



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

CURSO DE MEDICINA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS: RELATOS DE
VIVÊNCIAS E APRENDIZADO**

ANA BEATRIZ MILLAN SASSO

Foz do Iguaçu
2021



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

CURSO DE MEDICINA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS:
RELATOS DE VIVÊNCIAS E APRENDIZADO**

ANA BEATRIZ MILLAN SASSO

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

Orientador: Profa. Me. Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu
2021

ANA BEATRIZ MILLAN SASSO

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS:
RELATOS DE VIVÊNCIAS E APRENDIZADO**

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

BANCA EXAMINADORA

Orientador(a): Profa. Me. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Profa. Esp. Rosana Alvarez Callejas
UNILA

Prof. Me. Cristiano Ferrari Siqueira
UNILA

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Ana Beatriz Millan Sasso

Curso: Medicina

Tipo de Documento

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

Título do trabalho acadêmico: Internato em Urgência e Emergência do SUS: Relatos de vivências e aprendizado

Nome do orientador(a): Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: 10/06/2021

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, 10 de junho de 2021.



Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a Deus e a minha família, que me motivaram nesta jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha professora orientadora, Flávia Trench, por lutar por ricos cenários de estágio e me ajudar a expor as minhas experiências neste trabalho de conclusão de curso.

Sou grata também à banca examinadora, que se dispôs a auxiliar no enriquecimento deste trabalho de conclusão de curso.

Além disso, expresso minha gratidão aos meus colegas da III Turma de Medicina da Unila pelo companheirismo e generosidade ao longo desses anos.

Por fim, agradeço aos professores do curso de Medicina da UNILA pela dedicação em ensinar o exercício da Medicina de forma racional e nobre.

*O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem. **João Guimarães Rosa***

MILLAN SASSO, Ana Beatriz. **Internato em Urgência e Emergência do SUS: Relatos de vivências e aprendizado**. 2021. 55 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso destina-se a expor e discutir as experiências vividas nos estágios do Internato em Urgência e Emergência do SUS. Compartilhar e discutir experiências desses estágios como forma de aprimoramento do aprendizado obtido na prática e analisado à luz da literatura, bem como refletir sobre os impactos da pandemia da COVID-19 nos serviços de saúde, é necessário à formação acadêmica de um futuro profissional médico e necessário a todos trabalhadores dos serviços de saúde. Desta forma, este trabalho tem como objetivo expor as vivências do Internato em Urgência/Emergência do SUS no contexto da pandemia da COVID-19. Para desenvolver tal propósito, foi utilizado o Relatório de Internato de Urgência e Emergência do SUS, módulo cursado no quinto ano do curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), que passou-se no período de 23 de junho de 2020 a 03 de outubro de 2020 no município de Foz do Iguaçu/PR. Os estágios passaram-se nos cenários UPA João Samek, UPA Walter Cavalcanti Barbosa e nos seguintes cenários do Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL): Plantão Telefônico do Coronavírus, Triagem Respiratória, Pronto Socorro Respiratório, UTDI (Unidade de Terapia de Doenças Infecciosas), Enfermaria COVID, UTI (Unidade de Terapia Intensiva) COVID e Pronto Socorro Clínico. Nesse contexto, buscou-se abordar os temas mais relevantes para o cenário de urgência e emergência, como inicialmente o conhecimento básico da legislação da rede de U/E e alguns procedimentos essenciais no departamento de emergência. Além disso, foram apresentados casos clínicos das patologias mais prevalentes neste cenário, sobretudo casos clínicos de COVID-19, que apresentou a primeira alta da incidência no município de Foz do Iguaçu/PR no período do final do primeiro semestre de 2020. Os procedimentos e casos clínicos foram selecionados conforme julgamento particular da autora deste trabalho sobre prioridades de aprendizado, que compreenderam: técnicas de sequência rápida de intubação orotraqueal e casos clínicos de tromboembolismo pulmonar, pneumonia por COVID-19, acidente vascular encefálico isquêmico e abdome agudo inflamatório. Mediante os casos apresentados e as experiências vivenciadas no módulo, observou-se que o conhecimento teórico de uma patologia pautado em evidências científicas, raciocínio clínico coerente e vivência clínica são pré-requisitos essenciais a um profissional médico para a atuação em cenários de Urgência e Emergência.

Palavras-chave: Internato. Medicina. Urgência. Emergência. COVID-19.

MILLAN SASSO, Ana Beatriz. **Emergency Internship Emergency in SUS: Reports of experiences and learning.** 2021. 55 pages. Course Conclusion Paper (Graduation in Medicine) - Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguaçu, 2021..

ABSTRACT

This course conclusion work is intended to expose and discuss the experiences lived in the internships of the SUS Urgency and Emergency internship. Sharing and discussing experiences of these stages as a way to improve the learning obtained in practice and analyzed in the light of the literature, as well as reflecting on the impacts of the COVID-19 pandemic on health services, is necessary for the academic training of a future medical professional and necessary for all health service workers. Thus, this work aims to expose the experiences of the Internship in Urgency/Emergency SUS in the context of the COVID-19 pandemic. To develop this purpose, the SUS Urgency and Emergency Internship Report was used, a module taken in the fifth year of the Medicine course at the Federal University of Latin American Integration (UNILA), which took place in the period of June 23, 2020 to October 3, 2020 in the municipality of Foz do Iguaçu/PR. The internships took place in the UPA João Samek, UPA Walter Cavalcanti Barbosa and the following scenarios at the Padre Germano Lauck Municipal Hospital (HMPGL): Coronavirus Telephone Call, Respiratory Screening, Respiratory Emergency Room, UTDI (Infectious Diseases Therapy Unit) , COVID Infirmery, ICU (Intensive Care Unit) COVID and Clinical Emergency Room. In this context, we sought to address the most relevant topics for the urgency and emergency scenario, as initially the basic knowledge of the U/E network legislation and some essential procedures in the emergency department. In addition, clinical cases of the most prevalent pathologies in this scenario were presented, especially clinical cases of COVID-19, which presented the first high incidence in the municipality of Foz do Iguaçu/PR at the end of the first semester of 2020. The procedures and clinical cases were selected according to the particular judgment of the author of this work on learning priorities, which included: rapid sequence techniques of orotracheal intubation and clinical cases of pulmonary thromboembolism, pneumonia caused by COVID-19, ischemic stroke and inflammatory acute abdomen. Based on the cases presented and the experiences in the module, it was observed that theoretical knowledge of a pathology based on scientific evidence, coherent clinical reasoning and clinical experience are essential prerequisites for a medical professional to work in Urgent and Emergency scenarios.

Keywords: Boarding school. Medicine. Urgency. Emergency. COVID-19.

MILLAN SASSO, Ana Beatriz. **Pasantía de Emergencia Emergencia en el SUS: Reportes de experiencias y aprendizajes.** 2021. 55 páginas. Documento de Conclusión del Curso (Graduación en Medicina) - Universidad Federal de Integración Latinoamericana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMEN

Este trabajo de conclusión del curso tiene como objetivo exponer y discutir las experiencias vividas en las etapas de la Pasantía en Urgencia y Emergencia del SUS. Compartir y discutir experiencias de estas etapas como una forma de mejorar los aprendizajes obtenidos en la práctica y analizados a la luz de la literatura, así como reflexionar sobre los impactos de la pandemia COVID-19 en los servicios de salud, es necesario para la formación académica de un futuro profesional médico y necesario para todos los trabajadores de los servicios de salud. Así, este trabajo tiene como objetivo exponer las experiencias de la Pasantía en Urgencia / Emergencia SUS en el contexto de la pandemia COVID-19. Para desarrollar este propósito se utilizó el Informe de Pasantía de Urgencias y Emergencias del SUS, módulo cursado en el quinto año de la carrera de Medicina de la Universidad Federal de Integración Latinoamericana (UNILA), que se llevó a cabo en el período del 23 de junio de 2020 a 3 de octubre de 2020 en el municipio de Foz do Iguaçu / PR. Las pasantías se llevaron a cabo en la UPA João Samek, UPA Walter Cavalcanti Barbosa y los siguientes escenarios en el Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL): Llamada Telefónica de Coronavirus, Cribado Respiratorio, Urgencias Respiratorias, UTDI (Unidad de Terapia de Enfermedades Infecciosas), Enfermería COVID , UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) COVID y Urgencias Clínicas. En este contexto, se buscó abordar los temas más relevantes para el escenario de urgencia y emergencia, como inicialmente el conocimiento básico de la legislación de redes U/E y algunos procedimientos imprescindibles en el servicio de urgencias. Además, se presentaron los casos clínicos de las patologías más prevalentes en este escenario, especialmente los casos clínicos de COVID-19, que presentaron la primera alta incidencia en el municipio de Foz do Iguaçu/PR a fines del primer semestre de 2020. Los procedimientos y casos clínicos fueron seleccionados según el juicio particular del autor de este trabajo sobre prioridades de aprendizaje, que incluyeron: técnicas de secuencia rápida de intubación orotraqueal y casos clínicos de tromboembolismo pulmonar, neumonía por COVID-19, ictus isquémico y abdomen agudo inflamatorio. Con base en los casos presentados y las experiencias en el módulo, se observó que el conocimiento teórico de una patología basado en la evidencia científica, el razonamiento clínico coherente y la experiencia clínica son prerequisites esenciales para que un profesional médico trabaje en escenarios de Urgencia y Emergencia.

Palabras clave: Internado. Medicamento. Urgencia. Emergencia. COVID-19.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIT	Acidente Isquêmico Transitório
AVC	Acidente Vascular Cerebral
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
HBPM	Heparina de Baixo Peso Molecular
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
HNF	Heparina Não Fracionada
IOT	Intubação Orotraqueal
ISR	Intubação de Sequência Rápida
MOV	Monitoramento, Oxigenação e Veia
NIHSS	<i>National Institute of Health Stroke Scale</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
RT-PCR	<i>Reverse Transcription–Polymerase Chain Reaction</i>
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TREC	Tempo de Reenchimento Capilar
TVP	Trombose Venosa Profunda
UE	Urgência e Emergência
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTDI	Unidade de Terapia de Doenças Infecciosas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVO.....	13
3 JUSTIFICATIVA.....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 DESENVOLVIMENTO.....	16
5.1 A LEGISLAÇÃO DA REDE NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS	16
5.2 REGULAMENTO TÉCNICO DOS SISTEMAS ESTADUAIS DE U/E (PORTARIA GM Nº 2.048, DE 05/11/2002).....	17
5.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A REDE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DE FOZ DO IGUAÇU.....	21
6 PROCEDIMENTOS NA EMERGÊNCIA.....	22
6.1 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL DE SEQUÊNCIA RÁPIDA.....	22
7 CASOS CLÍNICOS.....	28
7.1. CASO CLÍNICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.....	28
7.2 CASO CLÍNICO DE PNEUMONIA VIRAL POR COVID-19	39
7.3 CASO CLÍNICO DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO... ..	43
7.4 CASO CLÍNICO DE ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO – COLECISTITE ..	49
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS.....	54

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso destina-se a expor, e discutir as experiências vividas nos estágios do Internato em Urgência e Emergência do SUS. Os estágios abordados neste trabalho passaram-se no período de 23 de junho de 2020 a 03 de outubro de 2020. Foram realizados nos cenários UPA João Samek, UPA Walter Cavalcanti Barbosa e nos seguintes cenários do Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL): Plantão Telefônico do Coronavírus, Triagem Respiratória, Pronto Socorro Respiratório, UTDI (Unidade de Terapia de Doenças Infecciosas), Enfermaria COVID e UTI (Unidade de Terapia Intensiva) COVID e Pronto-Socorro Clínico.

O internato é o período dos dois últimos anos de uma faculdade de medicina, destinados à atuação prática do estudante. A vivência de cenários de urgência e emergência é essencial ao futuro profissional médico, pois lida-se com pacientes potencialmente críticos ou críticos, o que demanda raciocínio clínico em tempo hábil e condutas assertivas, associadas a bom senso do profissional.

2 OBJETIVO

1.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste trabalho de conclusão de curso é expor as vivências do Internato em Urgência/Emergência do SUS no contexto da pandemia da COVID-19.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos compreendem:

- Descrever a rede municipal de atenção às urgência e emergência de Foz do Iguaçu/PR e suas atribuições de acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências;
- Descrever alguns procedimentos mais frequentes na rotina do departamento de emergência;
- Relatar e discutir casos clínicos de diversas patologias frequentes no departamento de emergência;
- Expor conhecimentos e experiências adquiridas durante o estágio de Internato em Urgência e Emergência do SUS no contexto da pandemia da COVID-19.

3 JUSTIFICATIVA

A realização deste trabalho justifica-se na necessidade de compartilhar e discutir experiências como forma de aprimoramento do aprendizado obtido na prática e analisado à luz da literatura. Além disso, o registro desse momento singular na vida de um estudante de medicina em um contexto dos serviços de saúde totalmente fora do habitual com a pandemia da COVID-19 despertará reflexões em momentos futuros do que é o exercício da medicina em cenários caóticos e a análise crítica do cenário de saúde antes e depois da pandemia.

4 METODOLOGIA

Este trabalho foi desenvolvido com o Relatório de Internato de Urgência e Emergência do SUS. O módulo foi cursado no quinto ano do curso de Medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), que passou-se no período de 23 de junho de 2020 a 03 de outubro de 2020 no município de Foz do Iguaçu/PR.

Para o desenvolvimento do trabalho buscou-se abordar os temas mais relevantes para o cenário de urgência e emergência, como inicialmente o conhecimento básico da legislação da rede de U/E e alguns procedimentos essenciais no departamento de emergência. Além disso, foram apresentados casos clínicos das patologias mais prevalentes neste cenário, sobretudo casos clínicos de COVID-19, que apresentou a primeira alta da incidência no município de Foz do Iguaçu/PR no período do final do primeiro semestre de 2020.

Os cenários de estágio que foram relatados casos neste relatório foram UPA João Samek, UPA Walter Cavalcanti Barbosa, e os seguintes setores do Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL): Plantão Telefônico do Coronavírus, Triagem Respiratória, Pronto Socorro Respiratório, UTDI (Unidade de Terapia de Doenças Infecciosas), Enfermaria COVID e UTI (Unidade de Terapia Intensiva) COVID e Pronto Socorro Clínico.

Os casos foram selecionados de acordo com o interesse no assunto a ser abordado e conforme julgamento particular da autoria deste trabalho sobre prioridades de aprendizado. Foram mantidos os princípios éticos, de forma que não foram divulgadas informações que permitam identificação dos pacientes.

5 DESENVOLVIMENTO

5.1 A LEGISLAÇÃO DA REDE NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

5.1.1 A Política Nacional de Atenção às Urgências

Principais portarias que regulamentam a Política Nacional de Atenção às Urgências:

- A. **Portaria GM nº 2.048, de 05/11/2002:** Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Este regulamento de caráter nacional estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área.
- B. **Portaria GM nº 1863, de 29/09/2003:** Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
- C. **Portaria GM nº 1.864, de 29/09/2003:** Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192.
- D. **Portaria GM nº 2072, de 30/10/2003:** Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências.
- E. **Portaria GM nº 1.828, de 02/09/2004:** Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.
- F. **Portaria GM nº 2.657, de 16/12/2004:** Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192.
- G. **Portaria GM nº 1.600, de 07/07/2011:** Reformula a Política Nacional de

Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

5. 2 REGULAMENTO TÉCNICO DOS SISTEMAS ESTADUAIS DE U/E (PORTARIA GM Nº 2.048, DE 05/11/2002)

5.2.1 Atendimento Pré-Hospitalar Fixo

O Atendimento Pré-Hospitalar Fixo é aquela assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.

Este atendimento é prestado por: unidades básicas de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências (UPA) e pelos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel.

Em outras palavras, é todo serviço não hospitalar + SAMU (e SIATE para trauma no caso de Foz do Iguaçu)..

5.2.2 Atendimento à Urgência nas UBSs

É fundamental que a atenção primária e o Programa de Saúde da Família se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência. Esse atendimento deve ser feito até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário.

Quanto à estrutura física, as UBSs deve possuir os materiais: Ambú adulto e infantil com máscaras, jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil), sondas de aspiração, oxigênio, aspirador portátil ou fixo, material para punção venosa, material

para curativo, material para pequenas suturas, material para imobilizações (colares, talas, pranchas). Além disso, diferente da realizada vista em UBSs, cita colar cervical e prancha para imobilização, material que no município conta-se com o serviços de atendimento móveis às urgências/emergências.

Da lista de medicamentos essenciais citados na portaria GM Nº 2.048 para suporte de urgência e emergência numa UBS, têm-se analgésicos (Meperidina como único opioide), antiinflamatórios (diclofenaco sódico e corticoides), medicamentos para controle de crise asmática (não citado nenhum beta-2 agonista de rápida ação, como o Salbutamol, apenas Ipratrópio, mas de uma forma geral as UBSs possuíam fenoterol para nebulização antes da pandemia), crise epiléptica (diazepam, fenitoína, fenobarbital), adrenalina, amiodarona, dobutamina, lidocaína, isossorbida, dentre outras.

5.2.3 Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências

Estas unidades, que são as chamadas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que devem funcionar nas 24 horas do dia, devem estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade. São estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família e as Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, com importante potencial de complacência da enorme demanda que hoje se dirige aos pronto socorros, além do papel ordenador dos fluxos da urgência.

Estas Unidades devem contar, no mínimo, com equipe de saúde composta por médico e enfermeiro nas 24 horas para atendimento contínuo de clínica médica e clínica pediátrica.

Nos casos em que a estrutura loco regional exigir, poderá ser ampliada a equipe, contemplando as áreas de clínica cirúrgica, ortopedia e odontologia de urgência.

Estas Unidades devem contar com suporte ininterrupto de laboratório de patologia clínica de urgência, radiologia, os equipamentos para a atenção às urgências, os medicamentos definidos por esta portaria, leitos de observação de 06

a 24 horas, além de acesso a transporte adequado e ligação com a rede hospitalar através da central de regulação médica de urgências e o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.

5.2.4 Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências

As Unidades Hospitalares de Atendimento em Urgência e Emergência são classificadas em:

1. Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I: São aquelas instaladas em hospitais gerais de pequeno porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1).
2. Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II: São aquelas instaladas em hospitais gerais de médio porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao segundo nível de assistência hospitalar da média complexidade (M2). Precisa ter em seu corpo clínico Médico Clínico Geral, Pediatra, Ginecologista-Obstetra, Cirurgião Geral, Traumato-Ortopedista, Anestesiologista e Assistente Social. Além disso, deve haver na sua estrutura centro cirúrgico e centro obstétrico, além de enfermarias para as áreas de atuação mencionadas.
3. Unidades de Referência em Atendimentos às Urgências e Emergências: são aquelas instaladas em hospitais, gerais ou especializados, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente à M3 e à alta complexidade, de acordo com sua capacidade instalada, especificidade e perfil assistencial. São classificadas em I, II e III, com requisitos de recursos humanos e técnicos de acordo com o nível, mas no nível I já se requer especialidades como cirurgia cardiovascular e intensivista.

5.2.5 Serviço de Atendimento Móvel às Urgências

O SAMU(192) é definido como “componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências” (Portaria GM nº 2.048, de 05/11/2002).

A Central de Regulação de Urgências do SAMU será composta por:

I - Médicos com capacitação em regulação médica das urgências (Médicos Regularadores): são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a solicitações dos usuários, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente.

II - Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM); e

III - Radio-Operador (RO).

As Unidades Móveis para atendimento de urgência podem ser das seguintes espécies:

I - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB): tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;

II - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA): tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;

III - Equipe de Aeromédico: composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;

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

V - Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em

enfermagem com treinamento para condução de motolância; e

VI - Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

Situações excepcionais serão analisadas pela área técnica da Coordenação-Geral de Urgências e Emergências do Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde (CGUE/DAE/SAS/MS), no sentido de se disponibilizar o tipo de Unidade Móvel mais adequado às peculiaridades regionais.

5.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A REDE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DE FOZ DO IGUAÇU

Foz do Iguaçu conta uma rede pré-hospitalar de UBSs, 2 UPAs, SAMU e SIATE (Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência), serviço prestado pelo Corpo de Bombeiros. Na sua rede hospitalar conta com três hospitais que atendem pelo SUS, sendo que o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) atende exclusivamente pelo SUS e é referência para os 9 municípios da nona regional de saúde e os outros dois são referências particulares conveniadas com o SUS. Os casos de obstetrícia, cardiologia e clínica de hemodiálise são referenciados para o Hospital Ministro Costa Cavalcanti; já os casos de psiquiatria estão sendo temporariamente referenciados para a o Hospital Cataratas.

Com a pandemia do novo coronavírus, todos os casos que envolvem sintomas respiratórios são atendidos sob demanda espontânea nas UBSs, UPAs João Samek e Walter Cavalcanti Barbosa o Pronto Atendimento Respiratório do Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Casos com sintomas mais leves podem passar pela Telemedicina através de contato telefônico com o Plantão Coronavírus.

6 PROCEDIMENTOS NA EMERGÊNCIA

6.1 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL DE SEQUÊNCIA RÁPIDA

6.1.1 Indicações de IOT

As indicações de IOT são (ARNAUD; MARTINS, 2017):

1. Instabilidade hemodinâmica grave
2. Parada cardiorrespiratória
3. Parada respiratória ou significativa hipoventilação
4. IRpA que evolui com fadiga da musculatura respiratória
5. IRpA associada a doenças neuromusculares
6. Obstrução das vias aéreas
7. Hipoxemia grave e refratária ao tratamento com medidas menos invasivas
8. Trabalho respiratório excessivo
9. Redução da pressão intracraniana
10. Rebaixamento do nível de consciência - GCS menor que 9.
11. Paciente incapaz de deglutir e de expelir as próprias secreções - risco de broncoaspiração

Na prática, o que é o mais importante gravar dessa lista de indicações é

- Instabilidade hemodinâmica grave,
- Rebaixamento do nível de consciência (GCS 8 ou menor),
- Hipoxemia e esforço respiratório refratários à oxigenoterapia.

6.1.2 Descrição da técnica

A Intubação de Sequência Rápida (ISR) é a melhor e a mais segura técnica de intubação orotraqueal (IOT) realizada na Emergência. A ISR tem como característica básica a administração de um hipnótico e um bloqueador neuromuscular, após uma pré-oxigenação, sem precisar realizar ventilação pulmonar (“ambuzar”). Dessa maneira, tenta-se evitar a distensão gástrica, uma vez que, pelo próprio caso emergencial, assume-se que o paciente está com estômago cheio, com

alta possibilidade de regurgitação e aspiração pulmonar. A infusão das drogas é feita realmente de forma rápida, uma seguida da outra, tentando-se colocar o tubo endotraqueal no menor tempo possível (ARNAUD; MARTINS, 2017)

Os materiais necessários para o procedimento de IOT são (MARINHO; OLIVEIRA, 2012):

- Equipamentos de proteção individual (EPIs) – máscara, gorro, óculos, luvas de procedimento;
- Cânula traqueal- tudo 7,5 a 8,0 para mulheres e 8,0 a 8,5 para homens;
- Fio-guia;
- 2 laringoscópios + lâminas curva (Macintosh) ou reta (Miller) de todos os tamanhos, se possível;
- Oxímetro de pulso;
- Estetoscópio;
- Material para aspiração;
- Máscara com válvula unidirecional e bolsa-reservatório;
- Drogas para sedação e bloqueio neuromuscular.
- Material de apoio e para via área falha: Fio guia, bougie, máscara laríngea, material para cricotireoidostomia de emergência.

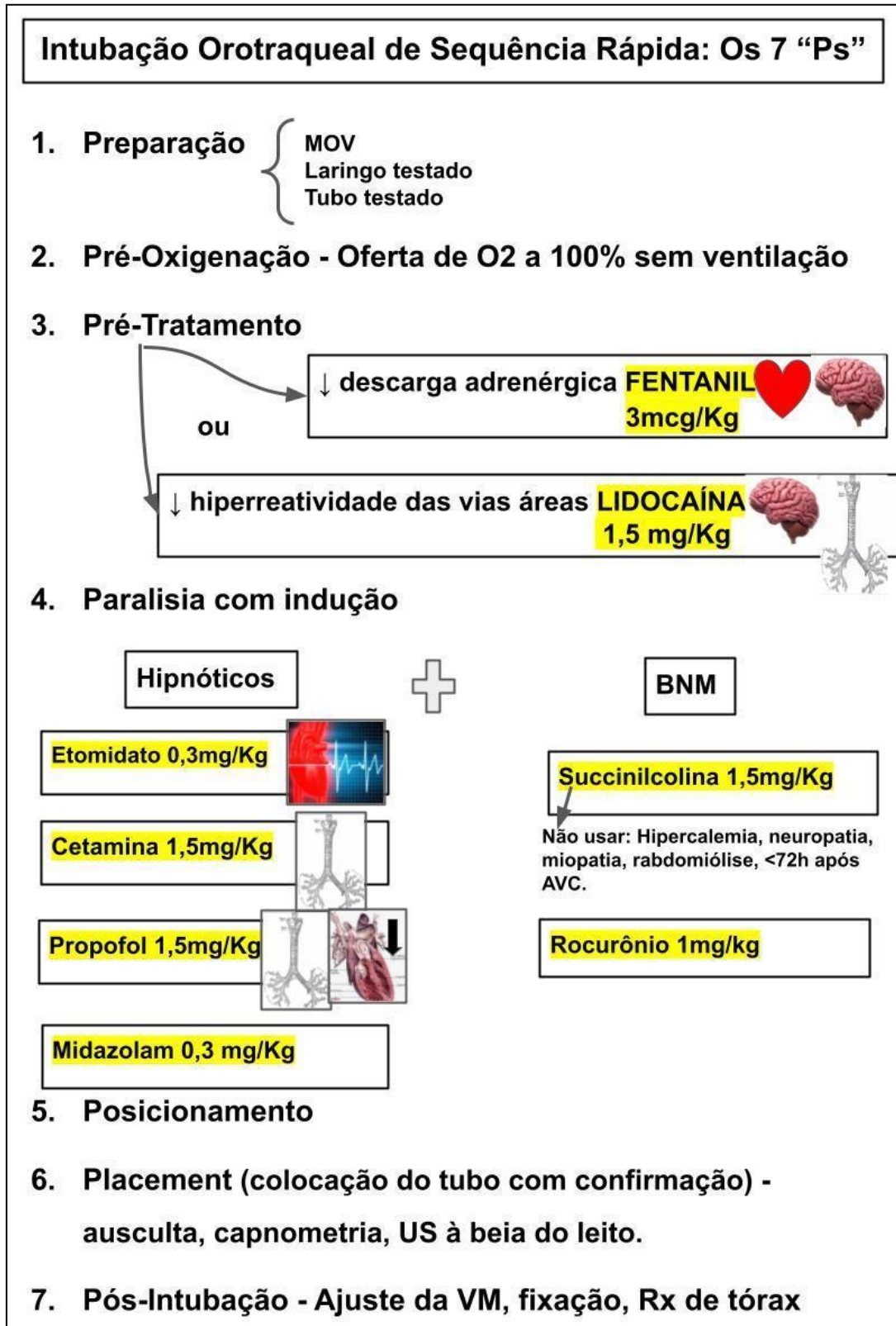
Costuma-se dividir a Intubação de Sequência Rápida em 7 passos- Os 7 “Ps” (ARNAUD; MARTINS, 2017):

1. Preparo: Paciente com MOV + definição das drogas a serem usadas com seringas identificadas + checar funcionamento do laringoscópio + tubo testado + aspirador montado e testado + ventilador mecânico com circuitos montados, se possível.
2. Pré-oxigenação: é a oferta de O₂ a 100% com máscara com válvula unidirecional e bolsa-reservatório, sem realizar a ventilação, para que o paciente consiga manter-se por maior tempo em apneia durante a laringoscopia e a passagem do tubo.
3. Pré-tratamento: Consiste na administração de drogas para reduzir os efeitos indesejáveis da laringoscopia e intubação. Existem 2 drogas mais utilizadas: Fentanil (analgésico opioide) e a Lidocaína (anestésico). Essas drogas devem ser administradas 3 minutos antes da intubação. As doses e os lembretes das principais indicações desses fármacos estão contidos na Figura 01.

4. Paralisia com indução: Nessa etapa é administrada uma droga hipnótica seguida de um bloqueador neuromuscular (BNM) em bolus e de forma rápida. Drogas hipnóticas: Etomidato, Cetamina, Propofol e Midazolan. BNM: Succinilcolina, Rocurônio.
5. Posicionamento: Colocar coxins na região occipital e hiperextender a cabeça do paciente para alinhar o lobo da orelha com a região do manúbrio esternal, para que a via aérea fique retificada.
6. Placement:
 - a. Após a constatação do bloqueio neuromuscular com a movimentação flácida da mandíbula, faz-se a laringoscopia tentando visualizar as cordas vocais.
 - b. Passar a extremidade distal do tubo até 5 a 7cm acima da carina (USP, 2014), ou, conforme até a rima medida previamente da distância cavidade oral - manúbrio esternal ou com a visualização da a passagem do cuff pelas cordas vocais ou até a rima 22.
 - c. Encher o balonete com ar.
 - d. Confirmação inicial da posição do tubo: Ausculta 5 pontos: epigástrico -> base pulmonar esquerda -> base pulmonar direita -> campo médio-axilar esquerdo -> campo médio axilar direito (lembrar que primeiro precisa prevenir distensão gástrica se intubação esofágica e o brônquio direito é mais retificado e o tubo passa mais fácil por lá se for uma intubação seletiva). Além disso, fala-se em capnografia, mas este recurso não é acessível.
7. Pós-Intubação:
 - a. Fixação do tubo com uma fita amarrada ao tubo e fixada ao paciente para evitar uma extubação acidental.
 - b. Coloca-se o paciente em VM e se mantém toda a monitorização.
 - c. Rx de tórax para verificar a posição do tubo (extremidade distal 3 a 5 com da carina) e diagnosticar complicações (pneumotórax).

A Figura 01 traz um resumo da ISR e as principais drogas a serem utilizadas.

Figura 01. Resumo da ISR e as principais drogas a serem utilizadas.



Fonte: Autoria própria.

Referência: ARNAUD; MARTINS, 2017.

6.1.3 Princípios de Ventilação Mecânica na Emergência

Após IOT checada e adequação do posicionamento da cânula orotraqueal, deve-se ajustar o ventilador, e para tanto é necessário avaliar a intensidade do suporte ventilatório requerido (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE VENTILAÇÃO MECÂNICA, 2013; MARTINS et al., 2017):

- Modo de VM: A/C a Volume ou Pressão para pacientes inconscientes e sem tônus respiratório (por sedação ou RNC). Para definir se é a volume ou pressão, vai conforme o domínio que o operador tem do módulo.
- FiO₂ inicialmente sempre a 100%;
- Volume corrente: 6 a 10mL/Kg; Asma e DPOC: 6mL/Kg; SARA: 4-6mL/kg. Fórmula de peso predito ideal: Homem: (Altura – 100) x 0.90; Mulher: (Altura – 100) x 0.85.
- Evitar elevados picos de pressão.
- Manutenção da pressão de platô abaixo de 35 cmH₂O, pois essa é a que reflete a pressão real que está sendo atingida nos alvéolos.
- FR: Entre 10 e 15 irpm (protocolo de COVID do Ministério da Saúde preconiza em torno de 20-24 irpm);
- PEEP: Inicialmente em torno de 3 - 5 cmH₂O. Deve ser ajustada conforme a doença de base, mas pelo menos cerca de 5 cmH₂O devem ser garantidos.
- Deve-se regular o Back-Up de Apneia e os parâmetros específicos de apneia se disponíveis no equipamento.

É importante ressaltar que os momentos que sucedem a instalação de ventilação com pressão positiva são importantíssimos pela potencialidade de eventos possíveis como hipotensão, pneumotórax, bradicardia, isquemia coronariana, PCR etc., de modo que é uma fase crítica do tratamento desses pacientes, não podendo se esquecer de proceder aos ajustes e adequações de ventilação, assim como monitorizar PA, FC, oximetria de pulso, coletar gasometria arterial, confirmar posicionamento do tubo, obter radiografia de tórax e examinar cuidadosamente o paciente (MARTINS et al., 2017).

O ajuste posterior deve ser feito após interpretação dos resultados do Rx, gasometria arterial com resposta inicial, para correção da hipoxemia e/ou

hipercapnia.

6.1.4 Considerações sobre a prática

Foi observado nos estágios em todos os setores a aplicação correta do protocolo de sequência rápida de intubação e a importância do envolvimento da equipe multiprofissional durante o processo para melhor otimização do processo. Apesar disso, existem condições anatômicas e clínicas que podem gerar intercorrências durante a intubação, e foi evidente na prática a diferença na velocidade de dessaturação de um paciente com comprometimento pulmonar extenso em relação a um paciente intubado por qualquer outra indicação.

7 CASOS CLÍNICOS

7.1. CASO CLÍNICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

7.1.1. Relato de Caso

O caso a seguir relatado foi visto na Enfermaria COVID em 02/07. É um exemplo complexo de COVID-19 combinada a condições clínicas muito desfavoráveis: Obesidade, Diabetes Mellitus, pós-operatório recente, imobilidade e internação por período prolongado.

Identificação: R. A. M., 58 anos, sexo feminino.

História da Doença Atual.: Paciente admitida no HMPGL em 18/04/2020 por drenagem de secreção fecalóide de ferida operatória de cirurgia de herniorrafia incisional umbilical estrangulada. A cirurgia foi realizada em fevereiro de 2020, no Paraguai, e desde então ficou internada.

Nos dias 25/06 e 26/06 foi submetida a laparotomia exploradora, transversostomia em alça, peritoneostomia e reconstrução da parede abdominal pela cirurgia plástica.

No dia 24/06/2020, ainda internada no HMPGL, iniciou com tosse seca que evoluiu para tosse produtiva 3 dias depois; nega dispneia, febre, dor de garganta, coriza, náuseas, vômitos, diarreia e cefaleia.

No momento da admissão, refere persistência da tosse produtiva e nega outras queixas.

RT-PCR para COVID-19 positivo em 30/06/2020.

História Patológica Progressa.: A paciente é obesa, tem histórico de diabetes *mellitus* em tratamento irregular, herniorrafia umbilical há 10 anos e hernioplastia umbilical com tela há 6 anos.

Exame Físico:

Bom estado geral, lúcida e orientada em tempo e espaço, anictérica, acianótica, afebril, normocorada, hidratada.

Sinais vitais: Temperatura axilar 36,8° C; FR 18 irpm; FC 91 bpm; PA 130/80 mmHg; SatO2 96% em ar ambiente.

Sistema Cardiovascular: Ritmo regular, bulhas normofonéticas, em 2 tempos, sem

sopros. Pulsos periféricos presentes e simétricos, TREC<3s.

Sistema Respiratório: Eupneica em ar ambiente, sem sinais de esforço respiratório.

Ausculta com murmúrio vesicular uniformemente audível, sem ruídos adventícios.

Abdome: Abdome globoso, ruídos hidroaéreos presentes, flácido. Presença de ferida operatória na linha mediana do abdome com ausência de secreção e hematomas.

Presença de transverstostomia funcionante.

Membros: Ausência de edema; panturrilhas livres.

Exames Complementares:

Exames laboratoriais de 30/06: KTTTP 40,5; TAP 14,5; INR 1,25.

Exames laboratoriais de 02/07: Hb 11,30; Ht 34,10; RDW 15,60; anisocitose +; Leucócitos 8.150 sem desvio; Plaq. 532.000; Mg 2,5; Na 137; K 4,4; ureia 26, creatinina 0,50, PCR 6,3.

O laudo da Tomografia Computadorizada de Tórax com Contraste realizado em 02/07/2020: Falha de enchimento do ramo segmentar para o segmento basal posterior do lobo inferior direito e para os segmentos basal posterior e basal lateral do lobo inferior esquerdos. Conclusão: Achados compatíveis com tromboembolismo pulmonar para segmentos basal posterior do lobo inferior direito e segmentos basal posterior e basal lateral do lobo inferior esquerdo.

As medicações em uso pela paciente no momento da admissão era:

- Meropenem + Vancomicina (ambos D19, de 21 dias)
- Enoxaparina em dose profilática de TEP/TVP(40mg/dia).
- Também, estavam prescritos protetor gástrico, insulina regular e NPH;
- Dieta oral livre;
- Cuidados de enfermagem como lavagem da ferida operatória com soro fisiológico 0,9% e troca de curativo diário;
- Recomendação do uso de cinta elástica e deambulação.

Avaliação: Recebo paciente COVID positiva hemodinamicamente estável sem droga vasoativa, eupneica em ar ambiente, com quadro de tosse produtiva. TC de tórax com contraste aponta embolia pulmonar. Exames laboratoriais apontam leve anemia, plaquetose e INR dentro dos limites para um paciente em uso de doses

profiláticas de enoxaparina.

Conduta:

- Início Enoxaparina em dose plena (80mg 2x/dia) devido à TEP;
- Mantenho antibioticoterapia;
- Manutenção da dieta oral livre,
- Realizar lavagem da FO com SF 0,9% diariamente conforme orientado pela cirurgia, Orientado uso de cinta abdominal
- Vigilância do padrão respiratório e dos sinais vitais,
- Manter demais cuidados
- Sem previsão de alta no momento.

7.2 Considerações sobre o caso

Imobilidade por tempo prolongado e cirurgia recente são fatores de alto risco para fenômenos tromboembólicos, tanto que entra como fator a ser considerado nos Escores Pré-Teste de Wells ou o de Genebra para a investigação de Tromboembolismo Pulmonar (TEP). Durante a discussão será utilizado o escore de Wells porque na prática é o mais utilizado e que é citado no Consenso Brasileiro de TEP (2010), apesar de que o Genebra ser o recomendado pela última Diretriz de Tromboembolismo Pulmonar da European Society of Cardiology.

As principais hipóteses a serem levantadas para o caso foram o de pneumonia viral (paciente COVID positiva por PCR recente) e Tromboembolismo Pulmonar, embora ela não possuísse os aspectos clássicos de uma pneumonia e de uma TEP. Como foi confirmada a COVID, outras hipóteses mais comuns em tempos normais como resfriado comum e gripe comum não entraram no diagnóstico diferencial.

A pneumonia (no caso, pneumonia adquirida no hospital) deve fazer parte do diagnóstico diferencial em todos os pacientes com tosse seca ou produtiva, febre, expectoração, dor torácica, dispneia com internação há mais de 48 horas. A possibilidade de pneumonia é significativamente excluída com ausência de alteração de sinais vitais e ausência de alterações no exame físico. Contudo, em idosos, indivíduos imunocomprometidos ou com doença de base grave, o limiar para pensar

em pneumonia deve ser baixo (MARTINS; GIMENEZ, 2016).

Em pacientes com queixas respiratórias significativas e radiografia normal, especialmente neutropênicos, pacientes muito desidratados, com história e exame físico muito sugestivos de infecção pulmonar, devem ser submetidos a novo Raio-X de tórax em 24 a 48h (MARTINS; GIMENEZ, 2016). Com a pandemia de COVID-19, a conduta frequentemente adotada é solicitar TC de tórax sem contraste após um Raio-X de tórax normal ou já iniciar a investigação com uma tomografia.

Quanto à TEP, os achados clínicos no TEP extremamente variáveis e vão desde poucos sintomas leves até instabilidade hemodinâmica. A Tríade Clássica do TEP (dispneia, dor torácica pleurítica e hemoptise) ocorre na minoria dos casos (BRANDÃO NETO *et al.*, 2019). Em alguns casos a doença é detectada em pacientes completamente assintomáticos em investigação de outras doenças (ESC, 2019). Uma das principais formas de apresentação de TEP é a dispneia inexplicada por achados de ausculta, alterações no eletrocardiograma (ECG) ou radiografia de tórax (BRANDÃO NETO *et al.*, 2019). No caso analisado, a paciente possuía apenas tosse seca.

Quanto ao exame físico, a maioria dos pacientes não têm alterações ao exame físico, como o caso da paciente, mas é importante pesquisar achados de TVP, distensão venosa jugular, achados sugestivos de hipertensão pulmonar (B2 hiperfonética e sopro em foco tricúspide). Sibilos ou estertores bilaterais tornam possível um diagnóstico alternativo de broncoespasmo ou de pneumonia, mas não excluem TEP (BRANDÃO NETO *et al.*, 2019). A paciente não se encontrava com alterações sugestivas de hipertensão pulmonar.

Além disso, a paciente encontrava-se hemodinamicamente estável, o que é importante ser avaliado na classificação funcional do risco do TEP, de acordo com Terra-Filho *et al.*, (2010):

- **TEP de risco alto** ou **maciça**: é aquela que se acompanha de colapso circulatório (hipotensão e choque, ou seja, PAS < 90 mmHg ou queda da PAS em mais de 40 mmHg do basal, por um tempo maior que 15 minutos), ou ainda hipotensão com necessidade de uso de inotrópicos, desde que a instabilidade não seja justificada por outro fator
- **TEP de risco intermediário** ou **submaciça**: é a que apresenta sobrecarga do coração direito, preservando a circulação sistêmica;

- **TEP de risco baixo** é a focal, subpleural, sem comprometimento significativo das circulações pulmonar e sistêmica .

A importância dessa classificação acima é agir quando existem condições que elevem o risco de óbito do paciente, que pode ser desencadeado por 2 mecanismos principais (BRANDÃO NETO et al., 2019):

- Choque obstrutivo por oclusão abrupta da a. pulmonar: a pressão arterial pulmonar e a resistência vascular pulmonar aumentam, levando à dilatação ventricular direita, à redução da pré-carga para o ventrículo esquerdo;
- Efeito isquêmico no sistema de condução His-Purkinjje por redução da pré-carga para o ventrículo esquerdo.

No caso em questão não foi solicitado o exame de D-Dímero para investigar a possibilidade de TEP, mas o exame viria com um falso positivo, porque eles são muito sensíveis, mas pouco específicos, tanto que na tabela abaixo mostra as situações de falso-negativo e falso positivo na Figura 02. Os D-dímeros são produzidos quando a enzima plasmina inicia o processo de degradação de um coágulo (fibrina).

Figura 02. Tabela de variáveis que interferem na interpretação dos D-dímeros.

TABELA 6 Variáveis que interferem na interpretação dos D-dímeros

D-Dímero falso-negativo (D-dímero normal e EP presente)

- Sintomas de EP com vários dias de duração antes de procurar o DE (especialmente, acima de 3 dias)
- Êmbolo muito pequeno (raro)
- Uso de exame baseado no látex (por isso, esse método deve ser abandonado)
- Paciente já em uso de anticoagulante

D-Dímero falso-positivo (D-dímero positivo e EP ausente)

- Câncer ativo (sobretudo, em uso de QT ou RT ou com metástase)
- Cirurgia ou trauma recentes
- Infecção atual
- Trombose arterial recente
- IAM ou AVC recentes
- Fibrilação atrial
- Sangramento recente
- Crise alérgica na doença falciforme
- Vasculite

Fonte: MARTINS *et al.* (2016).

Após essa revisão de literatura sobre a apresentação clínica da embolia

pulmonar, apresenta-se um Fluxograma (Figura 03) de como seria o manejo dessa condição clínica, baseado em BRANDÃO NETO *et al.*, 2019 e nas Diretrizes de TEP da ESC 2019.

Figura 03. Fluxograma do diagnóstico e tratamento do Tromboembolismo Pulmonar

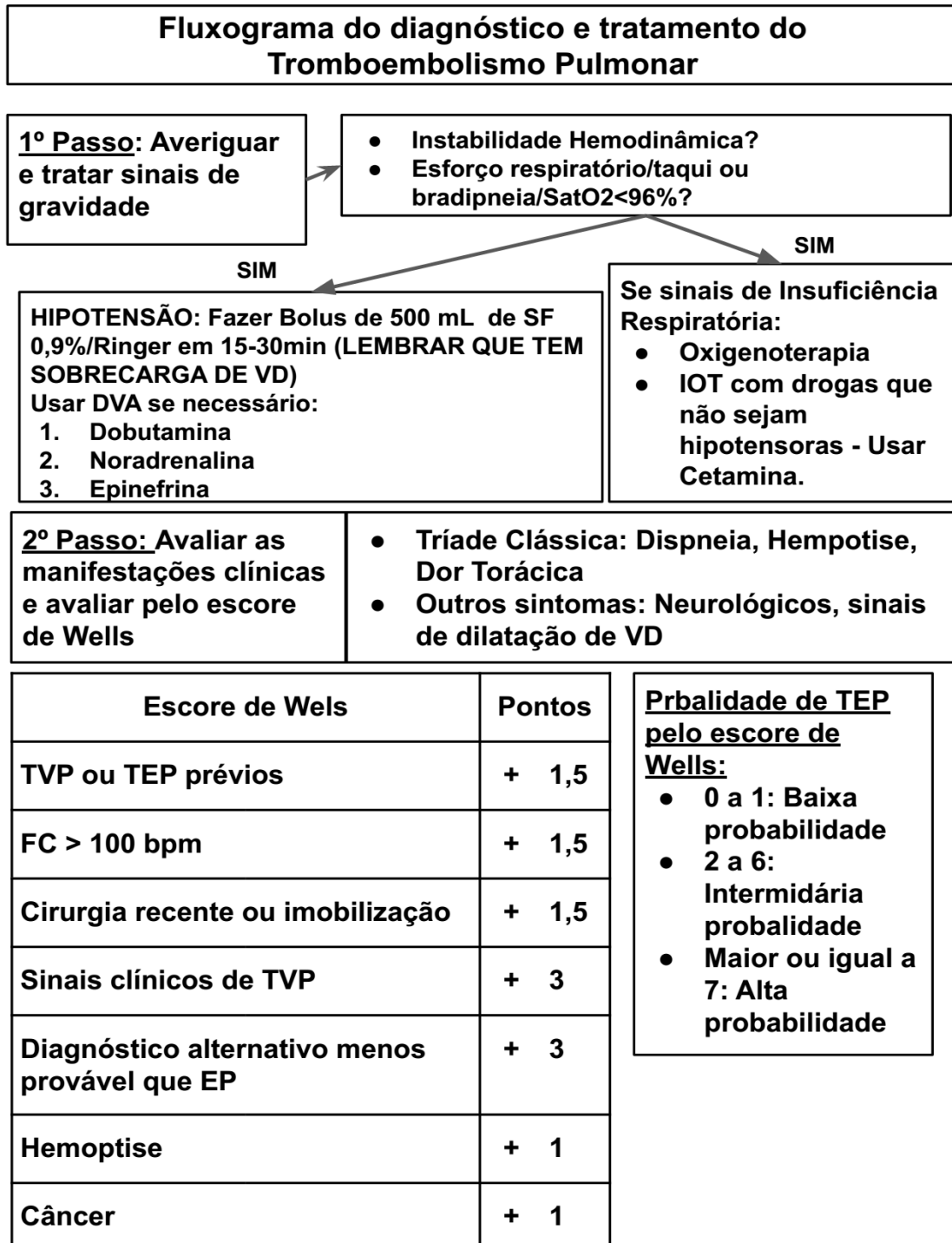


Figura 03. Fluxograma do diagnóstico e tratamento do Tromboembolismo Pulmonar (Continuação)

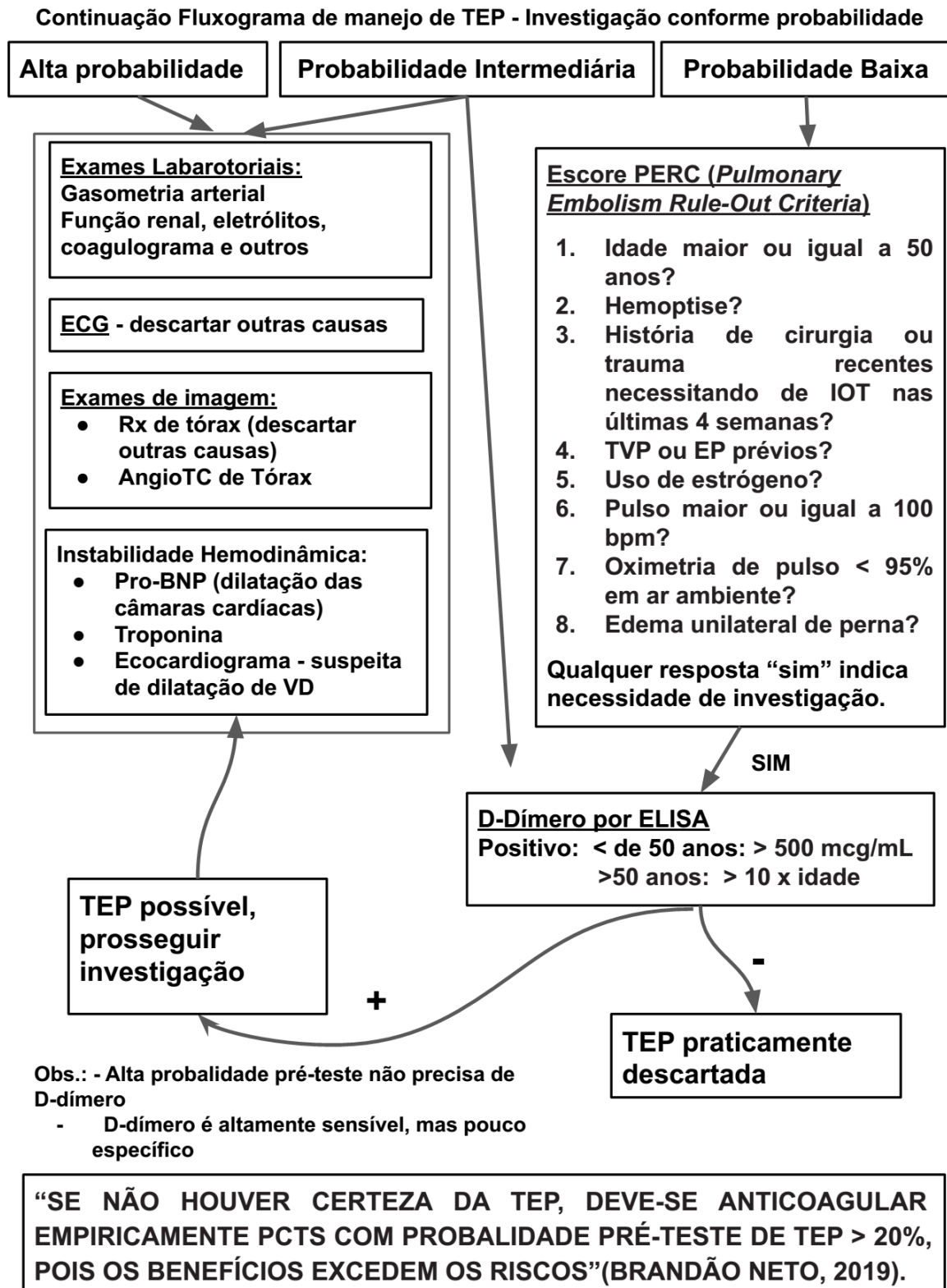


Figura 03. Fluxograma do diagnóstico e tratamento do Tromboembolismo Pulmonar (Continuação)

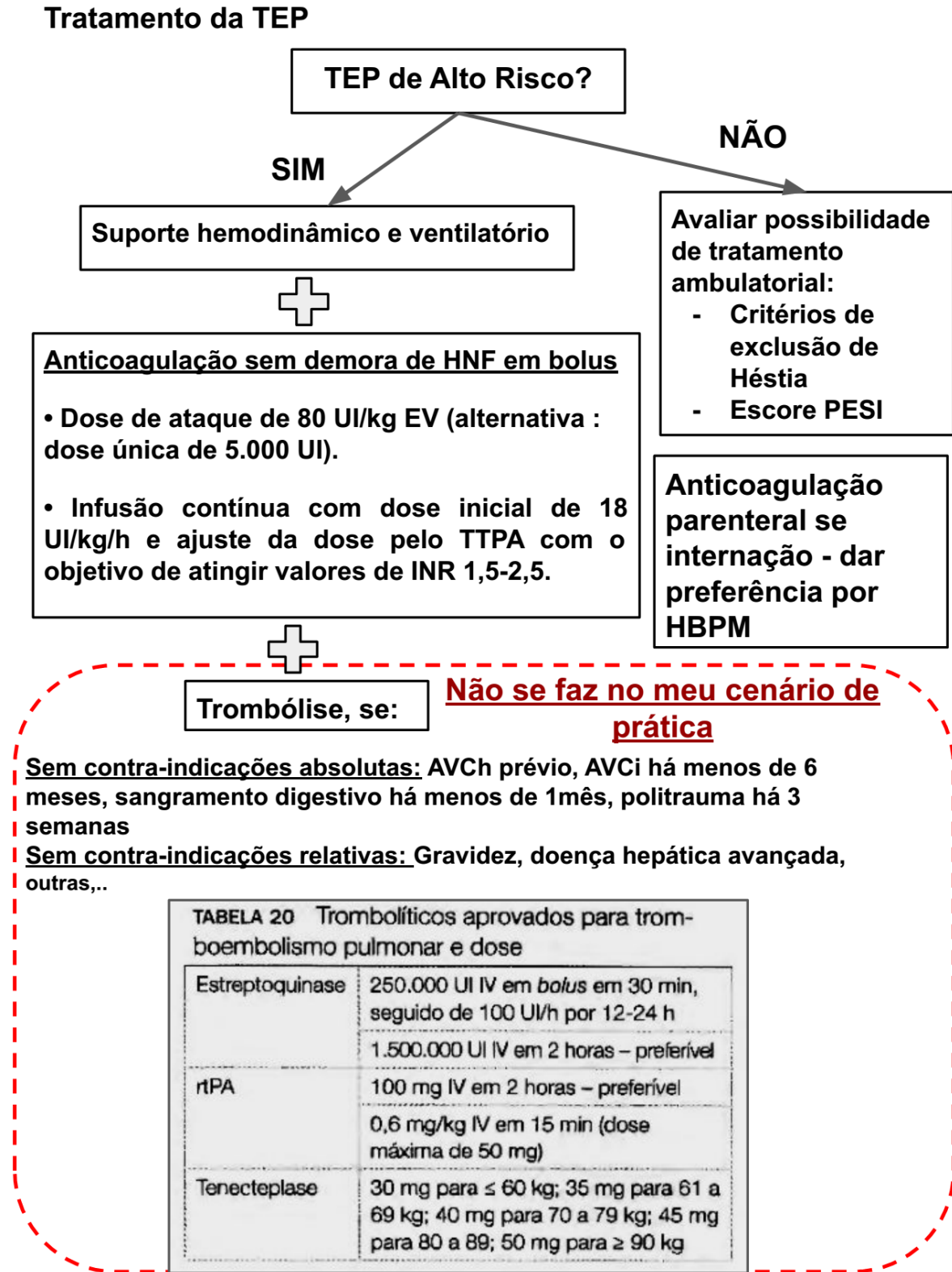


Figura 03. Fluxograma do diagnóstico e tratamento do Tromboembolismo Pulmonar (Continuação)

Crítérios de exclusão de Héstita para o tratamento da embolia pulmonar nos doentes de ambulatório (qualquer resposta “sim” impossibilita alta hospitalar precoce):

- A. O doente está hemodinamicamente instável?
- B. É necessário efetuar trombólise ou embolectomia? Hemorragia ativa ou risco elevado de hemorragia?
- C. Mais do que 24 h de necessidade de oxigénio para manter a saturação de oxigénio > 90%?
- D. A EP foi diagnosticada durante a terapêutica anticoagulante?
- E. Dor grave com necessidade de analgésicos e.v. durante mais de 24h?
- F. Razões médicas ou sociais para o tratamento no hospital durante mais de 24h (infecção, neoplasia, ausência de suporte social)?
- G. O doente tem ClCr < 30 mL/min?
- H. O doente tem insuficiência hepática grave?
- I. A doente está grávida?
- J. O doente tem história documentada de trombocitopenia induzida por heparina?

TABELA 9 Índice de gravidade da embolia pulmonar (PESI)

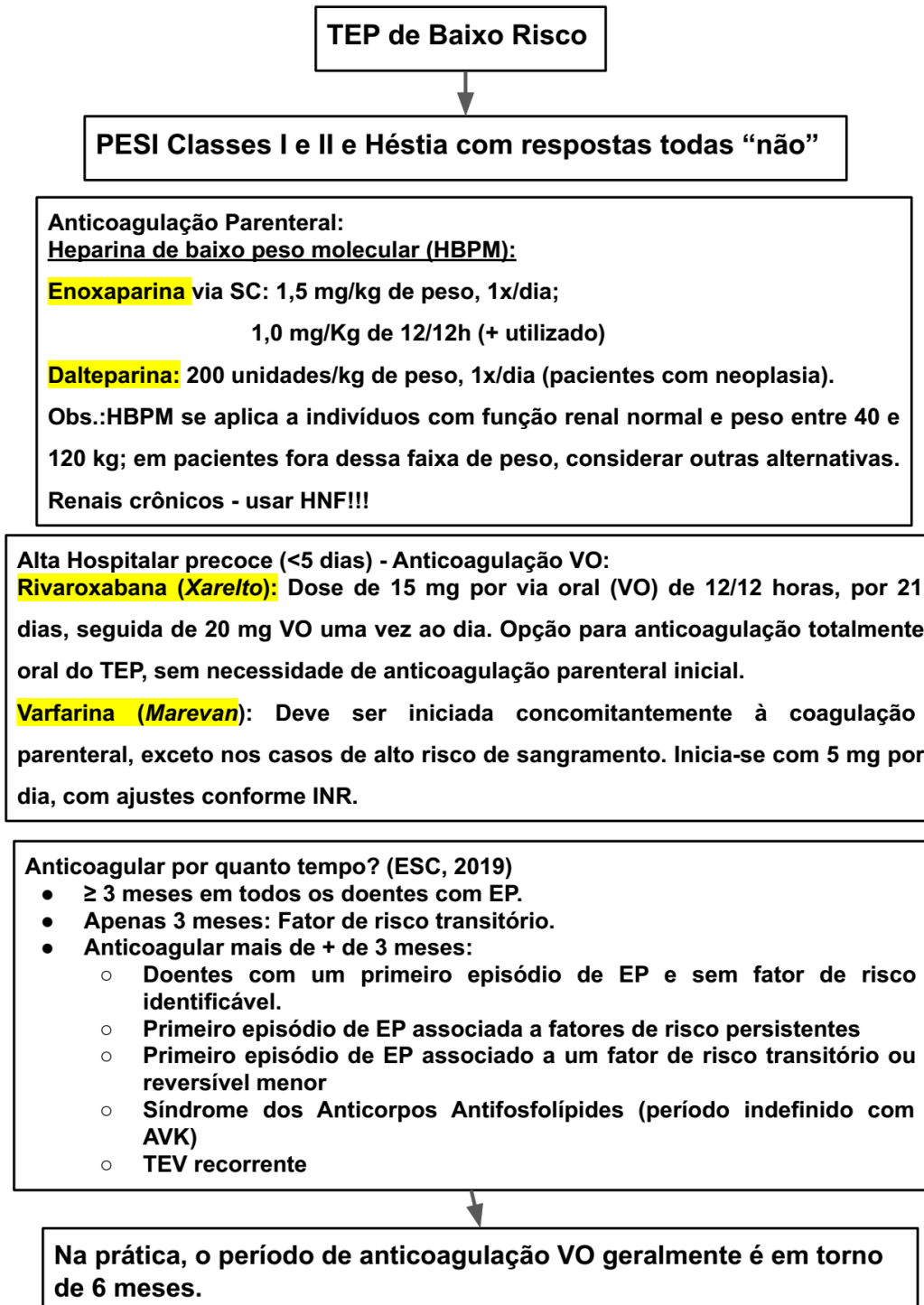
Variável	Pontuação	Variável	Pontuação
Idade	Idade em anos	PA sistólica < 100 mmHg	+30
Sexo masculino	+10	FR ≥ 30 irpm	+20
História de câncer	+30	Temperatura < 36°C	+20
História de insuficiência cardíaca	+10	Estado mental alterado agudamente*	+60
História de DPOC	+10	Saturação arterial de O ₂ < 90%	+20
FC ≥ 110 bpm	+20		
Classificação		Mortalidade em 30 dias	
Classe 1 – ≤ 65 pontos		Muito baixa: 0 a 1,6%	
Classe 2 – 66 a 85 pontos		Baixa: 1,7 a 3,5%	
Classe 3 – 86 a 105 pontos		Intermediária: 3,2 a 7,1%	
Classe 4 – 106 a 125 pontos		Alta: 4 a 11,4%	
Classe 5 – > 125 pontos		Muito alta: 10 a 24,5%	

* Desorientação, letargia, estupor ou coma.

TABELA 10 Índice de gravidade da embolia pulmonar (PESI) simplificado

Variável	Pontuação
Idade > 80 anos	+1
História de câncer	+1
História de IC ou DPOC	+1
FC ≥ 110 bpm	+1
PA sistólica < 100 mmHg	+1
Saturação arterial de O ₂ < 90%	+1
Classificação	
Zero ponto	Mortalidade em 30 dias
	Baixa: 0 a 2,1%
1 ou mais pontos	Alta: 8,5 a 13,2%

Figura 03. Fluxograma do diagnóstico e tratamento do Tromboembolismo Pulmonar (Continuação)



Fonte: Fluxograma de autoria própria.

Referências: MARTINS; DAMASCENO, 2017; ESC, 2019.

Quanto à conduta de anticoagular uma paciente com pós-operatório recente, os anticoagulantes em dose terapêutica podem ser reintroduzidos após a cirurgia em períodos variados (CARAMELLI; FORNARI, 2017; CARVALHO et al., 2016):

- HBPM: 2h pós-cirurgia;
- HNF: 1h após a cirurgia;
- Varfarina: No pós-operatório, o, se indicado, usar HNF ou HBPM profilática e reiniciar varfarina 12-24 h após o procedimento cirúrgico e a heparina deve ser suspensa somente quando o INR estiver dentro da faixa terapêutica (2-3) durante 5 dias;
- Rivaroxabana: Pode ser reintroduzida em dose plena 24h após a cirurgia, desde que haja uma anestesia adequada.

Dessa forma, não houve problema algum em anticoagular a paciente no caso clínico com dose plena de enoxaparina após o diagnóstico.

2.2.3 Conclusão do caso

Infelizmente não foi possível acompanhar a conclusão do caso pessoalmente e também não foi encontrado no prontuário, mesmo digitando corretamente o nome da paciente. Mas o mais lógico a se esperar é que ela deve ter ido de alta dentro de 5 dias com Marevan ou Xarelto, e deve ter recebido um encaminhamento para ser acompanhada da anticoagulação via ambulatorial.

Enfim, o que esse caso e outros casos de TEP que foram vistos - todos apenas com tosse seca ou leve dispnea, ninguém com instabilidade hemodinâmica - me ensinaram é o que escore de probabilidade pré-teste e o D-dímero existem porque o diagnóstico é difícil e precisa ser baseado em probabilidades, ainda que exista relatos de ação trombogênica da COVID.

7.2 CASO CLÍNICO DE PNEUMONIA VIRAL POR COVID-19

7.2. 1 Relato de Caso

Caso clínico atendido em 08/08/2020 no PS Respiratório. Paciente M., 36 anos, sexo feminino.

Queixa principal.: Falta de ar.

História da Doença Atual: Paciente comparece à Triagem do PS Respiratório com recursos próprios em 08/08/2020 por queixa de dispneia intensa em repouso. O quadro iniciou no dia 01/08 com febre de 38° C que cessou no dia seguinte, e em 05/08 iniciou tosse seca, dispneia leve aos esforços leves e otalgia moderada à direita, não acompanhada de anacusia, otorreia e vertigem. Na madrugada do dia 08/08 acordou com dispneia importante, e persiste com otalgia e tosse seca. Nega dor torácica e qualquer outra dor pelo corpo. Nega queixas urinárias, diarreia e náusea. Nega que alguém em sua casa esteja com sintomas respiratórios; contudo sua mãe, que morava na mesma residência, está internada na UTI por COVID-19 há 1 mês.

RT-PCR de COVID-19 realizado em 08/08 em andamento.

História Patológica Progressa: Tem obesidade, nega doenças crônicas. Nega medicações de uso contínuo. Nega tabagismo e etilismo. Nega alergias.

Exame Físico:

- Ectoscopia: REG, GCS 15, anictérica, acianótica, afebril, normorcorada, hidratada.
- Sinais Vitais: SatO₂ 89% em AA, PA 130/90 mmHg; Temp 37° C; HGT 104.
- Aparelho respiratório: Dispneica, em uso de musculatura acessória aos mínimos esforços. Ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares presentes, reduzidos em base pulmonar esquerda, com estertores crepitantes bilateralmente em bases e roncos difusos.
- Aparelho cardiovascular: RR, bulhas hipofonéticas, em 2T, S/S. Extremidades aquecidas, pulsos periféricos cheios e simétricos, TREC<3s.
- Abdome globoso às custas de tecido adiposo, normotenso, com ausência de massas e indolor à palpação.

Avaliação: Paciente admitida em nosso serviço dispneica, sem sinais de parada respiratória iminente, hemodinamicamente estável, com quadro sugestivo de pneumonia viral.

Diagnóstico sindrômico: Insuficiência Respiratória Aguda

Hipóteses diagnósticas: PNM viral? PNM bacteriana? TEP? (Escore de Wells 0)

Plano:

- Solicito gasometria arterial + Exames laboratoriais de admissão;
- Início oxigenoterapia;
- Solicito tomografia computadorizada de tórax sem contraste;
- Faço profilaxia para TEP/TVP e úlcera gástrica;
- Início Ceftriaxona + Azitromicina
- Início Oseltamivir;
- Cabeceira elevada em 45 graus;
- Reavaliação e medidas conforme o resultado dos exames;
- Preencho documentação de internamento e ficha de notificação de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG);
- Notificação de suspeita de COVID já realizada;
- Solicito vaga de internação na UTDI.

Exames complementares de 08/08:

Exames laboratoriais: Hb 12,2; Ht 38%; Leuco 6.250 sem desvio à esquerda e sem outras alterações; Plaq. 99.000; Ureia 24; Creatinina 0,40; Na 142; K 4,6; PCR 5,3. Gasometria arterial: pH 7,40; pCO₂ 48; pO₂ 47; HCO₃ 29,70; BE 3,80; CO₂T 31,20; SatO₂ 83%; Lactato 17; Ca 1,08 (gasometria venosa).

Laudo de TC de tórax sem contraste: Extensas áreas de opacidades pulmonares consolidativas focais e em vidro fosco, de distribuição difusa, com áreas de broncogramas aéreos compatíveis com pneumonia viral atípica, acometendo cerca de 50% do parênquima pulmonar (CORADS 6). Nódulo pulmonar no segmento apicoposterior medindo 7 mm.

7.2.2 Discussão do caso

A conduta inicial tomada com a paciente foi adequada, levando-se em consideração os protocolos da época do Ministério da Saúde e do National Institutes of Health.

Oxigenoterapia foi iniciada com cateter nasal a 3L/min visando-se manter uma SpO₂ de 92-96%. Enquanto permaneceu no PS Respiratório, não apresentava sinais de esforço respiratório em repouso.

Na vigência de necessidade de oxigenoterapia, deve ser iniciado corticoterapia (dexametasona 6mg/dia; prednisona 40mg/dia, metilprednisona 32mg/dia ou hidrocortisona 160mg/dia), conforme protocolos do Ministério da Saúde (2021), OMS (2021) e do National Institutes of Health/USA (2021).

O uso de dose profilática de HPBM - Enoxaparina 40mg/dia SC - de acordo as Diretrizes de manejo de COVID-19 do Ministério da Saúde (2020) e do National Institutes of Health/USA (2021), os pacientes hospitalizados com COVID têm indicação de dose profilática de anticoagulante por terem maior risco de tromboembolismo pulmonar.

A indicação do Oseltamivir, de Protocolo de Manejo de COVID na APS (2020) em grupos de risco com sintomas gripais e com suspeita de vírus influenza, e deve ser iniciado em até 48h de sintomas. Nesse caso, foi iniciado de forma tardia, sendo proscrito o seu uso.

Além do antiviral, foi iniciado Azitromicina 500mg 1cp/5 dias VO e Ceftriaxona 1g de 12/12h EV: considerando a hipótese de uma pneumonia bacteriana, o que estava de acordo com as Orientações para Manejo de pacientes com COVID-19 do Ministério da Saúde (2020). Os protocolos atuais de COVID-19 do National Institutes of Health/USA (2021) e do Ministério da Saúde (2021) permanecem frisando para não iniciar antibióticos profilaticamente quando não há suspeita de pneumonia bacteriana e quando não há sepse.

Quanto aos exames complementares, a gasometria arterial é essencial devido à IRpA e exames laboratoriais de rotina, como hemograma, KPTT, TAP, glicemia, PCR, Na, K, ureia, creatinina e lactato (este último se suspeita de sepse).

Em um contexto normal se pede Rx de tórax, mas diante da suspeita de uma pneumonia viral em tempos de COVID costuma-se pedir direto a TC de tórax sem contraste por permitir melhor análise mais acurada da imagem.

A oxigenoterapia deve ser iniciada com máscara com reservatório a 5L/min para que se obtenha uma saturação de 92 a 96% (se for doença pulmonar obstrutiva crônica, manter na faixa 88-92% e não se deve passar disso pelo risco de hipercapnia e acidose) e ajustando conforme oxímetro de pulso e gasometria arterial (BRASIL, 2020).

7.2.3 Desfecho do caso e considerações

Segundo consultas ao prontuário a paciente foi transferida para a UTDI (Unidade de Terapia de Doenças Infecciosas) no dia seguinte à admissão no PS, e precisou ser entubada. RT-PCR dela foi negativo, mas a tomografia estava com opacidades em vidro fosco e por isso foi solicitado a dosagem total de anticorpos Anti Sars-Cov-2 (COVAT) e dosagem de IgG Anti Sars-Cov-2 na UTDI, que vieram reagentes. Dessa forma, a paciente foi internada na UTI COVID e foi extubada semanas após.

O caso ilustrou um caso de COVID-19 em paciente com sobrepeso, sem outras comorbidades, que evoluiu dos sintomas leves para um quadro grave por volta do oitavo a décimo dia de doença, como geralmente ocorre com a história natural da doença que evolui de forma grave. Foram tomadas condutas preconizadas na época, que seriam pouco diferentes dos dias atuais, mas a essência do tratamento permanece a mesma: fornecer suporte ventilatório para que o paciente tenha condições de recuperar sua função respiratória após extensa lesão.

7.3 CASO CLÍNICO DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO

7.3.2 Relato de caso

Caso clínico visto no dia 02/09/2020 na sala de observação do Pronto Socorro Clínico - Paciente J. O. O., 67 anos, sexo masculino. O paciente já havia sido admitido em 01/09, mas fiz uma anamnese completa novamente e vou descrever o caso aqui com a estrutura de uma admissão (no prontuário fiz como uma evolução).

Queixa Principal: Confusão mental

História da Doença Atual: Acompanhante refere que na noite do dia 29/08/2020 paciente iniciou com confusão mental (perguntava de pessoas que não existiam), disartria e desvio de rima labial, sem outras manifestações. Foi acionado o SAMU e desde então ficou internado na UPA João Samek até o dia 01/10, quando foi transferido para o PS Clínico do HMPGL. Paciente não se recorda do quadro ocorrido, mas hoje refere estar com pouca dificuldade para falar, nega cefaleia, alteração em movimentos dos membros e déficit visual e auditivo. Nega persistência de desvio de rima labial. Nega outras queixas.

História Patológica Progressiva.: Comorbidades: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus*.

Medicações de uso contínuo: Omeprazol 20mg 1-0-0

Sinvastatina 20mg 1-0-0

Metformina 850mg 1-1-1

Losartana 50mg 1-0-0

Anlodipino 5mg 1-0-0

AAS 100mg - 1-0-0

Nega alergias.

Nega tabagismo e etilismo.

Exame físico:

Bom estado geral, lúcido e orientado em tempo e espaço, anictérico, acianótico, afebril, normocorado, hidratado;

Sinais vitais: Temp 36,4 C; FC 61 bpm; FR 17 irpm; PA 140/100 mmHg; HGT 187 (após café da manhã); SatO2 98% em AA.

Aparelho cardiovascular: Ritmo regular, bulhas normofonéticas, em 2 tempos, sem sopros. Pulsos periféricos presentes e simétricos, TREC<3s.

Aparelho respiratório: Eupneico em ar ambiente, sem sinais de esforço respiratório. Ausculta com murmúrio vesicular uniformemente audível, sem ruídos adventícios.

Abdome: Abdome plano, ruídos hidroaéreos presentes, flácido, indolor à palpação, sem massas palpáveis.

Neurológico: Glasgow 15. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Reflexo fotomotor direto e consensual preservados. Movimentos oculares preservados. Face simétrica com mímica preservada. Fala com disartria. Movimento preservado nos 4 membros, sem redução de força motora. Ausência de disdiadococinesia, dismetria, ataxia e tremores às manobras de coordenação. Pontuação escala de NIHSS = 4.

Exames Complementares:

Laudo de TC de Crânio sem contraste de 30/08/2020: Sem alterações.

Avaliação: Paciente com quadro de Acidente Vascular Isquêmico (AVCi), hemodinamicamente estável sem droga vasoativa, eupneico em ar ambiente, com melhora das funções neurológicas, mas com persistência de disartria. Aguarda internação na Clínica Médica para investigação da etiologia do AVCi.

Plano:

- Solicito Ecocardiograma Transtorácico e ecodoppler de aa. carótidas;
- Mantenho AAS e Clopidogrel;
- Mantenho condutas;
- Vigilância do padrão respiratório, hemodinâmico e neurológico.

7.3.2 Considerações sobre o caso

A abordagem inicial do caso na UPA foi correta, pois além da necessidade de descartar um AVC hemorrágico ou outra doença neurológica com a TC de crânio

sem contraste, devemos excluir infecção, distúrbios hidroeletrólíticos, hipoglicemia e uremia, que também podem produzir confusão mental em idosos e outros déficits neurológicos que simulem um AVC (Acidente Vascular Cerebral). O único exame que não deve ser solicitado diante da suspeita de um AVCi é a gasometria arterial porque pode ser necessário fazer trombolítico no paciente depois e o paciente pode sangrar.

Após a exclusão desses fatores que podem produzir confusão mental e rebaixamento do nível de consciência no idoso e diante de uma TC de tórax sem coleções de sangue e sem outras alterações como fratura de crânio e edema cerebral, podemos tomar o caso como AVC isquêmico ou AIT (Acidente Isquêmico Transitório). Como o paciente se manteve por mais de 24h com persistência de déficits neurológicos (felizmente o mínimo deles, a disartria, de forma muito sutil), o quadro dele é considerado um AVC.

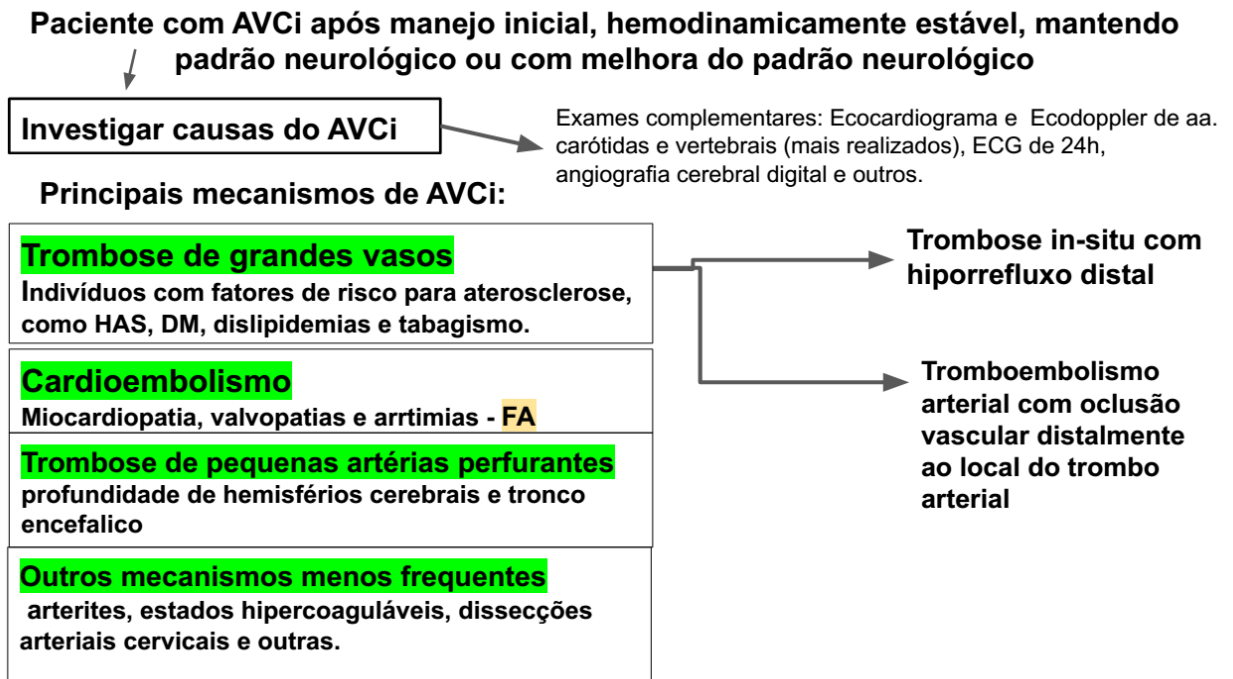
Pode-se inicialmente suspeitar de um AVC hemorrágico diante de quadros neurológicos mais graves, como cefaleia súbita, rebaixamento do nível de consciência e convulsão, mas isso não é uma regra, pois um AVC que acomete tronco encefálico pode produzir rebaixamento do nível de consciência.

Quanto ao tratamento, não existe um protocolo de AVC no município de Foz do Iguaçu/PR que permita que o paciente chegue a um hospital e obtenha os seus exames num tempo menor que 4,5h e também não se dispõe de uma unidade de AVC com neurologista clínico de plantão, também não dispomos de trombolítico e muito menos de condições para realização de um tratamento mais invasivo, como a tromboectomia mecânica. Dessa forma, nos casos de AVCi não cardioembólicos ficamos apenas no AAS ou Clopidogrel como prevenção secundária de outro AVCi.

Dessa forma, o paciente foi encaminhado ao hospital apenas para esclarecer a etiologia do AVC isquêmico e prevenir outros AVCs ou problemas relacionados. Após a alta hospitalar, os pacientes devem ser encaminhados para reabilitação, que no município geralmente é feita no CER IV (Centro Especializado de Reabilitação).

As principais causas de AVCi estão esquematizadas no fluxograma abaixo (Figura 04):

Figura 04. Principais causas de AVCi

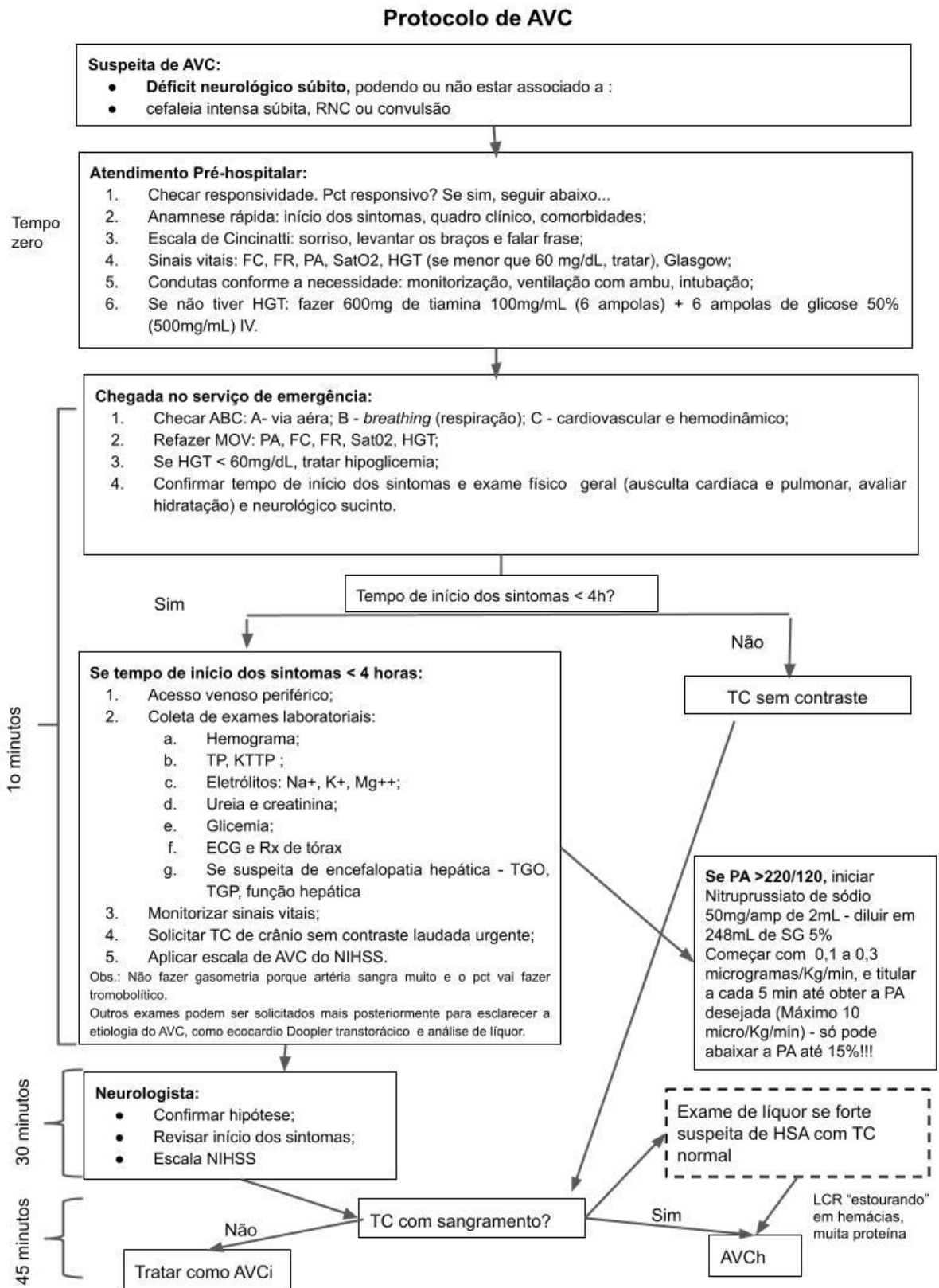


Fonte: Autoria própria.

Referência: EVARISTO, 2016

Segue abaixo um Fluxograma do manejo do AVCi na unidade de emergência (Figura 05) (no caso o manejo inicial foi realizado na UPA), conforme o Manual de Rotinas em AVC do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) e conforme Evaristo (2016).

Figura 05. Fluxograma de manejo de AVC na unidade de emergência



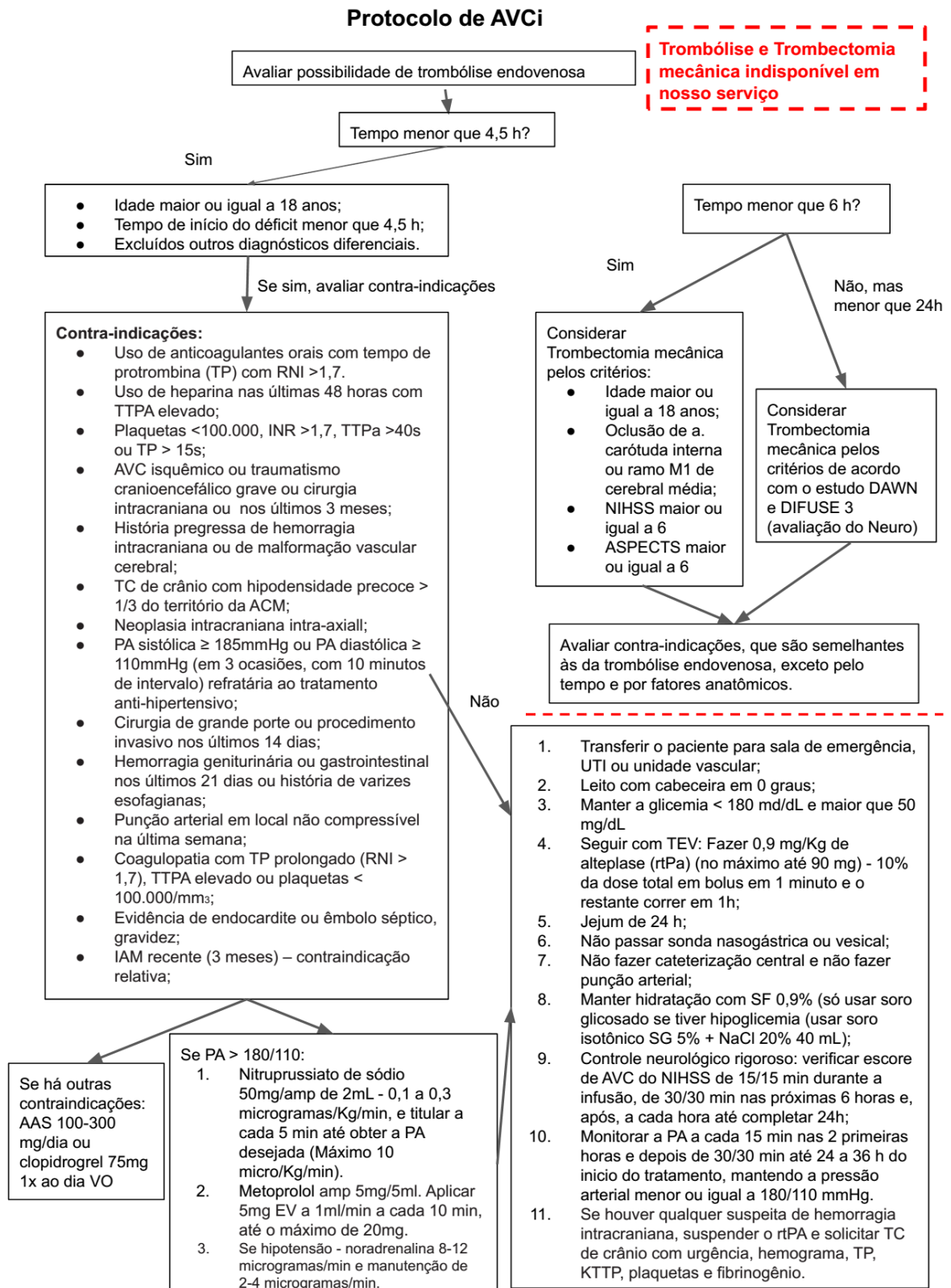
10 minutos

30 minutos

45 minutos

Fonte: Autoria própria.
Referência: EVARISTO, 2016; BRASIL, 2013

Figura 05. Fluxograma de manejo de AVC na unidade de emergência (Continuação)



Fonte: Autoria própria.

Referência: EVARISTO, 2016; BRASIL, 2013

7.4 CASO CLÍNICO DE ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO – COLECISTITE

7.4.1 Relato de caso

Paciente A. P., 58 anos, sexo masculino. Caso visto na UPA João Samek no dia 10/07/2020 e não fiz a admissão, pois ele já havia dado entrada em 08/07/2020 mas sim uma evolução do caso orientado pelo preceptor, que me indicou o caso para avaliar. Apesar disso, trouxe o caso aqui com a estrutura de uma admissão porque perguntei para o paciente novamente toda a história do quadro clínico e o que já havia sido feito.

Queixa principal: Dor abdominal

História da Doença Atual: Paciente refere que há 6 dias iniciou com dor em epigástrio e hipocôndrio direito, de intensidade moderada, que piorava com a alimentação e melhora com o uso de medicamentos para gastrite; com o passar dos dias as manifestações da dor progrediram em intensidade e duração. Associada a essa dor, há 4 dias vem apresentando náuseas, 1 episódio de vômito e diarreia não sanguinolenta, sem muco e sem pus, mas de coloração mais amarelada que flutua no vaso sanitário. Nega colúria, acolia fecal, febre, dispneia, tosse, odinofagia e outras queixas. Nega já ter tido essa dor antes.

Hoje mantém dor abdominal, mas com leve melhora com analgesia, e também mantém diarreia não sanguinolenta. Nega outras queixas.

História Patológica Progressiva.: Comorbidades: Diabetes Mellitus e Obesidade. Nega outras comorbidades.

Medicamentos de uso contínuo: Metformin 850 mg 1-1-1.

Nega tabagismo. Refere consumo regular de menos de 1L de cerveja nos fins de semana.

Nega alergias.

Exame físico

Ectoscopia: Bom estado geral, lúcido e orientado em tempo e espaço, anictérico,

acianótico, afebril, normocorado, hidratado.

Sinais vitais: Temp 36° C; PA 130/80 mmHg; FC 87 bpm, FR 18 irpm, SatO2 99% em ar ambiente, HGT 127.

Ap. Respiratório: Eupneico, sem sinais de esforço respiratório. Ausculta com murmúrio vesicular uniformemente audível, sem ruídos adventícios.

Ap. Cardiovascular: Ritmo regular, bulhas normofonéticas, em 2 tempos, sem sopros. Pulsos periféricos presentes e simétricos, TREC<3s.

Abdome: Abdome globoso, ausência de lesões de pele à inspeção. RHA +, flácido, com dor leve à palpação profunda de epigástrio e dor moderada à palpação profunda de hipocôndrio direito, Murphy positivo, sem sinais de irritação peritoneal. Ausência de massas palpáveis. Fígado não palpável.

Membros: Ausência de edemas. Panturrilhas livres.

Hipóteses diagnósticas:

- Colecistite aguda?
- Pancreatite aguda? (o Murphy + fala mais a favor de colecistite)
- Gastrite?
- Gastroenterite viral?

Plano:

- Dieta leve;
- Solicito Ultrassonografia(USG) de abdome total;
- Solicito hemograma, PCR, glicemia de jejum, eletrólitos, função renal, transaminases, GGT, Bilirrubina total e frações, Amilase, Lipase, fosfatase alcalina.
- Início analgesia;
- Suporte clínico;
- Vigilância do padrão respiratório, hemodinâmico e neurológico.

Exames Complementares:

Exames laboratoriais de 08/07: HB 13,6; Ht 39,4%; Leuco 10.890 sem desvio à esquerda, Plaql. 253.000; Ureia 20, Creatinina 0,30; Na 144; Amilase 32, BT 0,8; BD 0,2; BI 0,6.

Laudo de USG de abdome total de 09/07: Vesícula biliar distendida, com paredes

espessas, contendo imagem hiperecogênica, que mede cerca de 1cm, sugestiva de cálculo, na região infundíbulo, e outro cálculo que mede 1,2cm, além de presença de barro biliar. Vias biliares com ausência de dilatação. Hepatocolédoco de calibre preservado. Pâncreas de aspecto ecográfico usual. Ausência de líquido livre na cavidade abdominal e não se visualizou alças intestinais espessas.

7.4.2 Considerações sobre o caso

A dor abdominal do caso fala muito a favor de abdome agudo inflamatório: dor insidiosa e com piora progressiva, associada a febre e peritonite localizada ou difusa (SQUIRES; POSTIER, 2015).

Foi solicitado ao paciente para definir a característica da dor em questão (pontada, queimação, cólica), mas ele falou apenas “uma dor”. Uma dor retroesternal de característica em queimação sugere uma gastrite aguda; contudo, a dor da “cólica biliar”, na verdade, não possui a característica de cólica. Quando o lúmen da vesícula não consegue se esvaziar completamente por causa de um cálculo no colo vesicular, ativa as terminações das fibras viscerais da dor, causando dores no epigástrio e/ou no quadrante superior direito (JACKSON; EVANS, 2015; TRINDADE, 2019).

Além disso, no caso em questão não houve febre e nem peritonite, mas ainda assim era um caso de cirurgia de urgência devido à dor, sinal de Murphy positivo e ao aspecto ultrassonográfico de espessamento das paredes da vesícula, o que caracteriza inflamação da vesícula biliar, portanto, foi solicitado vaga no HMPGL para colecistectomia.

Houve duas hipóteses que não foram levantadas acima: uma simples cólica biliar de colelitíase ou uma colangite. Se fosse um caso de uma simples cólica biliar que não houvesse necessidade de cirurgia de urgência, ela não produziria nenhum sinal e/ou sintoma na vigência do exame físico, pois não haveria inflamação das superfícies peritoneal parietal e visceral do hipocôndrio direito (JACKSON; EVANS, 2015).

Não foi levantado acima a hipótese de colangite pois não havia presente a tríade de Charcot (febre, dores no quadrante superior direito, e icterícia) que sugere bloqueio da secreção biliar do fígado e nem uma pêntade de Reynolds (Tríade de

Charcot + hipotensão + alteração do estado mental) para submeter o paciente a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) ou uma colangiorressonância.

Quanto à hipótese diagnóstica de pancreatite aguda, cogitou-se pancreatite aguda quando se fala em “dor em cinturão”, ou seja, dor epigástrica e/ou periumbilical que se irradia para as costas, de duração constante, mas ela tem uma apresentação clínica da dor muito variável, podendo ser localizada apenas em epigástrio. A hipótese de pancreatite aguda foi descartada devido às enzimas Amilase e Lipase normais na primeira avaliação e no dia seguinte.

A hipótese de gastrite aguda foi considerada devido à epigastralgia e sensação de plenitude gástrica, mas ela foi levada mais como um diagnóstico de exclusão devidas às outras características presentes.

A gastroenterite viral foi uma hipótese levantada também, mas seria mais um diagnóstico de exclusão do que um diagnóstico mais provável, pois a dor da gastroenterite seria uma dor em cólica difusa.

Outras hipóteses muito menos prováveis que poderiam ser pensadas e que não foram sugeridas acima seria a de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e de Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico (EHH), pois ele era diabético.

Foi pensado em IAM porque em mulheres, idosos e diabéticos existe uma maior ocorrência de equivalentes anginosos, que podem se manifestar também com dor abdominal no caso de infarto. Apesar disso, a hipótese não foi considerada por sinal de Murphy positivo e a dor foi controlada com analgésicos e no início ela relaciona-se com a alimentação e sensação de plenitude gástrica.

Quanto ao Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico, o HGT dele na admissão foi muito menor que 600mg/dL, o que já descartou a patologia. Contudo, dor abdominal sempre deve ser vista como potencial causa ou potencial consequência do EHH em pacientes diabéticos.

Enfim, confirmado o diagnóstico de colecistite com os exames acima, o paciente permanecia aguardando vaga para cirurgia de urgência no HMPGL.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A expectativa inicial com o módulo de Urgência/Emergência no contexto da pandemia era, principalmente, conseguir desenvolver raciocínio clínico no contexto de emergência e, também, ter a experiência prática de procedimentos, como intubação orotraqueal, em um momento em que todo auxílio e comprometimento é necessário. O objetivo principal foi cumprido de forma satisfatória; procedimentos não realizados neste período foram realizados em períodos posteriores propiciados pela segurança das experiências vivenciadas.

Mediante os casos apresentados observou-se que o conhecimento teórico de uma patologia pautado em evidências científicas, raciocínio clínico coerente e vivência clínica são pré-requisitos essenciais a um profissional médico para a atuação em cenários de Urgência e Emergência.

Ficou nítida a importância de prevenção primária de agravos em saúde e o atendimento em cenários de demanda espontânea observando critérios de gravidade para evitar cenários com sobrecarga de demanda de atendimento de alta complexidade gerados diretamente ou indiretamente pela pandemia da COVID-19. Além disso, mostrou-se essencial a coerência do raciocínio clínico em tempos de grande dinamismo de protocolos de atendimento à essa patologia recém-descoberta.

REFERÊNCIAS

ARNAUD, F; MARTINS, H. S. Intubação de sequência rápida e técnicas alternativas. In: MARTINS, H. S.; BRANDÃO NETO, R. A.; VELASCO, I. T. **Medicina de Emergência: Abordagem prática**. 12 ed. Barueri: Manole, 2017.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA - Comitê de Ventilação Mecânica. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA - Comissão de Terapia Intensiva. **Diretrizes brasileiras de ventilação mecânica**. 2013. Disponível em: <https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2018/junho/15/Diretrizes_Brasileiras_de_Ventilacao_Mecanica_2013_AMIB_SBP_T_Arquivo_Eletronico_Oficial.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2020.

BRANDÃO NETO, R. A. *et al.* Tromboembolismo pulmonar. In: VELASCO, I. N. *et al.* **Medicina de Emergência: Abordagem prática**. 13 ed. Barueri: Manole, 2019. p. 555-573.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf>. Acesso em: 3 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. Versão 9. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para o manejo de pacientes com COVID-19**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Covid19-OrientacoesManejoPacientes.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

CAMELLI, B.; FORNARI, L.S. Manejo perioperatório dos novos anticoagulantes orais. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo** 2017;27(3):195-200. Disponível em: <http://soces.org.br/revista/assets/upload/revista/20785005611526475804pdfptMANEJO%20PERIOPERAT%C3%93RIO%20DOS%20NOVOS%20ANTICOAGULANTES%20ORAIS_REVISTA%20SOCESP%20V27%20N3.pdf>. Acesso em 23 ago 2020.

CARVALHO, A. M. et al. **Protocolo de trombofilaxia em paciente cirúrgicos**. Maternidade Escola Assis-Chatobriand: 2016. Disponível em :<<http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1106060/PRO.ANEST.010+-+TROMBOPROFILAXIA+EM+PACIENTES+CIR%C3%9ARGICOS.pdf/c9fea405-35e3-4968-83f9-89a03f02ea4b>>. Acesso em 23 ago. 2020.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. **2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS)**. European Heart Journal (2020) 41, 543-603. DOI:10.1093/eurheartj/ehz405

EVARISTO, E. F. Acidente Vascular Cerebral. In: In: MARTINS, H. S.; BRANDÃO NETO, R. A.; VELASCO, I. T. **Medicina de Emergência: Abordagem prática**. 12 ed. Barueri: Manole, 2017.

JACKSON, P. G.; EVANS, S. T. R. Sistema biliar. In: TOWNSEND, C. M. et al. **Sabiston tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna**. 19 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. Cap. 55.

MARINHO, F. C. A.; OLIVEIRA, R. A. Intubação orotraqueal. In: MASSAIA, I. F. D. S. et al. **Procedimentos do internato à residência médica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. p. 39-46.

MARTINS, H. S.; DAMASCENO, M. C. T.; AWADA, S. C. F. B. Embolia pulmonar no departamento de emergência. In: MARTINS, H. S.; BRANDÃO NETO, R. A.; VELASCO, I. T. **Medicina de Emergência: Abordagem prática**. 12 ed. Barueri: Manole, 2017. p.1029-1055.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes Brasileiras de Antiagregantes Plaquetários e Anticoagulantes em Cardiologia**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Volume 101, Nº 3, Suplemento 3, Setembro 2013. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Antiagregantes_Anticoagulante_s.pdf>. Acesso em: 3 set. 2020.

TERRA-FILHO, M. et al. **Recomendações para o manejo da tromboembolia pulmonar, 2010**. J Bras Pneumol. 2010;36(supl.1):S1-S68.

UNITED STATES OF AMERICA. National Institutes of Health. COVID-19 Treatment Guidelines Panel. **Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines..** Available at <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>. Accessed 15 set 2020.

UNITED STATES OF AMERICA. National Institutes of Health. COVID-19 Treatment Guidelines Panel. **Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines..** Available at <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>. Accessed 24 may 2021.