



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

MEDICINA

**INTERNATO MÉDICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS:
RELATOS DE VIVÊNCIA E ANÁLISE CRÍTICA ACERCA DA ORGANIZAÇÃO DO
SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA CIDADE DE FOZ DO IGUAÇU**

LUIZ FELIPE GOMES DA SILVA

Foz do Iguaçu
2023



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

MEDICINA

**INTERNATO MÉDICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS:
RELATOS DE VIVÊNCIA E ANÁLISE CRÍTICA ACERCA DA ORGANIZAÇÃO DO
SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA CIDADE DE FOZ DO IGUAÇU**

LUIZ FELIPE GOMES DA SILVA

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

Orientadora: Prof. Rosana Alvarez Callejas

Foz do Iguaçu

2023

LUIZ FELIPE GOMES DA SILVA

**INTERNATO MÉDICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS:
RELATOS DE VIVÊNCIA E ANÁLISE CRÍTICA ACERCA DA ORGANIZAÇÃO DO
SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA CIDADE DE FOZ DO IGUAÇU**

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

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Rosana Alvarez Callejas
UNILA

Profa. Fabiana Aidar Firmino
UNILA

Prof. Luis Fernando Boff Zarpelon
UNILA

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): _____

Curso: _____

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

Título do trabalho acadêmico: _____

Nome do orientador(a): _____

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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

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

Foz do Iguaçu, xx de xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx de 2023.

Assinatura do Responsável

RESUMO

Um dos grandes problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é o pronto atendimento aos usuários do sistema. Os prontos socorros do serviço público ainda apresentam dificuldades evidentes, em maior grau, provocadas pela imensa demanda de condições clínicas agudas. Dessa forma, este relatório versa sobre as percepções de um estudante de medicina, em seu primeiro ano de internato médico, acerca da organização da Rede de Urgência e Emergência da cidade de Foz do Iguaçu – Paraná. O Internato de Urgência e Emergência tem como objetivo desenvolver competências a partir da correlação entre teoria e prática, integrando o discente diretamente ao serviço assistencial em plantões hospitalares de doze horas. O objetivo é estabelecer raciocínios clínico e crítico acerca da estruturação dos setores de trabalho e de aspectos relacionados ao diagnóstico, tratamento e prognóstico das principais síndromes médicas. Aplica-se aqui uma análise acerca de cenários como Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) e hospitais, a fim de entender se há regulação de fluxos no atendimento aos usuários, protocolos instituídos e efetividade assistencial.

Palavras-chave: internato; urgência e emergência; medicina; Foz do Iguaçu.

ABSTRACT

One of the major problems faced by the Unified Health System (SUS) is prompt assistance to system users. Public service emergency rooms still present evident difficulties caused by the immense demand for acute clinical conditions. This report deals with the perceptions of a medical student, in his first year of medical internship, about the organization of the Urgency and Emergency Network in the city of Foz do Iguaçu – Paraná. The Urgency and Emergency Internship aims to develop skills based on the correlation between theory and practice, integrating the student directly to the assistance service in twelve-hour hospital shifts. The objective is to establish clinical and critical reasoning about the structuring of the work sectors and aspects related to the diagnosis, treatment and prognosis of the main medical syndromes. An analysis of scenarios such as Emergency Care Units (UPA's) and hospitals is applied here, in order to understand if there is a regulation of flows in the service to users, instituted protocols and care effectiveness.

Key words: medical internship; urgency and emergency; medicine; Foz do Iguaçu.

RESUMEN

Uno de los mayores problemas que enfrenta el Sistema Único de Salud (SUS) es la pronta atención a los usuarios del sistema. Las salas de emergencia de los servicios públicos aún presentan dificultades evidentes provocadas por la inmensa demanda de cuadros clínicos agudos. Este informe trata sobre las percepciones de un estudiante de medicina, en su primer año de pasantía médica, sobre la organización de la Red de Urgencias y Emergencias en la ciudad de Foz do Iguaçu – Paraná. El Internado de Urgencias y Emergencias tiene como objetivo desarrollar habilidades basadas en la correlación entre la teoría y la práctica, integrando al estudiante directamente al servicio asistencial en turnos hospitalarios de doce horas. El objetivo es establecer un razonamiento clínico y crítico sobre la estructuración de los sectores de trabajo y aspectos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los principales síndromes médicos. Se aplica aquí un análisis de escenarios como las Unidades de Atención de Urgencias (UPA's) y hospitales, con el fin de comprender si existe una regulación de flujos en la atención a los usuarios, protocolos instituidos y efectividad de la atención.

Palabras clave: internado médico; urgencia y emergencia; medicina; Foz do Iguaçu.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
UBS	Unidade Básica de Saúde
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
AVC	Acidente Vascular Cerebral
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
PA	Pressão Arterial
ACV	Aparelho Cardiovascular
AP	Aparelho Pulmonar
ABD	Abdome
EXT	Extremidades
TEC	Tempo de Enchimento Capilar
IOT	Intubação Orotraqueal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE FOZ DO IGUAÇU.....	11
3. CASOS CLÍNICOS ATENDIDOS NOS CENÁRIOS DE PRÁTICAS	16
3.1 CASO CLÍNICO I.....	17
3.2 CASO CLÍNICO II.....	22
3.3 CASO CLÍNICO III.....	26
3.4 CASO CLÍNICO IV	30
3.5 CASO CLÍNICO V	34
3.6 CASO CLÍNICO VI	39
3.7 CASO CLÍNICO VII	44
3.8 CASO CLÍNICO VIII	49
3.9 CASO CLÍNICO IX	52
3.10 CASO CLÍNICO X	56
4. PANDEMIA DE COVID-19: RELATO PESSOAL	60
5. PROCEDIMENTOS REALIZADOS DURANTE O MÓDULO	63
5.1 SUTURAS.....	63
5.2 ACESSO VENOSO CENTRAL.....	65
5.3 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL	68
6. MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NOS “CARRINHOS DE PARADA” DA SALA VERMELHA E SEUS PREÇOS	72
6.1 PREÇOS DOS MEDICAMENTOS PARA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL	73
7. QUESTÃO-PROBLEMA.....	74
8. REFERÊNCIAS	76

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde, as principais causas de mortalidade na população das regiões metropolitanas brasileiras, na faixa etária entre os 15 e 49 anos, são acidentes, envenenamentos e violências; causas estas que, em conjunto, superam as doenças cardiovasculares e as neoplasias. Além disso, casos de urgência e emergência são as mais importantes causas de incapacitação física permanente ou temporária.

Nesse contexto, considerando a necessidade de um ciclo de atendimento completo, o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde, a partir da Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011a).

Os conceitos de urgência e emergência, apesar de ser bastante utilizados no cotidiano da população, acabam se confundindo, tornando-se quase sinônimos. Emergência refere-se à situação crítica, acontecimento perigoso ou incidente que gera risco iminente de vida. Já urgência, caracteriza-se como algo que é necessário ser feito com rapidez, processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco de vida iminente (GIGLIO-JACQUEMOT, 2015)

Algumas estratégias são destacadas como prioritárias na RUE, como a qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência, a qualificação da atenção ao paciente crítico ou grave por meio da melhoria das unidades de terapia intensiva, organização e ampliação dos leitos de retaguarda clínicos, criação das unidades de internação em cuidados prolongados (UCP), qualificação por meio da organização das

linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica, e articulação entre seus componentes (BRASIL, 2013).

Por conta da cobertura inadequada da Estratégia de Saúde da Família e das deficiências da atenção primária à saúde, como a demora para o agendamento de consultas, horário restrito de funcionamento, acesso reduzido a medicações, e baixa resolutividade, a população recorre aos serviços de urgência/emergência devido a garantia de acesso mais ágil. Ao tornarem-se referência para a população, os serviços passam a ser superlotados, com atendimentos impessoais e atuam apenas na queixa principal do usuário (SILVA, 2016).

2. A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE FOZ DO IGUAÇU

O internato médico em Urgência e Emergência do SUS faz parte da grade curricular do curso de medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) e compõe um dos módulos do nono semestre do curso.

Dispostos nos serviços de saúde do SUS que atendem às urgências e emergências da cidade de Foz do Iguaçu, os discentes vivenciam, em plantões de doze horas diárias, o cotidiano de duas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e do pronto socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), preceptorados pelos médicos e médicas da rede de saúde pública da cidade.

A organização desses estabelecimentos se dá de forma hierarquizada e, muitas vezes, pouco entendida pela população. Quando um indivíduo necessita de atendimento médico para quadros agudos e por algum motivo não pode deslocar-se por conta própria até um posto de saúde, aciona-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que faz parte do atendimento pré-hospitalar da rede de urgência e emergência. Por meio de uma regulação, realizada através de uma base de apoio, um médico define hipóteses diagnósticas e condutas, podendo fornecer apenas orientações pelo telefone ou, se necessário, disponibilizando uma ambulância. As viaturas, por sua vez, são classificadas em dois tipos, a depender da complexidade do atendimento – as Unidades de Suporte Básico (USB) e as Unidades de Suporte Avançado (USA).

Após o atendimento inicial é definido a qual serviço de saúde referenciá-lo, podendo ser à uma UPA ou a um hospital. Os quadros de baixa e média complexidade, como traumas leves, surtos psiquiátricos, febre alta, cólicas renais, dispneia intensa, crises convulsivas, vômitos persistentes, entre outros, podem ser manejados em UPAS, que se enquadram na rede de urgência e emergência como um setor intermediário entre as unidades básicas de saúde e hospitais terciários.

Entretanto, se o quadro se mostrar de alta complexidade, com potencial risco à vida, como politraumas, AVC, infarto agudo do miocárdio, ou situações que necessitam de intervenções cirúrgicas, são reportados a um hospital, sendo o HMPGL a referência

principal para a maioria das urgências e emergências. O Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC), do setor privado, é o responsável por internar os quadros clínicos confirmados como infartos agudos do miocárdio e urgências obstétricas.

Apesar da aparente organização dos fluxos, é possível identificar algumas deficiências de regulação. O caso mais recorrente, possivelmente, é o da referência de pacientes que se apresentam com dor torácica. Mesmo nos quadros nos quais a dor é típica e o eletrocardiograma revela o chamado supra desnivelamento do segmento ST, comum no infarto agudo do miocárdio, os pacientes são, a princípio, enviados para uma UPA, mesmo sendo o Hospital Ministro Costa Cavalcanti a referência municipal para atendimento às urgências cardiovasculares. Além disso, em muitos casos, o HMCC solicita que a dosagem de troponina – enzima marcadora de lesão miocárdica – seja realizada antes de aceitarem tais pacientes.

Tais condutas são contraproducentes e não seguem o que diz a literatura. O infarto agudo do miocárdio possui critérios diagnósticos clínicos, que podem se complementar por meio do uso de exames complementares. Dor torácica típica em pacientes com grau de risco elevado para IAM podem ser manejados para tal apenas com o relato de sintomas e, quando disponível, um eletrocardiograma demonstrando evidências de necrose miocárdica. Não é necessário, de forma alguma, aguardar os resultados de enzimas cardíacas, que podem demorar até três horas para serem liberados, para o início do tratamento.

A frase “tempo é músculo” é comumente utilizada para se referir ao fato de que, quanto mais demora-se para iniciar os procedimentos adequados para o manejo de um infarto, mais necrose tecidual ocorrerá e maiores são as chances de o paciente ter uma evolução desfavorável. Dessa forma, é possível concluir que o fato de a regulação dessa urgência cardiovascular em Foz do Iguaçu possuir tantos empecilhos é desfavorável para os pacientes e implica piores prognósticos.

Entretanto, esse é apenas um fator no contexto de uma cadeia de organização muito mais complexa, na qual há pontos positivos e negativos. Por isso, levando em conta o que expõe a Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, do Ministério da Saúde, descrevendo cada componente da RUE, e as vivências e aprendizados do internato em

urgência e emergência, é possível identificar, de forma crítica, quais pontos propostos pelas diretrizes são essencialmente cumpridos pelos serviços e quais necessitam de adequações e ajustes.

O **artigo 3º, parágrafo 3º** da portaria estabelece que: *“O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção.”* É possível identificar que a classificação de risco, a partir do acolhimento, é algo que ocorre com maior frequência nas UPAS – os atendimentos são, inclusive, divididos por cores que, por sua vez, definem as prioridades.

Entretanto, é possível perceber que as classificações de risco nem sempre funcionam de forma adequada. Pacientes com quadros potencialmente significativos são classificados de forma a aguardarem demasiadamente na fila de espera. Já presenciei, por exemplo, um abdome agudo que havia sido classificado, a princípio, pela cor azul – a que denota o menor risco e agrega maior tempo de espera. O paciente, entretanto, apresentou piora do quadro clínico ainda no hall de espera, necessitando ser levado rapidamente à sala vermelha para estabilização.

O **artigo 3º, parágrafo 4º** complementa que: *“A Rede de Atenção às Urgências priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.”* Tal resolução pode ser vista de forma objetiva na RUE de Foz do Iguaçu. Seguindo o que se têm visto epidemiologicamente, como salienta Oliveira *et. al* (2020) ao dizer que as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares têm sido a principal causa de mortalidade no Brasil desde a década de 1960, foi possível presenciar de forma substancial o quanto essas patologias impactam o serviço de urgência e emergência da cidade – os acidentes vasculares cerebrais (AVC), infartos agudos do miocárdio (IAM) e traumas são os quadros mais presentes nos prontos socorros da cidade.

Apesar de não existir no município o estabelecimento de uma Linha de Cuidado do AVC que cumpra integralmente as resoluções propostas pela Portaria nº 665, de 2012, que discorre sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral, o Hospital Municipal dispõe de diversos pontos preconizados pelo Ministério da Saúde:

realiza atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana; realiza exame de tomografia computadorizada de crânio vinte e quatro horas por dia; dispõe de equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e coordenada por neurologista; possui leitos monitorados para o atendimento do AVC agudo, com médico vinte e quatro horas por dia; possui Unidade de Terapia Intensiva; realiza serviço de laboratório clínico em tempo integral; dispõe de equipe neurocirúrgica 24 horas por dia.

Apesar disso, são notáveis que alguns aspectos do atendimento ao AVC agudo no hospital necessitam de ajustes. Não existe, por exemplo, um protocolo clínico específico que direcione o atendimento desses pacientes, orientando fluxos e condutas. Um exemplo é o uso errático de trombolíticos. Inúmeras vezes presenciei a admissão de pacientes elegíveis para a terapia e que, apesar disso, não a receberam. Um dos motivos mais comuns é a imperícia médica em realizar a trombólise, tendo em vista os possíveis efeitos colaterais da medicação.

Fica claro, portanto, que existem aspectos da RUE de Foz do Iguaçu que são atendidos, em parte ou em sua totalidade, e outros que necessitam de readequação importante em relação ao que dizem as diretrizes e normas técnicas que gerem essas redes.

3. CASOS CLÍNICOS ATENDIDOS NOS CENÁRIOS DE PRÁTICAS

Os casos clínicos a seguir, assim como os procedimentos descritos, foram todos coletados durante os plantões realizados nos campos de prática durante o internato médico em urgência e emergência. A identificação dos pacientes é preservada em todos eles a fim de resguardar o sigilo médico dos mesmos.

Todos os relatos abordam situações agudas de pelo menos um dos sistemas orgânicos corporais, além de traumas. A sistematização de cada um deles foi realizada de forma a se conhecer a história da doença atual, história mórbida pregressa, exame físico completo, exames complementares laboratoriais e de imagem solicitados, a evolução do quadro clínico do paciente e, por fim, uma análise crítica e baseada em evidências acerca da abordagem médica em cada caso, analisando as hipóteses diagnósticas levantadas e condutas realizadas – tudo com finalidade estritamente acadêmica.

Tabela 1. Sistemas orgânicos abordados nas discussões de casos clínicos

Emergências cardiovasculares
Emergências respiratórias
Emergências infecciosas
Emergências neurológicas
Emergências gastrointestinais
Emergências nefrológicas
Emergências metabólicas
Emergências hematológicas
Emergências relacionadas ao trauma
Emergências por causas externas

Fonte: Medicina de Emergência: Abordagem Prática (VELASCO *et. al*, 2019).

3.1 CASO CLÍNICO I

ID: E. O. R. S, masculino, 23 anos de idade.

QP: “Vômito com sangue”.

RESUMO DO CASO: Paciente dá entrada via SAMU, hemodinamicamente estabilizado com noradrenalina 19 mL/h. Relata que há alguns dias tem notado fezes com coloração mais escurecida e odor fétido, sem outros sintomas. Há um dia (21/09) evoluiu com melena e hematoquezia, associadas à náusea e vômitos. Durante atendimento na UPA Morumbi evoluiu com três episódios de hematêmese e instabilidade hemodinâmica. Nega dor abdominal. Nega perda ponderal. Nega disfagia.

HPP: Hepatite B diagnosticada há 3 anos (tratamento não finalizado). Relata histórico de varizes esofágicas, com ligadura realizada em 2019. Nega outras comorbidades. Nega alergias medicamentosas.

EXAME FÍSICO: Bom estado geral, orientado, comunicativo, eupneico em ar ambiente, anictérico, acianótico, desidratado 1+/4+, hemodinamicamente estabilizado com noradrenalina 19 mL/h. PA: 95/80. ACV: Bulhas normofonéticas, em 2 tempos, sem sopros, ritmo regular. TEC 3 seg. AP: Murmúrio vesicular universalmente distribuído, sem ruídos adventícios. ABD: Plano, depressível. Ruídos hidroaéreos presentes. Sem massas. Sem sinais de peritonite. Sem ascite. NEURO: Glasgow 14. Torporoso, comunicativo. Pupilas isofotorreagentes.

EXAMES COMPLEMENTARES DE ADMISSÃO

Tabela 2. Exames complementares do caso clínico 1.

Gasometria	Hemograma	Bioquímica
ph: 7,3	Hemoglobina: 11,6	Albumina: 2,9
pCO2: 36,0	Hematócrito: 32,6	Bilirrubina total: 3,1
pO2: 93,0	Leucócitos: 13.740	KPTT: 38,4
Lactato: 26,0	Plaquetas: 119.000	TAP: 1,44

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Hemorragia digestiva alta/baixa.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Hemorragia de varizes esofagogástricas.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Úlcera péptica. Síndrome de Mallory-Weiss. Úlceras de estresse. Esofagite. Lesão de Dieulafoy. Ectasia vascular gástrica. Doença de Crohn.

CONDUTAS MÉDICAS: Solicitados exames de admissão, ECG e radiografia de tórax. Mantida droga vasoativa. Iniciado 1 litro de ringer lactato. Mantida monitorização em sala de emergência. Realizado acesso venoso central. Solicitada endoscopia digestiva alta. Solicitada vaga de UTI. Mantido em jejum.

ANÁLISE CRÍTICA – CASO 1

É necessário caracterizar, a princípio, qual é o problema clínico que se apresenta. Paciente jovem, com histórico de tratamento inadequado de hepatite B e diagnóstico anterior de varizes esofágicas é admitido em pronto socorro apresentando quadro de sangramento digestivo, de volume importante a ponto de levar à instabilidade hemodinâmica.

Hemorragias digestivas são comuns no pronto atendimento, e esse, inclusive, não foi o primeiro caso que eu pude acompanhar. Além disso, já havia estudado, durante o pré-internato de Urgência e Emergência, a respeito do tema. A partir desses conhecimentos, e revisando a literatura, como um artigo de Martins *et al.* (2019), eu sabia que havia duas etiologias para hemorragias digestivas altas: varicosa e não varicosa.

Ao relacionar isso à história mórbida pregressa do paciente, meu raciocínio clínico foi direcionado ao que me parecia mais óbvio – havia uma ruptura de varizes esofágicas, provavelmente como complicação de uma possível hipertensão portal (relacionada ao tratamento inadequado de hepatite B), que havia ocasionado o sangramento.

A instabilidade apresentada pelo paciente também me chamou atenção. Durante o exame físico, pude notar que há havia certo grau de alteração no nível de consciência

do mesmo, que se apresentava torporoso, somado à alteração na perfusão periférica (membros pálidos e frios) e pressão arterial tendendo à hipotensão mesmo em uso de droga vasoativa. Era um quadro claro de choque de origem hipovolêmica.

O que necessitava ser feito, a princípio, era estabilizar este indivíduo hemodinamicamente para que se pudesse realizar, em seguida, a endoscopia digestiva alta. O exame, que é o padrão ouro para essa urgência gastrointestinal, é ao mesmo tempo diagnóstico e terapêutico, já que possui métodos para estancar o sangramento a partir da ligadura das varizes esofágicas rompidas, e deve ser feito em até 24 horas da admissão.

Uma coisa que não foi feita durante a admissão desse paciente, e que eu, inclusive, não me atentei, é uma estratificação de risco para novos sangramentos. Existe um escore, chamado Glasgow Blatchford, que pontua critérios de risco e pode ser calculado rapidamente. A presença de um único item positivo seria indicativa de realização de endoscopia digestiva alta na apresentação ao departamento de emergência – o paciente possuía pelo menos quatro na admissão.

Tabela 3. Escore de Glasgow Blatchford

Variável	Pontuação
Hb 12,12,9 em homens e 10,0 a 10,9 em mulheres	1
Hb de 10,0 a 11,9 em homens	3
Hb < 10 em homens ou mulheres	6
PAS entre 100-109 mmHg	1
PAS entre 90-99 mmHg	2
PAS < 90 mmHg	6
FC ≥ 100 bpm	1
Ureia > 30 mg/dL	1
História de melena ou síncope na apresentação	1
História de doença hepática ou cardíaca	2

Além disso, notei que houve uma falha na reposição volêmica desse paciente, que deveria estar aliada à droga vasoativa já estabelecida. A restauração do volume intravascular era de fundamental importância para o manejo do choque, e foi realizado,

de acordo com o prontuário, apenas 1 litro de Ringer Lactato, enquanto algumas literaturas falam sobre uma reposição de 2 a 3 litros. O objetivo dessa reposição seria atingir uma pressão arterial sistólica de 100 mmHg e uma frequência cardíaca menos que 100 batimentos por minuto.

Os exames laboratoriais solicitados foram muito bem selecionados e seguem o que diz a literatura. Eu também teria solicitado o hemograma com hematócrito e hemoglobina seriados para avaliar, temporalmente, a evolução dos níveis dos elementos do sangue desse paciente, tendo em vista que estava havendo perda. A função hepática tinha importância fundamental neste caso clínico, tendo em vista o quadro crônico de lesão hepática causada pela hepatite B – e, como dito anteriormente, acredito que tenha tido papel relevante no quadro clínico atual do paciente, tendo em vista ser possível que uma hipertensão portal tenha causado o sangramento varicoso.

A princípio, não havia necessidade de hemotransfusão, afinal, a hemoglobina estava em 11,6 mg/dL – os valores de referência estão entre 13 a 16 g/dL, mas só há necessidade de hemoconcentrados quando os valores estão abaixo de 7 g/dL. Uma informação que eu não tinha e foi me passada pelo residente de plantão foi a de que a decisão pela transfusão de concentrados de hemácias não se dá unicamente pelo valor objetivo, mas pode também ocorrer quando há uma queda brusca nos níveis de hemoglobina, mesmo que ainda não esteja abaixo da marca dos 7 g/dL.

A evolução desse caso foi muito interessante. A endoscopia digestiva alta foi realizada cerca de 20h após a admissão do paciente. As conclusões do laudo são de que havia Lesão de Mallory-Weiss, uma síndrome relativamente incomum, que consiste na laceração não penetrante das mucosas do esôfago distal e do estômago proximal, geralmente causada por aumento da pressão abdominal ou vômitos de repetição. Havia também uma pangastrite hemorrágica severa, e foi passado um balão esofágico com compressão em fundo gástrico para manejo inicial e estabilização do sangramento. A orientação era de manter o paciente sedado por 72h, até nova endoscopia para retirada do balão esofágico.

A nova endoscopia digestiva alta foi realizada três dias após, e nela houve a ligadura elástica das varizes do esôfago. O paciente evoluiu bem após o procedimento, permanecendo por nove dias na UTI e recebeu alta 12 dias após o internamento com encaminhamentos para o ambulatório de hepatites virais para dar seguimento correto ao tratamento da hepatite B.

Esse caso clínico foi extremamente interessante do ponto de vista teórico e prático. Não é comum ver um indivíduo tão jovem se apresentar no pronto socorro com instabilidade hemodinâmica por conta de uma urgência clínica – o mais comum é quando ocorre devido a traumas. Manejar um paciente instável hemodinamicamente é, com certeza, uma das habilidades mais importantes de um médico emergencista. Noto que, muitas vezes, tendemos a dar muita atenção a patologias específicas, decorar alíquotas de volumes, doses de drogas pouco utilizadas, enquanto conceitos básicos são deixados de lado por parecerem simples. É um erro. Realizar um bom primeiro atendimento a um paciente grave, seguindo corretamente os passos do “ABCDE” é fundamental para todo o manejo que vem em seguida.

Os pontos mais importantes de estudo e revisão que esse caso me trouxe foram: hepatites; manejo inicial do paciente grave; choque hipovolêmico; ressuscitação volêmica e uso de drogas vasoativas; hemorragias digestivas alta e baixa; quando está indicada a realização de endoscopia digestiva alta; Síndrome de Mallory-Weiss.

Por ser uma condição pouco vista clinicamente, fiquei instigado inclusive a escrever um artigo, no modelo relato de caso, acerca do diagnóstico de Síndrome de Mallory-Weiss desse paciente. Acredito que a apresentação clínica do mesmo, seguida do diagnóstico e da boa evolução tenham sido interessantes e poderiam, de alguma forma, ser publicados.

3.2 CASO CLÍNICO II

QP: “Perda da consciência”.

ID: M. M. L., feminina, 72 anos, aposentada, natural e moradora de Foz do Iguaçu.

HDA: História coletada com a filha, Priscila. Relata que há cerca de uma hora encontrou a paciente com rebaixamento do nível de consciência, apresentando hemiplegia à esquerda, disartria, com restos alimentares sobre a roupa, indicando vômito, e perda esfinteriana urinária. Não soube informar o horário em que o quadro atual iniciou. Última vez em que viu a mãe foi há oito horas. Nega eventos similares anteriores. Durante estabilização evoluiu com dessaturação e esforço respiratório, sendo necessário proceder com intubação orotraqueal.

HMP: Hipertensão Arterial Sistêmica (não soube informar medicações). Em investigação para possível câncer de bexiga. Nega outras comorbidades. Nega alergias medicamentosas.

HV: Paciente tabagista, 40 maços/ano. Nega etilismo.

EXAME FÍSICO: Mal estado geral, sedada, em ventilação mecânica, anictérica, acianótica, normohidratada. ACV: Bulhas normofonéticas, em 2 tempos, sem sopros. Ritmo irregular (fibrilação atrial?). AP: Murmúrio vesicular uniformemente distribuído. Sem ruídos adventícios. ABD: Globoso, flácido, depressível. Ruídos hidroaéreos presentes. Sem massas ou visceromegalias. EXT: Panturrilhas livres, sem edemas. NEURO: Sedada (RASS -5). Pupilas isofotorreagentes.

EXAMES COMPLEMENTARES DE ADMISSÃO

Tabela 4. Exames complementares do caso clínico 2.

Hemograma	Bioquímica
Hemoglobina: 17,5	Ureia: 63,0
Hematócrito: 52,2	Creatinina: 1,2
Vol. Glob. Méd.: 91,26	Sódio: 143
Hem. Glob. Méd.: 30,59	Potássio: 3,4
Leucócitos: 16.260	Albumina: 2,9
Plaquetas: 143.000	Bilirrubina total: 1,2
	Urina I: sem alterações

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Síndrome neurológica focal.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Acidente Vascular Encefálico Isquêmico.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico. Ataque Isquêmico Transitório. Arritmia cardíaca. Hipoglicemia.

CONDUTAS MÉDICAS: Solicitados exames de admissão, ECG e radiografia de tórax. Solicitado ecocardiograma e doppler de carótidas. Solicitado USG de abdome total para investigar sangramento. Solicitada tomografia de crânio sem contraste. Prescrita hidrocortisona 200 mg. Iniciada sedação desmembrada após IOT. Profilaxias e analgesia. Realizadas medidas para AVCi.

ANÁLISE CRÍTICA – CASO 2

O problema clínico deste caso pode ser resumido da seguinte forma: paciente feminina, idosa, com comorbidades prévias, apresentando quadro de déficit neurológico focal súbito, sem tempo de ictus determinado, associado a provável broncoaspiração de conteúdo gástrico.

Quadros neurológicos focais, com sinais como alteração do nível de consciência, hemiparesia, hemiplegia, disartria e dislalia foram extremamente frequentes nas salas de emergência durante o todo o período deste módulo de internato. Em geral, a hipótese diagnóstica mais comum a todos, e que geralmente acaba sendo confirmada, é de acidente vascular encefálico (AVC), seja isquêmico (AVCi) ou hemorrágico (AVCh).

É possível, através da clínica, chegar a uma hipótese mais clara acerca da etiologia do AVC. Tendo presenciado a admissão AVCs isquêmicos e hemorrágicos por diversas vezes, e seguindo também o que é descrito na literatura, já consigo identificar alguns sinais e sintomas que tendem a diferenciá-los. O mais característico é cefaleia intensa, chamada de *thunderclap*, ou “pior dor de cabeça da vida”, e ocorre com maior frequência no AVCh. É pouco comum verificar cefaleia, ainda mais com intensidade tão relevante, no AVCi – de acordo com a diretriz de manejo agudo do AVC, produzido pela American Heart Association (AHA), Powers *et. al* (2019). Entretanto, mesmo com indícios clínicos acerca da etiologia do infarto encefálico, apenas através da tomografia de crânio confirma-se se houve sangramento ou apenas isquemia.

A principal importância em diagnosticar se um AVC é isquêmico ou hemorrágico se dá pelo fato dos manejos das duas condições serem diferentes entre si. Enquanto que no AVC isquêmico o tratamento principal se dá pelo uso de trombolítico, no AVC hemorrágico, a depender do tamanho, pode-se necessitar de cirurgia ou apenas de tratamento conservador.

Ainda de acordo com a diretriz da AHA, o tempo para que um paciente com suspeita clínica de acidente vascular cerebral realize uma tomografia de crânio é de apenas 20 minutos após admissão no pronto socorro. Entretanto, minha experiência pessoal nos plantões do Hospital Municipal me mostraram que os tempos definidos pelas

diretrizes geralmente não são colocados em prática. Ao serem admitidos, pacientes com quadro de síndrome neurológica focal recebem uma avaliação médica, são monitorizados e, muitas vezes, pontos secundários do manejo são priorizados em relação à tomografia de crânio. Ao questionar alguns médicos a respeito disso, foi-me dito que existe um esforço para que o tratamento ocorra da forma mais adequada possível, entretanto, “na vida real, é impossível seguir tudo o que a literatura diz”, de acordo com um deles.

Fatos como esse me deixam reflexivo em relação ao que está disposto na literatura como correto e o que é realmente palpável de ser realizado, principalmente no serviço de saúde público. A maior parte de grandes estudos multicêntricos, que são a base para a criação de fluxogramas específicos para o tratamento das mais diversas condições, são realizados em países estrangeiros, muitos deles com realidades diferentes da que vivemos no Brasil.

Por isso, indicações de tempo-diagnóstico, tempo-tratamento ou mesmo de medicamentos específicos podem não ser totalmente contemplados em prontos socorros brasileiros que, em muitos casos, têm dificuldade em ofertar condições de cuidado básicos. Isso não significa, entretanto, que não se deva fazer de forma correta tudo o que esteja dentro de seu alcance – realizar uma tomografia em vinte minutos, por exemplo, se o aparelho está disponível.

A tomografia de crânio da paciente deste caso clínico evidenciou áreas hipodensas em região de córtex parietal esquerda. Esse achado é muito interessante por alguns motivos. Primeiro, vale lembrar que a paciente foi encontrada pela filha durante a manhã, já desacordada. A última vez que a paciente havia sido vista bem havia sido há oito horas, e a determinação do horário exato no qual os sintomas iniciaram é de fundamental importância para a decisão sobre qual tratamento seguir. Quando não se sabe quando ocorreu, usa-se a última vez que o indivíduo foi visto bem como parâmetro – no caso dela, oito horas antes da admissão.

Assim como estipula-se o tempo de vinte minutos da admissão para a realização da tomografia, existe também um tempo máximo a partir do início do evento para a realização da trombólise química – quatro horas e meia. Essa paciente, portanto, já não tinha critérios para ser trombolisada. Lembro, inclusive, de perguntar ao médico da

disponibilidade de alteplase no hospital, já que até pouco tempo não faziam terapia de reperfusão química no serviço. E, para minha surpresa, alguns pacientes já haviam recebido o trombolítico recentemente, mas desde que cumprissem os critérios para tal.

Na admissão, outro fator importante que chamou nossa atenção durante a estabilização era um esforço respiratório progressivo realizado por ela. A hipótese de broncoaspiração de secreções de vômito foi prontamente estabelecida, tendo em vista que ela havia sido encontrada nessas condições. Portanto, por conta do rebaixamento do nível de consciência provocado pelo AVC e a evidente incapacidade desta senhora em manter a perviedade de sua via aéreas, foi decidido por prosseguir à intubação orotraqueal.

O desfecho clínico dessa paciente foi alta médica, após internação em UTI, onde permaneceu por quatorze dias, e depois em enfermaria de clínica médica, por outros dez dias. Foi liberada para casa com melhora significativa do quadro neurológico, mantendo sequelas razoáveis, como hipomobilidade, mas com bom padrão de nível de consciência e fala.

O fato do AVC ser uma urgência médica e, ao mesmo tempo, receber tão pouca atenção por parte de algumas equipes é algo que desperta muito minha atenção e que acredito ser um problema a ser resolvido. Os pacientes devem sim ser levados à tomografia o quanto antes; a terapia fibrinolítica deve estar disponível nos casos indicados; “medidas de suporte”, geralmente escritas nas condutas médicas, devem ser postas em prática, e não serem tidas apenas como mais uma tradição de prontuário. Fluxogramas claros e institucionalizados deveriam estar estabelecidos e profissionais deveriam receber cursos de atualizações acerca do manejo de tal condição clínica. O quanto antes o AVC é diagnosticado e tratado, maiores são as chances de sobrevivência e de redução de sequelas.

Time is brain.

3.3 CASO CLÍNICO III

ID: I. L. O, feminina, 50 anos.

QP: “Picada de cobra”.

HDA: Paciente relata ter sido picada por cobra da espécie Urutu (*Bathrops alternatu*) em falange proximal do 5º quirodáctilo direito, há cerca de doze horas. Refere ter iniciado quadro de tontura e dor latejante no local do acidente, irradiando para membro superior direito, até o ombro. Relata náusea, nega vômitos. Nega exantemas. Nega outros sintomas.

HMP: Nega comorbidades. Nega uso de medicação de uso contínuo. Nega alergias.

EXAME FÍSICO: Bom estado geral, lúcida e orientada em tempo e espaço, corada, acianótica, anictérica, afebril, eupneica em ar ambiente. ACV: Bulhas cardíacas normofonéticas, rítmicas, em dois tempos, não ausculto sopros. AP: Expansibilidade pulmonar preservada. Som claro pulmonar à percussão. Murmúrio vesicular uniformemente audível em todos os focos de ausculta, sem ruídos adventícios. ABD: Plano, depressível. Ruídos hidroaéreos presentes. Indolor à palpação superficial e profunda. EXT: Membros com mobilidade preservada. Membro superior direito apresentando edema em mão 2+/4+, calor local, rubor e presença de duas lesões puntiformes (provável local da mordedura). Membros inferiores sem edemas, panturrilhas livres. NEURO: Glasgow 15. Pupilas isocóricas, isofotorreagentes. Comunicativa, orientada. Sem sinais de irritação meníngea.

EXAMES COMPLEMENTARES

Tabela 5. Exames complementares do caso 3

Hemograma	Eletrólitos	Urina I	Outros
Hemoglobina: 4,88 Hematócrito: 43,10 Vol. Glob. Médio: 88,32 Hem. Glob. Média: 30,12 Leucócitos: 10.630 Bastões: 7% Plaquetas: 209.000	Ureia: 53 Creatinina: 0,90 Sódio: 148 Potássio: 4,3 CPK: 106	Proteínas: ++ Cél. Epiteliais: 12/campo Leucócitos: 06/CAMPO Cilindros: Granuloso +++	TP: 14s TPPA: 35s

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Acidente botrópico.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Acidente por mordedura de serpente Urutu.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Acidente por mordedura de escorpião.

CONDUTAS MÉDICA: Contatado Ciatox. Solicitados exames de rotina em 12 horas. Administrado soro antiofídico específico. Analgesia. Hidratação com 1000 mL de Ringer Lactato. Monitorização da pressão arterial e volume de urina.

ANÁLISE CRÍTICA – CASO 3

Acidentes ofídicos são comuns no Brasil, sendo as serpentes do gênero *Bothrops* as responsáveis pela maioria dos acidentes. Existem três atividades fisiopatológicas do veneno botrópico: proteolítica, coagulante e hemorrágica (BRASIL, 2011).

Em minha experiência nos plantões acadêmicos presenciei o atendimento de alguns pacientes que haviam sofrido acidente ofídico. Uma característica comum a todos eles é que, em nenhum caso, havia urgência ou emergência no atendimento, apesar do senso comum de que acidentes com animais peçonhentos acarretem necessidade de atendimento imediato. Os pacientes, em geral, chegam em bom estado geral e apresentando apenas sinais flogísticos locais – dor, rubor, calor e edema.

Aprendi, durante o estágio, e consultando a literatura, que o diagnóstico de certeza do acidente ofídico é feito pelo reconhecimento do animal causador, no entanto, isso não é necessário. O diagnóstico presumível é feito pela história, pelo exame físico e pela avaliação dos efeitos do veneno no paciente e na maioria dos casos deve ser suficiente para determinação do soro antiofídico correto. Um método muito utilizado pelos pacientes é o de tirar fotos do animal à distância. Outro, não tão agradável, e até desaconselhável, é levar o próprio animal morto ao pronto socorro.

Pude perceber alguns métodos e superstições comuns à maior parte dos indivíduos picados – incisões próximas à picada, ruptura de bolhas, sutura, sucção do veneno e aplicação de gelo local. Nenhum deles, entretanto, deve ser realizado.

Uma característica comum ao atendimento de todos era o contato imediato com o Centro de Informação e Assistência Toxicológica (Ciatox). O serviço, disponível 24 horas por dia, fornece orientações sobre diagnóstico e tratamento das intoxicações exógenas e acidentes por animais peçonhentos para a população em geral e para os profissionais de saúde.

Pelo fato do veneno botrópico possuir capacidade de ativar fatores da coagulação sanguínea, induzindo frequentemente incoagulabilidade sanguínea e atividade hemorrágica, é necessário que o manejo clínico e os exames complementares solicitados para acidentes com cobras sejam direcionados a essas características fisiopatológicas do envenenamento. Portanto, a solicitação dos exames de verificação de Tempo de Protrombina (TP) e de Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA), solicitada durante a admissão, está de acordo com o que pedem as diretrizes.

O tratamento específico é feito com a aplicação do soro específico para cada tipo de acidente e de acordo com a gravidade do quadro clínico. No caso do acidente por *Bothrops*, utilizamos o soro antiofídico ou antiofídico-laquélico, de aplicação intravenosa (MATOS; IGNOTTI, 2020). No hospital, durante o manejo desta paciente, foi utilizado o primeiro, na dose recomendada a acidentes leves – de 2 a 4 ampolas.

Houve um ponto que não está de acordo com o que dizem as diretrizes, tendo sido inclusive repreendida por um médico nefrologista que atendeu. Não estava havendo hidratação vigorosa e contínua da paciente, conduta indicada em acidentes ofídicos que possam evoluir para injúria renal. É necessário manter a diurese entre 30 a 40 mL/h no adulto – a da paciente em questão estava por volta de 20 mL/h.

Mesmo assim, o quadro clínico se estabilizou e a paciente manteve-se com sintomatologia leve. Os exames laboratoriais permaneceram adequados, sem quaisquer distúrbios de coagulação. Foi dada alta médica cinco dias após a admissão.

Apesar do pronto auxílio do Ciatox em coordenar o manejo a pacientes vítimas de intoxicação exógena ou acidentes com animais peçonhentos, penso que seria interessante que a cidade de Foz do Iguaçu possuísse um centro de informações próprio relacionado ao atendimento dessas condições. Isso porque, dada a relevância da cidade em um contexto turístico e ecológico, levando em conta a presença de um parque ambiental da magnitude do Parque Nacional do Iguaçu, além da forte relação e proximidade da vida urbana da cidade com o Rio Paraná, acidentes com animais diversos são comuns e epidemiologicamente relevantes.

Por isso, a criação de um núcleo que disponha de profissionais capacitados, com o estabelecimento de fluxogramas específicos de atendimentos e cursos de atualização acerca da condução clínica a casos como esse, trariam benefícios à saúde pública do município.

3.4 CASO CLÍNICO IV

ID: Y. M. D. E., feminina, 2 anos e 11 meses.

QP: “Tremendo e revirando os olhos”.

HDA: Criança trazida pelos pais, por busca espontânea. Segundo os mesmos, a criança iniciou há poucos minutos com quadro de irresponsividade, tremores em membros, eversão ocular, sem liberação do esfíncter. Segundo a mãe, apresentou o mesmo o quadro aos dois dias de vida e há dois meses, sendo diagnosticado hipoglicemia nas duas oportunidades.

HMP: Pais negam comorbidades. Negam uso de medicações. Relata alergia a paracetamol. Nega internamento recente. Pais sem comorbidades.

EXAME FÍSICO: Sinais Vitais: PA 80/50, FC: 93, FR: 26, Sat 93% em ar ambiente. Mal estado geral, torporosa, hipocorada 3+/4+, cianótica +1/+4, anictérica, eupneica em ar ambiente. ACV: Bulhas cardíacas normofonéticas, rítmicas, em dois tempos, não ausculto sopros. AP: Expansibilidade pulmonar preservada. Som claro pulmonar à percussão. Murmúrio vesicular uniformemente audível em todos os focos de ausculta, sem ruídos adventícios. Ausência de esforço respiratório. ABD: Plano, depressível. Ruídos hidroaéreos presentes. EXT: Membros com mobilidade preservada. Membro superior direito apresentando edema em mão, 2+/4+. Membros inferiores sem edemas, panturrilhas livres. NEURO: Glasgow 10. Pupilas isocóricas, isofotorreagentes. Torporosa. Sem sinais de irritação meníngea.

EXAMES COMPLEMENTARES: HGT: 27.

DIAGNÓSTICOS SINDRÔMICOS: Síndrome neurológica focal. Síndrome epiléptica.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Crise convulsiva.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Hipoglicemia. Intoxicação. Reação medicamentosa. Tiques.

CONDUTAS MÉDICAS: Prescritas 2 ampolas de glicose. Hidratação com soro fisiológico. Solicito vaga para investigação com urgência.

ANÁLISE CRÍTICA – CASO 4

Acompanhei este caso clínico na UPA Dr. Walter Cavalcanti. Assim que a criança chegou, desacordada e torporosa, e a partir da história coletada com os pais, levantou-se a possibilidade de que ela estivesse em um estado pós-ictal, posterior à uma crise convulsiva.

Entretanto, assim que foi realizada a aferição do HGT dessa paciente, notou-se que ela estava hipoglicêmica, com um valor de glicose de apenas 27. É possível, portanto, que não tenha havido uma convulsão, mas apenas sintomatologia relacionada à hipoglicemia que foi entendida pelos pais como uma crise. Ou, que a hipoglicemia tenha gerado a crise convulsiva. Independentemente da resposta, a primeira conduta foi a reposição lenta de duas ampolas de glicose a 50%.

De acordo com os pais, a criança já havia apresentado quadros hipoglicêmicos anteriormente, inclusive no segundo dia de vida. Considera-se hipoglicemia quando a glicemia em sangue total é menor do que 45 mg/dL nas primeiras 24 horas de vida e menor do que 50 mg/dL após o primeiro dia de nascido (MARINHO *et al.*, 2020).

A etiologia da hipoglicemia pediátrica pode ser variada: diminuição da produção, reserva diminuída ou aumento do consumo. Aqueles nascidos pré-termo têm maior risco de hipoglicemia por terem menor estoque de glicogênio hepático e gorduras, além de poderem apresentar hiperinsulinismo, uma vez que níveis glicêmicos maternos elevados podem estimular a secreção pancreática de insulina fetal (MARINHO *et al.*, 2020).

O tratamento é baseado no surgimento ou não de sintomas. Em crianças hipoglicêmicas assintomáticas, deve-se realizar a correção, preferencialmente, com amamentação ou leite materno ordenhado. O tratamento endovenoso está indicado nas hipoglicemias graves (menor que 25 mg/dL), ou sintomáticas, em que se pretende uma rápida elevação dos níveis glicêmicos. A infusão rápida em *bolus* de 2 mL/kg de soro

glicosado a 10% permite essa correção e deve ser continuada com a infusão contínua de glicose.

Foi a primeira vez que estive em contato com um caso de hipoglicemia pediátrica. As condutas tomadas em crianças, na maioria das vezes, apresentam discordâncias em relação aos adultos, principalmente no que diz respeito à dosagem de medicações. Até por conta disso, notei que houve preocupação por parte da médica de plantão a respeito da reposição glicêmica da criança, tendo sido necessário que ela telefonasse para um colega pediatra para confirmar a conduta. Esse tipo de experiência prática é algo que não encontramos nos livros. Não é errado e nem mal visto pedir ajuda, principalmente quando não se tem domínio sobre determinados aspectos da medicina. Em primeiro lugar, o paciente.

Tenho a percepção, também, de que há muito receio por parte de médicos em receberem pacientes pediátricos nos prontos socorros. Imagino que isso se deva a um déficit na educação médica, que não nos prepara o suficiente para atendermos os mais variados tipos de pacientes – crianças, adultos e idosos.

3.5 CASO CLÍNICO V

ID: A. G., masculino, 52 anos.

QP: “Corpo amarelado e confusão”.

HDA: Paciente internado há três dias devido a quadro agudo de icterícia, epistaxe, distensão abdominal, constipação e vômitos incoercíveis. Evoluiu com edema de membros inferiores, diarreia importante, dor abdominal difusa e hematoma periumbilical. Durante internamento em sala de observação passou a apresentar torporosidade, rebaixamento do nível de consciência com confusão mental e hipotensão grave. Houve necessidade de transferência para sala vermelha para estabilização adequada.

HMP: Paciente etilista crônico (refere beber cerca de 2 litros de álcool ao dia). Histórico de cirrose hepática e varizes esofágicas. Nega alergias medicamentosas.

EXAME FÍSICO: Mal estado geral, confuso, icterício +3/+4, desidratado +1/+4, eupneico em uso de cateter nasal a 2 litros/min. ACV: Bulhas normofonéticas, rítmicas, em dois tempos, sem sopros. AP: Murmúrios vesiculares uniformemente distribuídos, porém diminuídos em bases pulmonares, bilateralmente. Não ausculto ruídos adventícios. Sem sinais de esforço respiratório. Presença de telangiectasias em tronco. ABD: Rígido, ascético, doloroso à palpação superficial e profunda. Não palpo massas. Presença de hepatomegalia importante (3 cm abaixo do rebordo costal). Sinal de Piparote positivo. EXT: Membros inferiores quentes e bem perfundidos, edemaciados bilateralmente +4/+4. NEURO: Glasgow 8. Confuso, desorientado. Abertura ocular espontânea. Verbalizando palavras incompreensíveis. Não obedece a comandos, mas há movimento de retirada como resposta à dor.

EXAMES COMPLEMENTARES

Tomografia abdominal: evidenciando as seguintes alterações: Fígado de morfologia alterada, contornos irregulares, lobulados, dimensões dentro dos limites normais. apresentando coeficientes de atenuação grosseiramente heterogêneo difuso, com impregnação heterogênea do parênquima hepático. Compatível com doença parenquimatosa hepática crônica difusa. Ascite volumosa em recesso peritoniais

abdominais e pélvicos. Bases pulmonares com coleção líquida em recesso pleural posterior direito.

Tabela 6. Exames complementares do caso 4

Bilirrubina total e frações	Hemograma	Outros
Bilirrubina total (03/12): 16,60 Bilirrubina direta (03/12): 10,90 Bilirrubina indireta (03/12): 5,70 Bilirrubina total (05/12): 20,00 Bilirrubina direta (05/12): 14,40 Bilirrubina indireta (05/12): 5,60	Hemoglobina: 8,90 Hematócrito: 25,60 Leucócitos: 5.120 Bastonetes: 10% Plaquetas: 24.000	Albumina: 3,10 TAP: 27,70 segundos KPTT: 61,5 TGP: 40 TGO: 224 Sódio: 142 Potássio: 3,1 Lipase: 32 Creatinina: 0,70

DIAGNÓSTICOS SINDRÔMICOS: Síndrome icterica. Síndrome de hepatomegalia. Rebaixamento do nível de consciência.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Encefalopatia hepática.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Delirium. Abstinência alcoólica. Encefalopatia de Wernicke-Korsakoff.

CONDUTAS MÉDICAS: Monitorização em sala vermelha. Ressuscitação volêmica. Passagem de acesso venoso central. Prescrição de noradrenalina a 15 mL/h. Oxigenioterapia. Prescrição de antipsicótico devido agitação. Medidas laxativas.

ANÁLISE CRÍTICA – CASO 5

A encefalopatia hepática é uma urgência médica muito recorrente nos serviços de pronto atendimento. Acredito que, durante o internato em urgência e emergência eu tenha acompanhado cerca de cinco quadros clínicos compatíveis com a síndrome. Por conta da recorrência, houve a necessidade de estudar o tema e revisá-lo por diversas vezes.

A doença pode ser definida como um distúrbio nas funções do sistema nervoso central como consequência de complicações agudas ou crônicas da insuficiência hepática, como salienta Augusti *et al.* (2014).

No caso descrito acima, o paciente apresentava um quadro estável e se mantinha em leito de observação, na UPA Dr. Walter Cavalcanti, aguardando vaga no Hospital Municipal para seguimento da investigação. Entretanto, durante um de meus plantões no serviço, o mesmo passou a apresentar piora do quadro neurológico, com alteração do nível de consciência, confusão mental, agressividade, além de descompensação hemodinâmica, tendo uma pressão arterial aferida de 84x68. A partir disso, foi transferido para a sala vermelha.

Assim que avaliamos as condições clínicas do mesmo, analisando a história da internação atual e a história mórbida pregressa, ficou claro que se tratava, possivelmente, de uma encefalopatia hepática. Entretanto, tendo em conta o fato do paciente ser etilista crônico, um diagnóstico diferencial importante foi pensado: Síndrome de Wernicke-Korsakoff. Essa doença, que também gera distúrbio mental, associado a amnésia anterógrada, marcha atáxica e nistagmo, é extremamente comum em pacientes cirróticos (SANTOS; COSAC, 2020).

Há diferenciações importantes entre as duas condições. Enquanto na encefalopatia hepática o acúmulo de toxinas, como a amônia, é o fator desencadeador do quadro clínico, na Síndrome de Wernicke-Korsakoff, a deficiência nutricional de tiamina é a característica fundamental da fisiopatologia. Apesar de ambas terem em comum distúrbios da consciência, na encefalopatia hepática não se costuma encontrar ataxia ou oftalmoplegia.

Além da clínica apresentada pelo paciente, os exames complementares são fundamentais para se entender o quadro por completo. A bilirrubina, extremamente aumentada, é produto da degradação do grupo heme, que está presente em maior quantidade na hemoglobina. É considerado normal que a bilirrubina total esteja na base de 1,2 mg/dL, com a bilirrubina direta podendo chegar a 0,3 mg/dL e a bilirrubina indireta a 0,8 mg/dL. Neste caso, o aumento era de mais de dez vezes.

A hiperbilirrubinemia se deu às custas da bilirrubina direta, ou conjugada, chegando a 14,40 mg/dL. Isso significa que o processo de conjugação ocorreu e que o problema é proveniente do fígado em si, e não anterior a ele. O acúmulo de bilirrubina acumula-se no sangue, provocando o sinal mais característico: icterícia.

Uma dúvida me deixou muito intrigado – o que teria acontecido com este paciente para que seu quadro cirrótico crônico tenha descompensado tão abruptamente? Entender essa questão me levou a revisar a literatura em busca das causas. Os achados diziam que as infecções são os fatores precipitantes mais comuns da encefalopatia hepática, sendo a peritonite bacteriana espontânea (PBE), a mais frequente. Além disso, sangramentos gastrointestinais e eventos que aumentam a sobrecarga de aminoácidos nas porções distais do tubo digestivo, como a constipação intestinal, vêm logo em seguida como mais frequentes.

Este paciente não possuía exames de laboratório que demonstrassem uma possível infecção – entretanto, seria necessário realizar uma paracentese para a coleta do líquido ascítico e posterior análise do mesmo para descartar a presença de PBE. Não havia também indícios de que estaria havendo um sangramento gastrointestinal, afinal, não havia histórico de hematêmese, hematoquezia ou melena. Mas, a constipação, presente há alguns dias e um dos fatores que levaram à busca por ajuda médica, estava presente. Neste caso, é muito provável que a ausência de evacuações tenha levado à piora clínica descrita.

A instabilidade hemodinâmica apresentada por esse paciente requeria sua internação em leito de unidade de terapia intensiva. Entretanto, enquanto aguardava vaga, era necessário realizar medidas de suporte para mantê-lo estável. As condutas realizadas nesse caso foram extremamente acertadas e bem conduzidas – feitas, aliás,

por duas médicas formadas na Unila. O primeiro passo foi a monitorização do paciente, seguida de ressuscitação volêmica vigorosa associada à passagem de cateter venoso central para infusão de drogas vasoativas.

O tratamento do fator precipitante é a medida mais importante para esses pacientes. Como, a princípio, a constipação era tida como possível causa, foi iniciada lactulose, medicação que acidifica o meio intestinal levando à diminuição da produção de amônia, além de ter efeito laxativo. De acordo com Augusti *et al.* (2014), a droga é considerada o padrão-ouro para o tratamento de pacientes com encefalopatia hepática, e seu objetivo é obter de 2 a 4 evacuações pastosas ao dia. Foi iniciada também antibioticoterapia empírica, com ceftriaxona.

Indaguei a médica responsável acerca da necessidade de realização de uma paracentese diagnóstica no paciente, já que ele estaca ascítico. Foi-me dito que, por conta da plaquetopenia importante apresentada por ele (24.000 células/mm³), não seria possível realizar o procedimento, dada as altas chances de sangramento. Eu não havia ainda me atentado a esse risco, dado que já havia sido passado um cateter venoso central neste paciente. Entretanto, no mesmo momento, me recordei de que a introdução de um cateter venoso central é um procedimento no qual não há nenhuma contraindicação absoluta – sua necessidade, na maioria das vezes, superam os possíveis riscos. Neste caso, se drogas vasoativas não fossem introduzidas, dada a hipotensão importante atingida, ele provavelmente teria uma parada cardiorrespiratória. A paracentese, por outro lado, apesar de extremamente útil para esclarecimentos diagnósticos, possui contraindicações, e a plaquetopenia é uma delas.

Após estabilização e solicitação de vaga, esse paciente foi transferido ao Hospital Municipal para finalização do tratamento em unidade de terapia intensiva.

Os principais pontos sobre esse caso clínico que ficaram para meu estudo posterior foram: caracterização clínica e como excluir seus diagnósticos diferenciais; metabolismo de bilirrubinas; processos que levam à descompensação de doença hepática crônica e o manejo da encefalopatia hepática.

3.6 CASO CLÍNICO VI

ID: M. F. F., 58 anos, feminino, casada, caixa de supermercado.

QP: “Muita dor no peito.”

HDA: Paciente relata que há cerca de quarenta minutos iniciou com dor precordial intensa e insidiosa após realização de exercício físico de baixa intensidade. Caracteriza a dor como “pressão no peito”, e refere irradiação para membro superior esquerdo. Nega irradiação mandibular. Relata sudorese excessiva iniciada junto à dor e um episódio de vômito. Nega outros sintomas. Informa que já vinha sentindo dor torácica aos esforços há alguns meses, com melhora espontânea em repouso, mas que nenhuma em intensidade tão forte quanto a atual.

HPP: Paciente hipertensa, em uso de losartana 20 mg, hidroclorotiazida 25 mg e carvedilol 12,5 mg. Histórico de hipercolesterolemia familiar, em uso de sinvastatina 20 mg. Nega diabetes. Nega outras comorbidades. Nega uso de outras medicações de uso contínuo. Nega alergias.

HV: Tabagista, 20 maços/ano. Etilista social. Nega uso de outras substâncias. Relata ter iniciado atividades físicas há dois meses, à pedido médico.

EXAME FÍSICO: Sinais Vitais: PA 159/72, FC: 93, FR: 26, Sat 96% em ar ambiente. IMC 32 kg/m². Regular estado geral, comunicativa, hipocorada 1+/4+, acianótica, anictérica, eupneica em ar ambiente. ACV: Bulhas cardíacas normofonéticas, rítmicas, em dois tempos, não ausculto sopros. Pulsos palpáveis e simétricos. AP: Expansibilidade pulmonar preservada. Som claro pulmonar à percussão. Murmúrio vesicular uniformemente audível em todos os focos de ausculta, sem ruídos adventícios. Ausência de esforço respiratório. ABD: Plano, depressível. Ruídos hidroaéreos presentes. EXT: Membros com mobilidade preservada. Panturrilhas edemaciadas, 1+/4+. NEURO: Glasgow 15. Pupilas isocóricas, isofotorreagentes. Comunicativa, alerta, orientada. Mobilização de todos os membros sem alterações.

EXAMES COMPLEMENTARES

Eletrocardiograma normal.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Síndrome coronariana aguda.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Infarto agudo do miocárdio.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Angina instável. Angina estável. Dissecção de aorta. Crise de ansiedade.

CONDUTAS MÉDICAS

Prescrita morfina para analgesia. Prescrita dupla antiagregação plaquetária com AAS + clopidogrel. Prescrita sinvastatina. Solicitada vaga em HMCC.

ANÁLISE CRÍTICA – CASO 6

A dor precordial é, com toda certeza, um dos sinais que mais devem chamar atenção no pronto socorro. Isso porque, algumas das condições clínicas desencadeadoras de dor torácica podem ser consideradas tanto urgências quando emergências.

Existe em meu raciocínio clínico, desde o Pré-Internato de Urgência e Emergência, já de forma “medular”, seis hipóteses diagnósticas mais importantes referentes à dor torácica: infarto agudo do miocárdio, dissecção de aorta, tamponamento cardíaco, tromboembolismo pulmonar, pneumotórax hipertensivo e ruptura esofágica.

Em meus plantões acadêmicos, ao me deparar com pacientes com essa queixa principal, passo imediatamente a filtrar todas essas condições como prováveis diagnósticos. Em conjunto, todas possuem a dor torácica como fator comum, entretanto, cada uma se apresenta com sinais e sintomas que tendem a ser mais específicos de uma ou de outra.

O infarto agudo do miocárdio, por exemplo, tende a se apresentar com a chamada “dor típica” – dor em hemitórax esquerdo, de início insidioso ou agudo, em aperto (ou opressão), que geralmente leva o paciente a apertar o precórdio com a mão fechada, podendo irradiar para membros superiores e mandíbula. Essa é, inclusive, a caracterização da dor da paciente deste caso clínico.

Outras características que aumentam as chances de síndrome coronariana aguda (SCA), tidas como fatores de risco, são hipertensão arterial sistêmica, sexo feminino, tabagismo e hipercolesterolemia, todos presentes nesta paciente. As chances de que a dor torácica apresentada por ela fosse uma SCA eram muito grandes.

A Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio estabelece que a triagem inicial, com coleta de história clínica, exame físico, eletrocardiograma (ECG) de doze derivações e troponina deve ocorrer em até 10 minutos da admissão (NICOLAU *et al.*, 2021). É comum notar que, principalmente nas UPA's, esse tempo não é respeitado e o ECG demora a ser rodado. Por conta disso, ao finalizar anamnese e exame físico dessa paciente, eu mesmo busquei o aparelho de eletrocardiograma, coloquei os eletrodos e rodei o exame.

O primeiro eletrocardiograma rodado estava completamente normal. Quando se fala em SCA o que se espera de mais relevante no exame é o surgimento de um supra desnivelamento do segmento ST, indicando isquemia miocárdica aguda. Não aconteceu neste caso. Entretanto, é imprescindível que todo médico saiba que a ausência de supra desnivelamento não descarta infarto de maneira nenhuma.

O próximo passo seria a prescrição e pedido de exames laboratoriais. Solicitei ao médico que eu fizesse ambos para que pudesse treinar e ser corrigido, se necessário. Com a permissão, prescrevi de início o uso de nitrato sublingual, um potente vasodilatador coronariano, que reduz a dor associada à isquemia coronariana; dupla antiagregação plaquetária com ácido acetilsalicílico (AAS) e clopidogrel; sinvastatina. Perguntei ao médico sobre o uso de betabloqueadores, indicados para redução da frequência cardíaca, entretanto, ele me disse que não costumava utilizar. Assim como a heparina não fracionada, indicada pelas diretrizes para ser feita em bomba de infusão contínua.

Houve uma discordância por parte dele acerca do uso do nitrato sublingual. Me disse que a analgesia do paciente deveria ser realizada com morfina, primeiramente. Para não gerar atritos e parecer petulante, acatei. Entretanto, era do meu conhecimento que a morfina não era mais indicada como primeira escolha de analgesia do paciente com síndrome coronariana aguda, e sim o nitrato. Apenas se após o uso do vasodilatador coronariano a dor não melhorasse, poderia ser utilizada a morfina.

Os exames complementares pedidos por mim foram: troponina, hemograma, proteína C reativa (PCR), creatinina, ureia, eletrólitos, TP e TTPA. O mais importante desses é a troponina, uma enzima cardíaca específica que é liberada durante lesão miocárdica. É importante seriar a troponina em pelo menos três exames, em momentos diferentes, para avaliar se há aumento importante dos níveis da enzima, o que selaria o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio sem supra desnivelamento do segmento ST.

Em seguida, solicitei vaga no Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC), referência no município para emergências cardiovasculares. O hospital, no entanto, solicitou que aguardássemos até o resultado do exame de troponina estar disponível para, após, avaliar a aceitação ou não da paciente.

Já houve elevação de troponina no primeiro exame coletado, 56 ng/mL (o valor de referência é até 11 ng/mL). Nesse momento, já estava estabilizada, sem dor, mantendo uma frequência cardíaca adequada e uma boa saturação de oxigênio. Foi explicado a ela que a suspeita era de infarto agudo do miocárdio, o que a deixou surpresa, já que segundo ela “estava se sentindo muito bem”.

Utilizei dois escores validados para pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. O primeiro, Trombolysis in Myocardial Infarction Risk Score (TIMI), avalia as chances de desfechos desfavoráveis. Esse escore, em específico, é utilizado para o prognóstico e decisão terapêutica nos pacientes com angina instável e IAM sem elevação do segmento ST. Em seguida, o escore Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE), como preditor de mortalidade hospitalar nos pacientes com síndrome coronariana aguda (TORRALBA *et al.*, 2020). No primeiro escore, a pontuação final atribuía a ela 13% de chance de novo episódio de infarto e/ou mortalidade dentro de

quatorze dias. Já o escore de GRACE demonstrou 6% de probabilidade de morte em seis meses.

A segunda dosagem de troponina se elevou a 240 ng/mL e a terceira, e última, foi a 1.400 ng/mL, valor de extrema importância. Após muitos empecilhos impostos pelo hospital de destino, a paciente foi referenciada ao HMCC cerca de dez horas após admissão no pronto socorro. As diretrizes estipulam tempo menor que 24 horas para a realização de estratégia invasiva precoce.

Minha experiência pessoal com este caso clínico foi de muita alegria por notar que eu conseguiria, desde já, manejar adequadamente uma condição médica tão emergente quanto o infarto agudo do miocárdio, inclusive tendo discernimento clínico e bagagem de estudos para avaliar e discordar das condutas médicas tomadas.

3.7 CASO CLÍNICO VII

ID: R. P. S., 56 anos, feminino, casada, desempregada.

QP: “Mudança de comportamento e agressividade”.

HDA: Paciente regulada via SAMU, encontrada agressiva e proferindo palavrões a pedestres. História coletada com o filho. Relata que a paciente passou a apresentar mudança no comportamento há cerca de quatro meses. Inicialmente, tornou-se mais ríspida e deixou de realizar atividades domésticas, ficando a maior parte do tempo em seu quarto, isolada. Relata que há cerca de uma semana os sintomas evoluíram, e a mesma passou a sair de casa em plena madrugada para atender o que dizia ser um “chamado”. Refere que há dois dias passou a ter crises de choro, medo, e que apresentava alucinações auditivas, inclusive com vozes de comando. Hoje pela manhã saiu de casa ao acordar, agressiva e desorientada, gritando com pessoas que encontrava na rua. Relata episódio semelhante há cerca de três anos, tendo sido iniciado uso de antipsicótico, medicamento que a paciente deixou de tomar há um ano.

HPP: Transtorno depressivo maior, em uso de amitriptilina 25 mg. Transtorno de ansiedade generalizada. Transtorno esquizofrênico paranoide. Hipertensão arterial sistêmica, não tratada. Nega outras comorbidades. Nega uso de outras medicações de uso contínuo. Alérgica a dipirona.

HV: Tabagista, 30 maços/ano.

EXAME FÍSICO: Regular estado geral, anictérica, acianótica, hipocorada (+1/4+), afebril, eupneica em ar ambiente. Torporosa devido contenção química.

ACV: Bulhas cardíacas normofonéticas, rítmicas, em dois tempos, não ausculto sopros. Pulsos palpáveis e simétricos. AP: Expansibilidade pulmonar preservada. Som claro pulmonar à percussão. Murmúrio vesicular uniformemente audível em todos os focos de ausculta, sem ruídos adventícios. Ausência de esforço respiratório. ABD: Plano, depressível. Ruídos hidroaéreos presentes. EXT: Membros com mobilidade preservada. Presença de hematomas e lesões superficiais em membros inferiores. NEURO: Abertura ocular ao chamado. Pouco comunicativa. Movimento de retirada ao estímulo doloroso.

EXAME FÍSICO PSÍQUICO

Paciente vestida com roupa que aparenta ser pijama, higienizada. Não interage adequadamente devido sedação, desviando o olhar e respondendo perguntas de olhos fechados. Pensamento incoerente, com presença de ideias delirantes – relata que querem matá-la e por isso ela está internada. Linguagem normal. Apresenta certo grau de agressividade.

EXAMES COMPLEMENTARES

Não foram solicitados exames complementares.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Síndrome delirante.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Transtorno esquizofrênico paranoide.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Transtorno esquizoafetivo. Transtorno afetivo bipolar. Transtorno de personalidade esquizoafetivo. Transtorno psicótico induzido pelo uso de substâncias. Distúrbios metabólicos. Neoplasia de acometimento neurológico.

CONDUTAS MÉDICAS: Monitorização. Otimização de sedação. Solicitação de vaga na psiquiatria do Hospital Municipal Padre Germano Lauck.

ANÁLISE CRÍTICA – CASO 7

Considero o caso clínico descrito acima como um dos mais interessantes que eu pude acompanhar durante este estágio, relacionados à diagnósticos psiquiátricos. Existe um interesse pessoal meu em relação à clínica psiquiátrica, e somado a isso, noto que minha formação em saúde mental, iniciada no pré-internato, foi de muito boa qualidade. Por isso, consegui perceber de forma crítica os acertos e erros cometidos durante o manejo desta paciente.

Assim que foi admitida, ainda descordada, e a história clínica foi repassada pela equipe do SAMU, essa paciente recebeu o tratamento de praxe para qualquer indivíduo que chegue às UPA's com histórico de surto psiquiátrico: contenção física. É inegável que essa medida é, por vezes, necessária, entretanto, criou-se uma tradição nos prontos socorros de que, por conveniência, amarra-se todos os pacientes que tenham estado em surto ou agitação psicomotora. Isso está errado.

A contenção física, assim como qualquer medicamento ou procedimento realizado, possui indicações e necessita ser prescrita pelo profissional médico. Além disso, deve-se respeitar a dignidade do paciente ao realizá-la, aplicando-se técnica correta, seguindo-se protocolos que visem garantir a segurança do paciente e da equipe.

De acordo com a história coletada com o filho, e descrita acima, esta paciente já possuía um histórico médico de transtornos psiquiátricos e, naquele dia, havia passado por um surto disruptivo.

Existem diversos diagnósticos possíveis dentro do espectro da esquizofrenia. Entretanto, utilizando o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (DSM-V), pode-se correlacionar a história clínica dos indivíduos à critérios diagnósticos específicos, muitos deles tendo a duração dos episódios de perturbação como característica diferenciadora. A paciente deste caso clínico, em questão, não possui, por exemplo, um Transtorno Psicótico Breve, pois este transtorno requer uma duração inferior a um mês para ter seus critérios atendidos – esta paciente persiste há anos com sintomatologia. Outro possível diagnóstico seria de Transtorno Esquizofreniforme, mas, novamente, possui um tempo máximo que é inferior ao que a paciente apresenta. Portanto, o diagnóstico mais apropriado seria de Esquizofrenia.

É possível categorizar os sintomas esquizofrênicos em duas categorias: sintomas positivos e negativos. Os primeiros dizem respeito à alterações no comportamento que estão relacionados a aumento de determinadas funções sensoriais, e incluem os delírios, alucinações e pensamentos desordenados. Os sintomas negativos respondem por uma porção substancial da morbidade associada à esquizofrenia, como a expressão emocional diminuída e avolia (DSM-V, 2013).

Consegui relacionar, portanto, as alucinações auditivas que a paciente vinha apresentando a sinais positivos do transtorno. Vinha apresentando também delírios, pontuados pelo que dizia serem vozes que tinham poder de comando sobre ela. O comportamento desorganizado, um dos critérios diagnósticos, pode ser visto no fato de ter abandonado suas atividades diárias, passando a permanecer em estado quase catatônico.

A medicação utilizada nesta paciente, um benzodiazepínico, tinha por intenção apenas sedá-la. O manejo da esquizofrenia é feito a partir do uso de antipsicóticos, medicamentos que a paciente havia aberto mão há meses. É importante ressaltar que a terapia antipsicótica não possui atividade no transtorno em si, agindo apenas sobre os sintomas. Os antipsicóticos típicos (ou de primeira geração) atuam bloqueando os receptores dopaminérgicos D2, acarretando melhora dos sintomas positivos. Entretanto, possuem como fator negativo o fato de apresentarem com maior frequência efeitos extrapiramidais (distonia, acatasia, parkinsonismo, discinesia etc.). Os antipsicóticos atípicos, mais atuais, também bloqueiam receptores D2, com o acréscimo de bloquearem também receptores serotoninérgicos 5HT2A, controlando sintomas negativos, além de possuírem menos efeitos colaterais.

Ao conversar com a família, outra característica do transtorno esquizofrênico, que muitas vezes é negligenciado, ficou evidente para mim: o sofrimento do círculo familiar e de amigos é desolador. Havia necessidade de muito cuidado por parte do filho sobre a mãe, principalmente nos últimos meses. Esse relato está de acordo com diversos artigos a respeito do tema que discorrem sobre a presença de um membro com esquizofrenia na família estar relacionada à sobrecarga em diversos aspectos da vida de seus membros, como os relacionamentos, lazer, saúde física e mental. Também foram importantes estudos que mostraram que o clima afetivo familiar crítico, hostil e de alto envolvimento emocional pode afetar negativamente o curso da doença.

Além de tudo isso, há também um problema relacionado ao referenciamento, dentro do serviço de saúde pública, de pacientes com quadros psiquiátricos agudos. O Hospital Municipal é o local adequado e capacitado para o atendimento desses indivíduos, dispondo de leitos, materiais e equipe, incluindo médico psiquiatra. Ao

chegarem às UPA's, locais que não estão adequadamente preparados para essas situações, pacientes tendem a ser taxados como incômodos e chegam a ser ridicularizados, além de receberem medidas, por vezes, excessivas.

É necessário que se estabeleça uma linha de cuidado ao paciente com transtornos psiquiátricos com a finalidade de tratá-los de forma adequada, digna e sem estigmas sociais. O estigma associado à doença mental é dos mais importantes e difíceis obstáculos para a recuperação e reabilitação do indivíduo; afeta negativamente o tratamento; nega oportunidade de trabalho; impede a autonomia e a realização de objetivos de vida. É capaz de prejudicar a qualidade de vida, inclusive da família e da equipe de saúde que lida com as doenças psiquiátricas. A discriminação pode ser tão incapacitante quanto a própria doença (ROCHA; PAPROCKI, 2015).

O atendimento a esta paciente gerou em mim a necessidade de revisão de alguns tópicos relacionados à esquizofrenia e à farmacologia clínica do tratamento deste transtorno. Revisei critérios diagnósticos para que fosse possível esclarecer em qual espectro da esquizofrenia a mesma se incluía; revisei o modo de ação, benefícios e efeitos colaterais dos antipsicóticos; e, por fim, li dois artigos muito enriquecedores, citados ao longo desse texto, a respeito do estigma social e da relação entre profissionais da saúde e portadores de transtornos psiquiátricos.

3.8 CASO CLÍNICO VIII

ID: J. V., 34 anos, masculino, solteiro, atendente de telemarketing.

QP: “Muita dor lombar e dor para urinar”.

HDA: Paciente procura pronto atendimento devido dor em flanco direito iniciada há um dia. Caracteriza a dor como cólica, de forte intensidade, com irradiação para região inguinal direita, associada à disúria e oligúria. Fez uso de 1 grama de dipirona, com alívio mínimo. Refere náuseas e dois episódios de vômito. Nega febre, mas relata sudorese noturna excessiva e sensação de frio. Nega alterações do hábito intestinal. Relata quadros anteriores similares, diagnosticados como infecção do trato urinário e tratadas ambulatorialmente.

HPP: Nega comorbidades. Nega uso de medicação contínua. Nega alergias.

HV: Nega tabagismo. Nega etilismo. História familiar de cálculos renais.

EXAME FÍSICO: Sinais vitais: PA: 142/70 mmHg; FC: 107 bpm; FR: 19 irpm; SpO2: 98% em ar ambiente; T: 38,2°. Regular estado geral, anictérico, acianótico, normocorado, eupneico, afebril. ACV: Bulhas normofonéticas, rítmicas, em dois tempos, não ausculto sopros. AP: Expansibilidade pulmonar preservada. Som claro pulmonar à percussão. Murmúrio vesicular uniformemente distribuído, sem ruídos adventícios. ABD: Plano, depressível. Ruídos hidroaéreos presentes. Dor à palpação superficial de flanco direito. Sinal de Giordano positivo. Não palpo massas ou visceromegalias. EXT: Panturrilhas livres, sem edemas. Membros inferiores e superiores adequadamente perfundidos. Pulsos cheios e palpáveis. NEURO: Abertura ocular espontânea. Comunicativo, alerta, orientado. Mobilização de todos os membros preservada.

EXAMES COMPLEMENTARES

Tabela 7. Exames complementares do caso 8

Hemograma	Bioquímica	Urina
Hemoglobina: 15,60	PCR: 1,1	Exame químico sem alterações
Hematócrito: 47,70	Sódio: 146	
Vol. Glob. Méd.: 94,83	Potássio: 4,2	
Hem. Glob. Méd.: 31,1	Ureia: 63	Cel. Epiteliais: 03/campo
Leucócitos: 10.310	Creatinina: 2,50	Leucócitos: 02/campo
Bastonetes: 0%		Hemácias: 20/campo
Plaquetas: 246.000		

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Dor abdominal.

HIPÓTEDE DIAGNÓSTICA: Urolitíase.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Apendicite aguda. Colecistite aguda. Isquemia mesentérica. Hérnia inguinal. Doença de Chron.

CONDUTAS MÉDICAS: Analgesia com dipirona intramuscular. Solicitação de exame laboratoriais. Hidratação. Solicitação de USG de abdome.

ANÁLISE CRÍTICA – CASO 8

Dor abdominal é uma das principais causas de visitas ao departamento de emergência (DE) nos Estados Unidos. É responsável por 11,1 milhões (7,9%) do total de 141,1 milhões de visitas anuais ao DE (CACCIATORI; RONCHI; SASSO, 2020).

Assim como nos Estados Unidos, a dor abdominal está presente nos prontos socorros brasileiros também em frequência importante. Em meus plantões, me deparei por diversas vezes com pacientes queixando-se de dores abdominais das mais diferentes intensidades.

O raciocínio clínico que criei para essa síndrome visa estabelecer possibilidades diagnósticas a partir de fatores como a qualidade da dor, intensidade, localização e irradiação. Isso porque, como observa a literatura e eu pude comprovar durante minhas vivências, a dor abdominal geralmente possui diagnóstico difícil devido ao seu grande número de diferenciais e a variabilidade do quadro clínico, que pode mudar de acordo com gênero e até idade.

A abordagem inicial do paciente com dor abdominal na sala de emergência visa diagnosticar ou descartar aquelas que podem ser um abdome agudo, isto é, causas potencialmente graves, nas quais o quadro de dor necessita de definição e conduta imediatas.

No caso clínico em questão, a dor do paciente era de intensidade importante e se localizava em flanco direito, principalmente. As possibilidades etiológicas mais comuns de gerarem dor em flanco direito são: apendicite, divertículo de Meckel, diverticulite cecal, cálculos ureterais, abscesso de psoas, hérnia estrangulada, pielonefrite, entre outras. Entretanto, alguns achados da anamnese e exame físico afunilavam as possibilidades.

Não havia no exame físico abdominal dor à descompressão do ponto de McBurney, o que afastava as chances de apendicite, principal diagnóstico a ser descartado. Além disso, o quadro clínico não sugeria inflamação do apêndice – geralmente, esta se inicia com dor periumbilical aguda, que em poucas horas passa a se localizar no quadro inferior direito, associada a sudorese, náuseas e vômitos. Além disso, notei que não havia rigidez abdominal, sinal fundamental no exame físico abdominal para a suspeição de abdome agudo. Dessa forma, a partir da anamnese e do exame físico, pude concluir, com certo grau de confiança, de que não se tratava de um abdome agudo – pelo menos, ainda.

Como o quadro clínico de dor estava associado também à disúria e dor lombar, o diferencial que mais se aproximaria dessas condições seria o de urolitíase, ou até mesmo pielonefrite. Isso estava de acordo com a história patológica do paciente, que referenciou quadros similares anteriormente causados por condições geniturinárias. A princípio, não parecia ser um quadro infeccioso, dado a normalidade dos exames laboratoriais.

O exame de escolha para a confirmação diagnóstica é a tomografia computadorizada (TC) helicoidal sem contraste, com sensibilidade de 96% comparada a 87% da urografia excretora e especificidade de cerca de 100%, com as diretrizes recomendando que seja realizada em no máximo 24 horas da suspeita diagnóstica (VELASCO *et al.*, 2019). Entretanto, foi optado pela realização de uma ultrassonografia de abdome, que por sua vez possui sensibilidade inferior à da TC.

Um ponto discordante do manejo desse paciente diz respeito à analgesia realizada, que foi iniciada com dipirona intramuscular e não gerou grande melhora no quadro algíco. Aprendi que é necessário sempre avaliar a intensidade da dor e realizar um tratamento adequado, sem subestimar a queixa do paciente. Nesse caso, era uma dor intensa, descrita por ele próprio como 10 em uma escala de 1 a 10. Eu teria realizado uma primeira tentativa com a combinação de dois fármacos, diclofenaco intramuscular e cetoprofeno endovenoso, dois dos medicamentos de escolha para dores de origem nefrética. Se a algia fosse refratária a eles, iniciaria um opióide fraco, como o tramadol.

A evolução desse caso clínico se deu de forma esperada: à realização do USG abdominal, foi encontrado um cálculo localizado perto ao ureter distal, esclarecendo a dor e a hematúria presente na urina desse paciente. O mesmo foi transferido ao HMPGL para avaliação urológica.

3.9 CASO CLÍNICO IX

ID: K. A. F., 31 anos, feminino, doméstica.

QP: “Desmaio e falta de ar”.

HDA: História coletada com familiares. Relatam que há cerca de quarenta dias paciente iniciou com dor precordial intermitente, mesmo em repouso, associada a cansaço e dispneia. Referem ter buscado atendimento em UPA por cinco vezes, sem resolução. Houve piora progressiva dos sintomas e, hoje, apresentou síncope e cianose central. Foi atendida pelo SAMU e encaminhada ao Hospital Ministro Costa Cavalcanti devido instabilidade hemodinâmica, taquicardia e insuficiência respiratória aguda, necessitando de intubação orotraqueal. Recebeu trombólise com alteplase após suspeita de tromboembolismo pulmonar no ecocardiograma.

HMP: Familiares negam comorbidades. Negam tabagismo. Negam uso de outras medicações contínuas, apenas anticoncepcional oral.

MUC: Anticoncepcional oral.

EXAME FÍSICO: Mal estado geral, anictérica, acianótica, hidratada, sedada e em ventilação mecânica. ACV: Bulhas normofonéticas, em dois tempos, rítmicas, não ausculto sopros. TEC <3 segundos. AP: Murmúrio vesicular uniformemente distribuído, não ausculto ruídos adventícios. ABD: Globoso, depressível. Não palpo massas ou visceromegalias. Presença de cicatriz cirúrgica em hipocôndrio esquerdo. EXT: Membros inferiores adequadamente perfundidos. Panturrilhas livres, sem sinais de empastamento ou edemas. NEURO: Sedada, pupilas mióticas e isofotorreagentes.

EXAMES COMPLEMENTARES: Ecocardiograma: Hipertensão pulmonar importante. Ventrículo direito dilatado com disfunção sistólica global. Átrio direito dilatado. Ventrículo esquerdo com retificação e movimento paradoxal do septo.

CONDUTAS MÉDICAS: Solicitados exames de admissão. Solicitada tomografia de crânio. Solicitada angiotomografia. Mantidas drogas vasoativas. Mantida sedação. Solicitada vaga de UTI. Não realizada anticoagulação devido sangramentos.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Insuficiência Respiratória Aguda.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Tromboembolismo pulmonar.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Síndrome Coronariana Aguda. Pneumonia. Tamponamento cardíaco. Dissecção de aorta.

ANÁLISE CRÍTICA – CASO 9

A paciente do caso clínico acima, apesar de já ter sido admitida à emergência clínica do Hospital Municipal estabilizada, intubada e com diagnóstico estabelecido, trouxe à tona discussões e pontos muito importantes, tanto relacionados à causa base de sua condição clínica, quanto aos aspectos de atendimento da rede de urgência e emergência da cidade de Foz do Iguaçu.

Quadros de dor torácica associados a dispneia devem sempre acender um alerta vermelho para a possibilidade de tromboembolismo pulmonar (TEP). A doença, entretanto, possui uma variedade de apresentações, podendo evoluir de assintomática à choque ou morte instantânea.

Fatores de risco para a condição são os mesmos do tromboembolismo venoso em geral, podendo ser classificados como genéticos ou adquiridos. Os primeiros dizem respeito à doenças como mutação do gene da protrombina e fator V de Leiden. Os segundos, cirurgia recente, trauma, imobilização, câncer, tabagismo e terapia hormonal.

Em relação aos fatores de risco da paciente em questão, têm-se, a princípio, o uso de anticoncepcionais orais (ACO) como a causa mais provável. Sabe-se que o risco é, aproximadamente, 4 vezes maior entre usuárias de ACO quando comparado com não

usuárias. Entretanto, apenas uma investigação familiar acerca de condições parecidas em membros da família poderia dizer se havia ou não fatores genéticos associados.

A ida desta paciente, via SAMU, diretamente ao Hospital Ministro Costa Cavalcanti, referência na cidade em emergências cardiovasculares, foi de extremo acerto. O manejo rápido da equipe, que optou pela trombólise, foi muito correto. Infelizmente, a tomografia de tórax demonstrou a presença de trombos maciços em ambos os pulmões, fato que gera um prognóstico reservado.

Um fato importante a ser mencionado, entretanto, tem relação com as idas recorrentes da paciente à UPA. De acordo com a família, a mesma buscou atendimento médico por cinco vezes, e pela mesma queixa de dor torácica associada a dispneia. De acordo com o prontuário, a queixa foi interpretada como crise de ansiedade e, em outro momento, exacerbação asmática – foi receitado, inclusive, uso de salbutamol domiciliar. A paciente nunca havia tido diagnóstico de asma.

Acredito que seja realmente difícil que um médico, ao examinar uma paciente jovem, sem comorbidades, pense em tromboembolismo pulmonar como hipótese diagnóstica principal em um quadro de dispneia. Quando os fatos se desenrolam e descobrimos o desfecho, é comum que tendamos a questionar “como não pensaram nisso?” – mas, pensando em todo o contexto, é compreensível entender o erro diagnóstico.

Entretanto, uma questão recorrente nos módulos de Prática Médica dos primeiros períodos dizia respeito a pacientes que buscam atendimento médico com recorrência, em um curto período, e referindo a mesma queixa – essas pessoas precisam ser observadas com atenção. Quando apenas medidas sintomáticas são dispensadas ao indivíduo sem que se tenha uma resposta concreta acerca das causas de seus sintomas, podemos estar diante de imperícia profissional.

Algumas ferramentas poderiam ajudar na suspeição diagnóstica. O Escore de Wells, por exemplo, facilita a avaliação de probabilidade de estarmos diante de um tromboembolismo pulmonar. Ele elenca os seguintes critérios: suspeita de tromboembolismo venoso; alternativa menos provável que EP; frequência cardíaca >100

batimentos por minuto; imobilização ou cirurgia nas 4 semanas anteriores; tromboembolismo venoso ou EP prévia; hemoptise e malignidade. Pontuações entre 0-2 pontos sugerem probabilidade baixa, entre 3-6 pontos as chances são moderadas, e altas se a pontuação é maior que 6.

Além disso, existem alterações eletrocardiográficas que sugerem TEP, em geral, sinais de sobrecarga aguda do ventrículo direito. O bloqueio do ramo direito, o desvio do eixo elétrico para a direita, o padrão S1Q3T3 e a inversão da onda T nas derivações precordiais de V1 a V4 são as principais anormalidades no ECG correlacionadas a TEP. A paciente deste caso clínico possuía o padrão S1Q3T3 em seu eletrocardiograma.

Em alguns casos, a radiografia de tórax também pode ser útil. As principais alterações correlacionadas com a embolia são áreas de hipoperfusão pulmonar (sinal de Westmark), imagens cuneiformes (sinal de Hampton), dilatação da artéria pulmonar (sinal de Palla), atelectasia, derrame pleural e elevação da hemicúpula diafragmática. Entre as alterações descritas, a identificação de áreas de hipoperfusão é a mais específica. A paciente havia realizado uma radiografia torácica em uma de suas idas à UPA, entretanto, não houve anormalidades importantes na imagem que pudessem ser correlacionadas ao tromboembolismo.

Os pontos de estudo que selecionei para este caso têm a ver com a suspeição clínica de TEP nas mais diferentes apresentações. Observar como a doença evoluiu de forma progressiva nesta paciente e em como a assistência médica a ela foi falha me instiga a ficar atento para situações parecidas que possam surgir em minha prática de trabalho. Pacientes que retornam ao consultório diversas vezes, queixando-se dos mesmos sintomas precisam ser atendidos com atenção. O raciocínio clínico necessita ser apurado para se pensar nas mais variadas possibilidades, até mesmo aquelas menos improváveis.

3.10 CASO CLÍNICO X

ID: V. L. M., 73 anos, masculino, viúvo, ceramista.

QP: “Falta de ar.”

HDA: Paciente relata história de tosse crônica, geralmente seca, iniciada há três anos. Nunca buscou atendimento médico devido ao sintoma por associá-lo ao tabagismo. Refere que a tosse vem evoluindo com piora nos últimos meses e, há duas semanas, passou a apresentar dispneia aos médios esforços, impedindo-o de realizar suas atividades laborais. Há um dia notou piora importante, referindo falta de ar mesmo em repouso. Nega fatores que melhorem a dispneia. Nega sintomas sugestivos de infecção de vias aéreas. Nega febre. Nega outros sintomas.

HPP: Hipertensão arterial crônica, em uso irregular de Losartana 50 mg/dia. Histórico de “enfisema pulmonar”, sem acompanhamento médico. Nega diabetes. Nega outras comorbidades. Nega alergia medicamentosa.

HV: Tabagista pesado e de longa data, 50 maços/ano. Etilista social de cerveja aos fins de semana. Não realiza exercícios físicos, mas realiza trabalho braçal.

EXAME FÍSICO: Regular estado geral, anictérico, cianótico (1+/4+), afebril, dispneico em ar ambiente, saturando 93%. ACV: Bulhas hipofonéticas, rítmicas, em dois tempos, não ausculto sopros. Tempo de enchimento capilar <3 segundos. AP: Aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax. Expansibilidade pulmonar diminuída. Som claro pulmonar à percussão. Murmúrio vesicular uniformemente diminuído, com presença de sibilos e roncos expiratórios. Leve esforço respiratório, sem uso de musculatura acessória. ABD: Globoso, flácido. Ruídos hidroaéreos presentes. Não palpo massas ou visceromegalias. Ausência de dor à palpação superficial e profunda. EXT: Membros inferiores edemaciados (2+/4+). Pulsos pediais filiformes.

EXAMES COMPLEMENTARES

Tabela 8. Exames complementares do caso 10

Hemograma	Gasometria
Hemoglobina: 12,50	
Hematócrito: 36,50	
Vol. Glob. Méd.: 96,82	pH: 7,3
Hem. Glob. Méd.: 33,16	pCO ₂ : 48,4
Leucócitos: 12.580	pO ₂ : 72,1
Bastonetes: 6%	HCO ₃ : 26,9
Segmentados: 83%	Lactato: 18,5
Neutrófilos: 89%	
Plaquetas: 180.000	

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Síndrome Respiratória Aguda.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Exacerbação de DPOC.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Crise asmática. Insuficiência cardíaca descompensada. Pneumonia adquirida na comunidade. Tuberculose. Bronquiectasia.

CONDUTAS MÉDICAS: Prescrito broncodilatador. Prescrito corticoide sistêmico EV. Prescrito furosemida. Solicitação de exames laboratoriais. Iniciado antibioticoterapia empírica. Suporte clínico.

ANÁLISE CRÍTICA – CASO 10

Síndromes respiratórias agudas podem ser derivadas de diversas etiologias: exacerbação asmática, exacerbação de DPOC, quadros infecciosos como pneumonia, tuberculose, e até mesmo uma insuficiência cardíaca descompensada.

Neste caso clínico, um dos fatores mais importantes analisados por mim foi o fato do paciente ser um tabagista pesado há muitos anos. Somado a isso há o relato, dentro

de sua história patológica pregressa, de “enfisema pulmonar”. Meu raciocínio diagnóstico, nesse momento, foi levado diretamente à possibilidade do quadro estar sendo causado por uma exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica. Havia também ausência de febre, prostração ou outros sinais que sugerissem infecção aguda, como o de uma pneumonia. Entretanto, por se tratar de um idoso, e sabendo que idosos podem apresentar quadros subfebris, não excluí essa opção tão rapidamente.

Para a confirmação da suspeita de exacerbação de DPOC, me recordei e revisei os três critérios clínicos básicos (*Crítérios de Anthonisen*) para o diagnóstico: dispneia, tosse com ou sem expectoração, e aumento do volume de escarro/secreção purulenta. São necessários pelo menos dois dos três critérios – o paciente apresentava dispneia importante e aumento da tosse nos últimos dias.

Exacerbações de DPOC são sempre momentos muito sensíveis na história natural da doença desses indivíduos. Isso porque, após uma exacerbação, é muito difícil que a capacidade pulmonar volte ao patamar anterior. Dessa forma, a cada nova exacerbação, mais crítica torna-se a função do órgão. E é imprescindível lembrar também que toda crise aguda da doença possui fator desencadeante, seja infeccioso, seja exposição alérgica, má aderência ao tratamento ou devido a outras comorbidades.

Assim que o paciente chegou no pronto atendimento, devido à sua saturação, notei que a equipe se prontificou a colocá-lo em uso de máscara não reinalante a 5 litros/minuto. Entretanto, a meta de saturação de oxigênio em pacientes com a doença varia de 88-92%; realizar oxigenioterapia com a finalidade de manter a saturação acima desses valores pode gerar hiperóxia e conseqüentemente, maior mortalidade. Poderia ter sido ofertada uma cânula nasal de conforto, em parâmetros baixos, sem a necessidade de máscara não reinalante.

A terapia inicial é realizada com broncodilatadores e anticolinérgicos. Nesse caso, só foi utilizado o broncodilatador, sem o adjuvante anticolinérgico – a meu ver, um erro de manejo, mas ao questionar o médico plantonista, ele me referiu que “os pacientes costumavam melhorar apenas com o broncodilatador”.

Outro fator controverso no tratamento da exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica é o uso indiscriminado de antibióticos. A antibioticoterapia empírica, de acordo com(FERNANDES *et al.*, 2017) possui evidências de benefícios quando existem sinais clínicos de infecção bacteriana, por exemplo, aumento de escarro purulento. Há evidências que suportam o uso de medicação antibacteriana em pacientes de média e alta severidade. Mesmo que o paciente em questão não apresentasse sinais sugestivos de infecção, nem parecesse ter um quadro de gravidade importante, acredito que a iniciativa de utilizar antibióticos foi acertada.

A evolução do paciente se deu de forma satisfatória, recebendo alta apenas 4 dias após a admissão no pronto socorro, sem necessidade de oxigenioterapia suplementar em casa.

Para este caso, anotei alguns tópicos de estudo para revisão: critérios de exacerbação de DPOC; uso de oxigenioterapia e suas complicações; uso de antibioticoterapia empírica e critérios para alta.

4. PANDEMIA DE COVID-19: RELATO PESSOAL

A pandemia de Covid-19 foi uma surpresa para mim, assim como foi para todos. Quando li, ainda em dezembro de 2019, sobre os primeiros relatos de um vírus desconhecido que vinha fazendo vítimas em uma cidade chinesa, não conseguia imaginar a proporção que aquilo tomaria, nem sequer que chegaria ao Brasil.

Quando houve os primeiros diagnósticos da doença na cidade de Foz do Iguaçu, relacionados a uma festa produzida por uma mulher que havia retornado de viagem internacional, ficaram todos em alerta. O serviço de saúde começou a se preparar para absorver a demanda que provavelmente viria, e as aulas da faculdade foram interrompidas. Naquele momento, acreditei que seria algo rápido, e que em cerca de quinze dias estaríamos voltando ao normal. Entretanto, demorou muito mais que isso.

Particpei ativamente de parte do serviço complexo montado pela Secretaria de Saúde para o combate ao vírus. Primeiramente na barreira sanitária da fronteira Brasil-Paraguai, por uma semana. Nossa função, mesmo sendo estudantes de medicina prestes a entrarem no internato, era apenas o de aferir a temperatura dos indivíduos que atravessavam a ponte. Em caso de febre, deveríamos pedir que ele telefonasse para a Central Telefônica Covid.

Após esse período, e sabendo que eu poderia oferecer mais ao trabalhar diretamente com o atendimento remoto de suspeitos e confirmados para a doença, passei a integrar a equipe da Central Telefônica. Lembro que, no início, o local já era gerenciado pelos estudantes do último ano do internato – pessoas que estavam a pouco tempo de se formarem, e enfrentavam as incertezas geradas pela pandemia.

Toda a estrutura montada para o atendimento telefônico era pouco profissional e basicamente improvisada. Utilizávamos cinco números de telefone celular para receber chamadas e mensagens de WhatsApp de pessoas sintomáticas que necessitavam agendar o teste RT-PCR, para a pesquisa do vírus. Houve dias em que todos os celulares, além de outros quatro telefones fixos, tocavam ao mesmo tempo. No início havia uma sensação de adrenalina em ver aquilo ocorrer e poder atender pessoas a

distância, colocando em prática o raciocínio clínico que havíamos desenvolvido até ali. Foi um momento de grande aprendizado, em diversos sentidos – aprendi a lidar com pacientes remotamente, a coletar anamnese e exame físico à distância, a referenciar pacientes aos serviços adequados, a orientar de forma clara e objetiva, e muitos outros conhecimentos que levarei para minha prática clínica.

Entretanto, com o tempo, foi ficando cada vez mais cansativo conforme a pandemia avançava. Os pacientes telefonavam em condição mais agravada, os ânimos estavam exaltados, havia exigências por parte deles a respeito das quais não havia controle, e aos poucos passei a enfrentar estresse tremendo, no que eu acredito ter sido quase um *burnout*.

Além disso, com a formação dos meus veteranos tendo sido adiantada e a consequente saída deles do serviço, eu e meus amigos, que entramos com a função de atendentes, passamos a gerenciar o serviço. Me tornei um dos primeiros supervisores não-internos e, juntamente a outro amigo muito próximo, elaboramos um manual técnico da Central Telefônica, na qual descrevíamos todas as funções da mesma e como desempenhá-las. Esse documento deu um trabalho imenso e é utilizado, com atualizações, até os dias atuais. O que demonstra o quão importante ele foi para a gestão do local, e me deixa extremamente feliz.

Na vida pessoal, havia muito medo da minha parte em contrair a doença. Apesar de ser jovem e saudável, eu sabia que a Covid-19 é uma doença traiçoeira e, mesmo sendo predominantemente perigosa para idosos e pessoas com comorbidades, há pontos fora da curva. Eu não queria ser um deles. Na casa que divido com dois colegas, ambos contraíram a doença e necessitamos ficar isolados por duas semanas. Essa é, com certeza, uma das piores coisas de tudo o que aconteceu. O isolamento social extremo, por quinze dias, deixa qualquer pessoa em seu pior estado de espírito – irritado, insatisfeito, triste, e com medo.

Além de mim, havia muito medo de que alguém de minha família contraísse a doença. Apesar de não terem comorbidades, meus pais estão na casa dos cinquenta anos, faixa etária com risco aumentado para evoluir com a forma grave da doença. Entretanto, por morarem no interior de São Paulo, em uma cidade com cerca de 20.000

habitantes, eles também conseguiram passar por tudo sem terem sido infectados. E ninguém muito próximo de mim ficou doente ou morreu – o que eu considero muita sorte.

Até esse momento, com dois anos de pandemia, não contraí a doença e estou vacinado com duas doses e um reforço. As coisas parecem melhorar, ao mesmo tempo em que novas ameaças surgem. Acredito que precisaremos conviver com a Covid-19 por tempo indeterminado a partir de agora. Provavelmente se tornará uma doença viral comum, com características similares às da gripe em questões epidemiológicas e vacinais, necessitando, inclusive, de reforços anuais.

5. PROCEDIMENTOS REALIZADOS DURANTE O MÓDULO

Durante o período do internato de urgência e emergência, estando alocado em três campos de estágio, sendo duas UPAs e o Hospital Municipal, pude presenciar e realizar diversos procedimentos, dos mais variados graus de complexidade.

5.1 Suturas

Sutura de ferimentos foi, de longe, o procedimento mais realizado por mim durante os plantões de urgência e emergência. Acredito ter feito algo em torno de 50 delas, desde as mais simples até algumas mais complexas.

Venho estudando suturas há algum tempo, principalmente por ter sido membro da Liga Acadêmica de Cirurgias. Enquanto integrante, participei de diversos workshops sendo monitor de suturas. Utilizávamos todo o material correto, e suturávamos língua de boi, que possui textura semelhante à da pele humana. Por isso, era um procedimento bem conhecido por mim na teoria antes de estar no internato, só faltava realizá-la em um paciente.

Os quatro objetivos básicos de uma sutura são: evitar infecção da ferida; promover a hemostasia; diminuir o tempo de cicatrização; e favorecer um resultado estético.

Algumas técnicas devem ser dominadas para que o procedimento ocorra da forma mais adequada possível. O posicionamento correto do porta-agulhas entre os dedos, a porção da agulha que será fixada ao porta-agulhas, o movimento correto de passagem da agulha pelo tecido do paciente, promover uma boa captação das bordas e a realização de sutura por planos.

Saber diferenciar os fios cirúrgicos e quando utilizar cada um deles faz parte do procedimento correto. Há fios de origem sintética ou orgânica, monofilamentares e multifilamentares. O fio ideal necessita ter resistência tênsil igual a dos tecidos, ser fino, regular, flexível e ter pouca ou nenhuma reação tecidual.

Com o tempo, o procedimento parece tornar-se cada vez mais automatizado. Entretanto, é de absoluta importância se atentar sempre a alguns conceitos que não devem ser esquecidos. A limpeza do local da ferida é um dos pontos mais importantes no procedimento. A depender da causa da injúria, deve-se lavar abundantemente o local e utilizar solução degermante para realizar uma limpeza adequada. Caso o corte tenha acontecido devido um objeto cortante com possibilidade de deixar resíduos, como o vidro, deve-se verificar de forma atenta se não há partículas restantes.

A utilização de luva e campo estéreis também são fundamentais para o procedimento. Entretanto, pude observar e sentir na prática que existem situações nas quais o campo estéril não pode ser adequadamente utilizado – quando suturamos crianças, por exemplo. Por se debaterem e chorarem muito, é muito comum que elas ou os próprios pais acabem por contaminar o campo estéril nos momentos em que se tenta contê-las. Por isso, vejo como sendo melhor não o utilizar nessas situações a permitir que fiquem contaminados. O procedimento, então, necessita de maior cuidado da minha parte em relação a assepsia.

Existem situações nas quais a sutura não está indicada, e precisamos estar atentos à elas sempre, para evitar maiores problemas: feridas/lesões infectadas, mordidas de animais, perfurações profundas, debris que não podem ser completamente removidos, suturas que demandam muita tensão do tecido, feridas com sangramento ativo não controlado, feridas superficiais.

Acredito ter adquirido uma grande aptidão em realizar suturas. Após de tanta prática, meus procedimentos atualmente já ocorrem de forma mais rápida, e aperfeiçoei técnicas tanto aprendidas na literatura base quanto com profissionais experientes.

5.2 Acesso Venoso Central

Realizar um acesso venoso central (ACV) era uma das minhas metas ao iniciar o módulo. Ainda não havia tido oportunidade de fazê-lo durante o pré-internato, e sabia que esse seria o momento ideal. Como pretendo trabalhar como médico plantonista de sala amarela e vermelha, sei que esse é um dos aspectos mais fundamentais da parte técnica dos plantões. Sei, inclusive, que é mais comum que discentes se formem em medicina sem nunca ter realizado um ACV, do que o contrário.

Para poder ter a capacidade de realizar um acesso central e pedir para fazê-lo, era necessário dominar, primeiramente, a teoria. Eu já havia estudado a técnica exaustivamente há um ano, quando precisei apresentá-la em um seminário do módulo de Cirurgia. Por isso, tive como referência livros de Cirurgia, e informações mais atualizadas acerca do tema, como artigos do Up To Date. Além disso, a visualização de vídeos do procedimento foi de suma importância.

A primeira oportunidade ocorreu no pronto socorro do Hospital Municipal. O plantonista em questão era um médico formado pela Unila, portanto, um ex-colega meu. O paciente era um idoso, de 76 anos, que havia dado entrada no serviço devido a um quadro de rebaixamento do nível de consciência com sinais focais, como hemiplegia e hemiparesia – foi confirmado, pela tomografia de crânio, o diagnóstico de AVC isquêmico. Sua entrada no pronto socorro foi pela manhã e, durante a maior parte o dia, ele se manteve estável, porém confuso e torporoso.

No início da noite, entretanto, quase no fim do plantão, o paciente evoluiu com piora, passando a apresentar esforço respiratório, tornando-se irresponsivo aos estímulos e apresentando queda importante da pressão arterial. Toda essa conjuntura caracterizava que o mesmo estava incapaz de manter as vias aéreas pérvias. Foi decidido por prosseguir com a intubação orotraqueal deste paciente, realizada pelo médico plantonista. No momento da decisão pela intubação ele me perguntou se eu gostaria de realizar o procedimento, entretanto, naquele momento, eu não me senti seguro o suficiente, até por perceber a gravidade clínica à qual o paciente se encontrava.

Por conta da instabilidade, era necessário que os procedimentos fossem realizados de forma ágil e da forma mais correta possível, por isso, decidi por não realizar a intubação.

Entretanto, após a intubação, e devido ao quadro de instabilidade hemodinâmica do paciente, foi optado por também realizar a passagem de um cateter venoso central (CVC). E há um ponto interessante nisso: nesse mesmo dia, pela manhã, eu havia estado presente na monitoria dos meus colegas de turma a respeito de CVC. As informações do treinamento prático que eu havia feito ainda estavam muito recentes, o que me deu segurança para pedir para realizar o procedimento, e ser atendido.

Foi me perguntado se existia alguma contraindicação absoluta para a passagem de um CVC neste paciente – minha resposta foi de que não, até porque não existiam contraindicações absolutas para a passagem de um cateter venoso central. Esse conceito me incomodou por muito tempo, até porque, mesmo indivíduos com discrasias sanguíneas importantes, com plaquetopenias extremas, não são contraindicados a receber o procedimento. Isso se deve ao fato de que, quando se há necessidade de realizá-lo, é razoável imaginar que a condição clínica apresentada pelo indivíduo, na maior parte dos casos, seja de instabilidade. Portanto, não é razoável se preocupar com uma possível infecção, ou um possível sangramento, se existe uma necessidade primária mais importante a ser corrigida, como hipotensão arterial, ou outras situações que possam custar a vida do paciente.

O primeiro passo do procedimento, e um dos mais importantes, é a assepsia. A lavagem de mãos deve ser realizada de forma parecida com o que acontece em uma preparação cirúrgica, durando cerca de três a quatro minutos ininterruptos, com os cuidados necessários para evitar contaminação. A colocação do capote estéril e o cuidado com o posicionamento das mãos, que devem permanecer no seu campo de visão durante todo o tempo, também foi realizado de forma adequada por mim.

Realizei a assepsia do local do sítio de punção, em veia jugular interna direita. Nesse momento, por notar que minha assepsia se restringia apenas a esse sítio, o médico me pediu que já realizasse também a limpeza de outro sítio, o da veia subclávia direita, isso porque, caso não conseguíssemos realizar a punção no local de primeira

escolha, poderíamos tentar novamente em outro, e seria prático que esse já estivesse com a assepsia finalizada.

Em seguida, fiz a preparação de todos os equipamentos. É de extrema importância sempre testar antes do início do procedimento todos as seringas, fios e cateteres que serão utilizados, para não ser surpreendido por um defeito em um deles posteriormente, em um momento mais delicado. Com todo o equipamento testado, a assepsia local realizada e a colocação dos campos estéreis feita, iniciei o procedimento.

Meu maior receio ao estudar e me preparar para a passagem de um CVC era conseguir localizar de forma efetiva o local anatômico correto para a punção – a literatura chama de Triângulo de Sedillot o ápice de uma figura geométrica imaginária delimitada por ramos do músculo esternocleidomastóideo, onde se deve introduzir a agulha. Como o paciente em questão era magro, não foi difícil demarcar o local pretendido. Confirmei com o médico, que me disse que o mais importante para a localização correta era a palpação, e apenas quem estava conduzindo o procedimento poderia ter certeza sobre o sítio. Ao palpar, sentindo a lateralidade da artéria jugular, demarquei o sítio.

Ao introduzir a agulha, mantendo-a a 30° e em direção ao mamilo ipsilateral do paciente, não consegui atingir a veia de primeira. O preceptor me auxiliou a aumentar o ângulo de introdução e voltar lentamente, no sentido contrário, sempre aspirando. Nesse momento, a seringa se encheu de sangue vermelho escuro. Manter a agulha posicionada, ao mesmo tempo em que se desacopla a seringa para a passagem do fio-guia exige uma destreza e técnica que um interno, em sua primeira passagem de cateter venoso central, não possui – foi quando perdi a veia.

Não foi um problema porque, logo que recoloquei a seringa para tentar novamente a punção, o sangue fluiu de primeira. Nesse momento, com mais calma, retirei a seringa, alcancei o fio-guia, e o introduzi pelo suporte da agulha. Progrediu sem resistência até o ponto ideal para ser deixado. Alcancei, portanto, o dilatador, e introduzi pelo fio. Me recordei de uma dica prática dada pela professora dra. Flávia, e ao introduzir o dilatador, realizei um movimento de rotação, que permitiu sua entrada mais facilmente.

A colocação do cateter, confirmação da punção com o uso do soro fisiológico e posterior sutura do cateter ao corpo do paciente, decorreram de forma perfeita.

Foi muito interessante notar que, durante a realização do procedimento, eu não me vi nervoso, sudoreico ou com qualquer outro sintoma parassimpático. Mas, após a finalização, ao sair da sala vermelha, me senti imediatamente nauseado. Parece que, possivelmente devido à adrenalina gerada pelo momento, meu corpo entrou em êxtase durante a colocação do CVC e, apenas depois, quando tudo já estava finalizado, me permiti sentir o que havia acontecido.

A experiência foi marcante. Ter realizado algo assim, depois de já ter presenciado por diversas vezes médicos que admiro realizando o mesmo procedimento, foi muito gratificante e prova do meu esforço em relação ao módulo. Confirmou em mim também a minha preferência por manejar pacientes graves, e a vontade de fazer plantões em sala vermelha.

Após esse dia, ainda houve a possibilidade de passagem de outros dois cateteres venosos centrais. Em ambos, senti uma diminuição importante do nervosismo comparado à primeira vez, demonstrando que a prática realmente leva ao aperfeiçoamento da técnica. Todos os “centrais” passados por mim se deram no mesmo sítio anatômico, a veia jugular interna – espero poder, no próximo rodízio do módulo de Urgência e Emergência, conseguir realizar o procedimento em outros locais, como as veias subclávias e as femorais.

5.3 Intubação Orotraqueal

A intubação de sequência rápida é o procedimento médico que mais mexeu comigo durante todo o curso. Talvez por ter feito parte de uma liga de urgência e emergência já a partir primeiro semestre de medicina, muito precocemente eu tive contato com a teoria acerca desse procedimento. Por diversas vezes, em workshops ou aulas realizadas pela liga, era eu o responsável por falar sobre intubação orotraqueal (IOT). A teoria, portanto, eu sabia de forma quase medular.

Entretanto, um ponto fraco meu, no contexto da IOT, diz respeito às drogas utilizadas no procedimento. Por se tratar de medicamentos com efeitos importantes sobre os indivíduos, sempre me preocupou muito entender bem a função e dosagem de cada um desses. Além disso, existem situações específicas nas quais alguns desses são mais indicados do que outros, a depender do quadro clínico do paciente.

Minha primeira IOT ocorreu quase no fim do módulo, momento no qual eu já estava desacreditado da oportunidade de realizar o procedimento. Ocorreu novamente por intermédio de uma ex-colega de curso que, a propósito, tem trabalhado com excelência em sala vermelha de pronto atendimento – doutora Verônica Benitez.

A paciente em questão deu entrada, via SAMU, na UPA Dr. Walter Cavalcanti, apresentando um quadro agudo de dor precordial associada a dispneia importante. Ao chegar na sala vermelha já me deparei com a mesma utilizando uma máscara não reinalante a 6 litros por minuto, saturando cerca de 79%. O quadro era grave. A história clínica é de que essa senhora, de 69 anos de idade, possuía múltiplas comorbidades, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e insuficiência cardíaca. Na admissão, ao monitorizá-la, foi diagnosticada com uma taquicardia supraventricular, sendo necessária cardioversão elétrica.

Ajudei em todos os procedimentos relativos à estabilização clínica e, ao ficar claro que, mesmo com a oferta de oxigênio a paciente ainda apresentava esforço respiratório e hipossaturação, foi decidido por proceder à intubação orotraqueal. Nesse momento, foi oferecido à mim a possibilidade de realizar o procedimento. Ao contrário da primeira vez, quando eu não me sentia à vontade em fazê-lo, por não me sentir completamente preparado, dessa vez aceitei, com a certeza de que estaria sendo preceptorados de perto e, em caso de problemas, a médica assumiria.

Repassei em minha mente todo o protocolo para a realização da IOT. A preparação, fundamental para que se diminua as chances de intercorrências ocorrerem, foi feita por mim mesmo. Verifiquei se o laringoscópio possuía pilhas funcionantes e se a luz acendia adequadamente, se o *cuffin* do tubo orotraqueal era inflado corretamente e não estava furado, e analisei também as características da via aérea da paciente para analisar se poderia ser uma laringoscopia complexa ou não. Além disso, solicitei um

coxim para ser colocado na região interescapular da paciente, para que a retificação das vias aéreas tornasse a laringoscopia mais fácil.

Em seguida, auxiliei na pré-oxigenação da paciente. Notei que o técnico de enfermagem que segurava o ambu estava comprimindo o balão, ventilando a paciente. Pedi que ele apenas mantivesse o ambu posicionado, sem a necessidade de ventilar, dada a possibilidade de que a pressão positiva gerada pelo movimento provocasse vômito. A ventilação por três minutos é necessária para gerar um reservatório de oxigênio no paciente antes que ele entre em apneia.

O pré-tratamento foi realizado com 4 mL de fentanil. A analgesia na IOT é de extrema importância, mesmo em casos nos quais os pacientes já estão sedados – a dor gerada pela passagem do tubo na traquéia é excruciante, e pode ser responsável por gerar hipertensão arterial importante nos pacientes.

Mesmo com a paciente já sedada, devido à cardioversão anterior, foi aplicada uma ampola de etomidato para manter sua sedação. Essa droga é a mais hemodinamicamente estável dos agentes de indução disponíveis (CARO; TYLER, 2019). É um medicamento com efeitos favoráveis no sistema nervoso central, fazendo com que seja uma excelente opção para pacientes com pressão intracraniana elevada. Sua dose de indução normal é de 0,3 mg/kg em *bolus* endovenoso.

Por fim, o agente mais temido por alguns profissionais quando se fala em intubação orotraqueal: o bloqueador neuromuscular (BNM). O escolhido para este caso foi a succinilcolina, agente com início de ação rápido, que deixa o paciente paralisado em segundos, que possui curta duração de ação, retornando os reflexos protetores normais dentro de 3 a 4 minutos, e nenhum efeito adverso significativo.

No momento da laringoscopia, eu estava posicionado atrás da paciente, com a médica ao meu lado. No momento em que notei que o BNM produziu efeito, iniciei o procedimento utilizando o laringoscópio para afastar para a esquerda a base da língua da paciente. Posicionei a ponta do instrumento na valécula, fiz o movimento de levantamento da epiglote, expondo as pregas vocais.

Ao visualizar as cordas vocais, senti um alívio imenso. Com cuidado, passei o tubo, sem nunca deixar de visualizar o que estava fazendo, inserindo-o até a rima 23. Nesse momento, com meu estetoscópio, fiz primeiro a ausculta do epigástrio da paciente para ter certeza de que o tubo não havia sido passado erroneamente ao esôfago, e posteriormente confirmei com a ausculta de ambos os hemitórax.

A ausculta confirmou a posição correta do tubo, e o mesmo foi ligado ao ventilador mecânico, que já estava ligado e configurado.

Posteriormente, fiz o pedido da radiografia de tórax para visualizar o posicionamento correto dele dentro da traqueia e evitar que pudesse ter havido intubação seletiva – pelo fato do brônquio direito ser mais retificado que o esquerdo, pode ser que o tubo fique posicionado em seu interior, ao invés da porção distal da traqueia, o que faria com que houvesse ventilação de apenas um pulmão.

6. MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NOS “CARRINHOS DE PARADA” DA SALA VERMELHA E SEUS PREÇOS

Adenosina 3 mg/mL (ampola com 2 mL)	3
Adrenalina 1 mg/mL (ampola com 1 mL)	10
Água destilada (ampola com 10 mL)	10
Aminofilina 14 mg/mL (ampola com 10 mL)	2
Amiodarona 50 mg/mL (ampola com 3 mL)	6
Atropina 0,5 mg/mL (ampola com 1 mL)	10
Bicarbonato de sódio 8,4% (frasco 250 mL)	2
Bicarbonato de sódio 8,4% (ampola 10 mL)	5
Cloreto de potássio 0,9%	5
Cloreto de sódio 0,9%	10
Cloreto de sódio 0,20%	10
Deslanosídeo 0,2 mg/mL (ampola 2 mL)	2
Dobutamina 12,5 mg/mL (ampola 20 mL)	2
Dopamina 5 mg/mL (ampola 10 mL)	5
Furosemida 10 mg/mL (ampola 10 mL)	10
Gluconato de cálcio 10% (ampola 10 mL)	5
Glicose 50% (ampola 10 mL)	10
Hidrocortisona 100 mg	5
Lidocaína 2% sem vasoconstritor (20 mL)	5
Lidocaína 2% com vasoconstritor (20 mL)	5
Lidocaína 20 mg/g	2
Metoprolol 1 mg/mL (ampola 5 mL)	2
Noradrenalina 2 mg/mL (ampola 4 mL)	2
Nitroglicerina 5 mg/mL (ampola 10 mL)	2
Nitroprusseto 25 mg/mL (ampola 2 mL)	5
Salbutamol 100 mcg/dose	10
Clorpromazina 25 mg (5 mg/mL)	5

Diazepam 5 mg/mL (ampola 2 mL)	5
Fenitoína 50 mg/mL (ampola 5 mL)	6
Fentanil 0,05 mg/mL (ampola 10 mL)	6
Flumazenil 0,5 mg/5mL	2
Haloperidol 5 mg/mL	5
Midazolam 5 mg/mL (ampola 10 mL)	8
Midazolam 5 mg/mL (ampola 3 mL)	4
Naloxona 0,4 mg/mL (ampola 1 mL)	2

6.1 Preços dos medicamentos para intubação orotraqueal

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	VALOR
CETAMINA	50MG/ML FRASCO 10 ML	R\$85,21
ETOMIDATO	2ML/ML AMPOLA 10 ML	R\$19,56
FENTANIL	0,05MG/ML AMPOLA 5 ML	R\$5,13
FENTANIL	0,05MG/ML FR/AMP 10 ML	R\$6,49
LIDOCAÍNA	2% FRASCO 20 ML	R\$3,97
MIDAZOLAM	5 MG/ML AMPOLA 3 ML	R\$8,84
MIDAZOLAM	5 MG/ML AMPOLA 10 ML	R\$16,17
ROCURÔNIO	10MG/ML AMPOLA 5 ML	R\$31,27
SUXAMETÔNIO	100MG FRASCO	R\$19,08

Preços consultados no Banco de preços em saúde do Governo Federal

7. QUESTÃO-PROBLEMA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

Com sua criação, o SUS proporcionou acesso universal ao sistema público de saúde, garantindo ações e serviços a todas as pessoas, independente de gênero, raça, ocupação ou outras características sociais. Esse, aliás, é um dos princípios doutrinários do sistema de saúde, juntamente à equidade e integralidade.

A equidade tem como objetivo diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, os indivíduos não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. A integralidade, por sua vez, considera as pessoas como um todo, atendendo todas as suas necessidades – integra ações, incluindo promoção da saúde, prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.

A relação entre pacientes e profissionais da saúde pautada na ética e ideal de respeito à integridade humana constituem o foco central do conceito de humanização na atualidade. (DINIZ, 2001).

Humanizar é respeitar a natureza do ser humano, a sua essência, com o objetivo de garantir a sua singularidade, observando-o como ser subjetivo e complexo, dentro da sua totalidade. É, sobretudo, concentrar verdadeira prática humanizada no respeito ao cidadão (SIMÕES; CONCEIÇÃO, 2005).

Entretanto, mesmo tendo suas bases firmadas em pressupostos de humanização do cuidado, os serviços e profissionais de saúde nem sempre seguem tais princípios na rotina de seu trabalho. Existem populações específicas, em geral de maior vulnerabilidade social, como pessoas em situação de rua, etilistas crônicos, usuários de drogas e indivíduos com transtornos psiquiátricos, que são tratados com indiferença ou que encontram barreiras para o atendimento.

Uma visão moralista, negativa e preconceituosa acerca das condições de vida e do comportamento dos usuários de drogas ou grupos vulneráveis interfere no acesso e na continuidade do cuidado ofertado a esses grupos (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Em minha vivência no módulo de Urgência e Emergência do internato, por vezes me deparei com situações nas quais populações estigmatizadas receberam pouca atenção por parte da equipe de saúde ou, pior, foram tratados com desrespeito e discriminação. Os maiores afetados são pessoas em situação de rua e indivíduos com transtornos mentais. Em geral, tais situações se demonstram por dificuldade de acesso ao serviço, demoras deliberadas para atendimento, estímulo pela evasão dos pacientes, uso excessivo da força para contenção, uso inapropriado de termos estigmatizantes como “vagabundo”, “fedorento”, “drogado”, e até mesmo por manejos inadequados e antiéticos, como não aplicação de analgesia adequada.

É importante pontuar que, em sua maioria, trata-se de profissionais que se encontram em ambientes desfavoráveis, más condições de trabalho, sobrecarga, ritmo intenso, jornadas extensas, desgaste físico e psíquico, estresse ocupacional, conflitos interpessoais, baixa remuneração e desvalorização do profissional.

Levando todos os fatos em consideração, acredito que seria importante agir a respeito desse problema englobando diversas frentes – primeiro, através de ações de planejamento e organização dos serviços assistenciais sob a perspectiva da promoção da dignidade humana, com trabalhos voltados para a prevenção de possíveis intervenções e agravos; deve haver também mudanças que englobem os órgãos, a infraestrutura hospitalar e as condições de trabalho, dando prioridade a recursos materiais e de infraestrutura, mas sem esquecer da capacitação dos recursos humanos de modo a potencializar a realização de assistência voltada para a perspectiva do respeito à pessoa humana.

Quando ocorre o cuidado humanizado, ele promove o reconhecimento do sujeito enquanto uma pessoa de direito, e isso gera um aumento na autoestima e tem um efeito importante na promoção do seu autocuidado. Assim, o princípio da equidade fica mais evidente.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

AUGUSTI, Laís *et al.* Ingestão proteica na encefalopatia hepática: panorama atual. **Nutrire**, Botucatu, v. 39, n. 3, p. 338-348, dez. 2014.

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

CACCIATORI, Felipe Antônio; RONCHI, Arthur Dajori; SASSO, Sérgio Emerson. Outcomes prediction score for acute abdomen: a proposal. **Revista Do Colegio Brasileiro De Cirurgioes**, v. 46, n. 6, p. e20192285, 2020. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192285>.

CARO, David A.; TYLER, Katren R.. Agentes Sedativos de Indução. In: III, Calvin A. Brown. **Manual de Walls para o Manejo da Via Aérea na Emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 251.

FERNANDES, Frederico Leon Arrabal; CUKIER, Alberto; CAMELIER, Aquiles Assunção; FRITSCHER, Carlos Cezar; COSTA, Cláudia Henrique da; PEREIRA, Eanes Delgado Barros; GODOY, Irma; CANÇADO, José Eduardo Delfini; ROMALDINI, José Gustavo; CHATKIN, Jose Miguel; JARDIM, José Roberto; RABAHI, Marcelo Fouad; NUCCI, Maria Cecília Nieves Maiorano de; SALES, Maria da Penha Uchoa; CASTELLANO, Maria Vera Cruz de Oliveira; AIDÉ, Miguel Abidon; TEIXEIRA, Paulo José Zimermann; MACIEL, Renato; CORRÊA, Ricardo de Amorim; ... LUNDGREN, Fernando Luiz Cavalcanti. Recommendations for the pharmacological treatment of COPD: questions and answers. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 43, n. 4, p. 290–301, ago. 2017. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562017000000153>.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, 143 p. Antropologia e Saúde collection. ISBN: 978-85-7541-378-4.

MARINHO, Pedro Carneiro; SÁ, Angela Beatriz de; GOUVEIA, Bianca Miranda; SERPA, Juliana Barroncas; MORAES, Juliana Risuenho Sampaio; SODRÉ, Renan Santana; QUARESMA, Ruan Seguin Azevedo; SOARES, Sarah Pontes; SOUZA, Ana Carolina Contente Braga de. Hipoglicemia neonatal: revisão de literatura/Neonatal hypoglycemia: literature review. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 16462–16474, 17 nov. 2020.

MARTINS, Angelica Area Leão; SILVA, Ayumi Miura Fialho da; ANDRADE, Fabíola Gonçalves; GARCIA, Hamilton Cezar Rocha; BRITO, Ana Paula Santos Oliveira; MANESCHY, Rodrigo Bona. Hemorragia Digestiva alta, diagnóstico e tratamento: uma revisão de literatura. **Pará Research Medical Journal**, Belém, v. 2, n. 1, p. 1-7, mar. 2019.

NICOLAU, José Carlos; FEITOSA, Gilson Soares; PETRIZ, João Luiz; FURTADO, Remo Holanda de Mendonça; PRÉCOMA, Dalton Bertolim; LEMKE, Walmor; LOPES, Renato Delascio; TIMERMAN, Ari; MARIN, José A.; BEZERRA, Luiz; GOMES, Bruno Ferraz de Oliveira; SANTOS, Eduardo Cavalcanti Lapa; PIEGAS, Leopoldo Soares; SOEIRO, Alexandre de Matos; NEGRI, Alexandre Jorge de Andrade; FRANCI, Andre; MARKMAN, Brivaldo; BACCARO, Bruno Mendonça; MONTENEGRO, Carlos Eduardo Lucena; ... MATHIAS, Wilson. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 117, n. 1, p. 181–264, 15 jul. 2021.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de; BRANT, Luisa Campos Caldeira; POLANCZYK, Carisi Anne; BIOLO, Andreia; NASCIMENTO, Bruno Ramos; MALTA, Deborah Carvalho; SOUZA, Maria de Fatima Marinho de; SOARES, Gabriel Porto; XAVIER, Gesner Francisco; MACHLINE-CARRION, M. Julia. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.L.], v. 115, n. 3, p. 308-439, set. 2020. Sociedade Brasileira de Cardiologia. <http://dx.doi.org/10.36660/abc.20200812>.

POWERS, William *et al.* Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. **American Heart Association**, Dallas, v. 50, n. 12, p. 1-75, dez. 2019.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde / Ana Emilia Figueiredo de Oliveira; Francisca Luzia Soares Macieira de Araújo; Paola Trindade Garcia (Org.) - São Luís: EDUFMA, 2018.

ROCHA, Fábio Lopes; PAPROCKI, Cláudia Hara Jorge. Doença mental e estigma. v. 25, n. 4, p. 590–596, [s. d.]. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150127>.

SANTOS, Rafaela. "CUIDADO HUMANIZADO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA." *Revista Saúde.com* 15.4 (2020): Revista Saúde.com, 2020-02-14, Vol.15 (4). Web.

SILVA, Pollyane Liliane; PAIVA, Luciana; FARIA, Veridiana Bernardes; OHL, Rosali Isabel Barduchi; CHAVAGLIA, Suzel Regina Ribeiro. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 50, n. 3, p. 427-433, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000400008>.

TEIXEIRA, Mirna Barros; BELMONTE, Pilar; ENGSTROM, Elyne Montenegro; LACERDA, Alda. Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 92–101, 13 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S707>.

TORRALBA, Felipe; NAVARRO, Alberto; LA HOZ, Juan Castellanos-de; ORTIZ, Carlos; BOTERO, Alberth; ALARCÓN, Freddy; ISAZA, Nicolas; ISAZA, Daniel. HEART, TIMI, and GRACE Scores for Prediction of 30-Day Major Adverse Cardiovascular Events in the Era of High-Sensitivity Troponin. **Arquivos Brasileiros De Cardiologia**, v. 114, n. 5, p. 795–802, 13 mar. 2020. <https://doi.org/10.36660/abc.20190206>.

VELASCO, Irineu Tadeu; BRANDÃO NETO, Rodrigo Antonio; SOUZA, Heraldo Possolo de; *et al.* Medicina de emergência: abordagem prática. [S.l: s.n.], 2019.