



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

CURSO DE MEDICINA

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
VIVÊNCIAS DO INTERNATO DURANTE UMA PANDEMIA

MARÍA INÉS FERREIRA SUBELDÍA

FOZ DO IGUAÇU

2021



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

CURSO DE MEDICINA

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
VIVÊNCIAS DO INTERNATO DURANTE UMA PANDEMIA

MARÍA INÉS FERREIRA SUBELDÍA

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

Orientadora: Dra. Flávia Juliana Trench

Foz do Iguaçu

2021

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
VIVÊNCIAS DO INTERNATO DURANTE UMA PANDEMIA

MARÍA INÉS FERREIRA
SUBELDÍA

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

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Dra. Flavia Jyuliana Pina Trench

UNILA

Avaliadora: Dra. Rosana Alvarez Callejas

UNILA

Avaliador: Dr. Luis Fernando Boff Zarpelon

UNILA

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor/a: María Inés Ferreira Subeldía

Curso: Medicina

Documento de identificação (RG, CPF, Passaporte, etc.): G236224A – 076.565.331-17

E – mail: ferreiraines66@gmail.com Fone: 45 999507562

Tipo de Documento

- | | |
|------------------------|--|
| (..X..) graduação | (.....) artigo |
| (.....) especialização | (.....) trabalho de conclusão de curso |
| (.....) mestrado | (.....) monografia |
| (.....) doutorado | (.....) dissertação |
| | (.....) tese |
| | (.....) CD/DVD – obras audiovisuais |
| | (.....) _____ |

Título do trabalho acadêmico: INTERNATO EM URGENCIA E EMERGENCIA.
VIVENCIAS DO INTERNATO EM UMA PANDEMIA

Nome do orientador: Prof. Flavia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: 10/06/2021

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor:

- 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.
- 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

“Somos responsáveis por tudo que acontece neste mundo. Somos os guerreiros da luz. Com a força do nosso amor, de nossa vontade, podemos mudar o nosso destino, e o destino de muita gente.”

- Paulo Coelho.

Dedico este trabalho a minha família, que sempre esteve do meu lado em todo momento durante a minha carreira de medicina, por serem minha força para seguir na busca da minha formação para chegar até o meu objetivo sonhado.

AGRADECIMENTO

A Deus, por todas as oportunidades que me vem apresentando, por ser o meu guia e estar sempre ao meu lado. A Santa Maria por ser minha intercessora e por me proteger em todo momento.

Aos meus pais, por nunca soltar a minha mãe e me inculcar os valores necessários para seguir o caminho do bem, ao meu irmão pelas palavras de apoio quando as forças não bastavam.

Ao Arthur, pelo companheirismo e apoio incondicional ao longo destes 5 anos.

Ao meu fiel companheiro de plantões, Nelson, por ser um exemplo de motivação e perseverança durante o percurso desta faculdade.

Aos meus professores, por me ensinar a lidar com cada situação apresentada nos estágios, por corrigir os meus erros e impulsar meus acertos, ao meu professor Ramón, por ter me ensinado o lado humano da medicina e principalmente a minha professora e orientadora Flavia, por ter sido sempre um ponto de apoio ao longo do curso.

A todos meus pacientes, colegas de trabalho, enfermeiras, técnicos, e preceptores de estagio, por estarem dispostos a ensinar o que fosse necessário para o bem de quem estivesse precisando.

FERREIRA SUBELDIA, Maria Inés. Internato em Urgência e Emergência: Vivências do Internato durante uma pandemia. __ páginas. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

RESUMO

O presente trabalho baseia-se em experiências vivenciadas pela autora durante o seu internato em Urgências e Emergências, vivências que a auxiliaram a criar um raciocínio clínico necessário, para atuar no campo de trabalho conhecido como a Medicina.

Durante 6 meses o módulo se desenvolveu em um período pouco peculiar para uma grade curricular, esse novo cenário de prático foi conhecido pelo mundo como Pandemia pelo Corona vírus, ou em termos médicos SARS COV2.

Durante o desenvolvimento do conteúdo deste material, se encontraram com casos clínicos com as suas respectivas condutas e discussões, casos clínicos que fizeram parte da história da aluna como o seu aprendizado durante o curso de medicina.

A estrutura do documento está planejada com a intenção de seguir uma ordem cronológica de acordo ao tempo em que os fatos ocorreram, assim observa-se o crescimento e o conhecimento adquirido da estudante, considerando as pequenas anamneses, até os mais remotos diagnósticos após cada exame físico, fundamental para o aprimoramento de técnicas e habilidades da aluna até o final do módulo.

Palavras Chave: Pandemia. Internato. Aprimoramento. Urgências.

FERREIRA SUBELDIA, Maria Inés. Internato em Urgência e Emergência: Vivências do Internato durante uma pandemia. __ páginas. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

RESUMEN

El presente trabajo trata sobre las experiencias vividas por la autora durante el internado de Urgencias y Emergencias del SUS, las cuales la llevaron a crear su propio pensamiento clínico, considerado sumamente necesario para actuar en el campo de trabajo conocido como Medicina.

A lo largo de 6 meses, el Internado se llevó a cabo en una situación poco peculiar para la malla curricular establecida por la Universidad, este escenario fue reconocido mundialmente con el nombre de Pandemia por el Corona Virus, o en términos un poco más científicos, SARS COV 2.

En el desarrollo de este trabajo se encontrarán casos clínicos con su respectiva evolución, así también experiencias vividas por la interna, una pequeña introducción a la enfermedad de base mencionada y una mezcla de emociones que se espera transmitan los sentimientos de cada momento pasado durante el internado de la aprendiz para su formación como médica.

La estructura del mismo se planeó con la intención de acompañar en orden cronológica la situación de los hechos, para poder asimilar el crecimiento del raciocinio clínico de la estudiante, considerando desde las pequeñas anamnesis hasta los más caóticos diagnósticos forjados durante el incremento de técnicas e habilidades con el pasar de los días hasta el final del módulo.

Palabras Clave: Pandemia. Internado. Desarrollo. Urgencias. Emergencia.

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1- Fluxograma de atendimento ao paciente suspeito de COVID19 na Triagem do HMPGL

Imagem 2 - Raio X de tórax com presença de infiltrados.

Imagem 3- Sinais de alarme na dengue

Imagem 4: Escore de Wells.

Imagem 5- Placa ateromatosa em carótida interna

Imagem 6- Critérios Diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior.

Imagem 7- ECG evidenciando Assistolia

Imagem 8 - hipótese diagnóstica

LISTA DE SIGLAS

A/E – A esclarecer

AA – Ar ambiente

AAS – ácido acetilsalicílico

AC – Ausculta Cardíaca

ACM – Artéria Cerebral Média

ACNP – Academia Nacional De Cuidados Paliativos

AIT – Acidente Isquêmico Transitório

AP – Ausculta Pulmonar

ATB – Antibiótico

AVN – Avaliação Neurológica

AVP – Acesso Venoso Periférico

AVCh- Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico

BCNF RR 2T- Bulhas Cardíacas Normofonéticas, Rítmicas Regulares, Em 2 Tempos

BDNF- Fator Neurotrófico Derivado Do Cérebro

CDC – Center For Disease Control And Prevention Ao Português Central De Controle E Prevenção de Doenças

CD - Conduta

CN – Cateter Nasal

COVID – Vírus Do Coronavírus

CP - Comprimido

CVC – Cateter Venosos Central

DM1 – Diabetes Mielitus Tipo 1

Dr. – Doutor

DSM5- Manual Diagnóstico Y Estadístico Dos Transtornos Mentais

DVA – Droga Vasoativa

ECG – Eletrocardiograma

EPI- Equipamentos De Proteção Individual

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

FV/TV - Fibrilação Ventricular / Taquicardia Ventricular

GECA – Gastroenterites Acuda
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT – Hemo Glico Teste
HMPGL – Hospital Municipal Padre Germano Lauck
IAM – Infarto Agudo Do Miocárdio
IC – Insuficiência Cardíaca
IOT – Intubação Orotraqueal
JAAD – Journal of the American Academy of Dermatology
JBPMML – Jornal Brasileiro De Patologia E Medicina Laboratorial
LOTE- Lucido, Orientado Em Tempo E Espaço
MID – Membro Inferior Direito
ML – Mililitros
MMHG- milímetros de Mercúrio
MSD – Membro Superior Direito
MSE – Membro Superior Esquerdo
MVUA sem RA – Múrmuros Vesiculares Universalmente Audíveis, Sem Ruídos Adventícios.
OMS – Organização Mundial da Saúde
PA – Pressão Arterial
PAI – Pressão Arterial Invasiva
PCR- Parada Cardio Respiratória
PS- Pronto Socorro
REG - Regular Estado Geral
RGL – Ringer Lactato
RHA – Ruídos Hidroaéreos
RNM – Ressonância Magnética
RX – Raio X
SAMU – Serviço De Atenção Medica De Urgências
SARS Cov2- Síndrome De Angustia Respiratória Por Covid19
SAT – Saturação
SBDCV – Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares
SNC – Sistema Nervoso Central

SVD – Sonda Vesical De Demora

TC – Tomografia Computarizada

TEC – Tempo De Enchimento Capilar

TEP – Trombose Venosa Profunda

TVP – Trombose Venosa Profunda

UNILA – Universidade Federal de Integração Latino Americana

UTDI – Unidade de terapia Doenças Infecciosas

UPA – Unidade De Pronto Atendimento

VM – Ventilação Mecânica

SUMARIO

1. Introdução-----	15
2. Cenários de Prática-----	16
3. Procedimentos Realizados -----	21
4. Casos Clínicos -----	24
5. Relato de Caso -----	37
6. Conclusão -----	43
7. Referencias -----	44

1. INTRODUÇÃO

O internato de medicina na UNILA tem como objetivo preparar o futuro médico para todas as situações que possam aparecer em um capo de trabalho como médico, assim o módulo de Urgência e Emergência permite ao aluno passar por situações nas que este deverá desenvolver o uso do conhecimento adquirido ao longo dos 4 anos anteriores para a resolução dos diversos problemas os quais possam se apresentar.

Normalmente, os cenários de prática que fornecem estas situações são as de pronto atendimento, porém, devido ao excepcional momento pelo qual o mundo está passando o módulo teve que ser adaptado ao enfrentamento contra a COVID 19.

O papel da nossa interna, então baseia-se na sua atuação como linha de frente contra a corona vírus, mas adiante encontraremos os diferentes lugares de estagio onde este trabalho foi desenvolvido, pois devido à pandemia vários locais de estagio fecharam as portas para os alunos principalmente pela falta de Equipamentos de proteção a serem oferecidos para a própria atuação.

Sendo assim, cumprindo o cronograma estabelecido pela faculdade, o Hospital Municipal Padre Germano Lauck, mais uma vez abriu as portas aos estudantes para desempenharem a labor que tanto precisavam, a de atuar como internos. Foi assim que os alunos junto com os professores da instituição implementaram a primeira linha de defesa contra o SARS COV2 na cidade, sendo referência até para as cidades vizinhas.

Os cenários de atendimentos estruturadas foram o plantão telefônico, conhecido como plantão corona vírus, a triagem COVID, o Pronto Socorro respiratório, a Unidade de Terapia de Doenças Infecciosas, a Enfermaria COVID e a Unidade de Terapia Intensiva COVID assim também, as Unidade de Pronto Atendimento João Samek e Unidade de Pronto Atendimento Dr. Walter Cavalcante Barbosa se uniram à luta, para garantir uma melhor atenção aos pacientes e ao mesmo tempo brindando aos estudantes um espaço de aprendizado.

O internato já se caracteriza por altos e baixos, por dúvidas e inseguranças geradas após cada dia de pratica, com o objetivo de melhorar ao longo do período fortalecendo o principal objetivo do aluno de medicina, o qual é ser um bom médico. Mediante a dedicação dos preceptores e colegas de turmas anteriores a autora vivenciou muitas situações que a encorajaram a seguir adiante, situações que podem ser encontradas ao longo deste material.

O documento abrange discussões e relatos acontecidos durante o internato e será desenvolvido em português, mesmo este não sendo a língua materna da escritora, devido as emoções vivencias pela mesma, quem relata que após cada plantão, cada conversa com os pacientes e cada momento de saudade que a lembravam da sua terra e da sua mãe, que por condições já mencionadas acima, permanecia com acesso restrito à qualquer um, situação que a levava a lembrar das sabias palavras da sua mãe: - “Deus da as piores batalhas para os seus melhores guerreiros, neike che memby, angave jajotopata*” *Muita força filha, já estaremos juntas (Tradução guaraní – português pela autora).

2. CENÁRIOS DE PRÁTICA

Plantão Telefônico: logo após os primeiros casos confirmados de COVID-19 no município de Foz do Iguaçu, as estratégias de combate começaram a surgir, entre eles o plantão telefônico, nesse momento a aluna estava no módulo de Atenção Primária a Saúde 2 atuando já como linha de frente nos plantões da triagem. Ela sabia o papel que o plantão telefônico desempenhava, mas não tinha ideia da responsabilidade que realmente implicava estar ali, até iniciar o módulo de Urgência e Emergência, no mês de julho.

O plantão telefônico tinha como principal objetivo agilizar a triagem classificatória, pois o cumulo de documentos e papeis fazia a tarefa da triagem Covid interminável e o atendimento aos pacientes graves impossível, assim plantão telefônico se tornou uma realidade que precisava de direção e acompanhamento.

Como a atuação da escritora já incluía o manejo do sistema tecnológico próprio do Hospital, o Tasy, foi recrutada como instrutora para o setor do plantão telefônico, para treinar e explicar sobre o fluxo de atendimentos de cada setor para os colegas que estavam sendo introduzidos ao setor nesse momento.

Uma sensação de tranquilidade acompanhava o novo posto da aluna, pois ela não imaginava que o trabalho duro apenas estava iniciando, até o dia do seu primeiro plantão de 6 horas, onde teve que atender, responder e direcionar 75 pessoas que incansavelmente precisavam de ajuda, a realidade estava ali e era momento de acordar e atuar, Foz do Iguaçu estava entrando em colapso e o papel do interno era crucial, já que a definição do fluxo de cada paciente que passava era realizada por eles, não tinha lugar ao erro, pois um paciente grave que não fosse considerado como tal, poderia ser a bomba que estourasse todo o serviço.

A central telefônica recebe o primeiro contato com o paciente, de acordo aos sinais e sintomas do mesmo o atendente classifica a necessidade de atendimento médico e agenda a coleta do exame de swab de nasofaringe e orofaringe, conhecido como RT-PCR que é o padrão ouro e teste definitivo para diagnóstico da doença de acordo com a OMS 2020.

Segundo o JBPML este método de análise se baseia na detecção do ácido ribonucleico viral por reação em cadeia da polimerase de amostras de swab nasal e orofaríngeo sendo realizado desde o 2do ao 7mo dia dos sintomas, para isto, antes da coleta o cadastro do paciente já é realizado no momento do atendimento online, assim quando este é orientado a procurar uma consulta médica pela Triagem Covid o atendimento será agilizado sem a necessidade burocrática que acostumava levar de 5 a 6 papeis por paciente, o que demorava o tempo de atendimento ideal de 20 minutos para 30 ou 40 minutos dependendo da apresentação do paciente.

O plantão telefônico também permitia que a aluna encaminhasse atestados, termos de isolamentos para o suspeito de Covid e familiares, receitas e orientações gerais para procurar atendimento se apresentasse algum sinal de

alarme tais como dispneia, febre alta sem melhora após uso de sintomáticos, síncope, diarreia, vômitos e outros. Por meio destes a passagem de casos para um superior foi treinada e desenvolvida com mais agilidade com o passar dos tempos, até conseguir tomar decisões e apenas precisar da confirmação do plantonista encarregado.

Triagem Classificatória: a triagem é ato ou efeito de triar, separar, selecionar, escolher, desde o início da pandemia este foi o lugar da autora, quem relata que os primeiros atendimentos ocorriam em madrugadas frias, com chuva, em baixo de uma carpa com mais de 6 folhas por pacientes que geravam atendimentos de 40 em 40 minutos, com pacientes aguardando em meio de chuviscas, precisando de um primeiro atendimento, muitas vezes apenas pela falta do conhecimento que todos tinham sobre o novo vírus.

Com o aumento da demanda e da necessidade de atendimentos, o Estado teve que investir na estrutura dos centros de atendimentos, assim foi aberto a triagem Covid em um novo setor, com sala climatizada e computadores para cada atendente, digitalizando e agilizando o atendimento de cada paciente, iniciando por fim, de forma correta a luta contra o novo Coronavírus.

A medida que passava o tempo o #IGGpositivo check ficava famoso entre aqueles que adoeciam de forma leve pelo vírus, entre colegas de trabalho e de faculdade o medo em quem não tinha sido contagiado pela doença apenas aumentava, e as perguntas sobre se valia a pena arriscar a saúde própria e de quem compartilha o lar de quem se expõe começavam a rondar a cabeça da autora. Foi quando o Governo em desesperação lançou o programa do Brasil Conta Comigo, que tratava sobre a possibilidade de abater as horas de estágio do programa com a carga horária do internato e ainda com um incentivo salarial, recrutou todos os internos da Med Unila, assim 40 horas semanais deveriam ser cumpridas obrigatoriamente.

A nossa interna nem imaginava que tudo isso era apenas um sonho, pois os primeiros atendimentos eram tranquilos, não havia mais do que 10 pacientes para atender e se houvesse, eram os 10 pacientes a cada 6 horas, quem estava na triagem não sabia que o trabalho guerreiro não estava sendo feito por quem estava ali e sim por quem ficava numa salinha com um monte de telefones tocando, mas julho chegou, a curva de infetados começou a subir de uma forma tão brusca que o Hospital colapsou, eram horas e horas de plantão com a sala da triagem lotada, crianças, jovens, idosos, um SAMU atrás do outro, Foz estava adoecendo cada vez mais, e mesmo com o Hospital lotado os bares competiam em ver qual lotava mais, e a interna e os seus colegas junto com os professores e médicos da instituição aclamando à consciência da população, tentavam dar conta do trabalho mesmo estando no ápice da doença.

O papel principal da triagem é classificar os pacientes durante o acolhimento, identificar os sinais de alarme que cada paciente pode apresentar, o fluxograma que segue (**Imagem 1**), tenta explicar o papel que a interna desenvolvia no primeiro atendimento dentro da triagem, uma vez que o paciente chegava ao atendimento sendo encaminhado pela central telefônica, Unidades de Pronto Atendimento, Unidades Básicas de Saúde, levados pelo SAMU ou mesmo por demanda espontânea, iniciava o atendimento

conversando com o paciente e identificando possíveis sinais e sintomas subjetivos de COVID-19 tais como, febre, tosse, coriza, congestão nasal, odinofagia, anosmia, ageusia, sintomas gastrointestinais entre outras, pois esses sintomas permitem definir a necessidade ou não da coleta.

Se o paciente apresenta algum critério de gravidade (dispneia, Sat <95% AA, cianose periférica, febre >39C, sinais de esforço respiratório) durante a consulta, este deve ser encaminhado para o setor do PS Respiratório, ali serão avaliados os critérios de estabilização e prosseguiram com o atendimento.

Se o paciente está estável deve realizar-se a primeira classificação, este apresenta critérios para coleta ou não, no começo da pandemia, muitos pacientes não sabiam da existência do plantão telefônico e acabavam procurando atendimento presencial com menos de 2 dias de sintomas ou mais de 7 dias, ambas situações tem critérios e abordagens diferentes, por exemplo, pacientes com menos de 48hs de sintomas deverá agendar a coleta e retornar na data marcada para realizar o procedimento, permanecer em isolamento por 14 dias, e evitar aglomerações, em pacientes com mais de 7 dias de sintomas era recomendado a permanência do isolamento e receitado sintomáticos pelo médico caso necessário.

Se o paciente apresenta uma queixa persistente, que não melhora mesmo após uso de medicações, este passa por atendimento com o médico, que avalia a necessidade de passar o paciente ou não para o PS Respiratório.

A nova recomendação da CDC 2020, diz que os pacientes que positivaram para o test RT-PCR mesmo estando assintomáticos o isolamento pode ser descontinuado após o dia 10 desde o primeiro dia dos sintomas.

Na triagem ocorreram a maior parte dos erros segundo o critério da autora, pois a conduta dependia muito do médico plantonista, mesmo tendo um fluxograma este nem sempre era seguido, a tudo isso também devesse acrescentar a regulação do SAMU que em inúmeras ocasiões chegava com pacientes sem queixas respiratórias, por exemplo, teve um paciente que foi encaminhada pela UPA SAMEK com queixa de odinofagia secundária a uma inflamação no dente! Mesmo negando todos os sintomas respiratórios característicos de uma síndrome gripal, este foi encaminhado ao serviço de triagem Covid apenas pela queixa de odinofagia.

Na triagem, a interna aprendeu a ser resolutiva em pequenos intervalos de tempo quando se tratava de pacientes graves e com urgência de atendimento, teve que aprender também sobre farmacologia e principalmente sobre o manejo das crises asmáticas em pacientes pediátricos, os quais eram pacientes que chegavam descompensados e com necessidade de resgate imediato das crises devido a evidente sofrimento.

Pode-se concluir que a estadia desta aluna na triagem COVID foi de muita ajuda ao crescimento do raciocínio clínico da mesma, visto que em determinadas situações conseguiu resolver o problema que estava enfrentando sem ajuda do médico, esvaziando a sala de triagem e agilizando atendimentos de pacientes não graves, recebendo após críticas construtivas e felicitações por parte dos plantonistas.

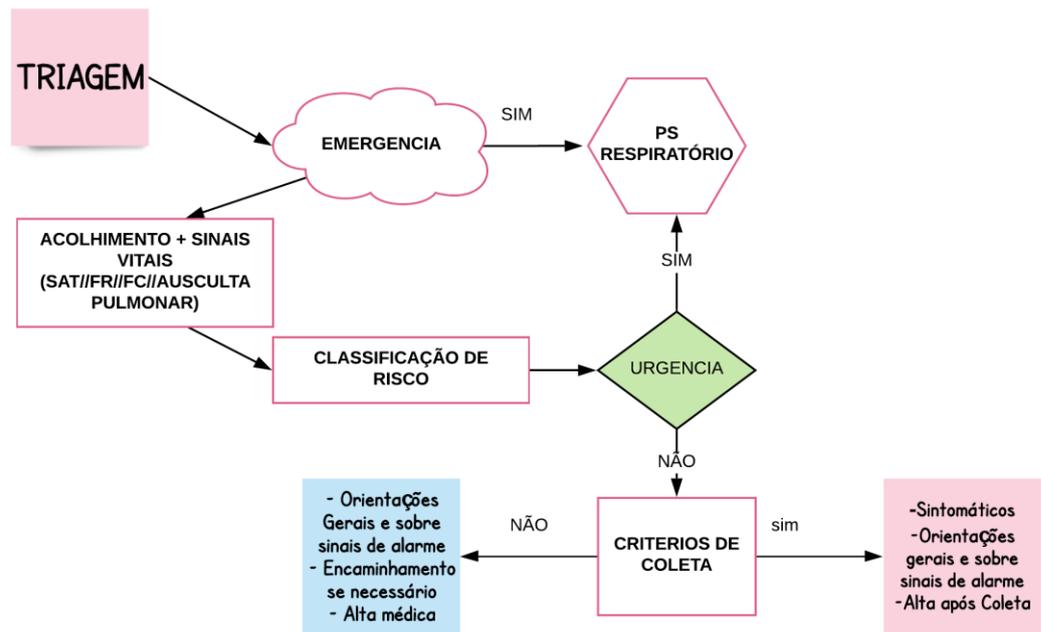


Imagem 1: Fluxograma de atendimento ao paciente suspeito COVID19 na Triagem do HMPGL.

Fonte: SUBELDIA, M.I.F. Relatório de Urgência e Emergência. Internato na Pandemia. Foz do Iguaçu, 2020

Pronto Socorro Respiratório: no PS Respiratório a história é totalmente diferente, o fluxo de atendimento se multiplica independentemente da correta regulação ou não dos pacientes, neste setor o atendimento deve ser acelerado, e por sobretudo deve ser de qualidade.

Devido a que o HMPGL é o Hospital de referência da cidade, os pacientes que chegavam com algum sinal sugestivo de gripe poderiam estar apresentando um quadro totalmente diferente, e serem encaminhados a esse setor por apenas um episódio isolado de febre, tosse ou até mesmo coriza, implicando a má regulação dos pacientes a esse setor.

A dinâmica do PS Respiratório funciona da seguinte forma, primeiramente iremos separar o PS Respiratório antigo e o PS Respiratório após a reforma do Hospital, na primeira opção o Pronto Socorro ainda cumpria o papel de consultório, então todos os pacientes que precisavam de atendimento segundo o critério do médico da triagem deviam ser passados ao atendimento, naquele momento o setor contava com apenas 4 leitos de observação e 1 leito de estabilização, não haviam poltronas suficientes para internar pacientes que precisavam de algum tipo de suporte médico imediato, como por exemplo oxigênio terapia, o médico além de ser rápido, devia ser mago o tempo todo, pois o pronto socorro mesmo sendo o lugar mais importante para o atendimento dos pacientes era o setor que menos recursos tinha, os insumos sempre escasseavam ao ponto de ter que realizar uma intubação orotraqueal sem hipnóticos, sendo necessário utilizar fármacos como o propofol que tem uma ação de curta duração e efeitos colaterais indesejados, independentemente de não ser preconizado pelo protocolo de Intubação de Sequência Rápida.

No Novo PS Respiratório, há 20 leitos, 8 em cada sala de suspeitos e 4 leitos na sala de estabilização, mesmo com todos esses luxos os problemas entre profissionais ainda existem, pois nem tudo é cor de rosas, e no meio de cansaço, esgotamento dos membros da equipe iniciam alguns desentendimentos e atritos entre o pessoal de trabalho, o que acaba dificultando o processo de atendimento ao paciente e obriga ao médico responsável, neste caso a interna resolver.

Mesmo após todas essas queixas o cenário de prática no pronto socorro é totalmente diferente a qualquer outro setor do hospital, no corredor do pronto socorro pode se sentir a adrenalina correr pelo corpo deixando-o sempre pronto para qualquer intercorrência, pois não existe justificativa para surpresas, mesmo sendo este um quadro súbito.

Neste setor a interna teve a oportunidade de trabalhar com grandes médicos, que ensinaram tudo que sabem e a ajudaram a marcar o seu objetivo, o incentivo por parte de cada profissional esteve sempre presente, mesmo após procedimentos insucessos, ou um raciocínio nada lógico com sinais e sintomas muito claros de determinada patologia.

Plantão após plantão, a confiança entre médico plantonista e interna se criou e assim surgiu a oportunidade de realizar a primeira intubação orotraqueal da interna em uma paciente grave, com a atenta mirada do preceptor, a técnica na ponta da língua e a segurança que o profissional transmitiu para a aluna, este procedimento foi realizado com sucesso acompanhado de um sentimento de tranquilidade.

A experiência que a pandemia trouxe para a interna neste cenário de prática foi totalmente diferente à que ela esperava, muitas vezes o sentimento de incapacidade e medo se apoderavam dela, mesmo conhecendo os protocolos e condutas o medo de errar estava presente na estudante, e ver um paciente ao borde da morte em um minuto e se comunicando como se nada tivesse acontecido em menos de um minuto era o que a impulsava para continuar, mesmo sabendo que uma situação dessas podia se tornar exatamente o contrário, a interna atendeu pacientes que lhe compartilhavam com a maior calma do mundo o seu quadro clínico, outorgando a ela à confiança que a permitia se sentir por um momento médica, e lhe davam as forças para continuar e vencer os medos, aquele de ver um paciente passando de emergências para a sala de estabilização, por causa de um vírus que não tem controle, apenas medidas de contingência, rezando para que um milagre aconteça, e o paciente volte a ser quem era novamente.

O estágio de Urgência e Emergência, permitiu a nossa autora durante esses meses preencher as lacunas que sentia em questão a desconhecimentos, pois me sentia obrigada a estudar sobre o quadro clínico do paciente que atendia previamente, porque encontraria ele novamente no dia seguinte e a vontade de ajudar e entender o que estava acontecendo com ele era simplesmente motivadora, assim foi proclamado por ela que o pronto socorro foi o lugar de maior aprendizado para situações de urgência e emergência, principalmente durante esta pandemia.

3. PROCEDIMENTOS REALIZADOS NOS DIVERSOS CENÁRIOS DE PRÁTICA

Os procedimentos em setores de Urgência e Emergência são os comumente chamados de ganha pão de cada médico, pois dependendo da necessidade destes pode-se salvar ou perder uma vida, assim a interna aproveita cada oportunidade de realizar os procedimentos que encontrava nos seus plantões.

Cateter Venoso Central:

- ✚ Paciente masculino, 75 anos, trazido pelo SAMU da UPA SAMEK em VM, internado por queixa de constipação intestinal e inapetência há 4 dias antes da internação, na UPA evoluiu com insuficiência respiratória onde procedem a realizar IOT, transportado para o HMPGL para investigação de COVID, recebido no serviço sem Cateter Venoso Central, com sedação por AVP, desidratado, hipocorado, necessitando reposição rápida de fluídos, decide-se realizar o procedimento por meio de CVC. Com orientação do médico plantonista, a interna realiza punção em subclávia direita com a técnica de Seldinger, após testar acesso funcional, solicitado Rx de tórax para controle e orientado a verificar futuros sinais flogísticos em local da punção.

Troca de traqueostomia:

- ✚ Paciente feminina, 82 anos, viúva, natural de foz do Iguaçu, obesa, sequelada de AVCh há 3 anos, com paralisia de membros em todo hemicorpo direito, traqueostomizada, procura atendimento por causa de dispneia e aumento da secreção na traqueia, hemodinamicamente estável sem DVA, evoluiu com taquicardia, taquipneia e uso de musculatura acessória no serviço, o médico opta por acoplar a paciente a VM, no momento estava com traqueia de metal, decidido trocar por uma de plástico 7,5 para melhor adaptação ao ventilador.

A aluna informa ao médico que nunca teve a oportunidade de assistir a realização de uma traqueostomia, e pergunta se pode assistir a troca da mesma, o médico então pede a ela para realizar o procedimento sobre a sua supervisão, mesmo sem conhecer a técnica, ele a guiou e auxiliou durante todo o processo, tendo sido este exitoso.

Logo após uso de VM e aspiração da secreção, a paciente estabilizou.

Suturas

- ✚ Paciente feminina, 55 anos, parda, natural de foz de Iguaçu, apresenta corte limpo em 3ro y 4to quírodáctilo, com sangramento ativo, realizada sutura com nylon 3.0, liberada com sintomáticos e orientações gerais sobre higiene da ferida.
- ✚ Paciente masculino, 4 anos de idade, apresenta corte no joelho por queda da bicicleta, realizada limpeza da ferida, sem sangramento ativo, realizada anestesia do local com lidocaína 10ml e sutura com nylon 3.0.

- ✚ Paciente masculino, 42 anos, natural de foz do Iguaçu, apresenta corte limpo em membro inferior direito por queda do telhado, com sangramento ativo, realizado sutura da artéria com nylon 6 para hemostasia, posteriormente realizada sutura da ferida com nylon 3.0 com total de 5 pontos.

Confirmação de Sonda Nasogastrica

- ✚ Após observar a passagem da Sonda Nasogastrica pela enfermeira plantonista, realizasse a confirmação da colocação da mesma com ausculta abdominal em região de epigástrico e mesogástrico.

Acesso Venoso Periférico

- ✚ Paciente masculino, 30 anos de idade, trazido pelo SAMU com quadro de agitação motora, alucinações visuais e auditivas, realizado AVP em MSE para injeção de drogas e controle do quadro clínico.
- ✚ Paciente feminino, admitida no PS Respiratório por crises asmática, realizado coleta de exames laboratoriais e posteriormente AVP em membro superior direito.

Higienizações

- ✚ Paciente masculino, apresenta hiperemia e prurido ocular após pedaço de metal no olho durante soldadura de cadeira, procedesse a colocar os óculos de aumento, logo de anestésiar o local, com um cotonete verifico o corpo estranho, percebesse que o mesmo estava incrustado no globo ocular, informado ao médico plantonista quem verificou a informação e após confirmação da mesma, o paciente foi encaminhado à consulta com oftalmologista para realizar a retirada do corpo estranho.
- ✚ Paciente masculino, procura atendimento na UPA Walter por hiperemia ocular ocasionado pelo contato por cola para roda, realizou-se anestesia e higienização do local da lesão seguido dos curativos, alta com corticoide oftalmológico e orientações gerais.
- ✚ Paciente feminina, apresenta infecção de cisto sebáceo no coro cabeludo, procedesse a realizar a higienização da região acometida, com lamina 3 realizasse pequeno corte ao redor do cisto seguido de lavagem e drenagem do mesmo, cisto sebáceo com conteúdo amarelado, sem presença de sangue nem larvas. Realizado curativo e entregada receita médica com antibioticoterapia.
- ✚ Paciente masculino, procura atendimento por lesão em membro superior direito, facie e pescoço com óleo de cozinha, realizada higienização da ferida, passado creme e feito curativo.
- ✚ Paciente feminina, 4 anos de idade com corpo estranho no ouvido direito, mãe refere que a criança se encontrava brincando com os primos e chegou

reclamando de dor no ouvido, realizado otoscopia e achado corpo estranho no canal auditivo, procedo a colocar anestésico local e retirada do mesmo com pinça estéril, procedimento realizado sem intercorrências.

Coleta de exames.

- ✚ Durante os estágios nas Unidades de pronto atendimento a aluna realizou vários acessos periféricos e coleta de exames laboratoriais, aprendendo sobre as cores dos frascos de coleta e sobre as agulhas para cada situação.
- ✚ Coleta de Gasometria arterial: durante os estágios nos plantões sempre foi imprescindível ganhar a confiança do médico e da equipe de trabalho, pois esse é o primeiro passo para ter abertura de realizar os procedimentos, assim após vários plantões de ter pedido ajuda para realizar as coletas de gasometria arterial nas artérias radia, braquial e femoral, na última semana de estagio, o médico e a enfermagem apenas passavam o coletor e a solicitação do exame para que a estudante pudesse realizar os procedimentos, todas com êxito. Após sucesso em todas as coletas, o médico oferece à interna a oportunidade de realizar uma PAI, procedimento realizado em MSD, em pulso radial, realizado sem intercorrências.

Paradas Cardiorrespiratórias

- ✚ Paciente feminina, 79 anos, apresenta bradicardia e hipotensão na sala de emergências da UPA Samek, evolui para PCR, a interna ajuda a equipe a preparar o material e iniciar a reanimação cardiopulmonar, com 4 ciclos, em ritmo assistolía, usado atropina, PCR revertida no 3 ciclo.
- ✚ Paciente masculino, 5 anos de idade, chega ao PS Respiratório com traqueostomia secretiva que evolui com bronco aspiração e hipóxia associada a PCR em FV/TV, após 8 ciclos PCR revertida, paciente apresenta anisocoria, durante o procedimento o médico plantonista não consegue intubar o paciente, gerando mais hipoxemia e agravando o quadro clínico.

Intubação Orotraqueal

- ✚ Paciente feminina, 92 anos de idade, procura atendimento por dispneia súbita, mal-estar e rebaixamento do nível de consciência, chega ao serviço taquipneica em uso de musculatura acessória, transferida para sala de estabilização onde é fornecido oxigenioterapia para conforto, sem melhora do quadro, piora da dispneia paciente apresenta hiposaturação e rebaixamento de nível de consciência. Realizado IOT de sequência rápida com acompanhamento do médico plantonista, utilizado tubo 8, rima 21, procedimento sem intercorrências. Drogas utilizadas etomidato 1 amp 8ml e suxametonio 1 amp 6 ml. Solicitado rx de tórax, passado SVD e feito CVC em jugular esquerda.

Realização de Eletrocardiograma

- ✚ Para aprender a utilizar o aparelho de ECG primeiramente devesse entender a utilidade de cada parte do material para que este seja proveitoso, sendo assim a aluna aprendeu sobre as derivações principais

para ler e entender um ECG e o lugar certo em que cada cabo deve estar localizado. Logo após ter feito o ECG procedi a realizar o laudo do mesmo.

Passagem de Sondas

- ✚ Passagem de sonda vesical de demora em paciente feminino.
- ✚ Passagem de sonda vesical de demora em paciente masculino.
- ✚ Colocação de sonda Uripem.
- ✚ Passagem de sonda Nasogastrica e confirmação com ausculta e logo Rx de tórax e abdome.
- ✚ Passagem sonda nasoenteral, confirmar com ausculta abdominal e Rx de abdome.
- ✚ Paciente masculino, 55 anos, procura atendimento na UPA Samek com queixa de dor em bexiga e obstrução da SVD, após limpeza do campo, exame físico e anamneses com o paciente, realizado a troca da sonda em cistotomia.

4. CASOS CLÍNICOS

Paciente 1

Identificação: C.O.S, feminina, 92 anos, viúva, branca, aposentada, católica, natural e residente de foz do Iguaçu.

QP: falta de ar e perda da consciência

HDA: paciente trazida pelo SAMU, acompanhada pela filha relatando histórico de TVP em membro inferior esquerdo há 60 dias, com tratamento interrompido há 2 dias por conta própria após prurido cutâneo intenso em todo o corpo associado a rash cutâneo, epigastralgia, dor torácica que irradia para região cervical e dispneia súbita em repouso, com duração de aproximadamente 5 minutos entre cada crise, cessando após. Há 1 dia, apresenta fezes amolecidas, de conteúdo pastoso, sem sangue nem muco, inapetência, astenia e mal-estar geral. Procurou a UPA sendo medicada com sais de hidratação oral e alta após. Há 7 horas aproximadamente vem apresentando hipotensão 90x70mmHg associado a 1 episódio de diarreia há 2 horas evoluindo com dispneia e rebaixamento do nível de consciência motivo pelo qual foi acionado o SAMU.

HMP: HAS em uso de oletec (olmesartana) 1x dia, TVP em uso irregular de Xarelto (rivaroxabana) (anticoagulante) 1x dia, Venalot (antivaricosos) 1cp de 12/12 hs e Sulfato ferroso. 2 Angioplastias por IAM sendo a última há 10 anos. Erisipela concomitante com TVP. Ansiedade.

HV: Alergia a Xarelto e Venalot (sic). Nega hábitos tóxicos.

AO EXAME FÍSICO

BEG, LOTE, AAA, equimose sub lingual.

AC: BC hipofônicas, RR 2T, não ouço sopros. TEC >3sg.

AP: MVUA com crepitações em terço médio e base do hemitórax direito. Expansibilidade torácica preservada, taquipneica, sem sinais de esforço respiratório.

ABD: plano, depressível, sem cicatrizes, cicatriz umbilical centralizada, RHA+, timpânico a percussão, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de peritonismo.

AVN: glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem sinais de déficit focais.

Membros: quentes, pontos de hemorragia (petequias) em MID, sem edemas, turgor cutâneo diminuído, panturrilhas livres.

SSVV: FC 105 bpm // FR 30ipm // PA 110x80 mmHg // Sat 95% AA

Diagnóstico Síndrômico:

- Síndrome Respiratório
- Síndrome febril
- Síndrome Gastrointestinal

Diagnóstico Diferencial:

- Covid 19?
- TEP?
- GECA?
- Desidratação

CONDUTA:

- Solicitado TC de tórax
- Exames de admissão
- Notificação COVID
- Volume - Choque?

EXAMES DE ADMISSÃO

Laboratoriais:

Resultado do exame		Valor de Referência	
Hb	5,6	Hb	13,5 – 17,5
Ht	18	Ht	41 - 53
Leuco	13.900	Leuco	5.000 – 10.000
Bast	3%	Bast	1 – 5%
Plaq	410.000	Plaq	140.000 – 400.000
Ur	86	Ur	19 - 43
Cr	1,40	Cr	0,52 – 1,4
Na	138	Na	137 – 145
K	5,9	K	3,5 – 5,1
Lactato	35	Lactato	5 – 20
PCR	1	PCR	< 1
TGO	53	TGO	17 - 59
TGP	18	TGP	<50

Troponina I	3,2	Troponina	
Gasometria Arterial		Gasometria Arterial	
pH	7,34	pH	7,35 – 7,45
pO2	79	pO2	83 – 108
pCO2	30	pCO2	35 - 48
HCO3	16,2	HCO3	18 – 23
Sat	95%	Sat	95 – 98%

RX de tórax:



Imagem 2: Rx de tórax com presença de infiltrados.
Fonte: google acadêmico.

DISCUSSÃO

Este caso clínico traz uma discussão bastante interessante sobre as diferentes possíveis hipóteses, principalmente uma que não foi questionada no momento da admissão porém evidenciados no momento da avaliação dos exames laboratoriais que indicavam o motivo de tanta descompensação no corpo desta paciente, nos referimos então à dengue.

A dengue é uma doença transmitida pelo arbovirus Aedes Aegypti. Existem 4 sorotipos, Dengue 1, 2,3 e 4. Esta doença pode se apresentar de diferentes maneiras, com pacientes assintomáticos ou até com síndromes hemorrágicas com choque e grave risco de morte. Medicina de Emergência, 2017.

Esta doença se caracteriza pela aparição súbita de febre alta associada a mialgia, cefaleia, dor retro- ocular, astenia, náuseas e vômitos. Geralmente o quadro febril tem uma duração de 5 a 7 dias. Embora a paciente não tenha apresentado queixa de febre, não podemos desconsiderar esta hipótese, por tanto ainda podemos pensar que se trata de um quadro de dengue.

Segundo a Medicina de Emergência, a diarreia é um sintoma que acomete à 30% dos pacientes que padecem esta doença, assim também como os sintomas respiratórios como tosse e coriza. O exantema aparece em 50% dos pacientes e pode haver associação de rash facial, no troco, espalda e nas extremidades; como no caso da nossa paciente, este sintoma pode ter sido confundido com alergia referida pela filha.

Segundo JAAD, 2020, os sintomas respiratórios, diarreia, vômitos e principalmente o rash cutâneo em pacientes com COVID19 podem ser confundidos com dengue, nesta situação aconteceu o contrário, mesmo quando os sintomas eram subjetivos de Dengue, inclusive ao realizar o teste rápido para ambas doenças, pode haver uma reação cruzada, tendo assim o resultado positivo para ambas patologias.

Segundo o Ministério da Saúde, 2016, a classificação da doença acontece da seguinte maneira:

- ✚ Grupo A: dengue sem sinais de alarme, sem condição especial, sem risco social e sem comorbidades. Conduta: solicitar exames laboratoriais, prescrever sintomáticos (paracetamol/dipirona), orientar repouso e hidratação oral. Acompanhamento ambulatorial.
- ✚ Grupo B: dengue sem sinais de alarme, sangramento espontâneo ou induzidos a prova do laço, existência de comorbidades. Conduta: hemograma completo, acompanhar o paciente até resultado de exames, hidratação oral conforme grupo a sintomáticos. Acompanhar ao paciente até resultado de exames.
- ✚ Grupo C: caso suspeito de dengue, presença de sinais de alarme. **(Imagem 3).** Conduta: iniciar reposição volêmica com 10ml/kg na primeira hora, permanecer em leito de estabilização por 48hs, solicitar exames laboratoriais principalmente hemograma, dosagem de albumina sérica e transaminases, exames de imagem (rx de tórax e usg de abdome), reavaliar clínica de hora em hora, se melhora clínica iniciar expansão com fase de manutenção.
- ✚ Grupo D: caso suspeito de dengue, presença de sinais de choque, sangramento grave ou disfunção de órgãos. Conduta: Iniciar fase de expansão rápida parenteral, com solução salina isotônica: 20 ml/kg em até 20 minutos, caso necessário, repetir por até três vezes, de acordo com avaliação clínica, hemograma completo, exames de imagem, acompanhamento em leito de terapia intensiva.

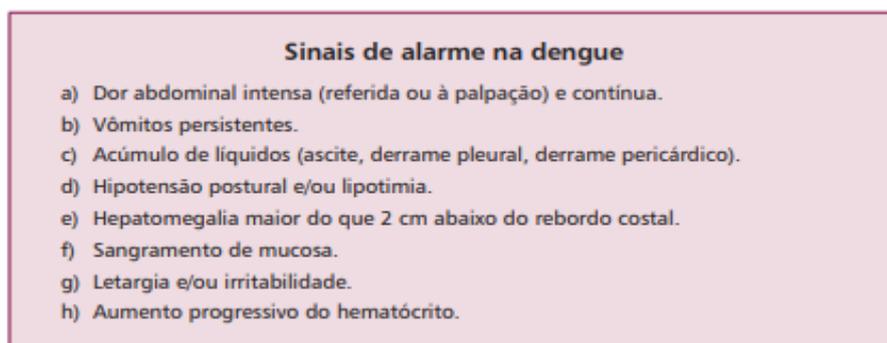


Imagem 3: Sinais de alarme na dengue
Autor: Ministério da Saúde, Brasília. 2016

Em relação à paciente, devemos atentar-nos aos sinais de choque TEC >3sg, taquipneia e hipotensão, geralmente o choque ocorre entre os dias 4 e 5 da doença, sendo de rápida instalação e curta duração podendo levar o paciente ao óbito em um intervalo de 12 a 24 horas. Brasil, 2016.

Todo paciente com sinais de choque deve estar monitorado pela equipe assistencial atenta aos sinais de melhora ou piora após medidas de terapia apropriada, pois o choque prolongado consequente a hipo-perfusão resulta no comprometimento de órgãos levando a hemorragias graves, causando diminuição de hematócritos agravando ainda mais o quadro clínico.

Segundo o Ministério da Saúde, todo paciente que apresentar algum destes critérios deve ser internado:

- ✚ 1 sinal de alarme ou choque
- ✚ Inapetência
- ✚ Comprometimento respiratório
- ✚ Comorbidades

A nossa paciente apresentava não apenas 1 critério de internação e sim todos, então a conduta de internação esteve correta.

Sabe-se que o risco de sangramento aumenta em pacientes em uso de anticoagulantes, como a nossa paciente teve um quadro prévio de TVP fazia uso irregular desta medicação como plano terapêutico, o mal-uso do mesmo pode ter deixado os níveis de INR alterados aumentando ainda mais o risco de sangramento evidenciados nos sintomas apresentados durante a anamneses e nos exames laboratoriais, porém não foi solicitado o exame para avaliar o INR.

Segundo o núcleo de Telessaúde, 2015, a terapia antitrombótica ante um diagnóstico de dengue hemorrágico instalado o paciente deve ser internado e todos os medicamentos antitrombóticos devem ser suspensos. Transfusão de plaquetas ou administração de plasma e vitamina K devem ser consideradas, como a paciente em discussão apresentava $Hb < 7$ cumpria o critério de transfusão e esta foi realizada.

Relembrando o momento da entrevista com a paciente e as primeiras condutas, o diagnóstico de dengue foi tardio, porém como esta apresentava sinais de choque as condutas tomadas não foram incorretas pela semelhança entre o tratamento de ambas doenças, principalmente a reposição volêmica de forma agressiva com hidratação EV.

Mesmo com as medidas de resgates adotadas no início do tratamento a paciente evoluiu com Insuficiência Respiratória Aguda precisando de intubação orotraqueal, sendo esta feita por mim sobre orientação do médico Plantonista.

Devemos levar em consideração que os principais fatores para desenvolver TVP podem ser hereditários ou adquiridos, estes incluem imobilidade, idade avançada, grandes cirurgias, traumas, entre outras, por esta paciente ter apresentado episódios anteriores de TVP e apresenta uso irregular de anticoagulante, somado ao episódio de Insuficiência Respiratória Aguda deve-se avaliar a possibilidade de apresentar um episódio de embolia pulmonar, seguindo os critérios de Wells abaixo mencionados como levantada a hipótese diagnóstica.

Achado clínico	Pontuação
▪ Neoplasia ativa	1
▪ Paresia ou imobilização de extremidades	1
▪ Restrito ao leito por mais de 3 dias ou grande cirurgia há menos de 4 semanas	1
▪ Hipersensibilidade em trajeto venoso	1
▪ Edema assimétrico de todo o membro inferior	1
▪ Diâmetro da região das panturrilhas 3 cm maior em um membro comparado ao outro	1
▪ Edema depressível confinado ao membro sintomático	1
▪ Veias superficiais colaterais (não varicosas)	1
▪ Diagnóstico alternativo mais provável	-2

0 ponto: baixa probabilidade; 1-2 pontos: probabilidade intermediária; 3 ou mais pontos: alta probabilidade.

Imagem 4: Escore de Wells.

Fonte: Medicina de Emergência, 2017.

Ao analisar o Escore de Wells, vemos que a paciente tem baixa probabilidade de TEP. Excluindo então hipótese.

A hipóteses de GECA também foi descartada, embora a paciente apresentasse um quadro de desidratação que pode estar relacionado aos episódios gastrointestinais prévios, os mesmos podem estar associados também a um quadro de Dengue ou Covid 19.

Diante deste quadro clínico, as várias hipóteses diagnosticas abrem um grande campo de ideais e possibilidades, durante o seguimento do mesmo as inseguridades e o medo se apoderavam da aluna, inclusive por estar ante uma paciente tão vulnerável, após 2 semanas de evolução do quadro, com hipóteses de dengue confirmada, a paciente fica hemodinamicamente estável e com condições de alta hospitalar.

PACIENTE 2

Identificação: G.D.P.C, 39 anos, solteira, branca, estudante e autônoma, natural e residente de foz do Iguaçu.

QP: Perda da sensibilidade à direita

HDA: paciente refere que na quarta-feira as 19:30 aproximadamente apresentou cefaleia intensa em hemicrânio direito, acompanhado de foto e fonofobia, visão turba de início súbito seguida de síncope, sendo encaminhada para UPA onde recebeu alta médica no mesmo dia com orientações gerais. Após 3 dias retorna para atendimento na mesma unidade de serviço por alterações de sensibilidade em MSD e MID com sensação de andar nas nuvens, evoluindo com fraqueza e perda da sustentação. Transferida pela UPA para melhor investigação do quadro de parestesia e paresia. Nega febre, mialgia, atralgia, dispneia, tosse e alterações urinarias e gastrointestinais.

HMP: Refere quadros similares anteriores de cefaleia holocraniana, fazendo uso de ergotaminicos para o tratamento além de analgesicos comuns. Historico de crises convulsivas e crises de ausência há cerca de 3 anos, fez uso de carbamazepina por 3 meses. Suspensa com orientação médica. Nega alergias. Faz uso de anticoncepcional oral, ciclo 21.

Menarca: 14 anos Sexarca 19 anos. G7P3A4 todos os partos com importante sangramento.

HV: nega hábitos tóxicos.

Exame Físico:

BEG, LOTE, anictérica, acianótica, afebril ao toque, corada, hidratada, colaborativa.

AC: BCNF RR 2T, sem sopros audíveis, TEC <3sg. Pulsos periféricos cheios e simétricos.

AP: MVUA sem RA, Expansibilidade torácica preservada, sem sinais de esforço respiratório.

Abd: abdome globoso, RHA+, timpânico a percussão, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de peritonites.

AvN: Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Perda da força muscular em hemicorpo direito, força muscular em membro superior grau 4 à direita, grau 5 em membro superior à esquerda

Membros: quentes e bem perfundidos, sem sinais de edema. Panturilhas livres.

Diagnóstico Sindrômico:

- Hemiparesia
- Snd Motora
- Snd Piramidal

Diagnosticos Diferenciais:

- AVCi ?
- Perda da força motora

Conduta:

- Nova tomografia hoje
- Solicito laboratoriais de admissão
- Solicito avaliação neurológica e vascular
- Aguardo ecocardiograma e doppler de carótidas.

Exames Complementares:

UPA

TC de pescoço: mostra placa ateromatosa do terço proximal da artéria carótida interna esquerda cursando com estenose deste segmento em aproximadamente 80%.

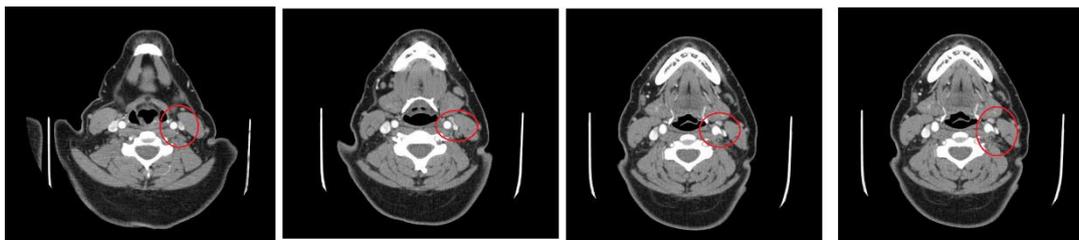


Imagem 5: Placa ateromatosa em carótida interna

Fonte: google search

EXAMES DE ADMISSÃO

Laboratoriais:

Resultado do exame		Valor de Referencia	
Hb	13,8	Hb	13,5 – 17,5
Ht	41,6	Ht	41 - 53
Leuco	6.220	Leuco	5.000 – 10.000
Bast	1%	Bast	1 – 5%
Plaq	197.000	Plaq	140.000 – 400.000
Ur	33	Ur	19 - 43
Cr	0,70	Cr	0,52 – 1,4
Na	144	Na	137 – 145
K	4,2	K	3,5 – 5,1
PCR	1,2	PCR	< 1

TC de crânio: sem alterações significativas

#Avaliação neuro: CD: dugiro voltar oxcarbazepina 300mg 8/8hs.

AngioRNM crânio: sinais de obliteração do seio transversal esquerdo. Associa-se a sinais iniciais de infarto em transição temporo-occipital ipsilateral.

Pequenos focos de hipersinal em difusão em convexidade parietal esquerda, que pode estar relacionado a diminutos focos de isquemia, de natureza tromboembólica.

DISCUSSÃO

Para começar nossa discussão temos que saber que a principal hipótese para esse paciente é um Acidente Vascular Cerebral (AVC), o AVC segundo a Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDCV) pode ser definido como a apresentação de um déficit neurológico súbito provocado por um problema nos vasos sanguíneos do SNC e ele é dividido em 2 subtipos, isquêmico e hemorrágico, neste caso o AVC do nosso paciente seria do tipo isquêmico pois não apresenta sinais de sangramento nas tomografias de crânio.

O AIT poderia ser uma hipótese diagnóstica plausível, porém a paciente apresenta mais de 24 hs de sintomas sem ressecção dos mesmos, descartando assim esta ideia, ou seja, para considerar a existência de um AIT os sintomas devem ter regredido em <24Hs. (Harrison, 2017).

Segundo o Harrison 2017, uma vez excluídos sinais de sangramento craniano deve se avaliar a indicação de trombolítico que segundo a SBDCV são:

- + AVC isquêmico em qualquer território encefálico
- + Possibilidade de se iniciar a infusão do rt- PA dentro de 4 horas e 30 minutos do início dos sintomas
- + Tomografia computadorizada do crânio ou ressonância magnética sem evidência de hemorragia
- + Idade superior a 18 anos.

Se o paciente apresenta os critérios de inclusão deve-se avaliar os critérios de exclusão para uso de trombolíticos que segundo a SBDCV são:

- + Uso de anticoagulantes orais com tempo de pró-trombina (TP) >15 segundos (RNI>1,7)
- + Uso de heparina nas últimas 48 horas com TTPa elevado
- + AVC isquêmico ou traumatismo crânio-encefálico grave nos últimos 3 meses
- + História pregressa de alguma forma de hemorragia intracraniana ou de malformação vascular cerebral
- + TC de crânio com hipodensidade precoce igual ou maior do que um terço do território da artéria cerebral média
- + PA sistólica ≥ 185 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg (em 3 ocasiões, com 10 minutos de intervalo) refratária ao tratamento anti-hipertensivo
- + Melhora rápida e completa dos sinais e sintomas no período anterior ao início da trombólise;
- + Déficits neurológicos leves (sem repercussão funcional significativa)
- + Cirurgia de grande porte ou procedimento invasivo dentro das últimas 2 semanas;
- + Hemorragia geniturinária ou gastrointestinal (nas últimas 3 semanas), ou história de varizes esofagianas;
- + Punção arterial em local não compressível na última semana; l) Coagulopatia com TP prolongado (RNI>1,7), TTPa elevado, ou plaquetas < 50 mg/dl com reversão dos sintomas após a correção;
- + Evidência de endocardite ou êmbolo séptico, gravidez; o) Infarto do miocárdio recente (3 meses).
- + Suspeita clínica de hemorragia subaracnóide ou dissecação aguda de aorta.

A presença de qualquer um desses fatores contraindica a administração do trombolítico.

Conforme observado no exame físico a nossa paciente ainda apresenta sinais de déficit neurológicos como a perda da força motora e sintomas oculares, então não pode realizar o trombolítico.

O tratamento deve seguir com antiagregantes plaquetários, sendo recomendado o AAS na dose de 100 a 300 mg/dia. Algumas situações não se indica o AAS, mas sim anticoagulação com warfarina oral, com intuito

em deixar o RNI entre 2 e 3. São situações com indicação de anticoagulação: AVCI causado por fibrilação atrial, infarto do miocárdio ou associado a cardiomiopatias, ou nos casos de estenose carotídea maior que 70%. (Harrison 2017)

Sabendo que o AVCI está associado ao cardioembolismo podemos concluir que a causa do AVCI da nossa paciente foi um êmbolo que despreendeu e viajou do território carotídeo até a ACM causando o AVC isquêmico.

Compreendendo que o caso é neurológico, precisa de imediata atenção, porem isso não foi seguido, a paciente chegou no nosocômio sem diagnóstico prévio e sem nenhum tipo de tratamento sendo que o correto devia ter sido aplicar o protocolo de AVC isquêmico.

Após seguir o protocolo de Medicina de Emergências e do SBDCV, a paciente é encaminhada ao serviço de Clínica Médica para acompanhamento da evolução do quadro Clínico.

PACIENTE 3

Identificação: C.F.L, 28 anos, masculino, solteiro, pardo, estudante, desempregado há 8 meses, natural de foz do Iguaçu.

QP: “pretendo morrer”

HDA: paciente trazido pelo SAMU com ideação suicida, relata que essas ideias o acompanham desde os 12 anos de idade, nega alucinações e delírios. Nega e não apresenta episódios de mania e hipomanía.

Sumula psicopatológica: paciente com ideação suicida, apresenta consciência auto e alopsiquica sem alterações, pscimotricidade aumentada, encontra-se choroso, preocupado, com humor deprimido. Planos para o futuro e pragmatismo coincidentes com o quadro apresentado. Inteligência sem alterações, memória de trabalho comprometida.

HPP: transtorno depressivo maior, sem tratamento. Nega alergias, outras comorbidades e medicações de uso contínuo.

HV: Refere uso crônico de cannabis (todos os dias) e cocaína (socialmente). Nega alcoolismo.

Exame Físico Segmentar: não realizado devido a agitação do paciente.

Diagnóstico sindrômico:

- Depressão

Diagnóstico Diferencial:

- Transtorno Depressivo Maior
- Transtorno Bipolar
- Tristeza
- Humor deprimido
- Distímia

Conduta:

- Prescrita sedação (Diazepam 5mg/ml 2 ampolas)
- Solicito avaliação da psiquiatria
- Encaminhado para o Hospital Cataratas.

Discussão

Este caso clínico foi escolhido por um motivo especial, no semestre anterior a reprovação do módulo de Psiquiatria me permitiu que refizesse-lo no início do ano, até então a revolta estava presente por ter passado por essa situação, pois para a interna a sua reprovação tinha sido injusta até passar por esta experiência.

C, chegou de SAMU na sala vermelhada da UPA Walter durante um plantão de 12 horas, após vários plantões a aluna já conhecia o fluxo do atendimento e já tinha efetuado contato com o médico plantonista o paciente passou automaticamente sobre autonomia dela, o SAMU passou o quadro clínico à medias e o enfermeiro esclareceu sobre o que se tratava, um caso de ideação suicida, mais uma vez, o medo se torna presente, pois já existia receio com tudo referente a psiquiatria, mesmo assim ela teve que cumprir com a sua tarefa e entrevistar o paciente.

Dependendo da situação, poder ser ou muito fácil ou muito difícil avaliar um paciente com um quadro psiquiátrico, porém um dos objetivos do módulo é desenvolver as habilidades necessárias para fazer frente a uma situação assim.

Na sala de estabilização estava o paciente frustrado, desorientado, irritado, sinais que poderiam ser registrados em uma Súmula Psicopatológica que inevitavelmente a interna já tinha decorado mediante a mnemotécnica que durante o pre-internato foi de suma ajuda, mas qual seria essa mnemotécnica? PAPAPPLIM CHAVOCANS, que envolve os itens descritos no Manual de Psicopatologia de 2015, e são os seguintes: Pensamento, aparência, psicomotricidade, atitude, planos para o futuro, pragmatismo, linguagem (fala), inteligência, memória, consciência do eu, humor, afetividade, vontade, orientação, consciência, atenção, noção de morbidade e senso percepção.

A sumula psicopatológica é um resumo do exame psíquico, e busca analisar o paciente e o seu estado mental através do comportamento que este apresenta durante a entrevista. (Cheniaux E, 2015).

Com tudo, conversando com o paciente chegamos a hipóteses diagnóstica de um transtorno depressivo maior, que segundo o DSM5 é caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração, envolvendo

alterações afetivas, cognitivas entre outras, com remissões durante os episódios.

Segundo o DSM5 2014, esta doença pode aparecer na infância tanto quanto na adolescência, sendo a probabilidade de início aumenta durante a puberdade, geralmente os episódios depressivos apresentam remissão total dos sintomas por 2 meses ou apenas remissão de 1 ou 2 sintomas.

O tratamento tem um efeito positivo após os primeiros 3 meses isto se explica na teoria da sensibilização que diz que o fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) influencia no desenvolvimento do SNC durante a vida embrionária e está envolvido no crescimento, diferenciação, plasticidade e apoptose dos neurônios no adulto, participando assim na integridade neuronal ao longo da vida. A hipótese neurotrófica constitui uma das principais teorias para a neurobiologia da depressão, e associa a diminuição da expressão de BDNF e atrofia de estruturas límbicas com a depressão, e por sua vez o aumento plasmático desta neurotrofina com o efeito antidepressivo, acreditando que tais mecanismos estão dependentes da neogênese, o tratamento com Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina aumenta a neogênese. (Goodman e Gilman 2012).

Existem três neurotransmissores envolvidos nos transtornos de humor, a noradrenalina, a dopamina e a serotonina, estas atuam no sistema monoaminérgico que regula o nosso humor, daí que a teoria da etiologia da depressão propõe que ela se deva a uma deficiência de neurotransmissores monomânicos, principalmente a serotonina (Goodman e Gilman 2012).

Sabemos que a genética está fortemente relacionada com os transtornos mentais, assim também como o ambiente, por exemplo traumas da infância podem ser desencadear transtornos como a depressão.

O DSM5 traz os critérios diagnósticos para o transtorno depressivo maior.
Imagem 2

Critérios Diagnósticos

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

Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (**Nota:** Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)
 2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
 3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (**Nota:** Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)
 4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
 5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
 6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).
 8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
 9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
- B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior.

Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.*

D. A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.

E. Nunca houve um episódio maniaco ou um episódio hipomaniaco.

Nota: Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maniaco ou do tipo hipomaniaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica.

Imagem 6: Critérios Diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior.

Fonte: DSM5 2016.

Em conclusão, a depressão é uma doença que pode ser muito silenciosa, o paciente C estava lutando contra ela desde a infância, e ter abordado a sua história desde um ponto de vista mais psicológico do que clínico permitiu que fosse identificado um transtorno e não apenas uma síndrome como está descrito na imagem acima.

Analisando as condutas realizadas pelo médico plantonista estão corretas, ele manteve o paciente em internação por apresentar um dos principais critérios de internação na psiquiatria, que é a ideação suicida, administrou um benzodiazepínico para acalmar a agitação psicomotora que o paciente estava apresentando, e finalmente encaminhou ao hospital de referência para doenças psiquiátricas.

A satisfação experimentada pela discente descreve o quanto foi importante ter repetido Saúde mental, pois por meio deste o raciocínio clínico estava certo, isto foi crucial para ajudar o paciente no momento tão desesperadora da sua doença, foi então que a nossa autora entendeu que, as vezes as coisas não acontecem do jeito que esperamos que aconteçam, mas sim como devem de acontecer, e se ela não tivesse reprovado Saúde Mental não teria abordado essa situação dessa maneira, e tal vez o desenlace da história seria outra.

5. RELATO DE CASO

Nesta sessão, encontraremos um breve relato sobre um encontro entre a nossa escritora, e a chamada morte, e um pequena reflexão sobre como isso impactou na vida dela, o relato se denomina:

Um contato com a morte

J.H. masculino, 89 anos, natural de foz do Iguaçu. Considerado paciente em cuidados paliativos, hipertenso, diabético, com doença renal crônica, internado no setor de enfermaria COVID por pneumonia viral causada por SARS-CoV2.

Como todos os dias a Inés acordou para assumir o seu plantão segundo a escala de horários que tinha recebido para a semana no WhatsApp, das 7 às 13 hs devia acompanhar o médico plantonista no setor da enfermaria covid19, um dos lugares do hospital que ela chama de favorito, pois além de pegar pacientes descompensados podia acompanhar a visita dos residentes da Clínica Médica com os seus preceptores e aproveitar para discutir com eles sobre algum caso que lhe parecesse interessante, uma vez pronta, foi como de costume até a rouparia, e colocou pijama rosa característico do setor, pontual como sempre, aguardou o residente chegar, se apresentou e começaram a separar os pacientes e dividir o trabalho.

– Pega o seu J, ele é paciente de cuidados paliativos, é tranquilo e vai ser bom para você aprender sobre o caso dele– disse o residente que estava de plantão

Sem demorar muito, ela anotou na sua agenda rosa o nome do paciente, e feliz, com a esperança de ajudar alguém nesse dia, foi para a sala onde se encontrava o seu paciente.

No quarto, mais uma vez essa sensação de medo e poder se entrelaçam, a emoção de estar no lugar certo fazendo o que mais ama se apoderam dela quando vê todos esses pacientes, idosos, jovens, mulheres e homens, todos na mesma luta, leito após leito procura por ele, o paciente de hoje.

Na esquina da sala, estava coberto um senhor de idade, de cabelos brancos, e sem expressões, ela se acercou ao leito e com todo o amor que ela conhecia olhou nos olhos do seu J, mesmo após um bom dia, ele não respondia, o seu olhar estava fixo, a sua boca entre aberta permitindo que ela ouvisse um leve gemido, tratando de falar que não estava bem.

Ainda confusa a nossa autora tentou conversar com ele através dos olhos, pedindo que piscasse uma vez se as suas respostas eram sim e duas se fossem não, mais uma vez não teve respostas.

Com a preocupação ocupando maior parte do coração, ela decidiu iniciar a avaliação mesmo com as luvas impedindo um contato direto com a pele dele, em busca de respostas, encostou a sua mão na dele e sentiu uma mão gelada, edemaciada, fria e cianótica, pressionou o indicador por 10 segundos com o objetivo de medir o tempo de reenchimento capilar, > 6sg, na procura dos membros inferiores mais uma surpresa, amputações, desviando o olhar, os seus olhos pousaram sobre o monitor que estava repousando sobre a sua cabeceira, PA 85x60 mmHg, hipotenso, pensou ela. Para contar a sua frequência respiratória, ela segurou a sua respiração por um minuto, FR 40, o paciente estava grave e ela sentia como o seu dever identificar a causa desse sofrimento, arrugando os olhos, prestou mais atenção nas possíveis sinais que ele poderia passar, olhando para ele percebeu o esforço respiratório, mas a anasarca que estava apresentando era tão importante que apenas dava para perceber a tiragem intercostal que estava fazendo, com o meu estetoscópio na mão e o coração na boca realizou uma ausculta cardíaca: bulhas hipofonéticas comprometidas por esse som pulmonar que de longe já ditava sentença, colocando o diafragma sobre a fina pele dele, a ausculta confirmava o que mais temia, crepitanes bolhosos, angustiada, pensou um uma hipóteses diagnóstica e sua conduta e foi conversar com o plantonista.

- Dr. O seu J está gravíssimo, está hipotenso com má perfusão e bulhas cardíacas hipofonéticas, a ausculta pulmonar apresenta crepitos bolhosos, se mantém taquipneico com uma saturação de 93% mesmo em uso de CN 6L/min, e ele está tão edemaciado que o esforço respiratório dele é quase imperceptível e mesmo assim apresenta tiragem intercostal, me parece que está com um quadro de Edema Agudo de Pulmão e apresenta sinais de choque. – Ela disse quase o quadro completo dele em menos de 1 minuto, ou pelo menos isso ela achava.

- Ah tudo bem, ele é um paciente paliativo – ele respondeu com tanta tranquilidade que ela ficou paralisada aguardando outra resposta, mas esta não apareceu. Com a raiva e a impotência e a vontade de chorar a invadiram de uma forma tão súbita que sem pensar duas vezes nas consequências dos seus atos, ela começou a questionar os atos dele.

- Como assim cuidados paliativos? O Senhor sabe pelo menos o que isso significa? – Sem ter moderado o tom de voz ela gritou praticamente para toda a enfermaria, mas aquela voz atrás da orelha não a permitia ficar calma – Que o paciente seja classificado como paliativos não significa que devasse deixar ele simplesmente morrer – mas uma vez a impulsividade falando não fez

controle das suas e como consequência de tal impulsividade as suas bochechas começaram a ficar vermelhas, e por primeira vez em muito tempo, ela agradeceu ao COVID19 por obriga-la a estar usando uma N95 e não entrega-la naquela situação.

- Então senhorita, o que sugeres? – Ele perguntou com um tom de deboche olhando para a interna como se estivesse-la desafiando. Sem buscar atrito, apenas se retirou do local e foi ver como estava o seu paciente.

O médico titular chegou e começou a passar visita junto com o residente e com a Inés, ao chegar no quarto do seu J ele fixou o olhar nele, e perguntou qual era o quadro clínico do paciente, ela não conseguia falar, sabia que as emoções venceriam, mas juntou todas as forças que lhe sobravam e passou o caso para ele segurando as lágrimas que já estavam praticamente formando uma cachoeira nos seus olhos.

- Qual é o seu nome? – Ele perguntou

- Inés – ela disse escutando como o seu coração se quebrava em dois pedaços, - Você é interna?

- Sim doutor, estou no 5to ano – tentou avisar que ainda não estava pronta para definir condutas comentando que apenas estava iniciando o internato, mas não deu certo;

- Entendi, e me diga, qual seria a sua conduta agora? – A chuva de ideais que tinha repetido no seu subconsciente minutos atrás fugiram todas da sua mente como se estivessem em uma maratona e o sino tivesse indicado o início da corrida.

- Morfina e Diurético – conseguiu responder as presas enquanto sentia que a sua alma estava voltando e começou a se acalmar.

- Por que? – Perguntou insistente

- Porque mesmo sendo um paciente em cuidados paliativos está apresentando sinais de congestão e choque, e segundo a Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia, sobre edema agudo de pulmão diz que as medidas para o alívio da congestão pulmonar, independente da etiologia, incluem diuréticos potentes, vasodilatadores (exceto na presença de hipotensão arterial) e morfina e mesmo ele estando hipotenso, deve-se avaliar o custo benefício para obter por essa conduta – Ela respondeu insegura.

- Isso mesmo, e como ele é um paciente paliativo, faremos apenas essas medidas para aliviar o sofrimento dele, pois como você pode perceber ele está em fase ativa de morte. – Essas palavras ficaram se repetindo na sua cabeça uma e outra vez, realmente o paciente estava morrendo.

- Podem tirar o manguito dele e os sinalizadores, vamos fazer as medidas de alívio e esperar ele partir –Ele disse com um tom de comando, orientando as enfermeiras a fazerem o que estava pedindo.

A interna entendia a situação, mas ela não queria aceitar aquilo, os seus olhos se encheram de lágrimas enquanto lembrava da aula do professor Roberto, numa quinta feira de discussão explicando sobre o significado de cuidados paliativos.

Ela não tinha acompanhado o paciente desde o momento da admissão, não teve contado com os familiares, não conhecia o quadro clínico completo dele,

apenas fazia parte desse momento, do fim da vida dele, ele estava partindo do lugar que se conhece como terra, e ela, era apenas uma companhia para que a viagem não fosse muito longa.

Mesmo após finalizar a visita médica, ela não conseguia se separar dele, já tinham passado 1 hora e 30 minutos desde a troca de plantão, o seu plantão já tinha acabado, mas ela não podia ir e as 14 e 40 horas, ele suspirou por última vez, como protocolo, colocou dois dedos na carótida dele, sem pulso, chamou o residente e solicitaram um eletrocardiograma, uma fina linha preta num papel vermelho estava dizendo adeus, a sua primeira assistolia. (**Imagem 7**).



Imagem 7: ECG evidenciando Assistolia

Fonte: google search

Reflexão:

A decisão de colocar este caso foi de suma importância para concluir um ciclo tão importante como é o módulo de Urgência e Emergência, e as diversas situações são escolas para a vida de um futuro médico, neste caso, a curiosidade por entender o que aconteceu com o paciente e porque ele foi à óbito faziam parte do aprendizado.

Durante a reflexão, veremos alguns conceitos sobre cuidados paliativos e sobre como os profissionais da saúde devem abordar a morte.

Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, se conhece como cuidados paliativos ao ato de proteger alguém como forma de cuidado, tendo como objetivo amenizar a dor e o sofrimento, sejam eles de origem física, psicológica, social ou espiritual. (Brasil,2012).

- ✚ **Eutanásia:** a morte é causada mediante uma ação (injeção letal), é uma ação por compaixão, para dar uma “boa morte” a alguém que sofre em razão de uma enfermidade incurável que produz dores intoleráveis. (ACNP 2012)
- ✚ **Distanásia:** é a prática pela qual se prolonga a vida de um doente crônico, por meio de suportes vitais artificiais, acarretando um sofrimento inútil e desnecessário. (ACNP 2012)

- ✚ **Ortotanásia:** a morte não é causada mediante uma ação, diferente da eutanásia, simplesmente deixa se alguém morrer através da suspensão de tratamento que o mantém vivo, mas com o sofrimento, assim é por tanto uma conduta de omissão. (ACNP 2012)
- ✚ **Mistanásia:** é a morte antes da hora, causada por omissão de socorro, iatrogênica, negligência, imprudência e imperícia. (ACNP 2012)

Hipóteses de como ocorreram os fatos.

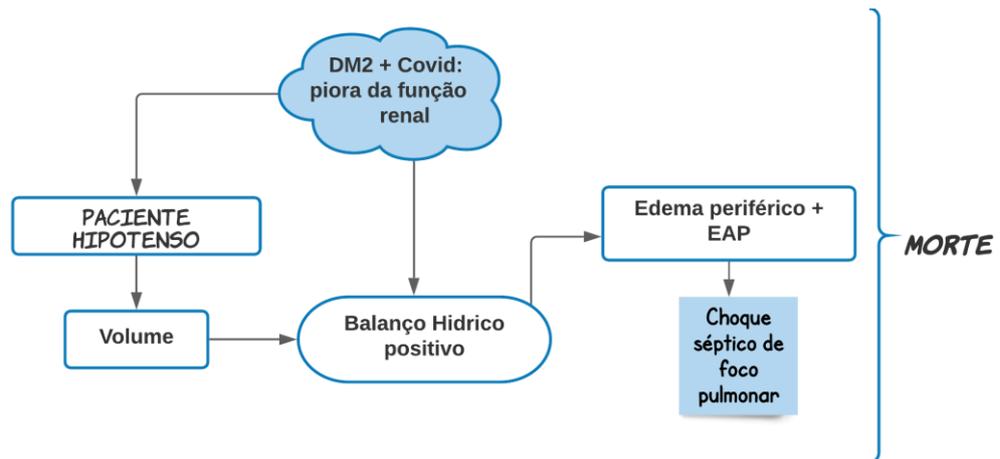


Imagem 8: hipótese diagnóstica

Fonte: SUBELDIA, M.I.F. Relatório de Urgência e Emergência. Internato na Pandemia. Foz do Iguaçu, 2020

Explicando o fluxograma da minha hipótese:

Segundo o Harrison 2017, a desregulação metabólica associada a DM acarreta alterações fisiopatológicas secundárias em múltiplos órgãos, constituindo a principal causa de doença renal em estágio terminal, de amputações de membros inferiores não traumáticas e de cegueiras em adultos.

O paciente diabético associada a uma infecção, piora o prognóstico do paciente renal crônico, já que este apresenta uma Taxa de filtração Glomerular baixa, diminuindo a eliminação dos eletrólitos, ocasionando balanço hídrico positivo com a distribuição líquida no interstício e no terceiro espaço corporal. Esta situação pode ter causado um Edema Agudo de Pulmão secundária ao acúmulo de líquido intersticial, o que pode ter causado o choque séptico que não tinha como ser corrigido pois segundo o protocolo de medicina interna 2017, o primeiro passo em situações de choque a ingesta de volume + diurético, porem esta conduta iniciaria um ciclo vicioso entre a melhora clínica do paciente e o prolongamento do seu sofrimento, o que nos levaria a cometer **distanasia**.

Então aceitar a morte do paciente seguindo os princípios dos cuidados paliativos segundo o ANCP 2012, foi infelizmente a conduta mais certa a ser seguida.

- + Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis.
- + Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida.
- + Não acelerar nem adiar a morte.
- + Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado do paciente.
- + Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente de viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte.
- + Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto.
- + Abordagem multidisciplinar para focar as necessidades do paciente e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto.
- + Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.
- + Deve ser iniciado o mais precoce possível, juntamente com outras medidas de prolongamento de vida, como a quimioterapia e radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Kluber. R, 1981, afirma que existem os 5 estágios diante da morte, a negação, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação, eu passei por todas elas em questão de horas por não ter aceitado que a melhor decisão diante daquela situação era deixar o paciente morrer, e como ela mesmo diz:

“O que acontece num campo da medicina em evolução em que nos perguntamos se ela continuará sendo uma profissão humanitária e respeitada ou uma nova, mas despersonalizada ciência, cuja finalidade é prolongar a vida em vez de mitigar o sofrimento humano? ... A guerra será, talvez, uma necessidade de defrontar a morte, de conquistá-la, de dominá-la para escapar dela incólume; uma forma peculiar de negar nossa própria mortalidade”.

6. CONCLUSÃO

O internato de Medicina prepara o aluno a se enfrentar à situações problemáticas garantindo que este possa ter uma resposta ágil e eficaz ante essa situação, isso diz o objetivo do módulo, e para isso o aluno se prepara, porém não está escrito em lugar nenhum sobre as emoções que interno tem que passar para lograr esse objetivo.

Estar longe da casa, ter noites de desvelo, se questionar sobre a sua real missão na vida, foram pensamentos que a sua narradora teve ao longo do módulo, e pode-se dizer que ao longo do curso, mas, assim também ela ouviu o agradecimento dos pacientes que recebiam alta, ela viu como as suas decisões melhoravam a saúde de uma pessoa e isso a fortaleceu.

A interna que iniciou o módulo de urgência e emergência com medo dos erros, com medo das responsabilidades, finaliza o curso vestindo o jaleco branco e aguardando o bordado de médica no peito, pois após cada vivencia, após cada receita e cada vez que ouvia o click do carimbo, ela soube que esse era o seu lugar.

A batalha contra a Covid 19 não acabou ainda, mas está deixando guerreiros, que mesmo cansados e sem vontade de continuar, acordam dia a dia com vontade de fazer aquilo que com tanto fervor amam fazer, salvar vidas.

Por isso à todos os profissionais da área da saúde que estão lutando na linha de frente, deixando a família em casa com o coração apertando de saudades, a autora os diz: sejam fortes, corajosos, pois tem alguém esperando por nós em casa e não é momento de entregar a batalha, e sim de seguir em frente.

7. REFERÊNCIAS

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2.ed. São Paulo: s. n., 2012.

BRASIL (Ministério da Saúde). Dengue: diagnóstico e manejo clínico : adulto e criança [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Como fica a terapia antitrombótica diante de um diagnóstico de dengue? Há necessidade de interrupção da medicação? Núcleo de Telessaúde HC UFMG | dez 2015

BRASIL. Sociedade Brasileira De Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. CLANNAD Editora Científica, 2019-2020

BRASIL. Sociedade Brasileira De De Doenças Cerebrovasculares. Acidente Vascular Cerebral. Disponível em: http://www.sbdcv.org.br/publica_avc.asp. 04 de março de 2021.

CHENIAUX Junior, Elie, 1965 Manual de psicopatologia / Elie Cheniaux. - 5. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. il.

CORRÊA N. M.I ... et al Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ...[et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

GOODMAN & GILMAN: As Bases Farmacológicas da Terapêutica. 12^a edição. Rio de Janeiro, McGraw-Hill, 2012.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1926- K97s Sobre a morte e o morrer / Elisabeth Kübler-Ross : tradução Paulo Menezes, - São Paulo : Martins Fontes, 1981.

LAVITOLA, Paulo de Lara et al . Sangramento durante a anticoagulação oral: alerta sobre um mal maior. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 93, n. 2, p. 174-179, Aug. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009000800017&lng=en&nrm=iso

LONG, Dan L. et al. Medicina Interna de Harrison. 19 ed. Porto Alegre, RS: AMGH Ed., 2017.

MARTINS S, et al. Medicina de Emergencia. Abordagem Prática. 12da Edição. 2017.

MD, VIROJ et al. COVID-19 can present with a rash and be mistaken for dengue. Journal of the American Academy of Dermatology. 2020 Disponível em: [https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(20\)30454-0/fulltext](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(20)30454-0/fulltext)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Recomenda ao Ministério da Saúde e à Agência Nacional de Saúde Suplementar a adoção de medidas para

a revogação da suspensão da Resolução nº 458/2020, entre outras providências. 24 De Julho De 2020

SUBELDIA, M.I.F. Relatório de Urgência e Emergência. Internato na Pandemia. Foz do Iguaçu, 2020

XAVIER, Analucia R. et al . COVID-19: manifestações clínicas e laboratoriais na infecção pelo novo coronavírus. J. Bras. Patol. Med. Lab., Rio de Janeiro , v. 56, e3232020, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442020000100302&lng=en&nrm=iso>.