



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

CURSO DE MEDICINA

**RELATÓRIO TÉCNICO DE VIVÊNCIA NO SETOR DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA NO SERVIÇO DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU E SÃO MIGUEL
DO IGUAÇU**

MAURÍCIO LUCAS HONETTA ANZILIERO

Foz do Iguaçu - PR

2022



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

CURSO DE MEDICINA

**RELATÓRIO TÉCNICO DE VIVÊNCIA NO SETOR DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA NO SERVIÇO DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU E SÃO MIGUEL
DO IGUAÇU**

MAURÍCIO LUCAS HONETTA ANZILIERO

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

Orientadora:

Prof. Rosana Álvarez Callejas

Foz do Iguaçu - PR

2022

MAURÍCIO LUCAS HONETTA ANZILIERO

RELATÓRIO TÉCNICO DE VIVÊNCIA NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO
SERVIÇO DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU E SÃO MIGUEL DO IGUAÇU

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

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Rosana Álvarez Callejas
UNILA

Prof^a. Me. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof. Flavio Luiz Tavares (Pós-Doutorado)
UNILA

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de _____.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Mauricio Lucas Honetta Anziliero

Curso: Medicina

Tipo de Documento:

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> graduação | <input type="checkbox"/> (...) artigo |
| <input type="checkbox"/> (...) especialização | <input checked="" type="checkbox"/> (X) trabalho de conclusão de curso |
| <input type="checkbox"/> (...) mestrado | <input type="checkbox"/> (...) monografia |
| <input type="checkbox"/> (...) doutorado | <input type="checkbox"/> (...) dissertação |
| <input type="checkbox"/> (...) tese | |
| <input type="checkbox"/> (...) CD/DVD – Obras audiovisuais | |
| <input type="checkbox"/> (...) _____ | |

Título do trabalho acadêmico: RELATÓRIO TÉCNICO DE VIVÊNCIA NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SERVIÇO DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU E SÃO MIGUEL DO IGUAÇU – PR.

Nome da orientadora: Rosana Álvarez Callejas

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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

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

Foz do Iguaçu, ____ de ____ de ____

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho em primeiro lugar à Deus, minha família (pai, mãe e irmãos – que sem o esforço deles isso tudo não seria possível) e à minha esposa que conheci dentro dessa instituição e quem me deu muito apoio durante todo esse período. Em segundo lugar ao seleto grupo de colegas e amigos que fiz durante a graduação e que assim como eu encerram essa difícil etapa da vida acadêmica.

*No dia mais claro. Na noite mais densa,
O mal sucumbirá ante a minha presença.
Todo aquele que venera o mal há de
penar. Quando o poder de Cristo
enfrentar!*

**Adaptação do Juramento dos
Lanternas Verdes (DC Comics)**

RESUMO

Introdução: de acordo ao CFM nº 1451/95, uma urgência é definida como: “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida”. Emergência é: “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso”. **Objetivo:** Compreender a organização da rede de atendimento de urgência e emergência no SUS, os principais procedimentos invasivos realizados pelos internos de medicina e o entendimento sobre o Código de Ética do Estudante de Medicina, estimulando as habilidades de Raciocínio clínico. **Metodologia:** relatório de vivência, do setor de urgência e emergência no SUS, com realização de análises, mediante observação e comparação com a literatura, das condutas prestadas pelos médicos plantonistas aos pacientes, nos setores vermelhos e amarelos das UPA's e Hospitais. **Considerações finais:** Na definição de urgência e emergência, trazida pelo CFM, a emergência se difere da urgência devido ao seu maior risco potencial de vida. Ressalta-se, nesse momento, a notoriedade do ato médico na caracterização da gravidade e da extensão do quadro clínico do paciente, diferenciando ambos.

Palavras-chave: Urgência; Emergência; Internato; SUS.

RESUMEN

Introducción: según el CFM nº 1451/95, se define una urgencia como: “la ocurrencia imprevista de un problema de salud con o sin riesgo potencial para la vida” y emergencia como: “la constatación médica de condiciones de agravamiento de la salud que impliquen riesgo inminente de la vida o sufrimiento intenso”. **Objetivo:** Comprender la organización de la red de atención de urgencias y emergencias en el SUS, los principales procedimientos invasivos realizados por los estudiantes de medicina durante la pasantía y la comprensión del Código de Ética del Estudiante de Medicina, estimulando la capacidad de razonamiento clínico. **Metodología:** relato de experiencia, del sector de urgencias y emergencias del SUS, con análisis, a través de la observación y comparación con la literatura, de la conducta brindada por los médicos de guardia a los pacientes, en los sectores de atendimento sala roja y amarillo de las UPA's y Hospitales. **Consideraciones finales:** En la definición de urgencia y emergencia, aportada por el CFM, la emergencia se diferencia de la urgencia por su mayor riesgo potencial para la vida. En este punto, se destaca la notoriedad del acto médico en la caracterización de la gravedad y extensión del cuadro clínico del paciente, diferenciando el aspecto de cada una.

Palabras clave: Urgencia; Emergencia; pasantía; SUS.

ABSTRACT

Introduction: according to CFM nº 1451/95, an emergency is defined as: “the unforeseen occurrence of a health problem with or without potential risk to life”. An emergency is defined as: “the medical comprovation of conditions of aggravation to health that imply imminent risk of life or intense suffering.” **Objective:** To understand the organization of the urgency and emergency care network in the SUS, the main invasive procedures performed by medical interns and the understanding of the Medical Student Code of Ethics, stimulating clinical reasoning skills. **Methodology:** experience report, from the urgency and emergency sector in the SUS, carrying out an analysis, through observation and comparison with the literature, of the conduct provided by on-call physicians to patients, in the red and yellow sectors of UPA's and Hospitals. **Final considerations:** In the definition of urgency and emergency, brought by the CFM, the emergency differs from urgency due to its life potential. At this point, the notoriety of the medical act in characterizing the severity and extent of the patient's clinical condition.

Keywords: Urgency; Emergency; Internship; SUS.

ACRÔNIMOS E SIGNIFICADOS

AA – Ar ambiente

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BEG – Bom Estado Geral

BIC – Bomba de Infusão Contínua

CHAAA – Corado, Hidratado, Anictérico, Acianótico, Afebril.

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DD – Diagnósticos Diferenciais

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DVA – Droga Vasoativa

EC – Exames Complementares

EDA – Endoscopia Digestiva Alta

EF – Exame Físico

EP – Embolia Pulmonar

EV – Endovenoso

HD – Hipóteses Diagnósticas

HDA – História da Doença Atual

HF – História Familiar

HMPGL – Hospital Municipal Padre Germano Lauck

HPP – História Patológica Progressiva

HV – Hábitos de Vida

I – Identificação do paciente

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IBP – Inibidores da Bomba de Prótons

IC – Insuficiência Cardíaca

IRAG – Insuficiência Respiratória Aguda Grave

LC – Linhas de Cuidado

MEG – Mal Estado Geral

MID – Membro Inferior Direito

MIE – Membro Inferior Esquerdo

MMII – Membros Inferiores

MMSS – Membros Superiores

MSD – Membro Superior Direito

MSE – Membro Superior Esquerdo

MUC – Medicamento de Uso Continuo

NT ProBNP – Peptídeo natriurético tipo B

PA – Pressão Arterial

PS – Pronto Socorro

QP – Queixa Principal

REG – Regular Estado Geral

RUE – Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SARA – Síndrome da Angústia Respiratória Aguda

SDA – Sangramento Digestivo Alto

SF 0,9% – Solução Fisiológica a 0,9%

SSVV – Sinais Vitais

SUS – Sistema Único de Saúde

SVD – Sonda Vesical de Demora

TEC – Tempo de Enchimento Capilar

TEP – Tromboembolismo Pulmonar

TEV – Tromboembolismo Venoso

TGO – Aspartato Aminotransferase

TGP – Alanina Aminotransferase

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USA – Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre

USB – Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VD – Ventrículo Direito

VIR – Veículo de Intervenção Rápida

SUMARIO DE FIGURA

Figura 1 Técnica de redução manual da parafimose	31
Figura 2 Hematomas Epidural e Subdural	46
Figura 3 Manobras Jaw-Thrust e Chin Lift.....	52
Figura 4 Escala de coma de Glasgow	53

SUMARIO DE TABELA

Tabela 1 Os principais sintomas e sinais do TEP agudo.....	38
Tabela 2 Outros diagnósticos além de isquemia cardíaca para pacientes com dor torácica	59
Tabela 3 Procedimentos realizados.....	65

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	17
Objetivo Geral	17
Objetivos Específicos	17
3. METODOLOGIA	19
4. DESENVOLVIMENTO	21
4.1 Organização da rede de atendimento de urgência e emergência no SUS e como a mesma é proposta na Cidade de Foz de Iguaçu - PR	21
4.1.1 Regulação e vaga zero são conceitos fundamentais que devem ser discutidos	25
4.1.2 Comparando o sistema de saúde de Foz do Iguaçu com a literatura da RUE²⁷	
4.2 Casos Clínicos atendidos nos cenários de práticas	28
4.2.1 CASO 1: Emergência Urológica	28
4.2.2 CASO 2: Síndrome de má perfusão (arterial)	32
4.2.3 CASO 3: Síndrome dor torácica e IRAG	35
4.2.4 CASO 4: Síndrome Febril	39
4.2.5 CASO 5: Síndrome Pós-traumática	42
4.2.6 CASO 6: Sangramento Digestivo Alto – SDA (?)	46
4.2.7 CASO 7: Choque elétrico	50
4.2.8 CASO 8: Síndrome do Tórax Silencioso	54
4.2.9 CASO 9: Síndrome Coronariana Aguda	56
4.3 Relato vivencial do aluno e suas experiências pessoal no Internato de Urgência e Emergência do SUS	62
4.4 Procedimentos invasivos realizado pelo aluno	65

4.5 Problema dos setores - PS do HMPGL; UPA João Samek; UPA Dr. Walter; PS e SAMU de São Miguel.....	71
4.6 Reflexão sobre Código de Ética do Estudante de Medicina	73
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIA	76

1. INTRODUÇÃO

Para melhor compreensão do tema descrito nesse relatório, de acordo com o CFM nº 1451/95, uma urgência é definida como: “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”. Já uma emergência é definida como: “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso”. Exigindo ambas, portanto, tratamento médico imediato.

O módulo de urgência e emergência no SUS, disponibilizado pelo curso de medicina, da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), propôs a nós alunos, desenvolver atividades semelhantes à dos já profissionais médicos plantonistas. Com uma carga horária de 36 hrs semanais, sendo essas divididas em 3 plantões de 12 hrs durante a semana, totalizando 42 plantões realizados em todo o módulo.

Sendo que fomos alocados em 4 localidades para prestação desses serviços, sendo obrigatório a realização de metade dos plantões diurnos e a outra metade noturno, intercalando com plantões durante a semana e finais de semana. O intuito segundo a orientadora era passarmos por todas as experiências possíveis dentro desses setores. No final, sim tem muita diferença a quantidade de atendimento em diferentes dias da semana, com maior quantidade de acidentes nos períodos de sexta à noite há domingo, quando comparados aos outros dias da semana.

Foram cedidos para a realização dos plantões acadêmicos, quatro campos de prática: às UPA's (Unidades de Pronto Atendimento) João Samek e Doutor Walter Cavalcante Barbosa (UPA Morumbi), o PS (Pronto Socorro) do HMPGL (Hospital Municipal Padre Germano Lauck) e o Complexo Hospitalar de São Miguel do Iguaçu.

Foram disponibilizados protocolos e diretrizes para gerir e identificar as emergências médicas atendidas nesses locais: insuficiência respiratória e cardíaca, parada cardiorrespiratória, acidente vascular cerebral (AVC), diferentes tipos de choque (distributivos, obstrutivos, cardiogênicos e hipovolêmicos), entre outros. Com

o propósito de sermos capazes de realizar o primeiro atendimento frente a estes pacientes.

Será descrito os casos clínicos vivenciados nos distintos setores (hospitais e Unidades de Pronto Atendimento – UPA's), também os procedimentos realizados neste período, as vivências e os conteúdos construídos durante o estágio.

Este compêndio de informações está baseado no objetivo de compreender a organização da rede de atendimento de urgência e emergência no SUS, assim como os principais procedimentos invasivos realizados pelos internos de medicina e o entendimento sobre o Código de Ética do Estudante de Medicina, estimulando as habilidades de Raciocínio clínico voltados nesta área.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Compreender a organização da rede de atendimento de urgência e emergência no SUS, assim como os principais procedimentos invasivos realizados pelos internos de medicina e o entendimento sobre o Código de Ética do Estudante de Medicina, estimulando as habilidades de Raciocínio clínico voltados nesta área.

Objetivos Específicos

- Analisar e compreender a organização da rede de atendimento de urgência e emergência do SUS nos campos de práticas das Cidades de Foz do Iguaçu e São Miguel do estado de Paraná;
- Conhecer a legislação, os protocolos e o regramento do serviço em que se desenvolve no estágio;
- Desenvolver habilidade na construção de raciocínios clínicos voltados para urgência e emergências;
- Aprender a elaborar anamnese e exame físico de forma ágil e objetiva;
- Desenvolver habilidades em realizar diagnósticos diferenciais, seleção de exames com melhor custo-benefício para o paciente e para o sistema;
- Desenvolver as habilidades motoras necessárias para a execução de procedimentos invasivos característicos dos ambientes de urgência/ emergência, assim como conhecer indicações, contraindicações, possíveis complicações, técnica adequada, momento de retirada do dispositivo e práticas de prevenção de infecções relacionadas aos mesmos;
- Adquirir conhecimento de normas, métodos e procedimentos em atividades profissionais, no momento de realizar referencias e contrarreferência;
- Obter Capacidade em registro de prontuários na linguagem médica adequada com completude de informações e clareza nas condutas;

- Atingir a aptidão no desenvolver de um profissional médico ético, crítico, reflexivo que conheça os seus direitos e deveres.

3. METODOLOGIA

Este relatório de vivência, no âmbito de urgência e emergência no SUS, visa analisar as condutas prestadas aos pacientes pelos médicos plantonistas nos setores vermelhos e amarelos das UPA's e Hospitais. Tendo por finalidade o aprendizado, mediante observação e desenvolvimento de técnicas médicas durante o cenário de práticas.

Trata-se de uma descrição e comparação breve da literatura com a prática dos médicos atuais no sistema de saúde pública de Foz do Iguaçu (UPA's e hospital) e de São Miguel do Iguaçu (Complexo hospitalar), que foi desenvolvido durante o módulo de internato em Urgência e Emergência do SUS, do curso de medicina da UNILA, entre os meses de abril a julho do corrente ano.

A primeira parte desse relatório consiste na compreensão da literatura sobre as RUE (Rede de Atenção as Urgências e Emergências do SUS). Seguido pela comparação de como realmente ocorre essa “organização” na prática em atendimento emergenciais e urgentes nas duas cidades em questão.

A segunda parte abarca o reconhecimento e desenvolvimento de 10 relatos de casos vivenciados durante as atividades do módulo, nos 4 diferentes cenários (HMPGL, UPA João Samek, UPA Morumbi e Complexo Hospitalar de SM). Nesse momento é descrito de forma estrutural o quadro clínico do paciente, toda sua evolução clínica e de exames complementares, durante o internamento. Seguido por uma discussão se tais técnicas médicas utilizadas foram corretas ou não, se os exames foram exames essenciais e que ajudaram a compreender melhor o quadro do paciente. Também foi descrito diagnósticos diferenciais a se pensar em cada um dos quadros clínicos descritos, ao final do relato há também a discussão dos casos. A obtenção dos casos foi por meio de coleta da história clínica durante a anamnese, e complementada com a histórias presentes em prontuário eletrônico ou físico, dependendo da disponibilidade.

Toda a seção dois foi realizada mediante consulta em bases de dados como UpToDaTe, livro físico de Urgência e Emergência da USP 15° edição, Portarias do

Ministério de saúde do Brasil e artigos científicos encontrados no *SCIELO*. Sendo a comparação realizada mediante essas literaturas e o que foi realizado pela equipe médica durante tais atendimentos.

A terceira parte é um relato de experiência de como “me senti” ao me deparar com os problemas enfrentados em todos os setores que passei nesse módulo. É um local onde descrevo situações graves, desde como foi ver erros de técnicas, até atitudes que vão contra a ética proposta pela medicina.

A quarta parte equivale ao desenvolvimento de procedimento de responsabilidade médica, sendo descrito suas técnicas, quando realizar, quando remover e quais os devidos caminhos a seguir após realização desses procedimentos.

Por último, o relatório traz a minha compreensão do código de ética do estudante de medicina, nossas obrigações, deveres e direitos durante os 6 anos de formação.

4. DESENVOLVIMENTO

4.1 Organização da rede de atendimento de urgência e emergência no SUS e como ela é proposta na Cidade de Foz de Iguaçu - PR.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o serviço público de saúde do Brasil, criado pela Constituição Federal de 1988. Ele teve seu projeto elaborado durante 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986, com a participação de gestores, profissionais de saúde e da população.

A população usa o SUS em inúmeras situações. Quando há emergências clínicas, traumas e acidentes de trânsito e precisa-se de atendimento urgente, é acionado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) ou o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE). Ambos os programas têm como finalidade prestar socorro à população em casos de emergência, funcionando 24 horas, todos os dias da semana (BVS-MS).

Aqui em Foz do Iguaçu o serviço as demandas de urgências e emergências se divide da seguinte forma: o SAMU-192 está voltado para atender as demandas de urgência e emergências clínicas (suspeitas de infarto agudo do miocárdio - IAM e AVC, Intoxicações e Envenenamentos, Crises Convulsivas, Hemorragias e Desmaios). Já o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) atende a demanda de acidentes e traumas da cidade.

Todos esses casos têm como destinos as duas UPA's 24hrs (outro componente das RUE, com estruturas de complexidades intermediárias) presentes na cidade, ou em alguns casos o direcionamento dos pacientes é feito diretamente ao hospital municipal. Uma experiência vivida foi quando as duas UPA's estavam atuando com suas capacidades máxima e todos os leitos disponíveis ocupados, a transferência desses pacientes que necessitavam de atendimento médico institucionalizado se dava diretamente ao HMPGL.

Todos os pacientes trazidos por esses dois serviços dão entradas na Sala Vermelha das UPA's, local onde é feito a primeira avaliação clínica e tomada as

primeiras decisões. A UPA João Samek conta com uma sala de radiografia e depende do laboratório do HMPGL para realização dos exames laboratoriais. Conta com uma farmácia interna, mas que atualmente não atende mais a população que faz busca espontânea ao local e que recebe tratamento ambulatorialmente.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), outro componente da RUE, possui aqui na cidade, estrutura de complexidade intermediária entre as UBS's (unidades básicas de saúde) e a rede hospitalar, funcionando 24h por dia, todos os dias da semana. Compõem uma importante rede organizada da atenção às urgências e emergências, com fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contrarreferenciá-los para os demais pontos de atenção da RAS. Entretanto, essa comunicação com o HMPGL encontra-se falha e muito lentificada, como já mencionado, houve casos de pacientes que ficaram dias internados e intubados em uma UPA (local de no máximo 24 hrs de internamento pelo paciente até ser transferido). Ou seja, se nota que nessa rede estão havendo falhas que estão levando prejuízos à população atendida.

O ponto de possuir uma sala exclusiva para radiografias dentro das UPA's é algo que agrega significativamente o atendimento aos pacientes, porém como atualmente não existe mais profissional ortopedista que atende no local, essa demanda ficou totalmente centralizada no HMPGL e isso tem dificuldade um pouco, pois muitos casos de traumas ósseos que necessitariam apenas de um tratamento conservados necessitam serem internados na UPA e aguardarem vaga de transferência para o hospital e isso demanda de leitos, transporte e tempo, muito tempo de espera.

Contar com um laboratório centralizado também dificulta, principalmente pelo fato de terem horários específicos que os profissionais passam coletando as amostras coletadas e levam para o laboratório, isso muitas vezes retarda um tratamento adequado ao paciente, mas se entende que descentralizar esse sistema acarretaria grandes custos de investimentos. Outro ponto negativo observado é que tem faltado muitos insumos necessários para realizar os exames, sendo um problema de gestão do sistema.

Um ponto que observei e não concordei durante esses plantões, foram as experiências na sala vermelha da UPA e ver pacientes intubados ou outros que necessitavam de transferência urgente para os serviços intra-hospitalares, passarem dias, até mais de 1 semana, internados e até mesmo intubados nas UPAS. Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM) o tempo máximo de permanência do paciente na UPA para elucidação diagnóstica e tratamento é de 24h, estando indicada internação após esse período, sendo uma responsabilidade do gestor a garantia de referência a serviço hospitalar, coisa que não está sendo feita aqui na cidade.

Foi visto também que em muitos momentos não houve a passagem de plantão de médico para médico, sendo essa uma obrigatoriedade que o CFM exige. Isso ocorre por médicos atrasarem inúmeros minutos, até horas para se deslocarem de um local de trabalho ao outro e nesse período a sala vermelha da UPA fica sem profissional médico, qualquer urgência ou emergência que chegar nesse período deverá ser atendida por algum outro profissional médico que se colocar à disposição para atender. Momento muito complexo e complicado de lidar, pois ninguém quer assumir as responsabilidades que não são suas e que não ganha para isso, por conta da irresponsabilidade de outros profissionais.

Esses dois pontos abordados desqualificam os atendimentos das RUE, que foram postas justamente para prestarem um atendimento de qualidade as urgências e emergências à população. Pois as mesmas dependem de uma ampliação do acesso aos casos agudos e em todos os pontos de atenção, não de qualquer que seja a limitação, como estou vendo que acontece.

Como podemos ver, as violências interpessoais e as lesões decorrentes de acidentes, são colocadas como prioridade na RUE para além da atenção à vítima. Possuindo a UPA uma sala específica voltada para o setor de epidemiologia e pacientes vítimas de violências transfóbicas serem mandados para casa sem nem serem notificados. Isso, a meu ver, é um dos principais pontos que sucateiam os nossos registros epidemiológicos: profissionais que não se importam em notificar esses e inúmeros outros casos.

O componente APS, dentro das RUE tem o objetivo de ampliar o acesso e fortalecer o vínculo com a população e prestar um primeiro atendimento às urgências

e emergências e transferir os pacientes assim que possível para serviços de atenção intermediária. Por experiência, já vi funcionar de forma adequada em algumas unidades de saúde aqui da cidade: foi feito um primeiro atendimento e ofertado todo o suporte disponível para estabilizar o paciente e na sequência transferi-lo via SAMU-192 a UPA. Um exemplo vivenciado foi uma PCR e necessidade de IOT de urgência dentro da UBS até a chegada do SAMU-192 e o resultado foi o salvamento da vida do paciente após 30 minutos de compressões cardíaca e ventilação adequadas. Nesse caso posso afirmar que a Atenção Básica cumpriu com a base do funcionamento das RAS, sendo resolutiva, coordenando o cuidado e ordenando as redes.

O SAMU, outro componente das RUE, tem como finalidade ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátricas aqui em Foz do Iguaçu. Sendo as unidades móveis presentes na cidade:

- I. **Unidade de suporte básico de vida terrestre (USB)** – viatura tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;
- II. **Unidade de suporte avançado de vida terrestre (USA)** – viatura tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;
- III. **Equipe de aeromédico** – aeronave com equipe composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;
- IV. **Equipe de embarcação** – equipe composta por no mínimo 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida;
- V. **Motolância** – motocicleta conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem;
- VI. **Veículo de intervenção rápida (VIR)** – veículo tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

A central de regulação do Samu 192, em Foz do Iguaçu, é a central da 9ª regional de saúde, que abrange os 9 municípios adscritos nela: Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu, Serranópolis do Iguaçu. O SAMU deve então ampliar o acesso às populações desses municípios.

Na maioria das vezes, o SAMU regula os pacientes aqui da cidade de Foz do Iguaçu, diretamente para as UPA's da cidade. Mesmo pacientes graves, vítimas de fortes acidentes de trânsito, que possuíam clínica instável e poderiam ser transferidos diretamente ao HMPGL, foram transferidos para as UPA's. Algo que retarda um atendimento mais preciso, especificamente em pacientes vítimas de grandes acidentes (suspeita de TCE). Entretanto, já houve sim, inúmeros pacientes que foram levados diretamente ao HMPGL e isso agilizou grandemente o atendimento a eles. Óbvio que se toda hora o SAMU levar os pacientes para o HMPGL o sistema de lá vai superlotar, mas em alguns casos seria bom uma melhor avaliação do paciente, pela equipe do SAMU. E a própria central de trauma localizada no hospital deveria ser uma porta "mais aberta" para esses casos no município, pois até esses pacientes chegarem na UPA, serem avaliados, transferidos e o mais demorado: serem aceitos pelo HMPGL, retarda muito um atendimento de melhor qualidade tecnológica a eles.

O componente da *Atenção Hospitalar* na RUE é constituído por: 1) Portas hospitalares de urgência e emergência; 2) Enfermaria de retaguarda clínica; 3) Unidades de cuidados prolongados e hospitais especializados em cuidados prolongados; 4) Leitos de terapia intensiva; 5) Organização das linhas de cuidado (LC) prioritárias (LC IAM, LC do AVC e LC da traumatologia). Dando-se aqui em Foz do Iguaçu pelos serviços prestados por dois hospitais distintos, o Hospital Ministro Costa Cavalcante (Unidade Coronariana – Referência para IAM, casos oncológicos, gineco-obstétricos, Maternidade e UTI Pediátrica) e o principal sítio das referências, o já citado HMPGL (referência para os casos de AVC e outras demandas).

4.1.1 Regulação e vaga zero são conceitos fundamentais que devem ser discutidos.

A chamada “vaga zero” garante o atendimento nas situações de urgências mesmo inexistindo leitos vagos para a internação de pacientes, decidindo os destinos hospitalares dos pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não transferência/direcionamento (SES – Goiás, 2020).

A “vaga zero” é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências. Sendo responsabilidade exclusiva dos médicos reguladores de urgências, que deverão, obrigatoriamente, tentar fazer contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento (SES – Goiás, 2020).

Em um estudo realizado por Konder *et al* no ano de 2019, foi observado um fenômeno frequente nas UPA's que é o longo tempo de espera do paciente para disponibilização de leitos (UTI ou enfermaria), extrapolando o período de observação de 24 horas preconizado na legislação para estabilização clínica e elucidação diagnóstica. Em relação a isso este tema é estabelecido que não pertence ao médico solicitante especificar data ou prazo máximo que o paciente irá aguardar a liberação de vaga quando solicitado ao sistema regulador do SUS, sendo esse um atributo do médico regulador. Quando diagnosticados pelo médico regulador, os casos de urgência e emergência dispensam de prazos para atendimento médico hospitalar (CREMEGO, 2014).

É dever do médico regulador:

- Decidir os destinos hospitalares, não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências.
- Decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência.

4.1.2 Comparando o sistema de saúde de Foz do Iguaçu com a literatura da RUE

No Decreto N° 23.917, de 30 de junho de 2015, foi criado o Comitê Gestor da Rede Municipal de Atenção às Urgências, com Gestão Municipal de Foz do Iguaçu.

Foz do Iguaçu está localizada na 9ª regional de saúde que abrange nove municípios do Oeste do Paraná. Sendo a sede dessa regional, Foz deve atender a todos os chamados dessa macrorregião.

O Município de Foz de Iguaçu conta com duas UPA's (João Samek e Dr. Walter Cavalcante Barbosa) e o HMPGL, além de aproximadamente 24 UBS de acordo ao CNES, uma UBS 24 hrs (Padre Ítalo), SAMU, SIATE, HMCC e o 14º Batalhão de Polícia Militar. Todos os pontos citados acima são locais de regulação e porta aberta para urgências e emergências, com exceção do 14º Batalhão de Polícia Militar que só atende a chamados oficialmente solicitada à Presidência da República.

Dentro da RUE temos como pontos de referências hierárquicos os seguintes:

- HMCC: referência a atendimentos cardiológicos, oncológicos, gineco-obstétricos, atendimento a Maternidade e UTI Pediátrica.
- HMPGL: responsável por atendimentos de média e alta complexidade, atendendo os 9 municípios da 9ª Regional de Saúde, ademais de pacientes trazidos da Tríplice Fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina). É referência para atendimentos clínicos pediátricos e adultos, pronto socorro para traumas, neurologia, casos respiratórios, ambulatório de saúde mental e cirurgias. Possui equipamentos para exames de imagem e laboratoriais.
- As UPA's: são referência para casos de média complexidade, contando com salas de estabilização. Nelas é realizado a estratificação de risco prevista no protocolo de Manchester, exames laboratoriais e radiografias.
- A UBS 24 hrs Padre Ítalo realiza atendimento de complexidade intermediária.
- As UBS restantes fazem consultas clínicas, ademais de visitas domiciliares, prevenção e promoção da saúde.
- SAMU: Possuindo 3 sedes na cidade de Foz do Iguaçu, ele presta assistência à população com a ajuda de ambulâncias com suporte avançado de vida e

suporte básico de vida, além de uma Motolância. Presta atendimento às urgências e emergências não traumáticas pré-hospitalar e interunidades.

- SIATE: o serviço é prestado pelo corpo de bombeiros da polícia milita do Paraná, que atende e faz a regulação pelo telefone 193, sendo a principal porta de acesso de pacientes vítimas de traumas aos serviços de maior complexidade.
- FN-SUS: esse serviço pode ser prestado pela Polícia Militar do Estado Paraná, através do 14º Batalhão de Polícia Militar; Polícia Civil, através da 6ª Subdivisão Policial; Marinha e aeronáutica.

4.2 Casos Clínicos atendidos nos cenários de práticas

Nessa seção será abordado o total de 10 casos clínicos vivenciados nos diferentes pontos de atenção de UE que foram passados nesse módulo do Internato: UPA's, HMPGL, e PA de São Miguel.

Esses casos serão descritos seguindo o raciocínio clínico da seguinte forma: Identificação do paciente (I), Queixa Principal (QP), História da Doença Atual (HDA), História Patológica Progressiva (HPP), Exame Físico (EF), Exames Complementares (EC), Diagnóstico Sindrômico (DS), Hipóteses Diagnósticas (HD), História Familiar (HF), Hábitos de Vida (HV) Medicamentos de Uso Contínuo (MUC) e Diagnósticos Diferenciais (DD).

Por ser um setor de urgência e emergência onde se necessita de um rápido atendimento ao paciente, na maioria das vezes é feito num primeiro momento a identificação do paciente, sua QP, sua HDA, HPP e EF para desenvolver o mais rápido possível uma HD. Na sequência depois do paciente estabilizado é coletado o restante dos pontos para se pensar em possíveis DD.

4.2.1 CASO 1: Emergência Urológica

(I) Paciente J.V.B.D.O, 18 anos, sexo masculino, branco, estudante, natural e procedente de Foz do Iguaçu – PR.

(QP) Dor e inchaço no pênis

(HDA) Paciente relata possuir fimose em grau leve e que atualmente está com edema em glândula e freio do prepúcio, após ter realizado tração do prepúcio. Relata estar apresentando diurese sem dificuldade. Sem sinais de isquemia da glândula. Menciona algia somente quando há manipulação do local.

(HPP) Nega DCNT // Nega alergia medicamentosa

(MUC) Nega

(EF) no momento da admissão

SSVV: SPO2: 99% em AA; PA: 123x60mmhg; FC: 61bpm; T: 36,1°C; HGT 114mg/dL

Ectoscopia: BEG, CHAAA, eupneico em AA, eucárdico, normotenso, calmo, hemodinamicamente estável.

Neurológico: Consciente, LOTE, Glasgow 15/15, Pupilas isocóricas fotorreagentes. Sem sinais focais ou meníngeos.

Respiratório: MV+ Presente, universalmente audível, sem ruídos adventícios.

Cardíaco: Bulhas cardíacas, normofonéticas, rítmicas em 2 tempos, sem sopros. TEC <3secs.

Abdome: Plano, RH+, normotimpânico, sem dor a palpação superficial e profunda, Murphy e Blumberg negativos, sem sinais de peritonismo.

Genitália: Sem sinais de isquemia da glândula, com edema importante em região de freio do prepúcio. Refere muita dor a manipulação da região. Devido ao edema não é possível devolver a posição anterior (normal).

Extremidades: Pulsos palpáveis, sem edemas, panturrilhas livres.

Evolução: Paciente há mais de 24 horas em internação na UPA aguardando vaga de transferência para avaliação especializada. Mantendo quadro de edema em prepúcio. Paciente deixado em leito sem prescrição de medicação para dor. Apenas iniciado ATB-terapia.

(DS) Emergência Urológica

(HD) Parafimose (?)

Conduta:

Prescrito ATB-terapia

Encaminhado para avaliação urológica

(HV e HF) Nega etilismo e tabagismo. Nega uso de drogas ilícitas.

4.2.1.1 Discussão de Caso

O termo parafimose foi a primeira vez que eu escutei falar e na hora até me confundi com a própria fimose, denominação mais comum de acontecer. Entretanto, os dois termos possuem características bem diferentes, sendo a fimose definida como um prepúcio apertado que não pode ser retraído para expor a glândula do pênis (em crianças pequenas é normal ou fisiológica). Já a parafimose refere-se a um prepúcio retraído em um homem não circuncidado ou parcialmente circuncidado que não pode retornar à posição normal.

No nosso paciente, pelo fato dele possuir um quadro prévio de fimose parcial aumentam as chances de ele desenvolver um quadro de parafimose. Assim como a história clínica condiz com esse quadro (inchaço e dor peniana são as duas queixas mais comuns em homens com parafimose).

O que aconteceu nele, foi que houve um aprisionamento do prepúcio atrás do sulco coronal e isso levou a um comprometimento do fluxo linfático e venoso do anel constritor do prepúcio causando o ingurgitamento venoso da glândula do pênis (edema). Podendo até haver uma interrupção do fluxo arterial para a glândula do pênis. Se a parafimose não for corrigida em tempo hábil, o desfecho mais comum é a necrose local da pele.

Como podemos observar na leitura referenciada pelo UPTODATE, se esse quadro não for corrigido em tempo hábil poderia haver complicações, e o fato de o paciente ter esperado por mais de 24hrs para uma avaliação especializada para devida correção, a meu ver foi muito tempo de espera com a genitália nessa situação. Poderia haver sido evitado muito desconforto com pelo menos uma prescrição sintomática e mais agilidade na transferência. As técnicas de redução manual não são complexas e poderiam ter sido realizadas pelo médico da UPA, com utilização de alguns produtos para desinchar o local: compressa de gelo, ou açúcar granulado, ou 50% dextrose ou 20% manitol, seguido por compressão por até 1-2 horas e na sequência realização da redução. Ai sim, caso se tivesse empregado corretamente

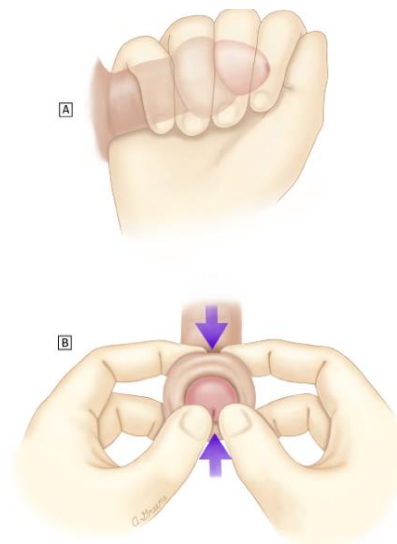
essa técnica (coisa que não aconteceu) e realmente não funcionasse o encaminhamento ao urologista se faria necessário.

A indicação para consulta especializada (urologista ou cirurgião com experiência) deve ser indicada para pacientes com parafimose e:

- Necrose peniana
- Obstrução urinária completa
- Redução sem sucesso pela técnica manual

Se a atenção especializada **não** estiver disponível em tempo hábil, o médico deve proceder para reduzir a parafimose com o entendimento de que técnicas minimamente invasivas podem falhar e que técnicas invasivas podem ser necessárias para esses pacientes. Ou seja, deveriam pelo menos terem tentado fazer uma redução manual no paciente e com todo esse tempo de espera poderiam terem feito algo antes de solicitarem a transferência. Com relação a conduta do médico se nota que ele se preocupou mais com uma profilaxia antibiótica sistêmica desnecessária do que com o quadro geral e com o paciente.

Figura 1 Técnica de redução manual da parafimose



(A) Compressão do prepúcio inchado por vários minutos. Alternativamente, agentes osmóticos (por exemplo, açúcar granulado, 50% de dextrose ou 20% de manitol), gelo ou bandagens de compressão podem ser aplicados.

(B) Redução manual do prepúcio contraído sobre a glândula do pênis.

Fonte: Tews & Singer (2022)

4.2.1.2 Diagnóstico Diferencial

Síndrome do torniquete – pode ser provocada por um cabelo humano ou fibra de roupa pode inadvertidamente envolver o pênis, levando a congestão venosa e fluxo linfático reduzido. Pode levar a dor, inchaço e edema do pênis distal e prepúcio semelhantes à parafimose. Deve-se realizar uma inspeção cuidadosa na interface normal e anormal do pênis.

Balanopostite – é uma inflamação da glândula do pênis e do prepúcio, com queixas de irritação, queimação ou coceira. A dor é menos frequente do que na parafimose, e a secreção geralmente está presente.

Picadas de insetos – causam inchaço peniano, eritema, coceira genital e desconforto leve. Ao exame, edema assimétrico dos tecidos moles mais lateral ou ventral e uma pequena lesão puntiforme devem dar pistas para o diagnóstico.

Estado edematoso generalizado – O edema peniano indolor pode ocorrer secundário a problemas cardíacos, renais ou hepáticos.

4.2.2 CASO 2: Síndrome de má perfusão (arterial)

(I) Paciente V.L.S, 47 anos, sexo feminino, branca, do lar, natural e procedente de São Miguel do Iguazu – PR.

(QP) Dor em MIE

(HDA) Paciente da entrada no PA de São Miguel, trazida pelo SAMU, desacompanhada. Apresentando quadro clínico de dor em MIE com evolução de 1 dia. A dor iniciou no dia 28/04/22 já com grau de intensidade intenso (10/10), melhorando na sequência por alguns instantes quando deixava o membro para baixo e quieto. Na madrugada houve piora do quadro álgico associado a edema e cianose no MIE seguido por vômitos.

(HPP) Paciente em condição especial (muda); em tratamento oncológico, quimioterápico para CA de bexiga e útero.

(EF)

SSVV: PA 113/75; FC 94 bpm; SatO2 94%

Ectoscopia: REG, hipocorada, hidratada, cianótica em MIE, sem cianose central, anictérica.

Neurológico: Sonolenta, colaborativa, pupilas isocóricas fotorreagentes, Glasgow não testado por limitações da paciente (muda).

Respiratório: Dispneica, com inspirações curtas e rápidas, MV+ bilateralmente sem ruídos adventícios, expansibilidade torácica preservada.

Cardíaco: BRNF2T sem ausculta de sopros, MMSS e MID bem perfundidos, TEC < 3s, pulsos periféricos cheios e simétricos.

Abdome: flácido, com RH+, depressível e indolor à palpação, sem sinais de peritonite, Blumberg (-), percussão maciça em todos os quadrantes.

Extremidades: MIE mal perfundido, com presença de cianose em todo membro, membro frio, com edema duro (sem cacifo), sem palpação de pulsos (femoral, poplíteo e pedioso), com sinal de bandeira (+) e empastamento de panturrilha. No momento da avaliação do MIE paciente com expressão facial de intensa dor.

(HD) Trombose arterial em artéria femoral

Conduta no momento:

Dose de ataque de Enoxparina (80mg)

Coletado exames laboratoriais

Isolamento térmico de MIE

Orientações para deixar membro mais baixo em leito

Solicitada transferência para HMPGL

(HV e HF) não foi possível a coleta no momento, em aguardo da chegada de familiares.

4.2.2.1 Discussão do Caso

A síndrome da reperfusão é um conjunto de sinais e sintomas que ocorrem quando há uma oclusão arterial que diminui o fluxo sanguíneo tecidual e leva a ativação do metabolismo anaeróbico, alteração da permeabilidade da membrana celular, isquemia e consequente morte celular. O tratamento é baseado na hidratação venosa, monitorização do débito urinário, alcalinização da urina, com avaliação da abordagem das complicações.

Como nesse caso a paciente fazia tratamento oncológico, sendo seu estado trombofílico caracterizado pela interação entre a célula neoplásica e o sistema hemostático que aumenta o risco de eventos trombótico. Fato que pode ter sido o que predispôs o aumento da coagulação na paciente. Nela (paciente oncológica e em quimioterapia) o risco de desenvolver trombose é três vezes maior que na população em geral, sendo que o uso de quimioterapia aumenta tal chance em 6,5 vezes (BVS/OPAS, 2018).

Com relação a oclusão arterial aguda, essa é frequentemente relacionada à trombose aguda de uma artéria enferma, muitas vezes aterosclerótica, mas também pode ser devido à trombose aguda de um stent ou enxerto arterial, dissecação ou trauma direto de uma artéria ou resultado de um êmbolo de uma fonte proximal (UPTODATE, 2022).

O exame físico deve avaliar a sensação e a força muscular, a qualidade e o caráter dos pulsos periféricos e comparar o lado afetado ao lado não acometido. O exame vascular deve incluir a palpação de todos os pulsos, incluindo os pulsos femoral, poplíteo, pedioso e tibial posterior, bem como os pulsos da extremidade superior (subclávio, axilar, braquial, radial e ulnar). Também deve ser obtido o índice tornozelo-braquial (razão da pressão sistólica das artérias maleolares tibial anterior ou tibial posterior com a pressão da artéria braquial direita ou esquerda), um valor $<0,4$ é indicativo de isquemia grave. Seguido pela avaliação com *Doppler* quando ele estiver disponível (UPTODATE, 2022).

No caso em destaque, todos esses parâmetros do exame físico estavam alterados no membro acometido da paciente. Não sendo palpado nenhum pulso do MIE. Não foi feito o índice tornozelo-braquial, mas se ele tivesse sido feito, com certeza teria dado resultados alterados ($< 0,4$) pois era visível o acometimento trombótico do membro da paciente, ainda mais se associarmos o caso dela ser uma paciente oncológica e em processo de quimioterapia.

Comentando agora sobre o tratamento proposto para esse caso, foi realizado exatamente o que é proposto pelos materiais estudados: hidratação, analgesia, anticoagulação (heparina), aquecimento e abaixamento do membro para melhor perfusão com ajuda da gravidade.

4.2.2.2 Diagnóstico Diferencial

Isquemia crônica do membro – É mais frequentemente devido a doença arterial periférica grave, mas a isquemia crônica possui duração dos sintomas superiores a duas semanas.

Síndrome compartimental aguda – Pode causar compressão extrínseca das artérias levando a sintomas e sinais isquêmicos que podem ser difíceis de distinguir de uma fonte intraluminal de obstrução arterial. No entanto, a dor de uma síndrome compartimental é mais intensa, mais localizada e é provável que seja desencadeada durante a palpação do músculo ou alongamento passivo. Além disso, o inchaço das pernas geralmente é evidente.

Dissecção – A dissecção aguda da artéria aorta ou periférica (ilíaca) pode resultar em má perfusão aguda das extremidades, bem como dos órgãos.

Hipercoagulabilidade – A hipercoagulabilidade (adquirida ou hereditária) pode levar à trombose de enxertos vasculares ou stents, vasos nativos que estão doentes. Embora afetem mais frequentemente a circulação venosa, algumas também estão associadas à trombose arterial.

4.2.3 CASO 3: Síndrome dor torácica e IRAG

(I) Paciente P.D.S.G, 45 anos, sexo feminino, negra, costureira, natural e procedente de Foz do Iguaçu – PR.

(QP) Dificuldade para respirar e dor no peito

(HDA) Paciente da entrada na UPA João Samek, através de meios próprios, pela entrada verde, deambulando com dificuldade e acompanhada. Apresentando quadro clínico de dispneia intensa (insuficiência respiratória aguda grave) e dor torácica com evolução de poucas horas, associado a tosse seca. Transferida imediatamente após acolhimento e identificação dos sintomas e hipossaturação para sala vermelha. Nega outros sintomas e alergias. Parceiro refere que no momento paciente apresentava queixas de “infecção urinária” sem tratamento.

(HPP) HAS; Cardiopatia isquêmica; ICC; Obesidade mórbida (IMC 52,2 Kg/m²)

(HV) Nega tabagismo; nega etilismo; sedentária; hábitos alimentares inadequados.

(MUC) Carvedilol 25 mg - 01 cp de 12/12hrs; Losartana 50mg - 1 cp de 12/12hrs; hidroclorotiazida 25 mg - 1 cp pela manhã.

(EF)

Ectoscopia: MEG, corada, anictérica, hidratada, ansiosa, ofegante e cianótica em região central.

Neurológico: LOTE, pupilas isocóricas fotorreagentes, sem sinais de alteração neurológica, sem sinais meníngeos, Glasgow 15/15.

Respiratório: Dispneica, taquipneica, em falha respiratória aguda grave, com uso de musculatura acessória (intercostais e supraclaviculares), MV+ bilateralmente sem ruídos adventícios, expansibilidade torácica preservada, FR 35 irpm, SatO2 70% com CN 10 l/min de O2.

Cardíaco: BRNF2T sem ausculta de sopros, com taquicardia sinusal, FC 150 bpm, TEC > 3s, PA 190/110 mmHg.

Abdome: globoso (a custas de tecido adiposo) e flácido, com RH+, depressível e indolor à palpação, sem sinais de peritonite, Blumberg (-).

Extremidades: mal perfundidas, com sinal de cacifo (+), membros frios, com pulsos diminuídos, com sinal de bandeira (+), movimentos ativos e passivos, reflexos conservados.

(HD) Tromboembolismo Pulmonar

Conduta no momento:

Realizado MOVE (monitorização, oximetria de pulso, acesso venoso, examinar)

Realizada proteção de via aérea - IOT (via aérea dificultosa CORMACK 3, MALLAMPATI 4)

Realizado Anticoagulação plena (suspeita de TEP massivo) – Enoxparina 80mg.

Evolução: Paciente evolui com PCR após IOT, iniciado RCP avançada, realizando 13 ciclos, adrenalina (7 ampolas), paciente não reverte quadro. Ausência de pulso central e periférico, pupilas não reativas. Constatado óbito (20h55m).

4.2.3.1 Discussão do Caso

A tromboembolia pulmonar (TEP) refere-se a sinais e sintomas da obstrução da artéria pulmonar ou de um de seus ramos por trombos, tumores, ar ou gorduras e que tenham se originados em outras partes do corpo. A EP (embolia pulmonar) aguda é uma forma de tromboembolismo venoso (TEV) comum e às vezes fatal. O uso de estatinas, exercícios regulares e baixo índice de massa corporal podem reduzir a incidência de EP.

A patogênese da EP é semelhante àquela que está por trás da formação do trombo (tríade de Virchow). A tríade de Virchow consiste em estase venosa, lesão endotelial e um estado de hipercoagulabilidade. A maioria dos êmbolos originam-se nas veias proximais dos MMII (ilíacas, femorais e poplíteas). No entanto, também se originam no coração direito, na veia cava inferior, nas veias pélvicas ou nas veias renais e nas extremidades superiores.

A EP pode ser entendida da seguinte forma:

- Aguda – Os pacientes normalmente desenvolvem sintomas e sinais imediatamente após a obstrução dos vasos pulmonares.
- Subaguda – Os pacientes apresentam sintomas dentro de dias ou semanas após o evento inicial.
- Crônica – Os pacientes desenvolvem lentamente sintomas de hipertensão pulmonar ao longo de muitos anos.
- Hemodinamicamente instável – Resulta em hipotensão. Embora a EP instável seja frequentemente causada por EP maciça, às vezes pode ser devido a EP pequena em pacientes com doença cardiopulmonar subjacente.

A apresentação clínica da EP varia desde a ausência de sintomas a choque ou morte súbita. **O sintoma mais comum é a dispneia seguida de dor torácica (QP da paciente)**, seguido por tosse e sintomas de trombose venosa profunda.

Quando um paciente apresenta suspeita de EP aguda, a terapia inicial deve se concentrar na oxigenação e estabilização do paciente (O2 suplementar, suporte ventilatório e hemodinâmico). A ressuscitação volêmica intravenosa deve ser limitada (devido a debilidade prévia do VD ele pode se dilatar e piorar a hemodinâmica).

Tabela 1 Os principais sintomas e sinais do TEP agudo			
Sintomas	%	Sinais	%
Dor torácica	88	Taquipnéia (>16/min)	92
Dispnéia	84	Estertores	48
Dor pleurítica	74	Hiperfonese P ₂	53
Apreensão	59	Taquicardia (>100bpm)	44
Tosse	53	Febre (>37,8°C)	43
Hemoptise	30	Flebite	32
Diaforese	36	Cianose	19
Síncope	13		

Fonte: Arq. Bras. Cardiol. volume 67, (nº

Se possível, a intubação endotraqueal deve ser evitada, pois a ventilação com pressão positiva pode reduzir a pré-carga e comprimir o VD (ventrículo direito), levando ao colapso hemodinâmico.

Uma vez feito o diagnóstico, a base da terapia para pacientes com EP confirmada é a **anticoagulação**. Quando existe uma alta probabilidade do diagnóstico e os exames adicionais tardarão, a anticoagulação deve ser iniciada antes do diagnóstico confirmado.

Como podemos observar, a paciente desse caso apresentava inúmeros fatores que podem ter aumentado a chance de desenvolver a EP, sendo ele: cardiopatia, obesidade mórbida, sedentarismo, não fazer uso de estatinas. Todos esses fatores agravaram de alguma forma os fatores da tríade de Virchow levando o surgimento do EP.

A conduta feita no momento foi adequada, com uso de anticoagulantes e tentando preservar uma via aérea pérvia e por conta da baixa saturação, mesmo com o uso de máscara de O₂. Porém quando foi observado que a IOT se encontrava de difícil manejo, não foi feito nenhuma outra medida de resgate de ventilação, a utilização de uma máscara laríngea (idealmente) ou mesmo um guedel poderia ter sido utilizado, até a realização de um critotireoidostomia de urgência (que também não foi feito).

4.2.3.2 Diagnóstico Diferencial

Infarto Agudo do Miocárdio – Caracteriza-se pelo início súbito de dor precordial de forte intensidade, acompanhada ou não por dispneia e choque cardiogênico. Ao ECG, encontramos inversão de onda T ou depressão do ponto J, supra desnivelamento ST e alterações difusas de repolarização na parede comprometida.

4.2.4 CASO 4: Síndrome Febril

(I) Paciente E.A.R, 69 anos, sexo feminino, branca, aposentada, natural de Chapecó – SC e procedente de Foz do Iguaçu – PR.

(QP) Febre há 3 dias

(HDA) Paciente acompanhada pela filha, refere que no dia 06/04/22 iniciou com quadro de mialgia, inapetência, cefaleia, náuseas sem vômitos, desconforto abdominal tipo cólica em mesogástrio (sem irradiação), evoluindo no passar dos dias com episódio de confusão mental e sonolência, tornando-se mais hipoativa. Refere quadro gripal com tosse produtiva, sem dispneia, dias antes ao quadro atual. Nega outros sintomas.

(HPP) HAS; DM e Doença de Parkinson

(MUC) Glifage; Levodopa; Biperideno; Nifedipino (sem lembrar doses)

(EF)

SSVV: SPO2: 97%; PA: 143x83mmhg; FC: 90bpm; T: 37°C; HGT: 264

Ectoscopia: BEG, CHAAA, eupneico em AA, eucárdico, normotenso, calma, hemodinamicamente estável.

Neurológico: LOTE, Glasgow 15/15, Pupilas isocóricas fotorreagentes, Presença de estrabismo e cegueira em olho esquerdo. Sem sinais focais ou meníngeos.

Respiratório: MV+ Presente, universalmente audível, sem ruídos adventícios.

Cardíaco: Bulhas cardíacas, normofonéticas, rítmicas em 2 tempos, sem sopros. TEC <3segs.

Abdome: globoso, RH+, normotimpânico, sem dor a palpação superficial e profunda, Murphy negativo, sem sinais de peritonismo.

Extremidades: Pulsos palpáveis, sem edemas, panturrilhas livres.

(EC) 09/04 Hemoglobina 13,4; Hematócrito 39,8%; Leucócitos: 4250; **Plaquetas: 72000**; Urina: Glicose: ++ Proteínas: +; Leucócitos: 15/CAMPO;

11/04 Hemoglobina 13; Hematócrito 38,8%; Leucócitos 2290 (Metamielócitos 1%; Bastonetes 9%); **Plaquetas 45000**; PCR 2,9.

(HD) Dengue tipo C

Conduta:

Iniciado hidratação EV (endovenosa) e oral

Prescrito tratamento com sintomático

Solicitados exames laboratoriais para controle

Solicitada coleta de exame de dengue

Solicitada vaga no HMPGL

Mantido MUC

(HV e HF) Nega etilismo e tabagismo. Nega uso de drogas ilícitas.

4.2.4.1 Discussão do Caso

A dengue é uma **doença febril** causada pela infecção com um dos quatro vírus da dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4). O desenvolvimento de quadros graves é maior quando os indivíduos são infectados pela segunda vez por um tipo diferente de DENV da primeira infecção. A última classificação de dengue da OMS de 2009 traz:

Dengue sem sinais de alerta – Diagnóstico presuntivo de infecção por dengue em área endêmica ou após viagens dos pacientes para essas áreas que apresentam os seguintes sintomas: Náusea/vômito; Irritação na pele; Cefaleia, dor nos olhos, mialgia ou artralgia; Leucopenia; Teste de torniquete positivo.

Dengue com sinais de alerta – Um quadro semelhante ao de cima, mas com algum dos sintomas seguintes: Dor abdominal; Vômitos persistentes; Ascite ou derrame pleural; Sangramento da mucosa; Letargia ou inquietação; Hepatomegalia > 2 cm; Aumento do hematócrito e diminuição rápida de plaquetas;

Como podemos ver, esse caso a paciente evoluiu durante a observação com sinais de alarme: dor abdominal ficou mais hipoativa, com sequentemente ao observar

seus exames laboratoriais notamos uma queda brusca de seus níveis de plaquetas (mais um sinal de alarme). A conduta de internação, com consequente transferência ao HMPGL se fez necessária devido a característica que poderia ainda evoluir para uma dengue grave e só os cuidados da UPA não seriam adequados.

Dengue grave – Infecção por dengue com pelo menos um dos seguintes sinais: Choque; Acúmulo de líquido com desconforto respiratório; Sangramento grave; Envolvimento grave de órgão (TGO ou TGP > 1000 u/L); Consciência prejudicada; Falência do órgão

Subtipos de vírus e condutas:

A – Manejo ambulatorial com sintomáticos (paracetamol, evitar uso de AINE) e hidratação oral. (USP, 2022)

B – Prova do laço positiva, mas sem sinais de alarme e plaquetas > 100.000, mesmo manejo do grupo A, mas com recomendação de repetir exames em 24/48hrs. Se plaquetas < 100.000 = internamento e observação, com hidratação oral ou parenteral (ringer lactato ou SF 0,9% - 5 a 7ml/kg/hr, nas primeira 2 horas e 2 a 3ml/kg/hr nas próximas 24 hrs). (USP, 2022)

C – Forma grave (hemorragia ou hipotensão). O paciente deve ser internado e receber *bolus* inicial de 5 a 10ml/kg/hr na primeira hora de tratamento. Se melhora = tratamento tipo B. Sem melhora = *bolus* de 10 a 20ml/kg/hr em 30 minutos e repetir até 3 vezes se necessário. (USP, 2022)

D – Choque. Internamento com reposição de 20ml/kg/hr em 15 minuto e repetir até 3 vezes se necessário. Indicado uso de DVA (droga vasoativa). Se necessário o uso de coloides deve ser administrado (dextran 40 – 10 a 20ml/kg em 30 minutos), assim como o uso de plasma congelado, plaquetas e transfusão de hemácias (5ml/kg) para controle de manifestações hemorrágicas. Para isso a realização do controle de hematócritos deve ser a cada 2 hrs e de plaquetas a cada 12 horas. (USP, 2022).

Por só estar descrito que foi feito hidratação EV e oral na UPA, não posso concordar ou não se seguiram os protocolos de hidratação propostos.

4.2.4.2 Diagnóstico Diferencial

Chikungunya e vírus Zika – O vírus Chikungunya, Zika e o DENV causam sintomas e sinais semelhantes e são transmitidos pelo mesmo mosquito vetor. O inchaço das articulações é altamente específico para Chikungunya enquanto a conjuntivite é associada ao vírus Zika.

Malária – É caracterizada por febre, mal-estar, náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia, mialgia e anemia. O diagnóstico da malária é estabelecido pela visualização dos parasitas no esfregaço periférico.

Leptospirose – É caracterizada por febre, calafrios, mialgia, sufusão conjuntival e cefaleia. O diagnóstico é estabelecido por sorologia.

Infecção aguda pelo HIV – Os achados mais comuns são: febre, linfadenopatia, dor de garganta, erupção cutânea, mialgia/artralgia e cefaleia.

Sepse por bacteremia – A sepsis por bacteremia pode apresentar febre, taquicardia e alteração do estado mental; diagnóstico requer hemocultura.

4.2.5 CASO 5: Síndrome Pós-traumática

(I) Paciente P.H.D.S.P, 38 anos, sexo masculino, negro, pedreiro, natural e procedente de Foz do Iguaçu – PR.

(QP) Acidente moto-carro

(HDA) Paciente relata que era garupa na moto e foi trazido pelo SIATE após acidente de alto impacto contra um carro, referindo velocidade há mais de 100km/h no momento do impacto, houve ainda perda do capacete da cabeça. Deu entrada na sala vermelha caminhando, por volta das 19hrs, com trauma corto-contuso em região occipital. Ao chegar à UPA ele apresentou um episódio de vômito. Negou cefaleia na admissão, perda da consciência e amnésia lacunar. Paciente foi então colocado em uma cadeira de rodas.

(HPP) Nega DCNT

(MUC) Nega

(EF) no momento da admissão

SSVV: SPO2: 97%; PA: 143x83mmhg; FC: 90bpm; T: 37°C;

Ectoscopia: BEG, CHAAA, eupneico em AA, eucárdico, normotenso, calmo, hemodinamicamente estável.

Neurológico: Consciente, LOTE, Glasgow 15/15, Pupilas isocóricas fotorreagentes. Sem sinais focais ou meníngeos.

Crânio e Coluna: Presença de trauma corto-contuso em região occipital, medindo aproximadamente 4cm de comprimento e 0,5cm de profundidade. Sem presença de crepitações à palpação do crânio. Sem dor a palpação cervical e do restante da coluna.

Respiratório: MV+ Presente, universalmente audível, sem ruídos adventícios.

Cardíaco: Bulhas cardíacas, normofonéticas, rítmicas em 2 tempos, sem sopros. TEC <3secs.

Abdome: Plano, RH+, normotimpânico, sem dor a palpação superficial e profunda, Murphy negativo, sem sinais de peritonismo.

Extremidades: Pulsos palpáveis, sem edemas, panturrilhas livres.

Evolução: Paciente evoluiu dentro de minutos após o internamento com: otorragia a direita, rebaixamento do nível de consciência com sonolência e abertura ocular responsiva à voz (Glasgow 13 – O3V4M6) e cefaleia intensa. Foi solicitado nesse momento avaliação do médico responsável que demorou mais de 2hrs para ir avaliá-lo. Após avaliação, solicitou radiografias que demonstraram fratura de osso occipital (base de crânio) e solicitou exames laboratoriais. Entretanto a análise da radiografia demorou aproximadamente 1hr para acontecer, após essa avaliação foi então que o paciente foi colocado em uma maca, passado acessos periféricos e medicação sintomática e solicitado TC de crânio e avaliação da neurologia. Contudo, novamente houve atraso nesse processo, sendo até solicitado explicações por parte do SAMU pela demora em disponibilizar a transferência do paciente para realização do exame (mais de 1h 30m).

(DS) Síndrome Neurológica

(HD) Fratura de base de crânio (?)

Conduta:

Realizado Sutura de couro cabeludo

Solicitado Radiografias de crânio e cervical às 21 hrs

Solicitado TC de crânio às 22 hrs

Prescrita analgesia (Dexametasona // Dipirona // Tramadol // Ondansetrona)

Solicitados exames laboratoriais (EAS // Hemograma Completo // Troponina // Creatinina // PCR // TAP)

Solicitada avaliação da neurologia no HMPGL

(HV e HF) Refere etilismo social e tabagismo. Nega uso de drogas ilícitas.

4.2.5.1 Discussão do Caso

A síndrome pós-traumática se caracteriza por um TCE que provoca perda de consciência seguida de diversos sintomas como: cefaleias, vertigens e ou alterações neurológicas.

O TCE decorre de qualquer trauma externo que acarrete alterações anatômicas do crânio e/ou funcionais dos componentes do sistema nervoso central – meninges, encéfalo e vasos.

São considerados pacientes com traumatismo cranioencefálico leve aqueles admitidos com nível de consciência de 13-15 pontos na EC Glasgow (podendo ser atribuídos níveis de risco, como baixo, médio e alto risco de desenvolver lesões neurológicas), pacientes com 9-12 pontos na EC Glasgow são considerados com TCE moderado e paciente com EC Glasgow < 8 são considerados graves (ATLS, 2018 e Guimarães et al, 2013).

Seguindo a EC Glasgow, nosso paciente apresentava-se com um TCE leve, mas por conta dos sinais que ele apresentou (otorragia e piora do quadro neurológico) devemos considerá-lo como um TCE leve de alto risco, onde a conduta é: solicitação da TC de crânio e avaliação neurológica o mais precoce possível, contudo o atraso nesse processo que é o ponto dessa discussão.

Nesse caso, como médico do plantão, a primeira coisa a se fazer é tentar entender a cinemática do trauma e imaginar os possíveis ferimentos resultantes das forças e movimentos envolvidos e aplicar a sequência ABCDE do trauma. A velocidade dos pacientes na moto, o fato de ambos terem perdidos os seus capacetes,

a distância que foram encontrados do local do acidente, são fatores que influenciam muito para um atendimento completo nesses casos.

Com relação a demora no atendimento a esse paciente que começou apresentar sintomas de uma síndrome neurológica o profissional de plantão poderia ter tido uma cautela um pouco melhor e ter tido mais agilidade, devendo pelo menos terem colocados dispositivos para monitorização de seus sinais vitais o mais precoce possível, pois esse paciente corria riscos de ter um rebaixamento do nível de consciência a qualquer instante e necessitar de uma IOT de emergência.

4.2.5.2 Diagnóstico Diferencial

Os hematomas subdurais são hematomas que se formam entre a camada externa e a camada média craniana, sendo geralmente causados por sangramento das artérias localizadas entre essas camadas das meninges. Podendo serem divididos em:

- Agudos: os sintomas se desenvolvem dentro de minutos ou poucas horas após a lesão.
- Subagudos: os sintomas se desenvolvem ao longo de várias horas ou dias.
- Crônicos: os sintomas surgem gradualmente e podem levar semanas, meses ou anos (mais comuns em alcoólatras e idosos).

Os hematomas subdurais agudos ou subagudos podem ser causados por sangramento rápido após um TCE grave, provocados por quedas de plano elevado ou acidente com veículo motorizado. Eles podem provocar edema cerebral que resultará em aumento da pressão intracraniana que leva a uma piora dos sintomas e aumento do risco de morte.

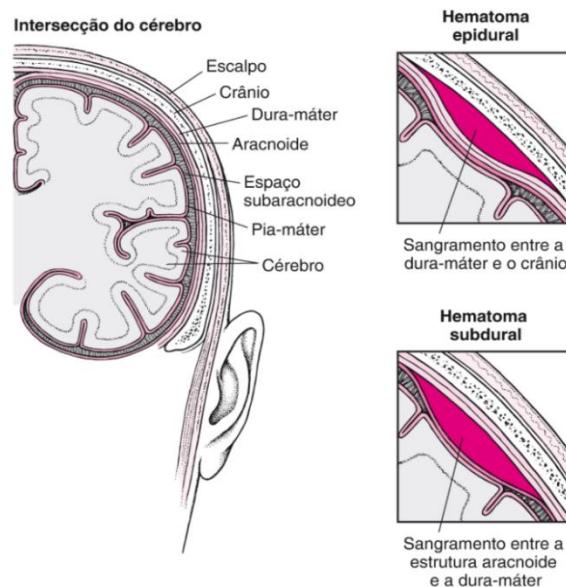
Os sintomas de um hematoma subdural podem incluir cefaleia persistente, rebaixamento do nível de consciência, confusão, alterações da memória, paralisia no lado do corpo oposto ao hematoma e dificuldades da fala ou da linguagem.

Já os hematomas epidurais se formam entre o crânio e a camada externa (dura-máter) de tecido que cobre o cérebro. Eles são provocados pelo sangramento de uma artéria ou de uma grande veia (seio venoso) localizada na camada que cobre o

cérebro. O sangramento ocorre frequentemente quando uma fratura do crânio rompe um dos vasos sanguíneos.

Os sintomas referidos são cefaleia intensa, que evolui com mais intensidade, ao fim de algumas horas. Há também uma deterioração da consciência, que se manifesta como confusão progressiva, perda da consciência, sonolência e coma profundo. Passam por um período de função mental íntegra (intervalo lúcido), até que o estado de consciência começa a deteriorar-se de novo. Há desenvolvimento de paralisia no lado do corpo oposto ao hematoma, dificuldades da fala ou da linguagem ou outros sintomas, dependendo da localização do dano cerebral.

Figura 2 Hematomas Epidural e Subdural



Fonte: Mao G. (2021)

4.2.6 CASO 6: Sangramento Digestivo Alto – SDA (?)

(I) Paciente W.D.S.S, 64 anos, sexo masculino, branco, aposentado, natural de Lins – SP e procedente de Foz do Iguaçu – PR.

(QP) Vômitos e fezes com sangue

(HDA) Paciente refere início de hematêmese e melena há 4 dias, menciona que ocorreram inúmeros episódios de hematêmese e no dia da admissão ocorreu uma

evacuação com fezes escurecidas e fétidas (melena?). Nega dor abdominal, febre, tosse e outros sintomas.

(HPP) Hepatite C em tratamento há 1 ano. Cirurgia para úlcera gástrica há 30 anos. Tratamento de tuberculose há 20 anos. Cirurgia de hérnia umbilical. Nega alergias medicamentosas.

(MUC) Medicamentos para hepatite C, não lembra os nomes.

(EF) no momento da admissão

SSVV: SPO2: 95% em AA; PA: 138x73mmhg; FC: 86bpm; T: 36,5°C;

Ectoscopia: BEG, hipocorado, hidratado, acianótico, afebril, anictérico, eupneico em AA, eucárdico, normotenso, calmo.

Neurológico: Consciente, LOTE, Glasgow 15/15, Pupilas isocóricas fotorreagentes. Sem sinais focais ou meníngeos.

Respiratório: MV+ presente, universalmente audível, com crepitações em ambas as bases.

Cardíaco: Bulhas cardíacas, normofonéticas, rítmicas em 2 tempos, sem sopros. TEC <3secs.

Abdome: Plano, RH+, normotimpânico, sem dor a palpação superficial e profunda, Murphy negativo, sem sinais de peritonismo.

Extremidades: Pulsos palpáveis, sem edemas, panturrilhas livres.

(DS) Síndrome hemorrágica intestinal

(HD) Sangramento digestivo alto (?)

Conduta:

Solicitado EDA (endoscopia digestiva alta)

Solicitado elastografia hepática

Prescrito omeprazol dose plena (1 comprimido de 12/12 horas)

Atentar para queda de hemoglobina

Transfusão se hemoglobina < 7 ou plaquetas < 50.000

(HV e HF) Refere ser ex-tabagista, fazendo uso de cigarro por 50 anos. Cessou há 6 anos. Ex-etilista (bebeu por 30 anos todos os dias).

Evolução/EC: Em 24 horas houve queda de hemoglobina de 11,4 para 8,6. Últimas plaquetas 78.000, eletrólitos normais. EDA nos últimos 4 meses com presença de varizes de médio calibre em esôfago, gastropatia hipertensiva leve, gastrite enantematosa leve.

4.2.6.1 Discussão de Caso

Os pacientes com SDA (sangramento digestivo alto - proximal ao ligamento de Treitz) apresentam-se no PS com hematêmese (vômitos de sangue) e/ou melena (fezes pretas e fétidas), bem como foi a queixa clínica desse paciente ao dar entrada no hospital. Foi então realizado uma avaliação inicial desse sangramento (se ativo ou não) seguida por uma avaliação da estabilidade hemodinâmica e ressuscitação (se necessário) e por critério do médico plantonista não foi realizado a ressuscitação inicial, que a meu ver não era necessária naquele momento, pois o paciente tinha SSVV estáveis e não apresentava sinais de choque hipovolêmico, mesmo com quadro de 4 dias de evolução.

O estabelecimento do quadro histórico prévio de comorbidades desses pacientes é fundamenta para tentar compreender o que pode ter levado a esse sangramento atual. Em mais de 60% dos casos o sangramento provém de uma mesma lesão anterior. O hábito de vida pregresso (hepatite C, tabagismo e alcoolismo) desse paciente o coloca com maior potencial para desenvolver sangramento digestivo.

Com relação a prescrição de hemotransfusão eu tenho observado que os médicos seguem sempre um mesmo padrão para todos os pacientes (se Hb <7) e isso para mim está errado. Pois tudo depende do estado crítico do paciente, e se estiver grave a transfusão deve ser realizada até com Hb <8. E os médicos prescrevem isso e param de avaliar os pacientes do lado do leito. Mas sim, a grande recomendação até do UPTODATE é que a transfusão seja feita para pacientes estáveis e que tenham Hb <7.

“A decisão de iniciar a transfusão de sangue deve ser individualizada. Há uma abordagem de iniciar a transfusão de sangue se a hemoglobina for <7 g/dL para a maioria dos pacientes, sendo o objetivo manter a hemoglobina em um nível

≥7 g/dL. No entanto, para pacientes com risco aumentado de eventos adversos no cenário de anemia significativa (doença arterial coronariana ou sangramento ativo contínuo), o objetivo é manter a hemoglobina em um nível ≥ 8 g/dL, baseamos essa decisão nas comorbidades do paciente” (2022, UPTODATE).

Com relação a EDA a mesma deve ser realizada dentro de 24hrs para a maioria dos pacientes e dentro de 12hrs quando há suspeita de sangramento ocasionado por varizes. Outro ponto que nesse caso não vi ocorrer, o paciente ficou aguardando a realização da EDA por quase 48hrs e quando fui perguntar o porquê desse ocorrido, um profissional me respondeu que não pode ser realizada a EDA enquanto o paciente ainda está sangrando (?). Por que isso se a EDA tem características de diagnóstico e tratamento?

A EDA tem sim um grande risco ao ser feita e isso deve ser levado em conta ao solicitar uma EDA muito precoce, por isso que a mesma está indicada apenas a ser realizada em menos de 12hrs se suspeita de sangramento por varizes. Mas também não precisam esperar tanto tempo para solicitarem uma.

Com relação ao tratamento com IBP (inibidores da bomba de prótons - omeprazol) o UPTODATE recomenda tanto o uso contínuo por meio de uma BIC (bomba de infusão contínua), quanto administração de doses mais altas que o habitual por via intravenosa (80mg de omeprazol 1 vez ao dia) em pacientes com sinais de sangramento ativo.

Nesse cenário não foi utilizado o medicamento ácido tranexâmico, e segundo também o UPTODATE não é recomendado a utilização dessa droga, pois não há benefícios sobre o sangramento ou necessidade de transfusão. Entretanto é uma prática muito comum de ser usada no Complexo Hospitalar em São Miguel, ao tratamos outros pacientes com queixa semelhantes.

4.2.6.2 Diagnóstico Diferencial

Doenças ulcerosas pépticas (67%): A Doença Ulcerosa Péptica é uma lesão que ocorre em decorrência da acidez da secreção gástrica, que ultrapassa a camada muscular da mucosa na parede do estômago, podendo acometer também o duodeno e o final do esôfago, sendo este último mais raro.

Síndrome de Mallory-Weiss (8 %): A síndrome de Mallory-Weiss consiste em uma laceração longitudinal da mucosa na junção esôfago-gástrica. Essa síndrome é a causa de cerca de 5% dos episódios de hemorragia digestiva alta. Sendo causada como consequência de qualquer situação que aumente a pressão no esôfago. As causas mais comuns desta síndrome são vômitos contínuos causados por: Alcoolismo; Bulimia; Gravidez.

Varizes gastroesofágicas (14%): Varizes esofágicas surgem quando há uma dilatada das veias do esôfago e subsequentemente podem causar uma hemorragia importante. Sendo causadas por hipertensão arterial nos vasos sanguíneos no fígado e ao redor dele (hipertensão portal). Essas varizes também podem se formar na parte superior do estômago próximo ao local de entrada do esôfago.

Lesão de Dieulafoy (1%): É uma causa incomum de hemorragia gastrointestinal, que quando presente, se manifesta através de sangramentos volumosos. A LD é uma artéria tortuosa e de tamanho incomum que corre ao longo da mucosa muscular do trato gastrointestinal (calibre com um diâmetro de 1-3 mm).

Malformações vasculares (10%);

Tumores (4%);

4.2.7 CASO 7: Choque elétrico

(I) Paciente N.G.D, 12 anos, sexo masculino, branco, escolar, natural e procedente de Foz do Iguaçu – PR.

(QP) Choque em rede de alta tensão

(HDA) Paciente trazido pelo SIATE, acompanhado pela genitora, após receber descarga elétrica de alta voltagem ao tentar remover pipa de poste de eletricidade. Segundo relatado, paciente permaneceu inconsciente no local por cerca de 5 minutos. Apresenta ponto de entrada de descarga elétrica a nível proximal de 5° dedo de mão direita, com importante acometimento de planos profundos locais e exposição óssea, e aparentes pontos de saídas em região de 5° dedos de ambos os pés.

(HPP) Nega DCNT // Nega alergia medicamentosa

(MUC) Nega

(EF) no momento da admissão

SSVV: SPO2: 99% em AA; PA: 114x47mmhg; FC: 88bpm; T: 36°C;

Ectoscopia: BEG, CHAAA, eupneico em AA, eucárdico, normotenso, choroso em leito.

Neurológico: Consciente, LOTE, Glasgow 15/15, Pupilas isocóricas fotorreagentes. Sem sinais focais ou meníngeos.

Respiratório: MV+ presente, universalmente audível, sem ruídos adventícios.

Cardíaco: Bulhas cardíacas, normofonéticas, rítmicas em 2 tempos, sem sopros. TEC <3segs.

Abdome: Plano, RH+, normotimpânico, sem dor a palpação superficial e profunda, Murphy negativo, sem sinais de peritonismo.

Extremidades: Pulsos palpáveis, sem edemas, panturrilhas livres, presença de queimadura de quarto grau em 5º dedo da mão direita e queimaduras de terceiro grau em 5º dedos de ambos os pés (prováveis pontos de saída).

(HD) Queimaduras de 3º e 4º graus por descarga elétrica de alta tensão

Conduta:

Solicitado ECG e exames laboratoriais

Mantido em monitorizado em leito de emergência

Prescrito volume + sintomáticos

Solicitado vaga em trauma de HMPGL para avaliação de lesões visíveis e possíveis complicações secundárias

(HV e HF) Sem histórico

(EC) Hemograma série vermelha normal; Leucócitos 15.810 – Bastonetes 1% // TAP, KPTT, UREIA, CREATININA, TGO, TGP, BILIRRUBINAS e ELETROLITOS normais // CKMB 38 (até 16) // CPK 454 (até 330).

4.2.7.1 Discussão de Caso

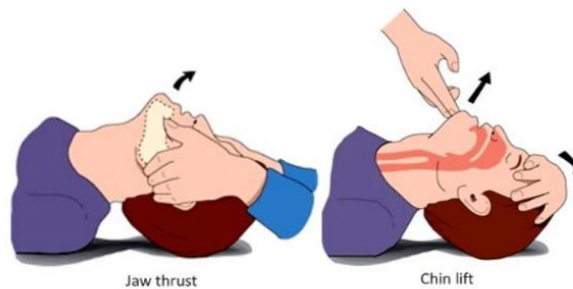
Com relação à conduta aplicada nesse caso, quando o paciente chegou à UPA o médico aplicou imediatamente o ABCDE + MOVE (monitorização, oxímetro de

pulso, acessos venosos calibroso e examinar) do trauma, solicitando até mesmo ECG para ver se não havia acometimento cardíaco por conta da descarga elétrica.

Com relação ao ABCDE do trauma as siglas significam:

A: VIAS AÉREAS E COLUNA CERVICAL – Devemos sempre iniciar pela estabilização cervical do paciente (acidades de alta energia – acidentes de trânsito e quedas elevadas) em que há risco de lesão de coluna. Devemos então fazer algumas perguntas e caso o paciente responda, já consideramos que as vias aéreas estão pérvias. Em caso de ausência de respostas devemos realizar as manobras **Jaw-Thrust** (projeção da mandíbula) e **Chin Lift** (elevação do mento) para avaliar presença de corpo estranho.

Figura 3 Manobras Jaw-Thrust e Chin Lift



Fonte: ABCDE do trauma (2020)

B: RESPIRAÇÃO – Nessa etapa devemos realizar inspeção, palpação, ausculta e percussão. Paciente não apresentava alterações na respiração durante período de avaliação e observação que ficou na UPA.

C – CIRCULAÇÃO – Devemos identificar choques e manter a circulação avaliando 4 parâmetros: pele, pulso, perfusão e hemorragias (sangramentos externos). Examinar minuciosamente os principais locais de sangramento: tórax, pelve, abdome e ossos longos. Foi sim seguido à risca essa avaliação sequencial e o paciente não apresentava sinais de sangramento.

D – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA – A avaliação neurológica é feita através da escala de coma de Glasgow e avaliação das pupilas. Nesse momento foi identificado que o paciente se encontrava em uma escala de 15 pontos dentro da escala de coma de Glasgow.

Figura 4 Escala de coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW COM AVALIAÇÃO PUPILAR (ATUALIZADA EM 2018)		
PARÂMETRO	RESPOSTA	PONTOS
ABERTURA OCULAR	Espontâneo	4
	Ao comando verbal	3
	Pressão de abertura dos olhos	2
	Nenhuma	1
	NT	NT
RESPOSTA VERBAL	Orientado e conversando	5
	Desorientado	4
	Palavras	3
	Sons	2
	Nenhuma	1
	NT	NT
RESPOSTA MOTORA	Ao comando	6
	Localiza dor	5
	Flexão normal	4
	Flexão anormal	3
	Extensão	2
	Nenhuma	1
	NT	NT
APÓS REALIZAR ECG DEVE ANALISAR A REAÇÃO PUPILAR AVALIAÇÃO PUPILAR (P)		
INEXISTENTE	NENHUMA PUPILA REAGE AO ESTÍMULO DE LUZ	2
PARCIAL	APENAS UMA PUPILA REAGE AO ESTÍMULO DE LUZ	1
COMPLETA	AS DUAS PUPILAS REAGEM AO ESTÍMULO DE LUZ	0
CALCULAR ECG-P: Valor da ECG - (subtrair) o Valor avaliação P (Pupilar= Valor da escala à partir da atualização de 2018		
PONTUAÇÃO MÍNIMA: 01		PONTUAÇÃO MÁXIMA: 15

Fonte: Pavão J. (2020)

E – EXPOSIÇÃO – Devemos expor o paciente (retirar roupas e objetos) para avaliar possíveis fraturas e palpar pulsos. Nessa “última” etapa, foi possível identificar os locais de entrada e saída da descarga elétrica, assim como a lesão exposta de tecido ósseo no quinto quirodáctilo.

Com relação aos exames solicitados, todos a meu ver foram indicados, pois como a entrada da descarga foi na mão e saiu no pé, a eletricidade correu por todo o corpo do paciente, podendo danificar inúmeros órgãos pelo “caminho”. Então sim, devemos solicitar funções renais, cardíacas, hepáticas, pancreáticas, eletrólitos, metabólica. Sendo as dosagens de CPK, CK-MB, sódio e potássio fundamentais para o diagnóstico complementar de rabdomiólise e tratamento das arritmias.

Nesse quesito, Foz conta com uma boa e ágil transferência para o serviço especializado, não demorando muito para que a transferência fosse realizada.

4.2.7.2 Diagnóstico Diferencial

As manifestações clínicas envolvidas variam de queimaduras superficiais a disfunção de múltiplos órgãos e morte. As complicações mais relatadas na literatura são: parada cardíaca ou respiratória, queimaduras, arritmias, traumatismos, ruptura

de membrana timpânica e convulsões. O tratamento adequado minimiza as complicações da fase aguda.

Imobilização cervical, controle das vias aéreas, manobras de reanimação e desfibrilação (quando indicada) constituem as medidas iniciais mais importantes. A administração de fluidos está indicada para combater e corrigir as perdas para o terceiro espaço. As vítimas de choque por raio devem ser tratadas como vítimas de lesão por esmagamento. A administração de fluidos deve ser adequada para manter a diurese e facilitar a excreção de produtos da destruição tecidual. O uso de furosemida e de manitol, assim como a alcalinização da urina, são medidas alternativas para aumentar a depuração de mioglobina.

4.2.8 CASO 8: Síndrome do Tórax Silencioso

(I) Paciente N.I.S, 63 anos, sexo feminino, branca, aposentada, natural de Sananduva – RS e procedente de Foz do Iguaçu – PR.

(QP) Dificuldade para respirar

(HDA) Paciente idosa, advinda de próprio domicílio por meios próprios, apresentando quadro de taquidispnéia importante e hipossaturação (SatO₂: 72%) com início há cerca de 4 horas quando foi acometida subitamente com quadro de dispneia. Relata também, que há cerca de 4 dias, vem apresentando tosse produtiva e coriza, porém afebril neste período.

(HPP) ICC // HAS // DPOC // IAM há 4 anos com última revascularização (stent) há 2 anos

(MUC) HCTZ / Enalapril / Carvedilol (12,5mg) / Xarelto / Sinvastatina / Alenia

Nega alergia medicamentosa

(EF)

SSVV: SPO₂: 95% em MR à 5L/min; PA: 140x100mmhg; FC: 102bpm; T: 36°C;

Ectoscopia: REG, Hipocorada, Hidratada, AAA, dispneica em AA, eucárdica, normotensa, afebril.

Neurológico: Consciente, LOTE, Glasgow 15/15, Pupilas isocóricas fotorreagentes. Sem sinais focais ou meníngeos.

Respiratório: MV+, mas reduzidos universalmente, apresentando sibilos e roncos difusos.

Cardíaco: Bulhas cardíacas, normofonéticas, rítmicas em 2 tempos, sem sopros. TEC <3secs.

Abdome: Globoso à custa de tecido adiposo, RH+, normotimpânico, flácido, sem dor a palpação superficial e profunda, Murphy negativo, sem sinais de peritonismo.

Extremidades: Pulsos palpáveis e simétricos, sem edemas, panturrilhas livres.

(HD) DPOC exacerbada (?) / ICC (?)

Conduta:

Solicitados exames laboratoriais

Solicitado Radiografia do tórax

Solicitado ECG

Realizado resgate Pulmonar / Sintomáticos

(HV e HF) Abstinência ao tabagismo há cerca de 2 anos

(EC) Ureia 68 // Creat 1,2 // K 4,8 // Bilir 0,7; D 0,4; I 0,3 // CKMB 18 // TGO 25 // TGP 25 // CPK 46 // Gaso pH 7,31; Pco2 64; Hco3 31,9; Lact. 12,9 // Na 146 // Hb 14,5; Ht 48,3%; Leuc 11k; Bast 2%; Plaq 243k // Radiografias apresentando opacidade bilateral.

Evolução: Haviam tentado o desmame de O2 suplementar, mas ela não tolerou ficando com sato2 de 84%, foi colocado então 1-2l/min de o2 mantendo controle adequado de sato2 91%, na tentativa de aumentar o2 para 3l/min a mesma também não tolerou. Evoluiu com esforços respiratórios e um tórax silencioso (sem quaisquer ruídos à ausculta) mesmo com as medidas de resgate, paciente evolui com respiração do tipo gasping, sendo necessário intervenção com manobra de IOT. Paciente foi transferida para o HMPGL e dias depois recebeu alta com traqueostomia e necessidade de uso de O2 domiciliar.

4.2.8.1 Discussão de Caso

Nesse caso a paciente chegou com uma apresentação de uma SARA, que é uma insuficiência respiratória aguda, provocada por uma obstrução do fluxo ventilatório (Asma). O tratamento proposto para a primeira hora, seguiu as recomendações do UPTODATE de usar agonistas beta-2 inalatórios (broncodilatadores) de ação curta (Salbutamol – o que tem na UPA), com indicação de 8-10 jatos em intervalos de 20 minutos, por 3 ciclos nessa primeira hora, devendo realizar a adição de ipratrópio 500 mcg (Antagonistas muscarínicos inalatórios), seguindo a mesma programação de aplicação do Salbutamol. Nessa paciente foi utilizado até mesmo glicocorticoides, sendo essa uma terapia essencial para a resolução das exacerbações da asma que são refratárias à terapia broncodilatadora intensiva (a obstrução persistente do fluxo aéreo é provavelmente devido à uma inflamação das vias aéreas).

4.2.9 CASO 9: Síndrome Coronariana Aguda

(I) Paciente M.R.G, idosa, 72 anos, sexo feminino, negra, aposentada, natural de Quintana – SP e procedente de Foz do Iguaçu – PR.

(QP) Dor no peito e nas costas

(HDA) Paciente da entrada em sala vermelha da UPA, trazida por meios próprios após quadro de dor do tipo aperto de início súbito em região retroesternal e em região dorsal do tórax, associado a hipotensão, taquicardia e taquipneica.

(HPP) Fratura de fêmur há 2 anos // Nega DCNT // Nega alergia medicamentosa

(MUC) Nega

(EF) no momento da admissão

SSVV: SPO2: 68% em AA; PA: 64x41mmhg; FC: 204bpm; T: 34,6°C; FR 32 irpm;

Ectoscopia: MEG, hipocorada, hidratada, hipotensa, hipotérmica, acianótica, anictérica, sudoreica, dispneica e taquipneica em AA, taquicárdica, agitada, hemodinamicamente instável.

Neurológico: Consciente, LOTE, Glasgow 14 (O3V5M6), Pupilas isocóricas fotorreagentes. Sem sinais focais ou meníngeos.

Respiratório: MV+ Presente, universalmente audível, sem ruídos adventícios.

Cardíaco: Bulhas cardíacas, normofonéticas, rítmicas em 2 tempos, sem sopros. TEC >3segs.

Abdome: Plano, RH+, normotimpânico, sem dor a palpação superficial e profunda, Murphy e Blumberg negativos, sem sinais de peritonismo.

Extremidades: Frias, pele pegajosa, pulsos filiformes, sem edemas, panturrilhas livres.

(DS) Síndrome Coronariana Aguda

(HD) IAM extenso (?) Choque Cardiogênico (?) Taquicardia ventricular (?)

Conduta:

Prescrita dose de 40mg de propranolol

Iniciado reposição volêmica 1L

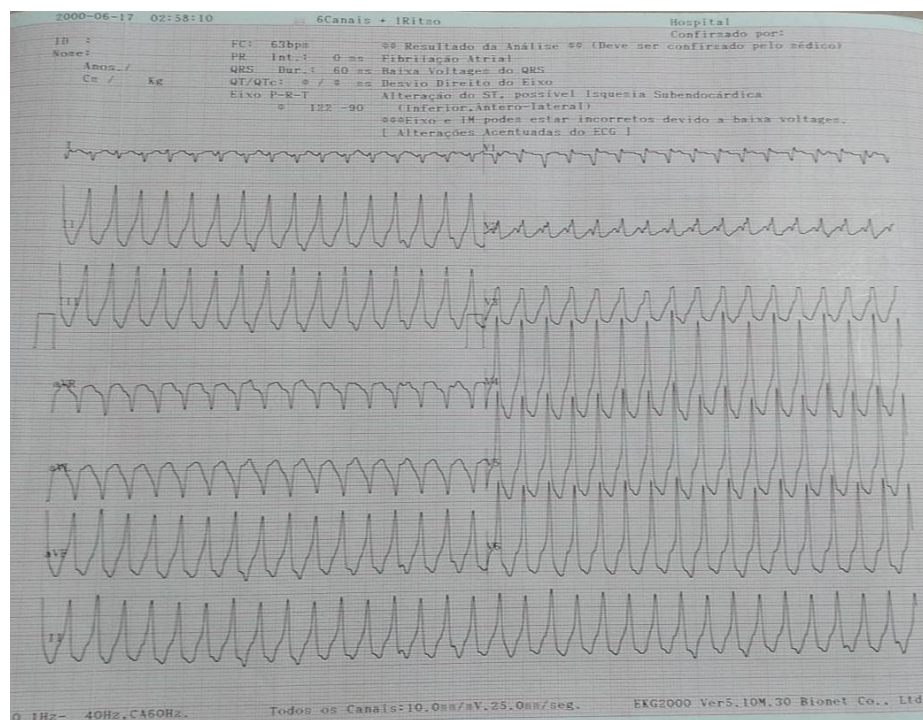
Solicita ECG (Figura 2)

Prescrito Adenosina

Solicitados exames laboratoriais

(HV e HF) Nega etilismo e tabagismo. Nega uso de drogas ilícitas.

Imagem 1 ECG



Fonte: Prontuário eletrônico do paciente.

Evolução: Realizado propranolol 40 mg sem melhora. Posteriormente adenosina (6 mg + 12 mg) sem melhora. Após corrido 1L de SF.09% houve melhora da PA para 105/62mmHg. No ECG foi observado taquicardia ventricular (204bpm, ausência de onda P, alargamento de QRS)

OBS*: Houve troca de plantão nesse momento.

Evolução de prontuário: Evolui em 40 minutos após entrada com quadro de confusão, agitação e esforço respiratório, evoluindo a PCR. Não estando registrado anotações sobre IOT ou RCP (nem drogas prescritas para essas medidas).

(EC) ficaram prontos pós morte: Hemoglobina 8,6 // Hematócrito 28,2% // Leucócitos 10.930 – Bastonetes 3% // Ureia 86 // **Troponina 5.500 // NT ProBNP 19.400.**

4.2.9.1 Discussão de Caso

Segundo o UPTODATE o diagnóstico precoce de um requer apenas de sintomas clínicos (desconforto torácico, dispneia, arritmias ventriculares e morte súbita) e um ECG confirmatório, não necessitando de evidências de biomarcadores (troponina) elevados, como se faz a exigência do HMCC para que seja realizado a transferência desses pacientes. Começando por aí já notamos que tal paciente, que necessitaria de um atendimento e intervenções com tempo de 10 minutos, ficará um grande tempo aguardando a transferência em um leito de UPA.

Com relação ao que foi feito pelo profissional médico, ele utilizou do MOVE (como é recomendado) prescreveu medicações para controle da taquiarritmia e solicitou exames de ECG e laboratoriais. Com relação ao uso de betabloqueadores eles devem ser utilizados em pacientes que não apresentam sinais de choque (nossa paciente tinha todo um quadro típico de choque) e possivelmente a taquicardia era referente a hipotensão por conta do IAM. Contudo, diante da clínica da paciente ele não iniciou nenhum resgate medicamentoso pensando em um IAM. Segundo o UPTODATE, todos os pacientes com suspeita clínica de IAM deve ser realizado medicações como aspirina e doses de ataque de clopidogrel e ser solicitado o mais precoce possível avaliação do cardiologista e médico vascular de plantão. No final o médico plantonista deveria ainda ter iniciado com uma dose de ataque de estatinas já

que não tínhamos conhecimento se a paciente fazia uso ou não dessas drogas domiciliar.

“Durante as fases iniciais do infarto agudo do miocárdio, arritmias ventriculares – taquicardia ventricular não sustentada, são comuns” (UPTODATE, 2022).

Já em relação aos exames solicitados, foram corretos, entretanto por um hospital como o HMCC se basear apenas em resultados laboratoriais para aceitar a transferência desses pacientes houve a morte da paciente enquanto se aguardavam pelos resultados.

Como podemos ver, tal paciente estava apresentando concomitante um quadro de choque cardiogênico que foi tratado com reposição volêmica de 1l a qual melhorou a pressão arterial. Contudo o profissional não se preocupou em estabilizar uma via aérea definitiva na paciente que já estava apresentando esforços respiratórios e taquipneia.

4.2.9.2 Diagnóstico Diferencial

Tabela 2 Outros diagnósticos além de isquemia cardíaca para pacientes com dor torácica

Cardiovascular não causado por DAC epicárdico	Pulmonar	Gastrointestinal	Parede torácica	Psiquiátrico
Dissecção aórtica*	Pleurite	Biliar	Doença do disco cervical	Distúrbios afetivos (por exemplo, depressão)
Aneurisma da aorta*	Pneumonia	Esofágico	Costocondrite	Transtornos de ansiedade
Miocardite*	Embolia pulmonar*	Pancreatite	Fibrosite	Distúrbios do pensamento (por exemplo, delírios fixos)
Pericardite	Pneumotórax hipertensivo*	Doença ulcerosa péptica	Herpes zoster (antes da erupção)	
Cardiomiopatia por estresse (takotsubo)*		Perfuração*	Dor neuropática	
			Fratura de costela	
			Artrite esternoclavicular	

Fonte: Reeder & Kennedy (2022) adaptado pelo autor

* Condições potencialmente fatais. DAC: Doença Arterial Coronariana

4.2.10 CASO 10: Síndrome Hemorrágica Intestinal

(I) Paciente M.V.C, 37 anos, sexo masculino, pardo, natural e procedente de São Miguel do Iguaçu – PR.

(QP) Dor na barriga

(HDA) Paciente admitido via consultório por queixa de dor abdominal intensa, do tipo cólica, em região epigástrica, sem irradiação e de início súbito, após ingestão de bebida alcoólica. Refere quadro associado a vômitos sanguinolentos volumosos (hematêmese). Durante internamento apresentou episódios de deposição de sangue vivo (hematoquezia).

(HPP) Cirurgia bariátrica (2019) // Etilismo crônico // nega comorbidades // nega alergia medicamentosa // Policitemia vera (?)

(MUC) Nega MUC

(EF) no momento da admissão

SSVV: SPO2: 97% em AA; PA: 130x90mmhg; FC: 100bpm; T: 35,6°C; FR 18 irpm;

Ectoscopia: REG, hipocorado 2+/4+, hidratado, normotenso, acianótico, anictérico, eupneico e eucárdico.

Neurológico: Consciente, LOTE, sonolento, Glasgow 14 (O3V5M6), Pupilas isocóricas fotorreagentes. Sem sinais focais ou meníngeos.

Respiratório: MV+ Presente, universalmente audível, sem ruídos adventícios.

Cardíaco: Bulhas cardíacas, normofonéticas, rítmicas em 2 tempos, sem sopros. TEC >3segs.

Abdome: Plano, com visualização externa de hérnia abdominal na região mesogástrica, RH+, normotimpânico, refere dor difusa a palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal sem presença de lesões sugestivas a hemorroida, presença de sangue vivo na luva após a realização do procedimento.

Extremidades: Frias, sem edemas, panturrilhas livres. Pulsos filiformes e simétricos.

(DS) Síndrome hemorrágica intestinal

(HD) Hemorragia digestiva // Varizes esofágicas // Síndrome de Mallory Weiss

Conduta:

Solicitado TC e RX de abdome

Prescrito Sintomáticos + hidratação + omeprazol 40mg no momento

Solicitados exames laboratoriais

Solicitada transferência para hospital de referência

(HV e HF) Etilismo e tabagismo crônico. Nega uso de drogas ilícitas.

(EC) Hb 19,7 // Ht 50,3 // Leuc. 33.000 // Creatinina 1,5 // K 6 // Na 137 // TGO 32 //

TGP 15 // GGT 12 // Albumina 3 // Tomografia de abdome 22/06 com Alterações pós-operatórias de gastroplastia redutora apresentando material cirúrgico na topografia.

Moderada/acentuada de líquido livre na cavidade Peri-hepática e Peri-esplênica.

Evolução HMPGL: Paciente 37 anos, da entrada no serviço encaminhado da UPA de São Miguel do Iguazu-PR, devido hipótese de hemorragia digestiva alta. Atualmente, paciente interna no nosso hospital, consciente, estável hemodinamicamente e respirando espontaneamente. Após resultados de TC paciente encaminhado para centro cirúrgico para laparotomia exploratória, sendo então realizada redução de hérnia de Petersen, sendo observada área extensa de sofrimento em delgado, porém com melhora imediata da circulação após redução.

4.2.10.1 Discussão de Caso

Esse caso tem uma particularidade, com relação a conduta médica, os profissionais de SM fizeram o que tinham a disposição (não possuem protocolos locais nem setor habilitado para realização de hemotransfusão) no serviço de saúde local até a transferência desse paciente, com solicitação de RX e TC de abdome, prescrição de reposição volêmica adequada para o paciente, profilaxia gástrica, dieta zero e solicitação de exames laboratoriais.

Entretanto, ao ser solicitado a transferência para o hospital de referência para melhor investigação do quadro, a transferência foi negada inúmeras vezes pelo fato do paciente não possuir Hb < 7 g/dL, o porquê disso, não foi bem elucidado pelo médico regulador responsável pelas transferências. Foi exigido aos médicos do complexo hospitalar de SM a realização de uma nova coleta de hemograma (vindo novamente com Hb > 19 g/dL), sendo levantada a hipótese de Policitemia vera o que poderia em partes explicar o elevado número de Hb mesmo com toda a perda de

sangue que o paciente teve. Mesmo assim foi solicitado pelo médico regulador mais uma nova coleta de hemograma que foi feita em um laboratório particular da cidade de SM e veio com Hb > 19 novamente, até que então foi aceito a hipótese de Policitemia vera e a regulação para o HMPGL foi realizada.

Ai a minha pergunta que fica ao médico regulador é a seguinte: a clínica do paciente nesse caso em que os exames laboratoriais não vinham condizentes com essa, não era o necessário para realizar a transferência desse paciente que se encontrava em sofrimento? Por que se fixar tanto em um exame laboratorial (Hb) para realizar a transferência somente se esse resultado estivesse baixo? Fica aí mais uma dúvida quanto o processo de transferência e aceite de pacientes que realmente estão necessitando de transferência e não adquirem.

4.2.10.2 Diagnóstico Diferencial

Os diagnósticos diferenciais mais prevalentes para esse quadro clínico de hemorragias digestivas, já foi descrito no capítulo 5.2.6.2.

4.3 Relato vivencial do aluno e suas experiências pessoal no Internato de Urgência e Emergência do SUS.

O módulo de UE no cenário do SUS me trouxe inúmeras experiências que eu nunca havia tido (IOT, CVC), e me fez lembrar de várias outras que fazia algum tempo que eu não fazia (RCP, punção periférica, SVD e alívio, SNG, raciocínio clínico). Poder ter tido algumas dessas experiências (principalmente os procedimentos invasivos e a RCP) me trouxe mais segurança para realizá-los quando eu iniciar no campo laboral.

Entretanto, posso dizer que fiquei desapontado com inúmeras situações que eu vi no dia a dia. Pacientes não serem transferidos adequadamente, demora na transferência por falta de exames laboratoriais para pacientes em situação crítica, profissionais/colegas médicos trabalhando em dois lugares ao mesmo tempo e um desses locais negando o aceite de pacientes porque não havia médico para receber

o paciente, e pior, solicitando que pedissem vaga para o hospital que não é referência pois era onde ele estava no momento. Situações essas que detalharei mais a seguir.

Vi profissionais falarem que não poderiam aceitar quaisquer vaga para o HMCC pois eles são “vigiados” e por prestarem plantões lá dentro se eles aceitam muitas transferências para o HMCC eles são cortados da grade de escala profissional. Aí fica a minha indignação contra o profissional que se submete a isso, mas principalmente contra a instituição que está “supostamente” para ajudar, mas acaba criando travas ridículas e prejudicando o bem-estar do paciente. Para quê ter uma instituição “referência” na cidade se a mesma quer atender só planos privados e quem o pessoal do “colarinho branco” escolher?

Vi também pacientes não serem transferidos em tempo hábil, por conta de que médicos reguladores requirirem exames laboratoriais para poder transferir. Aí o paciente está com hematêmese e hematoquezia, só que possui Policitemia Vera, e sua hemoglobina mesmo com toda essa hemorragia (e eu vi pessoalmente inúmeros episódios de grandes quantidades) permanece em 19-20 g/dL, e por conta disso o paciente não possui critérios para ser transferido naquele momento: “como que ele está sangrando se tem essa Hb lá nas alturas?”. Aí esperam o paciente piorar o quadro, ter rebaixamento do nível de consciência e ser entubado para transferi-lo. E aí?

Vamos depender apenas de exames laboratoriais pessoal da regulação? Onde fica o poder da clínica, do exame físico e até da compreensão de entender o quadro geral do paciente que tinha Policitemia Vera prévia ao quadro de sangramento intestinal, estando todas suas linhagens sanguíneas estão aumentadas. E a perda de recursos público pedindo 3-4x o mesmo exame para confirmar sempre a mesma coisa e mesmo assim não querem aceitar transferi-lo.

Entretanto o pior ato ainda está por vir, em um plantão desses tranquilos, com apenas um paciente internado na sala vermelha. Paciente esse com quadro clínico de dor torácica, irradiação para o MSE, sensação de desconforto nessa região, foi solicitado primeira troponina (valor 35 ng/mL), ECG com alterações pequenas de três derivações seguidas de supra-ST (V3, V4 e V5), demais enzimas levemente alteradas. Solicitado segunda curva de troponina em menos de 3 horas (valor 150 ng/mL),

mantendo alterações ECG, solicitado terceira curva de troponina (valor 280 ng/mL), paciente mantendo quadro clínico.

Lá no começo do atendimento foi solicitado vaga para o HMCC, a regulação pediu que tivesse alteração enzimática e em ECG, foi coletado as amostras de sangue para laboratório e encaminhado tudo certinho. Foi então que veio a resposta no sistema: Caso discutido com médico plantonista de sobreaviso “fulano de tal” que relata alterações sugestivas de alterações isquêmica leve, solicitar transferência ao HMPGL.

Contudo, ao ler o nome do médico me surgiu uma dúvida: como ele pode ser o médico plantonista de sobreaviso de um lugar se ele está fazendo plantão presencial em outro? Dessa maneira como um paciente vai ser transferido ao HMCC se lá não vai ter médico nenhum para admiti-lo e fazer as medidas necessárias? Pode-se trabalhar em dois lugares ao mesmo tempo? Incrível que no dia seguinte que esse médico sim estava no HMCC foi aceito a transferência desse paciente ao HMCC. E aí o que fazer com essa informação? Como lidar com isso dentro de um sistema? Infelizmente não sei como responder essas perguntas, espero nunca cometer essa mesma hipocrisia.

“A realização das duas atividades ao mesmo tempo é prática desaconselhável a qualquer profissional médico, sendo a sua realização, mesmo que em sobreaviso, um agravo à ética médica, estando tal profissional sujeito às sanções dispostas no Regimento do corpo clínico do hospital e no CRM” (CRM-PR, 2018).

Nesse caso supracitado, segundo o CRM-PR em um parecer nº 2630/2018 - PLANTÃO DE SOBREAviso - EXERCER ATIVIDADES EM DOIS LOCAIS AO MESMO TEMPO, ele traz que o médico de sobreaviso deve “permanece à disposição da instituição de saúde de forma não presencial, cumprindo jornada de trabalho pré-estabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial quando solicitado em tempo hábil”. Como o profissional em questão teria disponibilidade em estar à disposição se não lhe é permitido deixar o setor de emergência no HMPGL?

Bom, tive muitas experiências boas que trouxeram muito aprendizado e até mudança na forma como eu via UE. Todavia, tive algumas chocantes e acho que tive

até mais experiências ruins do que boas em UE, principalmente as experiências que mexeram com o meu caráter e minha ética, foram as piores para mim e espero não as repetir (jamais) em minha vida profissional, já que isso prejudica aqueles para quem um dia eu farei um juramento de salvar.

UE para mim foi um módulo de estudo, bem-organizado, que eu pude compreender como funciona o sistema, como funciona (ou não funciona) as regulações, mas acima de tudo, de ver experiências horríveis e que serviram de revolta e repugnação, de exemplos hipócritas que eu nunca quero seguir na minha vida profissional.

4.4 Procedimentos invasivos realizado pelo aluno.

Tabela 3 Procedimentos realizados			
Procedimentos	Qntd. Observada	Qntd. Feita	Comentários
IOT	6	1	Observei inúmeras IOT, sendo que em muitas delas não foi esperado o tempo de a medicação fazer efeito e isso prejudicou alguns procedimentos. Outro ponto que eu achei interessante foi quando em uma IOT difícil o médico solicitou a passagem um SNG para evitar a intubação esofágica e a IOT difícil foi de fácil resolução. Utilizar a técnica de coxim ajuda e muito no momento da passagem do tubo.
RCP	0	8	Considero que realizo uma boa compressão cardíaca, minha experiência nos 3 anos de LUTE me prepararam bem para esses momentos. Entretanto, tenho observados inúmeros profissionais realizarem uma compressão desqualificada e inefetiva, uma solução talvez seria a UNILA ofertar treinamentos anuais para todas as equipes.
CVC J.	10	3	Utilizando todas as técnicas descritas, e conhecendo os locais anatômicos o procedimento se torna mais fácil e conciso. Considero que tive dificuldades com pacientes extremamente desidratados, com

			divergências anatômicas e até mesmo com a “proibição” do médico de plantão na utilização da técnica de Trendelenburg, motivos pelos quais o CVC J. não teve sucesso, sendo então necessário a realização do CVC S.C. como alternativa.
CVC S.C.	10	2	Realizei tais procedimentos com muito medo de fazer um pneumotórax no paciente, confesso que o CVC J. é o procedimento que me deixa mais tranquilo em realizar, mas tive que realizar 2 CVC S.C. por conta de dificuldade em realizar o CVC J. Uma dica nesses casos são: sempre realizar a antissepsia dos dois pontos (jugular e subclávio) e realizar a tração do braço ipsilateral do paciente que ajuda no procedimento.
SVD	3	1	
PAI	1	0	Foi realizada em uma paciente que seria pronada e iria necessitar de um controle pressórico mais fidedigno. A técnica eu nunca tinha visto antes, mas foi algo bem prático de ser realizado assim como um acesso arterial periférico para coleta de gasometria arterial. Após realizar a técnica percebi que o procedimento foi realizado da melhor maneira.
AVP	15	4	Já pratiquei inúmeras vezes tal procedimento nos primeiros anos de faculdade, mas confesso que atualmente estava com leve dificuldade para realizá-lo e pedi para os técnicos deixarem eu praticar algumas vezes para não perder “a mão”.
Suturas	5	50	Consegui colocar em prática poucas técnicas (ponto simples, Donatti, contínuo), mas a maioria das suturas realizadas fora com ponto simples mesmo, pois os procedimentos que chegam não demandam de outros tipos de pontos. Saber fazer esses pontos mais simples já dá para resolver grande parte da demanda que chega. Graças a essa prática consigo hoje identificar os melhores fios para cada ferimento ou região do corpo.
Bloqueio Digital	1	2	Já tinha lido essa técnica, mas nunca tinha feito e após ver o médico realizando a primeira vez eu me senti mais seguro para fazer na sequência. Acho melhor realizar essa técnica em cortes e traumas digitais pois não faz aumentar o sangramento no local da ferida e é possível realizar um bom procedimento e é certeza que o

			paciente vai contar com uma boa anestesia digital. Já identifiquei outros profissionais não realizarem essa técnica e terem dificuldades durante o procedimento.
Cantoplastia	1	0	
Remoção de corpo estranho ocular	1	18	Apreendi que nesses casos o melhor a se fazer é uma boa lavagem ocular com SF 0,9%, assim como nas suturas, quando você acha que já lavou o suficiente, lave de novo. Isso ajuda na remoção das sujidades que se encontram na íris ou conjuntiva/esclera. Mas caso não resolva nem com lavagem nem com passagem de cotonetes no local da sujeira aí tem que encaminhar ao oftalmologista.
Drenagem Torácica	1	0	

Fonte: Aatoria.

AVP = Acesso Venoso Periférico

CVC J. = Cateter Venoso Central em veia Jugular

CVC S.C. = Cateter Venoso Central em veia Subclávia

IOT = Intubação Orotraqueal

LUTE = Liga Universitária de Trauma e Emergência

PAI = Pressão Arterial Invasiva

RCP = Reanimação Cardiopulmonar

SF 0,9% = Soro Fisiológico a 0,9%

SNG = Sonda Nasogástrica

SVD = Sonda Vesical de Demora

UNILA = Universidade Federal da Integração Latino-Americana

Procedimentos Invasivos: Indicações, contraindicações, técnica, cuidados pós procedimentos e quanto remover.

Acesso Venoso Central

Indicações: Acesso venoso periférico inadequado; Administração contínua ou intermitente de medicamentos (vasopressores, antibióticos), agentes quimioterápicos e nutrição parenteral.

Contraindicações Relativas: Coagulopatia moderada ou grave e/ou trombocitopenia; locais com distorção anatômica ou outro equipamento intravascular permanente; locais contaminados ou potencialmente contaminados; queimadura ou traqueostomia.

Técnica: 1) Posicionamento do paciente (Posição de Trendelenburg); 2) Preparo do material; 3) Localização da veia (jugular, subclávia ou femoral); 4) Limpeza da pele

com solução antisséptica (clorexidina alcoólica a 2%); 5) Colocação dos campos estéreis; 6) Anestésico local (lidocaína a 2%); 7) Punção com agulha acoplada a seringa; 8) Passagem do fio guia; 9) Retirada da agulha; 10) Dilatação do trajeto; 11) Inserção do cateter; 12) Retirada do fio guia; 13) Confirmação da posição do cateter dentro da luz do vaso (refluxo do sangue para dentro do equipo, com soro abaixo do nível cardíaco); 14) Fixação do cateter na pele; 15) Curativo.

Controle pós-procedimento: Radiografia – Em situações não emergenciais, é recomendada para confirmar o curso do cateter e a posição da ponta antes do uso de cateteres jugulares e subclávios. **Ultrassonografia e ecocardiografia** – úteis em ambientes de cuidados intensivos e na sala de cirurgia. **Eletrocardiograma intracavitário** – técnica que se baseia na detecção de padrões de onda P intracardíaca, obtidos durante o posicionamento do cateter eletrocardiográfico.

Quando retirar: Término da terapia proposta conforme critério médico; mediante qualquer complicação que não permita a manutenção do CVC; danos do cateter: perfuração, obstrução que não responde a medidas de desobstrução.

IOT de Sequência Rápida

Indicações: Insuficiência respiratória aguda; ventilação ou oxigenação inadequada; proteção de vias aéreas em paciente com rebaixamento de nível de consciência.

Contraindicações relativas: Antecipação de oxigenação de resgate difícil ou impossível; pacientes que não toleram apneia; doenças glóticas e supraglóticas que evitam o posicionamento correto do tubo.

Técnica: 1) **Preparação:** Plano de intubação incluindo uma via alternativa de assegurar a via aérea. Reunir equipamentos e medicações; 2) **Pré-oxigenação:** oxigênio em alto fluxo imediatamente; 3) **Pré-tratamento:** usar medicações antes da indução como: atropina (casos de bradicardia), noradrenalina e dopamina (casos de choque); 4) **Paralisia:** Midazolam; Propofol; Etomidato; Quetamina; 5) **Bloqueio neuromuscular:** Os bloqueadores musculares são divididos de acordo com seu mecanismo de ação em despolarizante e não despolarizante. O único agente despolarizante na prática clínica é a succinilcolina e é a primeira escolha de bloqueador neuromuscular na prática da emergência clínica pela sua superioridade

em relação aos bloqueadores não despolarizantes; 6) **Posicionamento:** Posição de ‘cheirador’ com coxim suboccipital de modo a alinhar o meato acústico com o esterno do paciente. Extensão do pescoço; 7) **Intubação orotraqueal propriamente dita;** 8) **Confirmar o posicionamento do tubo:** ausculta dos campos pulmonares e do estômago. Iniciar com a ausculta do epigástrico

Controle pós-procedimento: Fixar o tubo, RX de tórax, assegurar sedação de longo prazo; Ajustes da ventilação (parâmetros e alarmes).

Quando retirar: Condição médica estável – após a condição para intubação ter sido resolvida; **Ensaio de desmame bem-sucedido; Força da tosse e eliminação de secreções; Estado mental** – acordados, alertas, seguindo comandos e, de preferência, sem sedativos.

Drenagem Torácica

Indicações: Pneumotórax; hemotórax; derrame parapneumônico complicado; empiema; quilotórax; pós-operatório de toracotomias.

Contraindicações relativas: Pacientes com distúrbios de **coagulação;** presença de **aderências pleurais;** pacientes com **bolhas gigantes** (risco de perfuração); pacientes com **obstrução completa de brônquios principais** com atelectasia pulmonar total que sugere a presença de grande derrame pleural (elevação da cúpula diafragmática); **derrames pleurais** por doença hepática (perda maciça de proteínas e eletrólitos); com suspeita de **lesão diafragmática** (descartar ruptura diafragmática).

Técnica: 1) Posicionar o paciente deitado; 2) Localizar o 4º ou 5º EIC, na linha média ou anterior axilar; 3) Localizar a borda superior do arco costal inferior; 4) Realize a medida do comprimento do dreno que será inserido. A medida é realizada do **meio da clavícula até o local escolhido para a inserção;** 5) Realize anestesia local com lidocaína; 6) Faça uma incisão de 1-2 cm paralela ao arco costal e realize a **dissecção dos planos**, do tecido subcutâneo e da musculatura; 7) Utilizando uma “Kelly curva”, faça uma abertura com cerca de 1,5 cm na pleura e **introduza o dedo na cavidade pleural;** 8) Introduza o dreno em direção cranial e posterior. Avance o dreno até o local marcado anteriormente; 9) Faça um **ponto em “U”** circundando o

dreno para fechar a incisão e, em seguida, faça um nó em “bailarina” em torno do dreno, usando o mesmo fio.

Controle pós-procedimento: Realize **radiografia de tórax**, para confirmação do posicionamento do dreno;

Quando retirar: Quando a drenagem total estiver estabilizada, por um período de, pelo menos, três horas; fluxo de drenagem líquida menor de 150 ml/24 horas (2ml/kg/dia); 12 a 24 horas após cessada a fuga aérea; resolução de intercorrência pleural; tempo máximo de 10 dias de drenagem, mesmo quando não resolvida a intercorrência pleural; pulmão completamente expandido

Sutura

Indicações: As suturas são preferidas quando a ferida requer uma aproximação cuidadosa; lacerações limpas e não infectadas em qualquer parte do corpo em pacientes saudáveis podem ser fechadas principalmente por **até 18 horas após a lesão** sem um aumento significativo no risco de infecção da ferida; as feridas faciais podem ser fechadas principalmente **até 24 horas após a lesão** em todos os pacientes.

Contraindicações absolutas: Lacerações que aumentará o risco de infecção: lacerações através da pele infectada; Feridas profundas; Lacerações que foram grosseiramente contaminadas. Feridas superficiais que se espera que cicatrizem sem cicatrizes significativas.

Contraindicações relativas: Mordidas de cães e gatos (exceção facial e outras feridas potencialmente cosméticas); a maioria das mordidas humanas (exceção facial e outras feridas potencialmente cosméticas); feridas com mais de 24 horas (exceto feridas faciais) em pacientes com fatores de risco para infecção ou má cicatrização de feridas; lacerações com perda significativa de tecido em que a sutura causará muita tensão na linha de sutura.

Técnica: Inúmeras Técnicas

Cuidados pós-procedimento: ATB – terapia empírica; antibióticos tópicos; curativos; **profilaxia do tétano.**

Quando retirar: Rosto – 5 dias; Pálpebras – 5 dias; Pescoço – 5 dias; Couro cabeludo – 7 a 10 dias; Tronco e extremidades superiores – 7 dias; Extremidades inferiores – 8 a 10 dias; Dígitos, palma e sola – 10 a 14 dias

4.5 Problema dos setores - PS do HMPGL; UPA João Samek; UPA Dr. Walter; PS e SAMU de São Miguel.

Começando pelo HMPGL, local de realização da primeira rotação, pude perceber que o principal problema desse ambiente são os próprios funcionários que possuem intriga entre si e não fazem com que o serviço flua para a direção correta. Vi muitas brigas/discussões de enfermeiros e médicos e que no final quem acabou saindo prejudicado foram os próprios pacientes internados. Em questão a infraestrutura e medicação, o setor do PA e sala vermelha se sai muito bem, possuindo apenas algumas travas de controle que a meu ver são necessárias (para usar certo antibiótico deve-se antes passar pela aprovação do setor de infectologia do hospital). Um detalhe ruim é que todos os dias se pedem os mesmos exames de rotina, para todos os pacientes internado (até 2 vezes ao dia) e isso deve gerar um desperdício nos cofres gigantesco. Percebi que os médicos solicitam esses exames no modo “automático” e não param para ponderar se aquele paciente realmente necessita daquele exame.

Durante a rotação na UPA Samek não identifiquei tantos problemas, possui uma boa infraestrutura e medicação. O único detalhe é que a unidade conta com uma porcentagem grande de profissionais mais antigos e que não possuem uma boa atualização nas questões de UE e isso faz com que ocorra um número acentuado de óbitos durante o plantão dessas pessoas. Mas fora isso, a unidade se torna um bom lugar para o médico desenvolver seu trabalho sem muitas interferências externas.

A UPA Walter sofre basicamente dos mesmos problemas da UPA Samek, entretanto em uma escala bem menor, pois há mais médicos jovens que possuem técnicas mais atualizadas.

O meu último setor de rotação foi pelo Complexo Hospitalar de São Miguel do Iguaçu. São Miguel é uma cidade pequena, então o que eu mais vi foi questões

políticas se sobressaindo sobre condutas médicas e tenho compreendido que isso é quase que unânime em cidades do interior. Outro ponto que reparei foi que a gestão para controle de medicamentos que estão em falta no PA da cidade é mal organizada e isso gera inúmeros déficits de reabastecimento da farmácia hospitalar, ficando mesmo até vários dias sem reposição da medicação em falta. Questão política ou questão de organização do próprio complexo? Acho que pelos diálogos ouvidos pelas paredes a culpa é bilateral.

Outro ponto que pude observar em São Miguel foi que é um local onde muitas pessoas tentam meter o “bedelho” na conduta do profissional médico, ou até mesmo sugerir o que se deve fazer (quando o profissional está com a situação controlada e não está pedindo opiniões). Isso gerou perda até no meu próprio aprendizado, quando o médico havia deixado eu realizar um procedimento e por questão de falácia de um enfermeiro que faz medicina no Paraguai o médico teve que dar um passo para trás na conduta dele e me prejudicou. Outro ponto é que os profissionais que estão lá recebendo para trabalhar querem que a gente faça trabalhos que exponham nossa saúde em risco, foi o caso de dois profissionais que disseram que eu vou ser um péssimo médico só por que eu me recusei a receber raios-x para ficar ao lado de um paciente durante o procedimento, enquanto tinham vários que estavam ao lado sem fazer absolutamente nada e recebem para estarem ali (eu sou estudante e tenho certo grau de atuação dentro da equipe e nunca me recusei a fazer outras atividades, mas essa em específico expunha minha saúde e eu não julguei certo isso acontecer naquele momento).

O fato de o PA de São Miguel contar com uma boa quantidade de recursos humanos para atendimento, gera uma dificuldade na hora de atendimento a UE, pois todas essas pessoas sobem até a sala vermelha e começam a darem “pitacos” e muitas sobem só para saber o que aconteceu e gerar “fofoca” fora do setor e não ajudam efetivamente em nada durante o processo de atendimento. Foi o caso do atendimento a um paciente politraumatizado em que havia mais de 10 pessoas ao lado do caso, mas uma ficava passando as atividades para outra, sem haver um fluxo de comunicação em cadeia de sobrevivência (como seria o recomendado).

4.6 Reflexão sobre Código de Ética do Estudante de Medicina

De imediato o texto do “CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA” traz as definições de ética e moral, duas palavras que sempre andam juntas, mas que possuem significados diferentes. Uma se baseia em valores de costumes e convenções estabelecidas por grupos (moral) e a outra está vinculada ao caráter, ao estudo e aplicação desses valores no âmbito das relações humanas (ética). Ambas sempre se encontram nas análises e tentativas de compreender a vida em sociedade, assumindo uma dinâmica na qual sejam promovidos o respeito, a autonomia, a justiça, a dignidade e a solidariedade entre todos os seres humanos.

O *Código de Ética Médica* é um documento, que estabelece os limites, os deveres e os direitos que os médicos precisam possuir em suas relações entre si, com os pacientes, com a indústria e com a sociedade. Entretanto, os estudantes de medicina não podem ser alcançados por esse mesmo código profissional. Mediante a isso, foi elaborado o *Código de Ética do Estudante de Medicina* para estimular o desenvolvimento de uma consciência individual e coletiva propícia ao fortalecimento de uma postura honesta, responsável, competente e ética, que resultasse na formação de um futuro médico mais atento a esses princípios.

Dentro dos princípios fundamentais, o estudante deverá guardar absoluto respeito pelo ser humano e estar ciente que ele está a serviço da saúde deste e da coletividade, não podendo haver se quer pensamentos discriminatórios perante esses, devendo agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade intelectual. Além de guardar sigilo a respeito das informações obtidas a partir da relação com os pacientes e com os serviços de saúde.

O código é formado por 45 artigos organizados em seis eixos que ressaltam atitudes, práticas e princípios morais e éticos que causarão reflexos positivos no ambiente acadêmico e na vida de todos, nas esferas pessoal e profissional.

No primeiro eixo que o código traz “RELAÇÃO DO ESTUDANTE COM AS INSTITUIÇÕES DE ENSINO E DE SAÚDE”, ele mostra os direitos (liberdade de expressão – sugerir melhorias, apontar falhas na instituição) e os deveres (respeitar os funcionários, aplicar normas de biossegurança, adotar vestimentas e identificação

adequadas) do aluno para com a instituição em que esse está para aprender com práticas.

O segundo eixo traz a “RELAÇÃO DO ESTUDANTE COM O CADÁVER” que deve manter total respeito com ele, utilizando-o com a pura finalidade de aprendizado. O terceiro eixo traz as “RELAÇÕES INTERPESSOAIS DO ESTUDANTE” que mensura as relações sadias entre estudantes, professores e com o manuseio de informações contidas em prontuários e quando essas são afetadas por quaisquer que sejam a ordem, as mesmas devem ser denunciadas. E um ponto importante desse eixo é que é vedado ao acadêmico de medicina identificar-se como médico, podendo ser caracterizado como exercício ilegal da medicina. E todo atendimento realizado pelo acadêmico deve ser supervisionado por um profissional médico, com exames que envolvam o pudor do paciente devendo estarem sob supervisão presencial.

O quarto eixo traz a “RESPONSABILIDADE DO ESTUDANTE COM OS SEUS ESTUDOS/FORMAÇÃO” em que é permitido o uso de aplicativos de mensagens instantâneas para comunicação entre médicos e estudantes de medicina, em caráter privativo, para enviar dados ou tirar dúvidas sobre pacientes.

O quinto eixo traz as “RELAÇÃO DO ESTUDANTE COM A SOCIEDADE” onde esse deve defender o acesso universal à saúde, agir de forma solidária e respeitosa com as pessoas, sendo formador de opinião. O sexto e último eixo traz como deve ser a “RELAÇÃO DO ESTUDANTE COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL” em que o aluno deve respeitar cada profissional de saúde, bem como seus companheiros de formação e demais cursos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Módulo de Urgência e Emergência do SUS é de suma importância para nós, futuros médicos, que desejamos ofertar uma boa abordagem aos usuários em estado mais grave durante nossos atendimentos nos serviços de saúde. O módulo possibilitou conciliar a teoria com a prática real do campo de trabalho.

Na definição de urgência e emergência, trazida pelo CFM, a emergência se difere da urgência devido ao seu maior risco potencial de vida. Em vista disso, ressalta-se a notoriedade do ato médico na caracterização da gravidade e da extensão do quadro clínico do paciente, diferenciando ambos.

Com o relato de todos esses casos e experiências vividas, durante esses meses incorporado dentro dos setores de urgência e emergência na rede de saúde de Foz do Iguaçu e São Miguel do Iguaçu, estou certo de que esses conteúdos me acompanharão por toda a minha vida como profissional médico. Espero sempre buscar a melhor forma para agir com honra, ética e dedicação, defendendo sempre a integridade física e mental dos pacientes que passarem por meus cuidados.

REFERÊNCIA

ANDRADE, A. et al. Diagnóstico e Conduta no Paciente com Traumatismo Craniencefálico Leve. **Sociedade Brasileira de Neurocirurgia**, p. 1-13, AGOSTO 2001.

BITENCOURT SOARES, D. C.; MOOJEN BROLLO, ; KUPSKI,. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. **BVSAude**. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882667/hemorragia-digestiva-alta.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2022.

BRASIL. PORTARIA Nº 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002. **Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde**, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 12 abr. 2022.

BRASIL. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada., 2006.

BRASIL. Quando você usa o SUS? **Biblioteca Virtual em Saude - Ministerios da Saúde**. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/quando-voce-usa-o-sus/#:~:text=O%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde,de%20sa%C3%BAde%20e%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o.>>>. Acesso em: 16 jun. 2022.

CARDOSO DE MOURA , E. Asma grave: como evitar a intubação orotraqueal?. **Pebmed**, 2018. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/asma-grave-como-evitar-a-intubacao-orotraqueal-abramede-2018/#:~:text=Os%20pacientes%20em%20maior%20risco,que%20o%20paciente%20est%C3%A1%20deteriorando.>>>. Acesso em: 10 jun. 2022.

CATILHO DE CAMPOS , D. C. Saiba como é o manejo do paciente com hemorragia digestiva alta. **PebMed**, 2019. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/saiba-como-e-o-manejo-do-paciente-com-hemorragia-digestiva-alta/>>>. Acesso em: 15 maio 2022.

CFM. RESOLUÇÃO CFM nº 1451/95. **CFM**, 2013. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/resolucao-1451-samu.pdf>>.

Acesso em: 10 jun. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética do estudante de medicina**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2018.

CRM-PR. PARECER Nº 2630/2018 - CRM-PR PLANTÃO DE SOBREAVISO - EXERCER ATIVIDADES EM DOIS LOCAIS AO. **CRM-PR**, 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/PR/2018/2630_2018.pdf>.

Acesso em: 5 jul. 2022.

CROWLEY, ; MARTIN, K. A. Educação do paciente: Queimaduras elétricas (o básico). **UpToDaTe**, 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/electrical-burns-the-basics?search=choque%20eletrico&source=search_result&selectedTitle=2~145&usage_type=default&display_rank=2>. Acesso em: 15 maio 2022.

DE ALMEIDA GENTILE, J. K. et al. Condutas no paciente com trauma crânioencefálico*. **Rev Bras Clin Med.** , São Paulo, 2011 , v. 1, p. 74-82, Jan/Feb 2011.

DOS SANTOS FILHO, ; DOURADO, P.; LIMA,. O CONCEITO DE “VAGA ZERO” NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO SUS. **Subsecretaria de Saúde Gerência de Informações Estratégicas em Saúde CONECTA-SUS**, p. 1-5, novembro 2020.

FANTA, C. H.; CAHILL, K. N. Exacerbações agudas de asma em adultos: departamento de emergência e gestão de pacientes internados. **UpToDaTe**, 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/acute-exacerbations-of-asthma-in-adults-emergency-department-and-inpatient-management?search=asma%20na%20emergencia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 10 jun. 2022.

GAIESKI, D. F.; MIKKELSEN, M. E. Avaliação e abordagem inicial do paciente adulto com hipotensão indiferenciada e choque. **UpToDaTe**, 2022. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-and-initial-approach-to-the-adult-patient-with-undifferentiated-hypotension-and->

shock?search=infarto%20agudo%20do%20mioc%C3%A1rdio&topicRef=66&source=see_link>. Acesso em: 10 jun. 2022.

LESSA COSTA, R.; GARICOCHEA,. FISIOPATOLOGIA E MANEJO DE TROMBOSE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS. **BV Saúde**. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881602/fisiopatologia-e-manejo-de-trombose-em-pacientes-oncologicos.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE.. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada, 2013.

MITCHELL, M. E.; CARPENTER, J. P. Características clínicas e diagnóstico de isquemia aguda dos membros inferiores. **UpToDate**, 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-acute-lower-extremity-ischemia?search=trombose%20arterial&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 10 jun. 2022.

MOTOKI, A. H. et al. Trombose aguda de aneurisma de artéria femoral isolado: relato de caso. **J Vasc Bras.** 2008;**7(4):376-379.**, São Paulo, 19 out. 2008. 376-379.

PÓVOA,. Tromboembolismo Pulmonar. Quadro Clínico e Diagnóstico. **São Paulo, SP**, São Paulo, SP, v. 67, n. 3, p. 197-199, 1996.

QUINTAS MAGARÃO, R. V.; GUIMARÃES, H. P.; DELASCIO LOPES,. Lesões por choque elétrico e por raios*. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 288-298, JULIO-AGOSTO 2011.

REEDER , G. S.; KENNEDY, H. L. Visão geral do manejo agudo do infarto do miocárdio com elevação do segmento ST. **UpToDate**, 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-acute-management-of-st-elevation-myocardial-infarction?search=infarto%20agudo%20do%20mioc%C3%A1rdio&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 10 jun. 2022.

RODRIGUES GUIMARÃES, A. C. et al. A abordagem da fratura do crânio com afundamento. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerai, v. 26, n. 5, p. 2-6, 2013.

ROSENSON, R. S.; REEDER, G. S.; KENN, H. L. Infarto Agudo do Miocárdio: Papel da Terapia com Beta Bloqueadores. **UpToDaTe**, 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/acute-myocardial-infarction-role-of-beta-blocker-therapy?search=infarto%20agudo%20do%20mioc%C3%A1rdio&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5>. Acesso em: 10 jun. 2022.

SECRETARIA DA SAÚDE. 9ª Regional de Saúde - Foz do Iguaçu. **Governo do Estado de Parana**. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/9a-Regional-de-Saude-Foz-do-Iguacu>>. Acesso em: 14 abr. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diagnóstico diferencial. **J. bras. pneumol.**, Brasília, 4 MARÇO 2010. 15-16.

TEWS, ; SINGER, J. I. Parafimose: manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento. **UpToDaTe**, 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/paraphimosis-clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment?search=parafimose&source=search_result&selectedTitle=1~14&usage_type=default&display_rank=1#H17>. Acesso em: 5 jul. 2022.

THOMAS, S. J. et al. Infecção pelo vírus da dengue: manifestações clínicas e diagnóstico. **UpToDaTe**, 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/dengue-virus-infection-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=dengue&source=search_result&selectedTitle=1~109&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 10 jun. 2022.

THOMAS, S. J. et al. Infecção pelo vírus da dengue: prevenção e tratamento. **UpToDaTe**, 2022. Disponível em: <[uptodate.com/contents/dengue-virus-infection-prevention-and-treatment?search=dengue&topicRef=3025&source=see_link](https://www.uptodate.com/contents/dengue-virus-infection-prevention-and-treatment?search=dengue&topicRef=3025&source=see_link)>. Acesso em: 10 jun. 2022.

THOMPSON, B. T.; KABRHEL,. Visão geral da embolia pulmonar aguda em adultos. **UpToDaTe**, 2022. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/overview-of-acute-pulmonary-embolism-in->

adults?search=thromboembolism%20pulmonary%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 10 maio 2022.

USP. **Medicina de Emergência Abordagem Prática**. 15. ed. São Paulo : Manole, 2021.

WENZEL, S. Tratamento da asma grave em adolescentes e adultos. **UpToDate**, 2022. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-severe-asthma-in-adolescents-and-](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-severe-asthma-in-adolescents-and-adults?search=asma%20grave&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

[adults?search=asma%20grave&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-severe-asthma-in-adolescents-and-adults?search=asma%20grave&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)>. Acesso em: 20 maio 2022.