



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

**CURSO GRADUAÇÃO DE MEDICINA**

**DE FRENTE AO COVID NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:  
INTERNATO MARCADO POR UMA PANDEMIA**

**ALINE RAQUEL NIZ ROJAS**

**FOZ DO IGUAÇU**

**2021**



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

**CURSO GRADUAÇÃO DE MEDICINA**

**DE FRENTE AO COVID NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:  
INTERNATO MARCADO POR UMA PANDEMIA**

**ALINE RAQUEL NIZ ROJAS**

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

2021

ALINE RAQUEL NIZ ROJAS

**DE FRENTE AO COVID NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:  
INTERNATO MARCADO POR 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 Bacharel em Medicina.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Orientador:** Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench UNILA  
UNILA

---

Prof. Seidel Guerra  
UNILA

---

Prof. Rosana Alvarez Callejas  
UNILA

Foz de Iguaçu, \_\_\_\_ de outubro de 2021

## TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo: Aline Raquel Niz Rojas

Curso: Medicina

Documento de identificação (RG, CPF, Passaporte, etc.): 069.757.031-24

E-mail: alinenizrjs@icloud.com Fone: 45 9144-3369

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: **De frente ao COVID na Urgência e Emergência:**  
internato marcado por uma pandemia

Nome da orientadora: Flávia Julyana Pina Trench

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

### Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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

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

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_ de outubro de 2021

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho à minha família: à minha mãe que apesar de ter perdido contato com ela por 3 anos durante os anos de estudos por motivos pessoais, no final ela voltou e foi um forte apoio até hoje, ao meu pai que sempre foi a minha maior motivação e meu grande exemplo a seguir, que deu tudo de si para que eu continuasse meus estudos e nada me faltasse, aos meus irmãos, que me enviaram palavras de encorajamento.

Aos meus amigos da casa 79 e associados, por me acompanharem nessa caminhada e estarem sempre presente, seja nos bons momentos assim como aqueles não tão bons, apoiando-nos mutuamente.

À minha amiga Liz, que nunca me abandonou apesar da distância, eu a amo como uma irmã, ela sempre se preocupou por mim e me dá seu apoio constante.

A Minmin, minha gata, que está sempre do meu lado.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à UNILA por me dar a oportunidade de fazer parte da universidade e de me tornar uma profissional dentro da área da medicina.

Agradeço aos locais de estágio, HMFII, UPA Walter e UPA João Samek, por me brindarem o campo de atuação para que eu possa adquirir conhecimento e experiências durante o estágio.

Agradeço aos meus professores da faculdade, que com seus conhecimentos souberam guiar-me no caminho da aprendizagem e busca por conhecimento, sou agradecida pela paciência, dedicação e perseverança como mestres, principalmente à professora Flavia Pina Trench, quem com seus conhecimentos me guiou em cada etapa deste trabalho.

Agradeço ao meu pai quem tem sido o motor dos meus sonhos, minha maior motivação, quem sempre foi otimista para me dar palavras de incentivo quando queria desistir, e me ensinar que com perseverança diante das adversidades, no final um futuro próspero será alcançado, posso dizer que tudo o que até hoje conquistei foi graças ao apoio dele. Pai, você que vibrou comigo quando meu nome estava entre os selecionados da UNILA, e minha felicidade foi a sua, muito obrigada.

Finalmente, agradeço aos meus amigos, pela companhia e por me apoiarem mesmo quando meus ânimos caíam.

Muito obrigada a todos.

*Conhecer a si próprio  
é o maior  
saber.*

*Galileu Galilei*

NIZ, Aline Raquel. **De frente ao COVID na Urgência e Emergência** – Internado marcado por uma Pandemia. **2020**. 40 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 tem como temática a abordagem de descrição de experiências vivenciadas durante internato de Urgência e Emergência em diferentes cenários de prática, no município de Foz do Iguaçu, no segundo semestre de 2020, com ênfase na atuação como linha de frente na Pandemia do vírus SARS-CoV-2, conhecido por todos como COVID-19. O objetivo deste trabalho se baseia na comparação de abordagem de casos clínicos nos locais de estágios, em relação ao que aprendemos durante os anos de graduação, como livros, artigos, videoaulas, protocolos, assim como críticas e questionamentos levantados enquanto a problemática encontrada na regulação de pacientes ou manejo de casos.

**Palavras-chaves:** COVID. Emergência. Pandemia. Urgência.

NIZ, Aline Raquel. **De frente ao COVID na Urgência e Emergência** – Internado marcado por uma Pandemia. **2020**. 40 páginas. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

## **RESUMO**

Este trabalho de final de carrera tiene como tema el abordaje de la descripción de las experiencias vividas durante la pasantía de Emergencia y Urgencia en diferentes escenarios de práctica, en la ciudad de Foz do Iguaçu, en el segundo semestre de 2020, con énfasis en la actuación en primera línea en la Pandemia del virus SARS-CoV-2, conocida por todos como COVID-19. El objetivo de este trabajo se basa en la comparación del abordaje de los casos clínicos en los sitios de pasantía, en relación con lo que aprendimos durante los años de graduación, como libros, artículos, clases de video, protocolos, así como las críticas y preguntas planteadas mientras la problemática encontrada en la regulación de los pacientes o el manejo de los casos.

**Palabras clave:** COVID-19. Emergencia. Pandemia. Urgencia.

NIZ, Aline Raquel. **De frente ao COVID na Urgência e Emergência** – Internado marcado por uma Pandemia. **2020**. 40 páginas. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

## **ABSTRACT**

This course conclusion work has as its theme the approach to the narrative of experiences experienced during the Urgency and Emergency internship in different practice settings, in the municipality of Foz de Iguaçu, in the second semester of 2020, with emphasis on acting as front line in the SARS-CoV-2 virus pandemic, known to all as COVID-19. The objective of this work is based on the comparison of the approach to clinical cases in the internship venues in relation to what was learned during the undergraduate years, such as in books, articles, video-classes, protocols, as well as criticisms and raising questions Regarding the problems found in the regulation of patients or case management.

**Key-words:** COVID-19. Emergency. Pandemic. Urgency.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Imagem observada TC sem contraste que mostra resultados típicos de pneumonia por COVID-19. ....	10
Figura 2. Algoritmo para o manejo da sepse.....	18

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Classificação de risco.....	9
Tabela 2. Tratamento .....	11
Tabela 3. Intubação orotraqueal.....	11
Tabela 4. Escore SOFA .....	15
Tabela 5. Critérios de indicação e contraindicações para trombólise endovenosa com alteplase .....	24
Tabela 6. Critérios de indicação e contraindicações para trombólise endovenosa com alteplase .....	25
Tabela 7. Critérios de indicação e contraindicações para trombólise endovenosa com alteplase .....	27
Tabela 8. Comparação na prática e teoria .....	30

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABD</b>	Avaliação Abdominal
<b>ACV</b>	Aparato Cardiovascular
<b>AP</b>	Aparato Pulmonar
<b>ATB</b>	Antibiótico
<b>BPM</b>	Batimentos Por Minuto
<b>CFM</b>	Conselho Federal de Medicina
<b>DVA</b>	Droga vasoativas
<b>HMPGL</b>	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
<b>HMCC</b>	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
<b>IOT</b>	Intubação orotraqueal
<b>IRPM</b>	Incursões respiratórias por minuto
<b>Neuro</b>	Avaliação Neurológica
<b>PCR</b>	Parada cardiorrespiratória
<b>PNM</b>	Pneumonia
<b>PS</b>	Pronto Socorro
<b>RCP</b>	Reanimação cardiopulmonar
<b>SAMU</b>	Serviço De Atendimento Móvel De Urgência
<b>SSVV</b>	Sinais Vitais
<b>SNC</b>	Sistema nervoso central
<b>SNE</b>	Sonda nasointestinal
<b>SVD</b>	Sonda vesical de demora
<b>TC</b>	Tomografia computadorizada
<b>TEC</b>	Tempo de enchimento capilar
<b>UTI</b>	Unidade de terapia intensiva
<b>UTDI</b>	Unidade de Terapia de Doenças Infecciosas
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	1
2	REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....	2
3	CENÁRIOS DA REDE .....	4
3.1	ATENÇÃO BÁSICA.....	4
3.2	SAMU.....	4
3.3	SALAS DE ESTABILIZAÇÃO .....	5
3.4	UPAS.....	5
3.5	COMPONENTE DA ATENÇÃO HOSPITALAR .....	6
4	CASOS CLÍNICOS .....	7
4.1	CASOS # 1 .....	7
4.1.1	Anamnese.....	7
4.1.2	Exame Físico: .....	7
4.1.3	Exames complementares:.....	8
4.1.4	Diagnostico sindrômico: .....	8
4.1.5	Hipótese diagnostica:.....	8
4.1.6	Plano terapêutico: .....	8
4.1.7	Discussão do caso.....	8
4.1.8	Diagnóstico .....	9
4.1.9	Tratamento.....	10
4.1.10	Crítica: .....	12
5	CASO # 2.....	13
5.1.1	Anamnese.....	13
5.1.2	Exame Físico .....	13
5.1.3	Exames laboratoriais .....	14
5.1.4	Hipótese diagnóstica:.....	14
5.1.5	Plan terapêutico: .....	14
5.1.6	Sepse no serviço de emergência.....	14
5.1.7	Manifestações clinicas .....	16
5.1.8	Abordagem diagnostica: .....	17

5.1.9	Opinião sobre o caso clínico .....	19
6	CASO # 3.....	20
6.1.1	Anamnese.....	20
6.1.2	Exame Físico: .....	20
6.1.3	Conduta .....	21
6.1.4	Abordagem do protocolo de AVCi nos serviços de emergência médica...21	
6.1.5	MOVE + ABCD + História clínica .....	22
7	PROCEDIMENTOS .....	29
7.1	RCP.....	29
8	O INTERNATO MARCADO PELA PANDEMIA: VIVÊNCIAS .....	31
9	AUTOAVALIAÇÃO .....	34
9.1	ANTES: UMA INTERNA COM SENTIMENTOS DE CALOURA.....	34
9.2	DURANTE: NA CORRERIA DO COVID .....	34
9.3	DEPOIS: SOBREVIVEMOS AO INTERNATO, MAS O COVID-19 CONTINUA, ASSIM COMO A APRENDIZAGEM DIÁRIA .....	36
10	REFLEXÕES E CRÍTICAS SOBRE O MÓDULO .....	38
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	39

## 1 INTRODUÇÃO

Toda medicina é feita de experiências – Quintiliano. Na qual o internato médico é a etapa onde todo acadêmico de medicina pode pôr em prática as lições aprendidas durante anos de estudos e é onde começa a viver o cenário onde será seu futuro campo de trabalho, é momento ideal de aproveitar as ocasiões, vivenciar os casos e aprender das experiências.

Nosso internato no módulo de Urgência e Emergência foi um tanto peculiar devido a situação que enfrenta o mundo atualmente e principalmente os profissionais de saúde: a pandemia pelo vírus SARS-CoV-2, popularmente conhecido como COVID-19. Foi um internato com experiências diferentes do convencional.

Os estágios nos setores: triagem COVID, plantão telefônico, PS respiratório, UTI covid, enfermaria covid e PS clínico, nos colocaram cara a cara com situações onde devíamos pôr em prática nosso raciocínio clínico e pensar de forma mais objetiva, centrado no problema clínico, abordando uma conduta mais direcionada, tentar seguir para frente ao invés de voltar para atrás, com isso conseguir a confiança dos preceptores para que sejamos guiados em base nas experiências e conhecimentos deles.

O objetivo estarei descrevendo as minhas vivências durante o módulo, assim como comparativas de abordagem com aquilo que aprendemos durante nosso tempo de estudo na faculdade, com aquilo que observamos na prática, e levantamento de questionamentos enquanto a regulação de pacientes nos centros assistenciais.

## **2 REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

A área de Urgência e Emergência é constituída em um importante componente da assistência a saúde. O aumento da demanda por serviços nesta área nos últimos anos devido ao crescimento do número de acidentes e de violência urbana, e a insuficiente estruturação da rede são fatores que contribuíram decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população. Isso transformou esta área em uma das mais problemáticas do Sistema de Saúde. (BRASIL, 2013).

Segundo a Portaria Nº 2048, a assistência as urgências se dão, ainda hoje, predominantemente nos serviços que funcionam exclusivamente com esta finalidade, os tradicionais PS, estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos às 24h do dia, estes serviços acabam por funcionar como “porta de entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada, e das urgências sociais. Tais demandas se misturam nas unidades de urgência, superlotando e comprometendo a qualidade da assistência oferecida à população. Habitualmente as urgências com muito sangue e as barulhentas são priorizadas, mas infelizmente, é comum que quadros mais graves fiquem horas aguardando por atendimento de urgência, mesmo já estando dentro de um serviço de urgência.

O Ministério de Saúde, consciente das problemáticas que existem e em conjunto com as secretarias de saúde dos estados e municípios, contribuem decididamente para a reversão deste quadro que são notavelmente desfavorável a assistência a população. Diante disso, diversas medidas foram tomadas como investimentos a custos e adequação física e de equipamentos nos serviços que integram a rede, grandes esforços foram empreendidos na efetiva para organização e estruturação das redes assistenciais na área de urgência e emergência.

A rede de Urgência e Emergência (RUE) procurando sempre o acolhimento com classificação de risco e resolutividade tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. (BRASIL, 2013).

São componente e interfaces da Rede de Atenção as Urgências e Emergências:

- ✓ Promoção e prevenção;
- ✓ Atenção Primária: Unidades Básicas de Saúde;
- ✓ UPA e outros serviços que funcionem 24h;
- ✓ SAMU 192;
- ✓ Portas hospitalarias de atenção às Urgências e Emergências;
- ✓ Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos;
- ✓ Inovações tecnológicas nas linhas de cuidados prioritárias.

O Art. 3 da Portaria N1.600, de 7 de julho de 2011 diz que a rede de atenção as Urgências e Emergências deve ser implementada, gradualmente, em todo o território nacional, respeitando os critérios epidemiológicos e de densidade populacional. Também que o acolhimento com classificação de risco, qualidade e resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda a Rede de Atenção as Urgências e Emergências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção.

As principais diretrizes que norteiam a implementação das RUE são:

- ✓ Universalidade, equidade e integralidade da atenção em todas as situações de urgência e emergência;
- ✓ Ampliação do acesso, com acolhimento aos casos agudos em todos os pontos de atenção;
- ✓ Formação das relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação;
- ✓ Classificação de risco;
- ✓ Regionalização da saúde e atenção territorial;
- ✓ Regulação de acesso dos serviços de saúde;
- ✓ Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- ✓ Organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares;
- ✓ Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias;
- ✓ Centralidade nas necessidades de saúde da população;

- ✓ Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento das ações coordenadas e contínuas que procurem a integralidade e longitudinalidade do cuidado na saúde;
- ✓ Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação do processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção oferecida:
- ✓ Articulação interfederativa:
- ✓ Participação e controle social:
- ✓ Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, que surgiram de situações de perigo iminente, calamidades públicas e acidentes com múltiplas vítimas;
- ✓ Qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores.

### **3 Cenários da rede**

#### **3.1 Atenção básica**

Tem como objetivos a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo, a responsabilização e o primeiro atendimento às urgências e emergências, em ambiente adequado até a transferência/encaminhamento dos pacientes para outros pontos de atendimento, quando necessário, por meio da implantação de acolhimento familiar com avaliação de risco e vulnerabilidade. (Portaria MS/GM n. 2488/2011). Com isso, a Atenção Básica deve cumprir as seguintes funções para o funcionamento das redes de atendimento:

- ✓ Ser base;
- ✓ Ser resolutivo;
- ✓ Coordenar o cuidado;
- ✓ Classificar as redes.

#### **3.2 SAMU**

Regulamentado pela Portaria MS / GM no 1.010, de 21 de maio de 2012, é o componente da rede de atendimento às urgências e emergências que visa ordenar o fluxo de atendimento e proporcionar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e decisivo às vítimas acometidas por agravos à saúde, com envio de veículos

tripulados por equipe treinada, com acesso pelo número 192 e por uma Central de Regulação de Emergências, reduzindo a morbimortalidade.

### 3.3 Salas de estabilização

São os equipamentos de saúde que devem atender às necessidades assistenciais de estabilização do paciente grave / crítico em municípios de grandes distâncias e / ou isolamento geográfico, bem como locais de difícil acesso considerados lacunas de atendimento de urgência e emergência.

As seguintes diretrizes devem ser observadas:

- ✓ Operação 24 horas por dia, 7 dias por semana;
- ✓ Equipe multidisciplinar compatível com suas atividades;
- ✓ Operação de acordo com protocolos clínicos, cuidados, classificação de risco e procedimentos administrativos estabelecidos e / ou adotados pelo gestor responsável.

### 3.4 UPAs

As unidades de pronto atendimento 24 horas são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, as unidades de saúde da família e a rede hospitalar, devendo funcionar 24 horas por dia, todos os dias da semana e compor uma rede organizada de atendimento aos pacientes e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento dos pacientes, intervir no seu quadro clínico e contrarreferência para outros postos de atendimento de RAS, para serviços de cuidados básicos ou especializados ou para internamento, proporcionando continuidade do tratamento com um impacto positivo no quadro de saúde individual e coletiva da população. (BRASIL, 2013).

De acordo com a Portaria nº 1.171 / 2012, são consideradas as seguintes definições:

- I. **Nova UPA:** unidade de pronto atendimento (UPA 24h) a ser construída com recursos do incentivo de aplicação financeira para construção.
- II. **UPA ampliada:** unidade de pronto atendimento (UPA 24h) a ser construída a partir do acréscimo de área aos estabelecimentos de saúde existentes cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

### 3.5 Componente da atenção hospitalar

Foi instituído pela MS / GM nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. É composto por:

1. Portas de hospitais de urgência e emergência;
2. Enfermaria clínica de retaguarda
3. Unidades de longa permanência e hospitais especializados em cuidados;
4. Leis de terapia intensiva;
5. Organização de linhas de atendimento prioritário:
  - ✓ CL de infarto agudo do miocárdio (IAM);
  - ✓ LC de acidente vascular cerebral (AVC);
  - ✓ LC causa trauma.

Em Foz de Iguaçu existem UBS, uma UBS 24 horas, duas UPAs, SAMU, SIATE, o HMPGL, o HMCC e o Hospital das Cataratas. Foz de Iguaçu atende a toda a 9ª região de saúde, que são Missal, Ramilândia, Itaipulândia, Medianeira, Matelândia, Sertanópolis do Iguaçu, São Miguel de Iguaçu e Santa Terezinha de Itaipu. Como centros de referência temos:

- ✓ **HMPGL:** Traumas e AVC, além de afecções mais complexas que não podem ser tratadas nas UPAs
- ✓ **HMCC:** Oncologia, Maternidade e Cardíaca
- ✓ **Hospital Cataratas:** Ginecológico

O responsável pela regulação dos pacientes na RUE é a central de regulação do SAMU, capacitada na regulação das ligações que demandem orientação e/ou atendimento emergencial, por meio da classificação e priorização das necessidades de atendimento emergencial, além de ordenar o fluxo efetivo de encaminhamentos e contrarreferências na Rede de Atenção à Saúde.

Agora vamos pensar, o regulador é o centro regulador, mas vamos pensar em um cenário de falta de lei, o que o regulador do SAMU pode fazer?

De acordo com a nova norma do CFM, em caso de falta de macas ou qualquer outra condição que impossibilite a liberação da equipe, do equipamento e da ambulância, o médico responsável pelo setor de emergência deve informar imediatamente o fato ao coordenador do fluxo ou diretor técnico do hospital. Para a autarquia, esse profissional deve tomar providências imediatas para liberar a equipe com a ambulância.

**Vaga zero:** a Resolução CFM 2.110 / 2014 determina que a chamada “vaga zero” seja prerrogativa e responsabilidade exclusiva do médico de emergência regular. Para o CFM, o recurso é essencial para garantir o acesso imediato aos pacientes em risco de morte ou sofrimento intenso, mas deve ser considerado como uma situação de excursão e não uma prática diária no atendimento de emergência.

Pela regra do CFM, o médico regulador, no caso de utilizar o recurso vago zero, deve obrigatoriamente fazer contato telefônico com o médico que receberá o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento. Por outro lado, se a unidade enfrenta o problema de superlotação, seu gerente deve comunicar o acontecido aos responsáveis pela gestão para que se encontre uma solução, conforme previsto nas resoluções CFM n.º 2.077 e n.º 2.079.

## **4 CASOS CLÍNICOS**

### **4.1 Casos # 1**

#### **4.1.1 Anamnese**

**ID:** R. S. D, 54 anos, masculino, natural de Ceará, residente em Foz de Iguazú há 40 anos, autônomo

**QP:** Febre

**HDA:** Paciente relata que no dia 24/08 iniciou com quadro de coriza, congestão nasal e febre de 39°C, com melhora após uso de sintomáticos, que evoluiu com ageusia, cefaleia e inapetência, com redução importante da ingesta hídrica e alimentaria. Nega sintomas respiratórios, gastrointestinais ou geniturinários.

**HPP:** Nega comorbidades ou uso de medicamentos de uso contínuo. Histórico de trauma com abordagem cirúrgica na tíbia direita em 2008. Nega alergia medicamentosa.

**HF:** Pai com DM II. Mãe e irmã com hipotireoidismo.

**HV:** Nega tabagismo, nega etilismo, nega uso de drogas ilícitas.

#### **4.1.2 Exame Físico:**

**SSVV:** FC: 71; SatO2 90% em AA; PA: 123/74 mmHg; FR: 27 irpm Tax 36°C. BEG, LOTE, normocorado, desidratado +/4+, afebril, taquipneico em AA.

**Neuro:** Glasgow 15, pupilas isocóricas y fotorreagentes, sem déficit neurológico focais.

**AC:** BNF RR 2T sem sopros audíveis. Pulsos periféricos cheios e simétricos. TEC <3s.

**AP:** Expansibilidade torácica preservada. MV presente bilateralmente, com crepitações em bases bilaterais. Com uso da musculatura acessória.

**ABD:** Globoso a custas de tecido adiposo, RHA+ nos quatros quadrantes, timpânico à percussão, sem presença de massas ou visceromegalias palpáveis. Indolor à palpação superficial e profunda. Sem sinais de irritação meníngea.

**Extremidades:** Ausência de edemas. Cicatriz operatória em MID, cicatriz de queimadura em MIE. Panturrilhas sem sinais de empastamento. Membros com mobilidade ativa preservada.

#### **4.1.3 Exames complementares:**

**Lab. 02/09:** hemograma sem alterações, leucograma não infeccioso, função renal preservada, sem distúrbio eletrolítico, CPK/CKMB dentro da normalidade, PCR elevado (16), gasometria arterial em andamento.

**TC tórax SC 02/09:** esparsas opacidades em padrão vidro fosco bilaterais, com envolvimento de mais de um lóbulo pulmonar e com distribuição predominantemente periférica.

#### **4.1.4 Diagnostico sindrômico:**

- Síndrome gripal;
- Síndrome Respiratório Aguda Grave.

#### **4.1.5 Hipótese diagnóstica:**

- PNM viral por COVID-19?

#### **4.1.6 Plano terapêutico:**

- Notifico para covid 19;
- Solicito coleta RT-PCR para SARS-CoV2;
- Prescrevo sintomáticos;
- No início ATB (leucograma no infeccioso);
- Solicito exames laboratoriais de rotina para amanhã;
- Espera gasometria y laudo de TC de tórax;
- Monitorar padrão respiratório, hemodinâmico e infeccioso.
- Início oxigenoterapia com O2 2L/min;
- Reavaliar após.

#### **4.1.7 Discussão do caso**

Como estamos vivendo um momento de pandemia e como a infecção SARS-CoV2 é atualmente comunitária em Foz do Iguaçu, significa que para definir ou ser

nossa principal hipótese não é mais necessário velhos critérios como viagens internacionais ou contactantes de caso positivo, com isso todas as pessoas são suscetíveis a serem infectadas com o vírus. Com base nisso, todo caso suspeito é aquele com um quadro com sinais e sintomas que sugerem uma infecção por vírus. Com base nos protocolos utilizados em Foz, esses sinais e sintomas são: febre (referida ou referida) e / ou sintomas respiratórios como tosse, coriza, odinofagia, congestão nasal ou conjuntival, dispneia e fadiga. Alguns pacientes podem apresentar: cefaleia, ageusia, anosmia e sintomas gastrointestinais como diarreia.

É um paciente de risco? Segundo Brasil (2020) são pacientes de risco para SARS-Cov2:

- Idade > 60 anos;
- Doença crônica (diabetes, HAS, doença cardíaca, DPOC, AVC prévio, DRC, imunocompromidos, câncer);
- Obesidade;
- Tabagismo.

O paciente era de risco mesmo que não tivesse doença de base ele era obeso. Estudos demonstram que há alta probabilidade de quem paciente obeso desenvolva a forma grave da COVID-19, independentemente da idade.

Após o paciente ser admitido e de identificar o fator de risco, passar pela triagem e ser considerado como caso suspeito de COVID 19, deve ser classificado o risco de acordo com a gravidade do quadro, em leve, moderado, grave ou crítico.

**Tabela 1.** Classificação de risco

Leve	Paciente com sintomas, porém sem evidencia de pneumonia ou hipoxia.
Moderado	Febre, tosse e saturação > 90% e fator de risco.
Grave	SDRG, Saturação < 90%, FR > 30 irpm, e/ou SDRA e/ou sepse ou choque séptico.

**Fonte:** VELASCO, Irineu Tadeu *et al.* 2019.

O paciente apresentava um quadro moderado, saturando 90%, taquipneia, sinais de esforço respiratório e apresentava obesidade como fator de risco.

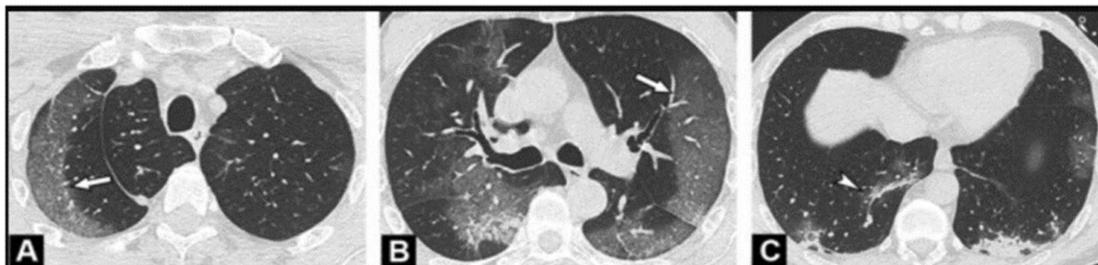
#### 4.1.8 Diagnóstico

O diagnóstico é feito por RT-PCR para o SARS-CoV2, que é o padrão ouro, possui alta sensibilidade e especificidade, o melhor momento para a coleta é entre o

3º ao 7º dia do início dos sintomas, mas há uma importância do exame radiológico em algumas situações de emergência, quando o RT-PCR não apresenta resultados imediatos, ele serve como complemento da clínica e do diagnóstico. Especificamente no COVID-19, o Raio X não desempenha um papel tão importante, os principais acometimentos são visualizados na TC de tórax, sendo possível observar opacidades em vidro fosco com distribuição periférica e subpleural com envolvimento de múltiplos lobos. A TC permite a detecção precoce de pneumonia viral em pacientes com pelo menos 3 dias de sintomas.

Embora a TC ajude no diagnóstico, ela não deve ser usada como rastreamento ou teste de diagnóstico de primeira linha.

**Figura 1.** Imagem observada TC sem contraste que mostra resultados típicos de pneumonia por COVID-19.



Fonte: HANI *et al.* 2020.

**Descrição:** A opacidade em vidro fosco periférica é vista na porção superior de ambos pulmões (A e B) associadas a consolidações nos lobos inferiores (C).

Não podemos descartar a existência de outros métodos diagnósticos, como o teste rápido ou o teste Elisa, que não serão contemplados por não serem utilizados no protocolo. O teste rápido, mesmo respeitando o tempo exato de realização do teste, tem um percentual de erro maior se comparado ao teste padrão-ouro atual. Vi o teste da Elisa que foi usado uma vez nesses meses de internato, em um paciente com dois exames negativos, mas com característica de PNM viral na tomografia computadorizada de tórax.

#### 4.1.9 Tratamento

Atualmente, não existem medicamentos eficazes cientificamente aprovados para o tratamento da COVID-19, de modo que o tratamento adotado até o momento é sintomático e de suporte vital.

Para pacientes com um quadro leve, os tratamentos são os seguintes:

**Tabela 2.** Tratamento

SINTOMAS	TRATAMENTO
Febre	Antipiréticos – Dipirona ou Paracetamol.
Cefaleia ou mialgia	Analgésicos – Dipirona ou Paracetamol.
Odinofagia	Sem presença de placas ou sem sintomas que possam sugerir também dengue: ibuprofeno ou nimesulida. Se tem sintomas que possam sugerir dengue: Analgésicos como dipirona ou paracetamol. Se tem presença de placas: antibiótico como amoxicilina ou Clavulin.
Vômito	Antiemético como metoclopramida ou Cloridrato de Ondansetrona que é muito utilizado para pacientes internados no HMPGL.
Diarreia	Hidratação VO com soro.
Coriza ou tosse seca	Maleato de Dexclorfeniramina

Fonte: Própria

**Pacientes com condição moderada/grave:** Oferecer suporte de O<sub>2</sub> que pode ser com CN até 5L/min, máscara de venturi de 6 a 10L/min, CNAF e VNI não são recomendados como rotina devido à quantidade de aerossóis que geram, bibliografias sugere IOT antecipado em caso que o paciente não mantenha SatO<sub>2</sub> > 93% ou FR <24 bpm com suporte de O<sub>2</sub> a 6L/min para reduzir a produção de aerossóis.

Paciente não consegue manter SatO<sub>2</sub> > 94% o FR <24 irpm igual com oferta de suporte de oxigênio? Dependendo do paciente era um assunto com uma conduta que varia de medico para medico, em paciente com DPOC era tolerado saturação até 89%, mas em paciente hígido uma saturação de 94% era considerada estável, deixando o paciente em observação e atentando para o padrão respiratório, se após 1 dia de evolução a saturação não aumentava com O<sub>2</sub> a 6L ou necessidade de aumentar O<sub>2</sub> a 10L/min, então entrava em consideração necessidade de IOT.

Decisão da equipe em realizar IOT?

**Tabela 3.** Intubação orotraqueal

Antes de entrar no leito	KIT EPI Intubação COVID-19 Pronto? EPI vestido e verificado por todos? Paciente com acesso venoso periférico?
Depois de entrar no leito	Paciente monitorizado?

	Capnografo pronto? Ventilador pronto? Plano de IOT verbalizado?
--	---

**Fonte:** Própria

Comece a pré-oxigenação com uma máscara com reservatório (menor fluxo possível).

Paciente com sinais de choque? Em caso afirmativo, iniciar vasopressor na veia periférica + infundir 500ml de cristaloides se não for contraindicado e, em seguida, proceder ao IOT. Se não houver sinais de choque, prossiga com a sequência rápida IOT → IOT com o profissional mais experiente:

- Pré-tratamento com lidocaína 1.5mg/kg.
- Paralise com indução (preferir cetamina 1.5-2mg/kg)
- Balonete com cufometro, tubo ocluído por pinça reta

Sucesso no primeiro intento? Sim → Conectar ventilador e iniciar sedação.  
 Não → Cricotireoidostomia.

A intubação em um paciente com COVID 19 deve ser rápido de modo a evitar maior geração de aerossóis, ele deve ser feito com sucesso na primeira tentativa, por isso é recomendável ser feito pelo profissional mais experiente.

#### **4.1.10 Crítica:**

Com base na bibliografia e protocolos que estão sendo utilizados no hospital, o caso foi conduzido de acordo com eles. Não posso dizer que todos os casos são conduzidos corretamente porque vi vezes que foram prescritos medicamentos sem evidências científicas de sua eficácia. Não houve demora na internação, determinou-se o fator de risco, classificou-se o quadro clínico e deu-se suporte para sinais de alarme, como saturação do paciente.

É um paciente crítico? Foi regulado corretamente? O que eu faria neste caso? Ele não é um paciente crítico, mas é um paciente com um quadro clínico moderado que pode se tornar grave. Sim, foi regulado corretamente, o HMFI é o centro de referência para casos respiratórios e também funciona por busca espontânea, o paciente passa por triagem e se tiver sinal de alarme vai logo para o aparelho respiratório.

O COVID 19 em si é um assunto complexo devido a que muito pouco sabemos ainda sobre a proporção do vírus na saúde, então dependemos dos estudos que estão sendo atualizados a cada dia, achando uma ou outra conduta nova que pode auxiliar no tratamento, mas atrás disso, tenho visto muitos médicos que são cegados por uma postura política, o que eu acho muito errado quando você está diante do cuidado da saúde e a vida de uma pessoa, você como médico tem fora do hospital uma vida, tem sua própria opinião, assim como também um posicionamento político, porém tudo isso não diz sobre quais condutas médicas eu devo tomar, se não que as minhas condutas devem ser baseadas naquilo que a ciência apoia e aprova, e não por forças externas.

## **5 Caso # 2**

### **5.1.1 Anamnese**

**ID:** I.P.A, 79 anos, feminino, natural de Foz de Iguazú

**QP:** Sonolência

**HDA:** Paciente acamada, trazida pelo SAMU no dia 24/08 por volta das 10h am, com queixa de anorexia, hipoatividade e sonolência. Nega sintomas respiratórios. Sinais vitais no SAMU: PA 90/60; FC: 62; FR bpm; SatO<sub>2</sub>: 99%. Paciente encaminhada para a sala vermelha por apresentar piora dos sinais vitais. Paciente não comunicativa, sonolenta.

**HPP:** Sequelada de AVC, Alzheimer e HAS.

**Medicamentos de uso contínuo:** Losartana, donepezila, AAS, Suplemento de Vitamina C e Calcio.

### **5.1.2 Exame Físico**

MEG, sudoreica, hipocorada 2+/4+, afebril, anictérica, TEC 5s, cianoses periféricas, extremidades frias.

**SSVV:** PA 82/70 mmHg, Sat 80%, FR: 22 irpm, FC 102 bpm

**NEURO:** Pupilas isocóricas e fotorreagentes, Glasgow 8/15, sem sinais de irritação meníngea.

**EP:** MV diminuídos bilateralmente, SRA.

**ECV:** BNF RR 2T SS

Escara grau III trocantérica bilateral com presença de secreção purulenta e odor fétido.

Escara em crista ilíaca bilateral, ambas com área de necrose de 4cm aproximadamente, presença de secreção purulenta com odor fétido.

### **5.1.3 Exames laboratoriais**

Hb 10; Ht 29,8; Leu 40.500; Bast 11%; Plaq 492.000; Na: 155; K 2,8; PCR 18,6; Lac 31,6; Ureia 63; Cr 0,50. Gasometria: pH 7,45 // pCO<sub>2</sub> 34 // pO<sub>2</sub> 84 // HCO<sub>3</sub> 24,20 // SatO<sub>2</sub> 97% // Lac 34

### **5.1.4 Hipótese diagnóstica:**

- Sepses?
- Choque séptico?

### **5.1.5 Plan terapêutico:**

- Solicito Rx de tórax;
- Solicito SNE;
- Hidratação com água potável (hipernatremia);
- Solicito vaga HMPGL;
- Otimizo hidratação;
- Mantenho antibióticos Sintomáticos;

**Dados adicionais:** Na primeira conduta da paciente foi feita expansão volêmica com SF 0,9% e iniciado antibióticos cefalexina, mas não foi solicitado culturas.

### **5.1.6 Sepses no serviço de emergência**

Segundo o Conselho Federal de Medicina (2015), estima-se que 600 mil novos casos de sepses ocorrem a cada ano no Brasil, com custo de US\$9,6 mil por paciente. A incidência da sepses nas UTIs do Brasil é de 36 por 1000 pacientes/dia com mortalidade de cerca de 55% dos acometidos, sendo uma das principais causas de mortalidade tardia no país, superando o infarto agudo de miocárdio e câncer.

Mas a final, o que é a sepses? Os critérios diagnósticos da sepses têm evoluído com o passar do tempo, assim Bonse *et al.* (1992) definiram a sepses como uma resposta inflamatória sistêmica que é causada por infecção, com o passar dos anos, Singer *et. al* (2016) trouxe o que conhecemos como Sepses 3.0 e a definiram como a

presença de uma infecção suspeita ou confirmada que está associada com elevação aguda no escore SOFA de 2 pontos ou mais.

Antes da definição de Sepse 3, a sepse era dividida em Sepse 2 e Sepse Grave. Sepse 2 era definida como uma síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS) de causa infecciosa e a sepse grave era quando a sepse evoluía para disfunção de órgãos e hipoperfusão, onde a hipotensão era responsiva a reposição de volume, e que caso não respondesse era considerado como choque séptico.

**Tabela 4.** Escore SOFA

Sistema	Escore				
	0	1	2	4	5
Respiratória PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> mmHg	≥400	<400	<300	<200	<100
Hematológico Plaquetas/μL	≥150.000	<150.000	<100.000	<50.000	<20.000
Hepático Bilirrubinas mg/dL	<1,2	1,2-1,9	2,0-5,9	6,0-11,9	>12
Cardiovascular μL/Kg/min	PAM ≥ 70	PAM < 70	Dopamina < 5 ou dobutamina	Dopamina 5,1-15 ou noradrenalina ou adrenalina ≤ 0,1	Dopamina > 15 ou noradrenalina ou adrenalina > 0,1
Sistema nervoso central Escala de coma de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal Creatinina mg/dL Débito urinário mL/dia	<1,2	1,2-1,9	2,0-3,4	3,5-4,9 <500	>5,0 <200

**Fonte:** VELASCO, Irineu Tadeu *et al.* 2019

O escore é complexo e pouco prático para ser utilizado em emergências, por isso foi criada uma versão mais simplificada, o qSOFA, que possui 3 critérios, que ao obter um valor igual ou superior a 2 indica disfunção orgânica.

Esses critérios, segundo VELASCO, Irineu Tadeu *et al.* 2019 são:

1. Hipotensão sistólica <100 mmHg ou igual;
2. Estado mental alterado GCS <15;

### 3. Taquipneia > 22rpm ou igual.

O qSOFA é mais para indicar a probabilidade de que o paciente infectado (ou suspeito) tenha um prognóstico ruim. O qSOFA não define o diagnóstico, se o valor do qSOFA for igual ou maior que 2, então o SOFA deve ser realizado.

Além de uma mudança na definição de sepse, o choque séptico passou pela mesma coisa, agora além de precisar do DVA para manter a PAM igual ou maior que 65, ele também precisa apresentar hiperlactatemia (VELASCO, Irineu Tadeu *et al.* 2019).

Antes da definição de Sepse 3, a sepse era dividida em Sepse 2 e Sepse Grave. Sepse 2 era definida como uma síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS) de causa infecciosa e a sepse grave era quando a sepse evoluía para disfunção de órgãos e hipoperfusão, onde a hipotensão era responsiva a reposição de volume, e que caso não respondesse era considerado como choque séptico.

**Sepse**: infecção + disfunção orgânica

**Choque séptico**: sepse + VAD + hiperlactatemia

#### 5.1.7 Manifestações clínicas

São variados e dependem do sítio inicial da infecção, bem como da idade e condições de saúde anteriores do paciente e da bactéria causadora.

**Sintomas e sinais sugestivos de infecção**: taquicardia, taquipneia, temperatura > 38,3 ou <36 e com a evolução do caso podem apresentar sinais de choque e disfunção orgânica. Sinais e sintomas específicos da fonte infecciosa também devem ser investigados.

Manifestações clínicas que podem sugerir a etiologia da sepse:

**Diarreia aguda**: infecções gastrointestinais.

**Convulsão, irritação meníngea e / ou confusão**: meningite, encefalite, abscesso cerebral.

**Dispneia, tosse, estertores pulmonares**: PNM (bacteriana ou viral), pneumocistose, tuberculose.

**Icterícia**: leptospirose, febre amarela, malária, colicistite aguda, colangite aguda, entre outras.

**Presença de cateter ou dispositivos vasculares**: infecção associada ao local de inserção do dispositivo, endocardite.

**Disúria, Giordano positivo, cateter urinário**: pielonefrite.

**Dor pélvica, sangramento:** DIP.

**Sopro cardíaco:** endocardite.

**Sinais de peritonismo:** apendicite, pancreatite, diverticulite aguda

**Lesões cutâneas localizadas:** infecções anaeróbicas, celulite, erisipela.

**Ferida cirúrgica:** infecção da ferida, abscessos.

#### **5.1.8 Abordagem diagnóstica:**

O primeiro a se levar em consideração é o quadro clínico do paciente, vamos colocar o quadro clínico do paciente no caso: no momento da internação a paciente apresentava anorexia, hipoatividade e sonolência, além de hipotensão (90/60) . Como os sintomas que identificam um paciente são os mesmos dos critérios do SIRS, o ILAS (Instituto Latino-Americano de Sepse) propõe uma abordagem que engloba ambos os critérios, sepse 2 e 3, para se completarem. Nesse caso, esse paciente não apresenta critérios para SIRS, mas se para qSOFA, que são hipotensão e alteração do nível de consciência, a paciente estava hipoativa e sonolenta, então procedemos à coleta de exames para auxiliar na realização do SOFA.

Próxima etapa: Identificar o foco infeccioso. A paciente apresentava escara com secreção purulenta e odor fétido, sendo identificado o foco cutâneo, que pode ser decorrente de infecção anaeróbia.

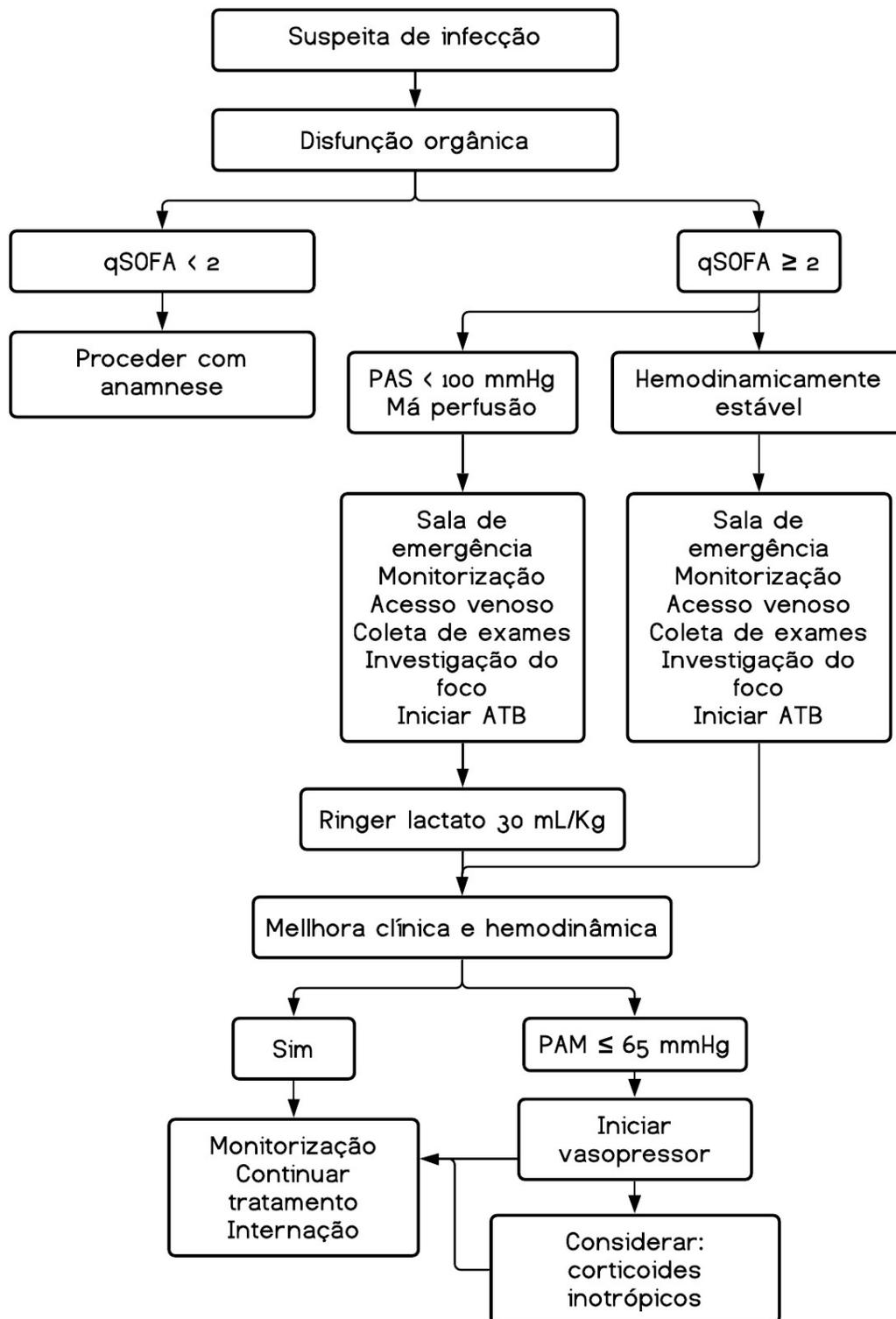
Estamos mais próximos do diagnóstico de sepse, se houver divergência diagnóstica entre sepse 2 e 3, recomenda-se acompanhar a história clínica do paciente. Se o quadro infeccioso não for sugestivo, descartamos a suspeita de sepse. Mas se o quadro clínico sugerir que há alto risco de evolução com disfunção orgânica, então o protocolo de sepse é iniciado.

O objetivo em um paciente com sepse é: antibióticos microbianos devem ser iniciados o mais cedo possível (idealmente dentro de 1h), reanimação volêmica de acordo com a necessidade do paciente e transferência para uma unidade de internação ou UTI.

Levantada a suspeita de sepse, o paciente deve ser monitorado e realizado o acesso vascular e colhidos os exames para nos auxiliar no SOFA, que são: hemograma, gasometria arterial, plaquetas, bilirrubina, creatinina e coagulograma. Além das culturas bacteriológicas, elas devem ser feitas ANTES DA CONDUTA MEDICAMENTOSA, por isso deve ser rápido, pois não pode retardar o comportamento.

A conduta deve continuar de acordo com o seguinte protocolo:

**Figura 2.** Algoritmo para o manejo da sepse



Nesse caso específico, de acordo com o prontuário, a ATB foi iniciada com ceftriaxona e a expansão de volume foi realizada com 1200ml de SF 0,9%. O protocolo estabelece que a expansão deve ser com ringer com lactato, mas de acordo com bibliografias, o SF é permitido como alternativa.

Paciente evoluiu com hipotensão (82/70), sudorese, extremidades frias, cianose periférica, RR 22 bpm, saturação de 88%, tempo de enchimento capilar de 5s e Glasgow 8. Com apenas o Glasgow o escore do SOFA chega a 3, associado com hipotensão após reposição volêmica, com necessidade de uso de DVA (foi utilizada norepinefrina) mais hiperlactatemia, o paciente encontra-se em choque séptico segundo Sepse 3, e também com sepse 2, uma vez que taquicardia e FC > 90, bem como leucócitos de 28.860 dariam os escores para SIRS, hipotensão e lactação elevada dariam o diagnóstico de sepse grave, e hipotensão após reposição volêmica e necessidade de norepinefrina fecham o diagnóstico choque séptico.

**Evolução do paciente:** Paciente evoluiu com 52% de hipossaturação sendo optado pelo IOT, após a intubação o paciente evoluiu para PCR, feito os ciclos de RCP, sem retorno, evoluindo para óbito às 4:14 da tarde.

### 5.1.9 Opinião sobre o caso clínico

Não estive presente na admissão da paciente, quando ela chegou foi encaminhada para a sala amarela, pelo que vi da conduta medicamentosa, o médico fez como diz a bibliografia, mas não fez algo superimportante que é uma coleta de culturas, não foram coletadas amostras de cultura bacteriológica e o ATB foi iniciado. O segundo ponto foi quando o paciente foi levado para a sala vermelha por piora do quadro e esperar que a paciente dessature até 52% com O<sub>2</sub> de 10L / min para decidir fazer o IOT. Diante disso, perguntei-me, quando intubar um paciente? Eu sigo a bibliografia ou sigo o que quero? A resposta no meu caso seria a primeira. Diante de vários casos em que pude demonstrar que os médicos estavam demorando na decisão do IOT, resolvi perguntar a todos os médicos quando eles procederam ao IOT, eles não tiveram nenhuma resposta semelhante, mas houve 2 que responderam de acordo com o que está na bibliografia.

Indicações IOT:

- ✓ Hipoxemia grave refratária ao tratamento com medidas menos invasivas;
- ✓ Glasgow com pontuação menor ou igual a 8;
- ✓ PCR;

- ✓ IRpA que evolui com fadiga dos músculos respiratórios;
- ✓ IRpA associado a doenças neuromusculares;
- ✓ Obstrução das vias aéreas;
- ✓ Trabalho respiratório excessivo;
- ✓ Redução da pressão intracraniana;
- ✓ Instabilidade hemodinâmica severa;
- ✓ Queimaduras, necessidade de proteção das vias aéreas.

A bibliografia também diz que há dois tópicos que devemos levar em consideração e um deles é o cuidado em fim de vida, investindo em cuidados paliativos no choque séptico segundo a definição de Sepsis 3. A paciente provavelmente tinha quadro para ser abordado com a família sobre cuidados paliativos, a questão é que o assunto não foi discutido com a família.

## **6 Caso # 3**

### **6.1.1 Anamnese**

**ID:** S.M.A.E, 59 anos, feminino, parda, natural de Foz, jubilada

**Queixa principal:** Perda de força no braço esquerdo

**HDA:** Paciente trazida pelo SAMU, encaminhada da UPA, com história de AVC prévio há 1 ano, sem sequelas, relata que há 1 dia às 18:30 enquanto comia apresentou cefaleia intensa no lado direito, de intensidade 10/10, seguido por visão turba, hemiplegia à esquerda e queda da própria altura. Chamou seu marido para ajudá-la nesse momento, apresentando desvio de rima. Nega outros sintomas.

**HPP:** AVC há 1 ano, cirurgia por nódulo de mama direita há 37 anos (sic), gota, HAS, arritmia.

**HFam:** Pai com chagas, mãe DM e cardiopata.

**HSocial:** Fumante 1-2 cigarros/dia, nega etilismo e uso de outras drogas ilícitas

**Medicações de uso contínuo:** Omeprazol 20mg 1cp/dia, Anlodipino 5mg 1cp/dia, prednisona não sabe a dose, sinvastatina 40mg 1cp/dia.

### **6.1.2 Exame Físico:**

MEG, hipocorada, hidratada, acianótica, anictérica, afebril. Sonolenta, mas LOTE.

**SSVV:** FC: 68 bpm, PA 157/89 mmHg, SatO<sub>2</sub> 98%, FR: 13 irpm

**ECV:** BNF, RR em 2T sem sopros audíveis. TLC < 3s.

**EP:** MVUA bilateralmente, SRA. Sem sinais de esforço respiratório.

**ABD:** Globoso a custas de tecido adiposo, flácido, depressível, indolor à palpação superficial e profunda. Sem sinais de irritação peritoneal.

**MMII:** Panturrilhas livres, sem presença de edema.

**Neuro:** Pupilas isocóricas e fotorreagentes, fotorreagentes, Glasgow 14/15 (O3 V5 M6). Hemiparesia à esquerda com sensibilidade preservada. Reflexos patetares presentes. Babinski presente no MIE, não foi possível testar o MIE, paciente se move e não colabora. Sensibilidade dolorosa preservada nos membros.

**NIHSS 12:25** 18 pontos

**Exames complementares:**

**TC crâneo:** Surgimento de extensa área isquêmica aguda no território da artéria cerebral media ocupando grande parte do lóbulo frontal direito e grande parte das porções anteriores do lóbulo temporal direito.

**HD:** AVCi extenso.

**6.1.3 Conduta**

- Solicito exames laboratoriais de admissão;
- Solicito avaliação do neurologista de urgência;
- Solicito RX de tórax e ECG;
- Solicito ECO cardio e doppler de carótidas;
- Solicito passagem de SNE com RX abdominal depois - não iniciar ainda a dieta;
- Solicito passagem de SVD;
- Monitorização de parâmetros múltiplos;
- Observação neurológica intensa - RISCO DE REBAIXAMIENTO;
- Omeprazol profilático;
- Mantenho sem profilaxias para TEP e sem AAS;
- Mantenho fenitoína de horário;
- Mantenho sem anti-hipertensivo de horário
- Manter PA mais elevada.

**6.1.4 Abordagem do protocolo de AVCi nos serviços de emergência médica**

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença cerebrovascular popularmente conhecida como "derrame", sendo a segunda causa de morte no Brasil e no mundo. Todos os anos, 17 milhões de pessoas sofrem um AVC no mundo, dessas 6,5 milhões morrem e 26 milhões ficam com sequelas permanentes. No Brasil, o AVC é a principal causa de morte e invalidez, com enorme impacto econômico e

social, podendo ocorrer em qualquer idade, inclusive crianças. O aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, o envelhecimento da população aumenta os fatores de risco, principalmente a partir dos 55 anos. Por esse motivo, a necessidade de uma redefinição de estratégias que levem em consideração as necessidades específicas de cuidado ao AVC. (BRASIL, 2012).

Antes de abordar o protocolo é importante diferenciar um AIT de um AVCi porque a conduta muda, e eu abordarei o protocolo de AVCi.

O AIT é um déficit neurológico súbito e transitório que é causado por uma isquemia cerebral, seja medular ou retiniana (mais prevalente), sem um infarto associado. Já o AVC isquêmico é o infarto de um território encefálico nutrido por uma artéria ou arteríola, que sofre uma oclusão aguda. A principal diferença entre ambos é a presença ou não de um infarto, e que no AIT os sintomas agudos regredem em até 24h, porém em alguns casos pode evoluir para AVCi, então é bom se atentar sempre.

Como saber qual território foi acometido? Quando observamos uma alteração neurológica aguda, logo devemos pensar em um AVC até provar o contrário.

**Território carotídeo:** É dividido em 3 grandes artérias, a artéria carótida mediana, a carótida anterior e a carótida posterior. Quando é acometida carótida mediana o paciente pode apresentar um déficit motor sensitivo contralateral predominantemente em face e MMSS, afasia e hemianopsia, quando acomete os ramos perfurantes pode mimetizar os infartos lacunares, sintomas motores ou sensitivos isolados, afetando igualmente face, braço ou perna. A carótida anterior quando acometida traz sintomas no paciente como déficit motor e/ou sensitivo com predomínio de MMII e distúrbios no comportamento. Finalmente, quando ocorre acometimento da carótida posterior, o paciente apresenta uma hemianopsia isolada, amaurose.

**Território vertebrobasilar:** A artéria basilar irriga principalmente a área de tronco encefálico e cerebelo, acometendo funções do cerebelo e tronco encefálico e lobo occipital e nervos cranianos, fazendo com que o paciente apresente sintomas como fraqueza bilateral dos membros, vertigem, hemianopsia ou diplopia, perda auditiva, rebaixamento do nível de consciência, ataxia e lesões referentes aos nervos cranianos.

#### **6.1.5 MOVE + ABCD + História clínica**

O paciente ou alguém próximo no momento, percebe início agudo de déficit neurológico, deve chamar o SAMU no 192 e deve ser enviado uma USA, dentro da

USA devem checar se o paciente está responsivo, e proceder a primeira etapa a ser feita, MOVE, que seria, monitorização, oxigenação, acesso venoso periférico e exames, dentro da USA pode ser colhido o HGT, o resto dos exames serão feitos na unidade hospitalar. Ao ser colhido HGT, se menor de 60 mg/dL (ou se estiverem sem o equipamento para medir o HGT), deverá ser administrado 6 ampolas de glicose hipertônica (50%) mais 300 mg de tiamina e fazer escala de cincinati e levar o paciente ao hospital de referência, que no caso de Foz do Iguaçu, o hospital de referência para AVC é o HMFJ.

Já no hospital de referência, deve ser feito novamente o MOVE, repetir o HGT, se continua menor a 60 mg/dL atuar igual ao USA, fazer escala de NIHSS pelo emergencista, coletar exames: hemograma, ureia, creatinina, sódio, potássio, cálcio, exames de coagulação, ECG, raio x de tórax, tomografia computadorizada de crânio laudada.

O exame de NIHSS avalia 11 itens do exame neurológico, no qual pode-se pontuar entre 0 e 42 pontos, quanto maior o NIHSS maior a gravidade do AVCi e de pior prognóstico. No caso da paciente do paciente do caso clínico o NIHSS foi de 18 pontos.

Deve ser chamar ao neurologista para realizar novo NIHSS e laudar o TC de crânio, se tem presença de sangue se procede ao protocolo de AVC hemorrágico que não será abordado no presente trabalho. Se o laudo evidenciar ausência de sangramento, devem ser descartadas doenças que simulam um AVC, assim como: hipo/hiperglicemia, uremia, insuficiência hepática, hematoma subdural, neoplasia SNC, abscesso SNC, crise epiléptica, síncope, distúrbio psiquiátrico, intoxicação aguda, trauma, meningite, encefalite, neurotuberculose, toxoplasmose, distúrbio hidroeletrólítico. Se forem descartados todos, deve ser solicitado vaga na UTI, abrir checklist para trombólise e terapia de suporte.

Após serem feitas todas as medidas de suporte devem ser colhido a história clínica do paciente, abordando possíveis fatores de risco, questionar sobre medicamento usados (principalmente anticoagulantes), comorbidades prévias e determinar o horário de início dos sintomas. Entre os fatores de risco podemos encontrar: hipertensão, AIT, prótese valvar, trombofilias, endocardite, fatores ateroscleróticos, estenose carotídea, homem negro >50 anos, vasculites, drogas, fibrilação atrial, cardiopatias, hemoglobinúria paroxísticas noturna, forame oval patente.

Porque é importante determinar o horário do início dos sintomas? Porque é importante determinar se o paciente é candidato para trombólise. É difícil o paciente informar horário o exato do início dos sintomas, nesse caso vamos recorrer ao acompanhante e perguntar-lhe a última vez que viu bem o paciente, no caso do paciente acordar com o déficit neurológico, deve-se se contar que horas o paciente foi dormir. Se esse horário for menor que 4,5 h, o paciente é candidato para trombólise, porém o caminho não acaba ali, deve ser feito os critérios de inclusão e exclusão para trombólise, que são as seguintes:

**Tabela 5.** Critérios de indicação e contraindicações para trombólise endovenosa com alteplase

<b>Critérios de indicação</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ≥ 18 anos;</li> <li>▪ &lt; 3 h desde a última vez em que estava assintomático;</li> <li>▪ Entre 3 e 4,5 h desde quando estava assintomático e NIHSS ≤ 25</li> </ul>	
<b>Critérios de contraindicação absoluta</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sinais de hemorragia na TC de crânio;</li> <li>▪ AVC isquêmico nos último 3 meses;</li> <li>▪ Cirurgia intracraniana ou intraespinhal nos últimos 3 meses;</li> <li>▪ Suspeita clínica ou radiológica de hemorragia subaracnóidea;</li> <li>▪ Plaquetas &lt; 100.000/mm<sup>3</sup>, INR &gt; 1,7, TTPa &gt; 40s ou TP &gt; 15s;</li> <li>▪ Uso de inibidores diretos de trombina ou de fator Xa em ≤ 48 h, EXCETO SE todas as provas de coagulação forem normais;</li> <li>▪ Uso concomitante de antagonistas de glicoproteína IIb/IIIa;</li> <li>▪ Suspeita de dissecção de aorta;</li> <li>▪ Pressão arterial ≥ 185 x 110 mmHg (pode ser reduzida com medicação deixando de ser contraindicação).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Franca hipoatenuação cerebral em TC de crânio;</li> <li>▪ Traumatismo cranioencefálico grave nos últimos 3 meses;</li> <li>▪ Antecedente de sangramento intracraniano;</li> <li>▪ Neoplasia gastrointestinal ou sangramento gastrointestinal nos últimos 21 dias;</li> <li>▪ Recebeu dose terapêutica de heparina de baixo peso molecular nas últimas 24 h;</li> <li>▪ Uso de inibidores diretos de trombina ou de fator Xa em &gt; 48 h e função renal alterada;</li> <li>▪ Suspeita de endocardite infecciosa;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neoplasia intracraniana intra-axial (p. ex., glioblastoma multiforme)</li> </ul>
--	---

Fonte: VELASCO, Irineu Tadeu *et al.* 2019.

**Tabela 6.** Critérios de indicação e contraindicações para trombólise endovenosa com alteplase

Situações que merecem consideração de risco e benefício	
Situação	Comentários
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Situações especiais entre 3 e 45 h: &gt; 80 anos, uso de Varfarina + INR <math>\leq</math> 1,7, antecedente de AVC e <i>diabetes mellitus</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Benefício provável e segurança estabelecida para &gt; 80 anos e provável para as outras situações.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déficit neurológicos leves (NIHSS <math>\leq</math> 3) e não incapacitantes (ou seja, ausência de afasia, alteração de marcha, comprometimento de campo visual, fraqueza em membro no qual o paciente não vence a gravidade).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A TEV eficaz mesmo em déficits leves, porém relação risco-benefício deve ser considerada.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Funcionalidade prévia comprometida (escore de Rankin modificado <math>\geq</math> 2).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Benefício pode ser menor e risco de mortalidade maior.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Crise epiléptica em <i>ictus</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumenta chance de diagnóstico diferencial. A TEV é razoável se houver déficits neurológicos residuais após a crise não atribuíveis ao pós-ictal.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Glicemia &lt; 50 mg/dL ou &gt; 400 mg/dL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A administração da TEV é razoável após correção.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Melhora precoce dos sintomas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A TEV deve ser considerada se o déficit residual for significativo</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coagulopatia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se houver história prévia de sangramento e/ou coagulopatia, porém com plaquetas &gt; 100.000/mm<sup>3</sup>, INR <math>\leq</math> 1,7, TTPa <math>\leq</math> 15 s, a eficácia e o benefício da TEV são desconhecidos. Considerar caso a caso.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Punção lombar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pode ser considerada a TEV, mesmo se o procedimento foi realizado há menos de 7 dias.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Punção arterial em sítio não compressível em menos de 7 dias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A eficácia e o benefício da TEV são desconhecidos.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sangramento geniturinário ou gastrointestinal prévio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O risco de sangramento é baixo, mas pode ocorrer</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Traumatismo grave nos últimos 14 dias, não comprometendo a cabeça</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ponderar gravidade de potencial déficits neurológicos sequelar com risco de sangramento de lesões relacionadas ao trauma</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cirurgia de grande porte nos últimos 14 dias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ponderar benefícios de redução de déficit neurológico por TEV com risco de sangramento em sítio cirúrgico.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menstruação e menorragia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pode haver aumento do fluxo menstrual se houver TEV durante a menstruação, mas o benefício provavelmente supera riscos. Se houver sangramento uterino recente, especialmente associado à hipotensão e/ou anemia, discutir risco e benefício, de preferência com ginecologista.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dissecção arterial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se extracraniana, a TEV é razoavelmente segura. Caso seja intracraniana, benefício e risco são não estabelecidos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aneurisma intracraniano não roto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se &lt; 10 mm, a TEV é razoavelmente segura. Caso seja intracraniana, benefício e risco são não estabelecidos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Malformação vascular intracraniana não rota</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Risco de sangramento aumentado, considerar se os benefícios de TEV superam os riscos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Microsangramento cerebrais em RM de encéfalo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se <math>\leq 10</math>. A TEV é razoável. Se <math>&gt; 10</math> pode haver maior risco de sangramento e os benefícios são incertos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neoplasia intracraniana extra-axial (p. ex., meningioma)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Provavelmente a TEV é recomendável.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infarto agudo do miocárdio em &lt; 3 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Há risco de rotura miocárdica, mas a TEV pode ser considerada. O risco é maior se houver infarto com supra-ST e/ou se em parede anterior.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pericardite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discutir risco-benefício, de preferência com cardiologista.</li> </ul>

Fonte: VELASCO, Irineu Tadeu *et al.* 2019.

**Tabela 7.** Critérios de indicação e contraindicações para trombólise endovenosa com alteplase

Situações que merecem consideração de risco e benefício	
Situação	Comentários
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trombo em átrio ou ventrículo esquerdos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ É razoável se houver déficit moderado ou grave, porém o benefício é incerto se houver déficit leve.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mixoma cardíaco ou fibroelastoma papilar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ TEV pode ser razoável se houver déficit grave.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AVCi periprocedimento (angioplastia cerebral ou cardíaca)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ TEV é razoável.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neoplasia sistêmica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Segurança e eficácia não estabelecidos. Considerar TEV especialmente se o prognóstico &gt; 6 meses.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Considerar se houve déficit moderado ou grave, pois há risco de sangramento uterino.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pós-parto &lt; 14 dias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Risco e benefícios não estabelecidos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Doenças oftalmológica hemorrágica (p. ex., retinopatia diabética hemorrágica)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ponderar risco de perda visual versus o risco de seqüela por AVC.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Doença falciforme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pode ser benéfica.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Uso de drogas ilícitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pode ter contribuídos para AVC e TEV é razoável.</li> </ul>

Fonte: VELASCO, Irineu Tadeu *et al.* 2019.

No caso de que o paciente não possa ser trombolisado, deve ser administrado AAS 325mg VO ou clopidogrel 75 mg VO 1x/dia e monitorar. Se o paciente cumprir com os requisitos e sejam revistos os critérios de exclusão e estes sejam excluídos, realizar trombólise com t-PA 0,9 mg/kg em 60min em BIC, sem diluição, sendo 10% da dose em bolus no primeiro minuto. Depois da trombólise, avaliar NIHSS 15/15min, se o piora do quadro, deve-se interromper a trombólise e fazer nova TC de crânio sem contraste. Se não teve piora, então deve-se continuar.

Porque a TC deve ser solicitada sem contraste? Porque sua função não é identificar o evento isquêmico e sim excluir sangramento, por isso ela deve ser feita sem contraste. A conduta muda, porque a conduta feita em um paciente com AVCi

pode levar a óbito a um paciente com AVC h. Um dos sinais que é importante observar é se tiver edema extenso, multilobar, porque esse achado contraindica trombólise.

A terapia de suporte oferecida, com o intuito de evitar algumas complicações, deve ser dieta zero, manter a glicemia capilar  $<180\text{mg/dL}$ , a cabeceira em 0 graus, repouso absoluto, hidratação basal cristalóide  $2\text{L}/24\text{h}$  e manter a temperatura  $<37,8$  graus junto a isso, controle de pressão arterial.

Como deve ser feito o controle da pressão arterial? Se o paciente é candidato a trombólise deve-se manter a PA menor que  $180 \times 110\text{mmHg}$ , se os pacientes não são candidatos a trombólise, deve-se manter a PA menor que  $220 \times 120\text{mmHg}$ . Em ambos casos fazer uso de nitroprusiato em BIC  $0,1-0,3$  micrograma/kg/min e titular a cada 5 min até obter PA desejada (máximo  $10$  micrograma/kg/min) ou pode ser usado noradrenalina inicial de  $8-12$  micrograma/min e manutenção de  $2-4$  micrograma/min de acordo com a necessidade de adequação do PA.

Um dos assuntos de grande importância na abordagem é o tempo, sempre falam que o tempo é cérebro, quanto mais demorado é a abordagem do paciente o dano aumenta. Qual é a principal objetivo da abordagem do paciente com AVC? É impedir que a área de penumbra evolua para área de infarto. Segundo Queiroz, et al (2019) os tempos devem ser os seguintes: Porta-Médico 10min, Porta-Início da TC 25min, Porta-Interpretação da TC 45min, Porta-Agulha (trombólise) 60min, Porta-Unidade de AVC/UTI 3h.

Então após ser abordado o que seria uma conduta ideal, será que a abordagem é realmente desse jeito na pratica? Então para começar, o protocolo começa dizendo que o paciente deve ser encaminhado para o centro de referência para AVC, no caso de Foz do Iguaçu é o HMPGL, porém na maioria dos casos os pacientes não são regulados para o hospital, mas sim para a UPA, e só após 24h ou mais dias são encaminhados para o hospital, como aconteceu com a paciente do caso clinico, com isso se perde uma coisa valiosa na abordagem que é o tempo. Quando você pergunta para os médicos se os pacientes fazem trombólise no HMFI, os casos de pacientes que foram submetidos a tal são raras, devido a que não todos chegam no tempo certo para serem trombolizados. E é ai que você começa a pensar, onde está a falha? Estaria no regulador do SAMU? Na falta de leitos no HMFI? Os pacientes com tal acometimento deveriam entrar com vaga 0? Os questionamentos são vários, mas uma coisa é certa, se a prática fosse um mundo ideal certamente conseguiríamos diminuir a porcentagem de pacientes com sequelas e até de pacientes que evoluem

a óbito após episódio de AVC, não afirmo que seriam todos porque isso não existe nem no mundo ideal, mas certamente seriam mais pacientes comparados ao que temos normalmente na prática clínica com as dificuldades.

## **7 PROCEDIMENTOS**

Gostaria de abordar em procedimentos o evento que mais presenciei e que tive que auxiliar, que foi PCR. Escolhi abordar o mesmo com a finalidade de fazer comparações em quanto ao que está escrito nos livros e o que é feito na prática, como VELASCO, Irineu Tadeu *et al.* 2019.

### **7.1 RCP**

Uma RCP é algo com que nos deparamos nos serviços de urgência e emergência. Consegui participar em 3 e não pude deixar de comparar o cenário com o que diz a bibliografia. Lembro que o último módulo que fiz no 8 período foi Urgência e Emergência, e na prova a primeira etapa para poder avançar para a segunda era falar de cor os protocolos de PCR, o professor German em toda classe sempre falava da importância de saber de cor para uma boa abordagem na prática. Em uma das RCP, o caso clínico era de um paciente de 62 anos que chegou por um quadro de hiperglicemia que evoluiu para PCR, lembro de ser um caso que mexeu comigo, devido a que a gente sempre entende o descanso do paciente quando você fez tudo o que podia mas evoluiu para uma piora clínica e posterior falecimento, porém quando você assiste uma abordagem que você julga não ser das melhores e que poderia ser abordado de uma forma mais correta, deixa uma frustração em você. Lembro que após o término do RCP, a minha colega e eu saímos para fora da sala e fomos pegar um copo de água, nós olhamos fixamente, e falamos uma para a outra o quanto sentíamos a morte desse paciente, porque a abordagem que presenciamos não foi uma das melhores, e que achávamos que seria abordado da forma como aprendíamos. A minha crítica em relação a abordagem foi que não ligaram em nenhum momento o desfibrilador, não foi checado o ritmo, não foi ventilado, nem com ambu e nem foi procedido para IOT (o paciente estava em AA), o uso da adrenalina foi a cada 2min, não ergueram o braço do paciente ao ser feito a adrenalina, e terminaram a reanimação no 6to ciclo com essas falhas, sem contar que o médico saiu e deixou a enfermagem e técnicos continuarem com a abordagem.

Segundo VELASCO, Irineu Tadeu (2019) no protocolo de PCR o ritmo deve ser checado em cada ciclo, o RCP são 30 compressões e 2 ventilações que podem

ser feitas com ambu e proceder a IOT para reanimação contínua, o uso da adrenalina é de 3-5min, ao ser feito uso de adrenalina deve-se erguer o braço do paciente e continuar com os ciclos até aproximadamente 10 ciclos para considerar a interrupção.

**Tabela 8.** Comparação na prática e teoria

<b>PRC observado na prática</b>	<b>PCR segundo VELASCO, Irineu Tadeu et al. 2019.</b>
Foi checado o pulso carotídeo no máximo 10s	Paciente entra em PCR, checar pulso carotídeo no máx. 10s e respiração.
Foi comunicado PCR, pediram o carrinho de PCR, pediram o desfibrilador (mas não ligaram) iniciaram rcp 30:2 por 2min, não foi ofertado O2.	Pedir ajuda/comunicar PCR, pedir carrinho de PCR e desfibrilador, Iniciar RCP 30x2 por 2min ou até chegada/montagem desfibrilador. Ofertar O2 a 100% 15L (ambu).
1ra dose de adrenalina, sem erguer o braço do paciente. Não foi analisado o ritmo. Paciente já tinha acesso, foi reiniciado rcp 30x2	Análise do ritmo, checar pulso (se aesp) se não chocavel reiniciar RCP, protocolo cagada (se for assistolia) e fazer acesso IV ou IO, se for chocavel aplicar primeiro choque e após reiniciar rcp 30x2
Checado pulso, 2da dose de adrenalina sem erguer o braço do paciente, reiniciado RCP, não foi feito análise do ritmo, não foi ofertado O2 e não foi procedido com IOT	Análise do ritmo, checar pulso (se aesp) se não chocavel reiniciar RCP, se for chocavel aplicar choque e após reiniciar rcp continua. 1ra dose de adrenalina. IOT
Checado pulso, 3ra dose de adrenalina sem erguer o braço do paciente, não foi feito análise do ritmo, novamente não foi feito IOT, reiniciado RCP 30x2 por 2min	Análise do ritmo, checar pulso (se aesp) se não chocavel reiniciar rcp continua, se for chocavel aplicar choque e após reiniciar rcp continua. 1ra dose de amiodarona se FV/TVsp. Pensar em causas reversíveis e fornecer tto se aesp.
Checado pulso, 4ta dose de adrenalina, novamente não foi feito IOT, reiniciado RCP 30x2 por 2min	Análise do ritmo, checar pulso (se aesp), se ritmo não chocavel reiniciar RCP continua, se for chocavel aplicar choque e após reiniciar rcp continua. 2da dose de adrenalina.
Continuo da mesma forma em todos os ciclos até o 7mo, com adrenalina em todos os ciclos, sem analisar ritmo, e decidindo interromper os esforços.	Analisar ritmo em todos os ciclos, se não chocavel continuar RCP continua, se chocavel aplicar choque. Adrenalina ciclo sim ciclo não, se fb/tvsp amiodarona no 5to ciclo metade, 9no ciclo cogitar dose de lidocaína e no 11 cogitar sulfato de magnésio.
	Considerar interromper os esforços após 10 ciclos ou cuidados pós PCR se reversão

**Fonte:** Adaptado VELASCO, Irineu Tadeu et al. 2019.

## 8 O INTERNATO MARCADO PELA PANDEMIA: vivencias

Cloroquina... ivermectina... azitromicina... kit covid. A influência da mídia, o medo, o desespero, o desconhecido, a incerteza, as palavras dos líderes políticos, a desconfiança e as notícias falsas, tudo isso brinca na mente dos pacientes e influencia a dos profissionais de saúde. As vivencias durante uma pandemia são importantes para experiências futuras. Estamos lidando com um vírus conhecido, porém com um tipo novo, que por mais que lemos artigos sobre o vírus, nunca é suficiente, porque novas informações estão surgindo o tempo todo, é como se soubéssemos muito, mas também não soubéssemos nada. Vemos tantos pacientes sendo admitidos e depois liberados, como também vemos serem admitidos e, em seguida, comunicando aos parentes sobre a morte de pacientes.

Minha dificuldade em si durante o processo foi a adaptação às mudanças, você vai se acostumando a seguir algo de uma certa maneira e aí você vai descobrindo que muda, é totalmente compreensível porque como eu disse antes, é um novo tipo de um vírus, uma nova informação está aparecendo constantemente e temos que adaptar-nos a isso. Tive dificuldades porque eu sou uma pessoa que tem medo de erros, então quando havia uma mudança eu tentei colocar minha concentração 100% no que eu estava fazendo e às vezes demorava um pouco, recebendo em ocasiões reclamações de alguns pacientes. A cobrança algumas vezes de pacientes por medicamentos que eles acreditavam que deveriam ser prescritos era em parte um pouco estressante, mas a paciência desempenha um papel importante na vida diária de um médico, então tentei explicar por que não era necessário, alguns deles entenderam, outros não e é compreensível pelo que veem constantemente na mídia, ouvem de algum parente, amigo ou conhecido, ou o medo em si daquele que pouco conhecem.

Deixando de ver o lado ruim, é bom destacar as coisas boas que pude perceber nesse período, todos os pacientes com sintomas tinham exames gratuitos disponíveis, o trabalho em equipe tanto dos médicos, internos e da equipe de enfermagem, ampliação do hospital para melhor atender a demanda pela pandemia e que tudo isso influenciou no baixo percentual de óbitos em relação a outras cidades do estado. Gostaria de destacar também os pacientes que me agradeceram pelo atendimento assim como os familiares, foram vários, mas tem duas ocasiões que não consigo esquecer, a primeira é quando um paciente me disse “Obrigado pelo

atendimento, você vai ser uma excelente médica, espero que os futuros médicos sejam como você” e a segunda foi quando o médico me pediu para falar com a família para repassar o quadro clínico do paciente os familiares estavam desesperados porque na unidade de onde ele foi transferido não deram informações para eles, então passei para eles o caso clínico, respondi às perguntas deles e pude ver como eles se acalmaram, me agradeceram muito porque achavam que a situação do paciente era grave.

Eu fui um caso suspeito de COVID-19 em 3 ocasiões, passando de interno para paciente, ficando isolada e passando pelo desconforto do swab nasal, por isso quando os pacientes me falavam que era desconfortável para fazer o exame, eu disse a eles que eu os entendia perfeitamente bem. Tampouco pude deixar de ver todo o processo como uma pessoa que não é brasileira, pois mesmo morando no Brasil há mais de 5 anos, não posso deixar de comparar o sistema de saúde com o meu país. Sempre falo para os brasileiros como eles são privilegiados com o SUS, porque venho de um país onde nessa pandemia não tem teste grátis, UTI de graça, remédios de graça, internações grátis, lá os hospitais não estão equipados, você deve desembolsar muito dinheiro caso algum familiar precise de UTI porque a saúde pública lá não funciona, e consta de poucos leitos para cada estado, e ver tudo que o SUS oferece me dá inveja, a gente podia ver o hospital ser ampliado para atender mais leitos, exames de graça para a população com sintomas, a possibilidade de ligar e ser agendado para realização do teste, ou ter um médico te ligando para perguntar sobre a sua saúde caso você fosse um caso suspeito ou confirmado, além de medicações de graça, então pra mim, como alguém de fora, me faz admirar, e acho que em parte tudo isso contribuiu para as baixas taxas de mortalidade em Foz do Iguaçu.

Eu estaria mentindo se dissesse que em determinado momento minha saúde mental não foi afetada, a saudade da família, os problemas de sono por não me acostumar com os horários, a mente cansada, chegar em casa e continuar a ouvir os bips de monitores, mas tentei ficar forte e não desabar, para isso levei em consideração um texto que minha mãe havia me enviado por mensagem de texto.

*Tudo ficará bem. Faça de seus pensamentos a força que você precisa.*

*Esqueça as coisas ruins e limpe sua mente cultivando apenas bons  
pensamentos.*

*Acredite no sucesso total, não imagine obstáculos em sua mente.*

*Tudo o que uma pessoa pode planejar, ela pode realizar.*

*Tenha fé, otimismo e ação.*

*Sua vida, é você quem a vive. Então aproveite mais, acredite mais e seja feliz.*

*Tente plantar sementes de amor e otimismo em sua vida e você sempre  
colherá frutos maravilhosos.*

*Autor desconhecido*

## 9 AUTOAVALIAÇÃO

### 9.1 Antes: Uma interna com sentimentos de caloura

Tenho que admitir que não importa quantas vezes eu tenha estado no hospital, seja nas práticas de exame físico ou durante o pré-internato, os sentimentos que me dominaram dias antes de iniciar a etapa na UE foram os mesmos que eu senti quando fiz minha primeira anamnese com um paciente. Sei que temos o conhecimento da teoria, que já estivemos várias vezes no hospital, que passamos pelo pré-internato, mas pensando que é hora de ganhar experiência e colocar em prática o que aprendemos, de pensar com raciocínio clínico e ponderar uma consulta é um grande desafio e em parte algo que gera um pouco de ansiedade.

### 9.2 Durante: Na correria do COVID

Ao iniciar o estágio, senti como se estivesse entrando em uma guerra, e era literalmente uma guerra contra o COVID-19. Antes de iniciar no estágio de Urgência e Emergência, eu estava no estágio de prática médica, então em comparação com urgência e emergência era muito diferente. Passamos pelos seguintes setores: Plantão telefônico, PS Respiratório, Triage COVID, UTI COVID, UPAs e PS clínico.

**PS Respiratório:** No começo eu tive muita dificuldade em relação ao módulo, lembro que meu primeiro plantão foi no PS respiratório, antes disso eu nunca tinha passado pelo PS, nem mesmo o clínico, então não tinha ideia de como eles registravam a avaliação porque “me acostumei” com a avaliação registradas nas UBS e eu também tive muita dificuldade com o Tasy, cheguei ao plantão com um pouco de incerteza e o médico de plantão se apresentou, deixou o carimbo dele e foi embora, deixando os pacientes sob nossa responsabilidade. Naquele momento o desespero me consumia, assim como a ansiedade, resolvi me acalmar, atender os casos com sintomas leves e ir junto ao médico sempre que tivesse alguma dúvida, acho que em parte essa primeira experiência me fez não gostar do setor PS respiratório. Só com o tempo, quando aprendi e peguei o ritmo do setor e também me adaptei, ao final acabou sendo o setor onde mais gostava de estar.

**Triage COVID:** Todos os meus colegas disseram que não gostaram de estar na triagem, comigo foi o contrário, gostei muito e gostei de todas a correria do setor. Logo quando iniciamos o internato, foi quando os casos de COVID-19 começaram a aumentar mais na cidade, então havia muita procura, muitos pacientes esperando, principalmente no período da tarde. Me dei muito bem com os médicos

que estavam como preceptores e aprendi com eles. Também recebi muitas reclamações dos pacientes sobre a demora no atendimento, mas sou uma pessoa tranquila, então essas coisas não me afetaram tanto. Posso dizer que minha dificuldade no setor foi passar um caso clínico do paciente para o médico do PS respiratório sobre um paciente que o médico me disse para levar para o PS, mas que o médico do PS não concordou que o quadro do paciente fosse para ser tratado lá. Eu também tive um pouco de dificuldade com as mudanças de protocolo, porque na corrida eu fazia as coisas automaticamente, mas que depois tinha que trocar de novo porque tinha mudado alguma coisa. Mas fora dessas duas coisas, para mim foi um setor que gostei muito.

**UTI:** Tenho que ser sincera, foi o setor que menos gostei. Se você não estava no período da manhã, as coisas que você tinha que fazer fora das evoluções eram reduzidas. Pela manhã tinha muita correria por causa da visita médica tanto com o Dr. Alessandro quanto com o Dr. de São Paulo, a quem tinham que passar os casos, mas à tarde e à noite as pendências eram menores, o médico dos dois períodos após fazerem suas evoluções iam para o estar médico e os enfermeiros (ou técnicos) não foram muito receptivos. Uma vez que eu estava de noite e de madrugada no setor, posso dizer que foi o plantão onde fiz menos produtiva, ajudei o médico com a evolução da noite, mas de madrugada não tinha mais o que fazer, então nós ficamos estudando durante toda a madrugada. Eu entendo que o setor de UTI foi implementado na nossa escala mesmo não fazendo parte da UE por causa da pandemia, mas acho que foi o setor onde eu menos aprendi. Quero destacar aqui os fisioterapeutas, que foram receptivos e sempre que os abordei para perguntar sobre o respirador me explicaram com calma. Quero também destacar o Dr. Vinicius e o Dr. Mohamad, ambos foram muito receptivos e respondiam as minhas dúvidas, aprendi coisas com eles.

**UPA:** Posso dizer que com a UPA tive um sentimento de amor e ódio. Nos dois primeiros dias gostei porque estávamos na sala vermelha e também na sala de procedimentos, principalmente com a Dra. Rynna, mas nos outros dias seguintes o médico pediu para ficarmos sozinhos na sala de procedimentos, o que na minha opinião dificulta para vivenciar mais casos clínicos que não tenham relação com o covid. Os dois casos que pude vivenciar foram o caso de sepse que abordei aqui no relatório e o outro caso do paciente que chegou com quadro de hiperglicemia e que evoluiu com PCR. Por um lado, acho que mesmo com a orientação do médico para

ficar na sala de procedimento, eu deveria ter saído e visitado setores como as salas amarelas ou verdes, por exemplo, mas por outro lado estou acostumada a seguir instruções de meus superiores, então eu pensaria que não estaria seguindo a ordem do médico. Este setor foi onde a equipe foi muito receptiva, tanto médicos, enfermeiros e técnicos, até recepcionistas e pessoas das farmácias. Quero destacar o Dr. Blas, que nos ensinou técnicas para facilitar nossa sutura e nos deixou praticar com os materiais que sobraram após uma sutura.

**PS clínico:** Tivemos a oportunidade de passar por este setor nas etapas finais do estágio. Infelizmente só tive dois plantões neste setor, gostaria de ter ficado mais tempo para poder vivenciar mais casos. Com os colegas do dia fizemos um sorteio para ver quem ficava no amarelo e quem no vermelho, nas duas ocasiões me tocaram no amarelo, então ou eram pacientes que esperavam vaga para cirurgia ou pacientes que aguardavam avaliação de outros especialistas, tive 4 casos de ureterolitíase. Gostei de participar das visitas devido às discussões e gostaria de ter tentado passar um caso clínico.

Não falei da UTDI e da central telefônica porque na UTDI só fiz um plantão, e na Central Telefônica eu ficava mais respondendo mensagens pelo WhatsApp, não sendo um setor que tenha influenciado muito durante o internato.

### **9.3 Depois: Sobrevivemos ao internato, mas o COVID-19 continua, assim como a aprendizagem diária**

Posso dizer que me ajudou muito em todas as áreas, mas principalmente na timidez e no medo de ir atrás das coisas e dos médicos para que me ensinem alguma coisa ou me deixem fazer alguma coisa. Toda aquela sensação de angústia e incerteza, assim como os sentimentos que tive quando era caloura que voltaram para mim antes de iniciar o módulo, se dissiparam. Eu sou uma pessoa mais segura agora, aprendi muitas coisas, principalmente nas prescrições, que é uma parte onde eu tinha um pouco de dificuldade, sempre ia atrás do médico para perguntar sobre as medicações e aqueles disponíveis no hospital e na rede. Antes, quando mudava de setor na escala, ficava apreensiva antes de começar, mas agora se me colocarem em qualquer setor, vou com a maior disposição do mundo. Quero me dar um ponto negativo sobre as oportunidades que tive para IOT, na primeira senti muita ansiedade e tontura que decidi não fazer, e na segunda quando o médico me perguntou se eu queria fazer, respondi que não porque não me sentia segura. Em geral, acho que

percebi que não poderia atuar como emergencista, prefiro estar mais em um consultório, em grande parte é devido à minha ansiedade.

## 10 Reflexões e críticas sobre o módulo

A estruturação do módulo este ano foi como a pandemia: inesperada. Todo um planejamento de base foi modificado devido à situação inesperada que é o COVID-19, mas procuro não enxergar como uma situação acadêmica e sim como a própria vida, todos os nossos planos também tiveram que mudar e tivemos que nos adaptar, e foi assim com o módulo, foram mudanças em relação ao plano do ano passado e a gente teve que se adaptar, posso dizer que é o jeito covid de viver, se adaptar às mudanças devido à pandemia.

Apesar da mudança, apesar de troca de cenários e de lidar com um novo vírus, a etapa foi bem planejada, tivemos alguns problemas no início com relação aos fluxos, mas depois do puxão de orelha conseguimos nos erguer. Foi uma etapa que nos deu em bandeja oportunidades de aproveitamento, bem como de procedimentos, então tudo dependia do aluno, que está no campo do seu futuro trabalho é o interno e quem tem que correr atrás das vivências são os internos.

Da minha parte, minha única reclamação seria sobre os horários de UTI, que poderiam ser escalados em horários com mais correria sem plantões de madrugada. Sobre o resto eu não tenho que reclamar, a coordenadora do estágio sempre nos respondeu prontamente, os serviços estavam lá à nossa disposição e os ensinamentos, bem como as experiências de sentir como é estar no setor de urgência e emergência, assim como viver dentro do combate a um novo tipo de um vírus, foram gratificantes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMIB, SBI, SBPT. **Diretrizes para o tratamento farmacológico da COVID-19.** maio, 2020.

AMIB. **Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para abordagem do COVID-19 em medicina intensiva.** Abril, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada.** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União, Brasília, 12 nov. 2002. Seção 1, p. 32-54.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rotinas no AVC: pré-hospitalar e hospitalar. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

CFM. Resolução n. 2110, de 25 de setembro de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, em todo o território nacional. Brasília, 2014.

CFM. Resolução n. 2079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades. Brasília, 2014

CFM. Resolução n. 2077, de 24 de julho de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Brasília, 2014

CHATE, R.C et al. **Apresentação tomográfica da infecção pulmonar na Covid-19: experiência brasileira inicial.** J Bras Pneumol. 2020

GOLDMAN, L, ET AL. **Cecil Medicina. 24 ed. Rio de Janeiro.** Elsevier, 2014.

HANI, C et al. **Covid 19 pneumonia: A review of typical CT findings and differential diagnosis. Diagnostic and interventional imaging.** Volume 101. Issue 5. May 2020

INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE SEPSIS. **Roteiro de implementação de protocolo assistencial gerenciado**. 5 ed. São Paulo, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2013.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV)**. UNA-SUS Brasília – DF 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. Brasília. DF 2020.

SANAR. **AVC isquêmico: Diagnóstico e Conduta na Emergência**. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/como-manejar-o-avc-isquemico-yellowbook>. Acesso em: 27 jun. 2020.

USP. VELASCO, Irineu Tadeu et al. **Medicina de Emergência: abordagem prática**. 13 edição, rev. atual e ampliada. Barueri, São Paulo, 2019.

QUEIROZ, C ET AL. **Yellowbook fluxos e condutas: Emergência**. 2 edições. Editora Sanar, 2019

Nome do arquivo: TCC - ALINE RAQUEL NIZ ROJAS.docx  
Diretório: C:\Users\Jhoan Rojas\OneDrive\Documentos  
Modelo: C:\Users\Jhoan  
Rojas\AppData\Roaming\Microsoft\Templates\Normal.dotm  
Título:  
Assunto:  
Autor: Jhoan Stiven Roja  
Palavras-chave:  
Comentários:  
Data de criação: 07/10/2021 17:58:00  
Número de alterações: 2  
Última gravação: 08/10/2021 01:38:00  
Salvo por: Jhoan Stiven Roja  
Tempo total de edição: 422 Minutos  
Última impressão: 08/10/2021 01:38:00  
Como a última impressão  
Número de páginas: 55  
Número de palavras: 13.901 (aprox.)  
Número de caracteres: 75.070 (aprox.)