



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

MEDICINA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS:
DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS E VIVÊNCIAS NA PRÁTICA CLÍNICA**

LIZBETH ALEXANDRA QUISPILLO PEÑALOZA

Foz do Iguaçu

2023



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

MEDICINA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS:
DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS E VIVÊNCIAS NA PRÁTICA CLÍNICA**

LIZBETH ALEXANDRA QUISPILLO PEÑALOZA

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.

Orientadora: Prof^ª Rosana Alvarez Callejas.

Foz do Iguaçu

2023

LIZBETH ALEXANDRA QUISPILLO PEÑALOZA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS:
DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS E VIVÊNCIAS NA PRÁTICA CLÍNICA**

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. Rosana Alvarez Callejas
UNILA

Prof. (Titulação) (Nome do Professor)
UNILA

Prof. (Titulação) (Nome do Professor)
UNILA

Foz do Iguaçu, 16 de junho de 2023.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Lizbeth Alexandra Quispillo

Peñaloza Curso: Medicina

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

Título do trabalho acadêmico: **INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS: DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS E VIVÊNCIAS NA PRÁTICA CLÍNICA**

Nome do orientador(a): Prof. Rosana Alvarez Callejas

Data da Defesa: 16 / 06 / 2023

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, 16 de junho de 2023.



Assinatura do Responsável

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer a Deus por, ao longo deste processo complicado e desgastante, me ter feito ver o caminho, nos momentos em que pensei em desistir.

Aos meus pais e a todos os meus amigos de verdade, eu quero que saibam que reconheço tudo que fizeram por mim, a força que incutiram no meu pensamento para continuar trabalhando e o conforto de saber que nunca estarei sozinha e serei sempre capaz de tudo por maiores que sejam as dificuldades.

A todos os docentes e preceptores exemplares com os quais cruzei, sobretudo àqueles que não nos deixam esquecer da humanidade necessária no fazer médico e que há uma pessoa em todo corpo doente ou sadio que você toca. Em especial, agradeço à professora Rosana Alvarez pela orientação do trabalho, pelo acolhimento e pelas trocas de ideias.

À UNILA, meu lar nos últimos seis anos, pelo ensino público de excelência. Ao Sistema Único de Saúde, um dos maiores patrimônios dos brasileiros, por contribuir imensamente com a minha formação pessoal e médica.

Um estimado reconhecimento e expressão da minha mais profunda gratidão aos pacientes com quem tive a honra de me cruzar durante meus anos de prática médica. Cada um de vocês, com suas histórias únicas, pontos fortes incontáveis e coragem diante da adversidade, deixou uma marca indelével em minha vida profissional e pessoal. Foram vocês os quais finalmente me ensinaram o verdadeiro significado da medicina - além dos livros didáticos e das salas de aula - mostrando-me como a ciência e a empatia podem ser entrelaçadas para criar um cobertor de cuidado e cura. Com seus ensinamentos, aprendi que ser médica não é apenas tratar uma doença, mas conectar-se com o espírito humano em seus momentos mais vulneráveis. Obrigada por confiar em mim, por me permitir aprender com vocês e, acima de tudo, por me ensinar a importância de tratar cada paciente não apenas como um caso, mas como um ser humano valioso. Esse conhecimento e essas experiências são presentes que levarei comigo ao continuar minha jornada na medicina. Minha dívida com vocês é imensurável e sempre fará parte da médica que sou e aspiro ser.

Por fim, agradeço a todos que fizeram, direta ou indiretamente, parte desta conquista.
Muito obrigada!

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças Deus, não sou o que era antes”.

Martin Luther King Jr.

QUISPILO, Lizbeth Alexandra Peñaloza. **Internato em urgência e emergência no SUS: Discussão de casos clínicos e vivências na prática clínica.** 2023. 97 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2023.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo principal caracterizar a rede de Urgência e Emergência de Foz do Iguaçu, e dar uma perspectiva sobre as dificuldades e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na prestação oportuna de serviços aos seus usuários. Baseado sobre as experiências de uma estudante de medicina durante seu estágio médico em várias unidades de saúde entre abril e julho de 2022, são apresentados uma discussão de casos clínicos e atividades acadêmicas, são analisados locais de prática como as Unidades de Pronto Atendimento Dr. Walter Cavalcanti e João Samek, bem como o Pronto Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck e do Complexo Hospitalar São Miguel de Iguaçu, para entender se há regulação de fluxos no atendimento aos usuários, protocolos instituídos e efetividade assistencial. praticar de forma atualizada, com uma abordagem centrada no desenvolvimento do raciocínio clínico e na gestão adequada de cada patologia, atributos fundamentais da boa prática médica. Inclui também as percepções do aluno sobre os procedimentos e vivências em Urgências e Emergências, contribuindo para o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades técnicas e interação com equipes, colegas e pacientes.

Palavras Chave: urgência e emergência; casos clínicos; fluxo de atendimento; raciocínio clínico; prática médica.

RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo es caracterizar la red Urgencia y Emergencia en Foz do Iguazú y proporcionar una perspectiva sobre las dificultades y desafíos que enfrenta el Sistema Único de Salud (SUS) en la prestación oportuna de servicios a sus usuarios. A partir de las vivencias de una estudiante de medicina durante su internado médico en varias unidades de salud entre abril y julio de 2022, se presenta una discusión de casos clínicos y actividades académicas, se analizan lugares de práctica, como el Hospital Dr. Walter Cavalcanti y João Samek, así como el Pronto Socorro del Hospital Municipal Padre Germano Lauck y el Complexo Hospitalar São Miguel de Iguazú, para comprender si existe regulación de flujos en la atención a los usuarios, protocolos instituidos y efectividad asistencial. ejercer de manera actualizada, con un enfoque centrado en el desarrollo del raciocinio clínico y el manejo adecuado de cada patología, atributos fundamentales de la buena práctica médica. También incluye las percepciones del estudiante sobre los procedimientos y experiencias en Urgencias y Emergencias, contribuyendo al desarrollo y mejora de las habilidades técnicas y la interacción con equipos, colegas y pacientes.

Palabras clave: urgencia y emergencia; casos clínicos; flujo de servicio; razonamiento clínico; práctica médica.

ABSTRACT

This work has as main objective to characterize the network of Urgency and Emergency of Foz do Iguaçu, and to give a perspective on the difficulties and challenges faced by the Unified Health System (SUS) in the timely provision of services to its users. Based on the experiences of a medical student during her medical internship in various health units between April and July 2022, a discussion of clinical cases and academic activities are presented, practice sites such as the Dr. Walter Cavalcanti and João Samek Emergency Care Units, as well as the Emergency Room of the Padre Germano Lauck Municipal Hospital and the São Miguel de Iguaçu Hospital Complex, are analyzed, to understand if there is regulation of flows in the care to users, established protocols and care effectiveness. practice in an up-to-date manner, with an approach centered on the development of clinical reasoning and the proper management of each pathology, fundamental attributes of good medical practice. It also includes the student's perceptions about the procedures and experiences in Urgencies and Emergencies, contributing to the development and improvement of technical skills and interaction with teams, colleagues, and patients.

Key words: urgency and emergency; clinical cases; service flow; clinical reasoning; medical practice.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Protocolo de Manchester	12
Figura 2 – Formas de transmissão do protozoário <i>Lophomonas spp</i>	17
Figura 3 - Mnemônica do ABCDE segundo ATLS	22
Figura 4 - Rx de Torác	32
Figura 5 - Tomografia do crânio	32
Figura 6 – Avaliação inicial do paciente com cefaleia no Serviço de Emergência.	33
Figura 7 - Linha do tempo com evolução do caso clínico	35
Figura 8 - Manejo do paciente com provável cefaleia secundária	35
Figura 9 – Classificação dos gliomas	37
Figura 10 - Sintomas apresentados de acordo com a área cerebral afetada	38
Figura 11- Classificação da anafilaxia segundo os mecanismos fisiopatológicos	41
Figura 12 - Esquema para o tratamento de anafilaxia	43
Figura 13 - Suprimento arterial do córtex primário motor e sensorial	53
Figura 14 - Estenose da artéria carótida interna. VDF (velocidade diastólica final) > 140 cm/s compatível com estenose $\geq 80\%$	54
Figura 15 - Fisiopatologia do pneumotórax	58
Figura 16 - Rx de tórax da paciente M.A.S	60
Figura 17 - Rx de tórax do paciente A.M	65
Figura 18 - Representação da confecção do ponto simples	79
Figura 19 - Lesão no segundo quirodáctilo	81
Figura 20 - Resumo: Sondagem Vesical	85

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Pontos importantes para a formulação da hipótese diagnóstica	23
Quadro 2 - Classificação das síndromes tóxicas	24
Quadro 3 – Diversos receptores, canais emonoaminas atingidas pelos ATCs e suas manifestações clínicas.....	26
Quadro 4 - Exames complementares rotineiramente recomendados em intoxicações	28
Quadro 5 - Exames laboratoriais.....	31
Quadro 6 - Sinais de alerta para cefaleias secundárias	34
Quadro 7 - Critérios para a classificação da exacerbação do DPOC	47
Quadro 8 - Fatores indicadores de internação de exacerbação da DPOC.....	48
Quadro 9 - Identificação das possíveis causas da exacerbação da DPOC.....	49
Quadro 10 - Escore ABCD 2	55
Quadro 11 - Classificação do Pneumotórax de acordo a etiologia	59
Quadro 12 - Sinais de alerta da Dengue.....	69
Quadro 13 - Comparação dos principais sintomas ocasionados pela infecção pelos vírus da dengue, chikungunya e vírus zika	70
Quadro 14 - Sinais e reflexos avaliados na torção testicular	73
Quadro 15 - Escore Testicular Workup for Ischemia and Suspected Torsion.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Ar Ambiente
ABD	Abdome
ACA	Arteria Cerebral Anterior
ACV	Aparelho Cardiovascular
AIT	Ataque Isquemico Trnasitorio
AMP	Ampola
AP	Aparelho Pulmonar
APS	Atenção Primaria a Saude
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BEG	Bom Estado Geral
CN	Canula Nasal
CP	Comprimido
FC	Frequência Cardíaca
HDA	Historia da Doença Atual
HMP	Histria Morbida Pregressa
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
ID	Identificação
IOT	Intubação Orotraqueal
LOTE	Lucido e Orientado no Tempo e no Espaço
MMII	Membros Inferiores
MV	Murmullo Vesicular
MUC	Medicação de Uso Continuo
PA	Pressão Arterial
PAC	Pneumonia Adquirida na Comunidade
QP	Queixa Principal
REG	Regular Estado Geral
RH	Ruidos Hidroaereos
RUE	Rede de Urgência e Emergência
RX	Raio X
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SF	Soro Fisiologico
SSVV	Sinais Vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
TAP	Tempo de Ativação de Protrombina
TC	Tomografia Computarizada
TEC	Tiempo de Enchimento Capilar
TGO	Transaminase glutâmico oxalacética
TGP	Transaminase glutâmico pirúvica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. CASOS CLÍNICOS ATENDIDOS NOS CENÁRIOS DE PRÁTICAS.....	14
3. CASO CLÍNICO #1: PNEUMONIA POR LOPHOMONAS SP.....	14
4. CASO CLÍNICO #2: INTOXICAÇÃO POR AGENTE EXÓGENO.....	20
5. CASO CLÍNICO #3: DOR DE CABEÇA.....	30
6. CASO CLÍNICO #4: MANCHAS NO CORPO E FEBRE.....	39
7. CASO CLÍNICO #5: DOI QUANDO RESPIRO.....	44
8. CASO CLÍNICO #6: REBAIXOU DO NADA.....	50
9. CASO CLÍNICO #7: NÃO CONSIGO RESPIRAR.....	56
10. CASO CLÍNICO #8: SONOLÊNCIA MAIS DESCONFORTO RESPIRATÓRIO E VOMITO.....	61
11. CASO CLÍNICO #9: DENGUE.....	66
12. CASO CLÍNICO #10: TORÇÃO TESTICULAR.....	71
13. EXPERIÊNCIAS DURANTE O PERÍODO DE INTERNATO.....	75
14. PROCEDIMENTOS REALIZADOS.....	79
14.1 SUTURAS.....	79
14.2 ACESSO VENOSO CENTRAL.....	81
14.3 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL.....	82
14.4 SONDAGEM VESICAL.....	84
14.5 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO.....	86
14.6 SONDA NASOENTERAL E NASOGÁSTRICA.....	87
15. PROPOSTAS DE INTERVENÇÕES PARA MELHORIA DOS SERVIÇOS	87
16. CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.....	90
REFERÊNCIAS.....	92

1 INTRODUÇÃO

O ambiente de urgência e emergência sempre parece caótico, e muitas vezes até é, mas o que muitas vezes não sabemos é que há toda uma rede de cuidados por trás. Mesmo que não pensemos em trabalhar nesses setores, seja porque não gostamos do ambiente, da especialidade ou por algum outro motivo, é importante que todo médico saiba como está organizada essa rede assistencial, os elementos que a integram, bem como as funções de cada serviço de acordo com seu nível de complexidade.

Frente a vários pacientes que precisam de atendimento urgente, eventualmente o serviço ficaria sobrecarregado, com o objetivo de evitar essas situações, por exemplo, quando um paciente apresenta uma situação de urgência- emergência, em muitos dos casos é acionado o SAMU (Serviços De Atendimento Móvel De Urgências) 192; Nesse momento entra em ação a Central de Regulação Médica, a qual é a encarregada de determinar, classificar e priorizar as demandas de assistência em urgência - emergência, ademais de organizar a rede para conseguir um fluxo harmonizado entre os diferentes componentes que são referências na rede, segundo a necessidade de atendimento que apresente o paciente.

Assim a Central de Regulação Médica identifica os casos que são de urgência, que é a ocorrência de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata; das emergências, que seria já a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, que exige tratamento médico imediato.

Sendo sincera, sempre tive confusão entre esses dois termos, então acho importante salientar a diferença entre esses termos, ainda mais se fizermos parte de uma equipe inserida nesse ambiente de trabalho.

Após a devida identificação do tipo de caso (urgência ou emergência), o paciente é transferido segundo a necessidade apresentada aos centros de referência para cada demanda na cidade. Assim, dependendo da complexidade do paciente e do diagnóstico estes podem ser encaminhados para as UPA's (UPA João Samek e UPA Morumbi), o Hospital Municipal, ou caso seja algum caso de obstetrícia, cardiologia ou oncologia são encaminhados ao Hospital Costa Cavalcanti o qual é referência nestes serviços.

Seguindo o fluxo, é imprescindível que seja adotado uma classificação de risco, tendo como propósito que o paciente seja atendido no lugar certo e no tempo certo. Com esse objetivo, é utilizado o protocolo de Manchester (figura 1), onde o alvo não é definir um diagnóstico, mas sim uma prioridade clínica, de modo a facilitar a gestão da clínica e a gestão do serviço.

Outro termo sumamente relevante nesse ambiente é a vaga zero, recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, mesmo assim, deve ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências.

Figura 1- Protocolo de Manchester



Fonte: Rede Educação (2022)

Mas sabemos perfeitamente que nem sempre é assim, pois, às vezes, por falta de treinamento dos profissionais, muitas vezes os pacientes são classificados incorretamente. Em uma ocasião já observei o médico de plantão na sala amarela da UPA, rejeitando um paciente que precisava ser transferido, simplesmente porque, na opinião dele, o paciente não estava gravemente doente e poderia voltar para casa com tratamento domiciliar. Horas depois que outro médico assumiu o plantão, o caso foi discutido e o paciente foi admitido imediatamente.

Ainda com a nova configuração dos serviços de urgência e emergência, não baseada em uma hierarquia, mas organizada em rede, devemos reconsiderar a ideia de que somente os hospitais podem atuar na urgência e emergência.

Atualmente, observamos cada vez mais a articulação entre os níveis assistenciais para fazer uma rede de urgências e emergências sólida. Mesmo assim, existem muitos desafios ainda a serem enfrentados, sendo importante o trabalho de forma multidisciplinar e intersetorial no dia a dia de todos os profissionais de saúde que fazem parte do atendimento em saúde para a consolidação dessa rede de atenção.

2 CASOS CLÍNICOS ATENDIDOS NOS CENÁRIOS DE PRÁTICAS

Neste capítulo serão apresentados 10 casos clínicos, escolhidos com base em situações que chamaram a atenção da autora nos cenários de prática. Todas as informações aqui presentes foram coletadas com o sigilo médico devido.

Este capítulo tem como objetivo pedagógico a construção de um raciocínio clínico voltado para o paciente emergencial.

3 CASO CLINICO #1 - PNEUMONIA POR LOPHOMONAS SP

RELATO DE CASO

Atendimento realizado no Pronto Atendimento do Complexo Hospitalar de São Miguel do Iguaçu, no dia 30/05/2022.

Identificação (ID): Paciente A. P., 49 anos, sexo masculino.

Queixa principal (QP): “Falta de ar”

História da doença atual (HDA): Paciente retorna do pneumologista com resultado de lavado bronco-alveolar realizado em janeiro/22, com evidência positiva de protozoários na amostra. Atestada HD PNM por *Lophomonas sp*, evidenciada em amostra afresco de lavado bronco-alveolar.

História patológica pregressa (HPP): Paciente apresenta quadro clínico de febre, perda ponderal, fraqueza, hiporexia, astenia, dispneia e queda do estado geral. Relata que há 4 meses iniciou com tosse seca associada a dispneia de caráter progressiva. Refere que no dia 17/04 apresentou piora da dispneia aos pequenos esforços, acompanhada de febre, sudorese noturna, náuseas e perda de peso (5kg aproximadamente em 1 mês), sendo internado e liberado após melhora clínica com encaminhamento ao Pneumologista.

- Tuberculose pulmonar 2017 – tta por 16 meses;
 - Recidiva pulmonar 2020 – tta;
 - Nega outras comorbidades. Nega uso de medicação regular.
- Nega alergia medicamentosa.

Hábitos de vida (HV): Tabagista 60 anos/maço, nega etilismo.

Exame Físico:

Ectoscopia: Bom estado geral, lucido em tempo e espaço, afebril, corado, hidratado, acianótico, anictérico.

Sinais vitais (SV): Tax. 36,7 °C; PA 110/80 mmHg; FC 92 bpm, FR 18irpm, Sat. O 98%em ar ambiente; HGT 96.

Neurológico (NEURO): Glasgow 15/15, pupilas isofotorreagentes. Sem sinais de irritação meníngea.

Aparelho pulmonar (AP): MV+ com discreta redução bilateral sem RA, eupneico em ar ambiente, bom padrão respiratório, tosse produtiva.

Aparelho cardio-vascular (ACV): BRNF 2T sem sopros. TEC<3S. Extremidades bem perfundidas. Pulsos periféricos presentes e simétricos.

Abdominal (ABD): Flácido, depressível, indolor à palpação, RHA+, não palpo visceromegalias ou massas; timpânico, sem sinais de irritação peritoneal.

- **Diagnóstico sindrômico:** Infecções agudas das vias aéreas inferiores
- **Hipóteses diagnósticas:** Pneumonia por *Lophomonas* sp.
- **Diagnósticos diferenciais:** Tuberculose, PAC

Conduta:

- Início tratamento específico (Metronidazol 500 MG 8/8hrs // DI 26/05 DT04/06)
- Prescrevo sintomáticos
- Hidratação
- Prescrevo dieta hiperproteica e hipercalórica
- Controle de sinais vitais de 4/4 horas

Exames Complementares:

Broncoscopia 03/01: Exame endoscópico brônquico sem evidência de lesões nas vias aéreas inferiores. Realizado lavado brônquico bilateral e coletado material para análise laboratorial.

Exame de lavado broncoalveolar:

- Pesquisa de fungos - diversos: positivo
- Cultura: presença de protozoário multiflagelado sugestivo de *Lophomonas* sp. Na análise da amostra “a fresco”.
- Pesquisa de BAAR: negativa

Labs 30/05: Hb 11,7// Ht 33,9// Leuc 7.880 //Seg 61%// Plaquetas 426.000// Uréia 22,7 // Creatinina 0,87// Na⁺ 143,2// K⁺ 4,23//TGO 21,5 //TGP 10,3// PCR 6,5// TTPA 36,9//TAP 85,1% // VHS 8 // Sorologias DST negativas.

DISCUSSÃO DO CASO

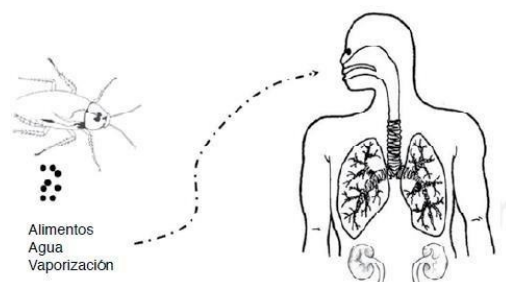
Lophomonas spp (*Lspp*) é um protozoário anaeróbico multiflagelado, habitualmente encontrado no intestino de alguns artrópodes, como baratas, cupins e ácaros. (Iglesias-Osores & Acosta-Quiroz, 2020; Martinez-Giron et al., 2008).

Descrito pela primeira vez em 1960 no intestino de as baratas sinantrópicas *Blatta orientalis*. Em 1993 foi relatado o primeiro caso de lophomoníase pulmonar, desde então mais de 250 casos foram identificados em todo o mundo, cerca de 95 % das infecções foram relatadas na China, outros países em que os casos foram documentados são Turquia, Peru, Índia e México.

Dois tipos de *Lophomonas* foram encontrados, *L. blattarum* e *L. striata*. *L. blattarum* foi registrado como o único com capacidade de causar infecção em seres humanos, sendo os locais preferidos de infecção as vias aéreas.

A fisiopatologia da lophomoníase pulmonar em humanos não é clara, sendo possível fisiopatologia descrita na literatura. As formas infectantes são as císticas, que são resistentes aos câmbios de temperatura por muito tempo, ingressam no corpo humano principalmente pelo sistema respiratório através da inalação dos vapores intestinais após esmagar as baratas contaminadas, ou pelo trato digestivo ao ingerir líquidos e alimentos contaminados (figura 2), é feita a excitação e liberação dos trofozoítos nas vias aéreas, onde multiplicam-se por fissão binária e invadem progressivamente o parênquima pulmonar, causando consequentemente patologias pulmonares de gravidade variável.

Figura 2 - Formas de transmissão do protozoário *Lophomonas* spp



Fonte: MORALES MUNOZ, 2019

Embora seja um patógeno humano incomum, tem sido identificado como agente etiológico de infecções broncopulmonares, principalmente associadas a pacientes imunocomprometidos (Iglesias-Osores & Acosta-Quiroz, 2020; Martinez-Giron et al., 2008). Algumas condições predisponentes foram descritas: HIV, imunodeficiências primárias, transplante de órgãos, diabetes mellitus e tipo 1 ou tipo 2, doença pulmonar obstrutiva crônica em atividade, uso prolongado de corticosteroides (Saldaña et al., 2017; Xue et al., 2014).

Outra doença infecciosa frequentemente associada a condições de imunossupressão é a tuberculose pulmonar, causada pela bactéria patogênica do gênero *Mycobacterium*. Esta condição, diferentemente da lofomoníase pulmonar, é endêmica no Brasil (Machuca et al., 2018)

Tanto a infecção por *Lophomonas* spp. como pela micobactéria tuberculosiss podem apresentar-se clinicamente semelhantes e radiologicamente como nódulos pulmonares, não sendo possível atribuir o achado da imagem unicamente ao protozoário e sendo possível a sobreposição das patologias na expressão do quadro clínico. Além disso, grande parte dos relatos existentes sobre infecção por *Lophomonas* spp. ocorrem em situação de doença pulmonar prévia ou concomitante, já tendo sido relatado na literatura pacientes com infecção por *Lophomonas* spp. em contexto de tuberculose pulmonar (S. Verma et al. 2015; Thakuet al., 2017).

O paciente em questão, apresentava histórico clínico de Tuberculose pulmonar (2017) e recidiva (2020), realizado tratamento por 16 meses, sem outras comorbidades.

Morava em domicílio na área urbana, onde há saneamento básico e coleta de lixo. No entanto, o mesmo relata exposição frequente a baratas na casa onde reside. Como mencionado na literatura, essas condições são predisponentes para a infecção por *Lophomonas* spp, sendo que o indivíduo encontra-se habitando um ambiente contaminado associado a um estado de imunossupressão.

Como na admissão hospitalar o paciente retorna do Pneumologista com resultado de lavado broncoalveolar com presença de protozoário multiflagelado sugestivo de *Lophomonas* sp, e a pesquisa de BAAR foi negativa; foi optado por tratamento da Lophomoníase pulmonar.

Segundo Muñoz et al. (2019), os sintomas mais comuns são tosse seca ou produtiva, dispneia de grau variável, hemoptise e dor pleurítica. Ao exame físico, muitos casos apresentavam crepitações finas e sibilos em ambos os pulmões (Martinez-Girón & Woerden, 2013). A infecção por *Lophomonas* spp pode apresentar padrões radiológicos distintos; três tipos de apresentações foram descritos: infiltrados heterogêneos que podem se tornar "migrantes", bronquiectasias e infiltrados intersticiais nodulares difusos bilaterais.

No presente relato de caso, de acordo com a literatura, o paciente referia tosse produtiva, associado a dispnéia progressiva.

Em relação ao tratamento, o metronidazol é a droga mais utilizada para a infecção por *Lophomonas* spp., com duração de uma a quatro semanas, apresentando resultados satisfatórios, como relatado por Zeng et al, (2011), Wahid et al. (2019), Martinez Girón e Woerden (2014) e Muñoz et al. (2019). Desse modo, optou-se por iniciar tratamento específico com Metronidazol de 500 MG, 1 cp a cada 8/8hrs durante 10 dias, associado a Albendazol de 400mg, dose única; devido a resultado positivo em pesquisa de fungos diversos.

O quadro clínico de apresentação da lophomoníase bronco pulmonar é difícil de diferenciar de outras infecções comuns com sintomas semelhantes, como pneumonia, bronquite ou inflamação, a partir das manifestações clínicas e exames laboratoriais. O índice de mortalidade estimado é acima de 50% devido ao diagnóstico tardio e tratamento inadequado.

O paciente deste relato de caso, procurou atendimento anteriormente no serviço hospitalar (05/05), devido as mesmas queixas; sendo internado, propostoa hipótese diagnóstica de recidiva de tuberculose pulmonar e iniciado tratamento, devido a sintomatologia apresentada, exame de imagem e ao histórico clínico. Não foram considerados outros diagnósticos diferenciais e o paciente recebeu alta com encaminhamento ao Pneumologista.

Dessa maneira, evidenciamos um diagnóstico tardio devido a vários fatores como: 1) O quadro clínico de apresentação da lophomoníase broncopulmonar ser semelhante a outras condições respiratórias o que dificulta essa diferenciação; 2) A não inclusão de coleta de lavado broncoalveolar como parte do protocolo de atendimento frente a doenças respiratórias que não respondem ao tratamento habitual; 3) Acrescentado ao fato do paciente morar em São Miguel, onde sendo um município pequeno, existe diferença entre os níveis de complexidade em relação ao Hospital de São Miguel e Foz do Iguaçu, motivo pelo qual e seguindo o fluxo deve se deslocar ao paciente até Foz para o acompanhamento com o pneumologista e demais especialistas.

Desta forma, o diagnóstico precoce e correto é um fator chave para o tratamento da infecção.

DESFECHO DO CASO

A partir deste relato e revisão da literatura, é importante mencionar que como parte do protocolo diagnóstico de processos pneumônicos, deve ser feito esfregaços frescos de secreções brônquicas em pacientes susceptíveis.

Recomenda-se a realização em pacientes com pneumonia "atípica" refratária ao tratamento com antibióticos convencionais, que apresentam suscetibilidade imunológica por doenças crônicas ou uso de imunorreguladores, ou em asmáticos não controlados.

Além disso, os profissionais de saúde devem valorizar o conjunto de diagnósticos diferenciais diante de enfermidades respiratórias infecciosas que

não respondem à terapêutica habitual e avaliar a inclusão de coleta de lavado broncoalveolar em seus protocolos nestes casos. E por último, mencionar a relevância da explicação por parte do profissional de saúde ao paciente, das formas de transmissão do protozoário, assim como as medidas de higiene e limpeza que devem ser implementadas a modo de prevenção, já que como relatado anteriormente esses microrganismos são encontrados no intestino das baratas principalmente.

4 CASO CLINICO #2 - INTOXICAÇÃO POR AGENTE EXÓGENO

RELATO DE CASO

Atendimento realizado na sala vermelha da UPA João Samek, no dia 29/06/2022.

ID: A.C, 31 anos, sexo feminino, parda.

QP: intoxicação exógena

HDA: Acompanhante relata que há cerca de 3 horas, a paciente ingeriu medicamentos com a intenção de tirar a própria vida. Relata que provavelmente ingeriu cerca de uma cartela de amitriptilina de 25 mg, mas não sabe precisar se não houve ingestão de outros medicamentos ou doses maiores. Na admissão, apresentava rebaixamento do nível de consciência, sem outros sintomas.

HPP: não sabe especificar.

MUC: Desvenlafaxina 100 mg; vendexla - 1 cp, pela manhã // quetiapina, fumarato 25 mg - 02 cp, pela noite // clonazepam 2 mg - 1 cp, pela noite // amitriptilina 25 mg - 1 cp, pela noite.

EXAME FÍSICO

Ectoscopia: REG, obnubilada, corada, hidratada, acianótica, anictérica, afebril, eupneica em AA.

NEURO: Glasgow 7 (1-1-5), pupilas isocóricas fotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea.

ACV: RCR BNF 2T sem sopro, pulsos periféricos presentes e simétricos, TEC < 3s.

AP: expansibilidade preservada bilateralmente, MVUA sem RA

ABD: não avaliado.

- **Diagnóstico sindrômico:** Síndrome Serotoninérgica, Síndrome anticolinérgica
- **Hipótese Diagnóstica:** Intoxicação por agente exógeno (antidepressivo tricíclico).
- **Diagnósticos diferenciais:** intoxicação por carbamazepina ou difenidramina, hipoglicemia, distúrbios hidroeletrólíticos e distúrbios neurológicos.

Conduta

- Solicito exames laboratoriais (parcial de urina, hemograma completo, gasometria arterial, Ur, TGP, TGO, K, Na, Cr, Lac, BT, BD, BI, PCR, TAP, TTPA)
- Solicito eletrocardiograma (ECG)
- Solicito lavagem gástrica
- Solicito colocação de guedel
- Prescrevo soro fisiológico 0,9% - 500ml, 1 frasco; dipirona sódica 500 mg / ml , 1 amp; bromoprida 5 mg / ml, 1 amp; Captopril 25 mg, 1 cp
- Suporte clínico
- Solicito vaga para psiquiatria no HMPGL

Exames Complementares:

Labs (29/06): BT: 0,50 mg/dL// BD: 0,40 mg/dL// BI: 0,10 mg/dL // Lactato: 5,70mg/dL // K 4 // Na 141// Tgo 141// Tgp 13// Ur 40 mg/dL// KPTT 25,9 (s) // TAPINR 1,3 // Hb: 11,70 g/dL// Ht: 35,20 % // PCR 1.

DISCUSSÃO DO CASO

Esse caso chamou principalmente minha atenção, porque no período de estágio do módulo de urgência emergência do pré internato estudei as diversas causas que podem levar a uma intoxicação (substâncias lícitas, ilícitas, medicamentos, agrotóxicos, etc), mas nunca tinha acompanhado uma emergência por intoxicação. Mas temos que começar pelo início, como deve ser o manejo inicial de todo paciente com suspeita por intoxicação exógena? Deve incluir avaliação e estabilização das sinais vitais, formulação da hipótese diagnóstica da síndrome tóxica correspondente e tratamento adequado. A estabilização inicial deve seguir a ordem ABCDE para avaliação de pacientes graves. Por tanto:

Figura 3- Mnemônica do ABCDE segundo ATLS



Fonte: Autora, 2022

Constatado na avaliação inicial da paciente:

- Vias aéreas pervias em uso de cânula de Guedel
- Eupneica em ar ambiente, sem necessidade de suporte de oxigênio.
- Hemodinamicamente estável sem uso de drogas vasoativas.
- Rebaixamento do nível de consciência, Glasgow 7 (1-1-5), pupilas isocóricas fotorreagentes.
- Sem presença de lesões na pele

Lembrando que os pacientes frequentemente estão inconscientes ou não cooperativos; assim, é importante tentar obter histórico com testemunhas. No caso relatado, a história clínica foi coletada com a mãe da paciente, já que a mesma apresentava-se com rebaixamento da consciência.

A história clínica deve ser colhida de forma objetiva, tentando estabelecer alguns pontos importantes para a formulação da hipótese diagnóstica:

Quadro 1- Pontos importantes para a formulação da hipótese diagnóstica

Substância ingerida ou exposta?	Antidepressivo tricíclico (Amitriptilina)
Dose?	Aproximadamente 15 comprimidos de 25 mg
Duração da exposição?	3 hrs
Tempo entre a exposição e o atendimento médico-hospitalar?	3 hrs

Fonte: Autora, 2022.

Deve-se indagar ao serviço de atendimento pré-hospitalar ou os familiares sobre as condições em que o paciente foi encontrado, como presença de frascos ou cartelas vazias próximas, comorbidades e medicações em uso, medicações ou substâncias nocivas às quais o paciente poderia ter acesso, sinais clínicos prévios de depressão grave ou tentativas prévias de suicídio.

É importante salientar esse ponto a investigar na anamnese, já que por exemplo, no presente caso, foi de muita ajuda que a acompanhante da paciente trouxe a cartela de amitriptilina que a mesma tinha ingerido, medicação que a paciente fazia de uso contínuo, associado a desvenlafaxina, quetiapina, e clonazepam.

A paciente tem diagnóstico de depressão maior e estava em acompanhamento psiquiátrico e psicológico. Desta forma podemos determinar que a paciente apresenta diversos fatores de risco que a tornam mais suscetível à tentativa de suicídio.

Essas informações permitiram a equipe saber o medicamento específico ingerido, conseguindo tomar uma conduta agilizada e apropriada ao caso. Como é conhecido, existem vários medicamentos que em overdose podem causar intoxicação, sendo importante determinar, sempre que possível, o tipo de medicamento ou substância, já que existem antídotos para medicações específicas que podem contribuir a um melhor desfecho do paciente.

Após a coleta destas informações o contato com o Centro de assistência toxicológica – CEATOX, auxiliará o manejo e condução do caso, orientação e tratamento, que envolve medidas específicas como descontaminação, administração de antídotos e técnicas de eliminação do agente. Como evidenciado no prontuário eletrônico, o médico discutiu o caso e possíveis condutas com o CEATOX.

Segundo os achados do exame físico, os pacientes devem ser classificados em grupos de síndromes tóxicas, que, a despeito de não apontarem o agente etiológico, associam os achados clínicos a uma determinada classe farmacológica de substâncias e permitem assumir novas condutas.

Quadro 2- Classificação das síndromes tóxicas

Síndrome	Manifestações clínicas	Drogas
Anticolinérgica	Agitação, alucinação, <i>delirium</i> , convulsões Midríase Hipertermia, taquicardia, hipertensão, taquipneia, arritmias Mucosas e pele secas, redução de peristalse Retenção urinária	Anti-histamínicos Anti-parkinsonianos Atropina Ciclobenzaprina Escopolamina Tricíclicos
Colinérgica	Confusão mental, RNC, convulsões, miose Bradycardia, hipertensão, taquipneia Sialorreia, incontinência urinária e fecal, diarreia e vômitos, lacrimejamento, broncoespasmo e fasciculação	Carbamatos Fisostigmina Gás sarin Nicotina Organosfosforados Pilocarpina
Simpaticomimética	Agitação, alucinação, hiper-reflexia, midríase Hipertermia, taquicardia, hipertensão e taquipneia Sudorese, tremores de extremidades	Anfetamina Cafeína Cocaína Efedrina Teofilina
Serotoninérgica	Confusão, agitação, coma, midríase Hipertermia, taquicardia, hipertensão, taquipneia Tremor, hiper-reflexia e hipertonia (maior em MMII), sudorese, rigidez, trismo e diarreia	Inibidores da MAO Inibidores seletivos da recaptação de serotonina Tramadol, se em associação com ISRS ou duais Tricíclicos
Sedativo-hipnótica	Rebaixamento do nível de consciência, pupilas variáveis Bradycardia Depressão respiratória	Álcool Barbitúricos Benzodiazepínicos Zolpidem
Opioide	Rebaixamento do nível de consciência, pupilas mióticas Bradipneia, bradycardia, hipotensão e hipotermia	Fentanil Morfina Metadona Oxicodona
Alucinogênica	Alucinações, distorção da percepção e do sensorio, agitação, midríase, nistagmo Hipertermia, taquicardia, hipertensão, taquipneia	Anfetaminas LSD NMDA

Fonte Velasco, 2019.

Devido ao se tratar de uma overdose por amitriptilina (antidepressivo tricíclico), e as sinais e sintomas apresentados pela paciente, o meu raciocínio foi conduzido como possíveis diagnósticos sindrômicos: síndromes anticolinérgica ou serotoninérgica, principalmente, pelo mecanismo de ação dos antidepressivos tricíclicos (ATCs), evidenciando a pouca seletividade dos mesmos, como explicarei a seguir, motivo pelo qual inclusive não são considerados medicamentos de primeira linha no tratamento do transtorno depressivo maior.

Os antidepressivos são causas comuns de intoxicação por drogas prescritas nos países em desenvolvimento. Em uma análise de óbitos por envenenamento agudo, 20% foram relacionados a antidepressivos – dos quais, 95% foram associados aos Antidepressivos tricíclicos (em especial amitriptilina e nortriptilina) – o que faz deste tipo de envenenamento a segunda causa de óbito por overdose de medicação em muitos hospitais.

O mecanismo de ação envolve a inibição da recaptação pré-sináptica de vários neurotransmissores (serotonina, dopamina e noradrenalina), resultando em uma liberação mais prolongada desses neurotransmissores na fenda sináptica. Além disso, os ATCs também atuam como antagonistas ou agonistas inversos dos receptores: 5-HT_{1A}, 5-HT_{2A} (serotoninérgicos), α_1 , α_2 (alfa adrenérgicos), D₂ (dopaminérgico), H₁ (histaminérgico) e mACh (muscarínico). Essas ações não se correlacionam necessariamente com efeito antidepressivo, mas sim com efeitos colaterais. Isso explica porque uma overdose por esse tipo de antidepressivos pode causar diferentes síndromes tóxicas, apresentando um quadro clínico variável, dependendo da quantidade da droga ingerida e do mecanismo de ação predominante.

Quadro 3- Diversos Receptores, canais e monoaminas atingidas pelos ATCs e suas manifestações clínicas

Receptor/canal / monoamina atingido	Sinal / sintoma apresentado
Bloqueio dos receptores de acetilcolina(síndrome anticolinérgica):	Taquicardia, hipertensão, pele e mucosas secas equentes, midríase, sedação e coma.
Bloqueio dos canais de sódio:	Depressão miocárdica, prolongamento do QRS, podendo levar a taquiarritmias graves
Bloqueio dos receptores alfa-adrenérgicos:	Hipotensão
Bloqueio da recaptação da noradrenalina, serotonina e dopamina:	Convulsões, taquicardia.

Fonte: adaptado de Velasco 2019.

Doses acima de 10 a 20 mg/kg apresentam risco de vida (complicações cardiovasculares e neurológicas graves). Normalmente nas intoxicações moderadas observa-se o predomínio de efeitos anticolinérgicos, mas com a ingestão de doses maiores podem surgir as demais manifestações, com predomínio de efeitos cardiovasculares (hipotensão, arritmias, taquicardia sinusal, prolongamentos dos intervalos PR, QRS e QT) e neurológicos, destacam-se a alteração do nível de consciência em diversos níveis (delirium, agitação, psicose, letargia e coma) e convulsões.

A acompanhante da paciente em questão referiu a ingestão aproximadamente de 15 comprimidos de 25mg (ingerido 375 mg no total), sendo que na bula está especificado que a dose terapêutica pode ser aumentada até 150 mg/dia, evidenciando o risco de vida iminente e a necessidade de atendimento de emergência.

Com relação ao quadro clínico a paciente apresentasse no serviço com rebaixamento do nível de consciência (Glasgow 7 (1-1-5)), sem outras queixas.

O diagnóstico de intoxicação por ATCs é essencialmente clínico, a suspeita deve ser levantada em todo paciente inconsciente com história de doença psiquiátrica ou dor crônica, que utiliza a droga ou nos casos de alteração de nível ou conteúdo de consciência associado a sintomas anticolinérgicos. Nessa situação relatada, sabe-se que a paciente estava em acompanhamento psiquiátrico e

psicológico, em tratamento para TDM com várias medições em uso, entre elas a amitriptilina, além do relato da acompanhante, o achado da cartela vazia perto da paciente e do quadro clínico apresentado a chegada ao serviço de emergência, informações com as quais se corrobora a hipótese diagnóstica de intoxicação por ATCs.

Os exames diagnósticos são guiados pelos achados clínicos e suspeita de toxinas envolvidas. No caso clínico apresentado, foi solicitado em basea hipótese diagnóstica, exames laboratoriais como: hemograma completo, gasometria arterial, dosagem de eletrólitos, além do parcial de urina, ECG e gasometria sem alterações.

Mas porque é importante nesses casos de intoxicação exógena, solicitar, por exemplo, gasometria arterial? devido a que os pacientes podem apresentar acidose metabólica, sendo necessário repetir para monitorização do tratamento, não sendo o caso do nosso paciente. Da mesma maneira é recomendada a realização de ECG, se o paciente estiver taquicárdico ou bradicárdico ou tiver ingerido um agente cardiotóxico que pode prolongar os intervalos QRS ou QT, como antidepressivos cíclicos.

É preferencial que o ECG seja seriado, uma vez que alguns achados se associam a maior risco de desenvolvimento de complicações: QRS > 100 ms (maior preditor), QTc > 430 ms e R/S > 0,7 em aVR.

Quadro 4- Exames complementares rotineiramente recomendados em intoxicações

Hemograma completo
Bioquímica sérica com eletrólitos como sódio, potássio, função renal e função hepática
Exame de urina 1
Teste de gravidez, se apropriado
Exame toxicológico na urina
Triagem toxicológica sérica
Gasometria arterial, se acidose é suspeita
Concentração sérica de álcool, se indicado
Lactato sérico
Glicemia capilar.
Electrocardiograma
Exames de imagem: Rx de tórax, Tc de crânio.

Fonte: adaptado de Velasco, 2019

Com o objetivo de impedir a absorção sistêmica do tóxico no organismo, a depender da via de exposição, pode-se realizar diferentes medidas de descontaminação. A descontaminação gástrica é o tipo de descontaminação mais comum na sala de emergência. Conforme a literatura, a lavagem gástrica beneficia a pacientes que chegam ao PS em até 1 a 2 horas, alertas e colaborativos; intoxicação por compostos sem antídotos disponíveis após a absorção intestinal; intoxicação por substâncias não corrosivas e capacidade de proteger a via aérea.

Como observado, o médico optou pela lavagem gástrica como medida de descontaminação. Pontos importantes a considerar no referente a eleição desse método de descontaminação: 1) A paciente chegou com rebaixamento do nível de consciência, pelo qual foi solicitado a colocação da cânula de guedel como medida de proteção das vias aéreas ante possíveis complicações como broncoaspiração.

O tempo entre a exposição e o atendimento médico segundo o relato, foi de 3 horas aproximadamente, a pesar de o tempo limite estar excedido supostamente

em 1 hora, sendo que o tempo excedido não é muito, a lavagem gástrica como mencionado na literatura pode ser considerada em intoxicações ameaçadoras à vida, a diferença quando o paciente comparece no serviço de emergência com mais de 2 horas de exposição, com tempo de exposição incerto ou com contraindicação às medidas de descontaminação gastrointestinal, situações onde deve se avaliar o uso de outras medidas de eliminação (alcalinização urinária, métodos dialíticos, emulsão intravenosa de lípidos, etc) segundo a substância ou medicamento ingerido.

Por último é importante mencionar que todo caso suspeito deve ser notificado, por exemplo, nesse tipo de casos que envolvem, negligência, tentativa de suicídio e abuso, devesse realizar a notificação de Violência Interpessoal / Autoprovocada, além da notificação de intoxicação exógena.

DESFECHO DO CASO

Após as medidas de estabilização a paciente foi transferida para a sala de observação, onde aguarda vaga para avaliação psiquiátrica no HMPGL. Pacientes com ingesta proposital de substâncias ou medicações devem ser avaliados por psiquiatra quanto à possibilidade de tentativa de suicídio com plano formulado.

5 CASO CLINICO 3 – DOR DE CABEÇA

RELATO DO CASO

Atendimento realizado no PS do HMPGL, no dia 03/05/2022.

Identificação (ID):V.M.C, 16 anos, sexo masculino, pardo, paraguaio, procedente e residente de Paraguai.

QP: dor de cabeça

HDA: Mãe relata que aproximadamente há 1 mês, a criança apresentou cefaléia frontal intensa, associada a febre (não aferida), visão turva e tosse seca. Em tratamento com sintomáticos, com melhora parcial do quadro. Refere que há 1 semana começou novamente o quadro de cefaleia intensa, procurando a UPA. Transferido ao HMPGL para melhor investigação do quadro clínico.

HPP: Nega comorbidades e uso de medicações de forma contínua. Nega alergia medicamentosa.

HV: Nega consumo de tabaco e álcool.

EXAME FÍSICO

Sinais Vitais

PA: 122/70 mmHg, FC: 108 irpm, FR: 20 bpm, Temp: 36.6°C, Sat O2 100%, HGT: 180 mg/dl.

Ectoscopia: REG, LOTE, colaborativo, deambulando, eupneico em ar ambiente, anictérico, acianótico, normocorado, hidratado, afebril e hemodinamicamente estávelsem DVA.

Neuro: Glasgow 15, sem sinais meníngeos, pupilas isocóricas e reagentes. Força motora preservada à E e grau 4 à D.

ACV: Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas sem sopraaudível, pulsos cheios e simétricos.

AP: MV presente sem ruídos adventícios, eupneico sem esforço respiratório.

ABD: Plano, flácido, ruídos hidroaéreos, indolor a palpação superficial e profunda, sem visceromegalias. Sem sinais de irritação peritoneal

MM: Sem edemas, panturrilhas livres

Hipotese Diagnóstica: Neoplasia glial de alto grau

Conduta inicial:

- Prescrevo Dexametasona IV
- Solicito exames laboratoriais
- Solicito Rx de Tórax
- Solicito TC de Crânio

Exames complementares: Labs (03 /05)

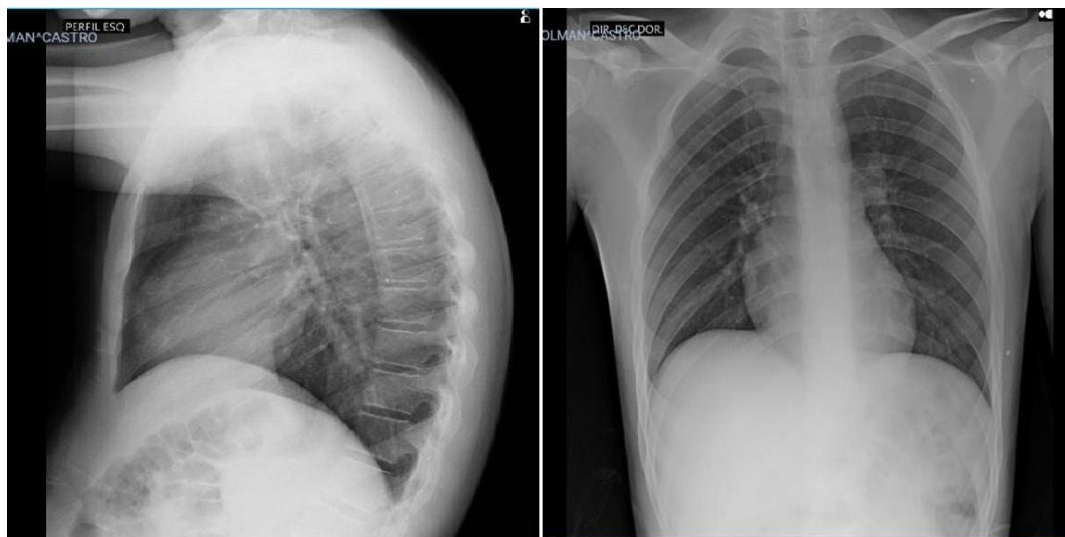
Quadro 5- Exames laboratoriais

PARÂMETRO	VR	03/05
Hb	13 – 16g/dL	13,9
Ht	37 - 49%	39,7
Leucócitos	5.000 a 10.000/mm ³	5,570
Plaquetas	140.000 a 400.000 /mm ³	198,000
Ureia	19 a 43 mg/dL	19
Creatinina	0,66 a 1,25 mg/dl	0,5
Sódio	136 a 145 mmol/L	142
Potássio	3,3 a 4,6 mEq/l	3,8
Magnésio	1,6 a 2,3 mg/dL	1,8
Fosfatase Alcalina	65 A 260 U/L	179
PCR	< 1,0 mg/dL	< 0,5

Fonte: Sitemas de informações e prontuário eletrônico RP saúde, 2022.

Rx de Tórax Traqueia e mediastino centrados. Não há consolidaçõesalveolares. Índice cardiotorácico habitual. Seios costofrênicos livres.

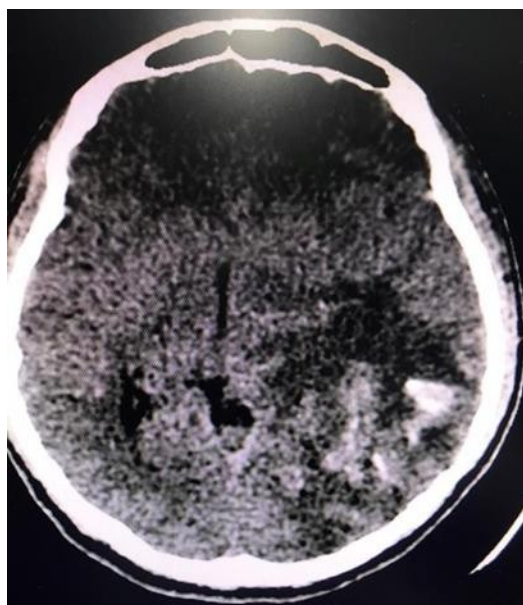
Figura 4- Rx de tórax



Fonte: Vivace, 2022.

TC de Crânio: Área hipodensa, heterogênea, apresentando focos de sangramento subcortical, demonstrando efeito de massa, localizada nas porções posteriores do lobo temporal esquerdo.

Figura 5- Tomografia do crânio



Fonte: Vivace, 2022.

RNM de Crânio: Lesão expansiva/infiltrativa de aspecto heterogêneo centrada sobre a transição temporo-occipito-parietal esquerda. Apresenta edema perilesional que determina desvio de estruturas da linha média para a direita.

DISCUSSÃO DO CASO

O presente caso foi de meu interesse por se tratar de um paciente bastante jovem e me deixou pensando em qual poderia ser a causa daquela cefaleia de início agudo que rapidamente progrediu de intensidade.

Como base da investigação diagnóstica temos a cefaleia de início agudo, mas conforme estabelecido no protocolo também devemos investigar outros sinais de alerta para determinar se é uma cefaleia de origem primária ou secundária.

Figura 6: Avaliação inicial do paciente com cefaleia no Serviço de Emergência.



Fonte: Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas de Tumor Cerebral

O paciente apresentava ademais alterações no exame neurológico (força motora diminuída à direita), mudança no padrão da dor (dor de intensidade progressiva), e febre.

Quadro 6- Sinais de alerta para cefaleias secundárias

QUADRO 1 – SINAIS DE ALERTA PARA CEFALEIA SECUNDÁRIA (“MNEMÔNICO SNOOP”)	
S (Systemic)	Sinais sistêmicos como toxemia, rigidez de nuca, rash cutâneo, portadores de neoplasia ou HIV, usuários de imunossupressores.
N (Neurologic)	Presença de déficits neurológicos focais, edema de papila, convulsão
O (Older)	Cefaleia que iniciou após os 50 anos
O (Onset)	Cefaleia de início súbito ou primeira cefaleia
P (Pattern)	Mudança de padrão da cefaleia prévia ou cefaleia progressiva (intensidade, frequência ou duração) ou cefaleia refratária

Fonte: Manual de bases técnicas da oncologia

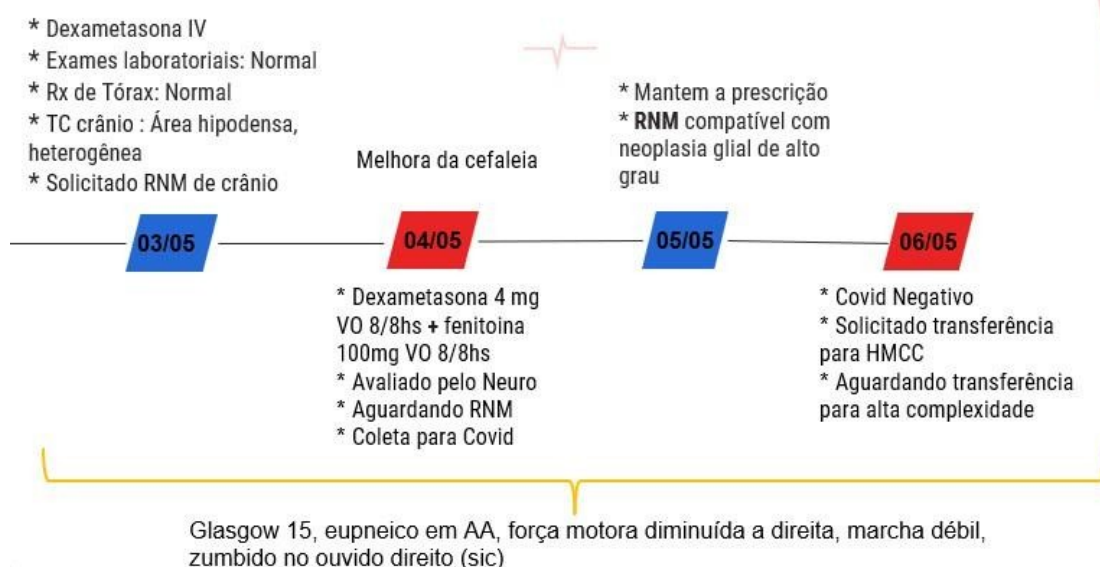
Como mencionado anteriormente, as cefaleias podem ser classificadas em primárias e secundárias. As cefaleias primárias são doenças cujo sintoma principal, porém não único, são episódios recorrentes de dor de cabeça (ex.: migrânea, cefaleia do tipo tensional e cefaleia em salvas).

As cefaleias secundárias são o sintoma de uma doença subjacente, neurológica ou sistêmica (ex: meningite, dengue, tumor cerebral).

O diagnóstico diferencial entre cefaleia primária ou secundária é essencial; a causa da cefaleia secundária habitualmente deve ser investigada por meio de exames complementares, lembrando nenhum exame de imagem ou teste é capaz de concluir diagnóstico de todos os distúrbios de cefaleia, por este motivo a investigação deve ser individualizada conforme a hipótese principal.

Para resumir a evolução do caso e condutas tomadas durante os dias em que o paciente esteve internado, resolvi traçar uma linha do tempo com os principais acontecimentos (figura 7)

Figura 7- Linha do tempo com evolução do caso clínico



Fonte: autoria própria

Na conduta inicial, o médico solicitou uma TC de crânio conforme o protocolo, em base aos sinais e sintomas apresentados, como parte da investigação de uma possível causa de origem secundária. Como observado na figura 8, o protocolo recomenda na presença de sintomas neurológicos focais, como no presente caso, a realização de uma TC e avaliação pelo Neurologista, ante as possíveis hipóteses diagnósticas (neoplasia do SNC, trauma, infecção ou hipertensão intracraniana).

Figura 8: Manejo do paciente com provável cefaleia secundária



Fonte: Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas de Tumor Cerebral

A TC evidenciou uma área hipodensa e heterogênea, apresentando focos de sangramento subcortical, demonstrando efeito de massa. Com o laudo deste exame complementar, meu raciocínio foi direcionado, como possíveis hipóteses, uma neoplasia do SNC, ou algum tipo de hemorragia que poderia estar causando esse efeito massa.

Mas como a TC não permite um maior grau de detalhamento na identificação de patologias do cérebro, foi solicitado posteriormente uma RM de crânio.

A ressonância magnética é útil para visualizar o cérebro e a medula espinhal, sendo considerada a melhor técnica para avaliar os tumores nessas áreas. Produz imagens que permitem determinar o tamanho e a localização de um tumor bem como a presença de metástases.

A RM demonstrou a presença de uma lesão expansiva/infiltrativa de aspecto heterogêneo centrada sobre a transição temporo-occipito-parietal esquerda, associado a edema perilesional que determina desvio de estruturas da linha média para a direita; determinando o diagnóstico de neoplasia glial de alto grau.

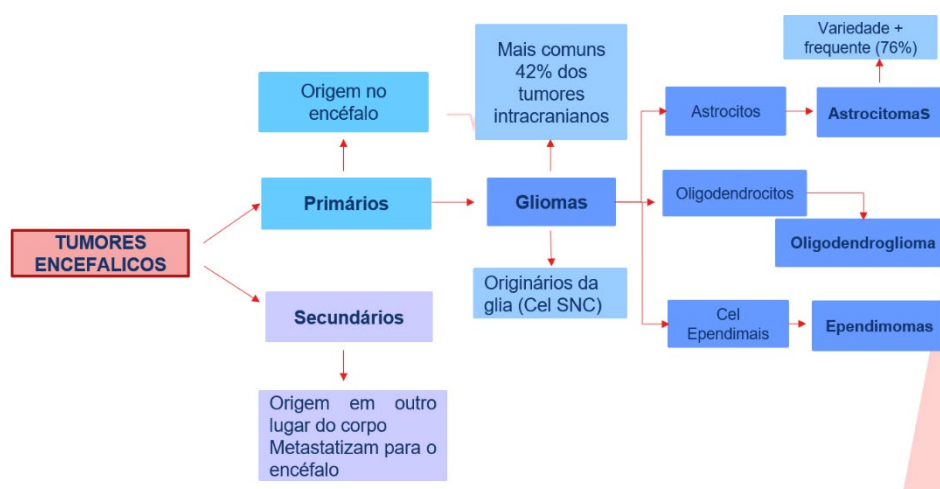
Geralmente é necessária uma biópsia do tumor para identificar o tipo de tumor e determinar se é canceroso. De acordo com o número de achados histopatológicos, os gliomas são classificados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em:

- Grau I: Lesões não infiltrativas, com baixo potencial proliferativo, sem atipias nucleares, mitoses, proliferação endotelial ou necrose;
- Grau II: Lesões em geral infiltrativas, com atipias nucleares e baixo índice mitótico, sem proliferação endotelial ou necrose;
- Grau III: Lesões infiltrativas, com dois critérios presentes, em geral atipias nucleares e alto índice mitótico;
- Grau IV: Lesões infiltrativas, com três ou quatro critérios presentes.

Os tumores cerebrais primários são um conjunto de neoplasias malignas originárias de células de sustentação do tecido nervoso (a glia).

As causas de tumores do SNC ainda são alvo de muitos estudos. Entende-se, atualmente, que essa doença é multifatorial, ou seja, é causada pelo somatório de várias alterações genéticas. Algumas dessas alterações são adquiridas durante a vida, por predisposição ou por exposição.

Figura 9- Classificação dos gliomas

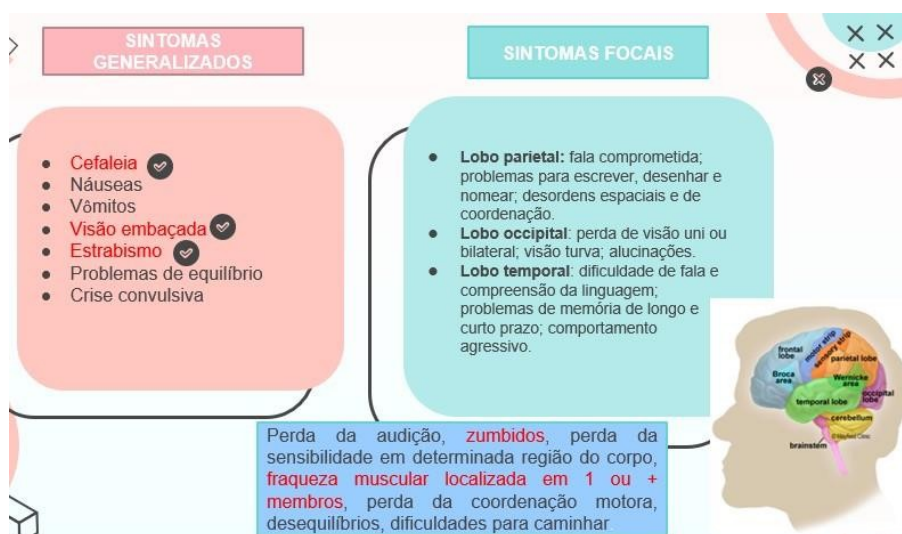


Fonte: autoria própria

Os sintomas de gliomas variam em função da localização do tumor, como evidenciado na RNM, o tumor foi localizado sobre a transição temporo-occipito-parietal. A figura número 10, mostra os sintomas generalizados e os sintomas focais que podem estar presentes quando essas áreas específicas do cérebro são afetadas. Muitos sintomas são decorrentes do aumento da pressão dentro do crânio: cefaleia, piora na função mental, ou problemas devido à pressão sobre as estruturas específicas do cérebro ou próximas dele, como no nervo óptico.

O paciente do caso referido, apresentou cefaléia, visão turva, diminuição da força muscular a direita, marcha débil e acufeno (zumbido no ouvido direito).

Figura 10- Sintomas apresentados de acordo com área cerebral afetada



Fonte: autoria própria

No referente ao tratamento inicial, foi prescrito dexamentasonaintravenosa. Ao apresentar melhora da cefaléia, foi trocado por dexametasona 4mg a cada 8 horas por via oral, associado a fenitoína 100mg a cada 8 horas por via oral.

Como estudado na literatura, o uso de corticosteróide (geralmente dexametasona 8-16 mg/dia) permite uma redução rápida do edema cerebral associado ao tumor e melhora os sintomas. Por outra parte, os antiepilépticos (como a fenitoína), são indicados em pacientes com convulsões; no entanto, o uso profilático de anticonvulsivantes fora da fase perioperatória não é indicado.

DESFECHO DO CASO

Os pacientes devem ser avaliados e o plano de tratamento determinado por uma equipe multidisciplinar especializada, incluindo neurocirurgião, oncologista clínico, radioterapeuta, patologista e neuroradiologista.

Dessa maneira, o paciente foi transferido para o Hospital Ministro Costa Cavalcanti, instituição referência para a Oncologia no Município de Foz do Iguaçu.

6 CASO CLINICO 4 - MANCHAS NO CORPO E FEBRE

RELATO DO CASO

Atendimento realizado no Pronto Socorro do HMPGL, no dia 02/07/2022.

Identificação (ID): J.S, 22 anos, sexo feminino, parda, estudante.

QP: Manchas no corpo e febre

HDA: Paciente encaminhada da UPA, devido a presença de diversas placas no corpo, associado a febre. A mesma relata que no dia 02/07, apresentou febre (39°C), edema palpebral e labial, além de diversas manchas no corpo, após festa de aniversário da sua amiga. Levada a UPA via SAMU, e posteriormente encaminhada ao HMPGL.

HPP: Histórico de reações alérgicas devido à leite, poeira e pelo de cachorro. Nega uso de medicações de forma contínua e alergias medicamentosas.

HV: Nega consumo de tabaco e álcool

EXAME FÍSICO

SSVV: Tec < 3s; FC 130 bpm; SatO2 96%; FR 20irpm.

Ectoscopia: BEG, LOTE, anictérica, acianótica, afebril, eupneica em aa, Apresentando placas eritematosas e edematosas difusas em tronco e membros, acompanhado de edema palpebral e labial.

ACV: BNF 2T, ritmo regular, sem sopro

AP: MV + em todos os campos, sem ruídos adventícios

ABD: plano, flácido, sem dor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias

NEURO: pupilas fotoisoreagentes, Glasgow 15

Pulsos periféricos presentes e amplios.

Conduta

- Prescrevo sintomáticos (prometazina 25mg IM + dexametasona 10mg EV + 0,3mg de adrenalina IM + ranitidina 25mg + dipirona)
- Solicito avaliação do Pediatra
- Observação na sala vermelha

A paciente apresentou boa evolução durante o plantão e foi encaminhada ao quarto para internamento.

DISCUSSÃO DO CASO

A anafilaxia é definida como uma reação multissistêmica grave de início agudo, em que alguns ou todos os seguintes sinais e sintomas podem estar presentes: urticária, angioedema, comprometimento respiratório e gastrointestinal e/ou hipotensão arterial. A ocorrência de dois ou mais destes sintomas imediatamente após a exposição ao alérgeno suspeito alerta para o diagnóstico e tratamento imediato.

Ante um paciente alérgico, é importante entender a diferença entre urticária, angioedema e anafilaxia:

Urticárias: caracterizam-se por erupção cutânea muito pruriginosa, com placas eritematosas elevadas de tamanho variado, únicas ou coalescentes com região central mais pálida.

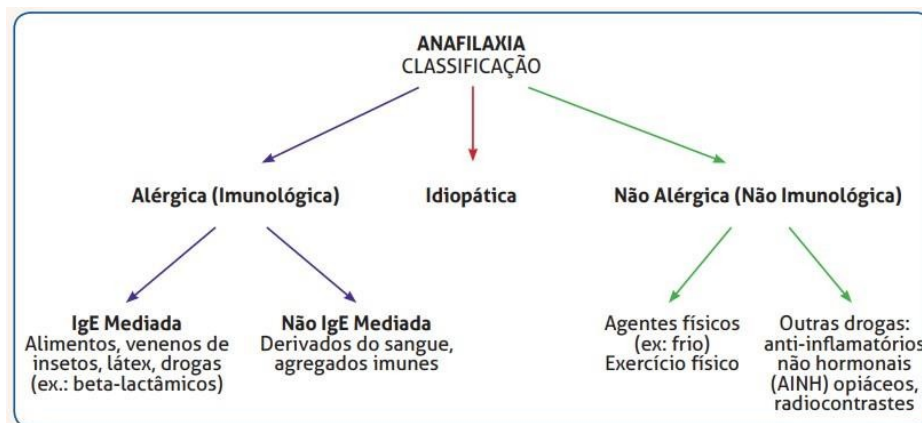
Angioedema: lesões que acometem as regiões do tecido conjuntivo e da derme, apresentando-se como edema sem cefaléia e bem delimitado de face, pálpebras, língua, mãos, pés, genitália, membranas mucosas e outras partes do corpo como a laringe, podendo causar dificuldade respiratória associada.

Referente a fisiopatologia, a anafilaxia é desencadeada por mecanismo imunologicamente mediado por IgE contra diferentes alérgenos, causando a liberação de histamina e outros mediadores de mastócitos e basófilos. Esses mediadores são responsáveis pela vasodilatação local e aumento da permeabilidade vascular.

Os casos onde o fator etiológico é desconhecido, são designados como "Anafilaxia idiopática"; independente do fator etiológico, o quadro clínico e mediadores químicos envolvidos são similares.

Na figura 11, encontra-se a classificação da anafilaxia de acordo com seus mecanismos fisiopatológicos, conforme Simon GA (2014).

Figura 11, classificação da anafilaxia segundo os mecanismos fisiopatológicos



Fonte: SIMON GA, 2014

O diagnóstico de anafilaxia é eminentemente clínico, sendo altamente provável quando qualquer um dos três critérios abaixo for preenchido:

- Início abrupto dos sintomas: ocorrendo de minutos a algumas horas com o envolvimento de pele, mucosas e, pelo menos, um dos seguintes: (a) envolvimento respiratório; (b) diminuição da PA com sintomas de disfunção orgânica.
- Ocorrência de dois ou mais dos seguintes sintomas após exposição ao alérgeno: (a) envolvimento de pele ou mucosas; (b) envolvimento respiratório; (c) diminuição da PA; (d) sintomas gastrintestinais persistentes.
- Redução da PA após exposição ao alérgeno a que o paciente tem predisposição.

Em relação ao caso relatado, a paciente apresentou exposição a um provável alérgeno e comprometimento respiratório, cutâneo e mucoso; encaixando no diagnóstico de anafilaxia segundo os critérios mencionados anteriormente. Além disso, no relato da paciente, foi evidenciado histórico de reações a alguns alérgenos (leite, poeira e pelo de cachorro), somando um dado importante que corrobora a hipótese diagnóstica principal.

Por ser uma emergência médica a anafilaxia requer o prontoreconhecimento do quadro clínico a fim de se preservar a permeabilidade das vias respiratórias, manter a pressão sanguínea e a oxigenação.

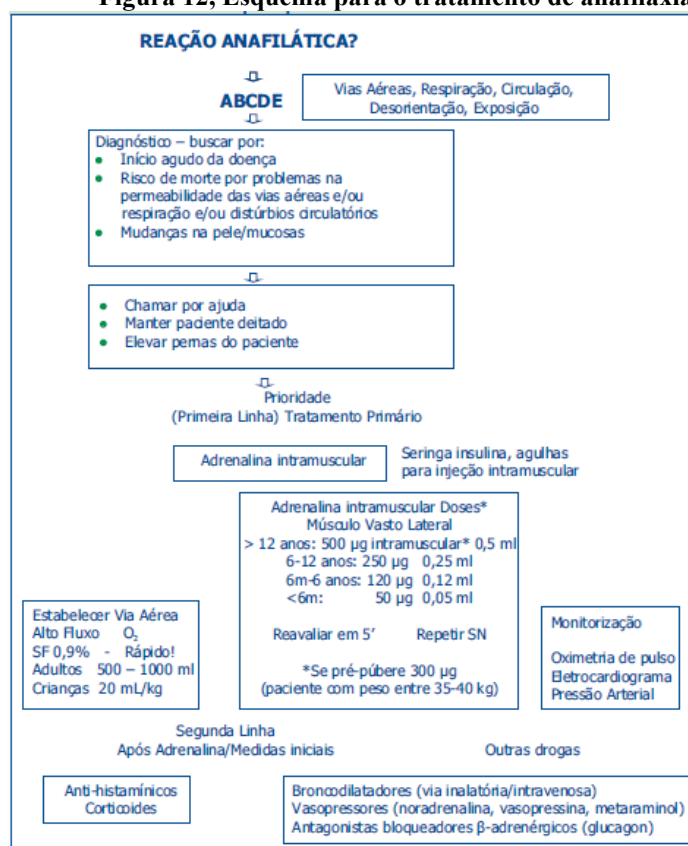
Em função de sua ampla atuação sobre os mecanismos fisiopatológicos da anafilaxia, a adrenalina é considerada a droga de primeira linha para seu tratamento, e sua prescrição precoce é essencial para reversão do quadro. A intervenção subsequente depende da resposta terapêutica à adrenalina e da gravidade da reação anafilática. Os anti-histamínicos (antagonistas H1 e H2) são considerados segunda linha no tratamento da reação anafilática, e, devido sua ação mais lenta, não deveriam ser utilizados isoladamente.

O terceiro passo seria a utilização de corticosteróides, quando administrados por via endovenosa, possuem ação anti inflamatória importante na prevenção dos sintomas tardios da anafilaxia.

Nos pacientes com broncoespasmo os agonistas beta-2 adrenérgicos como, por exemplo, o salbutamol por via inalatória, devem ser utilizados.

Como observado na conduta do médico plantonista, foi prescrito 0,3mg de adrenalina IM + prometazina 25mg IM (anti-histamínico H1) + ranitidina 25mg (anti-histamínico H2) + dexametasona 10mg EV (corticosteróide) + dipirona; conforme o protocolo de tratamento para anafilaxia, figura 12.

Figura 12, Esquema para o tratamento de anafilaxia



Fonte: Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia, 2011

A paciente apresentou melhora após a administração de adrenalina, ficando em observação.

Em geral, os agentes causais, tanto alimentos, como medicamentos ou outras substâncias, são aqueles aos quais o paciente já teve exposições anteriores (sejam elas evidentes ou ocultas). Assim, é fundamental a orientação a pacientes e familiares sobre o reconhecimento dos sinais precoces de um novo episódio de anafilaxia.

A paciente já apresentou reações alérgicas em menor intensidade, entanto familiar relatou não ter recebido orientações sobre como prevenir futuros episódios nos atendimentos anteriores, demonstrando a relevância de uma orientação adequada sobre sinais de alarme em uma reação alérgica, a fim de evitar hospitalizações subsequentes que podem ser fatais.

Ademais, é importante a orientação sobre a possibilidade de recorrência de sintomas até 12 horas após o episódio, em especial nos casos idiopáticos; na possibilidade de absorção contínua do alérgeno e na presença de asma mal controlada ou história anterior de reação bifásica. Dessa forma, deve ser fornecido um plano de ação para exacerbações, contendo informações escritas em linguagem clara, orientações de conduta, nome e dose dos medicamentos.

Por último, todos os pacientes com reações anafiláticas devem ser encaminhados ao especialista em alergia, para investigação etiológica, avaliação de riscos, prevenção de novos episódios e tratamento de comorbidades.

7 CASO CLINICO 5 - DOI QUANDO RESPIRO

RELATO DO CASO

Atendimento realizado no Pronto Socorro do HMPGL, no dia 21/06/2022.

ID: C.P.S, sexo feminino, 76 anos, moradora de Foz do Iguaçu, aposentada.

QP: "Doi quando respiro".

HDA: Paciente trazida pelo SAMU proveniente da UPA Walter, relata que há 16 dias iniciou quadro de coriza, tosse seca, astenia e dispnéia aos esforços. Evolui no dia 20/06 com dor torácica mecânica dependente, com irradiação as costas, febre (não aferida no domicílio), tosse produtiva com escarro de cor esverdeado e piora progressiva da dispnéia aos pequenos esforços, motivo pelo qual procurou atendimento na UPA. Nega sintomas urinários ou gastrointestinais. Nega uso de oxigênio suplementar na residência.

HPP: HAS em tratamento, Dislipidemia, Obesidade, DPOC (?).

MUC: Losartana 50 mg (1-0-1) (uso irregular). "Bombinha" nas crises de dispnéia. Não sabe referir outras medicações.

HV: Tabagista pesada (96 maços/ano). Nega etilismo, nega alergias medicamentosas.

EXAME FÍSICO

Sinais Vitais

Sat 91% em AA // FC 93 bpm // PA 137/93 mmHg // FR 27ipm /
/T: 36,6°

Ectoscopia: BEG, Acianótica, Anictérica, Hidratada, Normocorada.

Neuro: Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

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

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

ABD: Abdômen Globoso, RHA +, depressível, indolor à palpação, sem sinais de visceromegalias, sem sinais de peritonismo.

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

Hipóteses Diagnósticas:

- DPOC EXACERBADO?
- PNM?

Diagnóstico Sindrômico:

- Síndrome de Insuficiência Respiratória Crônica Agudizada.

Conduta:

- Prescrevo Salbutamol em spray 100mcg com espaçador 4jatos de 20/20minutos.
- Manutenção com 4 jatos de 4/4hs. // Terbutalina (A critério médico)
- Prescrevo antibioticoterapia DI 21/06 (Cefepime cloridrato 1ampola, IV, a cada 8/8 h.)

- Solicito exames laboratoriais (Hemograma completo, PCR, K⁺, Na⁺, Glicemia, Ureia, Creatinina, Magnésio, Lactato. // Gasometria arterial).
- Solicito TC de tórax. // Raio-x de tórax. // ECG.
- Vigiar padrão respiratório e hemodinâmico
- Aguarda vaga de UCI.

DISCUSSÃO DO CASO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é conhecida por ser uma doença com altas taxas de morbidade e mortalidade. Estima-se que mais de 50 milhões de pessoas no mundo tenham DPOC, sendo a quarta maior causa de morte no mundo e a única das dez maiores causas de mortalidade do mundo que continua em uma curva de ascensão. Ainda assim, observa-se que a maioria dos portadores de DPOC não são diagnosticados, nem tratados, chegando muitas vezes a emergência devido exacerbações respiratórias agudas.

A DPOC exacerbada são casos observados com frequência no pronto- socorro, sendo importante conhecer os critérios de classificação da gravidade, bem como o manejo correto, motivo pelo qual escolhi o estudo desse caso.

Nesse tipo de caso, é importante ter clareza sobre a diferença entre os termos DPOC e exacerbação.

DPOC é uma doença caracterizada por limitação não totalmente reversível ao fluxo aéreo, usualmente progressiva, devido a uma resposta inflamatória crônica excessiva nas vias aéreas e pulmões, somado à destruição progressiva do componente elástico do parênquima pulmonar, por exposição a partículas/gases tóxicos.

Por outra parte, exacerbação é um evento agudo caracterizado por piorados sintomas respiratórios, levando a uso mais frequente das medicações de resgate e uso de medicações adicionais. Desse modo, a piora dos sintomas de tosse, sibilos, dispnéia e da secreção por mais de três dias, é utilizada para o diagnóstico de exacerbação com base em sintomas clínicos. Na presença de um ou mais dos critérios de Anthonisen (piora da dispnéia, aumento do volume da expectoração e purulência da expectoração) define-se a exacerbação de DPOC.

No caso avaliado a paciente encaixa-se no quadro clínico esperado, a mesma apresentou piora progressiva dos sintomas com 16 dias de evolução, com quadro agudo nos últimos 4 dias, mudança de tosse seca para expectorante com catarro esverdeado, dispneia aos pequenos esforços e febre.

Além disso, os pacientes apresentam sintomas de broncoespasmo com sibilância e roncos, com murmúrio vesicular frequentemente diminuído. Como observado no exame físico, a paciente apresenta diminuição do murmúrio vesicular, associado a presença de sibilos em bases pulmonares e crepitações difusos.

A exacerbação pode ser leve, moderada ou grave, para essa classificação o GOLD (Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease) utiliza três critérios cardinais (quadro 7).

Quadro 7- Critérios para a classificação da exacerbação do DPOC

Critérios cardinais	Classificação
1. Piora da dispnéia	Leve: um dos critérios cardinais + um achado adicional.
2. Aumento da produção de escarro	Moderada: presença de dois dos três critérios cardinais.
3. Escarro que se torna purulento.	Grave: presença dos três critérios cardinais.

Fonte: adaptado de GOLD, 2019.

Segundo os critérios anteriores, a paciente é classificada na exacerbação grave, a mesma apresenta os três critérios cardinais, assim como piora progressiva do quadro clínico. Sendo solicitado vaga na UTI para melhor acompanhamento do caso, conduta adequada do médico plantonista, já que a exacerbação grave, e a suspeita de outros diagnósticos associados, nesse caso Pneumonia, são fatores indicadores de internação (quadro 8).

Quadro 8- Fatores indicadores de internação de exacerbação da DPOC

Incapacidade de ser cuidado em domicílio
DPOC muito grave
Falência de tratamento ambulatorial
Doenças associadas com repercussões clínicas: insuficiência cardíaca congestiva, diabetes mellitus, arritmia cardíaca, doença renal ativa ou doença hepática ativa
Suspeita de outros diagnósticos associados, tais como pneumonia, embolia, derrame pleural ou pneumotórax
Dispneia acentuada que não melhora com tratamento adequado
Frequência respiratória > 30 incursões por minuto
Respiração paradoxal
Instabilidade hemodinâmica
RNC (confusão mental, sonolência, torpor, coma);
Hipoxemia intensa e não responsiva ao uso de oxigênio ($pO_2 < 40$ mmHg);
Hipercapnia intensa ou progressiva ($pCO_2 > 60$ mmHg)
Acidose respiratória $pH < 7,35$

Fonte: Ceará. Secretaria da Saúde do Estado, 2010

Os exames complementares a realizar dependerá da gravidade da exacerbação, como a paciente foi classificada com exacerbação grave, além dos exames laboratoriais de rotina, é útil solicitar exames de imagem como radiografia do tórax, podendo mostrar pneumonias, pneumotórax ou sinais de congestão pulmonar.

Também uma tomografia de tórax pode ser realizada para avaliar etiologias alternativas da dispneia e outros fatores precipitantes.

TC TÓRAX: Áreas de consolidação são observadas no segmento posterior do lobo superior do pulmão esquerdo e no segmento basal posterior do lado inferior do pulmão direito, devendo corresponder a alterações infecciosas agudas (pneumonia).

O eletrocardiograma realizado não apresentou alterações, descartando possíveis taquiarritmias (flutter, fibrilação atrial e taquicardia atrial multifocal) que são comuns em pacientes com DPOC.

Como evidenciado, os sintomas apresentados pela paciente, assim como as alterações observadas na TC de tórax são sugestivos de DPOC exacerbado por pneumonia.

Embora não haja uma definição clara de exacerbação de DPOC, sabemos que uma ampla gama de fatores pode dispará-la (Figura n). A maioria é causada por agentes infecciosos, como vírus ou bactérias, por agentes ambientais, como poluição atmosférica e umidade relativa do ar, pelo uso inadequado da medicação e por intercorrências de morbidades associadas.

Esses estímulos ativam células epiteliais das vias aéreas e macrófagos com liberação de citocinas inflamatórias incluindo o fator de necrose tumoral (TNF- α), interleucina 6 (IL-6) e interleucina (IL-8). Essas citocinas levam ao recrutamento de neutrófilos e à liberação de espécies reativas oxidantes e proteases de neutrófilos ativados, que ampliam o processo inflamatório. Dessa maneira, durante a exacerbação, usualmente um processo inflamatório importante é responsável pela piora do paciente. A neutropenia das vias aéreas, bem como mediadores sistêmicos e locais de inflamação (IL-8 e TNF- α) aumentam durante as exacerbações da DPOC; causando danos no epitélio das vias aéreas agravando a inflamação e limitação do fluxo aéreo.

Quadro 9- Identificação das possíveis causas da exacerbação da DPOC

Infecções	80% principalmente viral
Poluição ambiental	
Não aderência à medicação	
Doença moderada/grave sem tratamento, com piora da função	20%
Complicações respiratórias: pneumotórax, embolia	
Complicações extra-pulmonares: doença coronariana, arritmia, IC	

Fonte: Ceará. Secretaria da Saúde do Estado, 2010

Em relação ao tratamento, segundo os critérios de Anthonisen, o uso de antibióticos é indicado em pacientes com sinais clínicos de infecção bacteriana (agravamento dos sintomas de tosse, dispneia e aumento da secreção purulenta); dessa maneira, foi prescrito Cefepime cloridrato 1 ampola, IV, a cada 8/8 h.

Não há diferença significativa entre os vários tipos de antibióticos descritos, tanto no sucesso terapêutico, como na possibilidade de cura da exacerbação.

O uso de broncodilatadores é indispensável no tratamento das exacerbações com o objetivo de melhorar a dispneia; a recomendação é que se use aqueles agonistas adrenérgicos de curta duração (salbutamol, fenoterol e terbutalina) em intervalos mais curtos (de 4 em 4 h) em doses de 200-400 μ g por via inalatória. Seguindo adequadamente o protocolo o Salbutamol em spray 100 mcg com jatos de 20/20 minutos, foi a medicação e dose escolhida pelo médico.

Existe evidências demonstrando que a corticoterapia sistêmica pode ter certo efeito anti-inflamatório e acrescentar algum benefício para o tratamento da exacerbação aguda reduzindo o tempo de internação.

Por último, a importância da oxigenoterapia deve ser lembrada com o objetivo de manter a saturação de oxigênio $\geq 90\%$ em ar ambiente ou que se retorne aos níveis anteriores aos da agudização. Importante comentar que deve-se usar o menor fluxo de oxigênio possível para evitar a hipercapnia.

DESFECHO DO CASO

Achou adequadas às condutas realizadas pelo médico em relação ao tratamento, seguindo o fluxograma de atendimento nesse tipo de casos, com posterior melhora clínica da paciente; ainda assim a mesma foi transferida para UTI para observação da evolução do quadro clínico.

8 CASO CLINICO 6 – REBAIXOU DO NADA

RELATO DO CASO

Queixa principal: Rebaixo do nada

História da doença atual: paciente nefropata crônica, estava realizando diálise quando evoluiu com mal-estar e hipotensão, sendo infundido 500 ml de SF 0,9% com melhora do quadro pressórico. Entre tanto, paciente evoluiu com afasia de expressão e diminuição de força em hemicorpo direito, sendo trazida pelo SAMU ao hospital municipal. Ao chegar no serviço, a paciente já havia recuperado a força em todos os membros e estava comunicativa. No momento, queixa-se apenas de cefaleia

HMP : HAS. Colecistectomizada. ICFER.

MUC : Carbonato de cálcio. Multivitaminas. Lasartana 50 mg 1 cp a noite. Quetiapina 100mg 0,5 cp a noite. Carvedilol 3,125mg 1 cp de 12/12h

Exame Físico

SSVV: PA 179/86 // FC 82 // SatO2 95%

Ectoscopia: paciente em BEG, normocorada, eupneica, desidratada +/-, acianótica, anictérica.

ACV: bulhas normofonéticas, rítmicas, em 2 tempos, sem sopros.

AP: murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios.

ABM: abdômen plano, flácido, ruídos hidroaéreos presentes em todos os focos de ausculta, indolor à palpação superficial e profunda.

MM: sem edema, bem perfundidas, TEC < 3s

NEURO: Consciente, lúcida, orientada, glasgow 15. Sem perda de força em membros.

Hipótese diagnóstica

- AIT ?
- AVE?

Conduta:

- Suporte clínico
- Sintomáticos
- Solicitado exames de admissão
- Solicitado TC de crânio
- Solicitado ecocardio
- Solicitado Ecodoppler de carótidas
- Solicito aval da vascular
- Medidas para AVCi
- Vigiar padrão neurológico e hemodinâmico
- Solicitar vaga de UCI

DISCUSSÃO DO CASO

Segundo o caso clínico relatado anteriormente, a paciente apresentou o que é conhecido como ataque isquêmico transitório (AIT).

O AIT é definido como um início súbito de um sintoma neurológico focal e/ou sinal com duração inferior a 24 horas, provocado por uma diminuição transitória no fluxo sanguíneo, que torna o cérebro isquêmico na área de produção do sintoma. Chama-se ataque por ser agudo, abrupto e transitório por durar minutos (de 2 a 15 min) e regredir espontaneamente.

Quando sintomas neurológicos focais superam 24 horas são chamados de acidente vascular cerebral (AVC), onde o comprometimento é maior e há infarto tecidual.

Dessa maneira, os AITs diferem de acidentes vasculares cerebrais isquêmicos, pois AITs não parecem causar lesões cerebrais permanentes. Ou seja, os sintomas do AIT resolvem-se completa e rapidamente e poucas células do cérebro morrem, pelo menos não o suficiente para causar alguma alteração que possa ser detectada por diagnóstico por imagem do cérebro ou por um exame neurológico.

Ainda assim é importante lembrar que os AIT podem constituir um sinal de alerta de um acidente vascular cerebral isquêmico iminente; evidenciando-se que o risco é maior durante as primeiras 24 a 48 horas após um AIT.

No referente às causas, a maior parte dos AIT ocorre quando um fragmento de um coágulo de sangue (trombo) ou de material gorduroso (ateroma ou placa), devido à aterosclerose, separa-se do coração ou da parede de uma artéria, entra no fluxo sanguíneo (convertendo-se num êmbolo) e se aloja numa das artérias que irrigam o cérebro. Aterosclerose, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus favorecem esse processo.

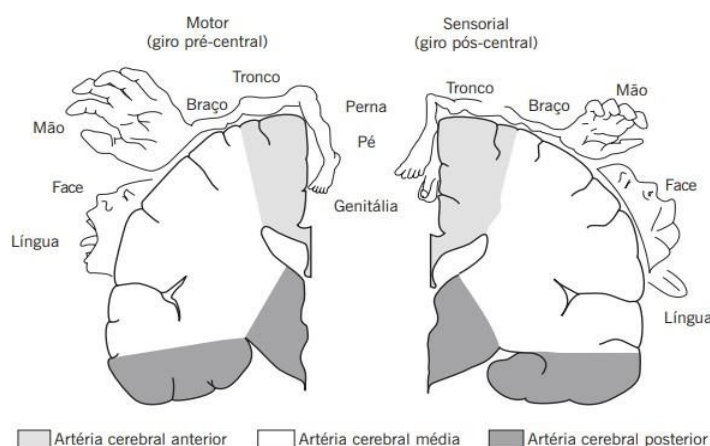
Os déficits observados após um AIT ou AVC isquêmico são diretamente relacionados à região afetada do cérebro, tornando útil o conhecimento sobre a circulação cerebral para que sejam antecipados possíveis déficits posteriores.

A Figura 16 mostra o suprimento arterial do córtex primário sensorial. Por exemplo, um amplo infarto da artéria cerebral média (ACM), decorrente de uma oclusão total ou quase total, geralmente se apresenta como hemiplegia e hemiparesia no lado contralateral do corpo. A afasia global, envolvendo tanto a afasia expressiva quanto a receptiva, poderá estar presente se o hemisfério envolvido for o dominante.

O envolvimento da artéria cerebral anterior (ACA) gera déficit motore/ou sensitivo com predomínio de MMII e distúrbios do comportamento.

A artéria basilar, advinda da artéria vertebral, irriga principalmente a área de tronco encefálico e cerebelo, sendo acometidos nervos cranianos, funções do cerebelo, tronco encefálico e lobo occipital.

Figura 13- Suprimento arterial do córtex primário motor e sensorial



Fonte: Greenberg DA, Simon RP. Clinical Neurology, 2009

Por isso as manifestações de derrames, transitórios ou definitivos, são variadas. Mesmo assim, existem sintomas comuns: fraqueza bilateral dos membros, vertigem, perda auditiva, hemianopsia ou diplopia, rebaixamento do nível de consciência, ataxia e lesões referentes aos nervos cranianos.

A paciente apresentou-se à unidade de emergências com hemiparesia do lado direito do corpo e afasia expressiva; assumindo-se que a área inicialmente comprometida foi a que controla o movimento do braço (área motora no lobo frontal contralateral, ou seja, do lado esquerdo do cérebro); ademais atingiu também a área de Broca, córtex responsável pela motricidade da fala.

Os exames complementares que podem ser solicitados para auxiliar no diagnóstico são:

Exames de sangue para verificar se há distúrbios, tais como anemia e policitemia, e fatores de risco, tais como níveis elevados de colesterol ou diabetes.

Tomografia computadorizada do crânio (TC): objetiva identificar a natureza isquêmica ou hemorrágica da doença vascular, informar a extensão topografia da lesão, excluir possíveis diagnósticos diferenciais e identificar complicações.

Deve ser realizada prontamente e repetida em 24-48 h nos casos em que não sejam evidenciadas alterações no exame inicial ou de evolução insatisfatória.

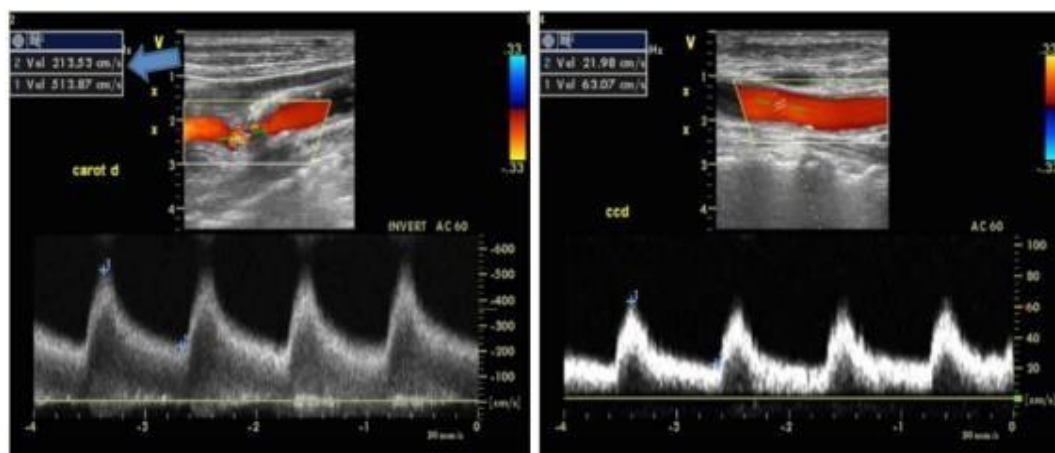
Angioressonância, angiotomografia ou o ultrassom com Doppler: ajudam a determinar se uma artéria no cérebro está obstruída, qual artéria está obstruída e a extensão da obstrução.

Ecocardiograma para verificar o coração quanto a coágulos sanguíneos, bombeamento ou anormalidades estruturais e valvulopatias

Assim, em suspeita de um AIT, além dos exames laboratoriais de admissão, foi solicitado uma TC de crânio, ecocardiograma e ultrassom com Doppler de carótidas.

No Doppler de carótidas, foi evidenciado aterosclerose com oclusão bilateral de mais de 90% da artéria. Aguarda-se o resultado dos demais exames de imagem.

Figura 14- Estenose da artéria carótida interna. VDF (velocidade diastólica final) > 140 cm/s compatível com estenose $\geq 80\%$.



Fonte: PETISCO, 2015

O AIT e o AVC são emergência médica porque os tratamentos disponíveis são mais eficazes se realizados nas primeiras horas.

É importante calcular o escore ABCD 2 (quadro 10), utilizado como preditor de risco de AVC isquêmico, durante os primeiros sete dias após a ocorrência de um Ataque Isquêmico Transitório (AIT).

Quadro 10- Escore ABCD 2

Fator de Risco			Categoria	Escore
A	Idade (AGE)		Idade ≥ 60 anos Idade < 60 anos	1 0
B	Pressão arterial (	Blood Pressure)	PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg Outro	1 0
C	Sintomas clínicos (	Clinicas Symptoms)	Fraqueza unilateral Distúrbio de linguagem Outro	2 1 0
D	Duração do AIT (	Duration of TIA)	≥ 60 minutos 10 - 59 minutos < 10 minutos	2 1 0
D	Diabetes		Sim Não	1 0
Total				0 - 7

Fonte: Johnston SC, 2007

- Começamos a aspirina sozinha para AIT de baixo risco, definida por um escore ABCD 2 < 4 . A aspirina é feita em dose de ataque de 160 a 325 mg, seguida de 50 a 100 mg por dia;
- Para AIT de alto risco, definido por um escore ABCD 2 ≥ 4 , iniciamos a terapia antiplaquetária dupla, usando aspirina mais clopidogrel nos primeiros 21 dias. O clopidogrel é utilizado em dose de ataque de 300 a 600 mg, seguido de 75 mg por dia.

Em relação ao tratamento, estudos demonstram que a terapia antiplaquetária deve ser iniciada imediatamente na suspeita de AIT enquanto avaliamos o mecanismo isquêmico (são exceções os pacientes que estão em anticoagulação oral).

Ademais para prevenir um acidente vascular cerebral, deve-se controlar, na medida do possível, os principais fatores de risco: hipertensão arterial, níveis altos de colesterol, tabagismo, diabetes.

No caso relatado, a paciente apresentou um escore ABCD 2 $\geq$ 4, encaixando-se em AIT de alto risco, precisando de terapia antiplaquetária dupla.

Foi prescrito pelo médico, aspirina 100mg, 2 comprimidos por dia + clopidogrel 75 mg, 1 comprimido por dia. Também foi dado carvedilol 1 comprimido a cada 12 horas. Seguindo o protocolo de tratamento para AIT a medicação escolhida foi adequada e na dose certa, lembrando que a paciente em questão é nefropata crônica, a dose recomendada de AAS 100 mg/dia (se alergia ou intolerância à AAS), sendo necessário ter cautela na administração dessa medicação.

Na chegada a paciente apresentou uma PA 179/86, motivo pelo qual foi administrado adicionalmente o carvedilol, já que em pacientes hipertensos é recomendado ajustar anti-hipertensivo se pressão arterial (PA) sistólica $>$ 140 mmHg ou iniciar se o paciente ainda não utilizava nenhum medicamento anti-hipertensivo.

DESFECHO DO CASO

A paciente foi transferida para a UTI para melhor avaliação e acompanhamento do caso, precisando estar em observação, lembrando que o risco de evoluir com um acidente vascular cerebral isquêmico é maior durante as primeiras 24 a 48 horas após um AIT.

9 CASO CLINICO 7- NÃO CONSIGO RESPIRAR

RELATO DO CASO

Atendimento realizado na sala vermelha da UPA João Smaek no dia 04/07/22.

Identificação: M.A.S, sexo feminino, 44 anos, moradora de Foz do Iguaçu.

Queixa principal: Não consigo respirar

História da doença atual: paciente alcoólatra, vítima de queda do mesmo nível após ingestão de álcool há 03 dias apresentando

dor progressiva em região de arcos costais a direita. Relata que hoje apresentou piora importante do quadro de dor com dificuldade para respirar procurando atendimento médico. Nega demais traumas.

HMP: HAS, em uso de losartana, clonazepam e amitriptilina. Nega alergia medicamentosa. ex tabagista.

Exame Físico

SSVV: PA125 / 75 mmHg // FC 110 // SatO2 82% // T 36,7 °C

Ectoscopia: paciente em beg, lote, normocorada, anictérica, acianótica, glasgow 15

Neurológico: Consciente, lúcida, orientada, Glasgow 15. Sem perda de força em membros.

Cardiovascular: bulhas normofonéticas, rítmicas, em 2 tempos, sem sopro

Respiratório: MV presente bilateralmente sem ruídos adventícios, ausculta diminuída a direita com dor a palpação de arcos costais, Sat:82% em AA.

Abdominal: flácido, indolor a palpação superficial e profunda.

Extremidades: sem alterações.

RX de Torax: fratura de 3 arcos costais + pneumotorax a direita

Hipótese diagnóstica: pneumotorax traumático

Conduta:

- Realizo toracostomia pleural fechada sem intercorrências com saída de moderada quantidade de ar, no momento saturando 94% em ar ambiente.
- Solicito transferência ao HMPGL para acompanhamento
- Prescrevo sintomáticos
- Rx de controle pós toracostomia

DISCUSSÃO DO CASO

O pneumotórax é causado pela retenção e acúmulo de ar livre na parte interna da cavidade pleural, que vá originar algum grau de colapso pulmonar.

Mas como surge um pneumotórax?

O pneumotórax ocorre quando há uma lesão da pleura e o ar que deveria estar apenas dentro do pulmão, começa a vazar para a cavidade torácica. Como o pulmão fica insuflado devido à pressão negativa do tórax, qualquer vazamento de ar para essa região eleva a pressão e favorece o colapso do mesmo. O ar que deveria estar expandindo o pulmão, está agora do lado de fora, comprimindo-o.

Com a entrada de ar para dentro do tórax, o pulmão não consegue mais se expandir, pois não há mais a pressão negativa necessária para mantê-lo insuflado.

Para entender mais facilmente o mecanismo, podemos dizer, que o pulmão começa a funcionar como um balão furado, o ar que chega pela traqueia sai imediatamente em direção ao tórax, sem ser capaz de insuflá-lo.

Figura 15. Fisiopatologia do pneumotórax.



Fonte: Manuais MSD, 2022.

De acordo com a etiologia (quadro 11), pode ser classificado em pneumotórax espontâneo (primário e secundário) e adquirido (traumático). O espontâneo é a forma mais comum, quando tem etiologia primária é causado pela ruptura das bolhas apicais da superfície pulmonar, já o secundário ocorre em pacientes com pneumopatias subjacentes.

A forma adquirida, também conhecida como traumático, surge decorrente de traumas abertos ou fechados, podendo ser ocasionado também por um procedimento intervencionista.

Quadro 11. Classificação do Pneumotórax de acordo a etiologia

TIPOS	ETIOLOGIA
Espontâneo	
Primário	Rotura de bolhas subpleurais
Secundário	DPOC
	Fibrose Cística
	Neoplasias
	Infecções
	Catamenial
Adquirido	
	Trauma Fechado
	Trauma Aberto
	Toracocentese
	Punção de Veias Centrais

Fonte: Autoria própria

Entanto, também pode ser classificado de acordo a gravidade em simples, hipertensivo e aberto.

O pneumotórax simples tem, em geral, apenas modestas repercussões clínicas a menos que o paciente tenha uma reserva respiratória limitada ou esteja sendo ventilado de forma mecânica. Radiologicamente, tende a ser pequeno e sem deslocamento mediastinal para o lado contralateral.

Já no pneumotórax hipertensivo ocorre entrada do ar na cavidade pleural de forma unidirecional, fazendo com que a pressão no hemitórax colapse o pulmão e desvie o mediastino e suas estruturas para o outro lado. O resultado tende a ser insuficiência respiratória por compressão do pulmão normal contralateral e hipotensão (e até mesmo choque do tipo obstrutivo) por compressão da veia cava.

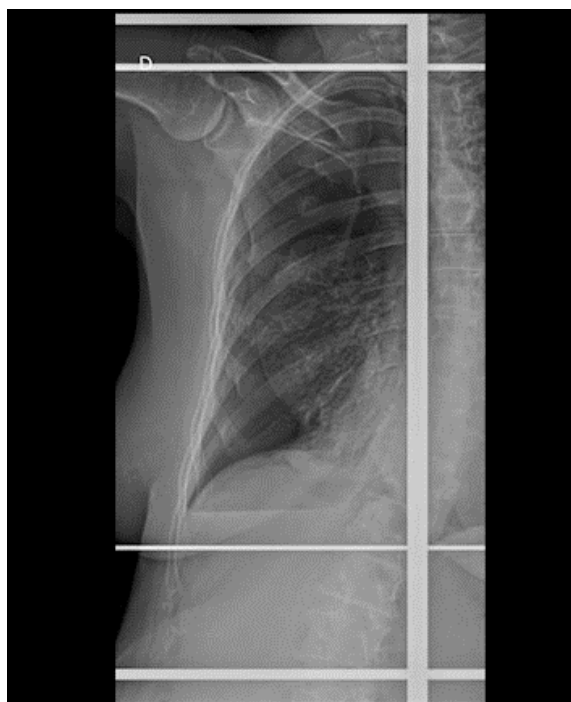
O diagnóstico do pneumotórax deve ser suspeitado a partir da história clínica e dos sintomas do paciente.

Dessa maneira no caso estudado, os dados obtidos da história clínica assim como no exame físico foram importantes para determinar a principal hipótese diagnóstica, Pneumotórax traumático; lembrando que a paciente relatou queda do mesmo nível após ingestão de álcool com posterior início de dor no local do trauma, associado a dispnéia progressiva. Evidenciando ademais no exame físico, a ausculta pulmonar diminuída no pulmão direito e saturação 82% em ar ambiente.

Sinais e sintomas que encaixam no quadro clínico apresentado no Pneumotórax, sendo que frequentemente o principal sintoma apresentado pelos pacientes, é uma súbita dor torácica de grande intensidade associada à dificuldade para respirar.

Na radiografia de tórax realizada (figura 16), foi observado a fratura de 3 arcos costais e pneumotórax a direita, confirmando a hipótese diagnóstica. Porém, a paciente estava hemodinamicamente estável (não hipotensa), acianótica, sem rebaixamento do nível de consciência, distensão das veias jugulares, ou desvio da traqueia para o lado contralateral da lesão; afastando a possibilidade de um Pneumotórax Hipertensivo.

Figura16. Rx de tórax da paciente M.A.S



Fonte: Sistemas de informações e prontuário eletrônico RP Saúde, 2022.

O pneumotórax é uma emergência médica, por tanto seu tratamento deve suceder imediatamente ao diagnóstico. Desse modo, foi realizada a drenagem torácica no 5º espaço intercostal à direita, anteriormente à linha axilar média, sem intercorrências; com saída de moderada quantidade de ar, apresentando melhora na saturação (94% em ar ambiente). Colocado dreno de tórax a direita em selo D'agua, sem presença de débito posteriormente.

DESFECHO DO CASO

Achou a conduta realizada pelo médico pertinente, já que o tratamento definitivo do pneumotórax simples é realizado através da colocação de dreno torácico. Além disso, é indicado a realização de uma radiografia de tórax para confirmar o correto posicionamento do dreno.

Conforme a literatura, a colocação do dreno torácico deve ser realizada em todos os pacientes que apresentaram um pneumotórax hipertensivo manejado através de toracocentese com agulha e em todos os pacientes que são diagnosticados com um pneumotórax simples ou oculto durante a avaliação secundária.

A paciente em questão estava hemodinamicamente estável e apresentou uma melhora na saturação, permanecendo em observação, aguardando vaga no HMPGL para melhor acompanhamento.

10 CASO CLÍNICO 8 – SONOLÊNCIA MAIS DESCONFORTO RESPIRATÓRIO E VÔMITO

RELATO DO CASO

Atendimento realizado no PS do Hospital de São Miguel no dia 25/05/22.

ID: A.M, sexo masculino, 44 anos, morador de São Miguel do Iguaçu.

QP: sonolência + desconforto respiratório + vômito.

HDA: Paciente psiquiátrico deu entrada no pronto atendimento trazido pelo SAMU, acompanhado pela mãe, apresentando dispneia + esforço respiratório, sonolência, hipossaturando 85% em AA. Mãe relata que há 01 semana aproximadamente início com sintomas gripais + episódio febril (38 C), sem melhora com uso de dipirona. Além disso, refere que quando foi administrar a medicação de rotina (clobazam 10 mg, vigabatrin 500mg, fenobarbital 100mg), logo em seguida, evoluiu com

náuseas, vômito e sonolência. Durante avaliação do paciente apresenta-se comatoso, com sinais de bronco aspiração.

HMP: Epilepsia + transtorno neuropsiquiátrico.

MUC: clobazam 10 mg, vigabatrin 500mg, fenobarbital 100mg

Exame Físico

SSVV: PA125 / 75 mmHg // FC 110 // FR 24// SatO2 82% // T

37,8°C **Ectoscopia:** REG, hidratado, normocorado, anictérico, acianótico, afebril. **NEURO:** comatoso, Glasgow 8/15 (O:2/ V:2 /M:4) avaliado durante efeito sedativo provável da medicação de uso contínuo; pupilas isofotorreagente, sem sinais de irritação meníngea ou focais.

ACV: BCRNF em 2T, sem sopro. TEC <2 segundos.

AP: taquidispneico, MV presente bilateralmente, estertores crepitantes e roncos, SPO2: 82% em AA.

ABD: plano, RH +, sem dor a palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal.

MM: sem alterações.

- **Diagnóstico sindrômico:** Síndrome aspirativa pulmonares
- **Hipótese diagnóstica:** Pneumonia aspirativa
- **Diagnósticos diferenciais:** Pneumonite química aspirativa, Pneumonia adquirida na comunidade (PAC), Pneumonia associada à ventilação mecânica, Pneumonia hospitalar, Fibrose pulmonar, Covid 19, Obstrução de via aérea.

Conduta:

- Prescrevo: Levofloxacino 500mg, 1 AMP 24/24 h (DI 25-5/D7), Azitromicina 500mg, 1 cp 24/24h (DI 25-5/D7), Dipirona 1 AMP 6/6 h, Metoclopramida 1 AMP 8/8 h, Salbutamol 6 puff 8/8 h com espaçador, Ipratropio 30gts + SF 0,9 % 5 ml a cada 6/6 h, Omeprazol 20mg 1cp 24/24h, RL 1000 ml agora, O2 por CN de 2-5 L/MIN se SPO2 < 95%.

- Suspendo Clobazam
- Solicito RX de tórax PA + perfil
- Solicito exames de admissão
- Solicito teste rápido de covid – 19

DISCUSSÃO DO CASO

Nesse caso o paciente em questão é um paciente psiquiátrico, acamado, que faz uso contínuo de clobazam, vigabatrin, fenobarbital. O mesmo iniciou há 1 semana com quadro clínico de dispneia, associado a esforço respiratório, e um episódio febril. Ao fazer uso da medicação contínua, imediatamente, começou com náuseas, vômitos e sonolência (Glasgow 8/15).

A pneumonia é a inflamação aguda dos pulmões causada pela penetração de um agente infeccioso ou irritante (bactérias, vírus, fungos e por reações alérgicas) no espaço alveolar. O desenvolvimento dessa doença depende da virulência do invasor, da quantidade de micróbios que conseguem chegar aos pulmões e das condições imunológicas do paciente.

Podem ser classificadas de acordo com o mecanismo de origem: pneumonia adquirida na comunidade (PAC), pneumonia nosocomial e pneumonia aspirativa.

O termo pneumonia aspirativa refere-se a um processo infeccioso, que resulta da entrada anormal de fluido, partículas ou secreção endógena nas vias aéreas inferiores.

A sintomatologia da aspiração é explicada pela resposta inflamatória ao material infeccioso ou irritante no trato respiratório inferior. As citocinas pró-inflamatórias aumentam a permeabilidade capilar e levam à presença de fluido e células inflamatórias na área de irritação. Essas reações podem se manifestar clinicamente como tosse, dor torácica pleurítica (piora à inspiração), febre e achados radiológicos compatíveis (consolidações focais unilaterais ou em mosaico, infiltrado bilateral ou padrões intersticiais).

É uma forma de pneumonia comum em pacientes com nível de consciência reduzido, que perdem a capacidade de tossir ou de engolir a própria saliva, fazendo com que as secreções da cavidade oral caiam nas vias respiratórias. A via aérea desse tipo de paciente fica exposta a uma quantidade imensa de micróbios, muito maior do que o

habitual, favorecendo o desenvolvimento da pneumonia.

O quadro clínico apresentado pelo paciente abrange várias possibilidades diagnósticas relacionadas a síndromes gripais, assim como infecções das vias aéreas inferiores.

No primeiro momento podemos pensar em muitas possibilidades ante um quadro clínico típico relacionado a sintomas respiratórios, mas no decorrer do relato da acompanhante (mãe), evidenciamos dados relevantes, como por exemplo, o paciente faz uso de vários medicamentos com efeito sedativo e antipsicótico, que contribuem para ele permanecer num estado sonolento, além disso, a mãe relata que após de administrar a medicação de rotina o paciente apresentou náuseas e vômito; fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de pneumonia por aspiração.

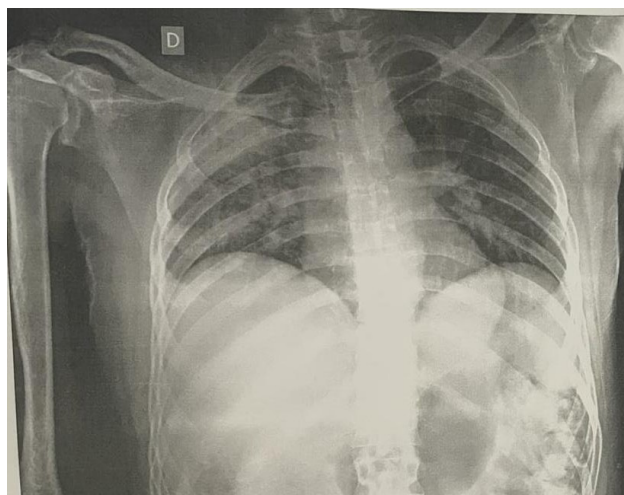
Segundo a literatura, o principal achado clínico para o diagnóstico das síndromes aspirativas é a presença de pneumonia (etiologia infecciosa, bacteriana) ou pneumonite (etiologia química) associada a um fator de risco precipitante importante, como rebaixamento do nível de consciência ou alteração da deglutição.

O diagnóstico de pneumonias aspirativas pode ser realizado com certeza quando o paciente apresenta risco presumido ou aspiração documentada associados a:

- Hipoxemia nova, febre, taquipneia ou leucocitose.
- Infiltrado pulmonar em regiões pulmonares gravidade-dependentes, visualizados em exames radiológicos.
- Achados de imagem em segmento posterior de lobos superiores e segmentos superiores de lobos inferiores (depende da posição em que ocorreu a aspiração).

O paciente apresentou-se taquipneico (FR 24), febril (37,8°C), hipoxêmico (SatO₂ 82%), com sintomatologia respiratória e achados radiográficos (figura 17) compatíveis com o quadro clínico frequentemente desenvolvido na Pneumonia; além de evidenciar leucocitose (17.000) no hemograma completo e PCR 26 mg/L; classificando para uma Pneumonia de origem aspirativa.

Figura 17. Rx de tórax do paciente A.M



Fonte: Sistema de prontuário eletrônico Vivace/Tasy, HMPGL

Pneumonite aspirativa pode ser descartada como diagnósticodiferencial, uma vez que nessa patologia a aspiração de conteúdo gástrico causa lesão ao epitélio da mucosa traqueobrônquica e ao parênquima pulmonar provocando broncoespasmo, expectoração com sangue, ou espumosa. Também pode se descartar Covid-19, realizado teste rápido com resultado negativo.

Pacientes em casa de repouso com agravamento dos sintomas, febre, tosse ou expectoração, hipoxemia, ou infiltrado radiográfico devem ser considerados como apresentado pneumonia por aspiração e receber antibióticos. Assim, nas pneumonias aspirativas com risco de infecção por bactérias anaeróbias, a combinação de clindamicina 600 mg a cada 8 horas ou 6 horas com ceftriaxona 2 gramas ao dia seria o tratamento de primeira escolha.

Pacientes com evidência definitiva de infecção devem iniciar tratamento com antibióticos e, em seguida, admitidos no hospital.

Oxigênio deve ser usado se necessário e, possivelmente, os antibióticos devem ser iniciados, o paciente cuidadosamente observado durante 12 a 24 horas. As principais drogas usadas para as pneumonias comunitárias são a amoxicilina com ácido clavulânico, azitromicina, claritromicina, ceftriaxona, levofloxacino e moxifloxacino. Esperam-se sinais de melhora a partir do segundo ou terceiro dia de tratamento.

11 CASO CLÍNICO 9 – DENGUE

RELATO DO CASO

Atendimento realizado na UPA Joao Samek no dia 04/07/22.

ID: S.P, sexo masculino, 50 anos, residente em Foz do Iguaçu.

QP: Muito vômito.

HDA: paciente em acompanhamento para dengue há 7 dias, procura a UPA novamente por inapetência e persistência dos episódios de vômito; hoje (04/07) apresentou tontura e exantema cutâneo.

Refere quadro de início há 7 dias (29/06), cursando com calafrios, mialgia, cefaleia, dor retro orbitária, hiperemia ocular, febre (38,8), náuseas e vômitos (5 episódios). Nega dor abdominal, diarreia, sangramentos, sintomas respiratórios. Hábitos fisiológicos presentes e sem alterações. Encaminhado da UBS com prova do laço positiva. Classificado como dengue tipo B, dado alta com sintomáticos + hidratação.

HMP: Nega comorbidades, medicações de uso continua e alergia medicamentosa.

HV: Nega tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas.

Exame físico

SSVV: PA 130x60// FC 75// SatO2 97%// T 36,4

Ectoscopia: BEG, lote, acianótico, anictérico, hidratado, eupnéico em aa.

NEURO: Glasgow 15, ativo, pupilas isocóricas e fotorreagentes, ausência desinais focais, força preservada

ACV: BNFR2T, não ausculto sopros, TEC<3s. Pulsos periféricos cheios esimétricos

AP: MV+, SRA. Ausência de sinais de esforço respiratório

ABD: RH+, flácido, depressível, sem dor à palpação, sem VCM ou massas palpáveis, sem sinais de peritonismo, sem dor a DB, muprhy, blumberg negativos. Giordano -

MM: Simétricos, ausência de edema, panturrilhas livres.

Diagnostico sindrômico: Síndrome exantemática febril

- **Hipótese diagnóstica:** Dengue
- **Diagnósticos diferenciais:** influenza, rubéola, sarampo, mononucleose, meningococcemia, febre amarela, leptospirose, malária, hepatite infecciosa, hantavirose, riquetsioses.

Conduta:

- Prescrevo sintomáticos + hidratação
- Solicito exames laboratoriais
- Interno paciente

Exames complementares

Labs (29/06): hematócrito [48,2] - dosagem de hemoglobina [15,3] -contagem de plaquetas (186.000) - contagem de leucócitos total [6930]

Labs (04/07): hematócrito [48,2] - hemoglobina [15,3] - plaquetas[76.000] - Leucócitos [2.780]

DISCUSSÃO DO CASO

Neste caso, o paciente apresenta quadro clínico compatível com dengue, associado a prova de laço positiva. Escolhi este caso porque inicialmente foi classificado como dengue tipo b, necessitando de reclassificação, pois o paciente evoluiu para dengue tipo C; evidenciando a importância de uma classificação correta, a relevância de orientar aos pacientes a procurarem novamente atendimento diante dos sinais de alarme, bem como a importância de acompanhamento atento as manifestações clínicas, mesmo que seja classificado como dengue tipo a ou b, poisé uma doença dinâmica que pode evoluir para um quadro mais grave, como no caso relatado; ou até para óbito.

A Dengue é uma doença febril possivelmente hemorrágica, causada por um Flavivírus que pode apresentar 4 diferentes sorotipos: DENV1, DENV2 e DENV3 e

DENV4. Justamente pela existência desses 4 sorotipos, é possível que o paciente adquira a infecção sem desenvolver imunidade.

Em quanto a fisiopatologia, o vírus é inoculado pela picada do inseto. Em seguida, se direciona para os linfonodos e miócitos, onde iniciam sua replicação. A partir disso, retornam para a sangue, aumentando a carga viral, ocasionando uma disseminação sistêmica, e a resposta imune mediada por monócitos; a replicação viral gera citocinas inflamatórias que causam a síndrome febril.

Para um correto manejo clínico é importante diferenciar entre as três fases da doença:

- Fase febril (Dengue clássica): sintomas mais frequentes são a febre abrupta e alta (39°C a 40°C), associada a cefaleia, mialgias, artralgias e dor retro orbital. Anorexia, náuseas, vômitos e diarreia também podem estar presentes. Exantema é predominantemente do tipo maculopapular, atingindo face, tronco e membros de forma aditiva, podendo apresentar-se com ou sem prurido, frequentemente no desaparecimento da febre.
- Fase crítica (Dengue hemorrágico): os sintomas são os mesmos da dengue clássica; a diferença é que quando a febre diminui (por volta do 3 ou 4 dia) surgem hemorragias por causa de sangramentos de vasos na pele e em órgãos internos. O quadro clínico se agrava rapidamente, apresentando sinais de insuficiência circulatória. Quando a febre termina começam a surgir os sinais de alerta:

Quadro 12. Sinais de alerta da Dengue

Dor abdominal intensa (referida ou a palpação) e continua.
Vômitos persistentes
Acumulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico).
Hipotensão postural e/ou lipotimia.
Hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal.
Sangramento de mucosa
Letargia e/ou irritabilidade
Aumento progressivo do hematócrito.
Queda acentuada das plaquetas

Fonte: Secretaria de estado de saúde, 2022.

Esses sinais indicam choque, onde há uma hiperpermeabilidade vascular, provocando uma série de alterações hemodinâmicas (edema intersticial e derrame seroso). Além disso, o extravasamento plasmático provoca uma hipovolemia relativa, e pode cursar com trombocitopenia, associada à distúrbios de coagulação.

É de extrema importância enfatizar que não são os eventos hemorrágicos propriamente ditos que definem a gravidade da dengue, mas sim o estado hemodinâmico no qual o paciente se encontra.

- Fase de recuperação: caracterizada por reabsorção do conteúdo extravasado, grande debilidade física, período prolongado por várias semanas.

Além disso, na avaliação, devem-se eliminar diagnósticos alternativos, especialmente, infecção pelo vírus da Zica, e doença de Chikungunya, apesar que apresentam sintomatologia similar (quadro 13), existem repercussões em maior o menor grau em cada doença.

Quadro 13. Comparação dos principais sintomas ocasionados pela infecção pelos vírus da dengue, chikungunya e vírus zika.

SINAIS/SINTOMAS	DENGUE	ZIKA	CHIKUNGUNYA
Febre (duração)	2-7 dias	Sem febre ou febre baixa ($\leq 38^{\circ}\text{C}$) 1-2 dias subfebril	Febre alta ($>38,5^{\circ}\text{C}$) 2-3 dias
Exantema	Surge do 3º ao 6º dia	Surge no 1º ou 2º dia	Surge do 2º ao 5º dia
Mialgias (frequência)	+++	++	++
Artralgia (frequência)	+	++	+++
Artralgia (intensidade)	Leve	Leve/ moderada	Moderada/intensa
Edema da articulação (frequência)	Raro	Frequente	Frequente
Edema da articulação (intensidade)	Leve	Leve	Moderado a intenso
Conjuntivite	Raro	50% a 90% dos casos	30%
Cefaleia	+++	++	++
Linfonodomegalia	+	+++	++
Discrasia hemorrágica	++	Ausente	+
Acometimento neurológico	+	+++	++
Leucopenia	+++	++	++
Linfopenia	Incomum	Incomum	Frequente
Trombocitopenia	+++	+	++

Fonte: Secretaria de estado de saúde, 2022

O diagnóstico da dengue é essencialmente clínico, podendo ser confirmado através de Sorologias, Exames Biomoleculares como PCR e Testes rápidos.

Nos exames laboratoriais inespecíficos pode-se observar leucopenia, linfocitose com atipia, trombocitopenia; hipoalbuminemia, TGO e TGO elevadas; albuminúria; aumento de TAP, TP e diminuição de protrombina, fator VIII, fator XII, antitrombina e antiplasmina.

DESFECHO DO CASO

Nos exames laboratoriais feitos ao paciente na segunda vez que procurou a UPA, em comparação aos exames feitos há 7 dias (data de início do quadro), observou-se, plaquetopenia (186.000 para 76.000), leucopenia (6.930 para 2.780), hematócrito sem alterações; associado a vômitos persistentes. Dessa maneira, ao apresentar sinais de alarme mudou a classificação para dengue tipo C.

O paciente foi internado para melhor avaliação e acompanhamento, dado tratamento de suporte, reposição volêmica (SF 0,9 % 1500 ml/h) e medicações para alívio sintomático (dipirona 1 AMP 6/6 h, metoclopramida 1 AMP 8/8 h) conforme protocolo. Internado aguardando reavaliação médica e laboratorial.

12 CASO CLÍNICO 10 – TORÇÃO TESTICULAR

RELATO DO CASO

Atendimento realizado na UPA Joao Samek no dia

30/06/22.**ID:** V.S, sexo masculino, 12 anos,

pardo, estudante. **QP:** "vômito"

HDA: Menor autista, trazido pela mãe, a mesma relata que o filho se queixou hoje de dor em testículo direito, onde ela percebeu que tem edema e hiperemia local; associado a disúria e 2 episódios de êmese de conteúdo alimentar. Nega febre e outros sintomas associados. Nega trauma.

HMP: Autista. Nega alergia medicamentosa. Nega internações recentes.

Exame físico

SSVV: T: 36C // FC: 98 bpm // SatO2: %.98

Ectoscopia: Criança em BEG; anictérica; acianótica; corada; hidratada; eupneica;

Exame genital: Assimetria dos testículos; edema em testículo esquerdo, sem hiperemia, doloroso à palpação.

NEURO: pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea ou sinais focais.

AP: Tórax atípico; som claro pulmonar à percussão; MV+ sem RA.

ACV: BCNFRR2T sem sopros/estalidos;

ABD: plano; RHA+; timpânico à percussão; depressível; sem dor ou visceromegalias às palpações superficial e profunda.

- **Diagnóstico sindrômico:** Síndrome do escroto agudo
- **Hipótese diagnóstica:** Torção testicular? Epididimite?
- **Diagnósticos diferenciais:** trauma, abuso sexual, tumor, edemaescrotal idiopático, celulite, vasculite, torção do cordão espermático.

Conduta:

- Prescrevo sintomáticos.
- Solicito exames laboratoriais + USG de bolsa escrotal.
- Interno paciente
- Solicito vaga com urgência para o HMPGL.

DISCUSSÃO DO CASO

Escolhi o caso por nunca ter observado um caso de torção testicular, além do fato de na anamnese a mãe negar qualquer trauma como possível causa, o que despertou meu interesse por saber quais outras causas poderiam levar à torção testicular, pois eu acreditava que era principalmente provocado por algum trauma.

A torção do cordão espermático pode ocorrer após um trauma ou espontaneamente e resulta em isquemia do órgão por baixo influxo de sangue arterial e obstrução do retorno venoso, devendo ser prontamente revertida visando a viabilidade do testículo

Os testículos são fixados na túnica vaginal; além disso, na sua porção superior, os testículos estão suspensos pelo cordão espermático. Portanto, em situações normais, os testículos mexem-se pouco dentro da bolsa escrotal, para que haja torção, é preciso que alguma das estruturas que mantêm os testículos “suspensos” estejam comprometidas.

A situação mais comum é uma má formação da túnica vaginal conhecida como deformidade em “badalo de sino”. Nesses pacientes, o testículo não encontra-se bem fixado e pode girar em torno do seu próprio eixo. Apesar da deformidade estar presente desde o nascimento, em muitos casos, a torção só ocorre a partir da puberdade, que é o momento no qual os testículos aumentam de tamanho e tornam-

se mais pesados.

Os sintomas imediatos incluem dor intensa no local, de início rápido, náuseas, vômitos, seguidos de edema escrotal e enduração. Febre ou dor/dificuldade para urinar podem ocorrer, mas não são comuns. No exame físico, podem ser observados aumento do volume da bolsa escrotal do lado da lesão, além de eritema e calor, entre tanto, os achados mais clássicos são a elevação e horizontalização do testículo afetado.

Alem disso, para ajudar a discernir o diagnóstico, deve-se avaliar no exame físico, algumas anis e reflexos, entre eles:

Quadro 14. sinais e reflexos avaliados na torção testicular

- Sinal de Angel
 - Posição horizontalizada do testículo contralateral.
- Sinal de Prehn
 - Piora da dor com elevação do testículo afetado.
- Testis redux
 - Elevação do testículo por contração cremastérica.
- Sinal de Rabinowitz
 - Ausência de reflexo cremastérico.

Fonte: LOPES, 2021

O diagnóstico pode ser feito através de critérios clínicos, com avaliação da história, dos sintomas e dos achados ao exame físico.

O escore Testicular Workup for Ischemia and Suspected Torsion - "TwistScore" (quadro 15), baseado nos achados clínicos pode ajudar na tomada de decisão. Se o paciente tiver 5 ou mais pontos, a probabilidade de ele apresentar torção testicular é alta. Por outro lado, se ele tiver 2 ou menos pontos é pouco provável que torção testicular seja o diagnóstico. Nos pacientes com 2 a 5 pontos, a ultrassonografia escrotal pode ser solicitada.

Quadro 15: escore Testicular Workup for Ischemia and Suspected Torsion

CLÍNICA	PONTOS
EDEMA TESTICULAR	2
TESTÍCULO ENDURECIDO A PALPAÇÃO	2
NÁUSEAS OU VOMITOS	1
ELEVAÇÃO DO TESTÍCULO	1
REFLEXO CREMASTÉRICO AUSENTE	1

Fonte: Adaptado de LOPES, 2021.

A ultrassonografia escrotal pode ser solicitada quando o diagnóstico não estiver claro. Por outro lado, quando a Ecografia com Doppler não estiver prontamente disponível, a realização desse exame não deve atrasar o encaminhamento do paciente ao tratamento definitivo, que se baseia na exploração cirúrgica da bolsa escrotal.

O paciente apresentou um quadro clínico bem característico de torção testicular; na avaliação observou-se dor intensa a palpação no testículo direito, associado a edema e evidente assimetria dos testículos. Também foi pesquisado o reflexo cremastérico, o qual estava ausente (sinal de Rabinowitz positiva). Segundo a literatura, costuma estar ausente em praticamente todos os pacientes com torção testicular.

Dessa maneira, o paciente apresenta um escore de 5 pontos no -"Twist Score", foi solicitado pela médica uma ultrassonografia da bolsa escrotal, conforme a literatura.

Nos exames laboratoriais, não foi observado alteração no parcial de urina e no hemograma completo, a exceção por PCR elevado (0,7).

DESFECHO DO CASO

O paciente foi internado de emergência, tratado com dipirona, dexametasona e bromoprida em base a sintomatologia e solicitado vaga no HMPGL para avaliação com especialista.

Lembrado que é uma emergência, devido a que a isquemia pode acometer ao testículo afetado, se o tempo de isquemia é menor a 6 horas, existe uma taxa de preservação do testículo de 85% a 97%, sendo importante o atendimento imediato nessas situações. Se a distorção manual for possível (sempre realizado pelo urologista), a cirurgia é eletiva, caso contrário a cirurgia deve realizar-se de urgência.

13 EXPERIÊNCIAS DURANTE O PERÍODO DE INTERNATO

O período de internato em urgência e emergência, é o momento mais esperado por muitos internos, mas no pessoal eu estava muito ansiosa antes de começar o módulo, pois o ambiente de urgência e emergência sempre deixou nervosa. No decorrer dos plantões me fui habituando ao ambiente tão corrido que é vivenciado no pronto socorro.

O primeiro dia em cada novo local de serviço (UPAS, HMPGL), foi difícil, já que tínhamos que nos adaptar a uma nova equipe e sua forma de trabalhar, e sobretudo porque algumas vezes não fomos bem recebidas. Ainda assim, nas UPAS, conseguimos realizar em várias oportunidades diferentes procedimentos, principalmente suturas; os médicos eram mais acessíveis a discutir as condutas, assim como o manejo dos protocolos. Junto a equipe de enfermagem consegui realizar em várias ocasiões a passagem de sondas vesicais e sondas nasogástricas; o que me ajudou a praticar muito, pois só tinha passado uma vez uma SVD durante o estágio em APS.

Na UPA João Samek, sempre tinha o que fazer, mesmo quando estava bem tranquilo na sala vermelha, junto com minha dupla íamos para a sala amarela ou às vezes até para os consultórios, sempre tentávamos arrumar alguma coisa para fazer e aprender.

Também nos separamos por sugestão do médico plantonista, pois nos últimos plantões, uma colega se sumo à nossa dupla e às vezes três internas junto com o médico e o paciente lotavam muito a sala. Mas era melhor porque uma ficava na sala de procedimentos, outra na sala vermelha e outra às vezes acompanhando aos médicos da sala amarela, e assim conseguimos aproveitar melhor.

Ademais foi muito bom que em vários plantões coincidimos com pessoas da Unila das outras turmas que já se formaram, pois aprendemos muito com eles.

Por outra parte no HMPGL, desde o primeiro dia sempre recebemos olhares de julgamento, não sei se é porque somos da Unila, ou se realmente é assim com todas as pessoas que fazem estágio lá. Além disso, a equipe de enfermagem sempre nos questionavam sobre o que estávamos fazendo; mesmo em um plantão noturno, em que o médico nos pediu para fazer uma série de evoluções, fomos avaliar o paciente junto com minha dupla e a enfermeira entrou no quarto e falou literalmente: Gente, deixa o paciente dormir; ao que eu respondi que o médico pediu para avaliarmos ele e fazer sua evolução, e ela só falou: tem cada uma, e fechou a porta de forma grosseira.

Eu sei que já era tarde e o paciente precisava descansar, a gente também queria dormir, mas tem muitos casos assim, principalmente nos plantões noturnos, em que apenas chegamos, o médico já pede para gente fazer as evoluções de quase todos os pacientes, enquanto ele vai ao estar de médicos; além disso, temos que lidar com esse tipo de atitude das enfermeiras (claro que há exceções), quando a única coisa que queremos é aprender da melhor forma e sempre nos colocamos à disposição para ajudar no que for preciso.

No Complexo Hospitalar de São Miguel, desde nosso primeiro dia fomos bem recebidos por toda a equipe. O mês que fiquei lá, eu acho que aprendi muito mais do que nos outros locais que também fiz estágio, isso é principalmente porque os médicos confiavam em nós, em nosso conhecimento e valorizavam nossas opiniões; assim como, estavam sempre dispostos a resolver nossas dúvidas com muita paciência.

Ademais, nesse local tínhamos o nosso próprio estar para os internos, onde podíamos descansar, o que foi muito útil, especialmente nesta estação do ano, em que é difícil lidar com o frio.

São atitudes e ações que nos motivam como alunos, que eu aprecio muito e tenho certeza que meus colegas também.

Por outra parte, um dos principais obstáculos que evidencie nesse ambiente de emergência em todos os locais, é uma comunicação pouco assertiva e fragmentada entre profissionais de saúde que fazem parte da equipe e nas conversas médico-familiares.

Sabe-se que uma das principais bases da prática médica é uma boa comunicação, repercute positivamente no relacionamento, na qualidade e aderência ao tratamento, na diminuição das queixas e dos erros, além de melhorar o vínculo e

possibilitar uma maior relação de confiança entre médico e paciente.

Desta forma, na busca de melhorar a comunicação, podemos implementar diversos atributos da comunicação, como a empatia.

Na emergência, essa necessidade é ainda maior, já que as situações dos pacientes são mais críticas, fazendo com que se precise compartilhar também notícias desagradáveis com os familiares. A empatia é um dos atributos da comunicação que deve ser usado no ambiente de urgência e emergência, assim como em todo relacionamento médico-paciente.

Por exemplo, para que o processo de comunicação de notícias difíceis se dê de forma adequada, é necessário que o comunicador possua plena empatia com o paciente, demonstrando uma relação de confiança e capacidade de escutar o que o outro diz. Compreender as dores e as aflições, tanto do paciente quanto dos familiares é de fundamental importância.

Além dessa habilidade que devemos desenvolver, podemos dispor do protocolo SPIKES, um método utilizado para a comunicação de notícias ruins tanto aos pacientes, quanto aos familiares. Ele descreve, didaticamente, seis etapas que devem ser seguidas pelo comunicante: S= Setting up (preparando você e o ambiente); I= Invitation (convidando para o diálogo); K= Knowledge (transmitindo as informações); E= Emotions (expressando emoções); S= Strategy and Summary(resumo e organização de estratégias).

Durante esse período de internato, observei em várias ocasiões quando o médico teve que dar notícias difíceis a familiares (muitas vezes, o óbito do paciente), sempre nessas situações, eu lembrava desse protocolo que tinha estudado durante o módulo de cuidados paliativos no pré-internato.

Esse protocolo apresenta-se inmensamente útil; acredito que até nos ajuda como profissionais a nos prepararmos para dar esse tipo de notícia, lembrando que também somos humanos e que no meio da correria, também precisamos de tempo para assimilar o que aconteceu.

No referente aos desafios enfrentados nesse módulo, no começo foi difícil me acostumar com os plantões noturnos, principalmente porque no primeiro mês, todos os nossos plantões eram noturnos e tivemos apenas 1 plantão diurno. Foi um mês bastante exaustivo, devido ao fato de que em alguns plantões não conseguimos dormir de jeito nenhum, pois na UPA não há local onde os internos possam descansar; além disso, devido a mudança no meu padrão de sono, ao que não estava acostumada, sentia-me extremamente cansada no dia seguinte. Com o transcurso do tempo essa situação melhorou, já que tínhamos realizado grande parte de nossos plantões noturnos, e estava mais adaptada a essas mudanças na minha rotina de sono.

Outro desafio a enfrentar no início, foi a insegurança que sentia ao realizar um procedimento, antes ficava ansiosa e pensando como conseguiria realizar X procedimento, mas com a prática e com as dicas de médicos mais experientes, me sinto mais confiante na minha capacidade, apesar de que é algo que estou trabalhando no dia a dia.

Além disso, achou relevante comentar como sugestão para melhorar o módulo, em medida do possível, é que as próximas turmas durante o período de internato em urgência e emergência possam permanecer mais tempo acompanhando aos médicos do Complexo Hospitalar de São Miguel, tenho certeza que como no meu caso, conseguiram aprender mais e ter mais oportunidades para realizar procedimentos em comparação aos outros locais onde fizemos estágio.

Ha pouco de terminar o modulo posso dizer que tenho algumas coisas claras, nesse período aprendi muito, no começo sempre vamos querer fugir daquele ambiente caótico que representa urgência e emergência, mas entendi que devemos enfrentar nosso medo de errar, e aproveitar cada dia para aprender, especialmente agora que ainda somos estudantes.

Como futuros médicos, mesmo que não trabalhem na área, a qualquer momento podemos vivenciar uma situação de emergência, e devemos ter o conhecimento necessário para atender aquele paciente.

O que eu recomendaria aos meus colegas das turmas subsequentes que iniciam o módulo, é que eles procurem enfrentar o medo, perder a timidez e se envolver com a equipe; também, que sejam proativos e autodidatas, trabalhando em todos esses aspectos conseguirão aproveitar muito este período.

Contudo, acho que não seria a especialidade que eu escolheria para trabalhar a vida toda, ainda não sei qual seria, mas considero que o período que passamos no estágio em todas as especialidades durante o internato é muito importante, nos ajuda a ter um conhecimento básico que se soma a todo o nosso baúl de conhecimento.

14 PROCEDIMENTOS REALIZADOS

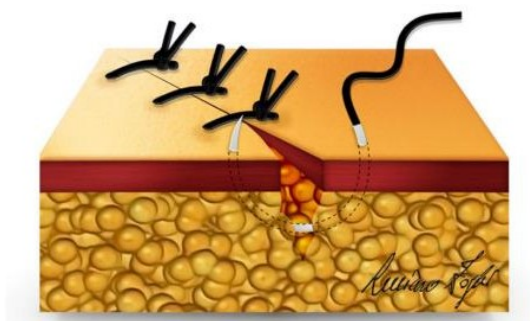
14.1 SUTURAS

A sutura é um procedimento realizado para unir tecidos com a finalidade de restituir a anatomia funcional. Frequentemente na sala de procedimentos os pacientes chegam apresentando lacerações devido acidentes laborais, acidentes em casa, ou comumente, devido a brigas ocorridas por diversos motivos, situações que presenciei várias vezes.

As suturas devem ser realizadas em feridas agudas sem sinais de infecção, em ausência de tensão para o fechamento, em lesões em local de movimentação intensa, com sangramento controlado, sem presença de corpos estranhos e lesões ocorridas em até 6 - 8 horas. Dentro das contraindicações estão lesões com presença de infecção, retenção de corpos estranhos, tempo prolongado entre o trauma e a avaliação (> 6 a 8 horas).

Como primeiro passo, é importante informar ao paciente o procedimento a ser realizado; a higiene das mãos; a colocação do equipamento de proteção individual e arrumar o campo cirúrgico com os materiais necessários. Realizar antissepsia da lesão com clorexidina 2 %; adicionalmente, soro fisiológico pode ser usado para uma melhor limpeza da ferida. A seguir aplica-se a anestesia local, utiliza-se, normalmente, lidocaína e a sutura é realizada, na maioria dos casos fiz pontos simples; e nesse período fiz aproximadamente 35 suturas.

Figura 18. Representação da confecção do ponto simples.



Fonte: Zogbi, 2021.

Após o procedimento, é importante orientar ao paciente sobre os cuidados com o curativo, a lavagem da região suturada com água e sabão neutro; também sobre a profilaxia do tétano, especialmente nos ferimentos de alto risco (profundos e sujos, queimaduras, com corpos estranhos, mordeduras) e por último abordar sobre o tempo necessário para a remoção dos pontos (após 7 a 10 dias), assim como sobre as complicações: infecção local, seroma, deiscência da sutura, sangramento, prejuízo funcional, ou dor persistente.

Ao início, nas primeiras suturas que realizei, eu ficava bastante nervoso com não anestesiarmos suficiente a área e que o paciente sentisse dor, ou ao ser principiante demorava de mais em realizar uma sutura. Porém, um dia sábado, de feriado a noite, o plantão estava "tranquilo" até às 12:00h pm, momento no que começaram a chegar bastantes pacientes, inclusive alguns bêbados, com ferimentos devido a brigas na balada, acidentes automobilísticos e brigas de casais. Esse dia eu lembro muito bem, porque foi o dia que perdi o medo a suturar, já que junto a minha dupla foi o dia em que suturamos mais pacientes durante um plantão.

Outra ocasião que me lembro, pois foi a sutura mais difícil que fiz (figura 19), foi numa paciente que trabalhava na agricultura, e teve um corte bastante grande e profundo no segundo falange da mão, expondo até parte dos ligamentos. Quando observei a ferida, a primeira coisa que me perguntei foi como suturaria aquela lesão, mas com supervisão do médico e sua orientação sobre a técnica, consegui realizar uma sutura adequada, sentindo muita satisfação.

Atualmente considero que sou capaz de realizar suturas com maior precisão e técnica, mesmo assim, sei que preciso praticar mais, principalmente suturas em crianças. Mas aprendi uma maneira bastante útil para conter a criança durante a sutura, com a ajuda de um lençol e sobretudo dos pais.

Figura 19- Lesão no segundo quirodáctilo



Fonte Autoria própria, 2022.

14.2 ACCESO VENOSO CENTRAL

O acesso venoso central é obtido pela inserção de um dispositivo intravascular em veias profundas (subclávia, jugular, femoral), são indicados quando é necessário a manutenção de uma via de infusão de soluções ou medicações, monitorização hemodinâmica; para realização de hemodiálise e quimioterapia; quando não é possível realizar acesso venoso em veias periféricas, também para a reposição rápida de fluidos ou sangue.

A opção por determinada via de acesso se dá de acordo com as características do paciente, o tipo de necessidade do acesso, a capacidade de manutenção e a duração da necessidade. Em adultos, a veia subclávia e a veia jugular são geralmente as vias de escolha para colocação de um cateter venoso central. Mas é importante lembrar que, durante a RCP, deve-se dar preferência às veias femorais, pois sua obtenção não interfere com as manobras de ressuscitação.

Uma particularidade de porque o lado direito é escolha de preferência, quando se opta pela punção da veia jugular interna ou veia subclávia, é devido a cúpula pleural direita ser mais baixa, conseguindo um melhor posicionamento do cateter e menor risco de quilotórax.

No decorrer dos plantões, consegui acompanhar 8 passagens de acessos venosos centrais e solicitando ao médico plantonista em uma ocasião, teve a oportunidade de realizar o procedimento para administração de droga vasoativa, no Hospital de São Miguel. Como comentado anteriormente, com as suturas eu ficava nervosa, dessa vez eu estava extremamente nervosa, ainda mais porque era um paciente idoso. Mas eu me senti mais calma com a paciência e compreensão que o médico tinha comigo ao não possuir nada de experiência, e, com a revisão teórica que agente fez rapidamente antes de realizar o procedimento.

Ajudou muito a minha autoconfiança que o médico esteve ao meu lado durante todo o procedimento, principalmente porque eu tinha medo de errar. O procedimento foi realizado com sucesso, como foi evidenciado no Rx de controle. Eu fiquei muito agradecida com o médico que teve a confiança em mim e me deu a oportunidade.

Percebi que a maioria dos médicos utiliza a técnica de Seldinger, onde é feito a passagem de um fio guia antes do cateter, como relatado na literatura, essa técnica aumenta as chances de obter um melhor desfecho.

Além disso, quero salientar as medidas de biossegurança que devem ser tomadas pelos profissionais de saúde, pelo bem-estar do paciente e dos mesmos. Foi observado várias vezes nas quais não foi seguido corretamente as medidas de higiene e paramentação.

14.3 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

Durante o período de internato acompanhei aproximadamente 7 intubações orotraqueais nas UPAS e realizei 1 intubação no Hospital de São Miguel de Iguaçu, onde existe maior possibilidade para os internos realizarem procedimentos devido a falta de competitividade e de residentes em comparação ao HMPGL.

A intubação orotraqueal é um procedimento indicado em situações nas quais o paciente precisa de proteção das vias aéreas devido a rebaixamento do nível de consciência, ante a necessidade de assistência ventilatória prolongada ou controle da ventilação pulmonar, também em alguma condição que pode cursar com obstrução das vias aéreas (anafilaxia, infecções e queimadura de vias aéreas).

Observar várias vezes o procedimento me ajudou a repassar uma e outra vez as 7P's da intubação orotraqueal (IOT), além de identificar se cada etapa era realizada corretamente e que tanto fugia a realidade do que estudamos nos livros.

Como é conhecido, os 7P's da IOT são: preparação, pré-oxigenação, pré-tratamento, paralisia com indução, posicionamento, passagem do tubo e pós-intubação. Tendo como base esses passos determinados na literatura, uma situação que assisti e me marcou, foi uma situação na qual o paciente entrou em parada cardiorrespiratória, precisando de IOT de sequência rápida, o médico passou o tubo rapidamente no paciente que já estava sedado e o foi conectado ao "ambu" e começaram a ventilar ao paciente. A ausculta dos campos pulmonares e do estômago não foi feita para confirmar o correto posicionamento do tubo. Ao pouco tempo, o estômago do paciente começou a aumentar impressionavelmente, nesse momento entendi que o tubo tinha atingido o estômago. Foi surpreendente que o médico nem tinha observado o que estava acontecendo, até que a enfermeira falou para ele que talvez o tubo não estivesse no pulmão.

O paciente antes do procedimento já estava saturando baixo e depois do que aconteceu a saturação dele descompensou completamente, após uns segundos o paciente foi a óbito. O paciente em questão foi internado devido a um AVC, o médico falou para mim que ele chegou muito mal e não tinha possibilidade de sobreviver. Mas eu fiquei pensando, se a intubação fosse feita com sucesso no tempo indicado, esse paciente teria uma maior chance? Sei que depende de muitos fatores a sobrevivência do paciente nesse tipo de casos, mas também sei sem dúvida, que uma correta IOT é um fator relevante nessas situações de emergência.

Em relação a minha experiência realizando o procedimento, primeiro, eu acho muito importante saber que tipo de medicação está disponível no serviço, além de saber as doses para cada medicamento. Eu fazia os cálculos para diferentes pesos quando estudava, o que ajudou a treinar e ter uma noção da dose que precisava para determinado peso.

No Hospital de São Miguel, consegui fazer pela primeira vez uma IOT. O paciente era jovem, chegou na emergência devido a um trauma cranioencefálico; durante a intubação, foi bastante difícil para mim posicionar o laringoscópio para observar as cordas vocais e fiquei bastante nervosa, momento em que o médico me ajudou.

Claramente com a ajuda dele consegui observar as cordas vocais e passar o tubo. Como é um ambiente de urgência e emergência, tudo aconteceu muito rápido, mas a IOT foi feita com sucesso e realizado o Rx de controle.

Por outra parte, considero que nesse tipo de procedimentos invasivos a experiência é muito relevante, porém nunca se deve deixar a prática de lado, assim como devemos ser meticolosos e a cada intubação a realizar, repassar em nossa mente as 7P's da intubação orotraqueal.

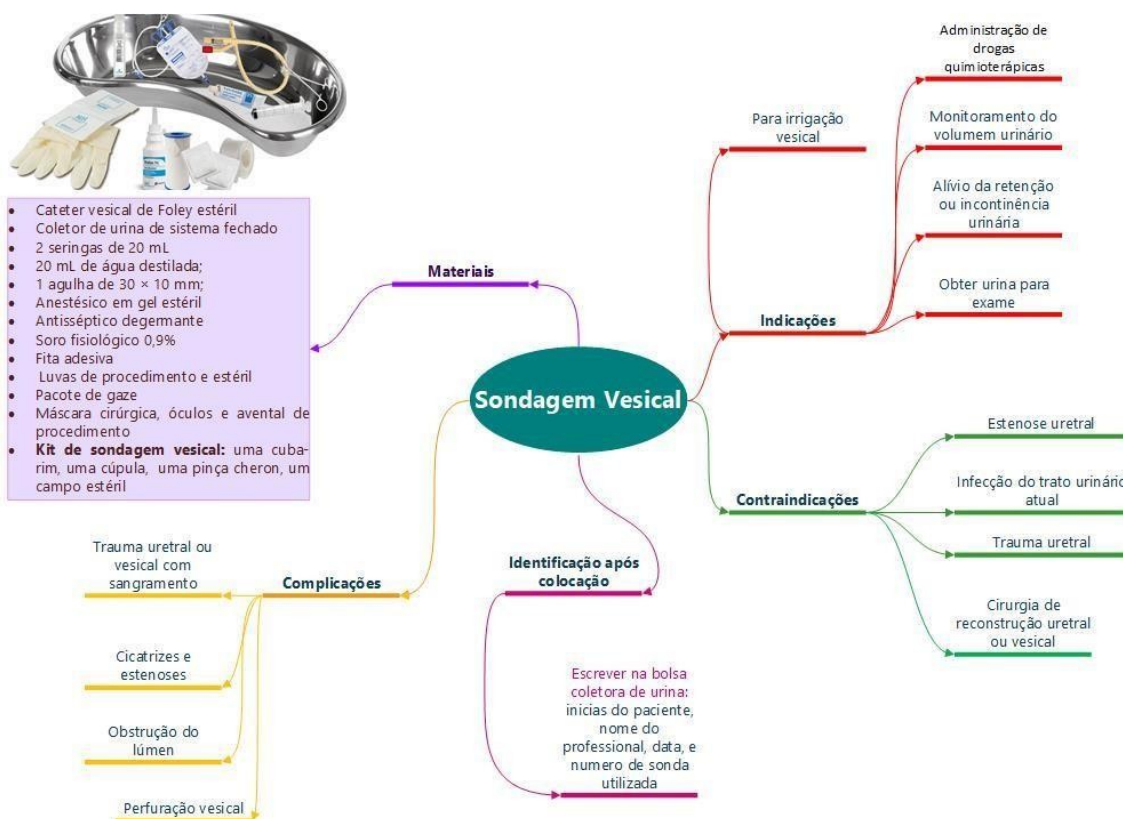
14.4 SONDAGEM VESICAL

O cateterismo vesical é um procedimento amplamente utilizado, tem como objetivo o esvaziamento direto da bexiga através de um cateter. Pode ser feito o cateterismo de alívio (forma intermitente) ou o cateterismo de demora (de longa permanência).

Para aprender de uma forma mais didática, decidi realizar um esquema (figura 20) com as indicações, contraindicações, complicações, materiais necessários e identificação após o procedimento.

Além disso, acho que é mais prático como resumo quando precisamos rever a teoria.

Figura 20 - Resumo: Sondagem Vesical



Fonte autoria própria, 2022

Durante o internato em urgência e emergência tive algumas oportunidades para realizar esse procedimento (6 vezes no total), mas sem dúvida, a ocasião que mais lembro foi a primeira vez que realizei o procedimento durante o módulo, na verdade eu já tinha passado antes uma sonda vesical durante o internato em APS no posto de saúde, mas ainda assim eu tinha medo de fazer errado.

Com o apoio da enfermeira, que foi minha assistente durante o procedimento, consegui passar a sonda de demora sem intercorrências, apesar que durante a colocação do anestésico na seringa me contaminei e tive que trocar novamente de luvas, excluindo esse detalhe, consegui finalizar o procedimento com sucesso.

Observou-se a saída de grande quantidade de urina, pois o paciente em questão apresentava retenção urinária há vários dias.

É importante lembrar sempre antes de iniciar o procedimento explicar ao paciente o que vai ser feito, adequada higienização das mãos, e a correta assepsia do local.

Nas ocasiões nas que acompanhe enfermeiros na realização do procedimento em outros pacientes, evidencie a importância de escolher o número de sonda correto para cada paciente com o objetivo de evitar traumas. Já que em uma ocasião a enfermeira teve que parar o procedimento devido que a sonda não passava de jeito nenhum, situação que foi resolvida com um número menor de sonda.

14.5 Acesso Venoso Periférico

O acesso venoso periférico é um dos procedimentos mais realizados em emergências médicas; utilizados para administrar grandes quantidades de volume mais rapidamente, obtenção de sangue para realizar exames laboratoriais; e para fornecer uma vasta variedade de medicações venosas, que não podem ser administradas ou são menos eficazes se administradas por vias alternativas.

As contraindicações para o uso de uma extremidade específica incluem a presença de uma fistula arteriovenosa e uma história de mastectomia ou dissecação de linfonodo (o cateter pode exacerbar a drenagem linfática prejudicada); a única contraindicação absoluta é quando a terapia apropriada pode ser fornecida por uma via menos invasiva (por exemplo, oral).

Este procedimento foi realizado no hospital de São Miguel, foi necessário administrar medicação a um paciente, mas a equipe de enfermagem estava bastante ocupada, então junto com o médico realizamos o procedimento; ele me indicou a maneira correta de inspecionar e palpar a rede venosa dando preferência as veias mais proeminentes e firmes, além do ângulo adequado no qual deve-se introduzir a agulha (ângulo 30° a 45°), sempre dependendo da profundidade da veia. Depois de duas tentativas consegui obter o acesso para a administração da medicação solicitada.

14.6 Sonda Nasoenteral e Nasogástrica

Esse foi o procedimento que eu mais fiz, depois das suturas e da passagem das sondas vesicais, acho que no total coloquei quatro sondas entre nasoenteral e nasogástrica. As indicações mais frequentes que observei era para lavagem gástrica após intoxicação exógena e para nutrição enteral.

Após escolher a via para inserção da sonda conforme a indicação solicitada para cada paciente; devemos realizar a medição da sonda desde a distanciada ponta do nariz ao lóbulo da orelha e deste até o apêndice xifóide para sondagem nasogástrica; caso seja enteral, adicionar 10 cm ou a distância do apêndice xifóide até o ponto médio da cicatriz umbilical e marcar a medição com micropore. Lubrificar a extremidade distal da sonda com lidocaína em gel e introduzir a sonda pela boca ou narina lentamente, direcionando para trás e para baixo; se o paciente estiver acordado aproveitar o reflexo de deglutição para introduzir a sonda.

Confirmar posicionamento no estômago, conectar a seringa à sonda e injetar o ar, auscultando o ruído na região epigástrica; solicitar RX para confirmar o local de posicionamento.

15 PROPOSTAS DE INTERVENÇÕES PARA MELHORIA DOS SERVIÇOS

Durante o tempo de rodízio pelos diferentes locais onde fizemos estágio, procure observar os problemas, desafios e obstáculos que estes serviços enfrentam. Em várias ocasiões conversei com alguns profissionais de saúde sobre o assunto e o que poderia ser melhorado, recebi muitas respostas semelhantes.

Um problema relatado frequentemente é a falta de medicamentos, até mesmo já observei no Hospital de São Miguel as enfermeiras correndo a farmácia mais próxima porque o Salbutamol acabou.

Outro problema muito comum que observe é a burocracia no fluxo de atendimento de emergência, sendo o que vou focar mais neste capítulo. Conversando com médicos da UPA João Samek, comentou-se que muitas vezes demora demais para sair a vaga, os pacientes permanecem aguardando na sala de observação, onde muitas vezes até se recuperam.

Uma situação muito angustiante que observe na UPA João Samek, foi quando uma criança prematura, de 6 meses de idade, chegou às 22:00h com dispneia grave (hipossaturando SPO2 76%), cianótica, chorando muito. Toda a equipe correu para ajudar a criança e realizar as medidas de estabilização.

Enquanto isso, a médica ligou para o HMCC tentando falar com o pediatra; mas uma enfermeira atendeu e falou que o pediatra não pode atender porque está muito longe do telefone. A médica desesperada, quase chorando porque apesar das medidas realizadas, a criança não estava estável, passou o caso e pediu orientações sobre a transferência da criança, mas sem sucesso pois o pediatra nunca atendeu o telefone.

Foi observado no Rx de tórax feito na hora, hipertrofia do coração possivelmente a causa de uma cardiopatia congênita, além disso a criança apresentava face síndrômica, histórico de internação aos 40 dias de nascimento por bronquiolite e resultado positivo para hipotireoidismo e hiperplasia adrenal congênita no teste do pezinho, mas sem nenhum registro na caderneta da puericultura.

Decidi fazer tipo um resumo do caso porque claramente estamos ante uma criança com vários fatores de risco e comorbidades associadas que precisava ser transferida com urgência, mesmo assim, quando a médica entrou em contato com a regulação para solicitar a vaga zero, eles o rejeitaram; a mesma coisa aconteceu quando ela entrou em contato com a UTI neonatal do HMCC, a criança foi jogada de uma mão para outra, ninguém a aceitou.

Diante da situação, a sugestão da regulação foi enviar um e-mail para o HMCC, enquanto um clima de completa exasperação se vivia na sala vermelha. Depois de várias tentativas e ligações desesperadas, a vaga zero foi finalmente aceita, porém, a criança só foi transferida por volta das 2 da manhã.

Sabe-se que a vaga zero conforme determinado na portaria 2048 no Art. 14, é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso. Ademais é função do médico regulador no caso de utilizar o recurso “vaga zero”, tentar fazer contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento.

Como exemplificado no caso anterior, isso muitas vezes não acontece na realidade. Por prerrogativa de lei também, estes hospitais são obrigados manter dois leitos para receber pacientes "vaga-zero", mas infelizmente não há recursos para isso. O resultado de tudo isso são brigas pelo telefone, envio de pacientes sem contato prévio, internação de pacientes graves em sala de emergência, internação em corredores, indisposição de familiares e indisposições de médicos e enfermeiros que estão nesta frente de batalha.

Passei muito tempo pensando em como poderíamos resolver esse problema, que praticamente não vai deixar de existir devido à má gestão do fluxo da rede e a superlotação dos serviços.

Acredito que o problema deve ser tratado desde a raiz com um conjunto de ações, incluindo uma melhor orientação aos pacientes para que não procurem os serviços de emergência para casos que podem receber acompanhamento na atenção primária, como objetivo de controlar no mínimo essa superlotação dos serviços; por outra parte, capacitar a todas as equipes de saúde, incluindo os médicos responsáveis pela regulação da rede, lembrando o conceito de vago zero e as funções que cabe a cada profissional de acordo com a complexidade do nível de serviço em que se encontra. Além disso, poderia ser solicitada uma reformulação sobre o que determina a portaria por vaga zero, já que o problema é que a portaria que cria a vaga zero determina o atendimento, e não a internação; a lei não limita a capacidade física e humana.

Neste ponto evidenciamos a falência do sistema e como a gestão ineficiente dos recursos gera doença em profissionais de saúde e repercute ao atendimento dos pacientes. Sei que é difícil mudar essa realidade e que como profissionais da saúde trabalhando no sistema público ficam à disposição de um governo que muitas vezes nem consideram essas situações; porém, acho importante comentar porque é uma situação que precisa mudar, o médico deve sempre zelar pelo bem-estar de seu paciente, mas como fazê-lo quando está inserido em um ambiente com muitas falhas. Por isso é relevante que cada setor que faz parte da rede seja melhorado, pois ao final, essa rede se constitui a partir do trabalho em equipe de todos os serviços que a compõem.

16 CODIGO DE ETICA MEDICA

O ensino da ética médica, da bioética e das humanidades no curso de medicina é de extrema importância, pois na graduação o estudante constrói as bases de sua futura relação médico-paciente. Durante essa construção, além de uma formação humanística plural, é necessário o estabelecimento de regras claras de direitos e deveres dos acadêmicos para com seus pares, professores e pacientes.

O seguinte artigo do código de ética para o estudante de medicina, foi escolhido porque pessoalmente acredito que o médico deve considerar as várias limitações que muitas vezes levam o paciente a persistir com várias dúvidas sobre o que está acontecendo com ele. Bem como, pelas diversas situações evidenciadas durante este tempo de estágio no módulo de urgência e emergência; como em outros módulos, que exemplificam a realidade no cenário de prática.

Art. 30. O estudante de medicina deve garantir que o paciente alcance o nível necessário de compreensão das informações comunicadas, mitigando dificuldades como regionalismo da língua, baixa acuidade auditiva, nível de escolaridade e doenças incapacitantes.

Apesar de ser um artigo que menciona um princípio que poderíamos dizer que é básico em nossa formação como profissionais de saúde, acho muito importante discutir como ele é realmente evidenciado no campo de prática. A compreensão do paciente sobre a doença que o acomete, bem como os fatores desencadeantes e o uso correto da medicação, são a base para uma boa adesão ao tratamento, além de ajudar a evitar possíveis complicações. Principalmente, é mergulhar ao paciente por meio de uma explicação adequada e didática, em um estado onde o mesmo paciente participe ativamente do processo da sua doença.

Em um mundo ideal, todos os médicos deveriam garantir que o paciente saia do consultório com todas as suas dúvidas esclarecidas, mas basta passar algumas horas nos diferentes serviços de saúde para saber que isso deixou de ser o que deveria acontecer normalmente, para uma situação raramente observada.

Presenciei pessoalmente as duas situações, em que o médico assistente, diante das dúvidas do paciente, responde de maneira concisa, impaciente e, às vezes, sem empatia. Da mesma forma, observei situações em que o médico responsável se

preocupa por se seu paciente tem alguma dúvida ou queixa adicional; por exemplo, em uma ocasião o médico responsável explicou de forma didática e fácil os horários e tipo de medicação a um paciente idoso que, pela quantidade de medicação que tomava, estava confuso e não estava realizando o tratamento correto para as comorbidades que apresentava.

No ambiente de urgência e emergência, diferentemente das situações vivenciadas no contexto da APS, sabe-se que é difícil criar um vínculo devido à rapidez com que é necessário prestar o atendimento; ainda assim, isso não deve ser condicionante para os médicos não ter tempo para explicar ao paciente o que está acontecendo com ele, sobre seu diagnóstico, prognóstico e possível tratamento, além da recuperação.

Lembremos que o clima de urgência e emergência é asfíxiante, agora imaginemos como é para uma pessoa que, como na posição do paciente, não está acostumada; o terror, o medo, a angústia e preocupação que deve sentir, somado aos diversos sintomas apresentados, razão pela qual necessita de atendimento de emergência.

Da mesma forma, no artigo 30, é mencionado como dever do estudante de medicina mitigar dificuldades como o regionalismo da língua, ponto que parece muito importante destacar, especialmente pela localização fronteiriça e multicultural da cidade de Foz do Iguaçu, onde pessoas de diversos países convivem, adoecem e buscam atendimento nos diversos serviços de saúde. Desta forma, por exemplo, em várias ocasiões atendemos pacientes hispano falantes, e quando o médico conversou com ele sobre sua doença, o paciente não conseguia entender nada e estava claramente confuso. Nesse momento, consegui intervir na conversa para explicar ao paciente o que estava acontecendo e seu diagnóstico, mas em nossa língua nativa.

Considero, como mencionado acima, devido à localização fronteiriça de Foz do Iguaçu (com o objetivo de que o idioma não seja uma barreira) importante que os profissionais de saúde que estão em contato com pessoas todos os dias; saibam um básico de espanhol, ou da Língua Brasileira de Sinais (libras); além disso, considero que a conversa sobre o adoecimento deve ser adaptada aos níveis de escolaridade do paciente, com o propósito de garantir o entendimento sobre a situação e oferecer uma melhor experiência durante o atendimento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- [1] Protocolo de atendimento a pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) no Estado do Ceará/ Coordenadoria de Políticas de Atenção à Saúde/ Núcleo de Atenção Primária; Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2010.
- [2] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2019 report.
- [3] PETISCO, Ana Cláudia Gomes Pereira; BARBOSA, José Eduardo Martins; SALEH, Mohamed Hassan; JESUS, Carlos Alberto de; METZGER, Patrick Bastos; DOURADO, Marcela Silva; MOREIRA, Samuel Martins; KAMBARA, Antonio M.; ASSEF, Jorge Eduardo; BARRETTO, Rodrigo Bellio de Mattos. Doppler Ultrasonography of Carotid Arteries: velocity criteria validated by arteriography. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Imagem Cardiovascular*, São Paulo, v. 28, n.1, p. 17-24, maio 2015. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/2318-8219.20150003>.
- [4] ARAÚJO, Sebastião. Acessos Venosos Centrais e Arteriais Periféricos – Aspectos Técnicos e Práticos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Campinas, v. 15, n. 2, p. 70-82, abr. 2003.
- [5] CARLOTTI, Ana Paula de Carvalho Panzeri. Acesso vascular. **Acesso vascular. Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 45, p. 208- 214, maio 2012. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista>. Acesso em: 05 jun. 2022.
- [6] TALLO, Fernando Sabia; GUIMARÃES, Hélio Penna; LOPES, Renato Delascio; LOPES, Antonio Carlos. Intubação orotraqueal e a técnica da sequência rápida: uma revisão para o clínico. **Revista Brasileira Clínica Médica**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 211-217, maio 2011.
- [7] DE VASCONCELOS, F.; FIGUEIRÓ TAVARES, F.; BLEY RIBEIRO, V.; GOLLINO, G.; ALVES NUNES MÁRIO, D.; DE SOUZA NUNES, L. Primeiro relato de caso de infecção broncopulmonar por *Lophomonas* spp. Em uruguaiana. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 10, n. 2, 3 mar. 2020.
- [8] MORALES MUNOZ, Gustavo et al. Lophomoniasis pulmonar. **Med. crít. (Col. Mex. Med. Crít.)**, Ciudad de México, v. 33, n. 3, p. 150-154, jun. 2019. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S244889092019000300150&lng=es&nrm=iso>. accedido en 25 jun. 2022. Epub 15-Feb-2021.

- [9] ARAÚJO, C. P.; TRINDADE, A. F. da.; OLIVEIRA, G. G.; ARAÚJO, P. S. R. de.; SOUZA, G. L. O. de. Identification of *Lophomonas* spp in bronchoalveolar lavage of an individual with SARS by SARS-CoV-2 associated with pulmonary tuberculosis. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. e46211222808, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i2.22808.
- [10] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde : volume único [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação- Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3a. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 740 p.
- [11] Tsang, B., McKee, J., Engels, P. T., Paton-Gay, D., & Widder, S. L. (2013). Compliance to advanced trauma life support protocols in adult trauma patients in the acute setting. *World journal of emergency surgery* : *WJES*, 8(1), 39. <https://doi.org/10.1186/1749-7922-8-39>
- [12] Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas de Tumor Cerebral no Adulto. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Publicacoes_MS/20201218_PC_DT_Tumor_Cerebral_em_Adulto_ISBN.pdf
- [13] Assumpção MG, Castro GL, Sperandio RA, Holland LMG, Rigonati LCJ, Cruz CGM, Bosi NA, Haziot MEJ, Sprovieri SRS. Protocolo de padronização do atendimento de cefaleias no serviço de emergência de um hospital geral terciário. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2017;62(2):102-6.
- [14] Simon GA, Brown SGA, Kemp SF, Lieberman PL. Anaphylaxis. in: Adkinson Jr. NF, Bochner BS, Busse WW, Holgate ST, Lemanske Jr RF, Simons FER (eds.) *Middleton's allergy: principles and practice*. 8th ed. Mosby, Inc, St Louis; 2014:1027– 1049.
- [15] Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia, 2011.
- [16] Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia Prático de Atualização: Anafilaxia, 2016. Disponível em:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/documentos_cientificos/Alergia-GuiaPratico-Anafilaxia-Final.pdf

- [17] SAUDE, Ministério da. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: saúde toda hora. Saúde toda Hora. 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpprasredeemergencia>. Acesso em: 05 abr. 2022.
- [18] SCALABRINI NETO, Augusto; DIAS, Roger Daglius; VELASCO, Irineu Tadeu. Procedimentos em emergências. [S.l: s.n.], 2016.
- [19] CEM. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina
– Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.
- [20] VELASCO, Irineu Tadeu [et al.}. Medicina de emergência: abordagem prática / 13. Ed., ver., atual. E ampli. – Barueri [SP] : Manole, 2019.
- [21] Zogbi, L., Rigatti, G., Audino, D. F., & Audino, L. F. (2021). Anestesia local. VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde, 33(1), 45-66.
- [22] Youssef, N. C. M. (2017). ATENDIMENTO EMERGENCIAL, VAGA ZERO E OMISSÃO DE SOCORRO. *Arquivos do CRM-PR*, 34(135).
- [23] Fortis, E. A. F., & Nora, F. S. (2020). Hipoxemia e Hipoxia Per- Operatória: Conceito, Diagnóstico, Mecanismos, Causas e Fluxograma de Atendimento. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 50(4), 317-329.
- [24] Secretaria de estado de saúde de santa catarina. Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia por arboviroses. - Florianópolis – SC. 2022.
- [25] Lopes, E. F., Serra, S. T., de Souza, S. N., Nizolli, G. O., Dajori, A. L. S., Ligório, M. C. M., ... & Siqueira, J. G. D. (2021). Aspectos diagnósticos e terapêuticos em casos de escroto agudo por torção testicular e a importância da intervenção cirúrgica precoce. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(11), e9198-e9198.