



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

CURSO DE MEDICINA

**RELATO DE VIVÊNCIAS ACADÊMICAS DURANTE ESTÁGIO
CURRICULAR EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

ROSANA KAREN VIEIRA DOS REIS

Foz do Iguaçu - Paraná
2022

RELATO DE VIVÊNCIAS ACADÊMICAS DURANTE ESTÁGIO CURRICULAR EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

ROSANA KAREN VIEIRA DOS REIS

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: Profa. Gracielle Rodrigues Fiorenzano Celinski

Foz do Iguaçu - Paraná
2022

ROSANA KAREN VIEIRA DOS REIS

RELATO DE VIVÊNCIAS ACADÊMICAS DURANTE ESTÁGIO CURRICULAR EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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: Profa. Gracielle Rodrigues Fiorenzano Celinski

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Gracielle Rodrigues Fiorenzano Celinski
UNILA

Profa. Mestre Rosana Alvarez Callejas
UNILA

Profa. Mestre Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Rosana Karen Vieira dos Reis

Curso: Medicina

	Tipo de Documento
(x) graduação	(.....) artigo
(.....) especialização	(x) trabalho de conclusão de curso
(.....) mestrado	(.....) monografia
(.....) doutorado	(.....) dissertação
	(.....) tese
	(.....) CD/DVD – obras audiovisuais
	(.....)

Título do trabalho acadêmico: RELATO DE VIVÊNCIAS ACADÊMICAS DURANTE ESTÁGIO CURRICULAR EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome do orientador(a): Profa. Gracielle Rodrigues Fiorenzano Celinski

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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

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

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Deus pelo dom da vida.

Agradeço aos meus pais, Rubson e Ivone, por todo o amor, carinho, apoio, renúncias e por sempre estarem presentes no que fosse preciso. Agradeço todos os dias pela graça de ter pais tão maravilhosos.

Agradeço à minha irmã, Bárbara, por tantas vezes colocar meus planos como prioridade e renunciar aos seus objetivos e sonhos, mesmo que temporariamente, para que eu pudesse alcançar voos mais altos.

Agradeço aos meus queridos amigos, em especial Alana, Fernanda e Natália, que foram meu alicerce durante esses seis anos de curso e que sempre me fizeram feliz enquanto tudo era caos e cansaço. Aos

Agradeço ao meu companheiro, César Augusto, que mesmo há pouco tempo na minha vida tem-se feito tão importante e presente. Obrigada por estar sempre do meu lado e por compartilhar os sonhos comigo.

Agradeço a todos os meus queridos professores que construíram a médica que aos poucos cresce e se fortalece em mim. Sinto-me imensamente grata por todos os ensinamentos, oportunidades, conselhos e, principalmente, pelas críticas construtivas.

*Para aqueles que andam na beira do telhado,
não façam isso.
E para aqueles que o fazem, boa sorte
sobrevivendo a si mesmos.*

Autor desconhecido

RESUMO

O presente relato tem como objetivo apresentar opiniões e vivências acadêmicas experienciadas pela autora durante estágio curricular em Urgência e Emergência em serviços de saúde no município de Foz do Iguaçu. A partir das informações relatadas, formula-se um projeto de intervenção aos serviços a fim de garantir o melhor acesso ao atendimento de saúde. O relatório foi construído com base em casos clínicos acompanhados e relacionando-os com as mais diversas literaturas em relação ao manejo. Esse relato também apresenta os procedimentos mais realizados nos campos de estágio.

Palavras chaves: Internato; Urgência; Emergência; medicina; caso clínico;

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Protocolo de Manchester do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco	14
Figura 2 - Lesão corto-contusa em região frontal – Paciente J.D.O.	21
Figura 3 - Minha primeira punção lombar	76
Figura 4 - Material informativo disponibilizado na internet pela Prefeitura de Marechal Cândido Rondon	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Exames laboratoriais paciente J.D.O.	24
Tabela 2 - Exames laboratoriais paciente M.A.P.	29
Tabela 3 - Exames laboratoriais O.S.	33
Tabela 4 - Exames laboratoriais paciente F.M.	44
Tabela 5 - Exames laboratoriais paciente F.M.	46
Tabela 6 - Exames laboratoriais paciente E.B.D.S.	54
Tabela 7 - Exames laboratoriais N.A.S.	64
Tabela 8 - Exames laboratoriais paciente D.D.	69
Tabela 9 - Exames laboratoriais paciente A.G.	72
Tabela 10 - Medicamentos usados na IOT de sequência rápida ..	81

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	12
3. VIVÊNCIAS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	16
4. PLANTÕES NO HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK	19
4.1 CASO CLÍNICO: “Como não atender um paciente”	19
4.2. CASO CLÍNICO “Descoberta nada interessante”	25
4.3. CASO CLÍNICO “AVC nosso de cada dia”	30
4.4. CASO CLÍNICO “Será fogo selvagem?”	35
5. PLANTÕES NAS UPAs JOÃO SAMEK E WALTER CAVALCANTE	39
5.1. CASO CLÍNICO “Uma queixa e dez mil problemas”	39
5.2. CASO CLÍNICO “Mais profundo do que parece”	46
5.3. CASO CLÍNICO “Um daqueles que chegam com tudo um pouco”	51
5.4. CASO CLÍNICO “Dor que transborda”	55
5.5. CASO CLÍNICO “Das coisas que me fazem duvidar de mim”	59
5.6. CASO CLÍNICO “Focinho de porco mas não é porco”	65
5.7. CASO CLÍNICO “Um gole a mais”	68
6. PROCEDIMENTOS	74
7. CARRINHO DE PARADA	77
8. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO AOS SERVIÇOS	82
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86

1. INTRODUÇÃO

As redes de atenção à urgência surgiram nos anos 2000 impulsionadas pela necessidade da distribuição do fluxo de atendimento de casos simples e de fácil resolução em serviços de atendimento especializado.

Essa demanda surgiu pela superlotação dos hospitais e do desperdício de serviço especializado em demandas que poderiam ser facilmente resolvidas pelo modelo de Atenção Primária em Saúde (APS).

Após quase 20 anos entre a regulamentação e implantação efetiva da rede de atenção à urgência, o fluxo de atendimento se estabeleceu, porém ainda existe caos. Apesar da UPA existir com a intencionalidade de atuação na esfera entre o atendimento básico pela Atenção Primária em Saúde (APS) focada, principalmente, na promoção e prevenção de agravos, e o serviço de urgências hospitalares, ainda há desinformação acerca do que cabe a cada serviço tanto pela gestão pública, profissionais de saúde, quanto pela população.

Em Foz do Iguaçu, a rede de atenção à urgência funciona com apoio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), regulando e distribuindo as demandas por entre os serviços de saúde disponíveis, entre eles: O Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Hospital Ministro Costa Cavalcanti e UPAs João Samek e Walter Cavalcante.

Atualmente, o serviço é atuante, porém ainda há necessidade de ajustes quanto à atuação de cada serviço para melhor definição de fluxo e para que a população seja melhor atendida em todas as instâncias.

Sendo assim, esse relatório abordará tanto as minhas vivências como discente do curso de medicina agora interna, mas também servirá de instrumento de compreensão e estudo de casos atendidos nos serviços.

2. REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Segundo a Organização Mundial da Saúde em 2019, as doenças crônicas não transmissíveis ocupam sete das 10 principais causas de morte em todo o globo. Embora esse ranking tenha especificidades de acordo com o desenvolvimento econômico e social de cada território, existe a tendência de que doenças crônicas e, geralmente, preveníveis sejam as principais causas de mortalidade em todo o planeta Terra.

No Brasil, nos anos 1980, havia muitos óbitos por doenças infecciosas, parasitárias e mortes violentas, além daqueles causados por doenças cardiovasculares. Esse padrão é, em geral, associado a países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos. Com a evolução da medicina e do desenvolvimento econômico, os óbitos, em sua grande maioria, ocorreram em razão de doenças crônicas demonstrando uma transição epidemiológica, fenômeno este comum em países em crescimento. Embora, causas crônicas sejam a principal causa de mortalidade no Brasil, os óbitos por neoplasias também são bastante notáveis, fazendo com que se pense em políticas públicas de atendimento primário, secundário e terciário.

Sendo assim, juntamente com a transição epidemiológica, ocorreu a implantação da rede de atenção à urgência, expressa pela idealização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) por meio do Ministério da Saúde em 2002. A formulação das políticas de urgência e emergência no Brasil aconteceu, entre outras razões, motivada pela intensa insatisfação com o atendimento nas emergências hospitalares, suas filas e superlotação (O'DWYER e MATTOS, 2012). Na teoria, os serviços seriam implantados em conjunto visando que a atuação dos mesmos diminuíssem e resolvessem as demandas de forma que os atendimentos recebidos por hospitais de atendimento secundário e terciário fossem realmente compatíveis com esses serviços. Na prática, a implantação foi desarticulada e atrasada. Em 2002 houve a regulamentação dos serviços, em 2003 a implantação do SAMU e, somente, em 2011 houve a implantação

das UPAs. Nesse hiato entre a criação efetiva do SAMU e das UPAs, todos os atendimentos, sejam eles de complexidade compatíveis com atenção primária ou segunda/terciária, fossem atendidos por serviços de complexidade secundária ou maior, afetando a efetividade e qualidade do serviço.

Após quase 20 anos entre a regulamentação e implantação efetiva da rede de atenção à urgência, o fluxo de atendimento se estabeleceu, porém ainda existe caos. Apesar da UPA existir com a intencionalidade de atuação na esfera entre o atendimento básico pela Atenção Primária em Saúde (APS) focada, principalmente, na promoção e prevenção de agravos, e o serviço de urgências hospitalares, ainda há desinformação acerca do que cabe a cada serviço tanto pela gestão pública, profissionais de saúde, quanto pela população. Um serviço com caráter de estadia temporária e estabilizadora, passou a atuar como serviço de atendimento à atenção primária e internamento de quadros clínicos que necessitam de atenção especializada.

Em Foz do Iguaçu, atualmente há em funcionamento duas UPAs, sendo elas, UPA João Samek (ou Três Bandeiras) e UPA Dr. Walter Cavalcante (ou Morumbi) e dois hospitais especializados de grande capacidade de atendimento, o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) inteiramente público e o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC), que atende iniciativa privada e pública, esta última por meio de convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar de haver fluxo de atendimento bem definido de forma que os pacientes que adentraram o serviço, tanto por demanda espontânea como por meio dos serviços do SAMU e Serviço Integrado de Atendimento de Trauma em Emergência (SIATE), sejam atendidos conforme gravidade do quadro pelo Protocolo de Manchester. Este foi implantado inicialmente no Manchester Royal Infirmary, na cidade de Manchester (1997), e, desde então, é adotado como protocolo padrão em vários hospitais do Reino Unido e em outros lugares como no Brasil, Áustria, Alemanha, México, entre outros (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2015) (Figura 1), ainda há divergências que impedem o funcionamento pleno do serviço. O principal ponto é a elevada procura por

atendimento em UPAs, que superam a capacidade da mesma, que poderiam ser atendidos e solucionados pela Estratégia de Saúde em Família (ESF). Nesse ponto, encontramos diversos obstáculos, entre eles, o entendimento do serviço pelo usuário e a falta de divulgação de quais serviços são responsabilidade de cada esfera de atendimento existente. Muitos usuários não sabem a qual serviço de saúde recorrer nas situações de agravo. Sendo assim, faz-se necessário a educação de saúde, garantindo que o usuário tenha suas demandas entendidas e atendidas em todas as esferas, sejam elas nos níveis primário, secundário ou terciário de saúde.

	Prioridade	COR	TEMPO
1	Emergente	Vermelho	0 minutos
2	Muito Urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Pouco Urgente	Verde	120 minutos
5	Não Urgente	Azul	240 minutos

Figura 1 - Protocolo de Manchester do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco

Em relação a regulação de pacientes pelo SAMU, há também fluxogramas de atendimento que nem sempre são bem entendidos pelos usuários. O transporte e/ou profissional de saúde que atende a ocorrência depende da avaliação do médico regulador durante o atendimento com o usuário contactante. Sendo assim, é necessário que haja um relato claro e eficiente da queixa para que o regulador desloque o melhor serviço possível para atender a ocorrência dentro das possibilidades existentes. Hoje, Foz do Iguaçu é atendida por duas Unidades de Serviço Avançado (USA), cinco Unidades de Serviço Básicas (USB) e duas motolâncias. A USA dispõe de médico, enfermeiro e motorista possibilitando um atendimento mais complexo em ambiente pré-hospitalar. Já a UBS dispõe apenas de motorista e enfermeiro, podendo atender ocorrências de pouca gravidade. Este mesmo serviço que atende emergências, também faz a transferência de pacientes

entre os serviços de saúde, dependendo da gravidade dos quadros clínicos existentes.

O SAMU é regulamentado por meio da portaria nº 2.048, de cinco de dezembro de 2002, devido ao crescimento da demanda de serviços de urgência e emergência e também a incapacidade da rede de assistência em saúde de absorver essa demanda, fez-se necessário a criação de um serviço que organizasse esse fluxo e atendesse como uma espécie de triagem, mesmo que isso ocorra de forma informal.

O atendimento nas UPAs de Foz do Iguaçu, ao meu ver, falham em não atenderem de acordo com o que é estabelecido na sua regulamentação, porém esse não é um problema somente desses serviços. Todas as UPAs das quais há relatos de fluxo de atendimento sofrem com a demanda excessiva por buscas espontâneas facilmente resolvíveis na APS, fazendo com que o principal objeto da regulamentação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência não seja atingido.

3. VIVÊNCIAS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

A epidemia, posteriormente nomeada como pandemia, de COVID-19 apesar de já muito anunciada durante seu início na Ásia, especificamente na China, promoveu inúmeras reviravoltas e mudanças para que o vírus SARS-Cov2 fosse enfrentado da melhor forma possível e com menos impactos na cidade de Foz do Iguaçu.

No início do mês de março de 2020, fomos pegos, não de surpresa, pela suspensão do calendário acadêmico como um plano sanitário para evitar a disseminação do novo vírus que já havia chegado à cidade. Tudo era incerto, não sabíamos se seriam 15 dias ou 15 meses, mas todos entendiam a motivação e a finalidade por trás dessa ação.

No final do mesmo mês, respondendo ao chamado da Professora Flávia para que discentes do curso atuassem como voluntários nas Barreiras Sanitárias instaladas em pontos estratégicos na cidade, comecei a fazer parte da iniciativa. Durante 6 horas fui voluntária em uma das barreiras sanitárias, porém logo fui “promovida” à atendente do Plantão Coronavírus nas dependências do hospital, cargo no qual eu começaria no dia seguinte. O novo cargo me pertenceu por pouco tempo, pois durante a madrugada, a pedido de um dos supervisores da Central, o então discente Arthur Dias, agora médico, me concedeu a responsabilidade de confeccionar e gerir o setor de atestados.

Durante sete meses, trabalhei somente com a gestão de atestados e pude ver de perto como a pandemia aumentava de forma alarmante. No início, eram emitidos cerca de 10 atestados de forma manual com conferência de informações por meio de chamada telefônica. Logo essa esquematização tornou-se impossível devido ao aumento da demanda. Por volta de maio, o número de atestados atingiu números que minha capacidade de trabalho não conseguia acompanhar, sendo necessário a intervenção da organização que disponibilizou uma nova forma de emissão de documentos sem a necessidade de confirmação de dados. Essa forma perdurou até meados de setembro na

qual foi substituída por uma planilha automática, que dispensou a necessidade de um voluntário em tempo integral. Então, após essa automatização, fui convidada a assumir o cargo de supervisora que aceitei com muito receio por não ser uma pessoa muito paciente e me sentir incapaz frente às responsabilidades que me eram exigidas.

Como supervisora, doeimeu corpo e alma ao serviço. Quando estava em serviço estava extremamente focada e quando estava em casa pensava em como estava o andamento do serviço. Trabalhar atuando no enfrentamento ao COVID era trabalhar em tempo integral, nos fins de semana e feriados. Sentir-me útil e disponibilizar ajuda com um pouco de conhecimento que eu tenho, me motivou a continuar firme e forte acordando cedo e trabalhando mesmo com o cenário complicado.

Foram meses de caos e trabalho árduo onde aprendi muito sobre o atendimento aos pacientes, habilidade médicas como raciocínio clínico e comunicação, mas, principalmente, em como trabalhar como equipe e com pessoas com vivências completamente diferentes das vivenciadas por mim. Muitos dos voluntários hoje são amigos próximos por dividirem momentos de frustração por parecer que nosso trabalho era em vão devido ao aumento exponencial de casos, mas também foi o momento que fomos a família de muitos que estavam longe dos seus.

Lembro perfeitamente de como me senti quando soube do primeiro óbito. Perguntei a mim mesma se seriam muitos, se passaríamos por momentos difíceis com familiares, amigos e colegas, se viveríamos e aprenderíamos a lidar com perdas tão inesperadas e tão doloridas. Vi no rosto de cada um profissional - internos e formados - o cansaço e, literalmente, o peso que aquelas máscaras deixavam marcadas em cada profissional que atuou na linha de frente e que hoje veem que seus esforços foram essenciais para que as perdas não fossem maiores. E vejo também o quanto essa pandemia sugou um pouco - ou não tão pouco assim - da alma de cada indivíduo.

Hoje, eu vejo que essa experiência edificou-me como pessoa e como profissional de um jeito extraordinário pois passei por situações que nunca imaginei me ver envolvida na vida. A pandemia, no meio de todo o caos, perdas e desafios, aflorou em mim a necessidade de ser uma pessoa e uma profissional de saúde melhor tanto para mim quanto para os outros, pois vi que uma palavra de conforto ou uma conversa com palavras mais simples fazem uma diferença gigantesca na vida das pessoas. Percebi que cada sorriso, gestos de apoio e carinho, compreensão e consolo são alicerces para manter a sanidade mental e continuar a vencer obstáculos que causam tanto sofrimento.

Não posso deixar de pensar nos mais de 600 mil indivíduos que partiram deste plano no Brasil. Não posso expressar outro sentimento senão gratidão por ter tido a oportunidade de participar de uma iniciativa tão necessária como o planejamento de enfrentamento ao COVID-19 e ajudar quem precisava de orientação e atendimento.

4. PLANTÕES NO HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK

O cenário em questão é um dos melhores cenários de aprendizado, no meu ponto de vista, em razão desse serviço ser, em geral, o último degrau do acesso à saúde especializada em diversas especialidades médicas. A presença de um programa de residência médica é um ponto forte, pois, em teoria, o serviço já está inserido dentro da educação médica.

Contudo, existem pontos a serem melhorados, principalmente em gestão de convívio cordial entre as classes trabalhadoras dentro do serviço. Porém, esse não é o foco do nosso estágio, portanto, em relação ao objetivo hospital propiciar ensino, este está sendo cumprido.

4.1 CASO CLÍNICO: “Como não atender um paciente”

Esse foi o caso que mais me intrigou e me deixou descrente da Atenção Primária em Foz do Iguaçu e refere-se a uma doença prevenível por vacinação disponível no Plano Nacional de Imunização (PNI) e que, se bem investigada e tratada precocemente, evolui com menores chances de complicação.

Identificação: J.D.O., 50 anos, sexo masculino, casado

QP: “Não consigo abrir a boca”

HDA: Paciente relata que no dia 24/10 iniciou com quadro de dispneia e impossibilidade de abrir o canto direito da boca. Evoluiu com rigidez em toda a musculatura adjacente impedindo-o de alimentar-se e falar. Relata ainda que há 6 dias, teve uma queda da própria altura utilizado em um chiqueiro causando uma lesão corto-contusa na região frontal da face. Nega febre, náuseas, vômitos e outros sintomas associados.

HMP: Nega comorbidades. Nega alergias medicamentosas.

MUC: Xarelto por trombose em MMII

HV: Tabagista 59 maços/ano. Etilista pesado.

Exame Físico

EC: REG, LOTE, agitado, desidratado +/4+, normocorado, anictérico, acianótico. Lesão corto-contusa em região temporal direita com sutura apresentando sinais flogísticos e secreção purulenta.

Neuro: Glasgow 15/15; Pupilas isofotorreagentes, oftalmoplegia, sem sinais de irritação meníngea. Função motora preservada, movimentos do pescoço com limitação. Rigidez mandibular sem abertura da boca. Sem hiper ou hiporreflexia. Impossibilidade de realizar o teste de reflexo do músculo masseter devido ao trismo.

AC: BNF rítmicas em 2T. Não ausculto sopros. TEC < 3s.

AR: MVU audíveis. Não ausculto ruídos adventícios.

Abdome: Plano, flácido, RHA+, sem massas palpáveis, indolor à palpação.

Membros: Sem edemas, escoriações em MSD. Baqueteamento digital.



Imagem 2 - Lesão corto-contusa em região frontal – Paciente J.D.O.

Diagnóstico Sindrômico

Síndrome dispneica

Síndrome infecciosa

Síndrome neurológica

Com essa anamnese e exame físico, as principais hipóteses sindrômicas são síndromes neurológica, dispneica e infecciosa. O termo síndrome neurológica é bem abrangente pois engloba todas as possíveis comorbidades que apresentam alterações neurológicas ou que possam afetar o Sistema Nervoso Central (SNC). A sintomatologia neurológica e motora poderia ser causada pela queda por meio do Traumatismo Cranioencefálico (TCE) ou mesmo por uma infecção proveniente da lesão com sinais flogísticos. Outro fator importante nesse caso é a evolução cronológica do quadro, pois morbidades com início agudo e evolução rápida estão mais relacionadas com acometimentos vasculares e doenças de causa infecciosa. A hipótese

infeciosa aparece em razão da lesão com sinais flogísticos que pode ter sido o sítio inicial de uma infecção. A síndrome dispneia pelo simples fato do paciente apresentar queixa de dispneia.

Um dos achados, a rigidez da região da boca, que eu descobri depois ser referido como trismo, no exame físico é bastante característico do tétano acidental, assim como outros achados como espasmos musculares e rigidez muscular em regiões específicas. Havia também fator de risco devido à lesão corto-contusa infectada. No caso desse paciente, durante o primeiro atendimento médico pós queda não se perguntou sobre esquema vacinal e, em nenhum momento, indicou-se a necessidade de efetuar a vacinação antitetânica como medida profilática. Ao meu ver, é um erro tanto da equipe multiprofissional quanto da equipe responsável pela epidemiologia do local onde o paciente foi atendido.

Os exames laboratoriais de admissão tiveram os seguintes resultados: hemograma sem alterações significativas, leucocitose de 11.580 com presença de bastonetes há 1%, função renal preservada e não havia indicativos de distúrbios eletrólitos. Em exames de imagem, tomografia de crânio evidenciou hematoma em tecido subcutâneo na região frontal direita, ou seja, local da lesão corto-cortusa. Radiografia de crânio e mandíbula sem alterações.

Exames Laboratoriais	26/10	27/10
Hemograma	Sem alterações	Sem alterações
Leucograma	Leucocitose 11.580 com 1% de bastonetes	Leucocitose 17.430 com 2% de bastonetes
Plaquetas	Sem alterações	Sem alterações
Ureia	Sem alterações	51

Creatinina	Sem alterações	Sem alterações
Albumina	x	Sem alterações
EAS	x	Sem alterações
TAP	x	Sem alterações
PCR	x	Sem alterações
CPK	x	2.117

Tabela 1 - Exames laboratoriais paciente J.D.O.

Exames laboratoriais do segundo dia de internamento foram os seguintes: Hemograma ainda sem alterações, leucograma com leucocitose em progressão (17.430) com bastonetes em 2%, plaquetas sem alterações, ureia aumentada (51) e creatinina sem alterações. Eletrólitos, albumina, urina parcial e tempo de protrombina (TAP) sem alterações. PCR aumentado (3,1). A creatinofosfoquinase (CPK) apresenta grande elevação (2.117), cerca de 3 vezes o valor normal, podendo indicar injúria muscular, neurológica e/ou cardíaca.

O paciente deu entrada no serviço às 23:00h do dia 25/10 e durante a madrugada do dia 26/10 evoluiu com piora no padrão respiratório fazendo hipossaturação por quadro de apneia e rebaixamento do nível de consciência. Optou-se pela intubação orotraqueal visando a proteção das vias aéreas do paciente. Durante a intubação, percebeu-se que mesmo com o uso de bloqueador neuromuscular o paciente continua a produzir espasmos musculares.

Embora o quadro seja bastante sugestivo para tétano, fizemos coleta de líquido para descartar meningite. O resultado foi negativo, como esperado. Sendo assim, com o forte fator de risco da história clínica, exame

físico compatível com morbidade e exames laboratoriais indicando foco infeccioso e acometimento muscular, o diagnóstico foi acertado no tétano.

Segundo Lisboa et al. (2011), o tétano acidental, causado pelo *Clostridium tetani*, pode apresentar-se de forma localizada (leve) ou generalizada, de acordo com a distribuição da contratura e espasmos musculares, ou seja, acometimento de poucos grupos musculares ou de toda a musculatura esquelética. No caso, por grande extensão de musculatura atingida por contraturas e espasmos, o paciente J.D.O. apresenta tétano generalizado. O tratamento mais adequado seria a imunização passiva com imunoglobulina anti-tetânica humana (IGATH) ou imunoglobulina equina (soro antitetânico - SAT) o mais brevemente possível e antibioticoterapia com metronidazol ou penicilina. Preferencialmente, a IGATH é mais segura por apresentar menos ocorrências de efeitos adversos imediatos ou tardios em relação a SAT. Em conjunto com a imunoglobulina, deve-se administrar a imunização ativa.

Na tentativa de iniciar o tratamento, outro problema. Não havia disponibilidade de IGATH e SAT em quantidade adequada segundo a Diretriz para manejo de tétano acidental em pacientes adultos (2011), 500-5.000 UI e 20.000-30.000 UI, respectivamente. A infectologia do hospital entrou em contato com a 9ª regional de saúde para viabilizar a aplicação do mesmo recebendo negativa pois não haveria indicação para o tratamento. Sendo assim, por intermédio de contato com hospital de Cascavel, dose de 20.000 UI de SAT foi disponibilizada para aplicação no paciente via intramuscular profunda e deu-se início a administração de penicilina.

Visando diminuição de foco infeccioso local, houve abordagem da Cirurgia Geral realizando debridamento da lesão corto-contusa retirando tecido desvitalizado, efetuando limpeza com degermante e recomendação para ferimento ficar aberto apenas com curativo.

Atualmente, no dia 12/11, paciente mantém-se grave traqueostomizado em leito de UTI, porém estável. Mantém contrações e espasmos musculares mesmo em sedação profunda e neuro bloqueado com

rocurônio. Indicação de desmame de ventilação mecânica e rocurônio conforme tolerância.

Ao revisar o caso, duas questões me vieram à mente. A primeira é a impotência diante de um caso com desfecho grave que poderia ter sido resolvido em uma Unidade de Saúde se bem avaliado no primeiro atendimento. Uma doença prevenível desenvolveu-se em um paciente com pouco conhecimento, portanto, totalmente depende da conduta da equipe de saúde que o atendeu, deixando-o acamado com um prognóstico desfavorável. A segunda é a revolta pelo descaso com qual o paciente foi tratado quando buscou atendimento após a queda. Com a história clínica bastante sugestiva após queda com lesão corto-contusa em ambiente com fezes de animais, passíveis de contaminação, não havia outra conduta possível a não ser a indicação de vacinação. Até mesmo eu, interna de medicina que pouco sabe, entende que foi falha do serviço. Falha esta que vai custar a saúde de um indivíduo e quem sabe, até a sua vida.

4.2. CASO CLÍNICO “Descoberta nada interessante”

Esse caso eu tinha acompanhado durante as visitas na UPA, porém somente quando foi efetivamente transferido para o HMPGL, eu comecei a acompanhar de perto e entender mais os acontecimentos e desfechos.

Identificação: M.A.P., 54 anos, casada, sexo feminino

QP: "Tosse"

HDA: História coletada do prontuário. Paciente trazida via SAMU da UPA Samek, após entrada no dia 25/10 por quadro de tosse, dor generalizada, febre e diarreia há 4 meses. Referiu cerca de 10 episódios de diarreia por dia, alguns com presença de sangue vivo. Relatou tosse produtiva durante os 4

meses, algumas vezes com hemoptise. Relata febre, geralmente no período vespertino, com astenia e anorexia, havendo piora nos últimos dias. Refere ainda emagrecimento severo de 40kg no mesmo período. Esteve na UPA recentemente, recebendo alta com encaminhamento para UBS, porém retornou após piora do caso.

HMP: B24

HV: Ex-tabagista. Em abstinência tabágica há 40 dias.

EXAME FÍSICO

SSVV PA 99/65 mmHg

Sedada, RASS -5, em uso de sedação padrão 30ml/h.

MEG, afebril, acianótica, anictérica, hipocorada +/4+, desidratada +/4+.

AC: Bulhas normofonéticas rítmicas em 2T. Taquicárdica. TEC < 7seg. Hemodinamicamente compensada com noradrenalina 20 ml/h (4 ampolas).

AP: Murmúrios vesiculares diminuídos em todo o hemitórax, com presença de roncos difusos. Em IOT e VM, modo VCV 360, FR 18 irpm, FiO2 80%, PEEP 7, SatO2 98%.

Abdome: Globoso, depressível, RHA+. Massa palpável em epigástrio.

Extremidades: Sem edema. Panturrilhas livres sem sinais de empastamento.

TC abdome 25/10: Ateromatose da aorta abdominal e das ilíacas. Esteatose hepática difusa. Espessamento circunferencial da parede de cólon

sigmóide, de aspecto neoproliferativo primário a esclarecer. Demais estruturas dentro dos padrões da normalidade.

Diagnóstico Sindrômico

Síndrome febril

Síndrome infecciosa

Síndrome dolorosa

A paciente em questão deu entrada primeiramente na UPA Samek pela queixa relatada na anamnese, recebendo durante as primeiras sorologias do internamento o diagnóstico de HIV (vírus da imunodeficiência humana). O HIV afeta o sistema imunológico do organismo provocando a diminuição do número de LT-CD4+ por meio de diversos mecanismos, entre os quais a apoptose de células espectadoras, a morte viral de células infectadas e a morte de LT-CD4+ por meio de linfócitos T citotóxicos CD8+ que reconhecem as células infectadas (PINTO NETO, 2021).

A infecção por HIV pode ser transmitida por fluido corporal, ou seja, pelo sangue, sêmen, leite materno e lubrificação vaginal. A maioria das infecções ocorrem por relações sexuais desprotegidas e compartilhamento de seringas e agulhas contaminadas. Uma menor parcela ocorre por transmissão vertical, ou seja, durante o parto natural e durante a amamentação. A paciente mantinha relação monogâmica na qual, por opção do parceiro, não usavam preservativo. Quando indagada sobre a possibilidade de infecção pelo marido, negou veemente.

Exames Laboratoriais	25/10	26/10	27/10
---------------------------------	--------------	--------------	--------------

Hemograma	Hem 3,31 Hb 7,80 Ht 22,70	Hem 2,31 Hb 6,90 Ht 20,60	Hem 3,65 Hb 8,40 Ht 25,10
Leucograma	2.400	1.060 Bast 5%	4.490
Plaquetograma	36.000	38.000	90.000
Creatinina	0,80	0,90	1,60
Ureia	x	x	104
Sódio	133	146	140
Potássio	3,2	4,8	4,5
PCR	17,7	7,1	21,4
TGO	351	312	x
TGP	33	24	x

Tabela 2 - Exames laboratoriais paciente M.A.P.

Sabendo-se da infecção por HIV recém-descoberta, comorbidades e coinfeções são comuns em indivíduos que possuem o vírus HIV, as chamadas doenças oportunistas, portanto faz-se necessário o início imediato da terapia antirretroviral, que diminui a capacidade de replicação do vírus da AIDS e possibilita o aumento das células CD4+, que promovem a defesa do organismo contra invasores. A paciente em questão já apresentava um quadro clínico sugestivo de tuberculose, além dos exames laboratoriais apresentarem pancitopenia muito importante. Eram muitos problemas para serem tratados antes do alcance da homeostasia.

Diversas são as doenças oportunistas encontradas em indivíduos com HIV, sendo as principais dessas doenças a Tuberculose, a Hepatite C, doenças sexualmente transmissíveis como principalmente a sífilis, HPV e a

herpes genital (RIGHETTO, 2014). A principal suspeita em questão é a tuberculose, doença infecciosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, transmitida por partículas no ar, e em organismos já debilitados, como em pacientes imunossuprimidos, encontram o local perfeito para desenvolver a doença.

Porém, as suspeitas de tuberculose não se confirmaram quando o exame de escarro coletado negativou para a bactéria. Sendo assim, sem a necessidade de começar o tratamento em questão, iniciou-se a antibioticoterapia para tratamento da sepse de foco abdominal.

Pensando em manifestações clínicas da infecção, os sinais e sintomas dependem da fase em que a doença se encontra e dependem, principalmente, do estado do sistema imunológico do paciente, pois os sintomas são, em geral, reflexo da qualidade das defesas do organismo à infecção que em pacientes saudáveis seriam leves ou até inexistentes. A infecção pode ficar latente, ou seja, em espera por muitos anos e sua ativação independe de outros fatores causais.

Ainda na UPA, a paciente evoluiu com insuficiência respiratória sendo necessária proteção de vias aéreas com IOT. Paciente apresenta-se grave, com necessidade de droga vasoativa, além de apresentar piora da função renal e outros parâmetros. Por orientação da infectologia, foram solicitados exames para micoses sistêmicas, citomegalovírus, toxoplasmose, fungos, leishmaniose, tuberculose em medula e prescrito profilaxias com antibióticos como azitromicina e sulfametoxazol + trimetoprima.

Mesmo com o uso de antibioticoterapia, a melhora clínica não era a esperada, portanto tentou-se investigar outros focos de infecção, sem sucesso. Com o passar dos dias, os parâmetros respiratórios, hematológicos, cardiovasculares e neurológicos só pioraram, chegando, então, ao fim. A paciente evoluiu com parada cardiorrespiratória e mesmo após cerca de 20 minutos de manobras de reanimação, não resistiu.

Desse caso levo uma mensagem importantíssima: “Quem vê cara, não vê infecção”. Embora o HIV seja uma doença muito mais conhecida nos tempos atuais, ainda sim, enfrenta um enorme preconceito. É amplamente disseminado que no paciente portador em uso da terapia antirretroviral de forma correta, o vírus torna-se indetectável e não há risco de transmissão, permitindo que o indivíduo tenha uma vida completamente saudável e normal.

Entre a contaminação e o diagnóstico, existe um longo caminho que muitas vezes é ignorado pelos seus vivenciadores. Pequenos sinais e sintomas que aparecem e logo desaparecem sem fazer alardes. Múltiplas infecções que tem resolução espontânea, mas que acabam demonstrando insuficiência das nossas barreiras. O HIV, ao longo da sua instalação, pode dar sinais da sua existência, mas é importante que o hóspede conheça e o investigue esses possíveis sinais como febre, cefaleia, astenia, adenopatia, faringite, exantema e mialgia.

Cabe a nós, futuros profissionais de saúde, trabalharmos com linguagem aberta e acessível, além de uma postura empática e acolhedora para que os nossos pacientes sintam-se confortáveis e prontos para garantir um vínculo médico-paciente estreito e forte. A melhor forma de prevenir o HIV é disseminando conhecimento e sabedoria.

4.3. CASO CLÍNICO “AVC nosso de cada dia”

Durante todos os plantões no Hospital Municipal Padre Germano Lauck, o quadro que mais tenho intimidade, sem sombras de dúvidas, são os Acidentes Vasculares Cerebrais. Seus achados são bem característicos e suas evoluções diferem de um paciente para o outro, tornando cada caso uma incógnita.

Identificação: O.S., 71 anos, sexo masculino, casado

QP: “princípio de derrame”

HDA: Paciente chega com SAMU como vaga 0, proveniente de Missal. História colhida com a família do paciente, que refere que ele apresentou disartria, desvio de rima e hemiparesia a direita aproximadamente às 19h de hoje (atendimento no HMPGL às 04:30h), que evoluiu com rebaixamento do nível de consciência (previamente independente e lúcido) acompanhada de liberação do esfíncter uretral. Negam histórico de AVC ou quadro semelhante. Negam cefaléia, tontura, febre, perda de consciência e outros sintomas.

NIHSS de chegada: 13

HMP: hipertensão, diabetes, hiperplasia prostática benigna. Negam outras comorbidades. Negam alergias.

Medicamentos de uso contínuo: Insulina. Não souberam informar outras medicações, afirmam que uso é regular.

EXAME FÍSICO

REG, disártrico, afebril, anictérico, acianótico, hidratado, hipocorado
+/4+

Neuro: GCS 14 (AO 4, RV 4, RM 6), pupilas isofotorreagentes, força grau II em MSE e MIE e grau V em MSD e MID. Presença de desvio de rima à esquerda. NIHSS 13.

AC: Bulhas normofonéticas rítmicas em 2 tempos. Não ausculto sopros ou extrassístoles. TEC < 4s.

AP: Murmúrios Vesiculares uniformemente audíveis. Não ausculto ruídos adventícios. Eupneica em ar ambiente. Sem sinais de esforço respiratório.

Abdome: Globoso as custas de panículo adiposo, depressível, RHA+. Indolor à palpação. Não palpo massas ou visceromegalias. Sem sinais de peritonite.

Membros: Não edemaciados. Ausência de empastamento de panturrilhas. Sem sinais de TVP.

Diagnóstico Sindrômico

Síndrome motora

Síndrome do rebaixamento do nível de consciência

Exames Laboratoriais	08/12
Hemograma	Hb 15 Ht 45
Leucograma	4.430
Plaquetograma	136.000
Ureia	35
Creatinina	0,80
Sódio	143
Potássio	4.4
Magnésio	1,8
PCR	< 0,5
KPTT	34,6s
TAP	79% INR 1,09

Tabela 3 - Exames laboratoriais O.S.

Os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) são condições que afetam a distribuição de oxigenação efetiva para o tecido cerebral, podendo causar injúrias irreversíveis. São basicamente divididos em dois grandes grupos: os AVCs isquêmicos causados pela interrupção do fluxo sanguíneo por um coágulo, êmbolo ou outra estrutura em determinada artéria e os AVCs hemorrágicas causados por rompimento de artéria, aneurisma ou outra estrutura causando hemorragias. Além dessa classificação, o AVC é classificado em agudo, crônico ou ainda um Acidente Isquêmico Transitório onde as áreas afetadas são restabelecidas em até 24h após o início do evento.

Em geral, a sintomatologia dos AVCs é facilmente reconhecida por terem sinais e sintomas visíveis como perda súbita de força ou formigamento de um lado do corpo, disartria, afasia, perda visual súbita em um ou ambos os olhos, súbita tontura, perda de equilíbrio e/ou coordenação, cefaleia súbita intensa sem motivo aparente, entre outros (BRASIL, 2020).

Nos pacientes com doença cerebrovascular, a triagem tem um papel essencial, pois o reconhecimento precoce de sinais e sintomas sugestivos de AVC pode resultar no tratamento imediato com repercussão no quadro, pois quanto antes for feita a intervenção recomendada para cada caso, melhor é a evolução do paciente acometido.

No intuito de facilitar a identificação de sintomas de AVC, escalas foram criadas, tanto a nível pré-hospitalar quanto hospitalar, com possíveis sinais e sintomas encontrados nesses casos. A escala Cincinnati, por exemplo, avalia assimetria facial, força muscular dos membros superiores e anormalidade da fala.

Sendo assim, o quadro clínico do paciente era fortemente sugestivo para AVC, faltando apenas identificar qual deles. Para tal, faz-se necessário identificação de fatores de risco e exames complementares. Em ambos os AVCs a sintomatologia envolve perda de força motora, parestesia, paresia de membros, presença de desvio de rima, cefaleia, dificuldades de fala como disartria, afasia. Porém, a diferenciação entre os dois ocorre principalmente

pelos achados na tomografia de crânio. No AVC isquêmico, há, em geral, áreas cerebrais de hipodensidade de formação aguda circundadas de área de penumbra. Em AVC hemorrágico, há presença de hemorragia, ou seja, sangramento em áreas cerebrais. Essa diferença ocorre principalmente pela causa base sendo o do isquêmico por fator obstrutivo e o hemorrágico por ruptura arterial.

No caso desse paciente, a tomografia de crânio realizada logo após a admissão do paciente identificou presença de hemorragia intraparenquimatosa observada no tálamo esquerdo medindo 26mm com demais estruturas dentro dos parâmetros da normalidade, sendo assim, o diagnóstico é de AVC hemorrágico. Sua conduta envolve o controle da hemorragia e da pressão intracraniana (PIC), porém antes mesmo dessas medidas, é instaurado o CÓDIGO AVC.

O CÓDIGO AVC envolve a comunicação simultânea e integrada de diversos profissionais e setores hospitalares envolvidos no atendimento inicial de pacientes com suspeita de AVC agudo, incluindo equipes médicas responsáveis pelo primeiro atendimento nas diversas áreas da instituição, enfermagem, neurologia, radiologia, neurorradiologia intervencionista, neurocirurgia, farmácia, unidade neurointensiva e unidade crítica geral ou neurológica (BRASIL, 2018).

A primeira questão é sobre a inexistência de uma equipe intervencionista preparada para atendimento de AVCs isquêmicos e hemorrágicos no HMPGL. Atualmente, pacientes com diagnóstico suspeito e confirmado são submetidos a condutas de controle e prevenção de danos. Faz-se necessário a organização e implantação de uma equipe multidisciplinar para a atuação no CÓDIGO AVC.

No caso do AVC hemorrágico, a conduta a ser tomada, como já dito anteriormente, são medidas de controle gerais, controle pressórico para PAS (Pressão Arterial Sistólica) fique entre 140-180 mmHg, controle da pressão intracraniana e controle hemostático. Também há risco de ocorrência de

convulsões em razão do sangramento, fazendo necessidade de administração de fenitoína, se necessário.

Deve-se considerar avaliação neurocirúrgica para discussão sobre possível abordagem cirúrgica, especialmente nos casos de hemorragia cerebelar, hidrocefalia e sangramentos lobares superficiais ou com efeito de massa importante. Deve-se considerar rápida evacuação cirúrgica nos pacientes com HIP (hemorragia intraparenquimatosa) cerebelar e deterioração neurológica, presença de sinais de compressão de tronco cerebral, ou hidrocefalia sintomática não comunicante. Na maioria dos casos de HIP supratentorial não há recomendação para a evacuação cirúrgica, podendo ser considerada em pacientes jovens, com Glasgow Coma Score entre 9 e 12, e em hematomas lobares volumosos até 1 cm da superfície do córtex cerebral (BRASIL, 2018).

Após medidas terapêuticas de controle, o paciente em questão evoluiu com melhora do quadro, sendo possivelmente a programação de alta. A segunda tomografia de crânio, realizada no dia 10/12, evidenciou diminuição de área de sangramento de 26mm para 18mm.

Portanto, nessa mesma data, tive a honra e a felicidade de ser a médica responsável pela alta hospitalar. Pude ver a genuína felicidade da família perante a melhora do seu ente querido e ter feito parte dessa vitória foi recompensador e revigorante. Acredito que quando todos os calouros entram na faculdade de medicina, ficam pensando no quanto seu trabalho será benéfico para seus pacientes e quanto poder de mudança estará em suas mãos. Porém, na prática, é diferente. São os pacientes que nos dão forças para continuar dia após dia, tentando fazer o nosso trabalho o melhor possível.

4.4. CASO CLÍNICO “Será fogo selvagem?”

Esse caso foi bastante interessante. Tanto pela comorbidade quanto pelo paciente. Apesar de não ser um caso de emergência, achei válido colocá-lo no relatório pois talvez seja um caso que não verei novamente.

Identificação: F.M., 22 anos, casado, sexo masculino

QP: "Lesões no rosto"

HDA: Paciente com histórico de pênfigo há dois anos em uso de medicação, porém relata que há uma semana apresentou piora das lesões em região da face e tórax anterior, apresentando aumento da extensão das mesmas, prurido, dor, nuchalgia e edema em região periorbitária bilateral. Nega febre e outros sintomas associados. Nega secretividade das lesões. Internamento em janeiro desde ano pelo mesmo motivo. Relata também interrupção do tratamento por cerca de 4-5 meses, retornando a medicação há cerca de um mês.

HMP: Pênfigo vulgar. Nega comorbidades. Nega alergias medicamentosas conhecidas.

MUC: Prednisolona 3mg (1-0-1), Azatioprina (não sabe informar posologia), pantoprazol 40mg/dia, Font D

EXAME FÍSICO

REG, LOTE, afebril, acianótico, anictérico, eupneico, hidratado, normocorado. Pupilas isocóricas fotorreativas.

Lesões eritematosas descamativas farináceas em toda região da face.

ACV: Bulhas normofonéticas rítmicas em 2T. Não ausculto sopros ou extrassístoles. TEC < 3s. Lesões eritematosas descamativas em tórax anterior.

AP: Murmúrios vesiculares uniformemente audíveis. Não ausculto ruídos adventícios. Sem sinais de esforço respiratório.

Abdome: Globoso, flácido, RHA. Indolor à palpação. Não palpo massas ou visceromegalias. Sem sinais de irritação peritoneal.

Extremidades: Quentes e bem perfundidas. Sem edemas. Pulsos periféricos palpáveis bilateralmente com boa perfusão.

Diagnóstico Sindrômico

Síndrome autoimune

Síndrome dolorosa

Esse paciente já apresentava diagnóstico de pênfigo vulgar feito há anos no HMPGL. O pênfigo vulgar é uma enfermidade mucocutânea de origem autoimune que é caracterizada pelo aparecimento de bolhas frágeis que, ao se romperem, expõem ulcerações. É o mais comum dos tipos de pênfigos, correspondendo a aproximadamente 70% dos casos (SILVA et al., 2018)

Frequentemente, o seu reconhecimento é somente após o aparecimento das lesões cutâneas vesículo-bolhosas, o que retarda seu diagnóstico e tratamento. As bolhas podem ocorrer nas diferentes camadas da epiderme. Tem um prognóstico grave, devido à possibilidade de seguir um curso clínico preocupante quando não diagnosticada e tratada inicialmente (BERNABÉ et al., 2005). E embora possam existir áreas saudáveis de tecido, toda a epiderme está vulnerável a novas lesões.

No caso desse paciente, as lesões estavam limitadas a região de face com característica descamativa e em região de tórax com aspecto bolhoso. Segundo o mesmo, apresenta-se com dor e prurido intenso.

O controle das lesões de pênfigo depende da correta administração de corticoides e imunossupressores que fazem com que a doença entre em estado de “latência”, ou seja, que ela fique um tempo inativa. Em geral, as reativações ocorrem por dois motivos: resistência à medicação e falha na administração do tratamento. Esse paciente já tem histórico de interrupção de tratamento e durante anamnese relatou uso inadequado das medicações.

Desta forma, fez-se necessário o início da pulsoterapia, ou seja, administração de grande quantidade de corticoide em curto espaço de tempo visando controle da exacerbação da doença. Após essa conduta, a doença deve ser acompanhada ambulatorialmente com controle da quantidade de corticoide administrada com a intenção de usar a menor posologia possível para evitar novas crises.

Em especial para esse paciente o acompanhamento ambulatorial deve ser intenso, pois há histórico de abandono de tratamento e o pênfigo se não tratado adequadamente pode evoluir com mau prognóstico.

Esse caso achei bastante interessante pois só tinha visto essa doença em livros, inclusive quando fiz a admissão desse caso não associei os sintomas a essa doença, precisei discutir com o preceptor. Como já dito anteriormente, apesar de não ser um caso de urgência, não deixa de ser um caso interessante para estudar e ampliar ainda mais o meu conhecimento.

5. PLANTÕES NAS UPAs JOÃO SAMEK E WALTER CAVALCANTE

As UPAs do município de Foz do Iguaçu são locais de grande possibilidade de aprendizado. Nesses serviços o paciente, geralmente, adentra sem diagnóstico formado, possibilitando o exercício da habilidade de raciocínio clínico dos internos presentes no atendimento. Além da possibilidade de aperfeiçoamento de habilidades de ordem mental também nos é ofertado a prática de procedimentos básicos como suturas que são tão comuns em ambientes de atenção especializada como o hospital.

Outro característica bastante marcante desses serviços é a resolução mais rápida dos quadros que chegam a nós, nem sempre necessitando de internações. Aprendemos a manejar casos com condutas estabilizadoras e casos com condutas curativas que possibilitam a alta quase que imediata dos pacientes.

5.1. CASO CLÍNICO “Uma queixa e dez mil problemas”

Esse é um caso bastante interessante, pois a paciente veio ao serviço com uma queixa única específica e, ao desenrolar dos fatos, essa queixa transformou-se em inúmeras comorbidades e achados.

Identificação: F.B., 56 anos, sexo feminino, casada

QP: “perda de força”

HDA: Há 3 dias realizou uma sessão de quimioterapia, iniciando no dia seguinte com dor abdominal em hipogástrico que migrou para os flancos, tomou Buscopam e não houve melhora da dor. Evoluiu com diarreia de coloração escura e odor fétido e persistência da dor. Nega a presença de

sangue ou pus. Na madrugada de hoje (07/10), houve episódio de queda ao se dirigir ao banheiro, paciente relata ter “perdido as forças” dos membros inferiores, com recuperação espontânea em seguida. Nega perda de consciência, tontura ou vertigem. Posteriormente, a paciente passou por um quadro de incontinência fecal enquanto aguardava para ir ao banheiro, e após esse episódio procurou atendimento neste serviço. Nega febre.

HMP: Lúpus eritematoso disseminado, Diabetes Mellitus, Hipotireoidismo, Osteoporose, Hipertensão Arterial Sistêmica, Fibromialgia, Insuficiência Venosa Crônica (úlceras). Em uso de Azatioprina 50mg (3-0-0), Carvedilol 25mg 12/12h, Losartana 50mg/dia, Insulina NPH e regular (40-0-30), AAS 100mg/dia, Metformina 850mg/dia, Imipramina 25mg 3 comprimidos/noite, Puran T4 75mcg/dia, Gabapentina 300mg (1-0-2), Codeína 30mg (1-0-1). Nega alergias medicamentosas. Transfusão sanguínea no último mês por conta de anemia recorrente.

HV: Nega tabagismo. Nega etilismo.

Exame Físico

SSVV: FC: 100 bpm FR: 18 irpm PA: 80/50 mmHg Tx: 36,3°C SatO₂: 98% em AA.

REG, LOTE, desidratada ++/4+, ativo e reativo, hipocorada +/4+, anictérico, acianótico, afebril.

AC: Bulhas normofonéticas rítmicas em 2T. Não ausculto sopros ou extrassístoles. TEC < 3s.

AR: Murmúrios vesiculares uniformemente audíveis. Não ausculto ruídos adventícios. Sem sinais de esforço respiratório.

ABD: Plano, flácido, RHA +. Timpânico à percussão. Doloroso à palpação difusamente. Não palpo visceromegalias ou massas. Blumberg negativo. Giordano negativo.

Neurológico: Glasgow 15. Exame dos pares cranianos sem alterações. Pupilas isofotorreagentes. Força preservada em MMSS e MMII e reflexos musculares preservados.

Membros: Pulsos finos e simétricos. Panturrilhas livres. Edema ++/4+. Presença de varizes. Úlcera venosa bilateral com bom aspecto.

Diagnósticos sindrômicos

Síndrome dolorosa

Síndrome infecciosa

Como bem ensinado por todos os professores durante o curso, é mandatório pensar primeiro em causas mais simples e prováveis do que em causas raras. Sendo assim, paciente com uma história clínica de diarreia em grande volume e dor abdominal, o primeiro diagnóstico sindrômico possível, dado a hipotensão da paciente, é choque hipovolêmico. Em diagnósticos diferenciais ou secundários, pensaria em abdome agudo infeccioso, desidratação, anemia pelo histórico da paciente e exacerbação de doenças de base, como última causa provável.

A paciente é portadora de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) que é uma doença crônica autoimune que agride várias estruturas corporais. Seu tratamento resume-se em aumento de qualidade de vida por meio de corticosteroides que diminuem a inflamação do organismo e imunossupressores visando a diminuição da resposta imune. Sendo assim, diminuindo a resposta imune do organismo todo, a paciente fica vulnerável a doenças oportunistas como faringites, cistites e gastroenterocolite aguda (GECA). Até mesmo as várias comorbidades associadas ao quadro e a polifarmácia podem ser causadoras da desregulação da flora intestinal causando diarreia aguda.

Em pacientes com quadro majoritariamente gastrointestinal, como o da paciente em questão, após resolução do choque oferecendo hidratação massiva, os sintomas guias são a diarreia, o vômito e as náuseas. A F.B. apresentou fezes pastosas/líquidas por três dias seguidos com aumento do número de evacuações associado a dor abdominal. Segundo literatura, a diarreia aguda é descrita como aumento da passagem das fezes amolecidas com aumento da frequência de evacuações em um período menor de 14 dias (MORAES & CASTRO, 2014). Entre os causadores de diarreia aguda, existem quatro categorias passíveis de investigação: bacterianas, virais, parasitárias e não infecciosas.

Epidemiologicamente falando, quadros de origem viral são cerca de 90% dos causadores de diarreia, porém quadro mais graves em adultos são, em geral, causados por agentes bacterianos (MORAES & CASTRO, 2014). Dentre os fatores de risco populacionais específicos, adultos jovens, portadores de doenças inflamatórias intestinais, indivíduos em uso de inibidores da bomba de prótons e/ou antiácidos, diabetes e pessoas imunocomprometidas, como caso da paciente, representam grupos de maior risco.

A conduta do caso, antes mesmo dos exames laboratoriais de apoio, é a estabilização do paciente. Nesse caso, é feita a expansão volêmica visando resgatar o paciente do choque. Assim que esse passo é realizado, começamos a investigar possíveis diagnósticos como já citado acima. Faz-se então a prescrição de hidratação com dois acessos periféricos calibrosos, sintomáticos e indicação dieta oral conforme tolerância, além de solicitação de exames de admissão como hemograma, PCR, lactato, eletrólitos, entre outros.

Exames Laboratoriais	07/10
Hemograma	Sem alterações
Leucograma	Leucocitose 16.450
TGO	11

TGP	13
Sódio	133
Ureia	68
Creatinina	1,40
PCR	35,8

Tabela 4 - Exames laboratoriais paciente F.M.

Nessa altura da investigação, deparei-me com uma questão importante: Iniciar ou não o antibiótico? Paciente tem indicação de antibioticoterapia empírica ou escalonada? Primeiramente, é necessário entender o quadro principal da paciente que apresenta sinais de alarme como hipotensão, imunossupressão causada pelas medicações do LES, presença de comorbidades, internação recente e uso de antibiótico recente. Qualquer um desses sinais acima, já é indicativo de iniciar antibioticoterapia segundo o Protocolo Assistencial Pronto do Hospital Hcor (2020).

Outra questão importante a se pensar é que em um quadro de hipotensão, alterações de sinais vitais e infecção ativa, pode-se fechar critério diagnóstico de sepse, no caso em estudo, de foco abdominal. Segundo o *Guidelines da Surviving Sepsis Campaign 2021 (2021)*, o diagnóstico de sepse ou choque séptico pode ser difícil em muitos casos. Os sinais e sintomas são muitas vezes inespecíficos e semelhantes aos de outras condições que podem potencialmente ser tão graves quanto um quadro infeccioso. Indicadores de má perfusão periférica como aumento do tempo de enchimento capilar (TEC) e indicadores de desbalanço entre o consumo e oferta de oxigênio como o lactato estão, em geral, alterados em pacientes com sepse, mas não é mandatório, depende da avaliação da equipe médica.

Como esperado pelo quadro, a paciente recebeu grande quantidade de volume visando ressuscitação volêmica, melhorando os parâmetros da

pressão arterial e permitindo estabilização da paciente. Seguindo o raciocínio, buscou-se por motivos para ocorrência da hipotensão que sejam compatíveis com o quadro em questão. Pensando fisiologicamente, a diminuição da pressão arterial (PA) é causada diretamente pelo baixo débito cardíaco que, por sua vez, pode ser causado por baixo volume hídrico, dilatação excessiva dos vasos, aumento da frequência cardíaca e também por consequência de medicamentos como diuréticos e antidepressivos.

A paciente faz uso de inúmeros medicamentos, entre eles antidepressivo e imunossupressor que pode afetar a resposta imune do organismo frente a um agente agressor, como uma bactéria. Dentro do contexto da resposta imune do organismo, ocorrem fenômenos inflamatórios, que incluem ativação de citocinas, produção de óxido nítrico, formação de radicais livres de oxigênio e expressão de moléculas de adesão no endotélio. Há também alterações importantes dos processos de coagulação e fibrinólise. Essas ações ocorrem com o intuito fisiológico de combater a agressão infecciosa e restringir o agente ao local onde ele se encontra. Ao mesmo tempo, o organismo faz a contra regulação dessa resposta com desencadeamento de resposta anti-inflamatória. O equilíbrio entre essas duas respostas é fundamental para que o paciente se recupere. Existindo o desequilíbrio entre essas duas forças, há a geração de fenômenos que culminam em disfunções orgânicas como as alterações celulares e circulatórias, causando vasodilatação endotelial e aumento da permeabilidade dos vasos contribuindo para a ocorrência da hipotensão, segundo o Instituto Latino-Americano para estudos da Sepsis (2015). Portanto, a alternativa mais provável de hipotensão da paciente é a causada por infecção ativa.

Por indicação de antibioticoterapia, antibióticos como Ceftriaxona e Metronidazol foram prescritos para o foco infeccioso existente evidenciado por laboratório infeccioso.

Exames Laboratoriais	08/10	10/10
Hemograma	Hem 2,82 Hb 9,60 Ht 29,40	Hb 9,7 Hb 29,6 VCM 103 RDW 16,9
Leucograma	8. 430 com 1% de mielócitos e 15% de bastonetes	4.520 com 2% de bastonetes
Plaquetograma	292.000	345.000
Ureia	61	39
Creatinina	1,40	0,7
Sódio	133	140
Potássio	3,6	4,3
Bilirrubinas Totais e Frações	Total 0,10 Direta 0,09 Indireta 0,01	Direta 0,4 Indireta 0,1
PCR	39,1	24,0
KPTT	36,5	X
TAP	11,10s INR 1,05	X
Lactato	24,10	X
Gasometria	pH 7,34 pCO2 35,20 pO2 81,40 HCO3 18,60	X

Tabela 5- Exames laboratoriais paciente F.M.

Após hidratação agressiva e estabilização hemodinâmica, a paciente foi transferida para o isolamento. Apresentava-se ainda com episódios

frequentes de diarreia sem presença de sangue e pus, porém, com pouca aceitação da dieta via oral. Não relatava queixas álgicas.

Após sete dias de internamento, a paciente recebeu alta com prescrição de antibiótico ambulatorial, visando completar esquema antimicrobiano, após resolução do quadro de diarreia aguda e controle do laboratório infeccioso.

A principal questão que me intrigou nesse caso não foi a queixa principal e sim as inúmeras comorbidades e a polifarmácia que dificilmente pode ser reduzida, mas deve ser conhecida e administrada para que haja os menores efeitos colaterais e interações medicamentosas possíveis. O LES pode causar manifestações sistêmicas como lesões cutâneas, manifestações psiquiátricas, trombocitopenia e anemia hemolítica autoimune, injúrias renais, além dos riscos aumentados de infecções e acometimentos cardiovasculares (FANOURIKIS et al., 2019). É uma situação delicada que deve ser administrada no âmbito ambulatorial por uma equipe multidisciplinar evitando que eventos agudos ocorram com pacientes portadores de LES e os levem a situações potencialmente graves, como o quadro do atendimento em gestão.

5.2. CASO CLÍNICO “Mais profundo do que parece”

Esse caso me trouxe a realidade de muitos brasileiros que veem no Paraguai e na Argentina a esperança de cursarem o tão sonhado curso de medicina e conquistarem o diploma de médico às custas de sacrifício de sonhos, planos, família e, principalmente, de saúde mental.

Pude me ver como em um espelho em muitas falas desse paciente por se sentir insuficiente, incapaz e não merecedor de tantas coisas boas que ocorrem na vida.

Identificação: R.R.G., 38 anos, sexo masculino, casado, cristão, natural e procedente do Rio de Janeiro - RJ.

QP: “crise convulsiva”

HDA: Paciente refere que faz tratamento para epilepsia desde 2016, pois iniciou quadro após acidente automobilístico com TCE grave. Há cerca de 7 dias está sem uso de medicações contínuas, pois não conseguiu renovar na APS. Há 3 dias refere que vem apresentando crises tônicas constantes, várias vezes ao dia. Hoje a esposa acionou o SAMU, pois, segundo paciente, estava insustentável a situação. Chegou à UPA deambulando, porém apresentou nova crise nesse momento sendo encaminhado a sala de emergência em crise franca, porém sem perda da consciência ou controle de esfíncteres. Além disso, refere que há 2 dias vem apresentando náuseas e diarreia sem sinais inflamatórios, antes pastosa, agora aquosa, de grande quantidade, porém sem presença de febre. No momento, consegue se comunicar com certa dificuldade, referindo dor torácica.

HMP: Epilepsia pós TCE grave há 5 anos. Em uso de carbamazepina 200mg (2-2-2). Depressão, síndrome do pânico e ansiedade, em uso de fluoxetina, venlafaxina e rivotril. Uso de diazepam nas crises, com várias tentativas prévias de suicídio. Relata Transtorno Depressivo e Transtorno de Ansiedade. Alergia à dipirona.

EXAME FÍSICO

SSVV TAX 36,1° PA 169/113 SatO2 97% FC 106 FR 14

MEG, desorientado e confuso, vigil, afebril, anictérico, acianótico, hidratado, corado, eupneico em ar ambiente.

AP: Murmúrios vesiculares uniformemente audíveis. Não ausculto ruídos adventícios. Sem sinais de esforço respiratório.

AC: Bulhas cardíacas normofonéticas rítmicas em 2 tempos. Não ausculto sopros ou extrassístoles. TEC < 3s.

ABD: Globoso às custas de pânículo adiposo, RHA +. Indolor à palpação. Não palpo massas ou visceromegalias.

Neuro: Glasgow 13 (AO3 RV 4 RM6). Presença de movimentos tônico-clônicos generalizados. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Sem sinais meníngeos.

Membros: Sem edemas com panturrilhas livres sem empastamento. Extremidades quentes e bem perfundidas.

Diagnósticos Sindrômicos

Síndrome convulsiva

Síndrome ansiosa

Síndrome depressiva

Paciente deu entrada na emergência trazido da recepção após episódio convulsivo do tipo generalizado tônico-clônico, porém quando atendido já apresentava-se em estado pós-ictal confuso e desorientado, não sendo necessário o início do protocolo de crise convulsiva imediato naquele momento.

Paciente conhecidamente epilético sem uso de medicações corretamente é praticamente uma bomba-relógio. Em algum momento ocorreria um episódio de convulsão, era questão de “quando” e não “se”. Segundo o prontuário, o paciente deu entrada no dia anterior com a mesma queixa de episódio convulsivo, foi observado na sala amarela, porém em razão da não ocorrência da convulsão, foi liberado com orientação a procurar UBS da sua área para solicitar medicações de uso contínuo.

O protocolo de crise convulsiva (GUARAGNA et al., 2016) indica o início de medicações para cessação da crise que não são autodelimitadas, ou

seja, que não tem resolução espontânea. O início de medicações se dá apenas quando a crise ultrapassa 5 minutos de duração sem resolução espontânea. O medicamento de primeira linha é o benzodiazepínico, sendo o de primeira escolha é o lorazepam endovenoso por ser um benzodiazepínico (BZD) de ação curta e não apresentar metabólitos ativos, porém no Brasil, apresenta-se apenas em comprimidos, não sendo efetivos em emergência. Sendo assim, o outro BZD de uso durante crises é o diazepam apresentando, por sua vez, um perfil metabólito de ação longa e com a presença de metabólitos ativos que são mais potentes que a droga original (MOREIRA, BORJA, 2018). O diazepam pode ainda ser administrado em via retal se indisponibilidade de acesso venoso. Na indisponibilidade desses dois anteriores, o midazolam, que apresenta ação ultracurta, pode ser usado via intramuscular, nasal ou oral.

Caso a crise não cesse com a primeira escolha após 5 minutos da administração do BZD, pode-se repetir a dose. Se ainda assim houver persistência, há uma segunda linha de tratamento que é composta por anticonvulsivos como fenitoína ou fosfenitoína via endovenosa. Essa linha de tratamento deve ser administrada com extremo cuidado pois atua na inibição da função dos canais de sódio e cálcio via potencialização da ação do GABA e podem, secundários a sua função, causar arritmias e hipotensão.

Segundo diversas literaturas, após 15 minutos de duração, a crise passa a ser caracterizada como estado de mal epiléptico, tendo um mau prognóstico pois há refratariedade aos tratamentos comprovados cientificamente. Deve-se solucionar a crise o mais rapidamente possível pois há grande gasto energético quanto de oxigênio quanto de glicose podendo causar danos irreversíveis ao paciente.

Após o controle da crise, deve-se identificar a causa base para que ela tenha acontecido. No caso de pacientes com diagnóstico prévio de epilepsia, o principal motivo de crise é a administração incorreta do medicamento. Porém também há casos em que a crise convulsiva é um sinal resultante da causa base como em quadros neurológicos, quadro metabólicos, tentativas de suicídio, entre outras (MARTINS et al., 2020)

O tratamento me leva a primeira dúvida nesse caso. Os protocolos são amplamente disseminados dentro da comunidade médica e podem ser usados como guias ou apenas para orientações, embora não oficiais. Nesse atendimento em especial e em outros casos de crises convulsivas que já não estavam em atividade, ou seja, o paciente não estava em franca convulsão, em várias oportunidades, houve prescrição para administração imediata de BDZ sem episódio de convulsão. Embora os protocolos reforcem a importância da administração para cessação de crise, pouco se fala de quais medicações podem ser usadas no pós-ictal.

Além do episódio de crise convulsiva, o paciente apresentava o quadro de ideação suicida, tendo diagnóstico prévio de transtorno depressivo maior e transtorno de ansiedade generalizada. Fazia uso de antidepressivos, porém pelo mesmo motivo exposto antes, estava sem as medicações, colocando em risco o tratamento. Porém o que mais me chamou atenção nesse caso foi a questão psicossocial.

Esse paciente veio para o município com o mesmo sonho de muitos outros brasileiros, cursar medicina no Paraguai. Muitos desses estudantes enfrentam questões como a mudança de cidade, choque cultural, distância dos familiares, rotina universitária cansativa e rotina de trabalho. Eu, como estudante de medicina longe de casa, entendo em partes todos esses sentimentos, porém eles têm um agravante. Estão em solo estrangeiro.

Nesse caso em específico, o paciente mudou-se para Foz do Iguaçu contra a vontade de familiares e da esposa, pois havia sofrido TCE grave, sendo necessário muitos dias de UTI, há pouco tempo. Após inúmeros contratemplos na faculdade, o paciente começou a apresentar humor deprimido e episódios de ansiedade, evoluindo com sensação de não valia, peso para os familiares e amigos, anedonia e ideação suicida.

Embora a queixa principal seja a crise convulsiva, quadro este com necessidade de atendimento imediato, após a resolução, deve-se encaminhar o paciente para acompanhamento adequado pela UBS pois é imprescindível

que haja controle da epilepsia e diminuição dos fatores facilitadores de desenvolvimento de crises.

Esse paciente me faz refletir sobre a importância de um atendimento cuidadoso por todos os níveis de atenção na saúde, seja na Unidade de Saúde com a equipe do “postinho” no cotidiano, seja pela equipe na UPA durante o atendimento na sala vermelha. O atendimento integral e continuado do paciente é importantíssimo para que ele continue o tratamento de forma adequada, recebendo os medicamentos necessários e fazendo o uso diário, assim como possa receber encaminhamento para especialistas de questões que possam surgir.

5.3. CASO CLÍNICO “Um daqueles que chegam com tudo um pouco”

Esse caso é mais um daqueles com queixas inespecíficas e gerais que acabam evoluindo para quadro mais sérios, sendo importante o raciocínio clínico do médico atendente.

Identificação: E.B.D.S, 52 anos, casado

QP: “fraqueza há 3 dias”

HDA: Paciente vem por busca espontânea acompanhado pelo irmão (Nilson), devido a inapetência e hiporexia há 3 dias acompanhada de calafrios, náusea, vômitos e diarreia há 2 dias. Nega febre. Nega hematoquezia ou melena. Refere ainda dor abdominal em epigástrio e hipocôndrio direito, dor no corpo, dor em região mandibular e disúria. No momento do acolhimento identificado hipotensão, taquicardia, sonolência e mau estado geral.

HMP: Nega comorbidades. Nega alergias. Refere trauma devido à queda do telhado há alguns anos (não sabe quantos) com fratura de fêmur e

de mandíbula com necessidade de intervenção cirúrgica (inserção de placa e pino metálico). Cirurgia de fêmur há 1 ano.

HV: Etilista pesado de longa data segundo irmão, tabagista.

EXAME FÍSICO

SSVV: PA 80/50, FR 30, FC 120bpm

MEG, hipocorado, desidratado, anictérico, acianótico, gemente

AC: Bulhas normofonéticas rítmicas em 2T. Não ausculto sopros ou extrassístoles. TEC < 3S

AP: Murmúrios vesiculares uniformemente audíveis. Não ausculto ruídos adventícios. Taquipneico.

ABD: Plano, depressível, levemente tenso, RHA diminuído, doloroso à palpação em todos os quadrantes, sem sinais de peritonismo.

Extremidades: frias e mal perfundidas, sem edemas.

Diagnóstico Sindrômico

Síndrome dolorosa

Síndrome infecciosa

Paciente deu entrada na UPA Samek com o quadro de início agudo com inapetência, diminuição de apetite, episódios de diarreia, náuseas e vômitos. Apresentava ainda dor abdominal e disúria, estabelecendo dois possíveis focos de infecção. Porém, o principal problema no momento era o

estado geral, que estava bastante debilitado, apresentando hipotensão, sendo necessário o início de noradrenalina para estabilização.

Exames Laboratoriais	15/10	17/10
Gasometria	pH 7,36 pCO2 13,50 pO2 117,30 HCO3 7,50 Lac 180,30	x
Hemograma	Hem 2,58 Hb 10,50 Ht 31,00%	Hem 1,86 Hb 7,50 Ht 21,70%
Leucograma	6.150 Bast 18%	1.580 Bast 2%
Plaquetograma	123.000	31.000
Ureia	31	27
Creatinina	1,60	x
Sódio	136	147
Potássio	2,8	2,4
Bilirrubinas Total e Frações	Total 6,00 Direta 4,70 Indireta 1,30	Total 2,50 Direta 2,10 Indireta 0,40
PCR	9,0	23,4
TGO	205	132
TGP	47	36
GAMA GT	723	1.204

Tabela 6 - Exames laboratoriais paciente E.B.D.S.

Em exames laboratoriais, apresentava pancitopenia, ou seja, diminuição generalizada das células do sangue. Assim como, apresenta distúrbio eletrolítico por queda excessiva do potássio, chamada de hipocalemia, e alteração da enzima gama glutamil transferase (Gama GT) que indica lesão ativa no fígado, estando o seu aumento ligando proporcionalmente ao tamanho da lesão.

Além do paciente apresentar achados indicativos de foco infeccioso abdominal, ele também apresenta sinais de possível sepse por já estar apresentando taquicardia, hipotensão e diminuição da perfusão tecidual. Sendo assim, como em casos citados anteriormente, faz-se necessário ressuscitação volêmica intensa e tratamento desse foco infeccioso com antibioticoterapia, o que foi feito pela equipe médica.

Em relação à hipocalemia, provavelmente causada pelos episódios de diarreia e vômito, o tratamento deve ser correção dos níveis séricos o mais precocemente possível. Segundo o Medicina de Emergência (2020), a hipocalemia é dividida entre leve se os valores séricos estiverem entre 3,5 e 3,1, moderada se entre 3,0 e 2,5 e grave se estiverem abaixo de 2,5 mEq/L. No caso desse paciente, a hipocalemia era moderada no primeiro laboratorial, sendo a sua correção efetuada a prescrição de Cloreto de Potássio 19,1% 10ML/ampola, via endovenosa por conta da perda excessiva, sendo utilizadas duas ampolas. Embora feito o início dessa correção, dois dias após, o paciente continuou com perdas, alcançando um patamar de hipocalemia grave com 2,4 mEq/L.

A correção do potássio é crucial para evitar desfechos desfavoráveis como arritmias, fraqueza muscular, ou ainda, em casos mais graves, câibras, rabdomiólise e mioglobinúria.

Após correção do potássio, estabilização do quadro de sepse e controle infeccioso, o paciente evoluiu com melhora clínica e posterior alta.

Nesse caso, devemos observar a infinidade de sintomas e sinais inespecíficos que podem ocorrer como queixa principal e saber destrinchá-los

de forma a gerar raciocínio clínico adequado. Porém para executar um bom raciocínio clínico e diagnóstico, deve-se conhecer a apresentação de várias doenças mais “comuns” e esperadas nas unidades de pronto atendimento. Novamente, o atendimento faz-se com conhecimento. Um médico que não conhece o *hall* de doenças, provavelmente não sabe raciocinar e diagnosticar, portanto, comete erros e torna-se um médico medíocre.

5.4. CASO CLÍNICO “Dor que transborda”

Esse foi um dos casos que mais me interessei pois envolve empatia da equipe que atendente e, principalmente, envolve *feeling*. Poucas vezes me senti tão ligada a um paciente como nesse caso. Vi nessa adolescente a Karen garota, dona da razão que achava saber mais que todo mundo. Mero engano. A Karen agora, ainda em construção, vê nessa adolescente o que poderia ter feito se não tivesse ajuda e apoio.

Esse caso fala sobre muitos adolescentes e jovens que guardam dentro de si sentimentos tão fortes e tão sombrios que o vazio e não existir começa a parecer sedutor. Embora tenham muitas palavras e pensamentos dentro de si, produzir uma palavra faz-se impossível. Muitos romantizam o sofrimento, mas a verdade é que não nascemos pra isso.

Nascemos para rir e desfrutar cada momento, até que enfim, esse momento chegue ao fim.

Identificação: L.B.R.V., 15 anos, sexo feminino, estudante

QP: “cortes no braço”

HDA: Paciente deu entrada nesse serviço trazida pelo SAMU por queixa de ideação suicida e automutilação. Episódio de automutilação ocorreu após discussão com os pais. A mesma relata que os cortes são feitos com o intuito de liberar raiva e melhorar o humor. Relata que desde os 13 anos sente

peso, vazio e que não sente vontade de viver e pratica automutilação desde então por influência das amigas. Relata também mudanças rápidas de humor, passando de tranquila para agressiva tentando machucar a si mesma. Já planejou formas de suicídio e por vezes tentou concretiza-los, não tendo sucesso. Nega alucinações. Relata não ter amigos por achá-los falsos. Namorado deu "um tempo" com a mesma no dia de hoje. Relata conflito frequente com os pais por ser rebelde, por conta do namoro e por não aceitar a opinião deles. Não fala com os irmãos mais velhos. Relata ter dado início à psicoterapia há uma semana.

HMP: Nega uso de medicamentos contínuos. Nega comorbidades. Nega alergias medicamentosas conhecidas.

Estilo de vida: Nega etilismo. Nega tabagismo. Nega uso de drogas ilícitas.

EXAME FÍSICO

REG, LOTE, afebril, acianótica, anictérica, hidratada, normocorada. Pupilas isofotorreagentes.

AC: Bulhas normofonéticas rítmicas em 2T. Não ausculto sopros ou extrassístoles. TEC > 3s.

AP: Murmúrios vesiculares uniformemente audíveis. Não ausculto ruídos adventícios. Sem sinais de esforço respiratório.

Abdome: Plano, depressível, RHA+. Indolor à palpação. Não palpo massas ou visceromegalias.

Membros: Quentes e bem perfundidos. Pulsos pediosos palpáveis e simétricos. Múltiplos cortes em antebraço esquerdo feitos por lâmina.

Diagnóstico Sindrômico

Síndrome depressiva

Síndrome ansiosa

Síndrome bipolar

Os transtornos psiquiátricos têm sido cada vez mais diagnosticados em faixas etárias mais novas, tanto pela disseminação do conhecimento de sintomas guias para a sociedade quanto pela diminuição do tabu no diagnóstico de um transtorno psiquiátrico. Eventos decorrentes desses transtornos também têm aumentado, infelizmente, na mesma velocidade. O suicídio está, no mundo inteiro, entre as cinco maiores causas de morte na faixa etária entre 15 e 19 anos sendo que, em vários países, ele fica como primeira ou segunda causa de morte entre meninos e meninas nessa mesma faixa etária (MOREIRA, BASTOS, 2015).

A adolescência em si já é um processo conturbado, cheio de descobertas, labilidade emocional, busca pela identidade e seu eu no mundo. A existência de conflitos entre adolescente e pais é extremamente normal, porém a partir do momento que isso torna-se sofrimento, é necessário que haja intervenção. Apesar de existir um momento de crise normal e esperada, encarar o comportamento adolescente como instável e exagerado pode ser inconveniente, dificultando o possível diagnóstico e tratamento de transtornos mentais (OLIVEIRA-MONTEIRO et al., 2012).

Quando fiz a admissão desse caso, a paciente estava com os dois pais do seu lado encolhida na poltrona de espera. Fiz algumas perguntas gerais de identificação que foram respondidas prontamente pela mãe, mesmo que eu estimulasse que a adolescente respondesse. Minha única alternativa foi pedir permissões aos pacientes, em razão da menoridade, para que pudesse conversar a sós em um ambiente reservado, na intenção de oferecer privacidade para a paciente.

Como imaginei, ela se abriu muito mais sem os pais presentes, relatando os fatos com detalhes. No caso em questão, a paciente relata apresentar sintomas depressivos desde os 13 anos, não sabendo precisar se houve um gatilho ou não para esses sentimentos. Está em constante conflito com o pai, irmãos e colegas, e para livrar-se dessa dor pratica automutilação. Por diversas vezes, planejou formas de suicídio como enforçar-se, jogar-se de uma ponte, esfaquear-se, pular na frente de um carro, entre outras. Por vezes, praticou o ato, porém sem sucesso. Por vezes, na iminência de fazê-lo sentiu medo e desistiu.

Todo e qualquer ato por meio do qual uma pessoa causa lesão a si própria, independente do grau de letalidade, é considerado comportamento suicida. O comportamento suicida classifica-se em três categorias distintas: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. A ideação suicida fica em um dos extremos, o suicídio consumado no outro e a tentativa de suicídio entre eles (WERLANG, BORGES, & FENSTERSEIFER, 2005). No caso em questão, a paciente já superou dois estágios, sendo o último o estágio e consumação do ato.

A conduta nesse caso foi internar a paciente em leito de observação e pedir transferência para o HMPGL, para a ala psiquiátrica, pois era necessário diagnosticar e iniciar o tratamento medicamentoso dessa paciente. Após abordamos a família com a conduta proposta, os pais não queriam que a filha continuasse ali pois não é “louca”. Os cortes no braço eram pra chamar atenção e essa questão seria resolvida em conversa em casa. Fez-se necessário explicar o risco de tentativa de suicídio dados os sinais e sintomas que a paciente apresentava e que ela necessitaria de acompanhamento especializado. Por fim, em conjunto com o corpo médico, após explicar o contexto e responsabilidade da alta por evasão, conseguimos o consentimento, embora o pensamento dos pais fosse que ela não tinha nada de diferente.

A cegueira seletiva, ou não, dos pais tende a ser um desafio. Uns por conta do conservadorismo que resume os transtornos psiquiátricos a aqueles pacientes agitados e agressivos estereotipados que veem em filmes.

Nenhum acontecimento desse ocorreria com a adolescente com muitas oportunidades, inteligente e tímida, mas na realidade nua e crua, eles acontecem em qualquer um. Transtornos psiquiátricos não veem cara, estudo e classe social. Eles se desenvolvem pelos mais diversos motivos. A realidade é muito diferente, debaixo do sorriso amarelo de muitos, existem sentimentos obscuros.

Felizmente, esse caso teve um desfecho feliz até o momento, mas quantos outros não tiveram. Quantas garotas e garotos tiveram seus sonhos destruídos pois seus familiares e amigos não ouviram seus gritos silenciosos. Para mim, o suicídio é um ato de desespero puro, onde a pessoa não vê outra saída para o turbilhão de sentimentos que sente, senão o vazio.

Sinto-me muito responsável e empática nesses casos por já ter sido a pessoa com problemas emocionais a beira de um colapso e pronta a tomar um passo definitivo a qualquer momento. Superei com muita terapia e apoio dos meus familiares e amigos próximos. Esforço-me para entender e demonstrar empatia para pacientes nesse caso, pois por parte de outros profissionais de saúde, eles são marginalizados e ridicularizados por seus momentos de fraqueza. Ninguém sabe o que o outro passa, nenhuma dor é igual e não existe uma receita de bolo para combatê-la. É preciso calma, paciência e muita compreensão.

E talvez, só um gigante talvez, eu esteja apaixonando-me pouco a pouco pela psiquiatria.

5.5. CASO CLÍNICO “Das coisas que me fazem duvidar de mim”

Esqueça o glamour da medicina.

Esqueça a ideia de ganhar rios de dinheiro.

A medicina deveria ser feita por vocação, por necessidade de empenhar-se em ajudar os outros. São inúmeras as situações que um profissional passa e deve manter-se impassível, controlado, mas ainda assim, humano.

Esse caso fez com que eu me questionasse o motivo por querer ser médica e estar ali. Fez-me refletir a verdadeira missão que é ser médico. E não é só salvar vidas. É ser apoio, empatia e preocupação. E nem sempre me vejo preenchendo esses requisitos. O que me faz duvidar da minha capacidade de ser médica.

Identificação: N.A.S., 11 meses, sexo feminino.

QP: Febre

HDA: Paciente acompanhada da mãe, refere que há 2 dias começou a apresentar febre (máx 38,9°C) e tosse seca. Refere que continua comendo e mamando normalmente, está ativa. Fez uso de Ibuprofeno hoje às 22h. Refere que não houve alteração do hábito intestinal e urinário.

HMP: Síndrome de Down + CIA e defeito de septo atrioventricular total (com programação cirúrgica aos 6 meses de vida). Nascida de parto vaginal com 40 sem (conforme prontuário). Fez cirurgia cardíaca para correção. Nega alergias.

MUC: Faz uso de Captopril, Carvedilol e Puran.

EXAME FÍSICO

FR 44 T 36,5

BEG, ativa, hidratada, corada, acianótica, anictérica, afebril;

Oroscopia sem sinais de hiperemia. Presença de coriza em cavidade nasal.

AC: Bulhas arrítmicas normofonéticas. Não ausculto sopros ou extrassístoles. TEC <3 s

AP: Murmúrios vesiculares uniformemente audíveis. Não ausculto ruídos adventícios. Sem sinais de esforço respiratório

Abdome: Semigloboso, flácido, RHA+. Indolor à palpação. Não palpo massas ou visceromegalias.

Membros: Quentes e bem perfundidos. Panturrilhas livres.

Diagnóstico sindrômico

Síndrome infecciosa

Síndrome gripal

Primeiramente, os principais sintomas referidos pela mãe da criança, febre e tosse, são indícios de infecções de vias aéreas. São um grupo amplo de doenças respiratórias com bom prognóstico se bem identificadas e sintomatologia tratada corretamente. A criança não apresentava sintomas de gravidade, recebendo alta com medicação e orientações para retorno ao serviço se quadro persistência do quadro.

No dia seguinte, com evolução do quadro, paciente retorna ao serviço com seguinte queixa.

QP: febre

HDA: Já esteve em atendimento nesta unidade, com alta ontem. Menor acompanhada por genitora com queixa de febre em casa 38°, fazendo uso de dipirona e ibuprofeno, inapetência e tosse produtiva em evolução há 4 dias.

HMP: Criança acompanhada da mãe que relata síndrome de down + CIA e defeito de septo atrioventricular total (com programação cirúrgica aos 6 meses de vida). Nega alergias e outras comorbidades.

Já esteve na unidade medicada com dipirona ausculta pulmonar com roncos difusos e crepitantes saturando 83% com esforços respiratórios, FC 162 bpm e FR 48 irpm, apresentando-se hipocorada

EXAME FÍSICO

SSVV FC 162 bpm FR 48 irpm TAX 38,1° SATO2 3% em AA

REG, lote, febril, taquipneica, cianótica, hidratada, hipocorada , glasgow 15/15, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Sem déficit neurológico.

AC: Bulhas normofonéticas arrítmicas. Taquicárdica. Não ausculto sopros ou extrassístoles.

AP: Murmúrios vesiculares presentes com presença de roncos e creptos difusos. Presença de esforço respiratório.

Abdome: Plano, flácido, RHA+, inocente sem sinais de irritação peritoneal. Blumberg negativo. Giordano negativo.

Membros: Tônus e trofismo preservados. Pulsos periféricos palpáveis e finos bilateralmente com perfusão prejudicada. Sem edemas.

Paciente evoluiu com piora progressiva dos sintomas necessitando de cateter nasal à 3L/min. Foram solicitados exames laboratoriais, COVID e

radiografia de tórax, sendo essa última não realizada pelo equipamento estar em manutenção na UPA onde ocorria o atendimento. Em razão da gravidade do caso, solicitou-se vaga para a ala pediátrica do HMPGL.

Exames Laboratoriais	09/11 03:56	09/11 07:28
Hemograma	Hem 3,88 Hb 11,10 Ht 33,50	x
Leucograma	12.130	x
Plaquetograma	506.000	x
PCR	2,6	x
Hemocultura	Em andamento	x
COVID	X	Não reagente

Tabela 7 - Exames laboratoriais N.A.S.

Pensando nos sintomas apresentados, a minha principal hipótese é uma infecção de vias aéreas superiores, mais especificamente, uma bronquiolite. A bronquiolite é diagnosticada de forma clínica baseando-se na anamnese e no exame físico. Achados como sintomas respiratórios das vias aéreas superiores (rinorreia, obstrução nasal), seguidos por evolução do quadro sintomas das vias aéreas inferiores (tosse, taquipneia, sibilos, crepitações e uso de musculatura acessória), são os principais indicativos de bronquiolite (MARQUES et al., 2020). A criança em questão apresenta fator de risco para a doença por ser portadora de uma cardiopatia importante.

O quadro clínico da segunda anamnese já apresentava uma certa gravidade por indicar sinais de alarme como cianose, taquipneia, taquicárdica e apresentando esforço respiratório, além da ausculta sugestiva. Havia necessidade de internamento.

Por volta das três horas da manhã, a vaga foi recusada por não haver exames laboratoriais suficientes e radiografia de tórax disponível, mesmo com o esclarecimento da equipe sobre a indisponibilidade. Ainda por volta desse horário, foram pedidos outros exames laboratoriais para responder o esclarecimento médico do HMPGL, sendo sua coleta não realizada pois após inúmeras tentativas de acesso periférico, entre eles jugular e no crânio, não se conseguiu coletar amostra suficiente.

Durante a troca de plantão, às sete da manhã, a criança apresentou dessaturação importante sendo necessário transferência para a sala vermelha. Durante o transporte, constatou-se uma parada cardiorrespiratória sendo iniciada manobras de ressuscitação com administração de adrenalina e retorno à circulação espontânea depois de quatro ciclos de manobras. Houve necessidade de intubação orotraqueal devido à instabilidade das vias aéreas.

Nesse momento, vi a primeira atitude que me impressionou. A equipe falava e agia de forma tão carinhosa com a criança que eu me emocionei. Falavam palavras de apoio e faziam pequenos carinhos como se a paciente estivesse consciente e acordada. Ali, naquelas circunstâncias, dei-me conta que é necessário ser humano acima de profissional. Apesar de alguns terem alguns anos de estudo a mais ou um pouco mais de dinheiro, no final, somos todos iguais. Humanos de carne e osso.

Após o ocorrido, o HMPGL pediu que encaminhasse paciente para ala pediátrica, porém nesse momento, a paciente encontrava-se muito instável para transporte apresentando cianótica e com extremidades frias.

Foi então, que durante a troca de fralda, outra surpresa. A criança apresentava fissura anal com presença de pequeno sangramento compatível com violência sexual. A equipe toda desaba. Uma criança tão pequena, tão indefesa passando por uma situação tão grave e delicada. Ali, entendi que aquela equipe não mediria esforços para manter aquela princesinha viva.

Os minutos foram passando e o sentimento de esperança também, pois mesmo com todos os esforços, a criança não apresentava melhoras.

Optou-se então por permitir que a mãe pudesse ver a filha, sabendo-se que o prognóstico não era bom. O choro silencioso daquele mãe me destruiu por dentro vendo aquela pequeninha com aqueles cílios gigantes dormindo como um anjinho.

Mais uma parada cardíaca. Foram feitos cinco ciclos de manobras e, por maior que fosse nosso esforço, ela não retornou. Virou um anjinho lindo que não sofreria mais nesse plano.

Por mais que o desfecho não foi aquele quisto por todos, não pude deixar de notar o companheirismo e empenho da equipe. Fizeram o possível e o impossível para que a criança tivesse conforto e amor naqueles momentos que antecederam sua ida. E tenho certeza que ela sentiu todos esses sentimentos emanando de cada profissional ali.

Mais tarde, eu chorei, sentindo-me impotente e despreparada. Porém também me senti mais forte para tentar ser melhor para que essa situação não ocorra novamente. Desejo do fundo do meu ser que aquela criança esteja em um lugar melhor e que esteja longe de todo o sofrimento, pois já basta o sofrimento que passou nesse plano.

Hoje, ao escrever esse caso, mais uma vez chorei. E me permiti fazê-lo pois, afinal, sou de carne e osso.

5.6. CASO CLÍNICO “Focinho de porco mas não é porco”

Esse caso é um típico “tem focinho de porco, rabinho de porco e guincha como um porco, mas não necessariamente é só um porco”. O paciente apresentava várias comorbidades e deu entrada por um motivo, mas logo complicou por outro.

Identificação: D.D., 75 anos, casado, sexo masculino, agricultor aposentado

QP: “vômitos há um dia”

HDA: Paciente vem acompanhado da esposa, refere que há 1 dia apresenta vômitos, câimbras e astenia. Há 2 dias passou por consulta nesta unidade sendo diagnosticado por ITU, não iniciou o tratamento com antibiótico, pois refere que as farmácias estavam fechadas. Também queixa-se de dor no pé direito e relata amputação no 4º e 5º pododáctilo direito, em acompanhamento com o vascular. Nega febre. Nega outras queixas.

HMP: Nega alergias. HAS e DM.

MUC: xarelto 20 mg - (1-0-0) / carvedilol 6,25 (1-0-1) / enalapril 10 mg (1-0-1) / furosemida 40mg (1-0-0) / espironolactona 25mg (1-0-0) / hidroclorotiazida 25mg (1-0-0) / sinvastatina 20 mg (0-0-1) / aas 100mg (0-1-0) / digoxina 0,25mg (0-1-0)

EXAME FÍSICO

BEG, LOTE, afebril, anictérico, acianótico, Glasgow 15, corado e hidratado.

AC: Bulhas normofonéticas rítmicas em 2 tempos. Não ausculto sopros ou extrassístoles. TEC <3s.

AP: Murmúrios vesiculares presentes universalmente. Não ausculto ruídos adventícios. Sem sinais de esforço respiratório.

Abdome: Globoso, depressível. Ruídos hidroaéreos presentes. Indolor à palpação superficial e profunda. Não palpo massas ou visceromegalias.

Membros: MID cianose em pé direito, com extremidade quente, não palpo pulso, presença de ferida em coto de amputação em 4º e 5º pododáctilo.

Diagnóstico Sindrômico

Síndrome infecciosa

Síndrome diarreica

Síndrome vascular

Esse paciente deu entrada nesse serviço por sintomas gastrointestinais e geniturinários recebendo, então tratamento para tal. Durante o terceiro dia de internação, em razão da queixa álgica no pé esquerdo, constatou-se sinais de obstrução como cianose e empastamento da panturrilha. Paciente também apresentava dor à movimentação em membro inferior esquerdo mesmo sob forte analgesia.

Em virtude do quadro anterior com posterior amputação de pododáctilos direitos, começou-se uma investigação de Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP). A DAOP ocorre predominantemente decorrente de fenômenos ateroscleróticos sistêmicos, que provocam obstruções arteriais e está associada a alto risco de morbimortalidade cardiovascular. A claudicação intermitente é o mais frequente dos sintomas da DAOP e resulta da redução do aporte de fluxo sanguíneo para os membros inferiores durante o exercício. A claudicação é caracterizada por dor ou desconforto durante a caminhada e que desaparece após repouso (BRASIL, 2015).

Exames Laboratoriais	01/10
Hemograma	Hb 14,5
Leucograma	14.920
Plaquetograma	211.000
PCR	6,2

Ureia	54
Creatinina	1,0
Sódio	145
Potássio	4,7
EAS	proteinúria +++ Hb +++ leucocitúria

Tabela 8 - Exames laboratoriais paciente D.D.

Após suspeita, foram solicitados dopplers de sistema venoso e arterial do membro inferior esquerdo. O Doppler quantifica o grau da isquemia através da medida das pressões absolutas na extremidade inferior e também da medida relativa comparada com o membro superior tem baixo custo (LIMA et al., 2007). Em doppler arterial, foram identificadas oclusões totais de artérias femoral comum, femoral superficial, artéria poplítea e artéria posterior, anterior e fibular.

O paciente em questão, por apresentar estado avançado de oclusão, poderia beneficiar-se tanto de intervenções farmacológicas quanto de intervenções cirúrgicas. Em relação à farmacológica, poderíamos iniciar o uso de cilostazol e um esquema de anticoagulação. Quanto às intervenções cirúrgicas, poderíamos ponderar intervenções endovasculares como a inserção de stents. A revascularização endovascular (balão da artéria e angioplastia com stent) é um método eficaz para pacientes com estenose de alto grau dos segmentos arteriais dos membros proximais (MOTA et al., 2017).

5.7. CASO CLÍNICO “Um gole a mais”

Esse quadro me abriu os olhos para muitos pacientes com histórico de etilismo que mesmo após repercussões importantes na saúde, continuam

com esse hábito por dependência. Muitos destes já sem apoio familiar afundam-se nessas situações, até que o transplante hepático seja necessário.

Nesse caso em especial, o paciente já apresentava passagens pelo serviço com evoluções graves e por um período absteve-se. Porém logo retornou ao vício, o que ocasionou esse atendimento.

Identificação: A.G., 52 anos, divorciado, aposentado

QP: “olhos amarelados”

HDA: Paciente deu entrada nesse serviço por quadro de inapetência há 3 dias, com evolução na madrugada de hoje com edema em MMII, com episódios de vômitos com aspecto amarelado, episódios de diarreia com coloração amarelada, epistaxe em grande quantidade e dor abdominal difusa, evoluindo ontem com icterícia, prurido e distensão abdominal acompanhada de hematoma em região periumbilical.

HMP: Cirrose hepática. Varizes esofágicas. Nega outras comorbidades. Nega alergias. Nega uso de medicamentos contínuos. Internamento há 8 meses por encefalopatia hepática.

HV: Etilista crônico (2L/dia). Nega tabagismo.

EXAME FÍSICO

REG, LOTE, icterico, afebril, acianótica, hidratado. Pupilas isofotorreagentes.

AC: Bulhas normofonéticas rítmicas em 2T. Não ausculto sopros ou extrassístoles. TEC < 3s.

AP: Murmúrios vesiculares uniformemente audíveis. Não ausculto ruídos adventícios. Sem sinais de esforço respiratório. Presença de telangiectasia em tronco.

Abdome: Rígido, edemaciado, RHA+. Doloroso difusamente à palpação. Não palpo massas ou visceromegalias. Sinal de Cullen positivo. Sinal de piparote positivo.

Membros: Quentes e bem perfundidos. Edemas em MMII +++/4+. Presença de lesões descamativas em MMSS e MMII. Presença de telangiectasia em membros.

Síndrome diagnóstica

Síndrome icterica

Síndrome dolorosa

Síndrome infecciosa

Síndrome hepática

Paciente com história prévia de acometimento hepático por etilismo, com passagem recente pelo serviço apresentando o mesmo caso.

A cirrose hepática é o resultado final de múltiplas etiologias de doença hepática crônica (DHC), definida histologicamente por fibrose hepática difusa, em que há substituição da arquitetura normal do parênquima por nódulos regenerativos (REIS et al., 2018). Embora o termo cirrose se dê aos achados histológicos, a cirrose apresenta sinais e sintomas clínicos bem característicos, assim como exames laboratoriais com alterações sugestivas, muitos deles encontrados no paciente.

Exames laboratoriais	02/12	03/12
Hemograma	Hem 2,37 Hb 8,40 Ht 23,70% VGM 100% HGM 35,44 RDW 14,60%	Hem 2,55 Hb 8,90 Ht 25,60% VGM 100,39% HGM 34,90 RDW 14,80%
Leucograma	3.820 Bast 3%	5.120 Bast 10%
Plaquetograma	15.000	24.000
Ureia	5	9
Creatinina	0,70	0,70
Sódio	145	142
Potássio	3,0	3,1
Bilirrubinas total e frações	Total 11,84 Direta 7,94 Indireta 3,90	Total 16,60 Direta 10,90 Indireta 5,70
Gama Glutamil Transferase - Gama GT	578	564
TGO	244	224
TGP	41	40
KPTT	62,2	61,5
TAP	26,80s INR 2,85	27,70s INR 2,96

Tabela 9 - Exames laboratoriais paciente A.G.

Achados como anorexia, fadiga, icterícia, prurido, distensão abdominal e edemas em membros inferiores falam a favor do diagnóstico de cirrose hepática, assim como a presença de telangiectasias, ou aranhas

vasculares e a ascite. Em exames laboratoriais, as transaminases como TGO e TGP indicam possível lesão hepática. Alterações como gama GT, fosfatase alcalina, bilirrubinas e TAP podem estar alterados em pacientes com acometimento hepático, assim como o paciente desse caso.

Pensando em prognóstico e mortalidade da morbidade, utilizando o score Child-Turcotte-Pugh (CTP), esse paciente apresenta 10 pontos, sendo classificado na classe C, ou seja, grande chance de mortalidade.

Posteriormente, um dia após a admissão, o paciente evoluiu com confusão e sonolência, pensando-se então na ocorrência de Encefalopatia hepática. Essa síndrome, caracterizada por alterações de sono, distúrbios psicomotores que evoluem para letargia a torpor e coma, tem reversibilidade e pode surgir em pacientes portadores de hepatopatias avançadas (SANTOS, COSAC, 2020). Em pacientes cirróticos, ocorre encefalopatia hepática crônica, onde os sintomas podem permanecer por longos períodos de tempo.

Em pacientes com encefalopatia, espera-se um quadro de agressividade, agitação psicomotora, hipertonia com reflexos exagerados e ainda, caso seja cirrose hepática, hálito hepático. Pode ocorrer *flapping*, embora a sua inexistência não descarte o diagnóstico.

Após transferência para o HMPGL, decidiu-se por realizar a paracentese para coleta de líquido ascítico para cultura de PBE (peritonite bacteriana espontânea), sendo o resultado negativo. Mesmo com cultura negativa, optou-se por continuar esquema antibiótico profilático iniciado na UPA com ceftriaxona.

Com o decorrer dos dias, o paciente apresentou discreta melhora clínica. Os exames laboratoriais continuavam alterados, principalmente em relação à função hepática. Devido à escassez de alternativas de tratamento e resposta insatisfatória às medidas realizadas, optou-se por apresentar a alternativa de cuidados paliativos para a família, pois o paciente necessitava de transplante hepático que não seria realizado sem a cessação do etilismo.

Poderíamos ofertar analgesia, conforto e medidas de dignidade até que o seu organismo aguentasse as avarias.

Após reflexão sobre o caso, pensei na alternativa de cuidados paliativos. Sempre tive uma ideia de cuidados de fim de vida, antes da universidade, como retirada de todo cuidado possível. Porém, após ter o privilégio de estudar um pouco mais durante o pré-internato, percebi que é uma questão de necessidade. Muitos pacientes chegam a um ponto onde não há mais medidas terapêuticas viáveis, mas eles ainda estão ali lúcidos, em sua maioria com dor, querendo viver o pouco que resta. É nossa obrigação garantir que os pacientes estejam ali na sua melhor forma possível, sendo assim, é nosso dever garantir conforto e dignidade mesmo quando a cura não está mais ao nosso alcance.

Vi hostilidade de alguns profissionais por alegarem que o paciente pediu por esse desfecho. Ninguém pede para sofrer, ninguém nasce para tal. É no mínimo imoral trabalhar em um ambiente tão vulnerável como um hospital e perpetuar um pensamento tóxico desse nível.

Eu, como pessoa e como futura profissional, forço-me todos os dias a exercer empatia pelo próximo, independente da sua história, pois não sei quais caminhos e quais alternativas aquela pessoa teve para chegar ali. E, principalmente, não cabe a mim e a ninguém julgar as escolhas do outro. Cabe a mim garantir o melhor atendimento que eu possa dar e garantir conforto em um momento de fim.

6. PROCEDIMENTOS

A possibilidade de realizar procedimentos foi, sem dúvidas, a parte que me deixou mais ansiosa nesse módulo. E quem me conhece, sabe que eu já sou muito ansiosa por natureza.

Estudei todos os protocolos pois o passo mais importante é conhecer a teoria. Conhecendo esta, muito dificilmente, não conseguiria realizar os procedimentos.

Meu primeiro procedimento foi a clássica sutura simples e esta se tornaria minha companheira frequente nos plantões nas UPAs. Já foram tantas de formas e tamanhos diferentes que perdi as contas, porém eu tenho uma preferida. O paciente, vítima de acidente com serra mármore, mais conhecida como makita, necessitava de pontos na região interna da boca e região de mandíbula. O bucomaxilo de plantão permitiu que eu realizasse os pontos de mandíbula, sendo necessário pontos internos mais profundos de ancoragem e pontos externos para a junção da lesão externa. Foram necessários cerca de 25 pontos simples.

Meu segundo procedimento foi uma intubação orotraqueal (IOT) em um paciente com quadro de hepatopatia avançada que evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, sendo necessária a IOT. Se um dia eu tremi tanto, eu não lembro. Parecia que o cabo do laringoscópio ia ser arremessado na parede mais próxima. E foi sob esse clima de medo e felicidade que realizei minha primeira intubação de muitas.

Não satisfeita, virei uma verdadeira caçadora de procedimentos. Onde tinha a possibilidade de um, estava eu feito uma sombra. A cada recusa do colega interno responsável pelo paciente, estava eu me oferecendo para substituí-lo. Durante um plantão na UPA Morumbi, tive a oportunidade de realizar outra IOT e um acesso venoso central em jugular direita, no mesmo paciente. Devo dizer que achei o acesso muito mais difícil, diferente dos meus

colegas. Realizei várias tentativas em jugular direita sem sucesso. Foi necessário que o médico de plantão, nosso querido Eduardo Oliveira formado pela turma 2, fizesse o acesso depois de muitas tentativas também. No meu íntimo, fiquei aliviada do problema não ser a executante.

Passados alguns dias, tive a oportunidade de realizar uma punção lombar por suspeita de hidrocefalia de pressão normal. Conhecia pouco do procedimento e só havia visto o procedimento duas vezes. Perguntei para a residente, Dra. Isabella, se ela me permitiria realizá-lo e que eu estudaria naquele momento para tal. Para a minha imensa felicidade, ela permitiu. E lá foi a Karen saltitante pelos corredores estudar para realizar sua primeira punção lombar. E que punção! Foram cerca de duas horas intermináveis para preencher dois frascos de líquido. Cada vez que alguém entrava na emergência, ria com a extensa coleta. E eu só conseguia me concentrar em fazer cada gotinha daquele líquido precioso entrar no pote.

Por último, houve a oportunidade de realizar uma paracentese em um paciente hepatopata para diagnóstico de peritonite bacteriana espontânea (PBE) realizada sob olhos vigilantes do Dr. Alejandro, egresso da turma 1 e excelente preceptor, e do Dr. Rodrigo, plantonista e cardiologista. Percebi, nesse momento, que falta-me firmeza no sentido de não sentir pena do paciente durante o procedimento e sobra em mim delicadeza, ao realizar o procedimento. Porém, ele deve ser feito de forma firme e ágil mesmo que seja doloroso.

Hoje, dia 19/12, na reta final dos plantões de U/E, obtive a oportunidade de realizar um acesso venoso central em subclávia direita e de colher líquido de um mesmo paciente, sob os olhos vigilantes do Dr. Rodrigo. A realização do acesso foi tão rápida e tranquila que eu parecia estar sonhando, muito diferente do meu primeiro acesso sofridíssimo.

Sendo assim, espero que esse seja os primeiros procedimentos de muitos pois estes também são parte importante da manutenção da saúde e garante estabilidade e mais tempo de sobrevida para o paciente.



Figura 2 - Minha primeira punção lombar

7. CARRINHO DE PARADA

Atender uma parada cardiorrespiratória de forma efetiva e ágil é questão de vida ou morte para o paciente. Segundo o ATLS (2020), a cada minuto sem oxigenação adequada para o cérebro e coração, perde-se cerca de 10% da vida.

Portanto, conhecer e, especialmente, saber usar corretamente as drogas do carrinho de parada é crucial para o sucesso da ressuscitação cardiopulmonar.

Em geral, os carrinhos, aqui em Foz do Iguaçu, apresentam a seguinte composição:

Medicamentos de Emergência:

1. Adenosina 3MG/ML. Ampola com 2ML
2. Adrenalina 1MG/ML. Ampola com 1ML
3. Água destilada. Ampola com 10ML
4. Aminofilina 24MG/ML. Ampola com 10ML
5. Amiodarona 50MG/ML. Ampola com 3ML
6. Atropina 0,5ML. Ampola com 1ML
7. Bicarbonato de sódio 8,4%. Frasco com 250ML
8. Bicarbonato de sódio 8,4%. Ampola com 10ML
9. Cloreto de potássio 19,1%
10. Cloreto de sódio 0,9%
11. Cloreto de sódio 0,20%
12. Deslanosídeo 0,2MG/ML. Ampola com 2ML
13. Dobutamina 12,5MG/ML. Ampola com 20ML
14. Dopamina 5MG/ML. Ampola com 10ML
15. Furosemida 10MG/ML. Ampola com 10ML
16. Gliconato de cálcio 10%. Ampola com 10ML
17. Glicose 50%. Ampola com 10ML

18. Hidrocortisona 100MG
19. Hidrocortisona 500MG
20. Lidocaína 2% sem vasoconstritor. Frasco com 20ML
21. Lidocaína 2% com vasoconstritor. Frasco com 20ML
22. Lidocaína 20MG/ML
23. Metoprolol 1MG/ML. Ampola com 5ML
24. Noradrenalina 2MG/ML. Ampola com 4ML
25. Nitroglicerina 5MG/ML. Ampola com 10ML
26. Nitroprusseto 25MG/ML. Ampola com 2ML
27. Salbutamol 0,5MG/ML
28. Salbutamol 100MCG/DOSE
29. Sulfato de magnésio 50%. Ampola com 10ML
30. Suxametônio 100MG
31. Terbutalina 0,5MG/ML. Ampola com 1ML

Medicamentos Sujeitos a controle especial:

1. Diazepam 5MG/ML. Ampola com 2ML
2. Fenitoína 50MG/ML. Ampola com 5ML
3. Fentanil 0,05MG/ML. Ampola com 10ML
4. Flumazenil 0,5MG/ML
5. Haloperidol 5MG/ML
6. Midazolam 5MG/ML. Ampola com 10ML
7. Midazolam 5MG/ML. Ampola com 3ML
8. Naloxona 0,4MG/ML. Ampola com 1ML

Nas paradas cardiorrespiratórias em ritmos chocáveis, ou seja, fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso, usamos doses de epinefrina, conhecida também como adrenalina, a cada 3-5 minutos e doses de amiodarona ou lidocaína, sendo a primeira com doses de 300mg e 150mg e a segunda com dose de 1mg a 1,5mg por quilo. Já em ritmos não chocáveis

como AESP - atividade elétrica sem pulso - e assistolia, usasse apenas epinefrina a cada 3-5 minutos.

Em pacientes que necessitam de ajuda para manter a via aérea pérvia, podemos lançar mão da IOT, sendo necessário o tratamento, indução e paralisia. Para tratamento usamos fentanil com dose de 3ug/kg e lidocaína. Para indução, podemos usar propofol, etomidato, midazolam e cetamina (ou quetamina). Para a paralisia, normalmente são usados succinilcolina, que é um bloqueador neuromuscular despolarizante, e rocurônio, que é polarizante (HUBERT, 2017).

Drogas	Posologia para 70-80kg	Posologia para 100kg	Contraindicações	Vantagens	Desvantagens
Fentanil	4-4,5ML	6ML	Hipersensibilidade	Efeito rápido	Hipotensão Risco de rigidez muscular
Lidocaína	5,2-6ML	7,5ML	Hipersensibilidade	Broncodilatadora	
Propofol	14-16ML	20ML		Broncodilatadora	Hipotensão dose dependente
Etomidato	10-12ML	15ML	Hipersensibilidade	Efeito rápido e curto	Reduz limiar convulsivo

				Não influencia hemodinamicamente	
Midazolam	4-5ML	6ML	Hipersensibilidade Hipotensão Depressão respiratória Insuficiência cardíaca	Início de ação lento e curto Não influencia na Pressão Intracraniana Efeito anticonvulsivante	Depressão respiratória Depressão cardiovascular
Cetamina	3ML	4ML	Cardiopatiasquêmica Emergência hipertensiva Dissecção de aorta	Efeito broncodilatador	Disforia Alucinação
Succinilcolina	10,5-12ML	15ML	Rabdomiólise Hipercalemia Insuficiência renal	Início de ação rápida e curta	Fasciculações Risco de hipertermia maligna Trismo Risco de paralisia prolongada
Rocurônio	4,2-4,8 ML	6ML	Hipersensibilidade	Início de ação rápida	

Tabela 10 – Medicamentos usados na IOT de sequência rápida

8. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO AOS SERVIÇOS

Como já citado acima, o principal desafio dos serviços de saúde, principalmente das UPAS, na parte de urgência e emergência é a demanda cada vez maior que pacientes que poderiam ser absorvidos pela Atenção Primária em Saúde (APS), pois muitas dessas demandas são queixas crônicas que não oferecem risco de vida e podem ser atendidas em horário comercial.

Essa demanda além de sobrecarregar o serviço das UPAs e do Hospital, ainda desqualifica o projeto do Sistema Único de Saúde (SUS) de dividir as demandas dos pacientes conforme gravidade de atendimento, sendo assim demandas crônicas e casos não graves podem ser atendidos em UBS

ou ESF. Casos com maior complexidade serão atendidos por UPAs e, caso haja necessidade, encaminhadas para atendimento secundário e terciário especializado.

Sendo assim, faz-se necessário uma intervenção com o intuito de educar os usuários a procurarem atendimento conforme necessidade e gravidade nos respectivos serviços de saúde compatíveis.

Uma ideia bastante interessante e informativa de educar os usuários dos serviços de saúde é a criação de cartilhas informativas de queixas que devem ser atendidas pela APS e queixas que apresentam maior gravidade e devem ser atendidas por serviços mais especializados. A cartilha acima foi iniciativa da Prefeitura de Marechal Cândido Rondon - PR visando solucionar a mesma problemática que ocorre aqui no município.

A elaboração de um material dessa espécie deve ser feita em conjunto com gestores e colaboradores dos serviços de saúde, pois estes últimos vivenciam a dificuldade diária de atendimento e tem maior conhecimento de qual seria o melhor fluxo para garantir que os princípios do SUS sejam respeitados. Além do material informativo para a comunidade, faz-se importante que os próprios servidores entendam quais ações são necessárias para que as demandas sejam atendidas em cada dimensão do serviço de saúde para que não haja desencontro de informações.



Quando procurar atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) e quando procurar atendimento na UPA?

↓ UBS:

↓ UPA 24h:

TOSSE / SINTOMAS GRIPAIS	SINTOMAS DE INFARTO / DORES NO PEITO
DOR DE CABEÇA	ACIDENTES DE TRÂNSITO OU TRABALHO
DOR DE GARGANTA / DOR DE OUVIDO	DESMAIOS
DIARREIA/VÔMITO	SINTOMAS DE AVC (DERRAME)
ACOMPANHAMENTO MÉDICO	FRATURAS, ENTORSE OU LUXAÇÃO
ACOMPANHAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	CRISE HIPERTENSIVA
ACOMPANHAMENTO DO DIABETES	DIABETES DESCOMPENSADA
CONSULTA DE ROTINA	HEMORRAGIAS
EXAMES DE ROTINA	CORTES / SUTURAS
VACINAS	CRISE DE ASMA
RENOVAÇÃO DE RECEITAS	FALTA DE AR
ENCAMINHAMENTOS A ESPECIALIDADES	PICADAS DE ANIMAIS PEÇONHENTOS
CURATIVOS E RETIRADA DE PONTOS	CHOQUE ELÉTRICO
DOR(ES) ANTIGA(S)	DOR SÚBITA / AGUDA
APLICAÇÃO DE INJEÇÕES	FEBRE ALTA
ALERGIAS ANTIGAS	ALERGIAS SÚBITAS
CONJUNTIVITES	AGRESSÕES FÍSICAS DIVERSAS
TROCAS DE SONDAS	QUEIMADURAS
AVALIAÇÃO DE OSTOMIA	PERDA DA CONSCIÊNCIA
ABCESSO / FERIDAS	CONVULSÃO
PROBLEMAS DENTÁRIOS	ENGASGOS
PREVENTIVO	INTOXICAÇÕES
PRÉ-NATAL E PUERICULTURA	TENTATIVA DE SUICÍDIO

Figura 3 - Material informativo disponibilizado na internet pela Prefeitura de Marechal Cândido Rondon

O material em questão ser confeccionado e distribuído amplamente por toda a cidade e também pelas cidades vizinhas que participam da 9ª região de saúde, pois estes municípios também utilizam deste serviço e, conseqüentemente, moradores de outras regiões do Paraná e mesmo os

estrangeiros da região de Tríplice Fronteira, que são atendidos nas UBS e nas UPAs desta localidade.

Antes mesmo da elaboração desse panfleto educativo, deve ser pactuado entre os serviços de saúde atendem as demandas, visando um ajuste fino de quais demandas são recebidas e devem ser atendidas pela Atenção Primária em Saúde, quais demandas devem ser enviadas e devem ser atendidas pela UPAs e quais dessas demandas atendidas devem ser encaminhadas como urgências para atendimentos especializados como hospitais.

Em relação à intervenção do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, a principal questão a ser resolvida são as definições de ensino. Embora atue como hospital escola e hospede residências médicas, o HMPGL não é um serviço adequadamente estruturado para o ensino, ao menos não para o estudante de graduação. Enfrentamos inúmeros percalços, muitos deles ocasionados pela não instrução e designação de funções dos profissionais como preceptores.

Sendo assim, deve ser feita uma intervenção visando incluir os acadêmicos como parte essencial do serviço, pois apesar do vínculo formal com a instituição, somos vistos, por vezes, como ajuda e não como atores no serviço.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O módulo de Urgência e Emergência foi essencial para o desenvolvimento do raciocínio clínico e também para aumentar a segurança e familiaridade com o serviço. Cada paciente estudado era uma caixa de pandora pronta para mostrar as mais complexas dúvidas que eram apenas sanadas com dedicação e estudo. Embora o tempo do módulo tenha sido curto perto de todo o conteúdo existente e conhecido da medicina, foi imprescindível para atizar a vontade de querer aprender e ser melhor para nossos futuros pacientes.

As discussões dos casos nesse relato apresentado foram de suma importância para entendimento e assimilação das diversas facetas que a mesma morbidade pode apresentar, pois a apresentação da literatura nem sempre é vista nos atendimentos presenciados. Além disso, o estudo dos procedimentos para realização mais adequada da técnica e o uso correto de medicamentos são importantíssimos, pois havendo falha neles, ocorrem os eventos adversos.

Portanto, os serviços de Urgência e Emergência são campos de estágios riquíssimos e que disponibilizam para os discentes, sedentos por conhecimento, casos preciosos que serão base para solidificação da teoria e combustível para exercer as atividades práticas. Sendo assim, cada paciente além da morbidade, traz a carga humana, nos fazendo querer curar e atendê-lo da melhor forma possível dentro das nossas capacidades. Dessa forma, a Urgência e Emergência possibilita tanto um conhecimento teórico e prático, como o aperfeiçoando das habilidades de atendimento, promovendo um atendimento médico mais humano e de acordo com as literaturas atuais.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SÍRIA. Protocolo Assistencial Pronto do Hospital Hcor: Gastroenterocolite aguda. HCor. 2020. Disponível em: <https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/2020/11/9.-PROTOCOLOS_PRONTO_SOCORRO_GASTROENTEROCOLITE_AGUDA.pdf>

BOTONI, A.; CARDOSO, CF.; GARNES, SA; GUIMARÃES, HP.; BORGES, LAA.; ASSUNÇÃO, MSC; REIS, HJL.; Manual de Medicina de Emergência. São Paulo: Editora Atheneu: 2017: 99-111

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). – Brasília : CONASS, 2015. 400 p. – (CONASS Documenta, 28). Acesso em 01 out 2021. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf>

BRASIL. Doença Arterial Periférica Obstrutiva em membros inferiores: diagnóstico e tratamento. Sociedade Brasileira de Angioplastia e Cirurgia Vascular. 2015. Disponível em: <<https://sbacvsp.com.br/wp-content/uploads/2016/05/daopmmii.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. –Brasília : Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/LC_AVC_no_adulto.pdf>

BRASIL. Protocolo gerenciado de acidente vascular cerebral (avc). Hospital Sírio-Libanês. 2018. Disponível em: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/gestao-da-qualidade/Documents/2018-11-01-protocolos/Protocolo%20Gerenciado%20de%20Acidente%20Vascular%20Cerebral/Protocolo%20AVC_VF.pdf>

EVANS L, RHODES A, ALHAZZANI W, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021 [published online ahead of print, 2021 Oct 2]. Intensive Care Med. 2021; doi: [10.1007/s00134-021-06506-y](https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y)

FANOURIKIS A, et al. 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. Ann Rheum Dis 2019; 0:1–10. doi:10.1136/annrheumdis-2019-215089

GUARAGNA, Juliana Beirão de Almeida; KLEIN, Caroline Cardoso; VANZELLA, Marion Falcão; PEREIRA, Alessandra Marques. Manejo das crises convulsivas na emergência pediátrica. *Acta méd. (Porto Alegre)*; 37: [7], 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/883018/40-crisis-convulsivas.pdf>

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Diretrizes para implementação do Sistema Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção às urgências e emergências: como implementar o Sistema de Manchester de Classificação de Risco em sua instituição de saúde. 2. ed. [internet]. Belo Horizonte: GBCR; 2015. Acesso em 01 out 2021. Disponível em: <https://docplayer.com.br/9445694-Diretrizes-para-implementacao-do-sistema-manchester-de-classificacao-de-risco-nos-pontos-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias.html>

HUBERT, Flavia Castano. Protocolo de Intubação de Vias Aéreas. Complexo Hospitalar do Trabalhador. Governo do Paraná. 2017. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-03/PROTOCOLO%20DE%20INTUBA%C3%87%C3%83ODE%20VIAS%20A%C3%89REAS.pdf

INSTITUTO LATINO-AMERICANO PARA ESTUDOS DA SEPSE. Sepsis: um problema de saúde pública / Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepsis.

Brasília: CFM, 2015. Disponível em:
<[https://ilas.org.br/assets/arquivos/upload/Livro-ILAS\(Sepse-CFM-ILAS\).pdf](https://ilas.org.br/assets/arquivos/upload/Livro-ILAS(Sepse-CFM-ILAS).pdf)>

LIMA, L.M. et al. Índice Apo B/Apo A-I nas doenças arteriais central e periférica. Arq. Bras. Endocrinol. Metb., v. 51, n. 7, p. 1160-1165, 2007.

MARQUES, Bárbara Araújo et al. Protocolo Colaborativo: Bronquiolite Aguda Viral. Prefeitura de Belo Horizonte. 2020. Disponível em:
<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2020/protocolo_bronquiolite_viral_aguda-14-10-2020_0.pdf>

MARTINS, H. S.; BRANDÃO NETO, R. A.; SCALABRINI NETO, A.; VELASCO, I. T., Emergências Clínicas: abordagem prática; 14ª Ed. São Paulo: Manole, 2020.

MORAES, Antônio Carlos; CASTRO, Fernando M. M. Diarreia aguda. JBM MARÇO/ABRIL, 2014. VOL. 102 No 2. Disponível em:
<<http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n2/a4191.pdf>>

MOREIRA, Lenice Carrilho de Oliveira. BASTOS, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, SP. Volume 19, Número 3, Setembro/Dezembro de 2015: 445-453. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/jpee/a/d6wbJxC3KF5QZ7sJb67kVPr/?lang=pt&format=pdf>>

MOREIRA, Pamella; BORJA, Amélia. Benzodiazepínicos: uso e abuso em pacientes idosos. Centro de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão Oswaldo Cruz. Revista Oswaldo Cruz, edição 19. 2018. Disponível em:
<http://revista.oswaldocruz.br/Content/pdf/Edicao_19_Pamella_Moreira.pdf>

MOTA, Thamirys de Carvalho, et al. Doença Arterial Obstrutiva Periférica: revisão integrativa. Revista Uningá. Vol.53,n.1,pp.120-125 (Jul - Set 2017). Disponível em:
<https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170707_204606.pdf>

OLIVEIRA-MONTEIRO, N. R.; AZNAR-FARIAS, M.; NAVA, C. A.; NASCIMENTO, J. O. G.; MONTESANO, F. T.; SPADARI-BRATFISCH, R. C. Estresse, competência e problemas psicológicos de adolescentes estudantes. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, 37, 23-29. 2012.

O'DWYER, Gisele; KONDER, Mariana Teixeira; RECIPUTTI, Luciano Pereira; LOPES, Mônica Guimarães Macau; AGOSTINHO, Danielle Fernandes; ALVES, Gabriel Farias. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. Rev Saúde Pública. 2017;51:125. Acesso em 01 out 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/nrR5TQcbpxkBZtdKvZPvcvr/?format=pdf&lang=pt>>

O'DWYER, Gisele; MATTOS, RA. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. Physis Revista de Saúde Coletiva, 2012; 22 (1): 141-160, 2012. Acesso em 01 out 2021. Disponível em:

PINTO NETO, Lauro Ferreira da Silva et al. Protocolo brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 30 (Esp.1):e2020588, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/cPNFd4GWmVZdGWNG8QrCYZC/?lang=pt&format=pdf>>

REIS, Jorge et al. Abordagem clínica da cirrose hepática: protocolos de atuação. 1ª edição. Fevereiro de 2018. Disponível em: <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1967/1/Livro%20Abordagem%20Clinica_net.pdf>

RIGHETTO, Rosângela Casas et al. Comorbidades e coinfeções em pessoas vivendo com HIV/AIDS. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. v. 15, n. 6, 2014. Disponível em: <http://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/679/489>

SANTOS, Caroline Nascimento; COSAC, Livia Maria Della Porta. Encefalopatia hepática: etiologia, sintomatologia, fisiopatologia e manejo clínico. Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n. 10, p. 76197-76208, oct 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/17915/14513>>

WERLANG, B. S. G.; BORGES, V. R.; FENSTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. Revista Interamericana de Psicologia, 39(2), 259- 266. 2005.

