



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

**CURSO DE MEDICINA**

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS - RELATO DE CASOS  
CLÍNICOS E VIVÊNCIAS DE UM INTERNATO EM UMA PANDEMIA.**

**ELÍAS JUNIOR CARDOZO TALAVERA**

**Foz do Iguaçu - Paraná**

**2021**



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

**CURSO DE MEDICINA**

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS - RELATO DE CASOS  
CLÍNICOS E VIVÊNCIAS DE UM INTERNATO EM UMA PANDEMIA.**

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: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench

**Foz do Iguaçu - Paraná**

**2021**

**ELÍAS JUNIOR CARDOZO TALAVERA**

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS - RELATO DE CASOS  
CLÍNICOS E VIVÊNCIAS DE UM INTERNATO EM UMA PANDEMIA.**

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: Profa. Me. Flávia Julyana Pina Trench**

**UNILA**

---

**Dra. Rossana Álvarez Callejas**

**UNILA**

---

**Dra. Tatiana Souza Alves**

**UNILA**

## TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor: Elías Junior Cardozo Talavera.

Curso: Medicina.

Documento de identificação (RG, CPF, Passaporte, etc.): 076.565.961-19.

E-mail: juniorcardozo97@gmail.com Fone: (45) 991035010.

### Tipo de Documento

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> graduação | <input type="checkbox"/> artigo                         |
| <input type="checkbox"/> especialização       | <input type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso |
| <input type="checkbox"/> mestrado             | <input checked="" 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 - RELATO DE CASOS CLÍNICOS E VIVÊNCIAS DE UM INTERNATO EM UMA PANDEMIA.

Nome da orientadora: Flávia Julyana Pina Trench Data da Defesa: 12/06/2021

Data da Defesa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Licença não-exclusiva de Distribuição O referido autor(a):

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

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

c) 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.

d) 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 todas as pessoas, que de alguma maneira, contribuíram na minha formação, ao longo destes 6 anos. Especialmente a minha família.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a Deus, sobre tudo e por tudo. Por bendecir a minha vida a cada dia.

A minha família, por apoiar cada decisão que fui tomando desde o início deste desafio. E mesmo na distância, por o acompanhamento e suporte brindado em todo momento.

Aos meus amigos e colegas, que sempre me incentivaram a melhorar cada dia, me apoiaram, me motivaram.

Aos professores, por todo o aprendizado ao longo dos 6 anos, pela preocupação e dedicação na minha formação, e a dos meus colegas. Professora Flávia, obrigado por nos ajudar e acompanhar de perto num período tão difícil como está sendo a pandemia.

A todos os profissionais de saúde de todos os cenários de prática, pelo acolhimento, o ensino e a paciência que guiaram o meu aprendizado.

**CARDOZO TALAVERA**, Elías Junior. **Internato Em Urgência E Emergência Do Sus - Relato De Casos Clínicos E Vivências De Um Internato Em Uma Pandemia**. 2021. 46 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, representa o momento em que nós acadêmicos de medicina passamos pela transição, da teoria às práticas, o Internato. É nesse momento que nós desenvolvemos as capacidades e o raciocínio, pela oportunidade única de conseguir acompanhar, observar e participar ativamente, realizando procedimentos e manejando casos clínicos em diferentes setores, neste caso, no ambiente da Urgência e Emergência. O trabalho “Internato em Urgência E Emergência do SUS - Relato de Casos Clínicos e Vivências de um Internato em uma Pandemia” representa uma pequena parte da intenção de aprofundar a discussão das experiências, percepções e vivências durante o internato no módulo de Urgência e Emergência do SUS. Os cenários na cidade de Foz do Iguaçu são as Unidades de Pronto Atendimento João Samek e Walter Barbosa Cavalcante, o Pronto Socorro, Triagem Covid e Pronto Socorro Respiratório do Hospital Municipal Padre Germano Lauck. O objetivo final do trabalho é expor o processo de aprendizado, pelas vivências de uma maneira sucinta. As atividades desenvolvidas durante o estágio em Urgência e Emergência, são essenciais para o crescimento acadêmico e a formação profissional.

**Palavras-Chave:** 1. Internato. 2. Urgência. 3. Emergência. 4. Experiência.

**CARDOZO TALAVERA**, Elías Junior. **Internato Em Urgência E Emergência Do Sus - Relato De Casos Clínicos E Vivências De Um Internato Em Uma Pandemia**. 2021. 46 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) –Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

## **RESUMEN**

Este trabajo de conclusión de curso, representa el momento en que nosotros los académicos de medicina pasamos por la transición, de la teoría a las prácticas, el Internado. Es en ese momento que nosotros desenvolvemos las capacidades y el raciocinio, por la oportunidad única de conseguir acompañar, observar y participar activamente, realizando procedimientos y manejando casos clínicos en diferentes sectores, en este caso, en el ambiente de la Urgencia y Emergencia. El trabajo “Internato em Urgência E Emergência do SUS - Relato de Casos Clínicos e Vivências de um Internato em uma Pandemia” representa una pequeña parte de la intención de profundizar la discusión de las experiencias, percepciones y vivencias durante el Internado en el módulo de Urgencia y Emergencia del SUS. Los escenarios en la ciudad de Foz do Iguaçu son las Unidades de Pronto Atendimento João Samek y Walter Barbosa Cavalcante, el Pronto Socorro, Triagem Covid y Pronto Socorro Respiratório del Hospital Municipal Padre Germano Lauck. El objetivo final del trabajo es exponer el proceso de aprendizaje, por las vivencias de una manera sucinta. Las actividades desarrolladas durante el módulo en Urgencia y Emergencia, son esenciales para el crecimiento académico y la formación profesional.

**Palabras Claves:** 1. Internado. 2. Urgencia. 3. Emergencia. 4. Experiencia.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>ACV</b>	<b>Aparelho Cardiovascular</b>
<b>AEH</b>	<b>Atendimento Extra Hospitalar</b>
<b>EV</b>	<b>Endovenoso</b>
<b>HAS</b>	<b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b>
<b>HMCC</b>	<b>Hospital Ministro Costa Cavalcanti</b>
<b>HMPGL</b>	<b>Hospital Municipal Padre Germano Lauck</b>
<b>IOT</b>	<b>Intubação Orotraqueal</b>
<b>MMII</b>	<b>Membros Inferiores</b>
<b>PS</b>	<b>Pronto Socorro</b>
<b>SAMU</b>	<b>Serviço de Atendimento Móvel de Urgência</b>
<b>SIATE</b>	<b>Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência</b>
<b>SNC</b>	<b>Sistema Nervoso Central</b>
<b>SpO2</b>	<b>Saturação Periférica de Oxigênio</b>
<b>U/E</b>	<b>Urgência e Emergência.</b>
<b>UPA</b>	<b>Unidade de Pronto Atendimento</b>
<b>UTI</b>	<b>Unidade de Terapia Intensiva</b>
<b>USF</b>	<b>Unidade Saúde Familiar</b>
<b>VO</b>	<b>Via Oral</b>

## Sumário.

<b>1. INTRODUCAO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>12</b>
<b>3. ENTRE FLUXOS E EXPERIÊNCIAS.....</b>	<b>12</b>
PANDEMIA = MUDANÇAS.....	13
<b>4. PROCEDIMENTOS REALIZADOS.....</b>	<b>16</b>
MEU PRIMEIRO ACESSO VENOSO CENTRAL.....	16
MINHA PRIMEIRA IOT.....	18
<b>5. CASOS CLÍNICOS.....</b>	<b>20</b>
CASO I – AVC ISQUEMICO.....	20
CASO II – DPOC DESCOMPENSADA.....	32
<b>6. ANGIRO .....</b>	<b>40</b>
<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>44</b>
<b>8. REFERENCIAS.....</b>	<b>45</b>

## 1. Introdução.

O presente trabalho refere-se às atividades desenvolvidas durante o módulo de “Urgência e Emergência do SUS”, dentro do internato do Curso de Medicina, assim como os estudos realizados durante o acompanhamento de casos clínicos, as reflexões que deixaram os cenários de práticos ao longo dos meses, e parte do aprendizado.

Neste módulo, as atividades foram desenvolvidas em três locais com diferentes cenários. As UPAs, João Samek e Walter Barboza, nas salas vermelhas e amarelas, assim como as salas de procedimentos. O Hospital Municipal Padre Germano Lauck, nos setores de Triagem Covid, Pronto Socorro Respiratório, UTI COVID, Central Telefônica e Pronto Socorro Geral.

Cada cenário com tarefas assinadas diferentes, mas cada um com uma importância muito grande, e um objetivo em específico: Ofertar o melhor atendimento para o paciente nesse momento, e fazer o melhor para conseguir resolver o motivo que o levou a procurar atendimento, muitas vezes para salvar a vida do mesmo; para assim fazer diferença na saúde da pessoa e com isso melhorar a qualidade de vida do mesmo, tudo no menor tempo possível, atendendo o cenário da atuação, a da Urgência e Emergência.

As adversidades sempre estão presentes, muitas delas também descritas no presente relatório, assim como as decisões tomadas nas diferentes situações e o resultado das ações feitas.

Este relatório trata das atividades realizadas e observadas por mim, Elías Junior Cardozo Talavera, nos diferentes cenários, acompanhado sempre dos preceptores em cada um deles; o aprendizado que deixou cada um, e a influência de cada um no processo.

## 2. DESENVOLVIMENTO

### 3. ENTRE FLUXOS E EXPERIÊNCIAS.

Para trabalhar dentro do ambiente da Urgência e da Emergência é importante conhecer todo o sistema que esta área abrange e o que regula ela, para que tudo possa funcionar de uma maneira harmônica e organizada.

A Portaria Nº 2.657, De 16 De Dezembro De 2004, estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU192. A regulação dos pacientes que entram em contato pelo SAMU (Serviços De Atendimento Móvel De Urgências) 192, é responsabilidade da Central de Regulação Médica, integrante do SAMU, com isso eles conseguem classificar e priorizar as necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências regionais, dentro de Atenção à saúde. Na rede da cidade também contamos com o SIATE 193, para traumas e emergências.

Depois de diferenciar a urgência, que é a ocorrência de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata; da emergência, a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, que exige tratamento médico imediato, eles são regulados para os principais centros de atendimento na cidade de Foz do Iguaçu, de acordo a referência para cada demanda, e elas são as UPA's (UPA João Samek e UPA Morumbi), o Hospital Ministro Costa Cavalcanti, Hospital Cataratas (onde atualmente funciona a ala de Psiquiatria do Hospital Municipal), Hospital Municipal Padre Germano Lauck.

Uma vez identificada uma urgência, deve ser classificada em níveis, para identificar a prioridade de acordo a cada caso. O **Nível 1** é a prioridade absoluta; o **Nível 2** a urgência de prioridade moderada; o **Nível 3** de prioridade baixa e o **Nível 4** com urgência de prioridade mínima. A Vaga Zero, de acordo com a Resolução do CFM 2.110/2014, é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências.

As unidades móveis para o atendimento de urgência podem ser: I – Unidade de suporte básico de vida terrestre (USB), viatura tripulada por no mínimo 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), viatura tripulada por no mínimo três profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico; III – Equipe de aeromédico – aeronave com equipe composta por no mínimo um médico e um enfermeiro; IV – Equipe de embarcação, equipe composta por no mínimo dois ou 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, motocicleta conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância; e VI – Veículo de intervenção rápida (VIR), veículo tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

### 3.1 PANDEMIA = MUDANÇAS.

A chegada da pandemia exigiu uma reforma GIGANTE na área da saúde dentro da cidade, como no mundo todo; uma planificação rápida e com uma mínima margem de erro permitida. Os câmbios foram visíveis tanto na mudança do fluxo, como no aspecto físico dos centros assistenciais, especialmente o HMPGL, que se tornou referência para quadros respiratórios, e mais especificamente para o COVID-19.

Desde criação de novos espaços físicos, até a criação de novos setores para o atendimento de casos; com ajuda de diferentes setores da cidade, todos com o objetivo de contribuir para conseguir o melhor resultado possível.

Os novos setores dentro do HMPGL foram a Triagem-COVID, com o objetivo de classificar os pacientes para evitar o colapso do serviço, é a porta de entrada ao HMPGL, dos pacientes com sintomas respiratórios; PS-Respiratório, para um atendimento rápido e efetivo para os pacientes com diagnóstico confirmado e para os pacientes com queixas respiratórias com um quadro mais urgente; UTDI, para o acompanhamento de casos de doenças infecciosas a esclarecer; Enfermaria COVID, UTI COVID, específicas para pacientes com diagnóstico confirmado, que

precisam de internação por causa da complicação do quadro geral; e o Plantão CORONAVIRUS, assim como a TELEMEDICINA, que juntos atendem a grande demanda de pacientes com um dos objetivos principais, a de evitar que as pessoas com casos suspeitos saíssem de casa, evitando assim a exposição da população, além de evitar o colapso do atendimento hospitalar.

O fluxo começava nas UBS, nas UPA's ou no Plantão CORONAVIRUS, onde os pacientes eram triados e encaminhados para o HMPGL, ou diretamente no hospital por demanda espontânea; todos passavam pela Triagem-COVID a porta de entrada, em teoria, porque não sempre tudo é igual na prática; menos os pacientes do Plantão, porque já foram encaminhados para a coleta e receberam tratamento, só em casos necessários; de acordo a classificação era encaminhado para a coleta e para casa, para um tratamento ambulatorial ou para o PS – Respiratório para um melhor acompanhamento do quadro. Do PS, de acordo com o caso, já podiam ser encaminhados para outro setor do Hospital.

Setores e experiências:

- Triagem-Covid: foi o meu primeiro local de atuação dentro do internato em Urgência e Emergência, no início o trabalho era muito pesado, a demanda era muito grande, mas conseguimos filtrar grande parte dos pacientes e passar ao outro setor só os pacientes com quadros mais complicados mesmo. O que poderia ter melhorado, presença de um técnico de enfermagem para a aferição dos sinais vitais, assim como a presença de um guarda municipal, porque em muitas ocasiões aconteceram problemas com pacientes agressivos; a falta de materiais como termômetros, oxímetros, e EPI, que constantemente eram solicitados, mas sempre estavam em falta. No setor atual só consegui passar umas poucas vezes, o local pode ser bonito, mas é pequeno e fechado o que facilita o risco de contágio entre os pacientes, além de ser muito complicado até a aferição dos sinais vitais.

- PS-Respiratório: Onde chegavam os pacientes com quadros mais complicados. O medo era muito grande, pelos comentários de vários colegas, mas nenhum comentário te prepara para a realidade, desde o início do módulo, até o final este setor foi talvez o setor com mais pacientes complicados. Mas isso também fez

do setor um dos mais propícios para o aprendizado, a maior parte dos médicos muito receptivos e com vontade de ensinar, nesse setor consegui fazer muito dos procedimentos realizados durante o módulo, assim como equipes de enfermagem muito colaborativas. O que poderia ter melhorado no antigo PS, era a infraestrutura do local, o acesso para os pacientes que chegavam com o SAMU era muito complicado, além de que só contava com uma sala de estabilização, o que complicou muito o atendimento de pacientes graves; assim como a pouca quantidade de leitos, com pacientes atendidos em patoas muitas vezes. Já no local novo, o maior problema era a falta de quartos para isolamento, com a chegada de pacientes com suspeita de Tuberculose, a sala de estabilização ficava fechada. A falta de outro médico no setor também era uma necessidade, que foi resolvida.

- UTI COVID: Foi um setor bastante tranquilo, não tem muitos procedimentos para fazer, além das evoluções. Com tudo isso alguns médicos não eram muito receptivos, ao igual que a equipe de enfermagem. Eu consegui fazer um procedimento muito importante no setor, graças a um médico que foi muito receptivo e disposto a ensinar. Não gostei muito do setor por esses fatores.

- Plantão Coronavírus: Foi um setor bastante curioso, porque cada um já desenvolveu a habilidade de conversar com os pacientes de frente, mas conversar com o paciente sem olhar nos olhos dificultava a comunicação para mim, passar segurança para o paciente só conversando. Foi uma experiência nova, que me permitiu desenvolver novas habilidades para a comunicação.

- UPA: Um dos setores que mais gostei durante o módulo, em ambas com médicos muito receptivos e com muita vontade de ajudar e ensinar, e as equipes de enfermagem bastante colaborativas e receptivas. Tive a oportunidade de realizar muitos procedimentos distintos ao que fazia no HMPGL, como as suturas, e a visão de casos novos, distintos aos casos com queixas respiratórias. Aproveitei cada plantão no setor ao máximo.

- PS-Geral: Foi o último setor a ser adicionado ao módulo. É sempre um dos setores mais produtivos, pela variedade dos casos e a oportunidade de discutir os casos com os residentes da Clínica Médica, assim como passar os casos para

o médico encarregado do setor, sem dúvidas um momento muito importante na formação. Outro ponto a melhorar é a infraestrutura do setor, desde o local da chegada da ambulância; a falta de leitos de estabilização; a falta de quartos para isolamento, em muitas oportunidades já observei a sala vermelha clausurada por falta de leitos.

#### 4. PROCEDIMENTOS REALIZADOS.

<b>Procedimentos</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Acesso Venoso Central</b>	<b>1</b>
<b>Acesso Venoso Periférico</b>	<b>2</b>
<b>Coleta de Amostra para exames</b>	<b>1</b>
<b>Coleta de Amostra para Gasometria</b>	<b>1</b>
<b>Curativos</b>	<b>7</b>
<b>Eletrocardiograma</b>	<b>2</b>
<b>Intubação Orotraqueal</b>	<b>1</b>
<b>Reanimação Cardio Pulmonar</b>	<b>2</b>
<b>Sonda Vesical de Alívio</b>	<b>1</b>
<b>Sonda vesical de Demora</b>	<b>4</b>
<b>Sonda Nasogástrica</b>	<b>1</b>

<b>Suturas</b>	<b>17</b>
<b>Tala Bota Indio~Podálica</b>	<b>1</b>

Durante muitos anos como estudantes do curso de medicina, aguardamos e nos preparamos para o tão esperado Internato, o momento de colocar em prática, mais ainda, toda a teoria estudada; agora em pacientes reais, pessoas que depositam a confiança no nosso trabalho para poder ajudá-lo para resolver a queixa que os levou a procurar atendimento. A situação mais importante, não tivemos oportunidade, esse ano, de treinar antes em bonecos, tudo teve que ser realizado da maneira antiga, da teoria ao procedimento com pacientes reais, o que carregava uma responsabilidade maior ainda.

Cada local tem a sua característica, e os procedimentos realizados variam de acordo a cada local e na velocidade em que precisava ser realizada, de acordo a urgência do caso. No cenário do Hospital Municipal, a maior parte dos procedimentos foram realizados sob orientação dos médicos, fazendo procedimentos não citados no quadro, assim como a anamnese e o exame físico dos pacientes, para a admissão e evolução dos pacientes no sistema, também a requisição de exames, e até a prescrição.

Já nas UPAs, de acordo com o fluxo dos pacientes, tínhamos a oportunidade de acompanhar e realizar procedimentos sob orientação da equipe de enfermagem. Assim como procedimentos sob orientação dos médicos, principalmente na sala vermelha, realizando suturas e acompanhando casos de trauma.

### **Meu Primeiro Acesso Venoso Central.**

O meu primeiro acesso central, foi sob orientação do Dr. Mohamad durante a passagem pelo setor de UTI – Covid. O paciente se encontrava sedado, hemodinamicamente compensado, em uso de Noradrenalina 1ml/h, microhemodinâmica adequada, com sinais de congestão no exame físico. Em VMI-IOT CVC 400ml, PEEP 11, Platô25, FiO2 45%, FR24, última pO2/FiO2 313. Rx

de tórax com técnica inadequada (rodado). Sedado, RASS-5, Risperidona, Levomepromazina, em uso de Midazolam puro 12ml/h, Fentanil 2ml/h e bloqueado com Rocurônio 15ml/h. Função renal adequada, diurese 1600ml/12h, bh-224ml/12h. Afebril, leucocitose discreta com desvio à esquerda, PCR em queda gradual. Episódio de hipoglicemia. Dieta enteral 40ml/h. Evacuações ausentes em 12 horas, sem distensão abdominal, sem sinais de irritação peritoneal.

→ Repassagem da CVC solicitado pela Enfermeira da equipe por suspeita de infecção no local anterior (Jugular direita).

Considerado um dos procedimentos mais difíceis e que geram mais ansiedade em nós internos, pelo desafio que representa. Realizei o procedimento em um paciente de sexo masculino, idoso. Com caso confirmado para Covid e que deu entrada ao serviço pela Triagem-Covid.

Respondendo o pedido da enfermeira, o médico foi avaliar o CVC do paciente, em veia jugular direita, e confirmou a infecção do local, e solicitou a preparação dos materiais para a passagem de um novo CVC, via veia subclávia esquerda. Observando o caso, solicitei ao médico a oportunidade de passar o acesso sob a orientação dele, ele aceitou.

Uma vez chegados os materiais, respirei bem profundo e comecei o procedimento, tentei não pensar em nada nesse momento, apenas não ficar nervoso, pois estava sendo observado pelos enfermeiros que acompanharam a realização do procedimento. Concentrei-me só no paciente e no médico que pediu para eu relatar para ele cada passo do procedimento.

Como o paciente se encontrava sedado, não precisei explicar para ele o procedimento a ser realizado. Lavei as mãos, com a técnica asséptica adequada, me paramentei com avental, máscara N95, óculos, luvas estéreis de procedimento, gorro descartável.

Uma vez aberto o kit de materiais, os preparo e início com a antissepsia da pele, desde o pescoço e todo o hemitórax esquerdo. Uma vez finalizada coloquei o campo estéril, reconhecendo anatomia, a junção do terço proximal com o médio da clavícula, mediante a rotação contralateral ao procedimento da cabeça do paciente.

A maior dificuldade que tive durante a realização do procedimento foi “achar” a veia, segui as orientações do médico no momento, sobre a localização da punção, e no final ele me deixou escolher o local; então me lembrei da teoria, dos vídeos e dos procedimentos que tive a oportunidade de assistir, na junção dos terços médio e embaixo e discretamente medial ao ponto médio da clavícula. Meu maior medo no momento foi o risco de um pneumotórax, então me lembrei do conselho de um dos médicos e consegui pegar a veia, rapidamente prossegui colocando o fio guia e retirando a agulha, passando o dilatador e posteriormente retirando ele para a introdução do cateter e retirada do fio guia; consegui terminar sem intercorrências, realizando o curativo após a realização dos pontos. Solicitado Raio X de tórax no leito, para o descarte de complicações.

Foi uma das melhores experiências dentro do internato, apesar da ansiedade, e do medo no momento, ao conseguir realizar o procedimento fiquei muito feliz e animado; passar da teoria para o paciente real gera um medo muito grande, mas a satisfação no final é do mesmo tamanho.

## **IOT.**

A intubação foi o primeiro procedimento invasivo que tive a oportunidade de realizar durante o módulo. Foi sob a orientação do Dr. Jaber no setor do PS-Respiratório. Realizado num paciente masculino, com quem não foi possível coletar a história, por encontrar-se no momento com dispnéia intensa, esforço respiratório, com uso de musculatura de acessória, e uma saturação de O<sub>2</sub> de 82% em uso de oxigênio por máscara com reservatório em 8L. Na história coletada pelo SAMU, com quem entrou, só podia ser observado o histórico de tabagismo pesado, HAS em tratamento e início de sintomas respiratórios há 7 dias.

Após medidas broncodilatadoras, sem resultado positivo, o médico solicitou a preparação dos materiais para a realização da IOT e posterior CVC. Durante a montagem ele pediu para minha colega e eu, falar os passos da intubação. Ele perguntou se queria fazer o procedimento, eu aceitei.

Antes do procedimento, tudo foi montado e eu me paramentei como foi estudado com as atualizações sobre o manejo do Covid, e o Manual Do Serviço De Epidemiologia E Controle De Infecção Hospitalar – Secih: roupa privativa, higiene das mãos, avental, máscara N95, óculos, luvas estéreis de procedimentos, gorro descartável. Estava bastante nervoso, era o primeiro plantão no setor, e seria o primeiro procedimento a ser realizado. Acho que isso implicou um pouco no momento da intubação, porque no momento prévio, com a preparação do paciente, a monitorização e a punção dos acessos venoso, assim como a preparação dos materiais como o laringoscópio e lâminas de todos os tamanhos, o teste do tubo; a pré-oxigenação com a oferta de 100% de oxigênio; o posterior pré-tratamento com o Fentanil; a paralisia com o Midazolam; fiquei bem tranquilo, foi no momento do posicionamento e a colocação do tubo que fiquei nervoso. Peguei o laringoscópio com a mão esquerda, consegui introduzir a lâmina do laringoscópio, consegui visualizar as cordas vocais, mas não consegui passar o tubo endotraqueal. Acho que demorei muito em introduzir o tubo, pela insegurança talvez, então pedi ajuda para o médico que estava do meu lado e com a ajuda terminei o procedimento, com a colocação do tubo com confirmação mediante a ausculta pulmonar e o pós-intubação, com a fixação do tubo. Foi solicitado Rx de tórax, para verificar a posição do tubo ou descartar alguma complicação.

Uma vez fora da sala de estabilização, o médico explicou para mim o erro durante o procedimento, e me animou, por ser a primeira tentativa num paciente real, e não num boneco.

## **5. CASOS CLÍNICOS.**

### **5.1 Caso I: AVC ISQUEMICO.**

**Identificação:** B.S. C. 82 anos, idosa, branca, proveniente de Santa Helena (sic)

**Queixa Principal:** "entortou e gelou a face de repente" (sic, filha I.).

**História da Doença Atual:** A filha relata que a paciente estava bem antes de 15 dias atrás, onde ela começou com a paresia do MIE, evoluindo há 4 dias com a paresia do MSE, sem recuperação da força. Não deram importância, achando que ia passar com o tempo. No dia 17/09, por volta das 09:30 apresentou disartria, desvio de rima súbita com piora da hemiparesia do lado E. Acionaram o SAMU. Paciente hipertensa 160/80 mmHg com HGT 122 mg/dl, comunicativa, transferida no serviço consciente, eupneica em AA, acordada sem movimentação do hemicorpo E. Porém com o tempo, evolui com melhora da força do MIE, mas com persistência de plegia do MSE.

IS: Nega trauma, alterações urinárias e gastrointestinais e sintomas respiratórios.

**HMP:** Alzheimer (há 9 anos) e HAS. Fratura da vértebra - colapso de T12 (há 2 anos). Há 6 meses faz uso de fralda pOR urinar na roupa, mas conseguia fazer a rotina diária sem problema. Nega tabagismo, etilismo e uso de drogas. Sem alergias.

Medicações de uso domiciliar:

- Venlafaxina 75 mg 1x/dia
- Nifedipino 20 mg 1x/dia
- Donepezila 5 mg 1x/dia
- HCTZ 25 mg 1x/dia
- Razapina (não lembra da dose) 1x/dia

## **EXAME FÍSICO:**

REG, colaborativa, orientada em espaço, desorientada em tempo, hipocorada +/-, anictérico, acianótico, afebril, eupneica em ar ambiente. Hidratada.

**NEURO:** acordada, comunicativa, com leve disartria, desvio de rima à E, paralisia parcial do olhar conjugado. Pupilas isocóricas e isofotorreagentes. Plegia do MSE com paresia do MIE. Sensibilidade tátil e dolorosa preservada. Babinski presente no MIE. Reflexos patelares 2+ (escala de Wexler).

**SSVV:** 35,4 °C, FC 78 bpm, FR 20 irpm, PA 134/68 mmHg. HGT 122 mg/dl. Sat 98% em AA.

**ACV:** Bulhas cardíacas hipofonéticas, em 2T, ritmo regular, sem sopro audível. Pulsos periféricos presentes e simétricos. TREC <3s.

**AP:** MV+, simétrico, sem RA.

**ABD:** Abdome globoso pela adiposidade, RHA+, percussão timpânica, espaço de Traube livre, sem dor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias.

## **EXTREMIDADES:**

- MMSS: MRC 3 no MSD, 0 no MSE. MRC 4 na mão D. 0 na mão E.

- MMII: MRC 3 MID e 2 no MIE. 5 no pé direito e 3 no pé E. Varizes no MIE.

**NIHSS (11:50):** 15 pontos

**Avaliação:** Idosa portadora de Alzheimer e HAS, apresenta déficit neurológico súbito por volta das 09:30, com disartria, desvio de rima à E, e piora súbita da paresia do dímidio E. Admitida no serviço acordada, comunicante, com hemiplegia à E, disartria e desvio de rima à E. Progride com melhora da força do MIE.

## **HIPÓTESE DIAGNÓSTICA**

- AVEi?
- AIT?

## **CONDUTA:**

- Suporte clínico.
- Solicito TC Crânio.
- Solicito avaliação de Neurologista.
- Monitorização cardíaca, temperatura, PA, Glicemia.
- Avaliação de Fonoaudiologia.
- Solicito exames de admissão.
- Solicito ECG, Rx de tórax, Ecodoppler de carótida e vertebrais, Ecocardio.
- Prescrevo AAS 100 mg/dia e 40 mg/dia de Sinvastatina.
- Profilaxia gástrica: Omeprazol de 20 mg/dia
- Prescrevo sintomáticos.

## **Escolha do caso:**

Escolhi o caso porque me resultou bastante interessante, e pela relevância dos casos de AVC na cidade de Foz do Iguaçu, é uma das maiores demandas na cidade. Acompanhei junto com outra colega o caso durante a minha passagem pelo setor de PS – Geral.

## **Regulação da paciente:**

Todo déficit neurológico agudo deve ser visto como AVCI até provar o contrário, e todo paciente com suspeita é um paciente grave que deve ser encaminhado para o serviço de referência, no caso da cidade o HMPGL, porque “Quanto mais precoce e eficazmente as medidas são tomadas, maiores as chances de salvar o cérebro”. (VELASCO, *et al.*, 2017)

Lembrando a como deve ser feita a regulação pelo médico encarregado, consideremos os seguintes pontos importantes no caso:

1. É uma emergência, porque se trata de uma paciente idosa de 82 anos que se encontra em risco iminente de vida e precisa de um tratamento médico imediato.
2. Deve ser classificada para a identificação da prioridade. No caso, poderíamos encaixar a paciente no nível 1, como prioridade absoluta ou nível 2 como uma urgência de prioridade moderada, de acordo a outros casos dentro da cidade no momento da regulação.
3. Deve ser transportada até o HMPGL, por ser o serviço de referência nos casos de AVC. Deve chegar até o local numa Ambulância de Suporte Avançado, por ser uma paciente de alto risco.

## **Lembrando a teoria e correlacionando com a prática...**

O cuidado do paciente inicia desde o momento em que ele entra em contato com o serviço. Uma vez com a paciente com suspeita de AVC na frente é importante lembrar o que deve ser feito.

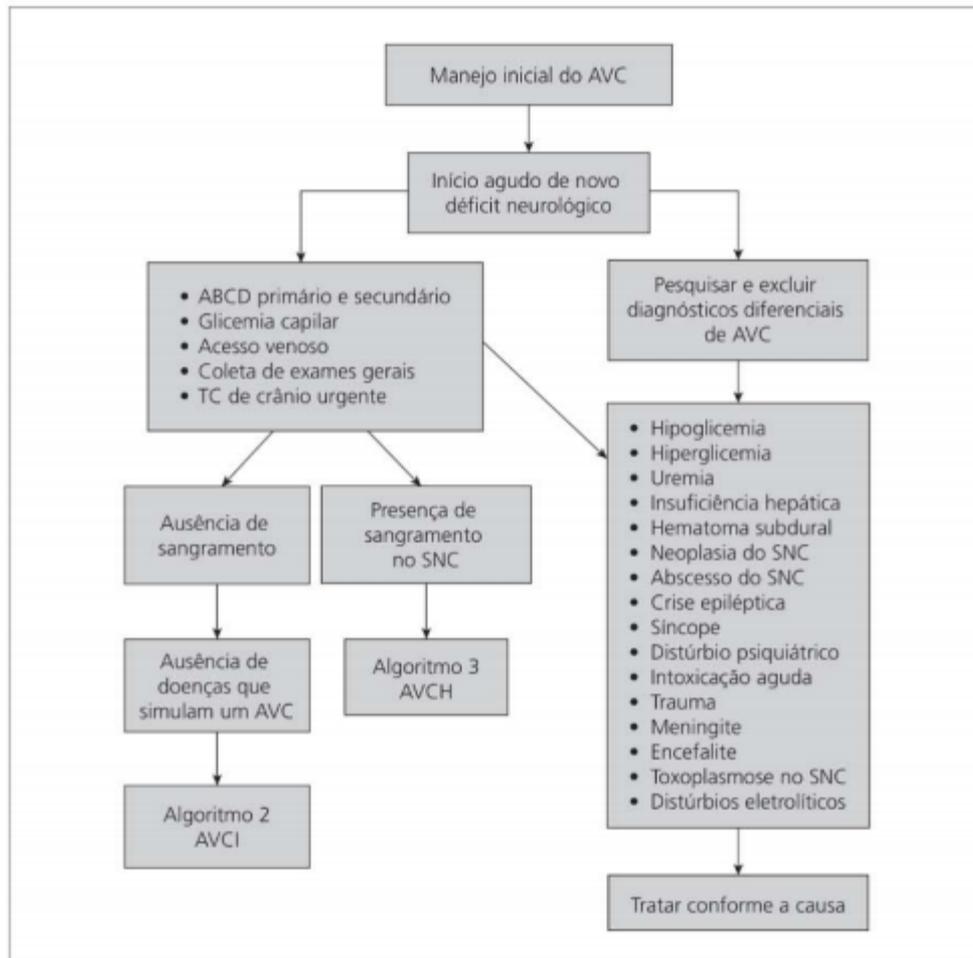
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL		
Regulação Médica – AVC com menos de 4,5 horas de evolução		
QUADRO CLÍNICO		
<input type="checkbox"/> Fraqueza ou dormência súbitas em um lado do corpo <input type="checkbox"/> Confusão, dificuldade pra falar ou entender de início súbito. <input type="checkbox"/> Dificuldade súbita para enxergar com um ou ambos os olhos. <input type="checkbox"/> Dificuldade súbita para andar, tontura ou incoordenação de início súbito. <input type="checkbox"/> Cefaléia intensa e súbita sem causa aparente. <input type="checkbox"/> Outros sintomas neurológicos focais agudos sugestivos de AVC _____		
Data início dos sintomas:	Hora do início dos sintomas:	
Acordou com sintomas <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Ultima vez em que foi visto sem sintomas:	
AVC Hiperagudo? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Regulação Médica Local		
CINCINATTI		
<b>1) Dê um sorriso</b>  <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	<b>2) Levante os Braços</b>  <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	<b>3) Fale a frase: O Brasil é o país do futebol.</b>  <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado
Alertas de possível exclusão para AVC HIPERAGUDO:		
<input type="checkbox"/> Glicemia < 50 mg/dL <input type="checkbox"/> Crise convulsiva <input type="checkbox"/> Síndrome demencial <input type="checkbox"/> Previamente acamado		
Contra-indicações possíveis para trombólise:		
<input type="checkbox"/> Trauma craniano importante recente <input type="checkbox"/> Cirurgia extensa recente <input type="checkbox"/> Hemorragia recente <input type="checkbox"/> AVC hemorrágico prévio		
Fatores de risco cerebrovascular conhecidos:		
<input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> AVC/AIT prévio <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> IAM prévio		
SINAIS VITAIS		
PA _____ mmHg FC _____ FR _____ Sat. O2 _____ % HGT _____ Glasgow _____		
CONDUTA		
<input type="checkbox"/> Oximetria <input type="checkbox"/> Oxigênio máscara se SaO <sub>2</sub> < 92% <input type="checkbox"/> Ventilação ambu máscara <input type="checkbox"/> Intubação <input type="checkbox"/> Acesso venoso <input type="checkbox"/> SF 0,9% <input type="checkbox"/> Não reduzir PA <input type="checkbox"/> Monitorização Cardíaca <input type="checkbox"/> Cabeceira reta <input type="checkbox"/> Hora de início dos sintomas _____ <input type="checkbox"/> Outro _____		
REMOÇÃO		
<input type="checkbox"/> Hospital1 <input type="checkbox"/> Hospital2 <input type="checkbox"/> Hospital3 <input type="checkbox"/> Outro _____		
<input type="checkbox"/> Contato no destino _____ <input type="checkbox"/> Hora da chegada no destino _____		
Assinatura	Data	

**Fonte:** Adaptado Samu Porto Alegre.

Tudo isso para conseguir uma melhor avaliação da paciente, para descartar um caso de AVC Hiperagudo ou não, assim como uma melhor classificação. O dado sobre o tempo da evolução do déficit neurológico é fundamental para as decisões terapêuticas, deve ser o mais preciso e confiável possível. Outros dados devem ser colhidos para o descarte de diagnósticos diferenciais, como histórico de epilepsia, trauma, insuficiência hepática; assim como a realização do HGT para o descarte de Hipo ou Hiperglicemia, antes da chegada ao serviço de referência.

Uma vez dentro do serviço é importante iniciar o atendimento recebendo o caso e as informações relevantes obtidas pelos colegas do SAMU, além de já ir observando a paciente e solicitando a equipe de enfermagem colocar o MOV.

Uma vez no serviço:



**Fonte:** Medicina de Emergência da USP, 12ª Edição.

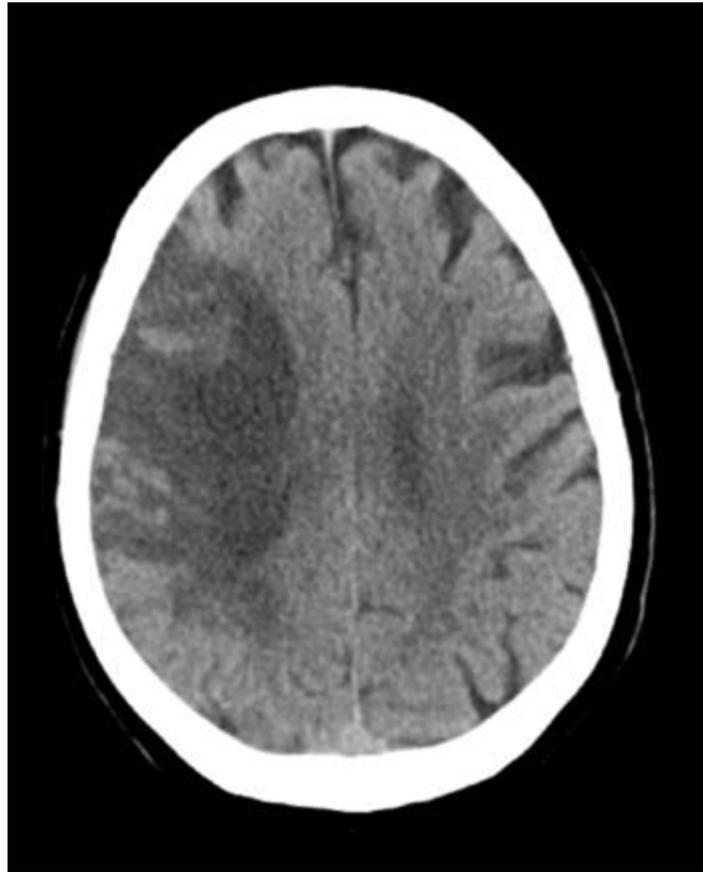
Uma anamnese focada e um exame físico detalhado são importantes. A apresentação clínica vai orientar acerca da região cerebral comprometida, podendo variar na forma da instalação. Como um déficit progressivo nos casos de hipoperfusão secundária a trombose; ou uma instalação ou déficit abrupto nos quadros embólicos. Por isso a importância de uma boa anamnese e um bom exame físico, para conseguir pensar em diagnósticos desde a clínica.

“O Acidente Vascular Cerebral é um déficit neurológico de instalação súbita ou com rápida evolução, com duração maior que 24 horas”. (VELASCO, *et al.*, 2017). No caso estudado o diagnóstico de Ataque Isquêmico Transitório (AIT), pelo critério tempo, a paciente apresenta uma evolução dos sintomas maior a 24 horas, vai perdendo peso; o que sugere mais ainda o diagnóstico de AVC. Lembrando que no AIT os sintomas desaparecem em um tempo máximo de 24 horas.

Para complementar a clínica, é importante saber escolher os exames a serem realizados na paciente; e os cuidados e especialistas que irão acompanhar o caso. É obrigatório solicitar a avaliação do neurologista até em uma hora após a chegada da paciente no local.

Durante a entrada da paciente ao serviço e a aplicação do MOV já podem ser realizadas a toma de amostra para os exames de admissão, como o hemograma, glicemia, ureia, creatinina, sódio, potássio, cálcio, exames de coagulação e ECG. É essencial um exame de neuroimagem, no caso do HMPGL a escolhida é a TC de crânio, por causa da disponibilidade e menor preço. Resultados dos exames de admissão:

**Laboratoriais:** Ausência de anemia // Leuco 9310 sem desvio // Plaq 191000 // Ur 53 // Cr 0,5 // Na 142 // K 3,3 // Mg 1,4 // PCR 1.



*(Imagem ilustrativa. Visão geral do acidente vascular cerebral - MANUAL MSD)*

### **Imagem.**

**TC Crânio:** Achado de hipodensidade na região temporal posterior à direita. (isquemia)?

Com o achado de uma área hipoatenuante na TC de crânio, podemos confirmar o diagnóstico de AVCI; e também, muito provavelmente que o caso tem uma evolução de mais de 24 horas, lembrando que nas primeiras horas após os inícios dos sintomas é negativa em aproximadamente 30% dos casos.

Segundo o manual do de rotinas para atenção ao AVC também seria importante a solicitação dos seguintes exames:

- EcoDoppler de artérias vertebrais e artérias carótidas; Doppler transcraniano; Ecocardiograma transtorácico. Solicitado, porém na realidade do HMPGL não são liberados no momento, o que complica o seu uso na emergência; com resultados:

**USG Doppler de carótidas e vertebrais:** artéria carótida interna ocluída. Espessamento médio-intimal de carótida comum bilateral, estenose entre 70 a 79% em artéria carótida externa direita, estenose < 50% em artéria carótida externa E, comum D e interna E.

**Ecodopplercardiograma:** Disfunção diastólica grau I do VE, fibrocalcificação valvar mitral e refluxo discreto. Hipertensão pulmonar leve. Fibrocalcificação valvar aórtico e refluxo discreto. Refluxo valvar tricúspide discreto. Cavidade atrial esquerda com discreto aumento.

### **Pensando na clínica para chegar ao diagnóstico:**

Como já foi falado, os déficits neurológicos dependem do território vascular acometido, determinando sinais e sintomas que permitem essa caracterização topográfica. Temos dois grandes territórios: o carotídeo que podem ocorrer com déficit motor, sensitivo, de linguagem e dificuldade na articulação da palavra e alterações visuais. O território vertebrobasilar: pode apresentar um déficit motor, sensitivo, dificuldade na articulação da palavra, alterações visuais, de coordenação e de nervos cranianos localizados no tronco encefálico.

No caso da paciente é possível ver os sintomas como hemiparesia do lado esquerdo, desvio de rima e disartria, além de paralisia parcial do olhar conjugado. O rebaixamento do nível de consciência foi difícil de avaliar, pelas comorbidades que a

paciente apresenta, especialmente o Alzheimer, o que dificulta um pouco a avaliação.

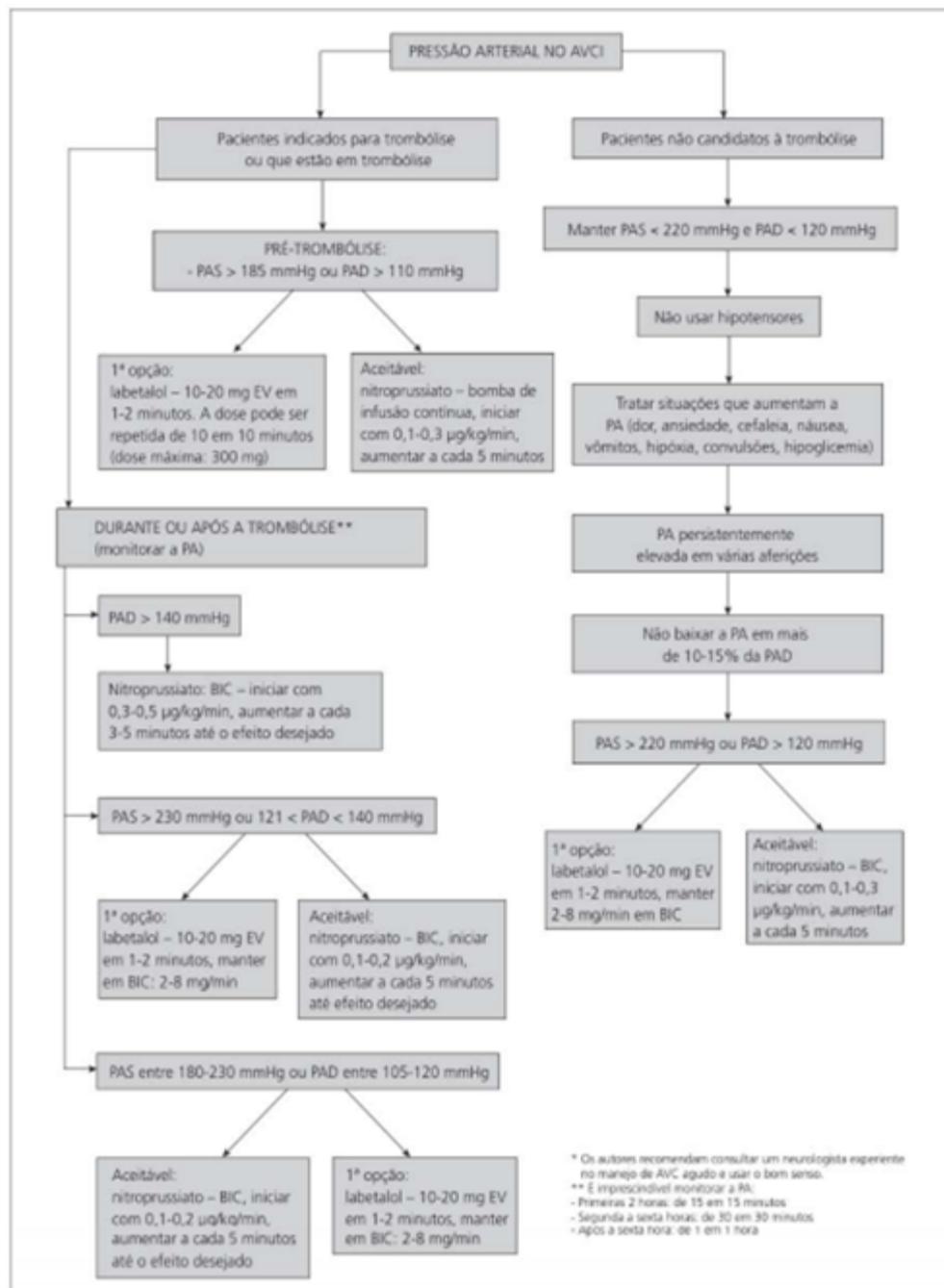
O território carotídeo afetado parece ser a Artéria cerebral média, por coincidir com a clínica da paciente, déficit motor, sensitivo; e uma ausência de outros sintomas sugestivos para outros locais, como vômitos e tonturas, rebaixamento do nível de consciência o que descarta as artérias vertebral, cerebral posterior e a artéria basilar.

### **Tratamento:**

Pelo suporte clínico, é importante garantir a permeabilidade das vias aéreas; a paciente deve ter uma hidratação adequada; uma correção de distúrbios metabólicos; correção de hipertermia; e um jejum de pelo menos 24 horas.

Posteriormente a primeira coisa que deve ser pensada é o tratamento trombolítico Intravenoso, que não está disponível na cidade, mas sempre é importante lembrar para não acabar esquecendo. Mas no caso da paciente não seria possível a aplicação devido ao tempo de evolução do quadro, que deve ser menos a 4 ou 5 horas, que é a janela de tempo em que é considerada segura segundo o Internacional Stroke Thrombolysis Registry – SITS (Lancet 2008).

Quando tratar a PA em casos de AVCI? Só em situações extremas relacionadas a emergências hipertensivas, no caso da paciente se a pressão diastólica acima de 120 mmHg ou a pressão sistólica acima de 220 mmHg. A pressão elevada que persiste por alguns dias contribui para a manutenção de uma pressão de perfusão cerebral menos nociva na zona de penumbra.



**Fonte:** Medicina de Emergência da USP, 12ª Edição.

E também muito importante os Antiagregantes Plaquetários, que com comprovação de estudos, tem um benefício nas 48 horas do evento, especificamente a Aspirina, em uma dose inicial recomendada de 325 mg/dia. Os alérgicos devem usar Copidogrel 75 mg/dia.

## **Observações e críticas sobre o caso.**

-Iniciando pela regulação: Paciente regulada corretamente, ingressando ao HMPGL trazida pela Unidade Avançada do SAMU. O ponto que eu buscaria melhorar seria a comunicação entre os médicos da Regulação e os médicos do SAMU e do PS-Geral. Muitas vezes nem se olham e nem se escutam, deixando passar assim muitos detalhes do caso que são importantes para o cuidado da paciente. Ou pior ainda, muitas vezes o médico não é quem recebe os pacientes, o que piora a situação.

-Outro ponto a melhorar seria a história clínica feita por alguns médicos, às vezes com o serviço lotado não dá tempo de escrever uma anamnese bem detalhada, pero existem pontos específicos no caso que não podem ser deixados de lado, como o início dos sinais e sintomas, as comorbidades do paciente, os medicamentos de uso contínuo, entre outros; porque além do prontuário ser um documento, dessas informações pode depender alguma medida que pode colocar ou tirar do risco de morte a paciente.

- Todos os aspectos para chegar ao diagnóstico foram seguidos, a anamnese e o exame físico bem focados; os exames adequados para chegar ao diagnóstico e de acordo com os protocolos de emergência em caso de AVC, com as limitações que se encontram na cidade e mais especificamente no HMPGL, como muitas vezes a rapidez na realização dos exames ou a falta de um especialista para o acompanhamento dos casos no menor tempo possível, neste caso de um neurologista.

-O tratamento e as medidas foram adequadas para o caso. Como seguindo o protocolo foi colocado o MOV apenas com a chegada da paciente, para o conforto da paciente, assim como para manter a permeabilidade das vias aéreas. Os medicamentos adequados com as diretrizes. AAS de 100 mg/dia. O medicamento para casos de Hipertensão, a critério médico.

## 5.2 Caso II: DPOC Exacerbado? Covid?

Anamnese realizada com a paciente, no PS-Respiratório.

**Identificação:** M.C.J.F. feminino, 62 anos, branca, moradora de Foz do Iguaçu, aposentada.

**Queixa Principal:** “Dor no peito”

**História da Doença Atual:** Paciente encaminhada da UBS, trazida ao serviço pelo SAMU e atendida na TRIAGEM COVID, refere início do quadro há 7 dias com tosse seca associada a dispnéia aos esforços, além de cefaléia e coriza. Relata piora do quadro há 3 dias com tosse produtiva, de cor amarelada, calafrios, dispnéia aos pequenos esforços e dor torácica mecânico dependente, na região superior do tórax anterior, tipo latejante, com irradiação para as costas, que melhora com o repouso e piora com a tosse, referindo intensidade de 8 numa escala de 1 a 10.

**HMP:** Histórico de 2 cirurgias por causa de varizes, não lembra a quanto tempo. 3 Cesáreas. Histórico de trauma em MID. HAS em tratamento. Nega etilismo. Tabagista de longa data, iniciando com 13 anos de idade, 1 cartela/ dia.

### **Medicações de uso domiciliar:**

- Losartana 2x/dia.
- HCTZ 25 mg 1x/dia.
- Atenolol 1x/dia.
- Torval (não lembra da dose) 1x/dia.

### **EXAME FÍSICO:**

BEG, Acianótica, Anictérica, Hidratada, Normocorada.

**SSVV:** Sat 91% em AA // FC 93 bpm // PA 137/93 mmHg // FR 27ipm //

T: 36,6°

**NEURO:** Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

**AP:** Tórax atípico. Expansibilidade torácica preservada e simétrica. MV diminuído, sibilos em bases pulmonares e crepitanes difusos.

**AC:** BRNF em 2T, sem sopros audíveis. Pulsos radiais cheios e simétricos.

**ABD:** Globoso à custa de tecido adiposo, RHA+, depressível, indolor, sem sinais de visceromegalias, sem sinais de peritonismo.

**EXTREMIDADES:** Bem perfundidas, TEC < 3seg. MMII sem edemas, panturrilhas livres.

#### **Hipóteses Diagnósticas:**

- DPOC Descompensada?
- Pneumonia?
- Covid-19?

#### **Diagnóstico Síndrômico:**

- Síndrome de Insuficiência Respiratória Crônica Agudizada.

#### **Conduta:**

- Prescrevo Salbutamol em spray 100mcg com espaçador 6 jatos de 20/20 minutos. Manutenção com 4 jatos de 4/4hs. // Terbutalina (A critério médico)
- Solicitar Hemograma completo, PCR, K+, Na+, Glicemia, Ureia, Creatinina, Magnésio, Lactato. // Gasometria arterial.
- Solicito TC de tórax. // Raio-x de tórax. // ECG.

### **Escolha do caso:**

A escolha do caso vai justificado no período que estamos atravessando agora, o período da pandemia, a maior parte dos casos que acompanhamos nesses meses foram casos respiratórios, e casos como o que vai ser estudado foram os mais vistos, pacientes com comorbidades prévias. Acompanhei o caso durante o meu estágio no OS – Respiratório.

### **Regulação da paciente:**

Com a chegada da pandemia todo o sistema de saúde na cidade foi mudando e mudando. Mas no final a referência para os casos com queixas respiratórias é o HMPGL. A entrada ao serviço pode ser realizada por demanda espontânea chegando ao serviço de Triagem COVID, ou um encaminhamento de outro serviço, seja as USF ou as UPAs para os serviços de Triagem ou PS – Respiratório, de acordo a classificação do paciente.

Pontos a ter em conta para a regulação da paciente:

1. Considerando a queixa principal da paciente, seria uma urgência porque precisa de uma assistência especializada imediata, mas com uma anamnese e um exame físico bem focados e bem realizados, podemos concluir que o motivo da paciente procurar atendimento é realmente a dispnéia.

2. Como a paciente foi identificada com uma queixa respiratória, o médico da USF fez o encaminhamento correto para o serviço de referência da cidade, neste caso o HMPGL, acionando o SAMU.

3. Paciente chegou ao serviço numa ambulância básica e foi atendida em primeiro lugar na Triagem COVID. A paciente foi classificada como uma urgência de nível 2 ou nível 3, prioridade moderada ou prioridade baixa.

### **Lembrando a teoria e correlacionando com a prática...**

Nos pacientes com sinais de insuficiência respiratória, na chegada ao setor o mais importante é garantir a via aérea e a correta oxigenação, por isso todo paciente

deve ser avaliado muito bem, prestando atenção em cada detalhe, sem deixar nada de lado. Começar imediatamente com as medidas iniciais como o MOV, assim como a punção para um acesso e a coleta de exames laboratoriais. A paciente chega até o setor andando, sem oxigênio suplementar e sem esforço respiratório.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é o desenvolvimento progressivo de limitação ao fluxo aéreo. “A limitação é geralmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas ou gases nocivos” (VELASCO, *et al.*, 2017). Lembrando que a paciente tem um histórico de tabagismo pesado de aproximadamente 49 anos, dado que iniciou desde muito cedo, com apenas 13 anos de idade.

A exacerbação é um evento agudo com piora dos sintomas, assim como da função pulmonar. O quadro clínico esperado é uma piora da dispnéia e um aumento da produção de escarro ou a mudança na característica dela. Observando o caso da paciente, é bem compatível com o esperado, tem uma piora progressiva dos sintomas com 7 dias de evolução com um quadro agudo nos últimos 3, com presença de dispnéia aos pequenos esforços, tosse produtiva que mudou de coloração para uma cor mais amarelada, e calafrios pela sensação febril.

Os achados clínicos durante o exame avaliação da paciente no exame físico também representam dados de muita importância, para descartar outros diagnósticos como uma hipertensão pulmonar. Lembrando que a paciente apresenta sibilos, uma diminuição do murmúrio vesicular e crepitações, o que ainda não descarta o diagnóstico, mas fica mais afastado pela falta de edema em MMII, a bulha pulmonar hiperfonética e o sopro de insuficiência tricúspide.

É importante classificar a exacerbação, para isso o GOLD (Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease) utiliza três critérios cardinais: a piora da dispnéia, o aumento da produção de escarro e escarro que se torna purulento.

Classificação:

- Exacerbação leve: um dos critérios cardinais + um achado adicional.
- Exacerbação moderada: presença de dois dos três critérios cardinais.

- Exacerbação grave: presença dos três critérios cardinais.

Seguindo essa classificação a paciente encaixa na exacerbação grave, ela apresenta os três critérios cardinais e uma piora progressiva do quadro, pelo que o mais seguro para ela é ficar internada para um melhor acompanhamento do caso. Assim também não deve ser pensado no COVID, pelo fato de que a cidade atravessa uma grande quantidade de casos e não tem como descartar sem a realização do RT-PCR que já foi solicitado pelo médico plantonista do setor da Triagem-COVID.

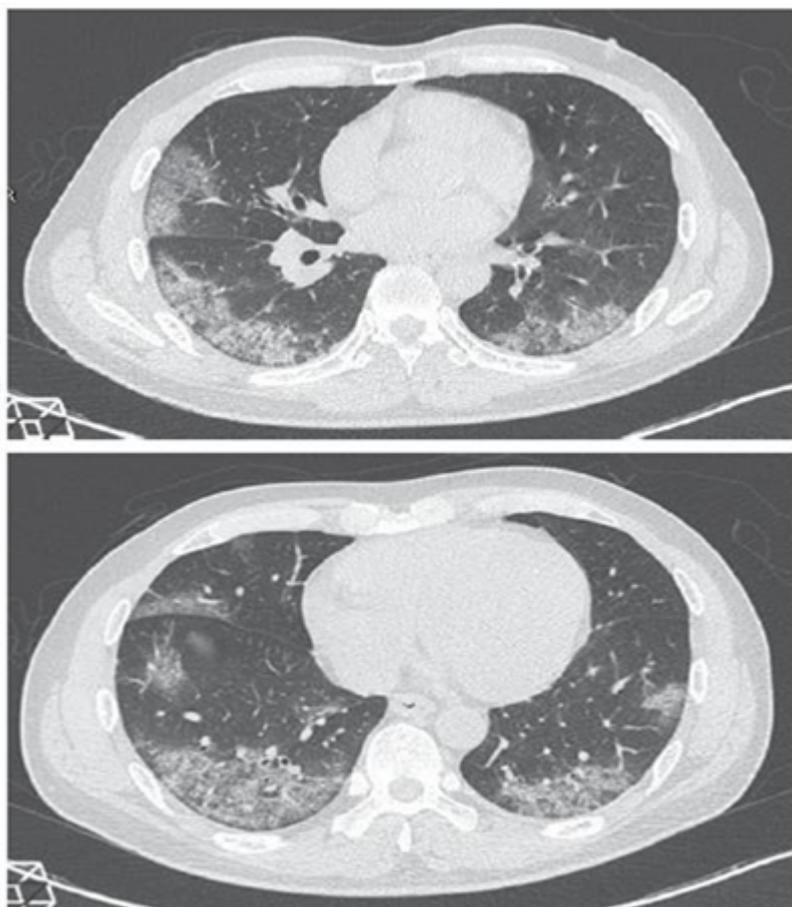
### **O que solicitar?**

Para o acompanhamento da anamnese e do exame físico é importante a escolha certa dos exames complementares a serem realizados e que auxiliem na confirmação do diagnóstico interrogado inicialmente.

No caso da paciente, já foram coletados os exames laboratoriais de admissão no momento da chegada ao setor. Além dos exames laboratoriais são importantes também os exames de imagens, que no caso os escolhidos, por ser uma paciente estável, foram:

**EGC:** que não apresentou nenhuma alteração. O que ajudou a descartar outros diagnósticos diferenciais como uma hipertensão pulmonar, arritmias, ou até mesmo uma isquemia.

**TC e Rx de Tórax:** que apresentaram um padrão vidro-fosco, muito sugestivo para COVID, motivo pelo que foi solicitado prioridade no laboratório por causa da paciente estar na sala dos casos suspeitos, expondo outros pacientes; e foi solicitado vaga na UTDI para que a paciente fique numa sala isolada até a saída do resultado dos exames.



*(Imagem ilustrativa. Pneumonia por COVID-19: qual o papel da imagem no diagnóstico?).*

### **Sobre o tratamento...**

A paciente chegou até o setor com uma prescrição do médico plantonista do outro setor, já foram realizadas medidas com respostas parcialmente favoráveis, mas sem uma melhora completa pelo que foi encaminhada ao setor.

Em primeiro lugar deve ser pensado o uso de broncodilatoadores, que ajuda muito na melhora da dispnéia. O Salbutamol em Spray de 100mcg foi a droga de escolha pelo médico plantonista do outro setor, o que seguindo os fluxogramas está certo, mas prestando atenção na dose, tal vez não tinha sido a mais correta. Lembrando que a dose prescrita foi de 2 jatos por ciclo de 20 em 20 minutos. Tal conduta foi discutida com o médico plantonista do PS-Respiratório e foi ajustada, deixando uma prescrição do Salbutamol, mas com uma dose de até 6 jatos por ciclo de 20 em 20 minutos. E para a manutenção com 4 jatos de 4 em 4 horas.

No setor, após uma discussão do caso entre os médicos plantonistas foi iniciado o tratamento com antibióticos, pelo quadro da paciente, lembrando que parte das exacerbações na DPOC não tem como causa uma infecção bacteriana, mesmo com escarro purulento, ela não é necessariamente por uma infecção bacteriana; mas a paciente estava enquadrada como uma exacerbação grave, por apresentar as três manifestações cardinais, já citadas anteriormente. Os antibióticos prescritos foram a Azitromicina VO 500mg de 24 em 24 horas por 5 dias, e a Ceftriaxona IV 1g de 12 em 12 horas por 7 dias.

A paciente começou com uma queda na saturação chegando a uma SpO<sub>2</sub> de 89%, e referia uma leve dispnéia, assim com a piora da dispnéia e uma queda na saturação, foi iniciado suporte com cateter nasal a 2L de O<sub>2</sub> por minuto, em baixo fluxo pelo risco de piora da acidose respiratória e da hipercapnia; que pode ocorrer pelos mecanismos de aumento do desequilíbrio ventilação-perfusão, aumento do espaço morto ou a redução no drive respiratório por correção da hipoxemia.

Com o início do suporte com oxigênio também foi iniciado um corticóide EV, no caso a Hidrocortisona. Com isso, o uso crônico deve ser evitado, pela grande chance de complicações. Os corticóides diminuem o número de dias de internação e reduzem também as taxas de recidiva.

A paciente apresentou uma melhora do quadro nas seguintes horas de plantão, ficando em observação até a saída do resultado do RT-PCR, para o encaminhamento para outro setor, dado que na UTDI não estava disponível nenhuma vaga no momento.

### **Observações e críticas sobre o caso.**

-Na regulação, a paciente foi regulada corretamente desde a USF até o centro de referência para acometimentos respiratórios, no HMPGL acionando o SAMU. E neste serviço a ativação de uma unidade básica, por causa de um caso urgente e não apresentar risco iminente de morte.

-O ponto que eu melhoraria no momento da passagem de um paciente de um setor a outro; no caso da Triagem para o OS-Respiratório, é a passagem completa dos casos entre os médicos. Comunicar corretamente o quadro e as

medidas que já foram realizadas, assim como o porquê do internamento do paciente. No presente caso não foi esclarecida as medidas já tomadas. Em outra ocasião, já aconteceu de um paciente ficar sem admissão no setor sobre o final do plantão por causa de que não foi comunicado para o médico plantonista do OS-Respiratório que o paciente ficará internado.

-O manejo do caso pela Triagem foi a correta, uma vez identificada a necessidade do internamento da paciente, pela classificação realizada. Mas os erros aconteceram na prescrição, especificamente do Salbutamol, que poderia ser prescrito em uma dose maior, dado que a paciente não apresentava uma melhora completa com a dose prescrita.

-Concordei com a discussão dos médicos plantonistas para o manejo da paciente, achei que as medidas foram tomadas seguindo as diretrizes e fluxos; assim também o tratamento foi adequado, o que foi observado na melhora clínica da paciente no decorrer do plantão.

## **6. ANGIRÛ.**

No Paraguai temos duas línguas oficiais, o Espanhol e o Guaraní que é o idioma dos nossos antepassados, e eu a considero ela muito linda e profunda. “AngirÛ” é a palavra que seria a tradução da palavra “amigo”, mas conhecendo um pouco o origem dessa palavra, ela está composta por duas, ANGA: Alma e IRÛ: Companheiro; então a união das duas na verdade seria Companheiro de Alma.

Durante este período da pandemia, na linha de frente de uma doença desconhecida, longe da família, e da terra, o que ajudou a levar tudo de uma maneira mais leve, foi a companhia, a parceria e o apoio dos amigos. A continuação gostaria deixar em imagens alguns plantões compartilhados com meus AngirÛ.



Com a minha amiga de infância, hoje longe de casa na busca de alcançar os nossos sonhos.



Com as amigas Bettina e Laura, minhas colegas de estudo desde os primeiros semestres da faculdade. Plantão no PS-Geral.



Com Fiorella, amiga desde a chegada em Foz, durante um plantão na UPA João Samek.



Aidee e Laura durante um plantão na Triagem-Covid.



A amiga com quem tive a oportunidade de dividir o maior número de plantões durante o módulo, Daiha. A foto num plantão na UPA João Samek.

Aqui o meu agradecimento para outros angirũ com quem não consegui fotos por não coincidir nos plantões ou não ter um tempo para bater uma durante o plantão, que também marcaram a diferença para mim nesse período peculiar e difícil, Aline, Majo, Natalia, Maechu, Alejandro, Christian, Rebeca, Dalila.

## **7. CONCLUSÃO.**

No final do relatório, olhando tudo desde o início, quero falar que estou com uma grande mistura de emoções. Cansaço, felicidade, orgulho, tristeza, satisfação. O 2020 é um ano atípico, totalmente marcante e mais ainda para todos nós os trabalhadores e estudantes da área da saúde, que fizemos a nossa parte trabalhando, tentando ajudar o maior número de pessoas possível, fazer a diferença na saúde e no cuidado delas, mesmo que muitas vezes, quem mais precisava de ajuda, era alguém de nós.

O módulo de Urgência e Emergência, sempre foi e sempre vai ser um dos mais desafiadores do curso de Medicina, pois nela os estudantes colocam em prática grande parte da teoria estudada, os procedimentos treinados em bonecos, e mais ainda o raciocínio clínico, que em este caso, deve ser rápido e o mais preciso possível. Para acrescentar um desafio a mais, foi no meio de uma Pandemia, um acontecimento histórico, que chegou para mudar completamente o sistema conhecido até então, exigindo modificações e reformas no sistema, e no espaço físico do sistema.

As experiências durante o módulo somaram aprendizados importantes como estudante, que sempre vou ter presentes como profissional. Passei por todos os cenários dentro do sistema e em cada setor aprendi um pouco. Entre erros e acertos; tomei os erros para aprender a não cometer eles novamente no futuro; e tomei os acertos para motivação e continuar melhorando.

## 8. REFERENCIAS.

ARAUJO-FILHO, Jose de Arimateia Batista et al . Pneumonia por COVID-19: qual o papel da imagem no diagnóstico?. J. bras. pneumol., São Paulo , v. 46, n. 2, e20200114, 2020 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132020000201003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132020000201003&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Oct. 2020. Epub Mar 27, 2020. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20200114>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 126 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria Nº 2.657, De 16 De Dezembro De 2004.

ELIAS a. Giraldo , MD, MS. Visão geral do acidente vascular cerebral. California University of Science and Medicine School of Medicine, MAR 2017. <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-neurol%C3%B3gicos/ave/vis%C3%A3o-geral-do-acidente-vascular-cerebral>

FERNANDES, Frederico Leon Arrabal et al . Recomendações para o tratamento farmacológico da DPOC: perguntas e respostas. J. bras. pneumol., São Paulo , v. 43, n. 4, p. 290-301, Aug. 2017 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132017000400290&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132017000400290&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Oct. 2020. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562017000000153>.

MARTINS, H.S. Medicina de emergências: abordagem prática. 12 ed. Barueri – SP. Manole, 2017.

VELASCO, Irineu Tadeu; MARTINS, Herlon Saraiva. Medicina de emergência: revisão rápida. 1. Ed., Barueri: Manole, 2017.

VELASCO, I. T. et al. Manual de Medicina de Emergência. Disciplina de Emergências Clínicas da FMUSP. 2 Ed. Manole. 2019.