emocional. É papel da UBS realizar uma busca ativa dessa paciente para que ela seja melhor direcionada para o grupo de apoio adequado e revisar suas prescrições médicas.

Caso III - Síndrome nefrótica

Caso clínico acompanhado no HMPGL. Caso clínico pertinente devido a quantidade notável de paciente com problemas renais no departamento de emergência do hospital mencionado, caso importante para estudar diretamente nefrologia, área do conhecimento pouco abordada na matriz curricular do curso.

- Identificação: Paciente masculino, 66 anos, divorciado, branco, natural de medianeira.
- Queixa principal: “Inchaço na barriga”
- HMA: Paciente proveniente da UPA Medianeira, com início de quadro há 7 dias referindo astenia, empachamento, associado a inapetência por causa de dor difusa na região abdominal. Relata febre não aferida, sudorese, vômitos de aspecto esverdeado sem conteúdo alimentar. Refere início de edema de MMII associado a dor na deambulação e aumento da circunferência abdominal há 3 meses aproximadamente. Nega outros sintomas associados no momento e antes da internação. Paciente diagnosticado com insuficiência renal aguda.

- HPP: DM tipo II, HAS, dislipidemia, Internamento prévio por síndrome nefrítica/nefrotica - tratado com pulsoterapia com Metilprednisolona (início há 9 dias desta avaliação). Nega alergias medicamentosas
- MUC: Omeprazol pela manhã, Sinvastatina 20mg pela tarde, losartana 50mg uma vez ao dia e anlodipino 5mg duas vezes ao dia segundo relatado.
- Hábitos de vida: nega tabagismo e etilismo

Exame físico:

- Ectoscopia: BEG, LOTE, afebril, anictérico, acianótico, hipocorado +/4+, desidratado +/+4, edemaciado ++/+4, eupneico em AA
- Sinais vitais: PA 171/104, FC: 72 bpm, FR 18 irpm, SatO²: 98%
- Exame cardiovascular: BRNF 2t s/s.
- Exame respiratório: MV s/RA, expansibilidade preservada
- Exame do Abdome: Abdome globoso (ascite) RHA +, timpânico, dor difusa à palpação profunda, sem sinal de visceromegalia,
- Exame de extremidades: MMII edemaciado ++/+4, pulsos palpáveis bilateralmente. TEC < 3s
- Exame neurológico: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes e sem sinais meníngeos

Exames complementares prévios à internação na emergência

- Laboratorial 05/02: Hb 13,9 / Ht 42 / VCM 93 / HCM 31 / Leuco 10,200 Sg 82% / Plaquet 378,000 / Ur 197 / K 5,14 / Na 140 / PCR Inferior a 5,0 / Cr 2,31 / TGO 25 / TGP 15
- Laboratorial 06/02: Parcial de urina: Amarelo citrino, turvo / Proteínas +++ / Glicose +++ / Hemácias 6/campo Leucócitos 12 p/campo / células epiteliais 16p/campo / bacilos gram negativos + / Ur 20 / Alb 2,1 / Cr 2,54 / Lipidograma completo: CT 278 / HDL 35 / LDL 201 / Tg 211 Colesterol não HDL 243 / K 5,61 / NA 145 /
- Laboratorial 08/02: Hb 12,8 / Ht 38 / Leuco 10,000 Seg 78% / Plaquet 325;000 / Alb 1,8 / BT 0,35 / BD 0,10 / BI 0,25 / Cr 3,08 / Fosfatase alcalina 229,0 / Gama GT 26,0 / TGO 18,0/ TGP 7,0 / Ur 79,0 / K 3,92 / NA 144
- Laboratorial 09/02: Hb 12,5 / Ht 37 / Leuco 12,800 Seg 82%/ Plaquet 337,000 / Troponina I (inferior a 1,0) / Alb 2,30 / Cr 3,9 / TGO 12,0/ TGP 10 / Ur 79 / K 4,97 / Na 141
- Laboratorial 11/02: Hb 12,9 Ht 39 / Leuco 16,200 / Seg 84% / Plaquet 373. 000 / Alb 2,50/ Cr 3,03 / Ur 60 / K 5,13 / Na 145

Hipóteses diagnósticas:

- Síndromico: Síndrome nefrótica/ Nefrítica, síndrome uremica,
- Etiológico: glomerulopatia, nefropatia diabética
- Diferencial: Glomeruloesclerose Segmentar e Focal e Doença por Lesões Mínimas
 - Existem uma gama de exames para excluir condições como exacerbação de comorbidades, principalmente em um paciente que tem histórico de HAS, DM II e recorrência de síndrome nefrótica. Isso explica os posteriores exames de sorologia para hepatites virais e IST's e investigação para doenças reumatológicas (lupús eritematoso sistêmico é uma importante etiologia)

Abordagem inicial

- Prescrição de sintomáticos, exames de admissão (Hemograma completo, urina tipo I, uréia, creatinina e eletrólitos), tomografia computadorizada de abdome total.

Exames complementares pós admissão:

- Laboratorial 12/02: Hb 13,8/ Ht 40/ Leuco 14.600/ Seg 80% / Plaq. 406.00/ Parcial de urina: proteína +++, glicose +++, leucócitos 37/campo/ Cr. 3,30/ Ur 96/ Mg 2,4/ K 3,9/ Na 137/ PCR 1/ Albumina 2,2/ TAP 11,8 seg. KPTT 25 seg
- USG 12/02/2024: Grande quantidade de líquido livre significativo na cavidade abdominal (volumosa ascite).

Avaliação secundária:

- Solicito Ecocardiograma transtorácico, proteinúria de 24h, sorologias (HIV, anti-HCV, HbsAg e VDRL), solicito exames de alto custo (FAN, anti-DNA, complementos C3, C4, CH 50, P-ANCA, C-ANCA) e mantenho acompanhamento de eletrólitos e função tireoidiana, solicito vaga para clínica médica.

Discussão sobre o caso

As doenças dos glomérulos podem resultar em dois padrões clínicos diferentes, o nefrítico e o nefrótico. Na Síndrome nefrótica o sedimento está associado a proteinúria pesada (excreção maior que 3,5g/24h), hipoalbuminemia (3,5 g/dL) e edema periférico, hiperlipidemia e doenças trombóticas são frequentemente observadas, o paciente em questão possui histórico de doença glomerular e na avaliação se apresentava edemaciado e apresentava dislipidemia como uma das comorbidades.

A síndrome nefrítica está associada a respostas inflamatórias e as lesões podem ser focais ou difusas, nas lesões focais o exame de urina revela glóbulos vermelhos (podendo ocorrer hematúria) e proteinúria leve (inferior a 1,5g/dia). Nas lesões difusas

ocorrem em fase avançada da doença apresentando proteinúria na fase da nefrótica, edema, hipertensão e comprometimento da função renal. O exame laboratorial é semelhante ao da doença focal.

Na síndrome nefrótica, a eliminação de proteínas ocorre devido à proteinúria glomerular, que é caracterizada pelo aumento da passagem de macromoléculas através da parede capilar glomerular devido ao aumento da filtração. A hipoalbuminemia pode ser explicada pela perda urinária e baixa pressão oncótica tem um papel importante no desenvolvimento de hiperlipidemia. Ambos mecanismos previamente descritos explicam a presença de edema (perda de líquido para o espaço intersticial) na síndrome nefrótica.

A avaliação e diagnóstico fica por conta da proteína de 24h que foi solicitada, pedido de estudos sorológicos incluindo anticorpos antinucleares, complementos C3/C4 e eletroforese e imunofixação de proteínas séricas além de sorologia para sífilis, hepatite B e C. A referência (UptoDate) questiona a solicitação de rotina e indica que eles devem ser guiados de acordo com o quadro clínico, devido ao histórico do paciente e pela repetição, era concebível realizar a solicitação se estes não foram investigados anteriormente. A biópsia renal é o procedimento padrão ouro para determinar a causa. Por se tratar de um paciente que já foi diagnosticado com ambas síndrome nefrítica e síndrome nefrótica, e não possuímos acesso a exames anteriores, solicitação de exames como complementos e anticorpos antinucleares são sim adequados e auxiliam a investigar etiologias imunológicas que levam a lesão renal. A biópsia na Síndrome nefrítica é solicitada quando o paciente apresenta oligúria persistente, complemento sérico altos por mais de 8 semanas, proteinúria nefrótica por mais de 4 semanas e evidência de doenças sistêmicas, para o paciente relatado a biópsia estaria indicada pela recorrência dos quadros e presença de comorbidades. Importante ressaltar que ainda mantemos o diagnóstico de síndrome nefrótica para o caso atual visto a dislipidemia, anasarca.

O tratamento deve ser direcionado para a causa da síndrome nefrótica, de maneira geral o manejo é direcionado a reduzir a pressão intraglomerular para reduzir a excreção de proteínas e retardar progressão da doença, devem ser prescritos inibidores da enzima conversora de angiotensina ou bloqueadores dos receptores de angiotensina (o paciente já fazia uso de losartana). Para controle do edema recomenda-se restrição dietética de sódio (2g por dia) e diuréticos. A hiperlipidemia não possui tratamento direcionado para a Síndrome nefrótica, logo a administração de estatinas, que o paciente já fazia uso, é importante. Em casos de distúrbios da coagulação, não há consenso sobre profilaxia de rotina.

Avaliação do atendimento e estratégias de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos.

Paciente foi recebido no departamento de emergência, teve todos os exames possíveis solicitados e antes de chegar a clínica médica já havia sido solicitado a proteinúria de 24h, os parâmetros laboratoriais são importantes para definir conduta, e mesmo sem a proteinúria de 24h já haviam iniciado o uso de prednisona. Segundo protocolo clínico a prednisona deve ser iniciada pela presença de edema, dislipidemia e excreção urinária acima de 3,5g em 24h, sendo que fora o último exame paciente já apresentava critérios. Esse caso em específico foi discutido com o médico André que foi responsável por nos orientar em algumas discussões de caso durante as passagens de plantão, lá discutimos a importância de entender que a injúria renal aguda pode ser pré-renal, renal e pós-renal além de conversar sobre a importância da biópsia renal.

O que deveria ser feito para esse paciente após o tratamento eram consultas mensais ou a cada dois meses no primeiro ano, e segundo informações do prontuário, esse paciente não fez o acompanhamento adequado. Prevenir o quadro de síndrome envolve tratamento correto de comorbidades e mudanças no estilo de vida, no caso do paciente fazer uso adequado e consultas a cada 6 meses para controle adequado da pressão arterial, diabetes e dislipidemia, para o dia a dia, é necessário reduzir o sal na alimentação (o que já auxilia no controle da pressão arterial) e segundo prontuário paciente não é etilista e tabagista o que também é importante. Pessoalmente conversei com o paciente sobre mudanças no estilo de vida e procurei entender o seu nível de conhecimento das comorbidades, entretanto como muito dos pacientes este não sabia dizer com clareza quais eram os medicamentos que fazia uso, apenas tinha noção dos horários. Mesmo sendo um paciente que não apresentava maus hábitos como etilismo e tabagismo, ainda se trata de uma pessoa sedentária e obesa que necessita mudança na alimentação e iniciar atividades físicas, porém paciente não pareceu muito investido na proposta.

Caso IV - Pneumonia

Caso acompanhado no HMPGL, caso que julguei interessante acompanhar para que o relatório tivesse pelo menos um caso relacionado a pediatria. Importante lembrar que nessa idade a infecção respiratória é responsável pela maior mortalidade.

Anamnese

- Identificação: Paciente lactente (4 meses), 5600g,
- QP: febre e tosse
- HMA: Paciente pediátrica, lactente, acompanhada pela mãe Marilza. Responsável refere quadro de febre de início há 7 dias, acompanhado de tosse secretiva com alternância para tosse seca sequencial; evoluindo com vômitos. Mãe nega diminuição da aceitação de dieta (seio materno exclusivo), alterações dos hábitos intestinais e urinários. Responsável nega demais membros da residência com sintomas semelhantes.
- HPP: Parto cesáreo, 40 semanas, AIG, sem intercorrências. Deficiência de biotina. Nega alergias medicamentosas
- MUC: Biotina 10mg + acetato de retinol e colecalciferol.

Exame físico

- Ectoscopia: BEG, hidratada, anictérica, acianótica, contactuante, ativa.
- Sinais vitais: T:37 ; FR: 60; FC: 162 ; Sat.: 94% AA
- Exame cardiovascular: BRNF 2t s/s. TEC<3s
- Exame respiratório: MV com presença de roncospasmos discretos e esparsos em base pulmonar esquerda. Taquidispneia.
- Exame do abdome: globoso, flácido, indolor, RHA+.

Exames complementares:

- Laboratorial 09/02/24: Hb 3,52 // Ht 9,40 // Leuco 13.780 // Plaquetas 356.000 // PCR 24,4
- Laboratorial 12/02/24: Hb 3,15 // Ht 8,70 // Leuco 19.000 // Bastões 5% // Plaquetas 874.000 // PCR 27,4

Abordagem inicial:

- Entro em contato com um plantonista da pediatria e solicito avaliação, mantenho monitorização e solicitar radiografia de tórax

Hipótese diagnóstica

- Síndromico: Síndrome febril, Síndrome infecciosa
- Etiológico: Pneumonia
- Diferencial: Infecção bacteriana grave (Meningococo, Streptococcus), Infecções respiratórias virais, insuficiência respiratória.
 - Criança com taquipnéia, febre e estertores o principal diagnóstico é a pneumonia, exames de imagem podem ajudar a descartar diagnósticos

diferenciais, uma condição que consegue mimetizar a pneumonia é a obstrução de corpo estranho porém a radiografia não apresenta corpo estranho ou atelectasia. Não havia histórico de tabagismo passivo, além do fato que a ausência de sibilância auxilia a descartar asma, bronquiolite, fibrose cística e insuficiência respiratória aguda, no contexto da paciente relatada o aparecimento de sibilância indicaria uma piora no quadro.

Avaliação secundária:

- Lactente mantendo boa saturação em ar ambiente, exames com leucocitose e PCR elevado, Rx-tórax revela pneumonia e derrame pleural (sem necessidade de drenagem)
- Prescrevo Cefotaxima + clindamicina pelo PICC
- Oriento lavagem nasal
- Paciente mantém tolerância ao seio materno, não sendo necessário SNE
- Oxigênio somente se necessário, salbutamol 4/4h a critério médico.
- Solicito hemocultura e USG de tórax

Exames complementares

- USG tórax: Consolidação com áreas hipocóicas de permeio na base do pulmão direito, onde não se identifica vascularização ao estudo complementar com Doppler, sugerindo processo inflamatório pneumônico, não se podendo afastar componente de necrose.
- Hemocultura positiva para *Pseudomonas oryzihabitans* sensível a amicacina e meropenem. Infectologista orientou Meropenem 125mg/kg/dia 8/8h
- Leucocitose discreta sem desvio e PCR 5,8

Discussão do caso

A pneumonia é a principal causa de mortalidade em crianças menores de cinco anos. Na criança com sinais de infecção respiratória aguda que apresenta febre e tosse a frequência respiratória deverá sempre ser avaliada para uma criança de 4 meses a FR acima de 50 irpm é considerado taquipneia e é um sinal de perigo. Outros sinais e sintomas como tiragem subcostal e estertores finos também são valiosos para o diagnóstico.

É importante lembrar que nessa idade a criança não está completamente vacinada e o diagnóstico diferencial da insuficiência respiratória aguda e síndrome infecciosa. Na síndrome infecciosa além dos sinais clássicos de febre, prostração, mas sinais específicos de toxemia e exame físico pobre, na febre sem sinais localizatórios a

radiografia de tórax é importante na investigação. Na insuficiência respiratória aguda o diagnóstico diferencial é com quadros de bronquiolite viral aguda, asma (especialmente difícil para lactentes), logo a sibilância é o principal achado clínico.

Até um ano de idade os vírus são responsáveis pela maioria das PAC como o vírus sincicial respiratório seguido de Influenza, Parainfluenza, Rinovírus. Já os quadros mais graves estão associados a infecções mais graves, sendo o *Estreptococo pneumoniae* o mais prevalente, porém para lactentes o *Estafilococos áureo* é o mais prevalente e em geral cursa com empiema pleural, pneumatocele.

A radiografia está recomendada para a paciente já que se encontra internada e houve algumas complicações, sendo depois solicitado tomografia computadorizada. A hemocultura e a pesquisa viral são importantes para estabelecer etiologia e definir melhor curso de tratamento.

Para a paciente que apresentava pneumonia grave as opções de tratamento são: ampicilina parenteral 50mg/kg/dose, de 6 em 6 horas ou penicilina cristalina 150 000U/Kg/dia a cada 6 horas. Gentamicina 7,5 mg/kg/ dia, a intervalos de 12 horas, deve ser associada aos menores de dois meses. Porém como previamente foi detectado derrame pleural e a TC foi corretamente solicitado uma cultura da pleura revelou o agente etiológico e recebeu o tratamento adequado com carbapenêmico, a troca do aminoglicosídeo (amicacina) pode ter acontecido devido não ser utilizado como monoterapia para pseudomonas (maior taxa de mortalidade), exceto cistites. Paciente precisa concluir investigação de condições genéticas e esclarecer a piora do quadro nessa idade.

Avaliação do atendimento e estratégias de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos.

A paciente foi devidamente recebida no HMPGL e antes da chegada da pediatria foi solicitado apenas a radiografia, porém exames como hemograma e culturas já deveriam ter sido pedidas, a radiografia foi corretamente solicitada devido os sinais de gravidade apresentados e é mandatório na hospitalização. O antibiótico escolhido de início foi Cefotaxima + clindamicina, o tratamento empírico para menores de 6 meses com suspeita de pneumonia bacteriana é ceftriaxona ou cefotaxima (150 mg/kg por dia em 3 ou 4 doses divididas (MAX 8 g/dia)), a associação com clindamicina (30 a 40 mg / kg por dia em 3 ou 4 doses divididas (MAX 2,7 g / dia)) é utilizada quando se trata de pneumonia complicada com presença de derrame pleural ou abscesso mais chance de

uma infecção por *S. aureus* ou bactéria anaeróbia, em suma, a escolha inicial de antibióticos foi coerente e de acordo com o caso clínico levando em consideração os achados clínicos e apresentação do caso.

Para evitar novos casos de pneumonia, a higiene é fundamental, nesse caso não apenas a higiene da criança limpando as mãos com água e sabão e higiene dos responsáveis para evitar contaminação. Devido à sua idade a paciente não completou o calendário vacinal, e por isso necessita mais investigação e cuidados. Felizmente as vacinas até os 4 meses haviam sido administradas e quando completar 5 meses poderá receber vacinas importantíssimas como a meningocócicas B e ACWY, além da pentavalente e influenza com 6 meses.

Caso V - Crise convulsiva

Anamnese

- Identificação: Paciente masculino, 37 anos, pardo, divorciado, desempregado
- HMA: Paciente refere que iniciou com quadro febril não aferido e calafrios, 24 horas após o início da febre iniciou com poliartralgia e mialgia. dois dias depois, encontrava-se em casa da mãe, apresentou tremores no corpo todo, perdendo a consciência, segundo no prontuário a mãe refere crise convulsiva, sendo chamado o SAMU, o paciente durante a transferência apresentou quadro de agitação motora e foi medicado com diazepam. Durante a admissão, encontrava-se em estado pós-ictal.
 - 3 dias depois da admissão, o paciente evadiu de nosso serviço, sendo procurado pelo serviço social e equipe de enfermagem, sem sucesso. O paciente deu entrada novamente 4 dias após evasão, alcoolizado, e referindo dor abdominal difusa, poliartralgia e mialgia.
- HPP: Paciente passa períodos na rua e períodos albergado há 5 anos. Refere que neste período de albergue teve 4 crises. Nega comorbidades. Nega alergias medicamentosas. Nefrectomia do rim direito em 2004 após ferimento com arma de fogo
- MUC: Nega
- Hábitos de vida: Etilismo grave (2L de destilados/dia), tabagismo (2 maços diários), uso de cocaína (regular segundo paciente) e nega outras substâncias

Exame físico

- Ectoscopia: REG, LOTE, normocorado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril no momento.
- Sinais vitais: PA: 119/80 mmhg FC: 67 bpm FR: 20 irpm Temp: 36,1 SO₂: 99% Glic: 84 mg/dl
- Avaliação cardiovascular: normotenso, normocardico, bulhas cardíacas normofonéticas dois tempos, ritmo regular, não ausculto sopros ou extrassístoles, pulsos periféricos palpáveis e cheios, TEC < 3 seg, sem DVA.
- Avaliação respiratória: MV, sem ruídos adventícios, expansibilidade pulmonar preservada simetricamente, eupneico em AA, sem esforço respiratório.
- Avaliação do abdome: Plano; RHA +; flácido, depressível; sem massas ou visceromegalias; sem sinais de irritação peritoneal. Presença de cicatriz extensa em hipocôndrio direito, indolor a palpação superficial e profunda, sem irritação peritoneal. Hérnia inguinal à esquerda.
- Avaliação das extremidades: Perfundidos e aquecidos, mobilidade preservada, panturrilhas livres, sem presença de edema.
- Avaliação neurológica: ECG 15/15 (AO 4; VR 5; VM 6); pupilas isofotorreagentes, sem déficits motores ou sensibilidade, sem sinais de irritação meníngea, flapping negativo.

Avaliação primária:

- Paciente em estado pós-ictal, sob efeito de medicação, estável sem necessidade de DVA, solicitado exames de admissão, TC de crânio e hidratação venosa. Epilepsia?

Exames complementares:

- Laboratorial: CPK 270 // Lactato 124 // Leuco: 6.470 // HMG Hb. 14,20 // Ht. 42,80 // Seg. 82 // Neuro. 84 // Plaq. 73.000 // Ur. 23,0 // TGP 22 // TGO 44,0 // Na 137,0 // PCR 0,7 // K 4,0 // Mg. 1,6 // Glicose 91,0 // Cr. 1,00 // Ca. 1,15 // BT 0,66 BD 0,23 DIND 0,43 // TAP 11,8 // INR 1,00
- TC de crânio: O parênquima encefálico apresenta coeficientes de atenuação normais aos Raios-x. Tronco cerebral, hemisférios cerebelares e vérmis anatómicos e com valores de atenuação normais. Sela turca de aspecto usual. Sistema ventricular de topografia, morfologia, contornos e dimensões habituais. Sulcos e fissuras corticais, bem como cisternas da base preservadas. Ausência de coleções ou lesão de aspecto expansivo intra ou extra-axial, acima ou abaixo do tentório.

Não se notam calcificações intracranianas apresentando conotação patológica. Estruturas ósseas individualizadas sem particularidades.

Avaliação secundária:

- Exames laboratoriais com elevação de fosfoquinases. Rabdomiólise? Solicito internamento em Clínica médica

Hipóteses diagnósticas

- Síndromicas: Síndrome febril, síndrome convulsiva
- Diagnóstico etiológico: Epilepsia, infecção neurológica, abuso de drogas
 - Infecções do SNC como meningite e encefalite são possíveis causas de convulsão devido seu estado febril, uma análise do Líquor via punção lombar (desde que descartado TCE devido aumento da PIC) pode auxiliar no diagnóstico, porém sinais no exame físico como rigidez, sinal de brudzinski e kernig podem auxiliar no raciocínio, entretanto o paciente não apresentava sinais de irritação meníngea.
 - O histórico de uso de cocaína também é importante pois se trata de uma droga que reduz o limiar convulsivo. Mas ainda é necessário compreender se foi o uso isolado de drogas ou se está associado a alguma outra condição patológica

Discussão do caso

As convulsões representam de 1 a 2% de todos os pacientes no departamento de emergência. A convulsão é definida com uma mudança repentina de comportamento causada pela hiperssincronização elétrica das redes neuronais no córtex cerebral.

Na investigação sobre a etiologia da crise convulsiva deve ser considerado trauma crânio encefálico, AVC isquêmico ou hemorrágico, trombose venosa cerebral, hematoma subdural, hemorragia subaracnóide, meningite ou encefalite. No caso do paciente que apresenta histórico médico e coleta de história difícil devido seus hábitos de vida foi necessário realizar exames de imagem e laboratório para descartar traumas e infecções. Ainda no espectro das etiologias o estado de abstinência alcóolica e intoxicação por drogas como a cocaína podem causar convulsões após intoxicação aguda.

A crise do paciente é compatível com uma crise tônico clônica, com consciência prejudicada, não foi esclarecido o tipo de convulsão devido falta de recursos para coletar a história. O período pós-ictal descrito no exame se refere ao período pós crise onde há uma transição do estado ictal de volta ao nível basal de consciência e função anterior a

crise e pode durar de segundo a horas. É importante identificar os gatilhos e entre eles o paciente apresentava febre referida, uso de drogas como cocaína.

O exame físico auxilia a investigar causas infecciosas ou de hemorragia, e exames de imagem podem auxiliar a investigar o trauma. O exame neurológico auxilia a avaliar fraqueza, hiperreflexia ou sinal de babinski. Em relação aos exames, a glicemia nunca pode ser descartada quando se trata de alteração do nível de consciência, eletrólitos, cálcio, magnésio, hemograma completo, função renal, função hepática, urianálise, toxicológico pode ser pedido na ausência de dados na história.

O manejo da convulsão é iniciado com benzodiazepínicos (diazepam 0,15 mg/kg IV) e anticonvulsivante (valproato 40mg/kg IV) após retorno a monitorização cardiorespiratória deve ser mantida e iniciar investigação etiológica

Para esse paciente o maior desafio é a educação para abandonar o uso de drogas. Um parecer da psiquiatria era necessário para o caso.

Avaliação do atendimento e estratégias de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos.

O paciente foi admitido no setor de emergência do HMPGL trazido pelo SAMU e já havia sido medicado com diazepam, porém a investigação e monitoramento deve continuar, paciente recebeu oxigenoterapia, foi coletado exame de glicose (importantíssimo para qualquer alteração do nível de consciência), eletrólitos, aminotransferases, hemograma completo. Desse modo o paciente foi devidamente recebido e todos os exames necessários para descartar as principais etiologias foram solicitados. Não se tratava de uma infecção aguda por cocaína, porém a solicitação de um eletrocardiograma poderia ajudar a investigar arritmias e outras consequências do abuso dessa substância. De modo geral as condutas foram corretas.

Na ausência do hemograma sem alterações na série branca e afebril, sem sinais meníngeos, não foi julgado necessário a punção lombar. Os exames alterados foram CPK e lactato, o que levou a equipe a pensar em uma rabdomiólise secundária à convulsão, essa condição acontece após crises tônico-clônicas. O exame de imagem é obrigatório para todos os pacientes e foi corretamente solicitado, pode ajudar a encontrar sequelas de trauma, tumores, esclerose e outras lesões vasculares, entretanto o exame veio sem alterações.

A prevenção de crises convulsivas é feita conhecendo os fatores que precipitam a convulsão, no caso desse paciente ele apresenta um histórico de abuso por substâncias

que conhecidamente reduzem o limiar convulsivo. As condições sociais impossibilitam um bom acompanhamento das condições de saúde, o debate de como incentivar o paciente a abandonar o uso de drogas e engajar em terapias de reabilitação e iniciar abstinência é complexo e o que podemos é lançar mão de acionar o serviço de assistência social. Como profissionais de saúde, como membros de uma equipe de saúde é necessário procurar psiquiatras e psicólogos especializados em lidar com dependentes químicos.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse período de estágio proporcionou um aprendizado que vai além dos livros. Experimentei um grande avanço em conhecimento e em vivência com equipes de saúde, sentindo que cresci significativamente.

Nas UPAs, tive um alto grau de autonomia, mas a falta de acompanhamento das ações médicas da sala vermelha prejudicou o desenvolvimento do raciocínio clínico. No Hospital Municipal Padre Germano Lauck, participei principalmente de anamneses e exames físicos, além de acompanhar passagens de caso e transferência de pacientes que necessitavam de investigações complementares. Em São Miguel do Iguaçu, a prática abrangeu internamento e emergência.

Entre os desafios a serem superados destaca-se a necessidade de entender os protocolos seguidos pelos profissionais e correlacionar com a teoria. Outra dificuldade relacionada foi reconhecer os fluxos de encaminhamento de acordo com as queixas e a gravidade dos pacientes, além dos recursos disponíveis em cada serviço. A comunicação entre os profissionais de diferentes serviços também foi notável ao conversar com os profissionais de cada serviço sobre os encaminhamentos vindos de outros serviços e até mesmo reclamações sobre a comunicação com a central de regulação.

REFERÊNCIAS

Ana Teresa Santomauro, Augusto Cezar Santomauro Jr, Aline Bodart Pessanha, Roberto

Abrão Raduan, Emerson Cestari Marino, Rodrigo Nunes Lamounier. Diagnóstico e tratamento da Cetoacidose Diabética. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). DOI: 10.29327/5238993.2023-6, ISBN: 978-85-5722-906-8.

Avaliação e conduta da epilepsia na atenção básica e na urgência e emergência [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de

Atenção Especializada e Temática; tradução de Li Li Min. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018

CAIRES, Vanessa Vilela. Análise da empatia no estudante de medicina da Faculdade de Medicina – Unifenas-BH ao longo da graduação. 2019. 51f. Dissertação (Programa de Mestrado em Ensino em Saúde) - Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, 2019.

Dengue : diagnóstico e manejo clínico : adulto e criança [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024.

DENGUE. [S. l.], 4 jul. 2013. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/dengue-0>. Acesso em: 24 mar. 2024.

Diretrizes Brasileiras em Pneumonia Adquirida na Comunidade em Pediatria. J Bras Pneumol. 2007;33(Supl 1):S31-S50.

Ética médica – código. 2. Códigos de ética. I. Título. II. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018.

Laboratório Oswaldo Cruz. Novo exame – dengue antígeno NS1 [Internet]. [citado 2013 Jan 10]. Disponível em: http://www.oswaldocruz-lab.com.br/_dengue_ns1.asp

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.

MORETO, Graziela; BLASCO, Pablo G. A erosão da empatia nos estudantes de medicina: um desafio educacional. Rev Bras Med, v. 69, n. 1, p. 12-7, 2012.

O CONCEITO DE “VAGA ZERO” NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO SUS - Goiás. Subsecretaria de Saúde Gerência de Informações Estratégicas em Saúde CONECTA-SUS

PORTARIA SAS/MS Nº 1.320. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Síndrome nefrótica primária em adultos, [S. l.], 25 nov. 2013.

PURIM, K. S. M. et al.. Medical advertising in social networks: awareness and medical school education. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 49, p. e20223386, 2022.

Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes/ Nerícia Regina de Carvalho Oliveira. - São Luís, 2016.

SOUZA, E. DA S. et al.. Ética e Profissionalismo nas Redes Sociais: Comportamentos On-Line de Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 41, n. 4, p. 564–575, out. 2017.

Steven C Schachter (2022) Evaluation and management of the first seizure in adults. Uptodate. Acesso em: 24 mar. 2024.

William J Barson (2022) Community-acquired pneumonia in children: Outpatient treatment. Uptodate. Acesso em: 24 mar. 2024.