

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS**  
**RELATÓRIO FINAL**

**MARCELO GONZAGA DE SANTANA**

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS**  
**RELATÓRIO FINAL**

**MARCELO GONZAGA DE SANTANA**

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.

Orientação: Professora Msc. Flávia Julyana Pina Trench

SANTANA, M. G. **Internato em urgência e emergência no SUS**: Relatório final. 2019. 32 p. (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

## RESUMO

Relatório de atividades desenvolvidas em estágio curricular obrigatório supervisionado em urgência e emergência no Sistema Único de Saúde. As atividades foram desenvolvidas de acordo com os regimentos normativos da Universidade Federal da Integração Latino-Americana em consonância com a Lei n. 11.788/2008 (Lei do estágio). A base do SAMU de Foz do Iguaçu, as UPA'S João Samek e Dr. Walter Cavalcante Barbosa e o prontoso-corro do Hospital Municipal de Foz do Iguaçu, foram os cenários de prática determinados para o estágio, que teve início no mês de fevereiro de 2019 e final em dezembro do mesmo ano. Foram realizadas atividades em conjunto com as equipes e em regime de escala de plantão: passagem de plantão; atendimento ao trauma, atendimentos a emergências e urgências clínicas, procedimentos de enfermagem como sondagem nasogástrica, uretral, intubação orotraqueal, acessos centrais, suturas, imobilizações, redução de luxações. O estágio em urgência e emergência possibilitou o contato direto com condições clínicas extraordinárias, quase sempre com risco de vida ao paciente, o que exigiu estudos complementares a cada novo tema apresentado.

**Palavras-chave:** urgência. emergência. internato. trauma. plantão.

SANTANA, M. G. **Urgent and emergency internship in SUS: Final report.** 2019. 32 p. (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

## **ABSTRACT**

Report of activities developed in a mandatory curricular internship supervised in urgency and emergency in the Unified Health System. The activities were developed in accordance with the normative regulations of the Federal University of Latin American Integration in accordance with Law no. 11,788 / 2008 (Internship Law). The SAMU base in Foz do Iguaçu, UPA'S João Samek and Dr. Walter Cavalcante Barbosa and the emergency room at the Municipal Hospital of Foz do Iguaçu, were the practice scenarios determined for the internship, which started in February 2019 and final in December of the same year. Activities were carried out in conjunction with the teams and on an on-call schedule: shift change; trauma care, emergency care and clinical emergencies, nursing procedures such as nasogastric tube, urethral tube, orotracheal intubation, central access, sutures, immobilizations, reduction of dislocations. The urgency and emergency internship allowed direct contact with extraordinary clinical conditions, almost always life-threatening to the patient, which required complementary studies to each new topic presented.

**Keywords:** urgency. emergency. boarding school. trauma. on duty.

MARCELO GONZAGA DE SANTANA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS**  
**RELATÓRIO FINAL**

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**

---

Orientadora: Profa. Msc. Flávia Julyana Pina Trench  
UNILA

---

Prof. Msc. German Andres Pignolo  
UNILA

Foz do Iguaçu, 09 de setembro \_\_\_\_\_ de 2020

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos professores por servirem de exemplo e por me encorajar a seguir. Aos preceptores, chefes dos serviços, residentes, enfermeiros, técnicos de enfermagem, e demais funcionários de todos os serviços por onde estive, desde a recepção, até a UTI, sem os quais a experiência do estágio seria incompleta.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABNT</b>	Associação Brasileira de Normas Técnicas
<b>ACLS</b>	Advanced Cardiac Life Support
<b>AMBU®</b>	<i>Amsterdam Medical Breath Unit</i>
<b>CIT</b>	Centro de Informação Toxicológica
<b>CONSUEN</b>	Comissões Superiores de Ensino
<b>DPOC</b>	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
<b>FAB</b>	Ferimento por arma branca
<b>FAF</b>	Ferimento por arma de fogo
<b>HMPGL</b>	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
<b>ICC</b>	Insuficiência Cardíaca Congestiva
<b>ILACVN</b>	Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza
<b>IOT</b>	Intubação orotraqueal
<b>LES</b>	Lúpus eritematoso sistêmico
<b>PPC</b>	Projeto Pedagógico do Curso (de Medicina)
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SIATE</b>	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
<b>UNILA</b>	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
<b>USB</b>	Unidade de suporte básico
<b>UPA</b>	Unidade de pronto atendimento
<b>USA</b>	Unidade de suporte avançado

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2. BREVE DIAGNÓSTICO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU/PR.....</b>	<b>10</b>
<b>3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA... 12</b>	
3.1. SAMU.....	12
3.2. UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO.....	12
3.3. HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK.....	12
<b>4. DISCUSSÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS/OBSERVADAS NO ESTÁGIO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS.....</b>	<b>14</b>
4.1. SAMU.....	14
4.2. HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK.....	15
4.3. UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO.....	16
<b>5. ATIVIDADES COMPLEMENTARES.....</b>	<b>17</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>18</b>
<b>CASOS CLÍNICOS.....</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	



## 1. INTRODUÇÃO

O presente de estágio supervisionado em urgência e emergência no Sistema Único de Saúde, tem por objetivo descrever as atividades práticas desempenhadas e/ou observadas em serviço, em consonância com a previsão normativa da Lei nº 11.788/200 (Lei do estágio), da Resolução CONSUEN nº 07/2018, com o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina (PPC) e, por fim, com o Manual do Internato 2019, da Coordenação do Curso de Medicina.

O estágio curricular obrigatório do curso de medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), na área de urgência e emergência, conforme descrito no PPC do curso, visa conferir ao discente a proficiência necessária para atuação nestes cenários. Para tanto, as atividades previstas foram realizadas nos seguintes cenários: Unidades de Pronto Atendimento (UPA), setor de pronto-atendimento do Hospital Municipal Padre Germano Lauck e base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O estágio curricular obrigatório em urgência e emergência teve início em 01/02/2019, finalizando em 31/12/2019. A obrigatoriedade legal do gozo de férias de trinta dias, associada a limitação da realização de apenas um plantão de 12 (doze) horas semanais, possibilitou o cumprimento de 42 (quarenta e dois) turnos em serviço durante todo o ano de 2019, distribuídos entre os cenários de prática mencionados, totalizando 504 (quinhentas e quatro) horas em serviço, associadas à 180 (cento e oitenta) horas em atividades teóricas complementares, totalizando 684 (seiscentos e oitenta e quatro horas) de estágio.

O aprendizado em serviço permitiu o desenvolvimento de habilidades e competências relacionadas diretamente à atuação das equipes dos serviços no manejo de situações clínicas potencialmente fatais. Dentre as atividades realizadas e/ou observadas, é possível destacar os procedimentos de passagem de plantão; atendimento ao trauma, atendimentos a emergências urgências clínicas, procedimentos (sondagem nasogástrica, uretral, intubação orotraqueal, acessos centrais, suturas, imobilizações, redução de luxações) notificação e protocolos de acidentes com animais peçonhentos e exposição a material infectocontagioso.

Os objetivos propostos pelo estágio foram cumpridos na sua quase totalidade. Muito embora, cada cenário de prática tenha suas peculiaridades, em todos eles, sem exceção, o estagiário foi participante ativo na construção do processo de aprendizado,

com o apoio dos professores, das equipes médicas, dos residentes, das equipes de enfermagem e todos os demais colaboradores dos serviços onde esteve inserido.

Sob o prisma da satisfação pessoal, foi um estágio com vivências extremamente enriquecedoras que resultou na formatação de uma extensa rede de contatos, revisitou, ampliou e sedimentou concepções teóricas exaustivamente estudadas nos anos anteriores, contribuindo para o desenvolvimento de grande parte das competências esperadas para o interno do 5º ano.

## **2. BREVE DIAGNÓSTICO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU/PR**

A rede de atenção às urgências e emergências no município de Foz do Iguaçu conta, para além das competências em prevenção e promoção da saúde, com o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE), o SAMU, duas unidades de pronto-atendimento, Hospital Municipal Padre Germano Lauck. O Hospital Ministro Costa Cavalcanti é referência em cardiologia e obstetrícia, com regulação e porta aberta para urgências e emergências naquelas especialidades. Não é cenário de prática no contexto do estágio em U/E.

O SIATE é um serviço de atendimento ao trauma, prestado pelo Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Paraná, que atende e tem sua regulação por meio do telefone 193, não foi cenário de prática no estágio em U/E, no entanto, é a principal porta de acesso de pacientes vítimas de traumas aos serviços de maior complexidade.

O SAMU, com atendimento e regulação pelo número de telefone 192, no município de Foz do Iguaçu, é competente para prestação de atendimento às urgências e emergências não traumáticas, além de transladar o fluxo interunidades de pacientes referenciados aos componentes hospitalares da RUE. No município o serviço conta com sete ambulâncias, duas destinadas ao suporte avançado de vida, e as demais destinadas ao suporte básico, além de uma motolância. As equipes revezam-se em turnos ininterruptos, assegurando uma cobertura de 24 aos chamados. Estima-se cerca de 2700 ligações/mês, e cerca de 1500 atendimentos/mês. O SAMU encontra-se estruturado em três bases, uma de regulação no centro, a central de ambulâncias no Parque Presidente e uma base descentralizada no Porto Meira, essa última com funcionamento apenas durante o dia.

O Hospital Padre Germano Lauck, em seu pronto-atendimento realiza cerca de 1.500 atendimentos/mês, conta com equipe multiprofissional, 24 horas por dia, responsável pelo atendimento de média e alta complexidade, para tanto, a unidade é dotada de equipamentos radiografia, tomografia, ultrassonografia, além de, suporte de laboratório de análises clínicas, agência transfusional, Centro Cirúrgico e UTI.

Há duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) em Foz do Iguaçu (João Samek e Dr. Walter Cavalcanti Barbosa). O objetivo dessas unidades é, segundo a diretriz do Ministério da Saúde, concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica,

atenção hospitalar, atenção domiciliar, o SIATE e o SAMU. As UPA's contam consultórios médicos, salas de medicação e procedimentos, esterilização, central de epidemiologia, radiologia, leitos de observação para adultos e para crianças, leitos de isolamento e leitos de emergência. Nessas unidades, estima-se cerca de 10.000 atendimentos/mês com acolhimento seguindo a estratificação de risco prevista no protocolo de Manchester.

### 3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

#### 3.1. SAMU

- Acompanhamento da rotina das equipes de serviço;
- Reposição de medicamentos e insumos nas viaturas;
- Atendimento em USA;
- Preenchimento de ficha de atendimento;
- Transferência de paciente grave (USA)
- IOT;
- Suporte ventilatório (AMBU);
- Atendimento em USB;
- Encaminhamento de paciente psiquiátrico para o HMPGL;
- Discussão de casos com o médico plantonista;

#### 3.2. UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

- Atendimento ambulatorial (consultório);
- Atendimento pediatria (consultório);
- Procedimento (sutura);
- Admissão de pacientes para observação (Sistema RP);
- Reavaliação clínica – sala amarela;
- Reavaliação clínica – pediatria;
- Discussão de casos com o médico plantonista.

#### 3.3. HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK

- Passagem do plantão;
- Passagem de visita;
- Admissão de pacientes;
- Reavaliação de pacientes;

- Discussão de caso com Médico Residente;
- Atendimento inicial ao politraumatizado;
- Atendimento inicial a paciente em surto psicótico;
- Atendimento inicial a paciente com DPOC exacerbado;
- Atendimento inicial a paciente com ICC descompensada;
- Atendimento inicial a paciente com LES descompensada;
- Atendimento inicial a paciente vítima de FAB;
- Atendimento inicial a paciente exposto a material infectante;
- Atendimento inicial a vítima de acidente escorpiónico;
- Auxílio às equipes de enfermagem em procedimentos;
- Encaminhamento de pacientes para outros setores do HMPGL;
- IOT;
- Acompanhamento de avaliação neurológica;
- Acompanhamento de avaliação da ortopedia;
- Discussão de casos com o Médico Plantonista;
- Evolução de pacientes no sistema TASY

## 4. DISCUSSÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS/OBSERVADAS NO ESTÁGIO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS

### 4.1. SAMU

O estágio em urgência e emergência se desenvolveu em duas etapas: inicialmente, apenas o SAMU e o pronto atendimento do Hospital municipal foram designados como cenários de prática. Posteriormente, no segundo semestre, as UPA's foram inseridas no contexto do estágio em serviço.

O SAMU possibilitou a vivência com as equipes (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores) e inicialmente a compreensão da rotina do serviço. Acompanhamento da troca de plantonista, com repercussão direta na viatura que era transmitida para a equipe seguinte, com a limpeza, verificação dos equipamentos e dos materiais, essenciais à atividade do emergencista. Tudo tem que ser verificado ao assumir o serviço: verificação dos equipamentos de sinalização e iluminação da viatura e radiocomunicador, cilindro de oxigênio, respirador mecânico de transporte; oxímetro não-invasivo portátil; monitor cardioversor desfibrilador, bomba de infusão; maleta de vias aéreas contendo: máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20 ml; ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína gel e "spray"; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas adulto/infantil; p inça de Magyll; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem torácica; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com antisséptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equips de macro e microgotas; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; ringer lactato e soro glicosado; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipo para drogas fotossensíveis; equipo para bombas de infusão; conjunto de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna.

Para o atendimento a neonatos, o SAMU dispõe de uma incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo, com respirador. A incubadora permanece na base, caso haja necessidade, é instalada na viatura.

Nos plantões do SAMU, foi vivenciado principalmente o aspecto pré-hospitalar das emergências e urgências não traumáticas. Foram realizados alguns atendimentos em USA, com equipe composta por médico, enfermeiro e condutor, com o preenchimento de ficha de atendimento. Com destaque para transferência de paciente grave da UPA João Samek para o pronto atendimento do Hospital Municipal, onde foi possível auxiliar no procedimento de intubação do paciente. Ainda no SAMU foi possível prestar atendimentos em saída da USB, geralmente pacientes com quadros clínicos de gravidade intermediária, sendo conduzidos às UPA's conforme a regulação. Na sala de estudos da base do SAMU foi possível ainda, realizar a discussão de casos clínicos com alguns dos médicos plantonistas.

#### 4.2. HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK

O estágio hospitalar em pronto atendimento foi o que possibilitou uma visão mais completa do atendimento às urgências e emergências, tanto das emergências clínicas (com maior prevalência para os casos de insuficiência cardíaca aguda, DPOC, Pielonefrite, Síndromes ictéricas, Tromboembolismo pulmonar e emergências psiquiátricas), quanto do trauma.

Foi possível acompanhar a passagem do plantão e todas as suas rotinas, com a passagem de visita por médicos titulares e especialistas. Foi possível durante o estágio realizar a admissão de pacientes com a coleta dos dados, exame clínico primário e avaliação secundária, com lançamento no sistema TASY, após a admissão geralmente ocorria a discussão do caso com o médico residente ou plantonista.

A sala do trauma também foi cenário de prática, com atendimento inicial ao politraumatizado, discussão de caso com o médico plantonista, reavaliação, acompanhamento do paciente ao tomógrafo e a radiologia e observação, quando necessário. No atendimento ao trauma, vítimas de acidentes automobilísticos, geralmente envolvendo motocicletas, representaram a grande maioria dos atendimentos, seguidos por quedas e lesões por armas de fogo e arma branca.



Durante os plantões de atendimento clínico do pronto-socorro foi possível acompanhar pacientes, em sua grande maioria com quadro de agudização da doença de base (casos de surto psicótico, paciente com DPOC exacerbado; ICC descompensada; paciente com complicações de Lúpus Eritematoso Sistêmico, pacientes expostos a material infectante; atendimento inicial à vítima de acidente escorpiônico, dentre outros). Durante o estágio todo auxílio requisitado pelas equipes de enfermagem, de auxiliares e técnicos, foi prestado, incluindo o encaminhamento de pacientes para outros setores do HMPGL, como a clínica médica e a ala psiquiátrica.

#### 4.3. UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24 HORAS

Nas UPA's além do atendimento ambulatorial, realizado em sala amarela, foi possível acompanhar a rotina dos consultórios, adulto e pediátrico. Foi possível acompanhar também a realização de procedimento de suturas na sala de procedimentos além da admissão, reavaliação e alta de pacientes em observação na sala amarela e a evolução de pacientes da sala vermelha. Foi possível discutir alguns casos com os médicos plantonistas.

## 5. ATIVIDADES COMPLEMENTARES

No decorrer do ano de 2019, foram realizadas capacitações que estiveram direta ou indiretamente relacionadas aos conteúdos abordados durante o internato em urgência e emergência no SUS:

- Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (20h)
- Urgências e emergências cardiovasculares na Atenção Básica (30h)
- Abordagens em situações de urgências dermatológicas na Atenção Básica (15h)
- Gestão Local de Desastres Naturais para a Atenção Básica (60h)
- Malária na Atenção Básica (60h)
- Doenças infectocontagiosas na atenção básica à saúde (60h)

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi um estágio excelente, onde foi possível aplicar na prática conhecimentos teóricos adquiridos nos semestres anteriores, com a impressão de que “tudo aquilo começava a fazer sentido”. Pude perceber que alguns protocolos de atendimento, vistos na teoria, efetivamente não são realizados na prática. A experiência em cada serviço é o que vai determinar a aplicação integral ou não de protocolos.

Há um desvirtuamento da finalidade da rede de atenção às urgências e emergências, principalmente no nível de baixa e média complexidade e atendimento pré-hospitalar. A responsabilização civil do médico por todo e qualquer problema que aconteça com o paciente, fragiliza o serviço de regulação que aciona, tanto o serviço móvel, quanto a prerrogativa de vaga zero como mecanismos de medicina defensiva.

As UPA's superlotadas sempre, têm servido como válvula de escape para a rede de atenção primária, com a grande maioria de agravos atendidos nos consultórios, classificados como verde (pouca gravidade) ou azul (nenhuma gravidade). Devido ao horário de funcionamento diferenciado e porta aberta, inúmeras demandas que deveriam ser prioritariamente solucionadas no nível de atenção primária, são levadas aos serviços de pronto atendimento.

O processo de ensino-aprendizagem durante o regime de internato, demanda competências emocionais diversas, como resiliência, adaptação, mudança de paradigmas e de padrões de relacionamento interpessoal. A hierarquia é rigorosa nos contextos da saúde, onde o interno, ao incorporar à equipe do serviço, passa a seguir essa rede de comando, no entanto, ainda há muita resistência da grande maioria dos profissionais em preceptorar alunos de graduação.

Grande parte dos conteúdos vistos durante os plantões, foram objeto de estudos complementares domiciliares. Alguns preceptores ajudaram no processo formativo, seja debatendo os casos, seja oferecendo oportunidades para realização de procedimentos. Porém alguns conteúdos ainda precisam ser mais aprofundados, principalmente em relação às prescrições na sala de emergência e ventilação mecânica.

## Caso 1

M.B.N., mulher, 50 anos, negra, referenciada da UPA João Samek, por agravamento do quadro de dispneia aos pequenos esforços, dispneia paroxística noturna e ortopneia, com dor precordial moderada. Refere o início dos sintomas há 5 meses, com piora progressiva. Há um mês, foi atendida por duas vezes na UPA. Nos últimos 6 dias permaneceu internada devido à agudização da dispneia e dor precordial aos esforços. Em uso de Losartana e Carvedilol. Nega tabagismo. Nega alergias.

### Exame físico

- Paciente em regular estado geral, LOTE, anictérica, acianótica, normohidratada, afebril ao toque, normocorada e hemodinamicamente estável sem uso de drogas vasoativas;
- ACV: RRBNF2T, sem sopro audível, apex cordis não palpável, sem estase jugular, edemas em MMII +/4, pulsos periféricos palpáveis, preenchimento capilar < 2s;
- AR: MV diminuído, presença de sibilos em bases e crepitações finas. Boa dinâmica ventilatória, com Sat O<sub>2</sub> 93% com suplementação de baixo fluxo, em uso de cateter nasal a 4L/min;
- ABD: globoso, flácido, RHA +, indolor à palpação, sem visceromegalias;
- Neuro: GCS 15, sem sinais meníngeos, pupilas isofotorreagentes.

### Conduta após avaliação inicial:

- MOV (monitorização, oximetria de pulso, acessos venosos)
- Manter a oferta de O<sub>2</sub> suplementar com cateter nasal de baixo fluxo 4L/min;
- Solicitação de exames laboratoriais: Hemograma, glicose, EAS, PCR, TAP, KPTT, ureia, creatinina, Na, K, Ca, Mg, TGO, TGP, FA, GGT, CPK, CK-MB;
- Solicitação de ECG, ecodoppler transtorácico, angiotomografia e radiografia de tórax;
- Solicitar a avaliação do especialista (cardiologista);
- Prescrição: Clopidogrel 75mg 4 comp. 24/24h; Losartana 50 mg 1 comp. 12/12h; Anlodipino 5mg 1 comp. se PA > 160/100; Carvedilol 3,125mg 4 comp. 12/12h; Enalapril 10mg, 1 comp. 12/12h; Bromoprida 5 mg/ml, 1 amp. IV 2 ml, diluída em 20ml, se náuseas; Enoxaparina 40 mg/0,4ml 1 amp. SC; AAS 100 mg 3 comp. se dor precordial intensa;

#### Hipóteses diagnósticas:

- Insuficiência cardíaca congestiva descompensada?
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica exacerbada?
- Broncoespasmo?
- Tromboembolismo pulmonar?
- Dissecção aórtica?
- Infarto agudo do miocárdio?

#### Resultados dos exames complementares:

- Laboratoriais: Hemograma normal; Glicemia: 117; PCR: 0,7; KPTT: 24,5, TAP: 12,3; EAS normal; TGO: 22; TGP: 40; FA: 77; GGT: 53; Ca:1,18; Mg:2,1; Na:141; K: 3,3; CPK: 30; CK-MB: 13; ureia: 50; creatinina: 0,7
- Radiografia de tórax: índice cardiotorácico aumentado > 0,5.
- ECG: Ritmo sinusal com TRV inespecíficos. Bloqueio de ramo direito, desvio de eixo e sobrecarga ventricular esquerda.
- Ecocardiograma Doppler: apresentando transtorno segmentar da contratilidade, hipertrofia ventricular esquerda concêntrica com disfunção sistólica, cavidade atrial aumentada e derrame pericárdico. FEVE 49%.
- AngioTC de tórax: Sem alterações sugestivas de tromboembolismo pulmonar e/ou dissecção aórtica.

#### Avaliação secundária:

- (A) Nega alergias;
- (M) Confirma o uso de Carvedilol e Losartana
- (P) Refere tabagismo passivo e inalação de fumaça de forno à lenha desde a infância
- (L) Internada na UPA nos seis dias que antecederam a urgência, faz uso de dieta sólida
- (A) Duas internações por agudização do quadro de dispneia associada a dor precordial no último mês

#### Parecer do Cardiologista:

Diagnóstico presuntivo - Síndrome Coronariana Aguda - Angina Instável (TIMI Risk Score 2). Sugiro otimização do tratamento da hipertensão arterial e, diante da impossibilidade de triagem completa para SCA, com ausência de dosagem de troponinas, solicito o encaminhamento para o hospital de referência para finalização de protocolo de dor torácica.

Discussão do caso:

Ao ser admitida no Pronto Socorro, embora a queixa principal da paciente fosse o quadro de dispneia iniciada há cinco meses com evolução da classificação funcional (NYHA) de classe I para Classe IV, o histórico de quadros recorrentes e progressivos de angina e todo o contexto clínico da paciente, conduziram à formulação das seguintes hipóteses diagnósticas: Insuficiência cardíaca congestiva descompensada, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica exacerbada e Broncoespasmo.

Até o momento da avaliação do especialista, a hipótese diagnóstica de SCA não foi contemplada pela equipe, por conta dos sintomas referidos pela paciente. A dor associada a clínica clássica da SCA, é uma dor profunda, desencadeada por exercício, que tem alívio com repouso ou uso de nitratos. Geralmente é uma dor que irradia para o membro, mandíbula e cursa com hipotensão no exame físico. No caso a paciente referia apenas um incômodo na região precordial.

A interpretação do ECG, dificultada pela cardiomiopatia hipertófica da paciente, revelada posteriormente pelo ecodoppler, sugeriu bloqueio de ramo direito e desvio de eixo elétrico. O ecodoppler também evidenciou aumento concêntrico da musculatura do ventrículo esquerdo, fração de ejeção reduzida (49%) e pequeno derrame pericárdico. Os demais exames laboratoriais não apresentaram alterações.

Conforme orientação do especialista, foi otimizada a medicação para o melhor controle da hipertensão arterial, com 4 classes distintas de fármacos: bloqueadores dos canais de cálcio, bloqueadores dos receptores de angiotensina, beta-bloqueadores e inibidores da enzima convertidora de angiotensina.

A paciente já utilizava uma associação de duas classes de fármacos, em uso de Losartana e Carvedilol, sem, no entanto apresentar melhoria do quadro de hipertensão. Ficou a dúvida da manutenção da medicação Carvedilol, já que a paciente era portadora de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, e há para a medicação, contraindicação para esse paciente, com o risco de intensificar o broncoespasmo. Será que o desconforto torácico referido pela paciente não era devido ao uso dessa medicação? A utilização de um betabloqueador cardiosseletivo como o Bisoprolol poderia ter um resultado melhor para essa paciente?

Ainda em relação a otimização da medicação para HAS, há associação de BRA com IECA na prescrição da paciente, o que não há evidências de sinergismo eficaz no tratamento. Além do fato da paciente ser de etiologia negra, com indicação mais eficaz de bloqueadores de canais de cálcio associados à diuréticos tiazídicos.

A regulação do paciente para o Hospital Municipal também deixou dúvidas após o diagnóstico presuntivo do especialista. A paciente portadora de ICC crônica e DPOC, caso atendesse os critérios clínicos para SCA, deveria ser inserida no protocolo de dor torácica, encaminhada diretamente para o hospital de referência, no caso o Hospital Ministro Costa Cavalcanti.

O conhecimento epidemiológico da médica atendente foi decisivo para identificar a etiologia da ICC. A paciente natural do norte do estado do Paraná, por muitos anos residiu em área endêmica para Doença de Chagas, confirmada em sorologia posterior. A paciente foi encaminhada para o Hospital Ministro Costa Cavalcanti, referência em cardiologia e inserida no protocolo de dor torácica, para melhor monitorização e otimizar uma possível intervenção.

## Caso 2

J.F.O., masculino, 84 anos, Paciente trazido pelo SAMU, do domicílio, devido quadro de dor abdominal difusa e dispneia com esforço respiratório. Há 5 dias iniciou com quadro de dor aguda, em região de hipocôndrio direito, epigástrico e flanco direito. Atendido na UPA duas vezes, há cinco e dois dias atrás, permaneceu em observação e foi medicado com analgésicos, além de lavagem retal por constipação.

### Exame físico

- Paciente em regular estado geral, LOTE, anictérica, acianótica, normohidratada, afebril ao toque, hipocorado ++/4+, e hemodinamicamente estável sem uso de drogas vasoativas;
- ACV: RRBNF2T, sem sopro audível, apex cordis não palpável, sem estase jugular, sem edemas, pulsos periféricos palpáveis, preenchimento capilar < 2s;
- AR: MV+ bilateral e simétrico, com roncos difusos bilateralmente, dispnéico com discreto esforço ventilatório, saturando > 94%;
- ABD: distendido, RHA reduzidos, sem visceromegalias, doloroso à palpação difusa, com defesa, sem sinais de peritonismo;
- Neuro: confuso, GCS 14, sem sinais meníngeos, pupilas isofotorreagentes.

### Conduta após a avaliação inicial:

- MOV (monitorização, oximetria de pulso, acessos venosos)
- Solicitação de exames laboratoriais: Hemograma, glicose, EAS, PCR, TAP, KPTT, ureia, creatinina, Na, K, Ca, Mg, TGO, TGP, FA, GGT;
- Solicitação de radiografia de tórax e tomografia computadorizada de abdome total com contraste;
- Solicitação de hemoculturas e urocultura;
- Solicitar a avaliação do especialista (Cirurgião);
- Realizar analgesia e hidratação;
- Manter a oferta de O<sub>2</sub> suplementar com cateter nasal de baixo fluxo 4 L/min;

### Hipóteses diagnósticas:

- DPOC exacerbado?
- Abdome agudo perforativo?
- Abdome agudo inflamatório?
- Pancreatite?



Avaliação secundária (realizada com familiares):

- (A) Nega alergias; Nega HAS ou DM. Ex-etilista;
- (M) Em uso de HCTZ 25mg, Vesomni (solifenacina + tansulosina) 6mg/0,4ml;
- (P) Tabagista ativo, fuma 2 maços/dia há mais de 70 anos (140 maços/ano);
- (L) Sem alimentação sólida há dois dias;
- (A) Referem um episódio de febre não aferida em domicílio, no terceiro dia dos sintomas. E ainda que, o paciente foi diagnosticado com colelitíase há 2 anos, já em seguimento no ambulatório de cirurgia geral.

Desfecho clínico:

Paciente gravíssimo, em disfunção em múltiplos órgãos e sistemas, com choque séptico refratário com doses máximas de drogas vasoativas (nora e vasopressina), com cianose e péssima perfusão periférica, com moteamento cutâneo difuso inclusive em tronco, em midríase bilateral fixa, sem resposta ao ajuste de antimicrobianos, provas de volume, ajuste de drogas vasoativas, correções de acidose com bicarbonato, evoluindo com queda evolutiva da PA, FC e saturação, sem resposta ao tratamento proposto. Paciente veio a óbito.

Discussão do caso:

Sempre pensar em sepse no paciente que chega na sala de emergência hipotenso, dispneico, com alteração do nível de consciência, como foi o caso apresentado. A causa base do óbito constatada foi uma apendicite complicada não tratada. Nos casos de apendicite, o diagnóstico precoce é primordial na prevenção de suas complicações, principalmente aquelas decorrentes da necrose e/ou perfuração do órgão. O diagnóstico é clínico e dele decorre a indicação cirúrgica, os exames complementares de imagens funcionam como auxiliares nos casos de alguma dúvida diagnóstica.

Como visto no caso, a ausência de intervenção determinou o desfecho clínico. Usualmente a perfuração do apêndice necrosado ocorre por volta de 48 horas do início dos sintomas. No entanto, o intestino delgado e o omento podem bloquear a perfuração do órgão, formando um abscesso periapendicular. Como achado intraoperatório, não é raro encontrar perfuração livre para a cavidade peritoneal e conseqüente peritonite difusa, com formação de vários abscessos intraperitoneais e conseqüente choque séptico.

### Caso 3

M.K.A.P., 32 anos, paciente trazida pelo SAMU devido intoxicação exógena. Fez ingestão de comprimidos de olanzapina há aproximadamente trinta minutos, com ideação suicida.

#### Exame físico

- Paciente em bom estado geral, LOTE, anictérica, acianótica, normohidratada, afebril ao toque, normocorada e hemodinamicamente estável sem uso de drogas vasoativas;
- Psíquico: Lúcida, normovigil, normotenaz, sensopercepção preservada, orientada auto/halopsiquicamente, humor e afeto deprimidos, memória e inteligência preservadas, pensamento lógico sem alteração de curso ou conteúdo, juízo crítico e insight prejudicados, conduta colaborativa, linguagem sem alteração;
- ACV: RRBNF2T, sem sopro audível, apex cordis não palpável, sem estase jugular, sem edemas, pulsos periféricos palpáveis, preenchimento capilar < 2s;
- AR: MV +, sem ruídos adventícios;
- ABD: plano, flácido, RHA +, indolor à palpação, sem visceromegalias;
- Neuro: GCS 15, sem sinais meníngeos, pupilas isofotorreagentes.

#### Conduta após avaliação inicial:

- MOV (monitorização, oximetria de pulso, acessos venosos)
- Solicitação de exames laboratoriais: Hemograma, ureia, creatinina, Na, K, Ca, Mg, TGO, TGP;
- Solicitar a avaliação do especialista (psiquiatra);
- Prescrição: Carvão ativado e lavagem gástrica

#### Hipóteses diagnósticas:

- Intoxicação exógena
- Episódio depressivo?

#### Resultados dos exames complementares:

- Laboratoriais: Hemograma normal; TGO: 58; TGP: 27; Ca:1,23; Mg:2,3; Na:143; K: 4,4; ureia: 30; creatinina: 0,9.

Avaliação secundária (realizada com familiares):

- (A) Nega alergias, nega intoxicações anteriores;
- (M) Em uso de antidepressivos (não sabendo informar qual(is));
- (P) Nega tabagismo, nega etilismo, nega uso de drogas ilícitas;
- (L) Última alimentação há 6 horas anteriores à urgência;
- (A) Refere tratamento com psiquiatra há 3 meses.

Conduta a ser seguida:

- Alta hospitalar sem prescrição médica devido intoxicação aguda. Orientações passadas aos familiares e indicação de retorno se piora do quadro.

Discussão do caso:

Os casos de agitação psicomotora, e as tentativas de suicídio, em suas várias modalidades, respondem pela grande maioria dos eventos psiquiátricos atendidos nas salas de emergência. A maioria dos casos de tentativa de suicídio estão vinculados à depressão grave, ocorrendo principalmente no início da doença. Setenta por cento dos suicídios decorrem de uma fase depressiva. É preciso atentar para os seguintes sinais e sintomas: histórico familiar ou pessoal prévio de depressão ou tentativas de suicídio, abuso do álcool ou outras substâncias, psicose, agitação, ansiedade grave, insônia.

Há uma maior prevalência entre os pacientes do sexo masculino, com tentativas mais brutais e mais bem-sucedidas, e idosos, principalmente aqueles com outras comorbidades. A história clínica do paciente, quando contada por ele mesmo, quase sempre apresenta um ou mais eventos de falta ou perda de apoio social, perda recente, crise pessoal ou evento que lhe cause intensa vergonha, inclusive a prática do *bullying*, muito comum entre os adolescentes. Outra causa importante a ser investigada é a falta de um tratamento psiquiátrico efetivo, importante fator de risco para o cometimento de suicídio.

Deve-se, sempre, perguntar sobre a ideação e o planejamento suicida de um paciente psiquiátrico, deve se levar em consideração o fato de que, quanto mais planejado, mais perigoso, pois pode haver novas tentativas, caso a última não tenha dado certo, episódios depressivos com diminuição do pragmatismo, respondem negativamente às medicações utilizadas no tratamento da depressão, fomentando e fortalecendo a ideação, principalmente em pacientes mais jovens e adolescentes. É preciso considerar também que qualquer distúrbio psiquiátrico associado ao uso de álcool aumenta o risco

de suicídio, o isolamento social, a falta de amigos, o fato de não ser casado, não morar com outra pessoa, não ter filhos, não ser religioso, aumentam o risco de suicídio, se associados a algum transtorno mental. As orientações devem ser claras aos familiares, no sentido de que eles nunca desconsiderem os avisos. Noventa por cento dos pacientes que tentam suicidar-se, avisam de alguma maneira os familiares e pessoas próximas e quem já fez uma tentativa tem 30% a mais de chances de repeti-la do que quem nunca tentou.

Nos casos de psicoses agudas com pensamentos suicidas, ou depressões delirantes com ideias de suicídio, caso não seja possível hospitalizar o paciente, o acompanhante deve estar alerta durante todo o tempo, atentando para janelas trancadas, armas, venenos, comprimidos, facas, garfos, fios e objetos que possam ser utilizados. É mandatório no manejo de pacientes psiquiátricos, indagar diretamente sobre ideação e planejamento suicida.

## Caso 4

K.C.G.O., 33 anos, transferida da UPA João Samek devido a ocorrência de picada de escorpião na região glútea do membro inferior direito, há aproximadamente duas horas. A mesma refere dor localizada na área de intensidade moderada, nega outros sintomas como: parestesia, sudorese, síncope, convulsões, vômitos e febre.

### Exame físico

- Sinais vitais: FC: 84 bpm; FR: 14 irpm; PA: 175/116; HGT:129; SatO<sub>2</sub> 99%; Temp. axilar 36,7 °C;
- Paciente em bom estado geral, LOTE, anictérica, acianótica, normohidratada, eupneica, deambulante, colaborativa, normocorada e hemodinamicamente estável sem uso de drogas vasoativas;
- ACV: RRBNF2T, sem sopro audível, apex cordis não palpável, sem estase jugular, sem edemas, pulsos periféricos palpáveis, preenchimento capilar < 2s;
- AR: MV +, sem ruídos adventícios;
- ABD: plano, flácido, RHA +, indolor à palpação, sem visceromegalias;
- Neuro: GCS 15, sem sinais meníngeos, pupilas isofotorreagentes;
- MMII: lesão circular de bordas heterogêneas, com presença de discreto hematoma acompanhado de edema e hiperemia no local da picada, localizada na região lateral glútea do membro inferior direito.

### Conduta após avaliação inicial:

- MOV (monitorização, oximetria de pulso, acessos venosos)
- Solicitação de exames laboratoriais: Hemograma completo, TAP; KPTT; amilase; TGO; TGP; ureia, creatinina, Na, K, CPK, CK-MB;
- Realizar contato com o centro de informações toxicológicas (CIT)
- Prescrição: Paracetamol 500mg Tomar 01cp. VO a cada 06 horas, se dor; Ibuprofeno 600mg Tomar 01cp. VO a cada 08 horas, por 05 dias; Omeprazol 20mg Tomar 01cp. VO pela manhã.

### Hipóteses diagnósticas:

- Picada de escorpião
- Escorpião amarelo - *Tityus*?

Resultados dos exames complementares:

- Laboratoriais: Hemograma normal; TAP 11,6 I.N.R. 1; KPTT 32,4; amilase 98; TGO 50; TGP 73; ureia 22; creatinina 0,6 ; Na 143; K 4,9; CPK 144, CK-MB 11.
- Realizado contato com o CIT que orientou o uso de soro antiescorpiônico, apenas se surgimento dos sintomas de alarme: parestesia, sudorese, síncope, convulsões, vômitos, febre e hipotensão, conforme protocolo da Secretaria de Saúde do Paraná.

Avaliação secundária:

- (A) Nega alergias, nega acidentes com animais peçonhentos anteriores;
- (M) HAS em uso de atenolol;
- (P) Nega tabagismo, nega etilismo, nega uso de drogas ilícitas;
- (L) Última alimentação há cerca de 30 minutos anterior à urgência;
- (A) Ao deitar no sofá, após o jantar foi picada pelo escorpião que se encontrava no local, após a picada, conseguiu captá-lo e trouxe para identificação.

Conduta a ser seguida:

- Após permanecer 12 horas em observação, sem surgimento de sinais de alarme ou piora, recebe alta, devendo completar tratamento domiciliar. Orientada a procurar atendimento medico se surgimento de sinais de alarme.
- Manter a mesma prescrição anterior

Discussão do caso:

Foi possível acompanhar ao menos 2 pacientes vítima de escorpionismo, um evento comum nas salas de emergência, com distribuição sazonal, e grande parte em razão da má destinação de resíduos sólidos, lixo e entulho. Geralmente são os idosos e crianças os mais afetados por picadas de escorpião. A maioria dos casos, como nos casos observados no ambulatório do Pronto Socorro do HMPGL tem curso benigno. Letalidade é de 0,58%, os óbitos tem sido associados, com maior frequência, a acidentes causados por *T.serrulatus*, ocorrendo mais comumente em crianças menores de 14 anos, a outra espécie que demanda atenção, apesar do veneno ser de baixa toxicidade é o *T.bahiensis*. A toxina inoculada pelo escorpião causa além de dor, alterações complexas nos níveis dos canais de sódio, produzindo alterações neurológicas e sistêmicas.

O tratamento vai depender das condições do agressor e do tipo, tamanho e quantidade do veneno inoculado, o que pode ser percebido pelo curso do surgimento de sinais de alerta como parestesia, sudorese, síncope, convulsões, vômitos, febre e hipotensão.

O protocolo de atendimento da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná preconiza a seguintes condutas de acordo com a gravidade de cada caso:

- LEVE: o paciente vai apresentar dor no local, da picada, eventualmente taquicardia e nenhuma alteração dos parâmetros bioquímicos. Para esse paciente, não há orientação de conduta específica, apenas analgesia conforme a intensidade da dor (VO, I.M. ou bloqueio anestésico) e compressas mornas no local da picada.
- MODERADO: é o paciente que apresenta dor intensa no local da picada, além de sintomas como vômitos ocasionais, sudorese, agitação, taquicardia, taquipneia e aumento da pressão arterial, com alteração na glicemia e da amilase. A conduta a ser seguida para esse paciente envolve o uso de 2 a 3 ampolas soro antiescorpiônico ou soro antiaracnídeo intravenoso, além de analgesia.
- GRAVE: além da dor intensa, é um paciente com severas disfunções orgânicas com potencial risco de morte, diaforético, com vômitos incoercíveis, bradicardia, chegando a quadro um de choque e edema agudo de pulmão. Esses pacientes apresentam hipoglicemia, amilasemia, bradicardia sinusal, alterações de ECG (bloqueios AV), aumento da área cardíaca e sinais de edema agudo de pulmão na radiografia de tórax. O tratamento fundamenta-se na terapia com 4 a 6 ampolas de Soro Antiescorpiônico ou Soro Antiaracnídeo intravenoso, analgesia e cuidados intensivos em UTI.

## Referências

AMERICAN HEART ASSOCIATION (Estados Unidos da América). American Heart Association (Ed.). **Suporte Avançado de Vida Cardiovascular: Manual do Profissional**. 15. ed. Mesquite: Integracolor, 2016. Tradução: Hélio Pena Guimarães.

ARAÚJO, Juliano Silveira; LEMOS, Thiago Emanuel Vêras; OLIVEIRA JUNIOR, Senival Alves de. **Manual prático para urgências e emergências clínicas**. Salvador: Sanar, 2016. 474 p.

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, 2. ed., 2016. 638 p.

**Escorpionismo: protocolo de acidentes**. Secretaria de Saúde do Paraná. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1453>> Acesso em 17 nov 19.

MARTINS, Herlon Saraiva *et al.* **Medicina de emergência: revisão rápida**. Barueri: Manole, 2017. 1266 p.

\_\_\_\_\_. **Medicina de emergência: abordagem prática**. 12. ed. Barueri: Manole, 2017. 1580 p.

OLIVEIRA, Clístenes Queiroz de; SOUZA, Marconi Moreno Cedro; MOURA, Carlos Geraldo Guerreiro de. **Yellowbook: fluxos de condutas de medicina interna**. Salvador: Sanar, 2016. 930 p.

PACHECO, Marcos Antônio Barbosa (Org.). **Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência - RUE**. São Luiz: Una-sus, 2015. 42 p