



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

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO CONTEXTO DA
TRÍPLICE FRONTEIRA**

MATEUS FEROLDI CAETANO DE SOUSA

**FOZ DO IGUAÇU
2023**

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO CONTEXTO DA
TRÍPLICE FRONTEIRA**

MATEUS FEROLDI CAETANO DE SOUSA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciência da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latina Americana, como requisito parcial da obtenção de título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof^ª. Me. Rosana Álvarez Callejas.

FOZ DO IGUAÇU

2023

MATEUS FEROLDI CAETANO DE SOUSA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO CONTEXTO DA
TRÍPLICE FRONTEIRA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciência da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latina Americana, como requisito parcial da obtenção de título de Bacharel em Medicina.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof^a. Me. Rosana Álvarez Callejas
UNILA

Prof. Dr. Seidel Guerra López
UNILA

Prof^a Dra. Tatiana Pinheiro Rocha de Souza Alves
UNILA

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de _____.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor: Mateus Feroldi Caetano de Sousa

Curso: Medicina

Documento de identificação (RG): 14.788.622-5

E-mail: mfc.sousa.2018@aluno.unila.edu.br

Tipo de Documento:

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

Título do trabalho acadêmico: Internato em urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da Tríplice Fronteira

Nome do orientador: Prof^a. Me. Rosana Álvarez Callejas.

Data da Defesa:

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor:

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.

Foz do Iguaçu, 02 de novembro de 2023.

Assinatura do Responsável

4

Quero muito agradecer a todos que me apoiaram (família, amigos, professores, etc) porque vocês também me colocaram aqui. Se eu fosse contar tudo o que aconteceu na minha história até eu chegar neste momento, talvez vocês nem acreditassem. Às vezes, nem eu acredito. De verdade, hoje eu só quero agradecer. Nós estudantes de medicina temos sempre que agradecer a todo mundo, para ninguém poder falar que a gente não é humilde. Mas hoje eu queria muito agradecer a mim porque eu não desisti. Vocês sabem que eu sempre agradeço e hoje passou um filme na minha cabeça. Quero muito agradecer a mim.

Nec Luceo Pluribus Impar, significa "Não brilho diferente dos outros". Esse é o lema presente no brasão do meu Acre.

RESUMO

Este relatório descreve a experiência de um interno de medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) e analisa a relação entre teoria e prática na rede de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), durante o módulo de Urgência e Emergência, no âmbito da Tríplice Fronteira, em Foz do Iguaçu, Paraná. O módulo contou com os campos de estágio no pronto socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, UPA Dr Walter Cavalcante Barbosa, UPA João Samek e Complexo Hospitalar de São Miguel do Iguaçu. Assim, através de uma revisão de literatura atualizada e da medicina baseada em evidências, o trabalho avalia criticamente as condutas adotadas nesses ambientes, comparando-as com os princípios teóricos. A pesquisa explora os desafios enfrentados pelos profissionais da saúde e a influência das políticas de saúde pública na prática clínica. Ao vivenciar de maneira crítica as abordagens clínicas e terapêuticas, o trabalho busca contribuir para a melhoria contínua da qualidade do atendimento médico humanizado no âmbito do SUS.

Palavras-chave: internato; urgência; emergência; sus; medicina

RESUMEN

Este trabajo describe la experiencia de un estudiante interno de medicina de la Universidad Federal de Integración Latinoamericana (UNILA) y analiza la relación entre teoría y práctica en la red de urgencia y emergencia del Sistema Único de Salud (SUS), durante Urgencia y Emergencia, dentro de en el ámbito de la Triple Frontera, en Foz do Iguaçu, Paraná. El módulo incluyó prácticas en la red de urgencia y emergência del Hospital Municipal Padre Germano Lauck, UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa, UPA João Samek y Complexo Hospitalar de São Miguel do Iguaçu. Así, a través de una revisión de la literatura actualizada y de la medicina basada en evidencia, el trabajo evalúa críticamente los comportamientos adoptados en estos ambientes, comparándolos con principios teóricos. La investigación explora los desafíos que enfrentan los profesionales de la salud y la influencia de las políticas de salud pública en la práctica clínica. Al experimentar críticamente los abordajes clínicos y terapéuticos, el trabajo busca contribuir para la mejora continua de la calidad de la atención médica humanizada en el ámbito del SUS.

Palabras clave: internado; urgencia; emergencia; sus; medicina

ABSTRACT

This report describes the experience of a medical intern at the Federal University of Latin American Integration (UNILA) and analyzes the relationship between theory and practice in the urgency and emergency network of the Unified Health System (SUS), during the Urgency and Emergency, within the scope of the Triple Border, in Foz do Iguaçu, Paraná. The module included internship camps in the emergency room of Hospital Municipal Padre Germano Lauck, UPA Dr Walter Cavalcante Barbosa, UPA João Samek and Complexo Hospitalar de São Miguel do Iguaçu. Thus, through a review of updated literature and evidence-based medicine, the work critically evaluates the behaviors adopted in these environments, comparing them with theoretical principles. The research explores the challenges faced by healthcare professionals and the influence of public health policies on clinical practice. By critically experiencing clinical and therapeutic approaches, the work seeks to contribute to the continuous improvement of the quality of humanized medical care within the scope of the SUS.

Keywords: medical internship; urgency; emergency; sus; medicine

LISTA DE FIGURAS, FLUXOGRAMAS, MAPAS E TABELAS

Figura 1 – Componentes da RUE e suas interfaces.

Figura 2 – Diferença entre SAMU e SIATE.

Figura 3 – Protocolo Manchester.

Foto 1 – Dúvidas em relação a atendimento de paciente trans.

Foto 2 - Eletrocardiograma apresentando IAM C/ SST.

Foto 3 – Diferença em Raio-x entre moeda x bateria.

Foto 4 - Antes e depois do procedimento de sutura com ponto simples, resultando em 7 pontos.

Foto 5 - Realização da PVC em veia femoral.

Foto 6 – Dúvidas em relação a atendimento de paciente trans.

Fluxograma 1 – Acolhimento por classificação de risco em UE.

Fluxograma 2 - Manejo do estado epiléptico em adultos.

Fluxograma 3 - Atendimento a pacientes com suspeita de neuroinfecção na emergência.

Fluxograma 4 - Abordagem das Meningites Bacterianas.

Fluxograma 5 - Algoritmo ingestão de corpo estranho (não bateria).

Fluxograma 6 - Seguimento proposto para cólica nefrética.

Mapa 1 – Regionais e Macrorregionais de Saúde do Estado do Paraná.

Mapa 2 – 9ª Regional de Saúde e Microrregiões de Saúde.

Quadro 1 – Principais indicações e contraindicações para a realização de sutura.

Quadro 2 - Principais utilizações das sondas.

Quadro 3 - Principais causas de ascite.

Tabela 1 – Principais diretrizes que norteiam a implementação da RUE.

Tabela 2 - Roteiro de perguntas para direcionar anamnese de uma primeira crise epiléptica (Disponível em Manual de Emergência FMUSP - 2022)

Tabela 3 - Classificação do estado de mal epiléptico quanto à etiologia.

Tabela 4 - Causas de RNC e coma.

Tabela 5 - Manifestações e complicações da intoxicação por cocaína.

Tabela 6 - Resumo das principais síndromes tóxicas.

Tabela 7 - Etapas do atendimento inicial do paciente vítima de intoxicação exógena.

Tabela 8 - Alterações do LCR conforme o agente etiológico.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS Ácido Acetilsalicílico
ACLS Advanced Cardiovascular Life Support
AESP Atividade Elétrica Sem Pulso
AHA American Heart Association
AIT Ataque Isquêmico Transitório
AP Aparelho Pulmonar
APS Atenção Primária à Saúde
ATLS Advanced Trauma Life Support
AVC Aparelho Cardiovascular
AVCi Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
AVE Acidente Vascular Encefálico
AVP Acesso Venoso Periférico
CAD Cetoacidose Diabética
CAPS II Centro de Atenção Psicossocial II
CAT Comunicação de Acidente de Trabalho
CFM Conselho Federal de Medicina
DE Desvio à Esquerda
DM1 Diabetes Mellitus Tipo 1
DM2 Diabetes Mellitus Tipo 2
ECG Eletrocardiograma
EDA Endoscopia Digestiva Alta
GSUS Gestão da Assistência de Saúde do SUS
HAS Hipertensão Arterial Sistêmica
HAS Hemorragia Subaracnoide
HC Hospital Cataratas
HDA Hemorragia Digestiva Alta
HGT Hemoglicoteste
HHS Hiperosmolar Hiperglicêmico
HMCC Hospital Ministro Costa Cavalcanti
HMPGL Hospital Municipal Padre Germano Lauck
IAM Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSA Infectious Diseases Society of American
IOT Intubação Orotraqueal
ISR Intubação de Sequência Rápida
LGBTQIA+ Lésbicas, gays, bissexuais, trans/travestis, queers, intersexo, assexuais e mais
LOTE Lúcido e Orientado no Tempo e Espaço
NIHSS National Institutes of Health Stroke Scale
NIR Núcleo Interno de Regulação
NPH Neutral Protamine Hagedorn
NYHA New York Heart Association
PA Pressão Arterial
PCR Parada Cardiorrespiratória
PS Pronto Socorro
PCR Proteína C Reativa
PNSI Política Nacional de Saúde Integral
REG Regular Estado Geral
RUE Rede de Atenção às Urgências e Emergências
RX Raio-X
SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SatO² Saturação de Oxigênio
SCA Síndromes Coronarianas Agudas
SCACSST Supradesnivelamento de Segmento
SCRM Sistema de Classificação de Risco de Manchester
SIATE Serviço Integrado de Atendi. ao Trauma e à Emergência
SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMI São Miguel do Iguaçu
SNC Sistema Nervoso Central
SRI Sequência Rápida de Intubação SUS Sistema Único de Saúde SW
Síndrome de Wellens
TC Tomografia Computadorizada
TEC Tempo de Enchimento Capilar
TEP Tromboembolismo Pulmonar

TIMI Thrombolysis In Myocardial Infarction
TVP Trombose Venosa Profunda
VCI Veia Cava Inferior
VCS Veia Cava Superior
VM Ventilação Mecânica
UE Urgência e Emergência
UI Unidade Internacional
UNILA Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UPA Unidades de Pronto Atendimento
USA Unidade de Suporte Avançado
USB Unidade de Suporte Básico
USGD Ultrassonografia com Doppler
UTI Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	18
2.1	DIFERENÇA ENTRE URGÊNCIA X EMERGÊNCIA	18
2.2	POLÍTICA NACIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	20
2.2.1	Foz do Iguaçu x 9ª Regional de Saúde do Paraná	22
2.3	SERVIÇOS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	25
2.3.1	Pré-hospitalar Móvel: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).	25
2.3.2	Pré-hospitalar Móvel: Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e à Emergência (SIATE).....	26
2.3.3	Pré-hospitalar Fixo: Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24hrs)	28
2.3.4	Portas Hospitalares de Urgência e Emergência.....	31
2.4	ACOLHIMENTO, PROTOCOLOS, E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	33
2.5	PROBLEMATIZANDO O CONCEITO DE VAGA ZERO	35
3	CASOS CLINICOS	37
3.1	1º CASO: “CONVULSÃO E FALTA DE AR”.....	37
3.1.1	Anamnese.....	37
3.1.2	Exame Físico	38
3.1.3	Exames Complementares de Admissão	38
3.1.4	Hipóteses Diagnósticas:.....	39
3.1.5	Conduta Médica frente ao Caso:	39
3.1.6	Discussão do Caso	40
3.2	2º CASO: “MINHA MÃE NÃO RESPONDIA”.....	59
3.2.1	Anamnese.....	59

3.2.2	Exame Físico	59
3.2.3	Exames Complementares de Admissão	60
3.2.4	Hipóteses Diagnósticas	61
3.2.5	Conduta Frente ao Caso.....	61
3.2.6	Discussão do caso	62
3.3	3º CASO: “MEU FILHO ENGOLIU UM GRAMPO DE CABELO”	82
3.3.1	Anamnese	82
3.3.2	Exame Físico	83
3.3.3	Exames Complementares de Admissão	83
3.3.4	Hipóteses Diagnósticas	84
3.3.5	Conduta Frente ao Caso	84
3.3.6	Discussão do caso:	85
3.4	4º CASO: “MEU NAMORADO USOU COCAÍNA E ÁLCOOL”	96
3.4.1	Anamnese	96
3.4.2	Exame Físico	96
3.4.3	Exames Complementares de Admissão	97
3.4.4	Hipótese Diagnóstica	98
3.4.5	Conduta Médica frente ao caso:	98
3.4.6	Discussão do caso:	99
3.5	5º CASO: “DOR NO LADO DIREITO DA BARRIGA”	112
3.5.1	Anamnese	112
3.5.2	Exame Físico	113
3.5.3	Exames Complementares de Admissão	114
3.5.4	Hipótese Diagnóstica	114
3.5.5	Conduta Médica frente ao caso:	114
3.5.6	Discussão do caso:	115
4	RELATO PESSOAL DO MÓDULO	126

5	PROCEDIMENTOS INVASIVOS.....	130
5.1	VIA AÉREA INVASIVA (INTUBAÇÃO, MÁSCARA LARÍNGEA, CRICOTIREOIDOSTOMIA)	131
5.2	SUTURAS	133
5.3	CATETER VENOSO CENTRAL (CVC).....	136
5.4	SONDAGEM NASOGÁSTRICA, NASOENTERAL E OROGÁSTRICA 139	
5.5	SONDAGEM VESICAL	141
5.6	PUNÇÃO LOMBAR.....	143
5.7	PARACENTESE.....	145
6	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL X PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	148
7	ÉTICA E ACOLHIMENTO LGBTQIA+ NO COTIDIANO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA.....	151
8	REDES SOCIAIS E PRÁTICA MÉDICA	155

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido na década de 1980 em meio a movimentos populares que clamavam pela democratização do Estado e por políticas de garantia dos direitos humanos básicos (SILVA; NOVAIS; ZUCCHI, 2021). Em consonância com os princípios e diretrizes desse sistema, a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências vem sendo construída também com base na universalidade, a integralidade, a descentralização, a participação social, ao lado da humanização, a que todo cidadão tem direito. De modo que, o atendimento a urgência e emergência (UE) deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipes de Saúde da Família (ESF) até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.

Em 2013, a Lei nº 12.871 passou a exigir que na graduação de Medicina houvesse pelo menos 30% da carga horária do internato destinada às atividades na atenção básica e em serviços de UE do SUS. Em relação a isso, um estudo intitulado *a Análise da Percepção de Acadêmicos sobre o Ensino de Urgência e Emergência em Curso Médico* (Sorte et al, 2021), apontou que o ensino é percebido por grande parte dos acadêmicos como parcialmente adequado, o que pode refletir nos acertos parciais relacionados ao conhecimento sobre rede, epidemiologia, avaliação e conduta na UE. Um cenário desse tipo pode provocar insegurança nos acadêmicos. Para reverter tal situação, sugere-se a ampliação dos momentos de prática do ensino de UE, que deveria acontecer mais precocemente no curso, haja vista que os acadêmicos em estágio avançado apresentaram, em muitos pontos, mais acertos em relação aos vários domínios pesquisados.

Sob a mesma circunstância, apesar do curso de medicina da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), ser considerado novo frente a diversas escolas médicas, é notório que apresentamos fortes componentes nesse campo, visto que, temos gradualmente, o ensino de UE qualificado durante nossa formação. Por isso, o nosso internato médico é o período propício para podermos preencher lacunas e refletir sobre os déficits de conhecimento dessa especialidade.

Mediante o contexto do internato em UE, acredito que é um momento muito aguardado, não só por mim, mas por todos os meus colegas da graduação, visto a situação tênue que nos coloca entre discentes e profissionais, médicos, dentro do

cotidiano do SUS. Além disso, particularmente acredito que os campos de UE, possuem características únicas em todos os aspectos, desde o perfil dos profissionais atuantes, as clínicas que surgirão, o perfil da população assistida, dentre outras coisas que me deixa ansioso e apreensivo. Todavia, creio que tal sentimentos e sensações não são negativas, pelo contrário, me faz refletir e questionar as necessidades de evolução como futuro médico frente as incertezas que nos deparamos no serviço e UE, além da compreensão técnica e teórica, nos colocamos também frente a tensões psicológicas que só esse cenário proporciona.

O internato em UE no cenário do SUS, vivenciado por esse aluno do curso de medicina da UNILA, teve início em meados de setembro e perdurou até final de dezembro, frequentado em alguns componentes da rede de urgência e emergência do município de Foz do Iguaçu e São Miguel do Iguaçu (SMI) – Paraná. Foram no total 42 plantões, de 24 horas cada, tendo o Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Hospital Municipal São Miguel Arcanjo (SMI), e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) João Samek e Dr. Walter Cavalcante Barbosa.

Realizar esse relatório, portanto, é uma importante ferramenta para reflexão e sistematização da vivência das minhas práticas durante meu internato, pois me permitiu dedicar uma parte do meu tempo em relação a educação médica continuada, reforçando a importância de se manter sempre atualizado, para optar sempre pelas melhores condutas baseadas em evidências, e da análise aos meus erros e acertos, buscando sempre a correta abordagem que esses pacientes merecem. Esse material visa mostrar também, principalmente para minha coordenadora, minha capacidade de pesquisa contínua por evidências, trazendo sempre as referências mais atualizadas sobre cada situação discutida, sejam elas referentes aos aspectos clínicos ou a problematização dos serviços, em busca de suas compreensões e resolutividades.

2 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

2.1 DIFERENÇA ENTRE URGÊNCIA X EMERGÊNCIA

Os termos urgência e emergência, são bastantes utilizados no cotidiano da população, inclusive, no contexto do atendimento em saúde, as palavras urgência e emergência (UE) são termos que, quase sempre estão juntos e vinculados na prática para descrever situações, seja de natureza clínica ou traumática, que exigem intervenção médica imediata a fim de reduzir a morbimortalidade do paciente e aumentar suas chances de sobrevivência. Todavia, ao contrário do que muitos acreditam, essas palavras carregam significados diferentes e não são sinônimos. Conseqüentemente, o conhecimento correto das suas definições é primordial para a organização e resolutividade em saúde pública. Assim, para iniciarmos esse relatório, é necessário conceituar tais palavras para que se entenda suas aplicações dentro do contexto da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo o dicionário Aurélio, emergência refere-se à situação crítica, acontecimento perigoso ou incidente. Já urgência, caracteriza-se como algo que é necessário ser feito com rapidez, que não permite demora. Trazendo-os para a área da saúde, tais definições se correlacionam com a rotina dos profissionais. Ou seja, a emergência corresponde a um processo com risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após sua constatação. Enquanto a urgência significa um processo agudo, clínico ou cirúrgico, sem risco de vida iminente (MOURA; DE CARVALHO; DE BARROS SILVA, 2018).

Ao consultar o Conselho Federal de Medicina (CFM), através da resolução nº 1.451 de 1995, tendo o Ministério da Saúde adotado o mesmo entendimento na organização das Redes de Atenção à Saúde e na Política Nacional de Atenção às Urgências do SUS, observamos a definição de Urgência e Emergência sob a ótica deontológica. Isto é, aplicada a prática médica, define como **Urgência** a ocorrência imprevista de agravo à saúde **com ou sem risco potencial de vida**, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Já o conceito de **Emergência** é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em **risco iminente de vida ou sofrimento intenso**, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. Em suma, a emergência estaria limitada aos casos em que há perigo de morte, deixando para a urgência condições sérias, mas que não apresentam tal condição. No geral, ambas são prioridades absolutas no atendimento de pacientes

pelos profissionais de saúde, conseqüentemente, condutas contrárias poderão ser caracterizadas como a omissão de socorro.

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Um dos grandes problemas enfrentados pelo SUS é o “pronto atendimento” aos usuários do sistema, em parte pela grande demanda de condições clínicas de urgência e emergência, principalmente doenças do aparelho circulatório e agravos de causas externas, mas também pela sua organização. (BRASIL, 2015).

Tendo em vista esse cenário, em 2003, o Ministério da Saúde do Brasil, lançou a Política Nacional de Urgência e Emergência (PNUE), tendo o objetivo de estruturar a Rede de Urgência e Emergência (RUE) no país. Logo, a RUE é definida como o conjunto de ações e serviços destinada ao atendimento de diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.) e voltada às necessidades de saúde da população em situação de Urgência e Emergência. É composta por diferentes pontos de atenção, de forma a superar o atual modelo fragmentado e pontual de assistência. Assim, Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS (Ministério da Saúde, 2013) pontua os componentes da RUE de acordo com a figura 1 a seguir: (BRASIL, 2013).



Figura 1 – Componentes da RUE e suas interfaces. (Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf)

Essa portaria foi um marco, pois a RUE teve a missão de integrar e articular todos os equipamentos de saúde do SUS, de maneira a qualificar e ampliar o acesso integral e humanizado aos usuários do sistema de maneira rápida e de qualidade, independentemente de sua localização no território nacional, tendo como base as questões relacionadas à densidade populacional e aos dados epidemiológicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Após sua implementação, a PNUE veio sendo atualizada afim de suprir as necessidades dos usuários e do sistema, logo, no dia 7 de julho de 2011, a portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformulou a PNUE, lançava as principais diretrizes que norteiam a implementação da RUE, explicitadas na tabela 1, a seguir:

• Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
• Ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção;
• Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação;
• Classificação de risco;
• Regionalização da saúde e atuação territorial;
• Regulação do acesso aos serviços de saúde;
• Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
• Organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares;
• Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias;
• Centralidade nas necessidades de saúde da população;
• Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
• Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada;
• Articulação interfederativa;
• Participação e controle social;
• Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas; e
• Qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores.

Tabela 1 – Principais diretrizes que norteiam a implementação da RUE.

(Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf)

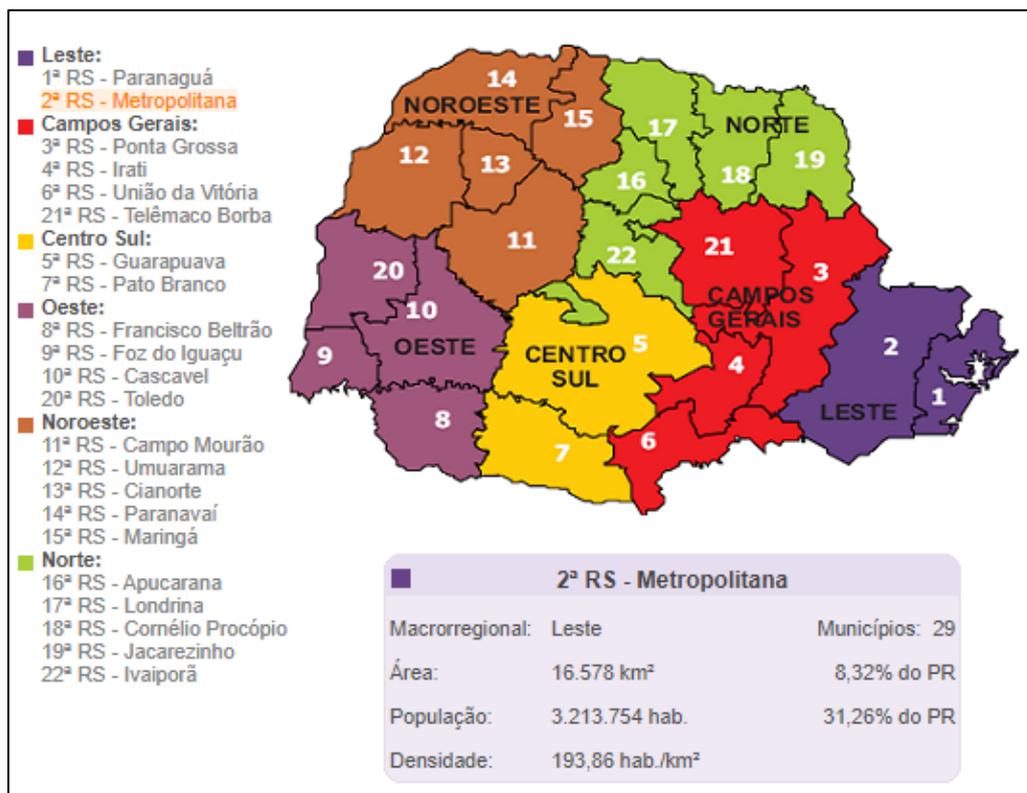
No município de Foz do Iguaçu, a rede de serviços de urgência e emergência se encontram interligados. Como preconizado pela PNEU, os variados serviços estão descentralizados, ou seja, são ofertados em instituições distintas, porém, presentes na cidade.

2.2.1 Foz do Iguaçu x 9ª Regional de Saúde do Paraná

As Regionais de Saúde do Paraná, em número de 22 (vinte e duas), constituem a instância administrativa intermediária da Secretaria Estadual de Saúde do Estado (SESA). São através delas o Estado exerce o seu papel de apoio, cooperação técnica e investimentos nos municípios e nos consórcios. Por conseguinte, os municípios, isoladamente ou aglutinados em módulos intermunicipais, devem assumir todas as ações e serviços que possam por eles ser absorvidos. Diante disso, cabe à regional de saúde desenvolver a inteligência necessária para apoiar o município em todas as áreas e para influenciar na gestão das questões regionais, fomentando a busca contínua e crescente da eficiência com qualidade (SESA, 2009).

Sob a mesma óptica, as Macrorregionais de Saúde são em número de 6 (seis) e não constituem novas instâncias administrativas, não têm sede e nem funcionários. Seu objetivo é articular as Regionais de Saúde em conjuntos para que possam, também entre si, somar esforços na solução de problemas comuns (como por exemplo o encaminhamento de doentes para centros de referência) e trocar experiências. Cada Macrorregional conta com um Assessor de Macrorregião que tem a incumbência de assessorar as suas regionais e o conjunto delas nas articulações necessárias (SESA, 2009).

Essas são exemplificadas na figura a seguir:



Mapa 1 – Regionais e Macrorregionais de Saúde do Estado do Paraná.

(Disponível em:

<https://saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=522>)

Localizado no Oeste do Paraná, o município de Foz do Iguaçu, possui segundo o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 256.088 habitantes e é considerada a sétima cidade mais populosa do estado. Ele compõe a Macrorregional Oeste de Saúde do estado, que junto com Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis formam a 9ª regional de Saúde (SESA, 2009).

O mapa 2 nos permite visualizar a regionalização:



MICRORREGIÃO DE SAÚDE 9.1	Foz do Iguaçu
Foz do Iguaçu	319.189
Itaipulândia	9.122
Missal	10.739
Santa Terezinha do Itaipu	20.354
São Miguel do Iguaçu	26.284
Total	385.688
MICRORREGIÃO DE SAÚDE 9.2	Medianeira
Medianeira	39.700
Serranópolis do Iguaçu	4.400
Total	44.100
MICRORREGIÃO DE SAÚDE 9.3	Matelândia
Matelândia	16.056
Ramilândia	4.322
Total	20.378

Total da Região: 450.166 Habitantes.

Mapa 2 – 9ª Regional de Saúde e Microrregiões de Saúde. (Disponível em:

http://www.paranatransplantes.pr.gov.br/sites/transplantes/arquivos_restritos/files/documento/2021-06/plano_diretor_de_regionalizacao_-_pdr.pdf)

Nas circunstâncias expostas, apesar da SESA tentar ao máximo otimizar os serviços em saúde com estratégias e políticas públicas, como o caso da regionalização, a 9ª Regional vem apresentando adversidades na sua conjuntura e na oferta de serviços, porém, vem se reunindo para enfrentar adversidades como aponta a reportagem disponibilizada pela Diretoria de Comunicação, da Câmara Municipal de Foz do Iguaçu. Segundo a matéria, uma reunião realizada no dia 12 de julho de 2022, teve por intuito unir forças dos municípios da 9ª regional de saúde, para buscar recursos da área para o Hospital Municipal Padre Germano Lauck, que se encontra em déficit orçamentário para atender demandas das cidades do entorno.

Algumas falas de autoridades locais me chamaram atenção, como essa: “O Hospital tem o nome de municipal, mas ele atende regionalmente, todas as cidades componentes da 9ª regional, mais um público do Paraguai, Argentinos e um público que passa por Foz. Mas, isso tem um custo e Foz está suportando isso sozinha”. Outra

destacou: “Sabemos que a dificuldade que os municípios enfrentam quando é necessária uma vaga de média e alta complexidade. Então vemos a necessidade de ampliação e até mesmo de regionalização do Hospital”. Com isso, compartilho das mesmas conclusões das autoridades, como mencionado na reportagem, que a ideia de formar uma frente parlamentar em busca de recursos e da viabilização da regionalização do hospital é necessária, ou melhor, tornar o HMPGL em um Hospital Universitário Regional, para atender as demandas dos futuros profissionais da saúde, formados pelas universidades locais, que poderiam atuar na região futuramente.

Reportagem

disponível

em:

<https://www.fozdoiguacu.pr.leg.br/institucional/noticias/dialogo-com-municipios-da-9a-regional-busca-mais-recursos-para-saude-de-foz>

2.3 SERVIÇOS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

2.3.1 Pré-hospitalar Móvel: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O SAMU (192) é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, criada em 2003, que tem como finalidade proteger a vida das pessoas e garantir a qualidade no atendimento no SUS. A política tem como foco cinco grandes ações: organizar o atendimento de urgência nos pronto-atendimentos, unidades básicas de saúde e nas equipes do Programa Saúde da Família; estruturar o atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU 192); reorganizar as grandes urgências e os prontos-socorros em hospitais; criar a retaguarda hospitalar para os atendidos nas urgências; e estruturar o atendimento pós-hospitalar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população. Além disso, realiza o atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas. O socorro é feito após chamada gratuita, feita para o telefone 192. A ligação é atendida por técnicos na Central de Regulação que identificam a emergência e, imediatamente,

transferem o telefonema para o médico regulador. Esse profissional faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento no mesmo instante, orientando o paciente, ou a pessoa que fez a chamada, sobre as primeiras ações. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Foz do Iguaçu dispõe do serviço de cinco ambulâncias para suporte básico de vida e duas ambulâncias para suporte avançado de vida e uma motolância. Esses veículos se encontram divididos na base operacional, localizada no Parque Presidente, e a base descentralizada, localizada no Porto Meira. Essa última, é extremamente importante para obtenção de um atendimento mais rápido e eficaz, pois é localizada estrategicamente visando diminuir o tempo de resposta e ampliar a área de cobertura. Há diferenças entre elas, visto que as unidades de suporte básico são constituídas por no mínimo um condutor e um auxiliar ou técnico de enfermagem, enquanto as unidades de suporte avançado de vida são constituídas por um condutor, um enfermeiro e um médico.

Anteriormente os internos do curso tinham prática com os profissionais da SAMU, mas infelizmente, nossa turma não teve a oportunidade de vivenciar e participar dos atendimentos realizados pelo serviço. Todavia, o contato com os trabalhadores desse serviço, na chegada dos pacientes nos estabelecimentos, evidencia a importância deles, nesse momento fica claro a necessidade de uma comunicação muito bem feita, com esses profissionais, para não perder detalhes importantes da história clínica do paciente. Porém, durante minhas práticas, notei que muitos prontuários não eram escritos de forma ilegível, e esse é um erro comum nos serviços de saúde que deve ser corrigido. Pois de acordo com o Código de Ética Médica (artigo 87) **proíbe o médico receitar, atestar ou emitir laudos de forma ilegível, logo, o médico poderá sofrer responsabilização nas áreas cíveis, administrativa e criminal, em razão de sua conduta antiética.**

2.3.2 Pré-hospitalar Móvel: Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e à Emergência (SIATE)

O SIATE – Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência, foi criado através de uma parceria entre a Secretaria de Estado de Segurança Pública (SESP), Instituto de Saúde do Estado do Paraná (ISEP), em parceria com o poder

público municipal e a atuação do Corpo de Bombeiros. A capital Curitiba foi a cidade pioneira nesse sistema, fazendo com que o SIATE servisse de referência para a estruturação do APH em nível nacional, com início em 1990, a partir da criação do Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas (PEET) pelo Ministério da Saúde. O serviço funciona 24 horas por dia, em sistema de plantão, e o telefone para contato do SIATE é o 193. Ao realizar a chamada é importante saber informar a situação em que a vítima se encontra e saber também a diferença entre o serviço do SIATE e do SAMU, exemplificado na figura 2. Acidentes de trânsito (colisão, atropelamentos e capotamento); quedas (de mesmo nível ou de nível diferente); ferimento por arma branca (facas e similares); ferimento por arma de fogo; agressão; queimaduras (calor, eletricidade, substâncias químicas); desabamento/soterramento; dentre outros (PARANÁ, 2019).

Ao falar a respeito do SAMU e do SIATE, acredito que vale ressaltar a necessidade de conscientização quanto aos trotes realizados aos serviços. Muitas chamadas de emergência reais podem ser perdidas nesses momentos e podem comprometer uma vida. Além disso, ambos podem realizar treinamentos sobre seu campo de atuação, em conjunto com o curso de Medicina, para a elucidação do tema tanto para médicos quanto dos estudantes.



SAIBA A DIFERENÇA E QUANDO LIGAR

SAMU 192

- Dores no peito que surgem repentinamente, que podem ser sintomas de problemas no coração.
- Intoxicação com produtos de limpeza e envenenamento.
- Perda de consciência, desmaio e hemorragias.
- Crises de convulsão.

BOMBEIROS SIATE 193

- Acidentes de trânsito com um ou mais feridos.
- Socorro a vítimas de ferimentos de arma de fogo, faca, estilete canivete, dentre outros.
- Quedas com ferimentos e fraturas.
- Ataques de animais, como cães e abelhas.
- Choques elétricos graves.

Figura 2 – Diferença entre SAMU e SIATE. (Disponível em:

<https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/samu-e-siate-voce-sabe-quando-ligar-para-cada-um/30768>)

2.3.3 Pré-hospitalar Fixo: Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24hrs)

Como já discutido, no início dos anos 2000, estabeleceu-se a organização da RUE. Iniciar a implantação pelo pré-hospitalar foi uma decisão acertada, já que as experiências nacionais e internacionais mostram o impacto positivo desse atendimento. Cronologicamente, a implantação dos componentes pré-hospitalares ocorreu de forma desarticulada, em três momentos distintos: até 2002 – regulamentação inicial; 2003– 2008 – ênfase no SAMU; a partir de 2009 – ênfase na UPA. Todavia, em 2011, a Portaria nº 2.648, definiu-se a necessidade de uma rede de urgência, com regionalização e reorganização dos serviços pré-existentes. Com isso, as UPA ganharam notoriedade, por serem o principal componente fixo de urgência pré-hospitalar, são unidades intermediárias entre a atenção primária e as emergências hospitalares. De modo que, classificam-se em três diferentes portes, de acordo com a população referenciada, a área física, o número de leitos disponíveis, a gestão de pessoas e a capacidade de atende (O'DWYER *et al*, 2017).

Em Foz do Iguaçu, contamos com duas UPAS: A UPA João Samek está localizada na Rua Iacanga, 330 - Jardim das Palmeiras, Foz do Iguaçu - PR, 85869-755; a UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa se encontra na Av. Mario Filho, 445 - Parque Res. Morumbi, Foz do Iguaçu - PR, 85858-440. Por conseguinte, essas são as nossas duas referências de complexo intermediário na qual vivenciamos nas rotinas do internato médico.

O fluxograma das UPAS deve acontecer de forma bem lógica, pois essa é a intenção do serviço, assim, o paciente pode chegar no estabelecimento de duas formas: via serviço móvel pré-hospitalar (SAMU e SIATE) ou por meios próprios. Todavia, todos necessitam passar pela recepção que vai da entrada no serviço com os documentos do indivíduo e acolhida sua queixa. Após isso, o paciente vai passar pela triagem, chamada também de acolhimento com escala de risco, essa é uma tecnologia muito importante dentro dos serviços de saúde, na qual possibilita que pacientes com potencial risco de vida não sejam negligenciados, e deve ser feita por

um profissional com ensino superior. A posteriori, esses indivíduos podem seguir vários caminhos:

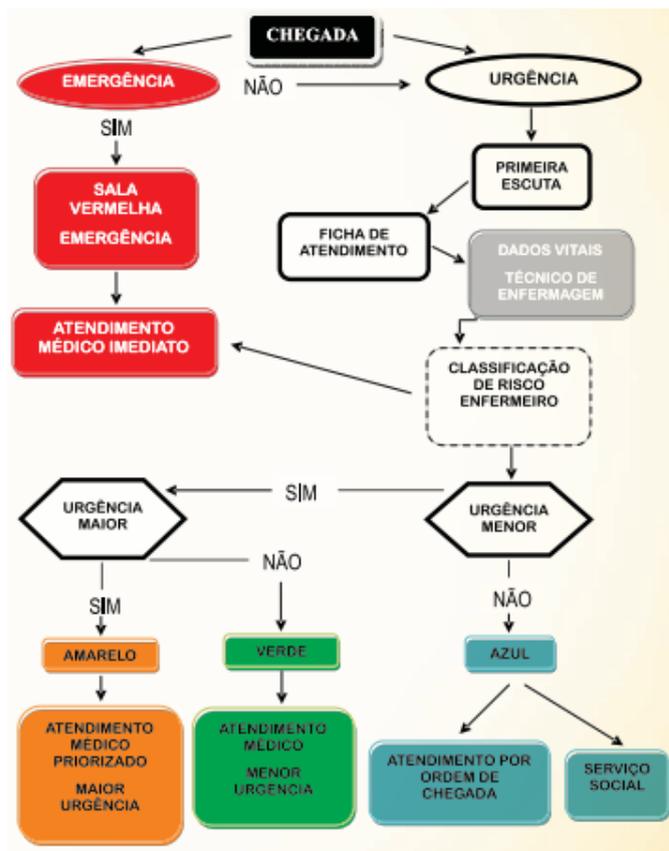
- **Consultórios:** recebem as situações clínicas que não são ameaçadoras a vida, o médico responsável acolhe a queixa e podem: medicar o paciente e reavaliar após, solicitar exames complementares, solicitar internamento na sala vermelha ou amarela caso haja necessidade, ou referenciar-lo para unidade básica de saúde (UBS).

- **Sala de Procedimento:** nesse setor chegam os pacientes, crianças e adultos, vítimas de traumas externos, como cortes, mordidas de cachorro, objetos no olho, entre outros, a vivência nessa sala para nós internos é muito rica, pois acabamos realizando rafias, aprendemos a solicitar e analisar exames radiográficos, e fazer a medicação dessas situações clínicas. Além disso, é aqui que temos que pedir transferência para o HMPGL em casos no qual o raio x evidenciou fratura; e para o controle epidemiológico em casos que necessitam de notificação (violências, acidentes com trabalho etc.) ou acesso as profilaxias (como vacina antitetânica).

- **Sala Amarela:** ou observação, estão os pacientes que apresentam situações clínicas que demanda outro tipo de atenção, e assim, serão encaminhados para o HMPGL ou HMCC; ou que não estavam bem clinicamente para receber alta, sendo necessário permanecer em observação e reavaliação pela equipe médica.

- **Sala Vermelha:** ou emergência, encontram-se os pacientes clinicamente instáveis, que correm risco potencial de vida, e por isso necessitam ser monitorizados constantemente, além de ser o setor que é possível realizar procedimentos como maior maestria, como intubação orotraqueal (IOT) e Acesso Venoso Central (AVC).

O fluxograma 1 a seguir nos permite visualizar melhor como os seguimentos acontecem dentro do serviço. (Silva *et al*, 2021).



Fluxograma 1 – Acolhimento por classificação de risco em UE.

(Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf)

Diante do que foi exposto a respeito das UPAs, gostar de compartilhar as considerações que o estudo de Konder e O'Dwyer (2019), na qual tiveram os serviços do município do Rio de Janeiro como objeto de estudo. Nesse documento, as seguintes autoras relataram que há uma distorção da finalidade das UPAs, transformadas na prática em unidades de internação de curta duração; questões pertinentes à qualidade e à adequação das decisões regulatórias tomadas no interior das unidades de saúde; persistência das visões divergentes de urgência no interior da RUE e o impacto disso nas relações entre profissionais e unidades. De modo que, durante minhas vivências como interno concordo com o fato que os atendimentos das UPAs, são fundamentais para o funcionamento do SUS. Todavia, há consideráveis divergências nas condutas dos profissionais, necessitando assim de intervenções, como educação continuada ou treinamentos, que possibilitem a padronização e uniformização do fluxo, de acordo com o que preconiza a PNUE.

2.3.4 Portas Hospitalares de Urgência e Emergência

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde Nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013, os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Nessas normas, o atendimento hospitalar oferecido pelo SUS, atualmente, é dividido entre o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) e o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC). Em algumas situações, algumas concessões são necessárias, como em reformas e o caso da pandemia do COVID-19, na qual a clínica psiquiátrica foi transferida para o Hospital Cataratas. Além disso, outros hospitais particulares fazem parte da rede de saúde da cidade.

Iniciamos falando sobre o HMPGL, esse complexo hospitalar é referência para a 9ª Regional de Saúde do Paraná e um dos hospitais de referência da macrorregião de saúde oeste, compreendendo uma demanda de mais de 400 mil moradores, além de turistas e populações pendulares do Paraguai e Argentina. Ele oferece um quadro multiprofissional e dispõe de tecnologias complexas, sendo essas peças fundamentais para a referência das seguintes especialidades: Psiquiatria; Cirurgia geral e suas especialidades (exceto oncologia); Clínica Médica e suas especialidades (exceto cardiologia); Ginecologia; Ortopedia e traumatologia; Pediatria (exceto UTI neonatal); Acidente com material biológico.

Durante minha passagem pelo setor do Pronto Socorro foi um dos momentos mais estressantes da minha vida. Por um lado, evolui muito como acadêmico de medicina, pude presenciar e vivenciar contextos clínicos que só esse lugar poderia me oferecer, e acabei conhecendo profissionais louváveis que irei levar como modelos a serem seguidos de profissionalismo. Entretanto, acredito que hoje o HMPGL vivencia um momento tenso, devido as mudanças drásticas de administração e denúncias de corrupção que movimentam os bastidores do hospital. Por consequência, como uma máquina, em que todas as peças são fundamentais, esses

contextos instáveis geram adversidades e resistência no serviço. Com isso, tive o desprazer de conviver com funcionários nitidamente sobrecarregados nesse setor, ora por trabalharem demais em múltiplos empregos ou por estudarem medicina no Paraguay, dentre outros inúmeros fatores que poderiam ser pesquisados, demonstrando claros sinais e sintomas de burnout. Além disso, a questão humanística muitas vezes foi deixada a desejar, em relação a pacientes estigmatizados, como condições psiquiátricas, etilismo e pessoas vivendo com o HIV, etc. Por outro lado, cheguei a presenciar situações absurdas vinda dos pacientes, como simulações, grosserias e agressões contra a equipe. Ou seja, é uma mão de via dupla.

Mediante esse contexto, sempre ouvia que o pronto socorro não era para amadores, e realmente não é! Mas é muito necessário viver isso, para refletir e questionar mudanças, para que nós, futuros profissionais, e nesse momento eu compartilho a mesma ideia com outros estagiários que conheci, possamos adentrar os serviços sabendo das responsabilidades que iremos assumir. Em relação a realidade que vivi, penso que disciplinas de comunicação e acesso a saúde mental, como serviço de psicologia e terapia ocupacional, são indispensáveis na formação e trabalho de qualquer profissional em saúde, pois estamos adoecidos ou adoecendo.

Sob outro prisma, temos o HMCC, no qual não temos vivências práticas enquanto internos de medicina no módulo de UE. Entretanto, por ser referência em cardiologia, oncologia, neonatologia e obstetrícia muitos pacientes precisam ser referenciados para essa instituição. Com isso, presenciei algumas situações clínicas que necessitaram de tal regulação, porém, era muito demorada e difícil. Isto porque parecia mais um encaminhamento para o instituto médico legal, pois costumávamos “matar o paciente” para que o serviço aceitasse, como também acontecia no acionamento da vaga zero, ou o profissional costumava velar informações clínicas! Com isso, um dos casos que me chamou atenção foi de uma senhora, que havia chegado na sala de estabilização com rebaixamento do nível de consciência necessitando de uma IOT as pressas, apresentou exames de imagem uma pneumonia por aspiração, mas foi evidenciado também, um eletrocardiograma com supra de seguimento ST, e o médico plantonista me falou que o HMCC não iria aceitar sua transferência devido a outra condição clínica (pneumonia), e que ele teria que “esconder” esse problema secundário, para que a mesma pudesse ser transferida

para ser realizado a terapia de reperfusão cardíaca adequada, que só o HMCC oferece.

2.4 ACOLHIMENTO, PROTOCOLOS, E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Historicamente a assistência à população brasileira, nos serviços de urgência e emergência, sofreram grandes alterações e reestruturações, mas ainda se mostra em um cenário desfavorável. No Brasil, tais instituições são alvos constantes de intensas reclamações, denúncias e reportagens por parte dos usuários e da mídia. Dentre as queixas mais frequentes estão a falta de insumos e profissionais, que muitas vezes são insuficientes para atender a superlotação desses serviços, ocasionando demora e falta de resolutividade, aumentando assim, o risco para seus usuários. De acordo com Ministério da Saúde, a RUE tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. Nesse sentido, a classificação de risco é uma importante ferramenta para a gestão do cuidado, visando tanto humanização como racionalização assistencial, auxiliando na organização dos fluxos do atendimento (BRASIL, 2015). Mediante esse contexto, na busca pela otimização do pronto atendimento as UE, a adoção de políticas e protocolos que permitam o acolhimento com classificação de risco, surgem efeito na resolutividade desses serviços como veremos a seguir.

São protocolos que utilizam algoritmos para avaliar a gravidade do caso, com graduações que separam os casos eletivos daqueles emergenciais e urgentes, e o tempo máximo de espera por intervenção. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) reconhece os seguintes sistemas de classificação de pacientes pelo risco: Emergency Severity Index, Modelo Andorrano de Triage e Sistema Español de Triage, Australasian Triage Scale, Canadian Triage and Acuity Scale e Protocolo de Manchester. Nesses sistemas, há estratificação dos pacientes em cinco níveis de risco: emergência, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente, e nos três últimos há definição da terminologia de acordo com a complexidade dos casos e tempo de espera para o atendimento médico: emergência - < 10 minutos; urgência -

< 30 minutos; pouco urgente - < 120 minutos; não urgente - < 240 minutos; (BRASIL, 2012).

O Protocolo, ou Triage, de Manchester, sistema utilizado na Holanda, Espanha, Portugal, Inglaterra e em vários serviços de emergência brasileiro, é considerado o protocolo de classificação de risco mais utilizado nas emergências de todo país. Ele possui como objetivo solucionar os problemas de triagem e acolhimentos no setor da emergência, e os critérios utilizados na classificação se baseiam em aspectos clínicos importantes demonstrados pelos pacientes, por exemplo: febre, temperatura, desconforto respiratório, escala de dor, nível de consciência, glicemia e outros. (Silva *et al*, 2021). Para facilitar, ele é organizado por cores específicas que classificam o grau de urgência para o atendimento, sendo Vermelho – atendimento imediato; Laranja - atendimento praticamente imediato (alguns serviços não utilizam); Amarelo – urgência, necessita atendimento o mais rápido possível; Verde – pouco urgente, pode aguardar ou ser encaminhado para outros serviços; Azul – não urgente, definido como prioridade de baixa complexidade, pode aguardar ou ser encaminhado, tal classificação pode ser melhor visualizada na figura 3.



Figura 3 – Protocolo Manchester. (disponível em: <https://www.ico.ce.gov.br/informa.php?id=997>)

Esses sistemas de têm qualificado melhor a demanda de pacientes no que refere ao atendimento prioritário, diferenciando os que pacientes que necessitam de atendimento imediato dos que podem esperar em segurança pelo atendimento, antes que haja a avaliação diagnóstica e terapêutica completa.

2.5 PROBLEMATIZANDO O CONCEITO DE VAGA ZERO

Conforme disposto na portaria nº 2048/GM, de 5 de dezembro de 2002, os Planos de Atenção Integral às Urgências e Emergências deveriam explicitar o compromisso de cada uma das unidades e serviços que compõe a rede de atenção e o sistema de referência e contrarreferência, além da implantação da política denominada “vaga zero” nas portas de urgência. Sendo a Vaga Zero, uma importante modalidade de regulação, na qual conceitua-se como o recurso que acomoda tanto o acesso a recursos mínimos de sobrevivência, como também, o acesso a recursos críticos para diagnóstico e tratamento em casos de grande potencial de morbidade e mortalidade. Isto é, compreende-se que ao utilizar essa modalidade, a emergência hospitalar se tornaria o destino imediato do paciente, naquele momento.

Como previsto na legislação nacional, dentro da Rede de Urgência e Emergência, os municípios que integram a 9ª regional de saúde também fazem uso da modalidade de regulação denominada Vaga Zero, tendo como Foz do Iguaçu, o principal destino dos seus pacientes que necessitam de atendimento de alta complexidade. Assim, para compreender melhor a utilização do mesmo, podemos exemplifica-lo de duas formas: Qualquer situação clínica que o paciente não possua nenhuma assistência para seu quadro, representando assim, risco eminente de morte. Como por exemplo, um paciente em pleno quadro de insuficiência respiratória, que necessite de um procedimento de suporte avançado de vida, como uma intubação orotraqueal, na qual o serviço que ele se encontra os recursos são insuficientes para a preservação da sua vida. Outro cenário é a de inadequação da assistência, ou seja, quando o serviço que o paciente se encontra não dispõe de mecanismos para o adequado tratamento ou diagnóstico da sua condição clínica, tornando essa uma condição potencialmente fatal, mas sem risco imediato para a preservação da vida. Essa categoria é facilmente visualizada quando os municípios da 9 Regional, como

São Miguel do Iguaçu, recorre a Foz do Iguaçu, em casos como suspeita clínica de acidente vascular cerebral isquêmico, necessitando a precoce realização de tomografia computadorizada de crânio a fim de direcionar o tratamento subsequente; da suspeita de infarto agudo do miocárdio, requerendo avaliação de especialistas e realização de hemodinâmica; da necessidade de intervenções cirúrgicas em pacientes vítimas de traumatismos, dentre várias outras condições.

Todavia, a realidade que vivenciei durante os plantões do internato de UE, referente ao acionamento da Vaga Zero foram as mais variadas e diversas, e certamente, levando em consideração a legislação e seu conceito, muitas das situações não se encaixariam nessa modalidade caso fossem analisadas com maior destreza. Logo, pude observar algumas problemáticas interessantes dentro desse cenário. A primeira circunstância reside em haver diferentes visões sobre o que é emergente e o que urgente dependendo do serviço que o paciente se encontra ou que o profissional trabalha, assim, cabe o seguimento que acolhe, a primeira instância, realizar uma classificação e triagem de risco precisa da situação clínica. Como também, ter perspectivas da história natural da doença, como o prognóstico, bem definidas, ou simplesmente reavaliar seus pacientes. Pois, em muitos casos, os pacientes até estariam dentro da classificação de vaga zero, todavia, apresentam melhora clínica ou porque já foram feitas medidas terapêuticas que necessitavam reavaliação ou porque não foram feitas intervenções efetivas que cabiam aquele serviço, e não necessitavam serem encaminhados.

Sob outra óptica, em alguns casos a regulação para a emergência hospitalar são postos em prática para se chegar na avaliação por especialista, independente se o quadro é instável ou não, a equipe plantonista não sabe qualificar o grau de vulnerabilidade que se encontra o doente a depender da patologia, então eles apenas seguem encaminhando e referenciando o mesmo, até que se chegue no serviço que acham que seria o correto para aquela condição clínica. Em virtude disso, lembrei de uma vez que estava acompanhando um caso de aneurisma de aorta abdominal, na qual foi utilizada a vaga zero, e o paciente estava clinicamente estável, inclusive, deambulando pelo serviço, sem potencial risco de vida. E após passar pela avaliação do cirurgião vascular, descobrimos que o mesmo já estava em acompanhamento ambulatorial particular, e deveria apenas ser referenciado para um serviço de cirurgia, que não era urgente ou emergente, para se colocar uma prótese.

Assim, concluímos que a falta de uma comunicação eficiente com o paciente e seus familiares, juntamente com serviços que permitam referências resolutivas, como setores ambulatoriais, são imprescindíveis para a conjuntura e desafogamento dos serviços de UE da região.

3 CASOS CLINICOS

3.1 1º CASO: “CONVULSÃO E FALTA DE AR”

3.1.1 Anamnese

Identificação: P.S.S, 20 anos, masculino, branco, estudante, residente em Foz do Iguaçu-PR.

Queixa Principal: “convulsão e falta de ar”

História da Doença Atual: Paciente trazido do domicílio, via SAMU, chega nesse estabelecimento apresentando estado de mal epiléptico. Segundo familiar (irmão), o paciente chegou da igreja e queixou-se de cefaleia intensa no final da tarde do dia 13/11, tendo feito uso de paracetamol e olinea. Após isso, foi encontrado no seu quarto apresentando sudorese (febre sic), quadro de dispneia, cianose e crises convulsivas tônico-clônicas, presenciada no domicílio e durante transporte. Além disso, relataram quadro de tosse produtiva há 2 dias. Nega mialgia, prostração, e outros sintomas.

História Patológica Progressiva: Nega comorbidades. Nega histórico familiar de epilepsia. Nega crises febris na infância. Nega traumas, nega cirurgias recentes, nega transfusões, nega imunodeficiências, a mãe nega histórico patológico obstétrico associado a sua gestação.

Histórico vacinal em dia.

Alérgico à amoxicilina + clavulanato.

Medicamento de Uso Contínuo: Nega uso de medicamentos de uso contínuo.

Hábitos de Vida: Nega abuso de cigarros, drogas ilícitas e álcool. Pratica esportes.

Nenhuma pessoa na casa apresentou doenças agudas ou infecciosas nas últimas semanas.

3.1.2 Exame Físico

Sinais Vitais: Tax 36,1°C // SatO2 98% em máscara não reinalante // HGT 128 mg/dl // FR 19 irpm // FC 100 bpm // PA 130/70 mmHg

Ectoscopia: Mal estado Geral, desorientado, anictérico, acianótico, corado, hidratado, eupneico em MNR.

Neurológico: Glasgow 10 (AO 2 RV 3 RM 5), pupilas mióticas e isso fotorreagentes, sem rigidez de nuca ou demais sinais de meningismo

Cardiovascular: BRNF 2T, sem sopros ou extrassístoles. TEC < 3s.

Respiratório: MV +, sem RA. Expansibilidade preservada. Ausência de esforço respiratório.

Abdominal: RH+. Flácido, depressível, indolor a palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Não palpo massas ou visceromegalias. Evacuações e diurese presentes.

Extremidades: Quentes e bem perfundidas. Panturrilhas livres, sem edema de MMII. Observam-se equimoses recentes em calcanhares por traumas devido à partida de futebol (sic irmão).

3.1.3 Exames Complementares de Admissão

EXAMES COMPLEMENTARES DE ADMISSÃO (13/11/22)	
Eletrocardiograma	Ritmo sinusal, sem desvio de eixo, sem alterações de repolarização e despolarização.
Hemograma	Hb 14,50 g/dL // 44,10 % // Leuco 14.920 /mm ³ // Plaq 192.000 /mm ³
Gasometria Arterial	Ph 6,9 // pCO2 35,80 mmHg // pO2 133,00 mmHg // HCO3 8,30 mmol/L // Lact 155,30 mg/dL
EAS I	Sem alterações
Bioquímica	K 3,6 // Na 146 // Ur 21 // PCR 5,2 // Cr 1,10
Enzimas	CPK 191 // CKMB 9 // Tropo I 0,012 // Pro BNP 20 // FA 86 // TGO 38 // TGP 49
Hemostasia	KPTT 41,0 // TAP 18,0 // INR 1,53
Culturas	Hemocultura 1ª amostra - negativa
Tomografia de Crânio	Estudo tomográfico crânio sem alterações significativas.

Tomografia Computadorizada de Crânio sem Contraste (13/11/22)

Técnica:

Exame realizado com cortes axiais, sem o uso de contraste iodado endovenoso.

Relatório:

Sulcos e fissuras cerebrais sem anormalidades.

Parênquima cerebral com morfologia e densidades habituais.

Tronco cerebral e cerebelo sem alterações.

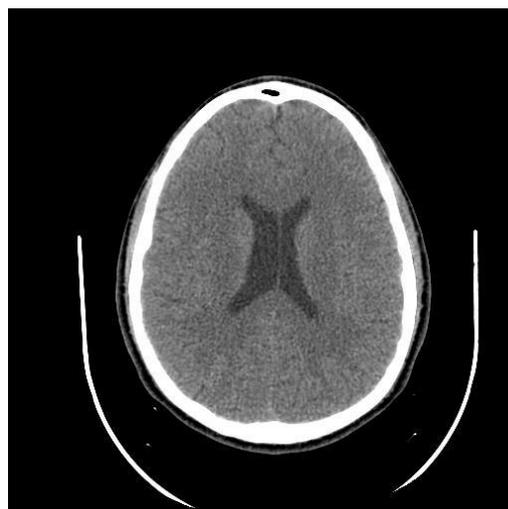
Cisternas da base preservadas.

Sistema ventricular com morfologia, dimensões e topografia normais.

Ausência de coleções intra ou extra-axiais.

Opinião:

Estudo tomográfico crânio sem alterações significativas.

**3.1.4 Hipóteses Diagnósticas:**

Hipótese Síndrômica: Estado de Mal Epiléptico

Hipótese Etiológica: Infecção do Sistema Nervoso Central

Hipóteses Diferenciais: TCE // Neoplasias // Distúrbios Hemato-neurológicos // Distúrbio Tóxico-Metabólico // Abuso de drogas, álcool e medicamentos

3.1.5 Conduta Médica frente ao Caso:

- Foram prescritos sintomáticos e suporte clínico, com monitorização em leito de emergência;

Fenitoina sódica 50 mg / ml ampola 8,00 amp
Fenobarbital sódico 100 mg / ml im / iv ampola 2,00 amp
Glicose 50 % 10 ml ampola 3,00 amp
Diazepam 5 mg/ml 2 ml ampola - 4,00 amp
Dipirona sódica 500 mg / ml ampola 2 ml - 2,00 amp
Bromoprida 5 mg / ml ampola 2 ml - 1,00 amp
Insulina regular (9 ^{ars}) 100 ui/10 ml frasco - 1,00 ui

Cabeceira elevada
Sinais vitais
Cateter vesical em frasco

- Foram solicitados exames laboratoriais de admissão (abaixo), como já citados anteriormente, alguns com seus respectivos resultados;

Procedimento: DOSAGEM DE CALCIO.
 Procedimento: DOSAGEM DE CREATININA.
 Procedimento: DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK).
 Procedimento: DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB (CKMB).
 Procedimento: DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA.
 Procedimento: DOSAGEM DE POTASSIO.
 Procedimento: DOSAGEM DE SODIO.
 Procedimento: DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO).
 Procedimento: DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP).
 Procedimento: DOSAGEM DE UREIA.
 Procedimento: DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA).
 Procedimento: DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP).
 Procedimento: HEMOGRAMA COMPLETO.
 Procedimento: DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA (PCR).
 Procedimento: DOSAGEM DE TROPONINA.
 Procedimento: PARCIAL DE URINA.
 Procedimento: GASOMETRIA (ARTERIAL).
 Procedimento: DOSAGEM DE PEPTÍDEOS NATRIURÉTICOS TIPO B (BNP E NT-PROBNP) (SOMENTE UPA)

- Solicitada radiografia de tórax (PA) e de crânio PA + Lateral), no qual não constam as imagens no sistema RP.
 - Solicitada tomografia de crânio;
 - Solicitado vaga em HMPGL;
 - Feito reposição de bicarbonato;

3.1.6 Discussão do Caso

Por que eu escolhi esse caso?

Participei da admissão clínica desse paciente durante um plantão noturno em um das UPAs, e resolvi discorrer sobre ele por três motivos: primeiro que crises convulsivas são muito comuns no dia-a-dia médico, é uma situação que a primeira vista causa muito medo, principalmente para a população leiga; segundo, eu me vi na pele desse paciente, talvez pelas características físicas, ou talvez pela “inocente” apresentação do caso que poderia acometer qualquer indivíduo dessa faixa etária, mas que poderia sim ter um prognóstico ruim; terceiro pelo jeito que esse caso foi conduzido, no qual, considero ter tido várias brechas que possibilitariam melhores desfechos, segundo a própria literatura.

Introdução

Segundo dados do manual de emergências da FMUSCP, o risco de se apresentar ao menos uma crise epiléptica ao longo da vida é de 8 a 10% na população geral. Já o risco de ter epilepsia é estimado em 1 a 2%. Assim, nem toda pessoa que apresenta uma crise epiléptica tem diagnóstico de epilepsia. Ainda que seja um evento único, uma crise epiléptica é uma situação preocupante e pode ser sinal de alteração neurológica grave, sendo a ocorrência de sinais e sintomas transitórios causados por atividade neuronal anormal, excessiva ou síncrona no cérebro. Todavia, devemos considerar durante nossas avaliações de crise convulsiva, o Estado de Mal Epiléptico (EME), esse é definido como crise com duração superior a 30 minutos ou crises reentrantes sem recuperação da consciência entre elas.

Assim, do ponto de vista operacional, o EME possui várias classificações, principalmente em relação ao tempo das crises e entre as crises convulsivas. Todavia, há uma negligência de alguns profissionais de saúde em contabilizar esse tempo, ou porque não presenciaram as primeiras crises do paciente e não sabem da informação ou porque não dão importância, nesse caso a crise foi relatada pelos familiares, mas não contabilizada. Logo, do ponto de vista semiológico, classifica-se o EME conforme a presença de manifestações motoras e alteração da consciência. Assim, podem existir vários tipos de estado de mal, sendo os mais relevantes no âmbito da emergência:

- **Estado de mal epiléptico convulsivo (EMEC):** presença de atividade motora intensa, com abalos/hipertonia bilateral, além de alteração da consciência – em geral é descrito como crise tônico-clônica generalizada.
- **Estado de mal epiléptico não convulsivo (EMENC):** não é observada atividade motora ou ela ocorre de maneira sutil. No EEG é observada atividade epileptiforme ictal prolongada ou recorrente. Clinicamente, há uma variedade de possibilidades: alteração do comportamento e/ou da cognição em relação ao basal do paciente (psicose, perseveração, ilusões/delírios, agitação, anorexia, catatonia), variando de leve alteração do nível de consciência até o coma. Essa categoria contempla o estado de mal focal com alteração da consciência (paciente desperto, mas confuso, EEG focal), de ausência (EEG generalizado) e o estado de mal no coma (sem manifestações clínicas, diagnosticado apenas pelo EEG).

No nosso caso, trata-se de um **estado de mal epiléptico convulsivo (EMEC), como iremos discutir adiante**, uma condição grave e potencialmente fatal, com mortalidade estimada em 20%. Conforme duração do EME e idade, essa taxa pode aumentar, chegando a ultrapassar 50% em algumas situações, em especial nos casos refratários. O risco de óbito no EME é determinado pela sua causa subjacente, ou seja, a gravidade e o tipo de etiologia determinam um maior risco de desfecho negativo. As etiologias agudas são as que têm pior prognóstico e, dentre elas, encefalopatia anóxica é a que exibe maior morbimortalidade.

Essa alteração da atividade cerebral pode ter diversas etiologias, por isso, a investigação e classificação da crise são necessárias para o correto manejo no pronto-socorro. Diante disso, trouxe a clínica de um paciente, um jovem adulto, que apresentou pela primeira vez, uma crise convulsiva tônico-clônica generalizada intensa, reentrantes, associada a uma importante dispneia e agitação psicomotora, alteração do nível de consciência, de cunho agudo.

Anamnese

Nesses casos, a história clínica é, de fato, a principal etapa para o manejo do paciente, pois ela deve ser bastante minuciosa, visando caracterizar adequadamente o evento paroxístico. Os principais objetivos durante a anamnese foram:

- Corroborar suspeita de evento de natureza epiléptica;
- Levantar suspeita acerca de possíveis diagnósticos diferenciais;
- Identificar possíveis doenças clínicas e/ou neurológicas agudas que possam ser implicadas na etiologia do evento;
- E por fim, reconhecer dados de história que sugiram uma possível síndrome epiléptica;

A literatura enfatiza que sempre que possível, uma testemunha do evento deve ser também entrevistada, pois quando o paciente estava sozinho durante a crise ou foi resgatado de ambiente público sem acompanhantes, uma descrição completa do episódio não seria possível. Nesse caso em específico, entrevistamos o irmão do paciente, então tentamos extrair ao máximo das informações que explicasse a etiologia daquela clínica: queixas gerais (prostração, febre, perda de peso, mialgia,

etc), queixas respiratórias (dispneia, coriza, otalgia, odinofagia, tosse, etc), fatores de riscos (abuso de substâncias e medicamentos, esportes e atividades físicas extenuantes, traumas recentes) comorbidades (hipertensão arterial, diabetes melitus, diagnósticos neurológicos ou psiquiátricos), quadro vacinal e infecções prévias, histórico familiar. Algo fofo e emocionante que aconteceu durante essa abordagem foi o irmão ligar para a mãe por chamada de vídeo para perguntar da genitora as informações que ele não sabia, e acabamos vendo aquela cena, então vendo ela nervosa e preocupada, eu pensei na hora nos meus familiares.

Embora a maioria das perguntas tenham sido negadas, obtivemos uma boa correlação de dados coletados. Uma vez que a literatura aponta as seguintes informações necessárias dentro da anamnese desse contexto: questionar ativamente sobre a presença de crises prévias, mesmo que sutis. Além disso, antecedentes patológicos pessoais, como crises febris na infância, complicações perinatais, trauma craniano ou AVC prévios e doenças sistêmicas associadas (neoplasias, imunodeficiências, doenças autoimunes etc.) são importantes para ajudar a estabelecer um possível diagnóstico etiológico. História familiar de crises e/ou de epilepsia também deve ser questionada quando possível. Assim, abaixo o Manual da USP (2022), elenca um roteiro de perguntas para direcionar anamnese de uma primeira crise epiléptica.

- Quais as condições em que ocorreu/eventos precipitantes?
 - Teve febre associada hoje ou nos últimos dias?
 - Vem apresentando alteração de comportamento recentemente?
 - Em vigília ou durante o sono?
 - Durante atividades físicas ou esforço?
 - Teve privação de sono na noite anterior?
 - Uso de álcool e/ou outras substâncias? Abstinência?
 - Ambiente com estimulação luminosa intermitente?
 - Durante refeição ou alguma outra atividade específica?
 - Houve cefaleia súbita associada?
 - Trauma craniano imediatamente antes do evento?
 - Usou nova medicação por algum motivo médico ou houve alteração de dose de remédios em uso?

Tabela 2 - Roteiro de perguntas para direcionar anamnese de uma primeira crise epiléptica (Disponível em Manual de Emergência FMUSP - 2022)

Dois pontos que são pouquíssimos abordados e que eu acho muito interessante comentar pois são elementos-chaves na história são os sintomas que um paciente apresenta no início de uma convulsão às vezes são chamados de aviso ou aura. Auras são convulsões focais que afetam o cérebro o suficiente para causar

sintomas, mas não o suficiente para interferir na consciência, como por exemplo, tontura, distorção visual, sensação de formigamento entre outros, mas esses teriam sido melhor compreendidos diretamente com o paciente, talvez podemos até considerar a cefaleia citada. Além disso, tem os gatilhos ambientais ou fisiológicos que precederam imediatamente a convulsão. Alguns pacientes com epilepsia tendem a ter convulsões em condições específicas, e sua primeira convulsão pode fornecer uma pista sobre o chamado gatilho convulsivo, esses incluem (mas não estão limitados a) emoções fortes, exercícios intensos, música alta e luzes piscando. Em relação a isso, lembrei de uma amiga que já apresentou crises convulsivas dentro da igreja que frequenta devido as fortes emoções, e algumas, principalmente os cultos juvenis, disponibilizam na celebração de instrumentos e músicas altas e luzes piscando.

Avaliação Inicial (exame físico + tratamento da EME)

Frequentemente, o paciente chega após o término da crise, podendo estar ainda confuso ou totalmente recuperado. Nada obstante, o nosso paciente chegou ainda em crise, logo, avaliação inicial foi semelhante ao de qualquer paciente em avaliação de urgência, sendo feita a identificação de sinais de instabilidade clínica (sinais vitais, glicemia capilar, avaliação da perviedade das vias aéreas, respiração, hemodinâmica, neurológico e exposição mais o estabelecimento de acesso periférico eram necessários. Além disso, durante o atendimento inicial, a coleta de sangue para iniciar investigação laboratorial já foi realizada.

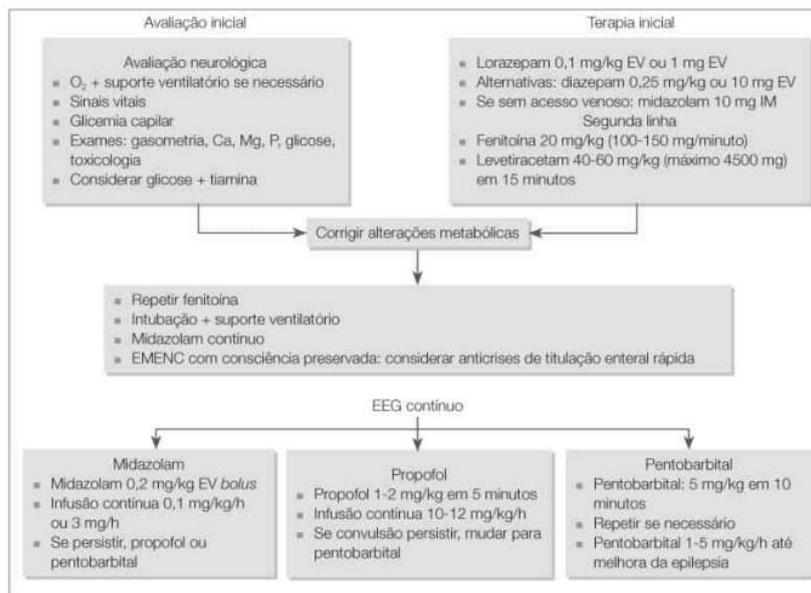
Inclusive, algo que observei e que me deixou perplexo, é que nem todos os pacientes que chegam apresentando crise convulsiva, e não estou falando de estado pós-ictal, são levados para a sala vermelha. Ele ficou estagnado um tempo na sala amarela até que fosse transferido para a vermelha. Então, caso fosse preciso uma IOT de emergência por um eventual rebaixamento do nível de consciência ou para proteger vias áreas, estaríamos em desvantagem vistos o lugar que ele se encontrava, que era o corredor. Por isso, salientamos que ele fosse alocado na sala vermelha para ser e monitorado de forma contínua, já que apresentava crises convulsivas reentrantes.

Quando o paciente chega ainda em crise, a literatura aponta tratamento de urgência. A medicação indicada para abortar uma crise em curso é um benzodiazepínico. As recomendações para uso no Brasil são:

- Diazepam intravenoso (IV): dose inicial de 10 mg para adultos, 0,15 a 0,2 mg/kg/dose para crianças ou pacientes com menor peso; podendo ser repetida dose adicional se necessário (até duas vezes);
- Midazolam intramuscular (IM): dose inicial de 10 mg se > 40 kg; reduzir para 5 mg se peso entre 13 e 40 kg; não há recomendação para repetição.

Nesse caso, segundo prontuário, foram feitas durante as crises convulsivas 4 ampolas de diazepam EV, contendo cada ampola 10mg. Ou seja, ultrapassando a conduta correta preconizada pelos protocolos, correndo risco de hipotensão ou depressão respiratória. Além disso, percebi que em nenhuma hora o midazolam IM foi pensado como opção terapêutica, mesmo sendo disponível na rede.

Sob a mesma óptica, os protocolos indicam as drogas de segunda linha para tratamento do estado de mal epiléptico convulsivo (crise persiste após primeira linha de tratamento), caso o paciente não seja responsivo aos benzodiazepínicos, podem ser utilizadas. Nesses contextos, podemos utilizar os anticonvulsivantes, logo, se recomenda o uso de fenitoina em dose de ataque: 15 a 20 mg/kg de peso, diluídos em solução fisiológica e administrados em bomba de infusão a uma velocidade de 50 mg/min. De modo que, devemos cuidar com os efeitos adversos: hipotensão e bradicardia se infusão rápida; Extravasamento pode causar necrose local; Se paciente refere sintomas locais leves próximo ao acesso (ardência, calor), reduzir velocidade de administração. No caso desse paciente, foram prescritos 8x ampolas de fenitoina, associada a 2x ampolas de fenobarbital. Ou seja, uma conduta não estava baseada em evidências ou protocolos, como o sugerido a seguir.



Fluxograma 2 - Manejo do estado epiléptico em adultos. (Disponível em Manual de Emergência FMUSP - 2022)

Após ser alocado na sala vermelha e monitorizado, seus sinais vitais estavam estáveis (Tax 36,1°C // SatO2 98% em máscara não reinalante // HGT 128 mg/dl // FR 19 irpm // FC 100 bpm // PA 130/70 mmHg), ele teve que ser contido mecanicamente, pois mesmo após a infusão da medicação para os movimentos tônicos-clônicos generalizados, ainda estava muito agitado e desorientado. Desse modo, podemos citar que ele estava no seu estado pós-ictal, período de transição do estado ictal de volta ao nível de consciência e função pré-convulsiva. Assim, as manifestações do período pós-ictal geralmente incluem confusão e estado de alerta suprimido. Ademais, déficits neurológicos focais também podem estar presentes, muitas vezes referidos como Paralisia de Todd ou paresia pós-ictal, e pode durar de segundos a minutos a horas.

Por esse contexto no exame neurológico devemos pautar:

- Nível e conteúdo de consciência;
- Linguagem (capacidade de nomear objetos, manter discurso, compreensão de comandos e perguntas);
- Presença de sinais focais – déficits motores, sensitivos e atencionais (heminégligência), tais déficits podem corresponder à paralisia de Todd (déficit pós-ictal, reversível e transitório), a sinais de patologias neurológicas agudas ou a sequelas prévias.

- Fundo de olho;
- Rigidez de nuca;

Tentamos realizar um exame físico minucioso, porém, conforme fomos movimentando-o, o mesmo começou a agitar e agitar muito, mesmo com a contenção física e os efeitos das drogas, ele tentava se soltar sem objetivo aparente e retirar seu cateter vesical de demora. Por isso, seu exame físico, principalmente o neurológico foi dificultoso e apresentou alterações pobres, semiologicamente falando. Contudo, isso também condiz com a literatura, na qual afirma que os sinais geralmente não são reveladores em pacientes com crises epiléticas, mas é importante quando infecção do sistema nervoso central ou hemorragia são possibilidades diagnósticas.

Nesse caso, fiz um exame neurológico que tangia a avaliação da existência de anormalidades de lateralização, como fraqueza, hiperreflexia ou sinal de Babinski positivo, pois poderiam apontar para uma lesão cerebral estrutural contralateral ou irritação meníngea. Todavia, todos os testes foram negativos naquele momento. Além disso, busquei identificar quaisquer estigmas de traumas que poderiam ser relacionados à causa da convulsão, e foi o momento que observamos os hematomas nos membros inferiores (região dos calcanhares), mas refutamos ser a causa do evento agudo, pois foi relatado pelos familiares a decorrência daquilo por um jogo de futebol, sem acometimento da região cranioencefálica.

Exames Complementares

Tendo em vista o elenco de causas etiológicas já descritas, a investigação complementar foi direcionada à pesquisa de causas agudas sistêmicas e neurológicas e de sequelas cerebrais de patologias prévias, que possam estar implicadas no EME atual. Além disso, alguns exames poderiam ser úteis como monitorização do tratamento anticonvulsivante.

Sendo os **exames laboratoriais**, na maioria dos casos, os primeiros a serem pedidos no momento da admissão clínica, disponibilizo uma tabela que expõem quais deles a literatura aponta que devem ser solicitados, e se nessa conduta foi pedido e quais foram as alterações (conforme valores disponibilizados na aba exames complementares do prontuário/ caso clínico exposto). Após o exposto, comento por meio da literatura, qual sua função dentro do quadro dessa patologia.

Exames:	Solicitado	Alteração
	?	o
Glicemia	Sim	Não
Eletrólitos (Na, Mg, Ca, P)	Sim, menos fosforo (P)	Não
VHS e PCR	Sim, mas somente PCR	Não
Função Renal (Ur e Cr)	Sim	Não
Gasometri a	Sim	Sim,
Enzimas	Sim, CPK e Troponina I	Não
Função Hepática	Sim, TGO, TGP e FA.	Não
Amônia	Não	x
Sorologias (HIV, Hepatite B etc)	Não	x
Hemogram a	Sim	Não
Toxicologia	Não	x
Doenças Autoimunes	Não	x

Os exames laboratoriais são relevantes e visam à identificação de distúrbios hidroeletrólíticos e/ou metabólicos e de alterações sugestivas de processos infecciosos/inflamatórios, devendo fazer parte da rotina de avaliação de uma primeira crise. No nosso caso, a maioria dos resultados não apresentaram alteração, por exemplo, os marcadores inflamatórios vieram inalterados. Além disso, em relação aos distúrbios hidroeletrólíticos e/ou metabólicos, a gasometria arterial nesse contexto assumiu uma importante função, na qual fez o aponte de uma acidose metabólica (pH 6,982), com níveis séricos de bicarbonato baixíssimos (8,30), provavelmente pelo mecanismo de compensação do quadro de dispneia, que foi presenciado pelos familiares e pela equipe, ademais, o lactato se encontrava elevado (155,30 mg/dL), e isso também pode ser associado a cianose referida somente pelos familiares, proveniente do mesmo quadro (hipóxia).

A dosagem de CPK pode estar aumentada no caso de crises com manifestações motoras significativas. Entretanto, ela pode estar aumentada por outros

fatores (trauma, medicações de uso intramuscular, p. ex.) e um valor normal não descarta que o paciente tenha tido crises, mesmo se ela foi do tipo TCG.

Outros exames, como sorologias virais, autoanticorpos e nível sérico de fármacos anticrises podem ser empregados, conforme suspeita clínica (talvez seja por isso que outros exames foram solicitados, dentre eles troponina I, parcial de urina, peptídeos natriuréticos, hemostasia etc. Alguns exames não são disponíveis de forma imediata ou no âmbito da urgência, mas seus resultados podem ser úteis para a investigação subsequente do caso. E isso realmente acontece, como as sorologias que não foram solicitados, vejo que no contexto da UPA não é muito seguido, é mais no HMPGL.

Em relação a **neuroimagem**, essas destinam-se à pesquisa etiológica do quadro, todavia, por estarmos em uma UPA essa tecnologia se encontra disponível de prontidão. No entanto, podemos solicitar para ser feita no HMPGL a **tomografia computadorizada (TC) do crânio**, já que é o exame mais acessível, de rápida execução e deve ser realizado em todos os pacientes com esse quadro. Logo, a mesma foi solicitada no momento da admissão, dia 13/11/22. Todavia, segundo o laudo disponível, naquele momento não foi de grande valia, pois o estudo da TC estava sem alterações significativas.

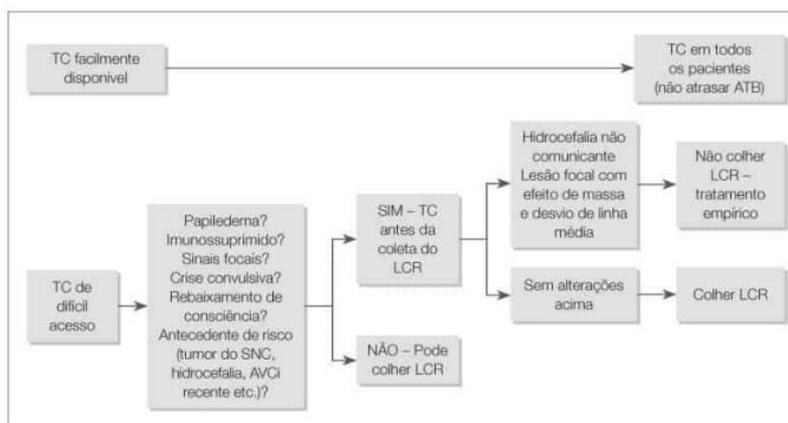
Sob a mesma lógica, a literatura notabiliza algo muito importante a respeito do uso da **ressonância magnética (RM)**, principalmente nas crises de início focal ou quando não houver causa identificada (crises espontâneas), poderia ter sido a cereja do bolo nesse caso. Isto porque se ainda houver suspeita de lesão neurológica aguda, como fator causal para a primeira crise, após uma TC de crânio **normal**, o paciente deve ser submetido à RM ainda no contexto de urgência, em âmbito hospitalar. Isso se aplica, por exemplo, a casos em que há suspeita de encefalites imunomediadas, meningoencefalite herpética com TC inalterada e eventos isquêmicos agudos não evidenciados pela TC, dentre outros, que foi exatamente o que aconteceu no nosso caso.

Obs.: alguns achados de imagem podem ser consequência do EME ou da ocorrência recente de crises *per se*, não tendo, assim, implicação etiológica. Tais achados são mais facilmente reconhecidos pela RM. Entre eles, os mais comuns são:

- Edema cerebral e apagamentos dos sulcos.
- Perda da diferenciação córtico-subcortical.
- Realce cortical delineando os giros.
- Focos de hipersinal em T2 com restrição à difusão. Esses focos podem ter distribuição variada, sendo comumente encontrados no corpo caloso, regiões do lobo temporal e pulvinar do tálamo.

O **eletroencefalograma (EEG)**, apesar de essencial na condução do EME, é dispensável para o manejo inicial durante o atendimento de urgência, que é o nosso caso, já que nesse momento o tratamento deve ser instituído o mais precocemente possível. Em situações em que se suspeita de EMENC, como o de um paciente que não recupera nível de consciência após uma crise epiléptica ou após EMEC que foi medicado, o EEG é fundamental para o manejo subsequente.

Por fim, o **estudo do líquido cefalorraquidiano (LCR)** faz parte da investigação, sendo obrigatório para casos sem etiologia clara, especialmente útil nos casos em que se suspeita de etiologia imunomediada/paraneoplásica ou infecciosa não diagnosticada pelos demais exames. Sendo assim, em vários casos similares foi feito dentro das UPAs, por isso, eu senti falta dessa conduta. Todavia, em discussão com o médico plantonista, o mesmo alegou (e com razão) que deveriam ser afastadas contraindicações (em especial, coagulopatia e lesão com efeito massa em sistema nervoso central), e que sem a TC não faria essa conduta.



Fluxograma 3 - Indicação de TC de Crânio na pré coleta de LCR. (Disponível em Manual de Emergência FMUSP - 2022)

Como explicitado na figura acima, e de acordo com a clínica do nosso paciente, seria contraindicado realizar uma punção liquórica na UPA, pois o mesmo

apresentava crise convulsiva e um risco de rebaixamento de nível de consciência, além de conseguirmos avaliar adequadamente déficits neurológicos, logo, não foi feito.

Hipótese Diagnóstica x Diagnósticos Diferenciais

O objetivo principal na avaliação diagnóstica da primeira convulsão de um paciente é identificar se a convulsão resultou de um processo sistêmico tratável ou disfunção intrínseca do sistema nervoso central e, se for o caso, a natureza da patologia cerebral subjacente. Essa avaliação determinará a probabilidade de um paciente ter convulsões adicionais, ajudará na decisão de iniciar a terapia medicamentosa anticonvulsivante e direcionará o tratamento apropriado para a causa subjacente, se conhecida. Uma vez removida ou tratada essa causa, o paciente não apresentará risco significativo de novas crises, dentre as principais causas clínicas de crises provocadas temos a seguir na tabela abaixo:

Sintomático agudo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TCE ▪ AVC ▪ Hemorragias intracranianas ▪ Trombose venosa cerebral ▪ Infecções de SNC (> 50% não são identificadas) ▪ Tumor cerebral (pode ser apresentação inicial) ▪ Pós-operatório de neurocirurgia ▪ Tóxico-metabólico (sepse, falência renal ou hepática, distúrbios hidroeletrólíticos, hiper ou hipoglicemia, medicações, abuso de substâncias) ▪ Abstinência de álcool e medicamentos ▪ Eclâmpsia ▪ PRES
Sintomático progressivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumor cerebral (tratamento incompleto ou mal-sucedido) ▪ Infecções crônicas de SNC ou condições pós-infecciosas (PESS, HIV, neurosífilis) ▪ Encefalites autoimunes/paraneoplásicas (anti-NMDA, anti-LG11, anti-VGKC, anti-GAD) ▪ Afecções inflamatórias e/ou imunomediadas do SNC (neurossarcoidose, neuro-Behçet, encefalite de Rasmussen, ADEM, encefalite de Hashimoto) ▪ Porfiria ▪ Mitocondriopatias ▪ Degenerativas (doença de Alzheimer)
Sintomático remoto*	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sequela de TCE, AVC ou neuroinfecção prévios ▪ Tumor benigno, estável (p. ex., meningioma) ▪ Insultos pré ou perinatais
Idiopático ou epilepsia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Síndromes epiléticas geneticamente determinadas ▪ Lesões não identificadas (p. ex., displasia) ▪ Condições autoimunes não conhecidas

ADEM: encefalomielite disseminada aguda; AVC: acidente vascular cerebral; PESS: panencefalite esclerosante aguda; PRES: síndrome da encefalopatia posterior reversível;

Tabela 3 - Classificação do estado de mal epilético quanto à etiologia.

(Disponível em Manual de Emergência FMUSP - 2022)

Mediante a conduta que esse paciente recebeu e a necessidade de se propor um diagnóstico que embasasse um plano terapêutico, eu particularmente não concordei com a hipótese diagnóstica e nem a totalidade da conduta dada pelo profissional responsável. Visto que foi guiada pensando em infecção respiratória (uma provável pneumonia adquirida na comunidade), justificado pelo quadro de dispneia e tosse produtiva sem tratamento, e que secundariamente a essa patologia, o seu quadro teria gerado um insulto metabólico (acidose) justificando as crises convulsivas.

Por isso, fiz questão de colher uma boa anamnese, juntamente com os dados dos sinais vitais e exame físico, que guiasse meu raciocínio clínico. Logo, pensando nas possibilidades etiológicas **AGUDAS** descritas acima e nesse quadro, eu descartaria TCE, histórico de epilepsia familiar, pós operatório de neurocirurgia, uso de medicações, abuso de álcool e outras drogas já pela anamnese. Já a parte hemato-neurológica e oncológica como tumores, AVC (isquêmico e hemorrágico), hemorragias intracranianas eu ficaria na dúvida pela falta de exatidão do exame neurológico, porém, os exames de imagem corroborariam ou não a suspeita, nesse caso, se refutou. Assim, nos sobraria as causas tóxico-metabólicas, que rapidamente poderia ser elucidada pelos resultados dos exames laboratoriais e pela análise dos sinais vitais, e conseqüentemente corrigidas, como fizemos com acidose metabólica e sua reposição de bicarbonato.

Concluindo, nos sobraria as causas infecciosas, que segundo a própria literatura, e pela epidemiologia (>50% não são identificadas) em casos de estado de mal epiléptico refratário de início recente (do inglês, NORSE - new onset refractory status epilepticus) a principal causa a ser considerada são as encefalites imunomediadas, seguidas de infecções menos comuns acometendo o sistema nervoso central. De tal maneira que a sigla NORSE é reservada para aqueles pacientes em EME sem diagnóstico prévio de epilepsia; sem disfunção neurológica aguda ou ativa evidente e sem distúrbios tóxicos-metabólicos que justifiquem o quadro de EME, bingo, temos aqui o nosso paciente.

Porque eu pensei em infecção do SNC e como manejaria?

Durante a entrevista clínica, percebemos que os familiares estavam a par da vida e das queixas do paciente, o que era excelente, de modo que durante o processo, particularmente, caso fosse o médico responsável, já teria uma conduta em

mente com bases nos meus estudos e vivências durante plantões anteriores, refutando várias etiologias. Ora, temos um paciente jovem, apresentando crise convulsiva pela primeira vez, sem comorbidades e nem fatores de risco, histórico de uma síndrome gripal (febre e tosse produtiva), apresentando dispneia e súbita agitação psicomotora com confusão mental, é meningite até que se prove ao contrário (ouvi muito isso no PS do HMPGL).

Uma recomendação do painel de consenso sobre convulsão, do UpToDate, sugere os seguintes intervalos:

- Dentro de uma semana de acidente vascular cerebral, lesão cerebral traumática, encefalopatia anóxica ou cirurgia intracraniana (negou)
- Na primeira identificação de hematoma subdural (não tem fator de risco)
- **Durante a fase ativa de uma infecção do sistema nervoso central (aqui o nosso paciente)**
 - Dentro de 24 horas após um distúrbio metabólico grave (a sua acidose metabólica não explica o quadro)

Nunca vou esquecer quando estava rodando no HMPGL e vi um paciente com uma importante agitação psicomotora aguda a esclarecer, na qual todos juravam ser um quadro psiquiátrico. Todavia, foi mandado para a clínica psiquiátrica e de lá voltou, porque acharam no meio dos sinais vitais um pico de febre, e apontaram que no pronto socorro deveriam ter interrogado meningite ou encefalite, e terem feito no mínimo uma punção liquórica. E assim foi feito e corroborado por meio do LCR, que o paciente estava com meningite.

Algo interessante e que vejo que é muito levado a sério são os sinais de Kernig e Brudzinski, utilizados na avaliação clínica da meningite durante a prática clínica, mas literatura aponta que sua utilidade é duvidosa. Eles apresentam alta especificidade (até 95%), mas a sensibilidade pode ser tão baixa quanto 5%. Assim, os sinais de Kernig e Brudzinski não devem ser usados para excluir ou estabelecer um diagnóstico de meningite bacteriana. Nesse caso mesmo, o paciente não apresentava nenhum dos sinais.

Então, é com essa vivência e com os dados do exame clínico que coletamos, que eu teria manejado esse caso o mais rápido possível pensando na hipótese de infecção do SNC. Sob esse contexto, eu trataria esse paciente pensando na meningite bacteriana, pois trata-se de uma emergência médica e medidas

imediatas devem ser tomadas para estabelecer a causa específica e iniciar uma terapia eficaz. A taxa de mortalidade da doença não tratada devido a *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae* aproxima-se de 100% e, mesmo com terapia ideal, está associada a morbidade e mortalidade significativas. Porém, confesso que não teria pensado em uma causa viral, teria mirado totalmente na causa bacteriana, e estudando esse caso, com a pontuação da nossa orientadora, pude refletir sobre essas diferenças estruturais e etiológicas.

As infecções do SNC podem ser divididas em meningites, encefalites e meningoencefalites.

- As meningites são processos inflamatórios que acometem essas membranas e o espaço subaracnóideo, que contém o líquido cefalorraquidiano (LCR).
- Encefalites são processos inflamatórios que envolvem o parênquima encefálico.
- Meningoencefalites Os pacientes apresentam sinais e sintomas de meningite e de encefalite frequentemente sobrepostos.

Os pacientes podem apresentar crise convulsiva, alteração cognitivo-comportamental, como agitação ou psicose, rebaixamento de nível de consciência ou sinais focais, como afasia ou hemiparesia, ou até mesmo sinais mais gerais, rigidez nuchal confundida como mialgia, cefaleia e febre. Embora um ou mais desses achados estejam ausentes em muitos dos pacientes, o nosso em questão, apresentou um quadro muito condicente com a realidade apresentada.

As referências apontam que a meningite apresenta diferentes agentes causadores, podendo ser: bacterianas, virais, fúngicas, parasitárias e a sua infecção pode se iniciar por via hematogênica ou por contiguidade de um processo infeccioso de estruturas cranianas, como ouvidos, garganta, seios da face ou ossos cranianos. Já as encefalites podem ser infecciosas quanto não infecciosas, como as encefalites autoimunes, porém, ocorrem principalmente por meio dos chamados vírus neurotrópicos, dos quais o mais importante é o herpes vírus. A porta de entrada é dependente da forma de contaminação (mordida, picada, inalação etc.). A viremia pode ser suficiente para invadir o tecido nervoso, através dos capilares sanguíneos, e pode se disseminar pelas meninges. O processo infeccioso é dependente da imunidade humoral, que se opõe à infecção.

Em suma, a abordagem inicial para o manejo de um paciente com suspeita de infecção no SNC inclui a realização de uma punção lombar (LP) para determinar se os achados do líquido cefalorraquidiano (LCR) são consistentes com o diagnóstico. Mas já foi dito que uma TC de crânio deve ser realizada **antes** da punção lombar em adultos com suspeita de infecção SNC que tenham fatores de risco para herniação cerebral ou pressão intracraniana elevada. Pensando nisso, daria seguimento ao protocolo, realizando a coleta de duas hemoculturas, essa conduta fiz questão de cobrar e prescrever. Pois a investigação etiológica deve ocorrer em paralelo, e devem ser coletados exames como provas de atividade inflamatória, hemoculturas, sorologias para HIV e sífilis e avaliação de coagulação, então só faltava a hemocultura, e o outros exames laboratoriais não apresentavam nenhuma alteração, nem mesmo o hemograma.

	Meningite viral	Encefalite herpética	Meningite bacteriana	Meningoencefalite tuberculosa
LCR – pressão de abertura	Normal	Normal	Aumentada	Aumentada
LCR – Celularidade	5-500	5-500	> 1.000	5-1.000
LCR – contagem diferencial	Linfócitos/monócitos	Linfócitos/monócitos	Predomínio neutrofilico	Perfil misto
LCR – Glicose	Normal	Normal	< 40 mg/dL*	< 40 mg/dL*
LCR – Proteína	< 100 mg/dL	< 100 mg/dL	> 100 mg/dL	>100 mg/dL
Procalcitonina (ng/dL)	< 0,25	< 0,25	> 1,0	Incerto
Proteína C-reativa (mg/L)	< 8,0	< 8,0	> 90,0	Incerto
LCR- Bacterioscópico	-	-	+	-
LCR-cultura aeróbia	-	-	+	-
pBAAR	-	-	-	+
Hemocultura	-	-	+	-
HSV-1/2 PCR	-	+	-	-
EV PCR	+	-	-	-

* Como alternativa, considerar glicorraquia < 2/3 da sérica; +: positivo ou detectado; -: negativo ou não detectado; HSV-1/2: vírus herpes simplex 1/2; EV: enterovírus.

Tabela 4 - Padrões laboratoriais das infecções do SNC. (Disponível em Manual de Emergência FMUSP - 2022)

Pela epidemiologia e quadro clínico, deveríamos iniciar imediatamente a antibioticoterapia empírica, usualmente com cefalosporina de terceira geração, com a

suspeita clínica de meningite bacteriana, logo, eu utilizaria na UPA, até que houvesse novas alterações:

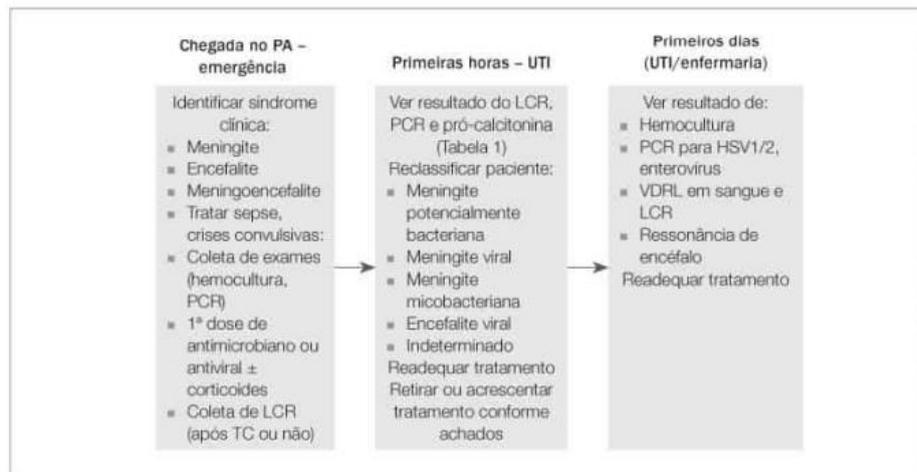
- Ceftriaxona 2 g a cada 12 horas.
- Dexametasona 10 mg a cada 6 horas ou 0,15 mg/kg de dexametasona (por 2-4 dias ou até definição da etiologia da meningite) ou dose equivalente de prednisona juntamente com o antibiótico. A dexametasona deve ser introduzida até 4 horas após o início da antibioticoterapia.

Porém, obviamente o resultado de alguns exames fizeram muita falta nesse contexto, como a avaliação líquórica e da hemocultura! Visto o diagnóstico diferencial de infecções virais. Porém, algo que nos tranquilizaria é que a maioria dos protocolos afirmam a reavaliação diária e readequação terapêutica desses tipos de pacientes, logo, poderíamos entrar com um antiviral assim que pudéssemos ter acesso a essas informações.

Mas infelizmente, não foi acatado essa sugestão pelo plantonista. Nesse caso, o plantonista prescreveu pensando em pneumonia adquirida na comunidade, como ele mesmo disse, e por isso, prescreveu somente 1g, sendo essa, uma subdose para casos de meningite. O prognóstico das meningites é dramaticamente modificado pelo tempo de administração dos antibióticos, e a mortalidade pode aumentar até 15% para cada hora de atraso. A administração precoce de antibióticos é considerada prioridade e deve inclusive preceder a coleta de exames como hemocultura ou LCR quando houver qualquer perspectiva de demora em sua coleta.

Por fim, todos os pacientes com suspeita de meningite bacteriana deveriam permanecer em isolamento respiratório, e nesse caso não foi feito também.

Abaixo está a conduta que eu me basearia, segundo o manual de emergência da USP, e faria se me deparasse com esse caso:

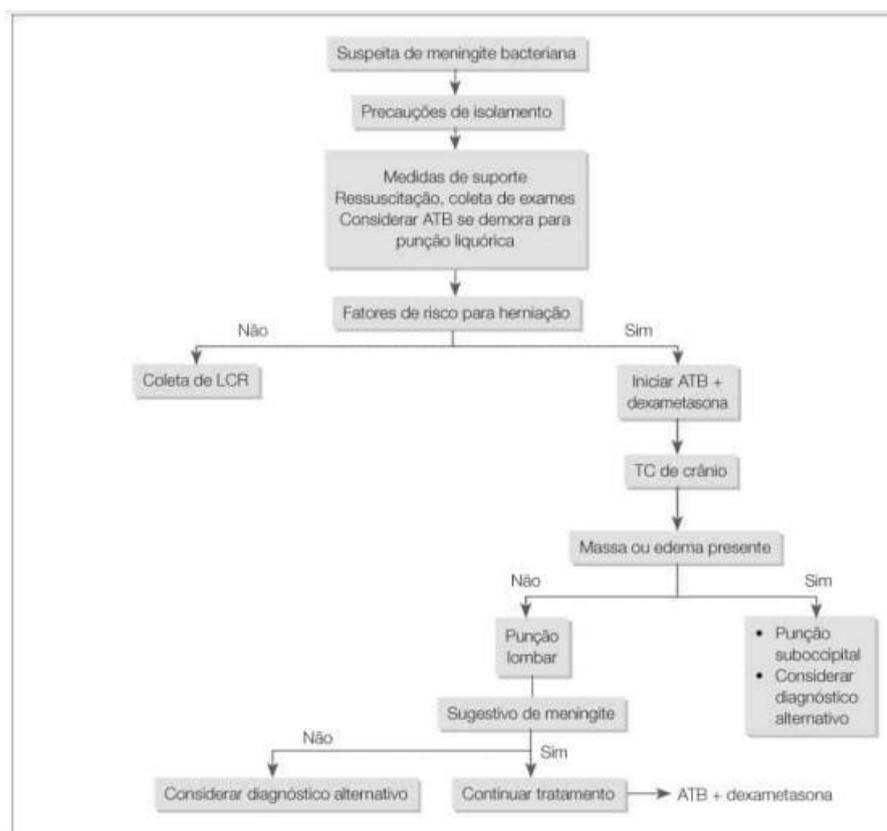


Fluxograma 3 - Atendimento a pacientes com suspeita de neuroinfecção na emergência. (Disponível em Manual de Emergência FMUSP - 2022)

Seguimento e Atualização do Caso

Nosso paciente deu entrada na UPA no final da tarde do dia 12/11/22/, e no dia seguinte (13/11/22) foi solicitada vaga no HMPGL para ele, segundo a avaliação médica em prontuário, o mesmo durante a madrugada não apresentou demais episódios de crise convulsiva, apenas agitação quando acordava, tendo sido realizados medicamentos sedativos (diazepam), impossibilitando avaliação neurológica adequada neste momento, o Glasgow permanecia o mesmo quando o admitimos: pontuando 10 (AO 2 RV 3 RM 5). Saiu da UPA, em relação aos novos exames laboratoriais, com importante acidose mista, ânion GAP aumentado, lactato elevado e discreta leucocitose. Não havia critérios para cetoacidose diabética (glicemia 150 em gasometria, ausência de corpos cetônicos em EAS). Por consequência, na solicitação de vaga apresentava as seguintes hipóteses diagnósticas: crise convulsivas a/e (secundária a acidose?) + acidose mista a/e.

Na admissão do HMGPL foi feito uma IOT+VM, evoluiu com piora do quadro, sendo necessário internação na UTI. Atualmente (05/12/22) está com diagnósticos firmados como: estado de mal epiléptico secundário a meningoencefalite por *Staphilo epidermidis*; Edema cerebral com midríase, em melhora, e meningoencefalite.



Fluxograma 4 - Abordagem das Meningites Bacterianas. Manual de Medicina de Emergência FMUSP (2022)

Desfecho e aprendizados

Sob outra óptica, esse caso nos trouxe uma situação bem emblemática a respeito da comunicação médica com familiares. Isto é, durante o nosso contato, os acompanhantes insistiam em saber se a condição era grave, o que seria feito e se sabíamos o diagnóstico. Como internos, temos que mediar e ter muito cuidado com o que falamos, sempre em consonância com o médico plantonista responsável. E nesse caso, sabíamos que o prognóstico poderia ser ruim, que os sinais não eram estáveis, vide o rebaixamento do nível de consciência. Então antes de passar qualquer informação para os familiares, eu e minha dupla conversamos e entramos em consenso sobre o que e como iríamos abordar, mantendo a seriedade e respeito que aquele caso merecia, uma linha tênue em deixá-los alertas sobre as condições atuais que eram graves, mas, sem matar o paciente previamente, deixando os familiares em situações extremas de preocupação.

3.2 2º CASO: “MINHA MÃE NÃO RESPONDIA”

3.2.1 Anamnese

Identificação: M.W.S.R, 68 anos, feminino, parda, residente em Foz do Iguaçu – PR

Queixa Principal: “minha mãe não respondia”

História da Doença Atual: Paciente trazida do domicílio pelo SAMU, admitida no serviço com rebaixamento de nível de consciência, hemiplégica, hipotensa, hiperglicêmica. Converso com filha da paciente (Marta) que refere que no momento do ocorrido não estavam no domicílio, e que segundo relato do esposo da paciente, a mesma foi ao banheiro e solicitou que o marido fosse buscar uma meia, porém quando retornou a encontrou com episódios de êmeses volumosa com conteúdo alimentar (quadro este iniciado após o almoço). Após isso, evoluiu com queda de mesmo nível batendo a cabeça, e em seguida, começou com hemiplegia esquerda, quando outra familiar chegou ao domicílio tentou banhar a paciente, pois estava sudoreica e com pele fria tendo então acionado equipe do SAMU que regulou paciente para nosso serviço.

História Patológica Progressiva: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM insulino dependente; Hipotireoidismo; Obesidade; Insuficiência Cardíaca;

Nega alergias medicamentosas (sic filha); Nega acidentes e traumas graves; Nega cirurgias prévias; Nega transfusões sanguíneas recentes; Nega infecções ou doenças recentes; Nega história na família;

Medicações de Uso Contínuo: Carvedilol 3,125 mg de 12/12h // Enalapril 20 mg 12/12h // Furosemida 40 mg/manhã // Espironolactona 25 mg/dia // Sulfato ferroso 40mg 2p 12/12h // Levotiroxina 125 mg em jejum // Omeprazol 20 mg/jejum // Metformina 850mg 8/8h // Glibenclamida 5 mg 8/8h // Sinvastatina 40 mg/noite // Insulina NPH 30 UI/manhã e 15 UI noite. -sic

Hábitos de Vida: Ex-tabagista (filha refere que paciente fazia uso esporádico de cigarro, não soube quantificar), nega etilismo. -Sic

3.2.2 Exame Físico

Sinais Vitais: Tax 36°C // SatO2 96% em ar ambiente // HGT 434 mg/dl // FR 20 irpm // FC 42 bpm // PA 70/60 mmHg

Ectoscopia: Mal estado geral, desidratada ++/4+, hipocorada ++/4+, cianose de extremidades, anictérica, eupneico em ar ambiente, afebril, pele fria e pegajosa, sudoreica.

Neurológico: Glasgow 9, paciente com fala com sons incompreensíveis, não responsiva aos comandos verbais, apresentando hemiplegia direita, olhar conjugado à esquerda, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea.

Cardiovascular: RCR 2T BHF S/ sopros - Hemodinamicamente instável s/ DVA - PA: inaudível - TEC > 3 seg - Enchimento capilar lentificado, extremidades frias e mal perfundidas.

Respiratório: MVUA s/ RA - eupneico em ar ambiente - FR: 20irpm - SatO2 95%

Abdominal: globoso as costas de tecido adiposo, depressível, indolor a palpação, RHA +, HGT:434mg/dl

Extremidades: frias e mal perfundidas, panturrilhas livres, sem edemas, pulsos finos e simétricos.

3.2.3 Exames Complementares de Admissão

RESULTADO EXAMES COMPLEMENTARES	
Eletrocardiograma	Não foi achado anexado ao prontuário.
Hemograma	Hb 12,10 g/dL // Ht 36,50 % // Leuco 17.780/mm ³ // Plaq 460.000 /mm ³
Gasometria Arterial	Ph 7,32 // pCO2 50,10 mmHg // pO2 66,40 mmHg // HCO3 25,50 mmol/L // Lact 32,20 mg/dL // Glicose 519 mg/dl
EAS I	glicosúria + proteinúria+ hematúria
Bioquímica	K 3,5 // Na 133,7 // Ur 59 // PCR 0,6 // Cr 1,40 // Mg 1,5
Enzimas	CPK 246 // CKMB 28 //
Hemostasia	KPTT 26,2 // TAP 12,50 // INR 1,06
Culturas	1 e 2 amostras (secreção traqueal, urocultura e hemocultura)
TC Crânio	Estudo tomográfico crânio sem alterações significativas.
TC Tórax	Pequeno / moderado derrame pericárdico. Atelectasia parcial do lobo inferior do pulmão esquerdo. Faixas de atelectasias observadas na base pulmonar direita.

3.2.4 Hipóteses Diagnósticas

Diagnóstico Síndrômico: Rebaixamento do Nível de Consciência

Diagnóstico Etiológico: Choque Cardiogênico por IAM com SST +
Pneumonia por Broncoaspiração + Cetoacidose Diabética

Diagnósticos Diferenciais: TCE + AVC (Isquêmico e Hemorrágico) +
Meningoencefalites + Hematomas + Neoplasias

3.2.5 Conduta Frente ao Caso

- Optado por IOT + VM para proteção de via aérea, realizou procedimento sob indução de midazolam + fentanil e succinilcolina sem intercorrências com tubo nº 8,0 e fixado em rima nº 24, iniciado sedação desmembrada com midazolam 30ml/h + fentanil 3 ml/h.

Paciente acoplada à VM A/C Vol 300ml - Peep 07 - FR: 20 irpm - FiO2 100% - mantendo SatO2: 92% - FC: 72 bpm - PA: 118/80 mmHg em uso de noradrenalina 12 ml/h.

- Puncionado Acesso Venoso Central, em jugular direita sem intercorrências, iniciado noradrenalina 12ml/h.

- Diante do quadro foi prescrito suporte clínico com sintomáticos, (dipirona, ondansetrona e acetilcisteína) e profilaxia para úlcera gástrica com omeprazol.

- Prescrito Antibioticoterapia (27/09): Ceftriaxona e Clindamicina para possível bronca aspiração.

- Solicitadas culturas para investigação de quadros infecciosos e escalonamento de antibioticoterapia, sendo elas cultura de secreção traqueal, urocultura e hemocultura (1 e 2 amostras).

- Foram solicitados exames laboratoriais de admissão, mais o teste de Antígeno COVID.

- Solicitado ECG de admissão;
- Solicitado TC de Crânio e Tórax S/C;
- Solicitado EcoTT e Doppler de Carótidas;
- Solicito vaga de UTI;

3.2.6 Discussão do caso

Por que escolhi esse caso?

Ao vivenciar essa situação clínica, pude refletir e aprender sobre importantes aspectos dentro do atendimento ao paciente no departamento de emergência, quem sabe até itens que não aprendi durante a parte teórica da graduação, que gostaria de compartilhar nessa sessão. Em consequência disso, essa discussão pretende abordar: o atendimento em caso de rebaixamento do nível de consciência, a dificuldade de firmar alguns diagnósticos sem acolher a subjetividade do paciente durante o exame clínico, a problemática de dar seguimentos para serviços especializados no município, quais os critérios necessários para internar um paciente em uma unidade de terapia intensiva.

Introdução

Define-se consciência como um perfeito conhecimento de si próprio e do ambiente. Estados alterados de consciência são comuns na prática clínica e têm uma grande quantidade de etiologias, sendo, portanto, um diagnóstico sindrômico e não etiológico. No entanto, independentemente da etiologia, a presença de alteração de consciência é sempre indicativa de gravidade, pois traduz uma falência dos mecanismos de manutenção da consciência.

No caso proposto, temos uma mulher idosa, de 68 anos, admitida no serviço em estado grave, apresentando rebaixamento de nível de consciência a esclarecer após episódios de êmese iniciados após almoço, e história de ter batido cabeça no chão. No momento da admissão apresentava PA inaudível, cianose de extremidades, hemiplegia, hiperglicêmica.

Estabilização inicial do paciente com Rebaixamento Agudo do Nível de Consciência

Nossa paciente chegou apresentando um rebaixamento agudo do nível de consciência, assim que saiu da SAMU, então em parceria com o médico plantonista e a equipe, tentamos agir da forma mais rápida possível! Colocamos a paciente no leito de emergência, iniciamos a monitorização contínua da mesma, enquanto um interno foi colher as informações com a acompanhante, o outro trouxe o carrinho de parada

cardiorrespiratória para próximo, os técnicos de enfermagem preparavam os equipamentos e drogas para intubação orotraqueal, que era prioridade naquele momento. Portanto, a abordagem do ABCD primário e secundário foram seguidos de forma restrita naquele momento, principalmente em garantir a patência das vias aéreas e oxigenação adequada, logo em seguida seria feito a punção venosa central em jugular direita, para garantir estabilidade hemodinâmica. Mas enquanto isso não acontecia, as punções periféricas eram feitas e as coletas para exames laboratoriais também. Foi feito glicemia capilar, pois houvesse uma hipoglicemia a mesma deveria ser tratada com (100 mL IV de soro glicosado 50%), mas a mesma apresentou hiperglicemia, que viria a ser tratada depois.

Em relação a sequência rápida de intubação, gostaria de fazer, mas infelizmente não pude. Então observando vi que por mais que a paciente não possuía um Glasgow igual ou menor que 8, no qual é a indicação absoluta para IOT+VM, foi optado para proteção de via aérea mesmo que a pontuação dela fosse 9. O procedimento foi muito rápido, realizado sob indução de midazolam + fentanil e succinilcolina, sem nenhuma intercorrência, com tubo nº 8,0 e fixado em rima nº 24. Após isso, foi iniciado sedação desmembrada, que eles chamam de padrão fentamida, com midazolam 30ml/h + fentanil 3 ml/h. Após isso, foi acoplada à VM com o seguintes parâmetros: Vol 300ml - Peep 07 FR: 20 irpm - FiO2 100% - mantendo SatO2: 92% . Logo, aproveitei também para checar as indicações e contraindicações de IOT.

- As principais indicações de IOT são:
 - Procedimentos e cirurgias;
 - Impossibilidade de manter via aérea pérvia (como no RNC);
 - Insuficiência respiratória aguda grave e refratária;
 - Hipoxia e/ou hypercapnia;
 - Escala de Coma de Glasgow (GCS) \leq 8;
 - Instabilidade hemodinâmica grave ou parada cardiorrespiratória;
 - Antecipação de piora em pacientes queimados ou em pacientes com visível desconforto respiratório que poderão entrar em fadiga da musculatura respiratória;
- As principais contraindicações de IOT são:
 - A única contraindicação absoluta é: transecção de traqueia!

Após realizado IOT + VM, foi feito o procedimento de inserção de cateter venoso central na jugular direita, sem intercorrências para administração de drogas vasoativas, devido ao calibre desses vasos serem maiores, sendo administrado Noradrenalina 12 ml/h, resultando em uma PA de 118/80 mmHg e FC de 72bpm. Terminado os procedimentos necessários, iniciamos as investigações etiológicas por imagem, já que a principal suspeita da disfunção neurológica era AVC (estrutural e vascular), e também tinha história de TCE por queda da própria altura, deveríamos realizar TC imediatamente após a estabilização clínica.

Anamnese

Um paciente que apresenta RNC dificilmente conseguirá fornecer uma história adequada ou confiável, nesse caso, era impossível realizar uma entrevista com a paciente, que saiu da SAMU rebaixada e tendo que realizar uma IOT emergente. Assim, nossas informações foram coletadas da acompanhante (filha) e dos profissionais do serviço móvel. Por consequência, nesses casos é interessante entender os achados da cena do atendimento inicial, caso o paciente seja encontrado desacordado, por isso, foi perguntado se havia resquícios de abuso de drogas/álcool/medicamentos, se havia sangramento (principalmente por TCE), liberação de esfíncter com urinas e fezes no local (devido a crise convulsiva), mas toda essas informações foram negadas.

Sob a mesma lógica da investigação, foi questionado como se deu o início da instalação dessa alteração do nível de consciência, visto que, um início súbito poderíamos pensar em causas mais agudas como AVC, crise convulsiva, alteração cardíaca, intoxicação. Enquanto uma progressão mais lenta poderíamos levar para o lado de um processo infeccioso, alterações metabólicas ou tumores cranianos, por exemplo. Por consequência, a filha falou que a mãe não havia apresentado queixas anteriores, somente naquele dia, ou seja, era aguda, sendo então relatados os episódios de êmeses volumosa com conteúdo alimentar (quadro este iniciado após o almoço). E que após isso, evoluiu com queda de mesmo nível batendo a cabeça, e em seguida, começou com hemiplegia esquerda, sudorese e pele fria. Outros sintomas que precedam o RNC também são imprescindíveis, mas nesse caso foram negados: cefaleia intensa de início súbito (pensando em hemorragia intracraniana,

trombose venosa central ou dissecação de artéria cervical), febre, infecções prévias, sintomas respiratórios (sepsis, meningoencefalites).

Dando seguimento, a história médica pregressa foi questionada e colhida de forma cuidadosa, pois trata-se de uma mulher idosa, que foram relatadas comorbidades importantes (diabetes melitus insulino dependente, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, hipotireoidismo e obesidade!). Só por isso, nos abriria um leque de possibilidades etiológicas para o quadro de RNC, sendo eles: causas cardiovasculares, acidentes vasculares, hemorragias, alterações metabólicas endócrinas e sistêmicas (hiponatremia, hipoglicemia ou hiperglicemia, hipercalemia). Por outro lado, os medicamentos de uso contínuo também receberam atenção especial, pois alterações recentes de medicamentos e ajustes de doses poderiam justificar o quadro, um exemplo seria uma intoxicação ou disfunção de algum sistema orgânico (Ex: aumento de dosagem de antiplaquetários ou anticoagulantes). Além do histórico médico do paciente, descrevendo outros fatores de risco, de tal forma, que nos foram negados infecções prévias (Ex: dengue, COVID, malária etc), traumas importantes antes do ocorrido (Ex: acidentes), transfusões sanguíneas e cirurgias prévias (Ex: cirurgias neurológicas), doenças familiares (neoplasias, epilepsia etc). Por fim, foi pedido sobre seus hábitos de vida, sendo relatado que paciente era ex-tabagista (filha refere que paciente fazia uso esporádico de cigarro, mas não soube quantificar) e negou etilismo, então não poderíamos pensar em abuso de drogas ou álcool.

Exame Físico

O exame físico dessa paciente feito de forma sistemática haja vista a gama de possíveis hipóteses diagnósticas. Começando com a avaliação dos **sinais vitais**, seguido pela solicitação da medida da **glicemia capilar**, nesse caso, apontavam várias alterações significativas, por exemplo não havia febre (Tax 36°C), estava saturando e com uma frequência respiratória adequada em ar ambiente (SatO2 96% - FR 20 irpm). Porém, apresentou uma hiperglicemia importante (HGT 434 mg/dl), e alterações cardiovasculares alarmantes (FC 42 bpm e PA 70/60 mmHg).

A ectoscopia, procuramos por alterações de pele e sinais de traumas, visto que havia um relato de queda da própria altura, que poderia explicar esse RNC. Porém, não encontramos sinais de fratura da base de crânio que explicassem um TCE

grave, por exemplo, como: equimose periorbital, edema e descoloramento da mastoide atrás da orelha, hemotímpano, perda de liquor cefalorraquidiano pelo nariz (rinorreia) ou ouvido (otorreia), tecidos edemaciados ou mesmo depressão do crânio por fraturas. Já o estado da mucosa oral poderia informar sobre estado de hidratação ou apontar para síndromes tóxicas específicas, e lacerações da língua podem sugerir crise convulsiva recente, mas não havia alteração. A paciente não apresentava um bócio que levantasse suspeita de coma mixedematoso ou tempestade tireoidiana. Não havia sinais de uso de drogas injetáveis, exantemas ou de infecção. Todavia, presenciemos a apresentação de palidez, cianose de extremidades, pele fria e pegajosa, além de estar sudoreica.

O exame neurológico do paciente com alteração de consciência foi rápido e objetivo, levando a respostas imediatas quanto à necessidade, ou não, de investigação e quanto à conduta a ser tomada. Em relação ao seu exame neurológico, esse apresentou várias alterações, que inclusive guiaram o médico plantonista a na sua conduta para realização de uma IOT+VM, para proteger vias aéreas por queda de língua, e conseqüentemente, a sua investigação por causa neurológica. Havia alterações de: Glasgow 9, paciente apresentava fala com sons incompreensíveis, não responsiva aos comandos verbais, apresentando hemiplegia direita, olhar conjugado à esquerda, pupilas isofotorreagentes, mas sem sinais de irritação meníngea.

Sobre seu exame cardiovascular, juntamente aos sinais vitais relatados, apresentava bradicardia e hipotensão, a PA por muitas vezes era inaudível, bem como ausculta das bulhas cardíacas. Nesse momento, eu achei que esses dados foram negligenciados, no qual o responsável só queria corrigi-los com o uso de DVA, e não fez associação com a possível hipótese diagnóstica. Assim, poderíamos já fazer algumas associações, pois a combinação de hipertensão e bradicardia é conhecida como reflexo de Cushing e sugere elevação na pressão intracraniana, se houvesse hipertensão poderia ser um sinal de, por exemplo, intoxicação (principalmente por cocaína), abstinências (álcool ou opioides), infarto cerebral ou do tronco encefálico, subaracnóidea, síndrome da encefalopatia posterior reversível (PRES) ou elevação da pressão intracraniana (HIC), mas não era o caso de nenhuma dessas apresentações. Pelo contrário, ela tinha uma bradicardia importante, enchimento capilar lentificado, extremidades frias e mal perfundidas, pulsos finos, concomitantes a hipotensão. Por isso, deveria ser vista também como uma anormalidade no sistema

de condução cardíaco, isquemia miocárdica ou overdose de medicamentos, como betabloqueadores, bloqueadores de canais de cálcio, clonidina ou digitálicos (em relação a overdose de medicamentos, era pouco provável). Além disso, a hipotensão associada a RNC aponta para choque resultando em hipoperfusão cerebral. Mas essa impressão infelizmente não foi feita, sendo apegada ao diagnóstico neurológico.

Alterações na ausculta pulmonar ou da parede torácica poderiam indicar uma causa pulmonar do RNC, porém, não havia alterações na frequência respiratória ou no seu padrão de profundidade, e nem da sua saturação periférica (FR 20irpm // Sat O2 96% em AA), que são geralmente causadas por anormalidades primárias do SNC ou por causa toxico metabólicas. Além disso, não havia alterações na ausculta pulmonar, que apresentava ruídos hidroaéreos bilateralmente distribuídos, sem ruídos adventícios, mas talvez pelo momento, isso tenha passado despercebido, porque a paciente tinha sido intubada, e muitas vezes o VM atrapalha a ausculta. Na questão do padrão da respiração, temos o de Kussmaul, com inspiração rápida e profunda, pode ser encontrada em pacientes com acidose metabólica grave, especialmente em cetoacidose metabólica, apesar do seu HGT está elevado (434), não apresentava essa alteração. Por outro lado, poderíamos ter padrão de Cheyne-Stokes, com episódios de aumento e lentificação gradual intercalados por período de apneia, é visto em AVC e insuficiência cardíaca, mas também não era o caso.

O exame de abdome foi inocente, sem alterações que justificassem aquele quadro. Mas segundo a literatura, poderia revelar ascite ou hepatoesplenomegalia, sugerindo uma causa hepática, ou massa pulsátil, indicando presença de aneurisma de aorta abdominal. Já o achado de icterícia, eritema palmar, aranhas vasculares ou sinal da cabeça de medusa em paciente com RNC, deve levantar a suspeita de encefalopatia hepática como causa. Distensão da bexiga e redução de ruídos hidroaéreos podem apontar para uma síndrome anticolinérgica.

Exames Complementares X Diagnóstico Diferenciais

Grupos ou condições	Etiologias	
1. Trauma cranioencefálico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesão penetrante ▪ Contusão cerebral e/ou hemorragia intracerebral e/ou hemorragia subaracnóidea 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hematoma epidural e/ou hematoma subdural ▪ Lesão axonal difusa com edema cerebral
2. Vasculares ou estruturais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AVC isquêmico: de tronco, cerebelo ou hemisférico ▪ AVC hemorrágico: de tronco, cerebelo ou supratentorial extenso ▪ Hemorragia subaracnóidea ▪ Hematoma subdural ou epidural espontâneo (sem trauma conhecido) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hidrocefalia aguda ▪ Trombose de seio venoso cerebral (trombose venosa central) ▪ Tumores supratentoriais com desvio de linha média ▪ Tumores de fossa posterior
3. Infecções	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seps e choque séptico ▪ Meningites ▪ Encefalites ▪ Abscessos cerebrais ou empiema 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Malária cerebral ▪ Infecções com acometimento de tronco cerebral ▪ Trombose séptica de seio venoso cerebral

4. Epiléptica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado epiléptico clássico (convulsivo) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado epiléptico não convulsivo
5. Metabólicas, endócrinas ou sistêmicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Choque de qualquer etiologia ▪ Hipoglicemia ou hiperglicemia ▪ Hipoxemia e/ou hipercapnia ▪ Uremia ▪ Hipercalcemia ▪ Hiponatremia ou hipernatremia ▪ Insuficiência adrenal aguda (crise addisoniana) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoplexia hipofisária ▪ Formas graves de hipotireoidismo ou hipertireoidismo ▪ Encefalopatia hepática ▪ Encefalopatia hipertensiva ▪ Eclâmpsia ▪ Púrpura trombocitopênica trombótica ▪ Porfíria
6. Intoxicações agudas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Álcoois tóxicos: metanol, etilenoglicol e paraldeído ▪ Anticolinérgicos ▪ Anticonvulsivantes ▪ Antidepressivos tricíclicos, serotoninérgicos ou inibidores da MAO ▪ Anti-histamínicos ▪ Antipsicóticos ▪ Benzodiazepínicos, barbitúricos e drogas sedativas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cianeto ▪ Cocaína, anfetaminas e derivados ▪ Etanol ▪ Lítio ▪ LSD ▪ Monóxido de carbono ▪ Opioides: morfina, heroína ▪ Organofosforados e carbamatos ▪ Salicilatos ▪ Teofilina e aminofilina
7. Outras	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vasculites do SNC ▪ Encefalomielite disseminada aguda 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipotermia ▪ Síndromes hipertérmicas

AVC: acidente vascular cerebral; LSD: dietilamida do ácido lisérgico; MAO: monoamina oxidase; SNC: sistema nervoso central.

Tabela 4 - Causas de RNC e coma (Disponível em Manual de Emergência FMUSP 2022).

No caso dessa paciente, uma gama de análises foi solicitada para investigar a(s) causa(s) podendo ser elas: tóxicas, metabólicas, endócrinas, vasculares, infecciosas, estruturais, neurológicas, cardiovasculares, ou sistêmicas, de acordo com a tabela de possíveis etiologias de RNC e coma, anexada acima. Como estávamos no pronto socorro do HMPGL, o acesso aos exames complementares foi mais fácil que quando estávamos na UPA. Sendo assim, construí uma tabela buscando organizar o meu raciocínio clínico de hipóteses diferenciais, de acordo com o que foi solicitado em consonância com os resultados:

RESULTADO EXAMES COMPLEMENTARES X RELAÇÕES COM OS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS	
Antígeno COVID	Foi solicitado, pois estamos em um contexto ainda pandêmico, que um RNC poderia ser explicado por essa etiologia, mas o resultado veio negativo. Além disso, não bate muito com a clínica da paciente, que não se queixou de sintomas de síndrome gripal.
Hemograma	Foi pedido, mas apenas apresentou leucocitose, sem desvio a esquerda, às custas de aumento de segmentados (79 % - 14.046,20) /mm ³ e neutrófilos (79 % 14.046,20 /mm ³). Nesse caso, poderíamos pensar em meningoencefalites, sepse e choque séptico que possui alteração no leucograma. Porém, a médica plantonista justificou a alteração pela hipótese de bronco aspiração decorrente do RNC, pois o aumento do número desses corpos no hemograma completo também pode ter como causa inflamações, tumores, hemorragias, uso de certos medicamentos, entre outras.
Gasometria Arterial	Foi solicitado e apresentou alterações importante: acidose respiratória (pH 7,32 às custas de PCO ₂ 50,10 mmHg, sem redução de bicarbonato que estava (25,50 mmol/L) + hipoxemia leve, pois pO ₂ 66,40 e lactato 32,20 mg/dL + glicemia no valor de 519 mg/dl. Esse exame é muito importante no diagnóstico de choque,

	cetoacidose diabética (CAD) e hipoxemia, etiologias essas que poderiam explicar também o RNC.
EAS I	Foi solicitado e apresentou glicosúria (+++), proteinúria (++) e hematúria (++) . Fundamental no diagnóstico (como CAD), suspeita de sepse de foco urinário, e síndromes que envolvem a nefrologia e seus tratamentos (hipernatremia, hiponatremia etc).
PCR	Foi solicitado, visando avaliar se o organismo estava passando por um processo inflamatório, geralmente, decorrente de alguma infecção, traumatismo, doença reumática, entre outras condições, que explicassem o RNC. Porém vale ressaltar que a paciente tinha várias comorbidades que poderiam alterar por si só esse quantitativo. Todavia, esse resultado veio dentro da normalidade (0,6 mg/dL)
Eletrólitos	Foi solicitado eletrólitos, mas não apresentaram alterações significativas que explicassem a etiologia em questão, inclusive senti falta da avaliação do cálcio, pois hipercalemia entra como hipótese diagnóstica diferencial. Necessário no manejo de síndromes que envolvem a nefrologia e seus tratamentos (hipernatremia, hiponatremia etc).
Função Renal	Foi solicitada, na qual veio alterado ureia (59) e creatinina (1,40), provavelmente por complicações das comorbidades com LOA. Sendo muito

	<p>importante na avaliação de infusão de medicamentos e de expansão volêmica, principalmente porque é uma paciente cardiopata, apresentando hipotensão e bradicardia, logo, o a hidratação deve ser criteriosa.</p>
<p>Função e Enzimas Hepáticas</p>	<p>Foi solicitada somente bilirrubinas totais e frações, na qual não apresentaram alterações significativas que explicassem o RNC (Bilirrubina Total 0,70 mg/dL // Bilirrubina Direta 0,60 mg/dL // Bilirrubina Indireta 0,10 mg/dL) essa pesquisa almejaria o diagnóstico diferencial de encefalopatia hepática, por exemplo. Senti falta de fosfatase alcalina, TGO e TGP nesse caso.</p>
<p>Enzimas Cardíacas e Peptídeos Natriuréticos (NT-proBnP</p>	<p>Foram solicitadas, de modo que algumas apresentaram alteração importantes! Como a CPK 246 e a CKMB 28. Eu tenho a hipótese que essas enzimas passaram despercebidas pelos médicos plantonistas, isso porque essa paciente chegou exatamente na passagem de um plantão para o outro, e por mais que tenha sido pedido essas dosagens elas não foram avaliadas de acordo com a clinica da paciente! Que poderia ajudar muito nesse quadro, pois a paciente estava claramente CHOCADA, de acordo com sinais vitais, quadro clinico e exames laboratoriais. E não lembraram que o choque cardiogênico poderia ser a cereja do bolo nesse caso.</p> <p>Além disso, não foram pedidos Troponina I, acredito que pela falta de</p>

	<p>análise do eletrocardiograma, e nem os Peptídeos Natriuréticos (NT -proBNP) que são indicados para pacientes com histórico de ICC.</p>
Coagulograma	<p>Foi solicitado e muito necessário para avaliação de tratamento e prevenção de trombozes e embolias, principalmente se a suspeita era AVC no qual necessita de intervenções hemodinâmicas, e a paciente era repleta de comorbidades, logo, vieram inalterados, com valores de KPTT 26,2 // TAP 12,50 // INR 1,06 dentro da normalidade.</p>
Culturas + Antibiograma +SRAG	<p>Foram solicitadas 1 e 2 amostras de secreção traqueal (visando a broncoaspiração) e urocultura e hemocultura, visando possível choque séptico. Não houve desenvolvimento de microrganismos patogênicos em 5 dias de incubação da hemocultura e urocultura. Todavia, esses exames são os que mais demora sair o resultado, então não devemos atrasar o tratamento desses pacientes por esse motivo, tanto que o médico responsável iniciou ATB de forma empírica, logo após o resultado, podemos escalonar e fazer melhores esquemas antimicrobianos.</p>
Observação:	<p>Poderia ser necessários outros exames como: exames toxicológicos, dosagem de anticonvulsivantes em epiléticos, dosagem de hormônios tireoidianos, hormônios adrenais etc caso a clínica não fosse clara e os achados não</p>

	batessem com os exames complementares que tínhamos, mas não foi esse caso.
Eletrocardiograma de Admissão	Apesar de ter sido solicitado e registrado no prontuário da paciente., o ECG de admissão dessa paciente não se encontra em nenhum arquivo do HMPGL. Temos duas hipóteses nesse caso: primeiro, na hora da intubação e do acesso central não foi feito, pelo caos que foi a sua chegada. Ou segundo, foi feito, mas se perdeu no meio dos prontuários do outros pacientes.
Tomografia de Crânio (27/09/22)	Foi solicitado o estudo da TC sem contraste de crânio, na qual, pelo laudo se mostrou sem alterações significativas. Sendo assim, se descartava por hora, todas as hipóteses que envolviam alterações vasculares e de estruturas neurológicas que explicassem aquele RNC: como AVCs, hemorragias, neoplasias, hematomas, complicações de TCE, alterações por meningoencefalites. E agora José?
Tomografia de Tórax (27/09/22)	Foi solicitado o estudo da TC sem contraste de Tórax, na qual evidenciou: pequeno / moderado derrame pericárdico; atelectasia parcial do lobo inferior do pulmão esquerdo; faixas de atelectasias observadas na base pulmonar direita. Bom, quando conversei com o plantonista, o mesmo me falou que essa pesquisa visava a bronco aspiração, que de fato foi evidenciada pelas faixas de atelectasias. Por consequência, acredito que o pedido de EcoTT e Doppler

	de Carótidas (estudos ultrassonográficos), foram pautados dentro da possibilidade de uma insuficiência cardíaca descompensada + achados de derrame pericárdio.
Punção Liquórica	Não foi realizada, pois não era compatível com a clínica, logo sem indicação. Todavia, pensando no diagnóstico diferencial de doenças inflamatórias, infecciosas e neoplásicas do sistema nervoso central, podendo confirmar uma hemorragia subaracnóidea. Eu faria se estivesse pensando em meningite e/ou encefalite nesse caso, mas não havia história de febre e cefaleia de início agudo.
Eletroencefalograma de urgência	Não foi solicitado, pois eletroencefalograma só deve ser realizado se um diagnóstico não foi encontrado com os exames de imagem e liquórica, e ainda, é mais indicado em estado epiléptico não convulsivo. O que não se encaixaria nessa clínica.

Abordagem inicial, diagnóstico real e seguimento

Em relação a conduta de estabilização, eu acho que tudo foi feito com maestria, pois pude ver o protocolo ABCDE + MOV sendo aplicado. Além disso, o tratamento da broncoaspiração também certo, visto que essa ocorre facilmente em pacientes em rebaixamento do nível de consciência, devido a infiltração de partículas alimentares, fluidos da orofaringe, ou conteúdos gástricos em vias aéreas inferiores, podendo desencadear pneumonia infecciosa, pneumonite química, síndrome da angústia respiratória, até mesmo necessidade de reintubação. Logo sendo comprovada pela TC de Tórax, que apresentou as faixas de atelectasias, o uso do antibiótico é pautado pela literatura.

Já tecida alguns comentários durante a escrita desse caso clínico, quando participei da admissão dessa paciente, observei várias condutas questionáveis. Primeiramente, uma coisa que eu senti falta e que coloquei nesse caso foi o diagnóstico de cetoacidose diabética (CAD), isso porque durante a admissão da paciente, a mesma apresentava glicemia capilar de 417 mg/dl, que inclusive poderia estar associada ao quadro de RNC! E após gasometria arterial, apresentou hiperglicemia (HGT 519 mg/dl) porém sem baixa de bicarbonato e com uma parcial de urina apontando cetonúria. De modo que calculando o ânion GAP o resultado foi 17, favorável também ao diagnóstico. Logo, poderíamos firmar o diagnóstico de CAD, mas isso não foi registrado no prontuário, todavia estava prescrito o uso de insulina regular com a administração de fluidos, e por sua sorte o potássio estava em 3,7 mmol/L, sendo indicado o uso de insulina regular e isso já serviria como tratamento do caso dela. A minha dúvida seria se usaríamos a bomba de infusão contínua de insulina, porém conforme a literatura, somente nos casos em que o pH é menor que 6,9. No seu caso o pH estava 7,32.

Dando continuidade, a segunda coisa que me chamou atenção foi o vício em relação a uma hipótese diagnóstica principal, sendo essa a causa do RNC por acidente vascular cerebral a esclarecer. Todavia, quando a paciente chegou, ela estava em estado de rebaixamento do nível de consciência, não conseguia se comunicar e colaborar, tanto em relação a história quanto ao exame físico, apresentando por si só sinais vitais instáveis, principalmente hemodinâmico, e por isso, foi optado por uma IOT e pela PVC de urgência, por via de proteção de vias aéreas e estabilização hemodinâmica. Além disso, a acompanhante (filha) que foi a informante da anamnese não passou o dia com a paciente (mãe), então não sabia o quadro prévio. Por consequência, tínhamos um cenário de dados incertos.

Somando-se a isso, esse caso chegou na nossa mão no pior momento possível do dia, não que isso justifique, jamais! Mas só quem vive no ambiente hospitalar sabe o quão caótico e esperado é a passagem de plantão. Então, tudo nesse caso foi feito as pressas, as solicitações de exame, os registros no prontuário, as coletas de informações, e a passagem de plantão para a outra equipe. Mesmo, que ao meu ver, essa seja uma das nossas maiores prioridades dentro dos serviços de saúde, o seguimento do paciente, a sua integralidade, a coordenação das condutas, isso é deixado a desejar muitas vezes e nem ensinado nas nossas instituições de

ensino (como se organizar, quais são as informações necessárias e como deveria ser uma passagem de plantão?). Por isso quis trazer esse caso, porque ele poderia ter tido um um prognóstico, talvez, muito melhor, se não houvesse esse tipo de intercorrência.

Sob a mesma óptica, fazendo um resumo e avaliando os principais achados da abordagem dessa paciente temos: mulher, 68 anos, repleta de fatores de risco (ICC, HAS, DM, obesidade, hipotireoidismo), queixa-se de êmese pós prandial, evoluindo com queda da própria altura, hemiplegia, rebaixamento do nível de consciência, sudorese e pele fria. De modo que, chega no OS apresentando sinais vitais instáveis (HGT 434, bradicardia de 42 bpm, e hipotensão com pressão arterial de 70/60mmHg), e ao exame físico: palidez cutânea, glasgow 9, bulhas hipofonéticas, tec lentificado, cianose, extremidades frias e mal perfundidas. Olha, eu automaticamente pensaria em ver um ELETROCARDIOGRAMA dessa paciente, porque pensaria em infarto agudo do miocárdio, até porque, mesmo que não há dor torácica típica, uma paciente com todos essas comorbidades, dificilmente faria um quadro típico de IAM (lembro do professor Zarpelon falando isso no meu ouvido). Mas tudo bem, ela precisava passar por dois procedimentos emergentes que foi a IOT e a PVC, e foram feitos, sem intercorrências, inclusive, estabilizou ela no momento, e é isso que o protocolo de atendimento em UE preconiza.

Todavia, a maior problemática aqui foi a irresponsabilidade de solicitar um eletrocardiograma, e isso ta registrado em prontuário, no qual não foi avaliado em nenhum momento, então, o aprendizado é, se você solicita um ECG, você coloca o que você viu nele no prontuário, mas são poucos que fazem isso. A hipótese diagnóstica de um evento cardiovascular isquêmico agudo, sendo a causa daquele RNC, poderia ter sido elencado nas primeiras horas, sem grandes esforços, sendo feito um fluxo digno e correto para o tratamento daquela moléstia. Pois mesmo que o plantonista que fez a admissão não quisesse terminar o caso, e isso não justificaria, poderia ter passado isso para o próximo, mas não foi feito. Além disso, quando pediram os exames laboratoriais, caso estivessem atentos ao quadro daquela paciente, houveram outras sinalizações para essa causa etiológica dessa natureza. Por exemplo, e elevação das enzimas cardíacas CPK e CKMB, com consequência pesquisa de elevação de Troponina I (que foi pedida somente no outro dia, passado horas e horas de internação). Além disso, com a saída da TC de Crânio sem

alterações, e os resultados dos outros laboratórios, essa hipótese diagnóstica já deveria ter sido derrubada, mas acredito que ficou muito difícil voltar atrás e pensar em um “simples” ECG, já que esse é feito e apontado alterações nas primeiras horas da admissão.

Foi então, que no dia seguinte, passado 12 horas de quando eu estava de plantão, que abordei o médico plantonista do dia, e falei que havia visto aquela paciente sendo admitida, por conseguinte, me interessei pelo caso e estava o acompanhando, relatei como foi sua chegada, sua história clínica e os achados. Mas, que não conseguia dar seguimento com a pesquisa etiológica e estabilização da mesma, visto que havia o que tínhamos não batia com os exames laboratoriais já feitos, e que seus sinais vitais não apresentavam melhoras! Isto é, a paciente estava sob uso de noradrenalina 15 ml/h + dobutamina 5mcg/kg/min, considerada altas concentrações, e ainda assim, apresentava episódios de hipotensão e bradicardia. Foi então que decidimos realizar um ECG daquela paciente, pois não achamos o realizado na admissão, mesmo que solicitado em prontuário, de modo que ele apresentou um Infarto Agudo do Miocárdio com supra de seguimento ST, nas derivações V2, V3, V4 e V5, e ao realizar o pedido de Troponina I, mensurando 206.500, podemos corroborar a hipótese que nossa paciente havia sido vítima de um choque cardiogênico.

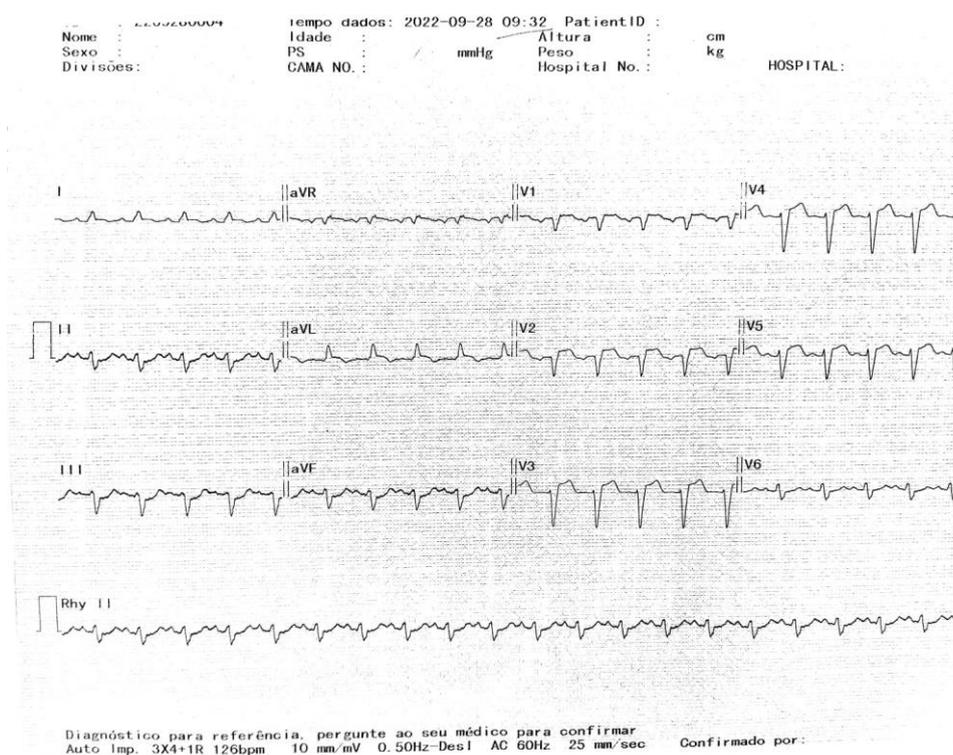
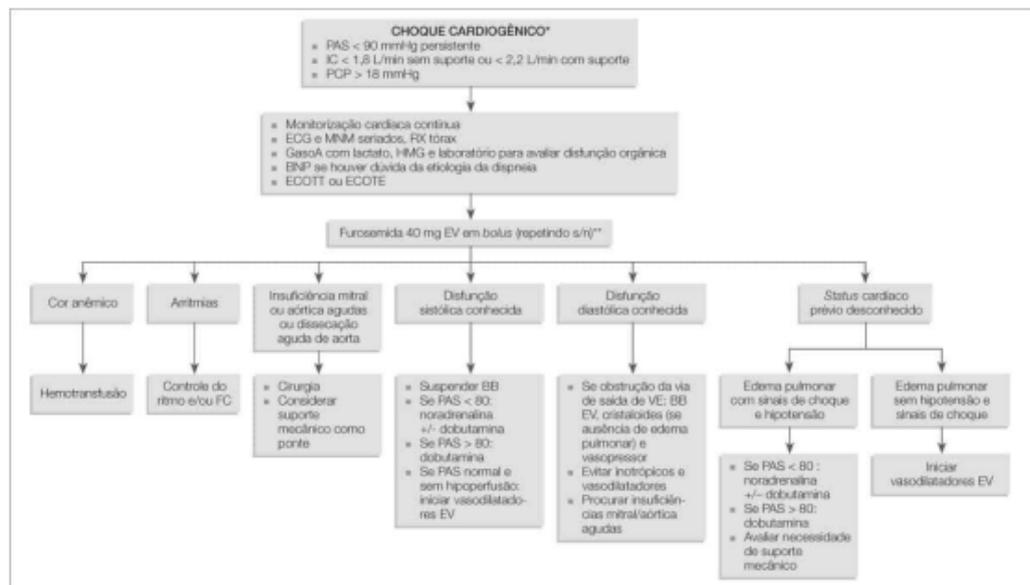


Foto 2 - Eletrocardiograma apresentando IAM C/ SST, realizado no dia 28/09/22. (Arquivo de prontuário)

Observamos conforme o fluxograma abaixo, segundo o manual de emergência da FMUSP, que o manejo do choque de forma geral foi feito, todavia, por ele ser de origem cardiogênico naquele momento, dentro do HMPGL, foi incompleto. Pois, apesar de algumas medidas terem sido realizadas e solicitadas, como os exames laboratoriais, o ECOTT e as pesquisas por Doppler, feita ressuscitação volêmica com cristaloides, realizado PVC para infusão de drogas vasoativas, já que a infusão de noradrenalina e dobutamina são recomendadas, IOT para proteção de vias aéreas e otimização do oxigênio etc. Todavia, não foi feita uma conduta efetiva para o diagnóstico etiológico, que demandava de eletrocardiogramas e marcadores de necrose cardíaca seriados, no qual não foram feitos, sendo esse, inclusive o maior erro do atraso do diagnóstico do IAM. Bem como, não foram solicitados Nt Pro-BnP e raio-x de tórax, no momento da admissão, para averiguar se havia IC descompensada, e por fim, não foi prescrito diurético, nesse caso Furosemida, como preconizado. Essa última conduta, conforme salienta a literatura, pelo fato do paciente chegar com sinais e sintomas de hipoperfusão, causa medo nos profissionais, além do mais, essa paciente não apresentou congestão pulmonar (crepitante a ausculta), então acredito que por isso não foi acatada.



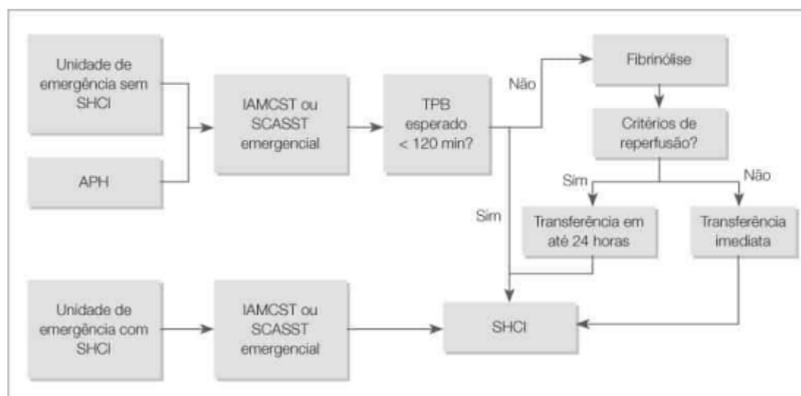
▷ FIGURA 13 Choque cardiogênico.

* Esses são os critérios diagnósticos hemodinâmicos, que definem o choque cardiogênico, mas na prática o paciente chega com sinais de hipoperfusão sistêmica, hipotensão arterial e congestão pulmonar. ** Em pacientes que utilizam furosemida em casa, usar o dobro da dose crônica.

BB: betabloqueador; BIA: balão intra-aórtico; BNP: peptídeo natriurético cerebral; ECG: eletrocardiograma; ECOTE: ecocardiograma transesofágico; ECOTT: ecocardiograma transtorácico; FC: frequência cardíaca; GasoA: gasometria arterial; IC: índice cardíaco; HMG: hemograma; MNM: marcadores de necrose miocárdica; PAS: pressão arterial sistólica; PCP: pressão capilar pulmonar; RX: raio X; VE: ventrículo esquerdo.

Fluxograma 5 - Manejo choque cardiogênico. (Disponível em Manual de Emergência FMUSP - 2022)

Após isso, fizemos o seguimento correto da paciente para o HMHCC, que é a referência na região para situações de urgência e emergência cardiológicas, como sugere o fluxograma abaixo. Desse modo, nosso seguimento acabaria naquele momento, pois não havíamos mais o que fazer dentro daquela clínica, além de não termos acesso aos prontuários desse serviço, para averiguar seu desfecho clínico.



▷ FIGURA 6 Algoritmo para decisão de transferência para serviço de hemodinâmica e cardiologia intervencionista (SHCI).

APH: atendimento pré-hospitalar; IAMCST: infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST; SCASST: síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento do segmento ST; TPB: tempo porta-balão.

Por fim, se eu fosse o médico dessa paciente, e se ela não estivesse intubada, por exemplo em uma UPA, teria pedido um ECG logo após procedimentos de estabilização, e uma vez identificado o supra desnivelamento significativo no ECG, já que a mesma não possuía tempo porta balão (<120 minutos do início do quadro) para fibrinólise, iniciaria as ações para tratamento, independentemente do resultado de troponina. Neste caso: paciente deveria ser colocada em monitorização cardíaca; com acesso venoso; prescrita com dupla antiagregação plaquetária (Clopidogrel + AAS); com uma estatina (Sinvastatina) avaliada a necessidade de oxigênio suplementar se saturação < 90%; controle da dor deve ser obtido com nitrato (Isossorbida), morfina e betabloqueador(captopril)

Médico diarista x Médico plantonista: qual a diferença e a importância

Uma coisa que eu ouvi muito durante meus plantões é que falta fazia e a importância do médico diarista, e que esse não se encontra mais no PS do HMPGL. Bom, então foi pesquisar sobre, segundo as normas do CFM, o médico diarista (também chamado de horizontal ou rotina) tem a responsabilidade na assistência ao paciente estabelecendo o monitoramento e a implementação do plano assistencial diário com checagem de todos os processos de qualidade essenciais na condução desses casos, em conjunto com a equipe multiprofissional.

O médico diarista, tem a missão de acompanhar a evolução diária dos pacientes e de promover a continuidade de seus cuidados diuturnamente. Diferente do médico plantonista (também chamado de vertical) que é responsável pela

assistência durante seu turno de plantão, o qual deve ocorrer em alinhamento com o plano assistencial do médico diarista. Todavia, o plantonista é o responsável pela prescrição diária, preenchimento do prontuário, realização de procedimentos rotineiros e assistência nas intercorrências durante seu plantão.

Mas o que isso tem a ver com esse caso? Tem a ver que, se tivéssemos um médico diarista no PS do HMPGL, talvez não houvessem tantos problemas com faltas de avaliações de exames, com condutas que não são feitas, com solicitações repetidas e por ai vai. De modo que, o médico diarista auxiliaria os médicos plantonistas no seu trabalho em dar seguimento a conduta de quem fez a admissão do paciente, ou muda-la. Haveria assim, uma coordenação mais clara, pois o mesmo conheceria os pacientes que ficam internados por mais de um plantão. Por exemplo, o coordenador da UPA geralmente faz esse papel, além de auxiliar em dias que a demanda é maior.

Aprendizados e considerações finais

Acho que tive muitos aprendizados nesse caso, primeiro foi como conduzir um rebaixamento do nível de consciência e como e quando ponderar proteger as vias aéreas de um paciente, por meio de uma IOT+VM, além de presenciar esse procedimento feito de uma maneira tão rápida! Acho que isso é uma dúvida muito comum, quando estamos diante a literatura, então puder ver na prática e agora consigo aplicar. Além disso, puder visualizar todo o seguimento e diagnósticos diferenciais estudando melhor essa situação, até mesmo problematiza-la e discordar das condutas adotadas, apontando seus erros.

Em segundo, pude ver na prática que não devemos subestimar o poder de um “simples” ECG, e eu lembro muito isso nas discussões de caso com o prof Zarpelon. Isso porque é uma ferramenta que está a nossa disposição na maioria dos serviços e departamentos, fácil de realizar, não possui custo elevado, não é invasivo para o paciente, e possui um papel fundamental mediante aos diagnósticos diferenciais, então faça sempre que puder um ECG no seu paciente. Por conseguinte, vi a importância de que não basta apenas solicitar um ECG, você precisa identifica-lo fisicamente de acordo com o seu paciente, colocar hora e data, avalia-lo e registrar, mesmo que sem alterações, no prontuário do seu paciente, afim de registro. Sob a

mesma óptica desse caso, aprendi a não estereotipar síndromes clínicas, pois não é porque temos um IAM C/ SST, que ele vai se apresentar da forma mais clássica, com dor retroesternal etc etc, e que sim, devemos considerar fortemente as comorbidades dos nossos pacientes.

Por fim, gostaria de salientar a importância de fazer uma boa passagem de plantão, de se manter organizado no seu plantão, de ter uma relação/planilha/anotações dos casos que você está assistindo, porque nem sempre teremos o prontuário a nossa disposição, pior da forma organizada. Então, temos que nos organizar no nosso dia-a-dia, e claro, ter uma comunicação clara com nossos colegas de profissão.

3.3 3º CASO: “MEU FILHO ENGOLIU UM GRAMPO DE CABELO”

3.3.1 Anamnese

Identificação: J.H.F.A, 1 ano e 6 M, masculino, pardo, residente em Foz do Iguaçu – PR, responsável (H.F.S).

Queixa Principal: “meu filho engoliu um grampo de cabelo”

História da Doença Atual: Recebo menor de idade, acompanhada pela mãe, advindos por busca espontânea. A responsável relata que há 30 minutos o filho ingeriu um grampo de cabelo acidentalmente enquanto brincava, e que no momento do ato apresentou tosse e reflexo de engasgo, mas que após uns segundos não apresentou nenhum sinal e sintoma. Nega síncope, nega dispneia, nega cianose, nega êmese e outras queixas.

História Patológica Progressiva: nega comorbidades, ou doenças congênitas, alega alergia a amoxicilina; calendário vacinal em dia; nega cirurgias prévias; nega intercorrências no parto; nega disfunções neurológicas.

Medicamentos de uso contínuo: nega uso de medicamentos de uso contínuo;

Hábitos de Vida: lactente, frequente creche;

3.3.2 Exame Físico

Sinais Vitais: Tax 36°C // SatO2 99% em ar ambiente // HGT não aferida // FR 26 irpm // FC 140 bpm // PA não aferida

Ectoscopia: Bom estado geral, deambulando, ativo, comunicativo e colaborativo, hidratado, normocorado, acianótico, afebril, anictérico, eupneico em ar ambiente.

Neurológico: Glasgow 15 (Abertura Ocular 4 / Resposta Verbal 5 / Resposta Motora 6), pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea, sem déficits focais;

Cardiovascular: Bulhas cardio normofonéticas em 2 tempos, não ausculto sopro. Tempo de enchimento capilar < 3s.

Respiratório: Murmúrios Vesiculares presentes bilateralmente, sem ruídos adventícios. Sem sinais de esforço respiratório;

Abdomên: Ruídos hidroaéreos presentes. Típico, flácido, indolor a palpação. Não palpo visceromegalias ou massas.

Extremidades: Quentes e bem perfundidas, panturrilhas livres, sem edemas, pulsos periféricos cheios e simétricos;

3.3.3 Exames Complementares de Admissão



Radiografia de abdômen simples (AP) (29/11/2022)

3.3.4 Hipóteses Diagnósticas

Corpo estranho em parte não especificada do aparelho digestivo

Corpo estranho em parte não especificada do aparelho respiratório

3.3.5 Conduta Frente ao Caso

- Foi solicitado uma radiografia de abdômen simples (AP) para avaliar a localização do corpo estranho ingerido.
- Dado orientação a mãe sobre o quadro do filho, a respeito de não precisar internar o menor, por não ser um objeto corrosivo Ex: baterias e pilhas.
- Realizada orientação à responsável sobre a necessidade de se realizar radiografias diárias de controle, até que não se visualize mais o objeto no corpo da criança.
- Dialogado sobre a necessidade de ficar alerta as evacuações e fezes do menor, em caso de obstrução ou comprovar a saída do objeto.
- Foi orientado sobre sinais e sintomas de alerta (febre, mal estar, hipoatividade, diarreia, vômitos, dores na barriga, constipação, sangue nas fezes) e retorno imediato nesses casos.

3.3.6 Discussão do caso:

Porque eu escolhi esse caso?

Mediante o caso exposto, gostaria por meio dele, trazer uma abordagem comum no universo da pediatria em consonância com a urgência e emergência. Pois, foram muitos quadros como esse de ingestão e inalação de corpos estranhos vivenciados durante nossos plantões, logo, trata-se de uma realidade com potencial risco de vida devido a obstrução das vias, desconforto e trauma para o menor, e muito medo e angústia para os familiares. Por esses motivos, nesse caso busco discutir sobre a conduta frente a ingestão e inalação de corpos estranhos por pacientes pediátricos em UE.

Introdução

A ingestão de corpos estranhos (CE) é um tema importante em pediatria, uma vez que pode levar à alta morbidade, sendo responsável por grande parte dos atendimentos em emergências pediátricas e procedimentos em endoscopia digestiva. Segundo a literatura, a maioria das ingestões de corpos estranhos ocorre em crianças com idade entre seis meses e três anos. No nosso caso clínico em questão, o menor estava dentro desse grupo, pois apresentava 1 ano e 6 meses. Assim, a maioria dos casos é levada ao atendimento médico pelos cuidadores de uma criança após uma ingestão testemunhada ou relatada, como ocorreu pela senhora mãe H.F.S. Muitas das crianças são assintomáticas ou apresentam sintomas transitórios no momento da ingestão. O manejo clínico concentra-se na identificação e tratamento dos casos de risco para complicações, que dependem da localização e do tipo de corpo estranho.

A ingestão de múltiplos objetos estranhos e episódios repetidos são ocorrências incomuns e geralmente ocorrem em crianças com atraso no desenvolvimento ou problemas comportamentais, nesse caso, não foi citado pela mãe nenhuma das possibilidades mencionadas, inclusive, era a primeira vez que a situação ocorria. Embora a mortalidade por ingestão de corpo estranho seja extremamente baixa, há sim registros de mortes.

Dentre os corpos estranhos ingeridos mais comuns, estes incluem moedas, de longe o corpo estranho mais comum ingerido por crianças, baterias de botão, brinquedos, peças de brinquedos, ímãs, alfinetes de segurança, parafusos, bolinhas de gude, ossos e bolos de comida. Alguns objetos merecem atenção especial devido

à sua toxicidade e risco potencial de lesão aguda do trato digestivo, morbidade grave e mortalidade. Entre as lesões mais preocupantes e potencialmente catastróficas estão as perfurações e fístulas digestivas, sendo mais frequentes após ingestão de pilhas, objetos perfurantes e múltiplos ímãs.

Anamnese

Durante a avaliação inicial desse paciente busquei informações como: a sua idade; o quadro clínico do paciente; o tempo decorrido desde a ingestão; o tipo, o tamanho, a forma e a localização do corpo estranho; os sinais de complicação e a gravidade do caso. Com base nesses dados, pude compreender a emergência com suspeita ou confirmação de ingestão de corpo estranho, devendo assim me atentar para a necessidade e o momento de indicar a realização da endoscopia digestiva, podendo indicá-la em regime de urgência, emergência ou ambulatorial.

Como a ingestão ocorreu com uma criança que não falava, nesse caso, nossa maior fonte de informações era a mãe que presenciou o ato, logo conforme Diretriz de Atenção à Criança e ao Adolescente com Ingestão de Corpos Estranhos, indaguei sobre: o formato, tamanho, presença de pontas, toxicidade, localização que foi inserido (boca, narinas etc), tempo de ingestão e sintomas. Como relatado no caso clínico, o nosso objeto em questão tratava-se de um grampo de cabelo, todavia a mãe não sabia descrever direito como ele era e não trouxe um modelo similar ao que foi ingerido, o que também nos ajudaria. Assim, utilizamos as imagens que a internet fornecia para ter uma noção do que estávamos lidando, como apontado na imagem abaixo.



Imagem disponível em (https://m.media-amazon.com/images/I/51iANnFgonL.AC_SL1500.jpg)

Mediante ao contexto, podemos concluir que se tratava de um objeto pontiagudo, porém com bordas rombas, fino, com dimensões de aproximadamente 9 x 9 x 0.5 cm; 0.02 g. Por consequência, essa informação nos ajudou muito, guiando nossa conduta para um caso que não apresentava risco de perfuração, já que hastes

possuíam um “contorno nas pontas”. Além disso, os textos apontam a necessidade de se perguntar a toxicidade, o que não vem ao caso desse objeto, o tempo em que aconteceu, nesse caso havia 30 minutos do corrido, e os sinais e sintomas durante a ingesta como: engasgo, vômitos, salivação excessiva, saliva com sangue, hematêmese, soluço, cianose, dispneia, estridor, disfagia, odinofagia, dor retroesternal ou torácica, sialorreia e recusa alimentar. Todavia, a responsável afirmou somente, que no momento do ocorrido, ele apresentou reflexo de tosse e de engasgo, mas que após uns segundos não apresentou nenhum sinal e sintoma.

Ademais, conforme as referências, é necessário questionar os fatores de risco do paciente para retenção de um corpo estranho, e estes incluem:

- Idade mais jovem (porque os objetos são mais propensos a serem retidos em um esôfago menor);
- Má formação congênita;
- Cirurgia prévia do esôfago;
- Refluxo gastroesofágico ou esofagite eosinofílica (particularmente para impactação do bolo alimentar);
- Doença neuromuscular;

Dentre os fatores de riscos citados, o que nos deixa mais atentos é em relação a idade do paciente, uma idade mais jovem, porém, em consideração aos outros fatores de risco, nenhum foi mencionado pela genitora.

Exame Físico

O nosso exame físico foi voltado para a detecção de complicações, nesse caso, os sinais vitais e a ectoscopia foram preditoras da conduta, felizmente, nosso paciente estava em bom estado geral, lúcido e orientado, e chegou deambulando no serviço, o que nos deixou mais “tranquilos”. É importante salientar que as vias aéreas e a respiração devem sempre ser examinadas primeiro. Já o exame do pescoço poderia revelar edema, eritema ou crepitação, sugerindo a ocorrência de enfisema subcutâneo derivado de uma perfuração esofágica, nesse caso em que a consulta cirúrgica é obrigatória. O exame do tórax poderia revelar estridor inspiratório ou sibilos expiratórios, sugerindo um corpo estranho esofágico alojado com compressão traqueal. Pacientes com história compatível e hemodinamicamente instáveis seriam prontamente avaliados pela equipe cirúrgica, e aqueles com distensão abdominal, dor

intensa ou sinais de abdome agudo perfurativo ou obstrutivo seriam submetidos a exames de imagem (radiografia) e avaliados pela equipe de cirurgia. Por isso, uma boa comunicação com o serviço de pediatria do HMPGL, caso houvesse necessidade, seria imprescindível nesse caso.

Em alguns casos, se pensando em obstrução das vias aéreas, a visualização direta da orofaringe posterior na criança ansiosa com obstrução parcial significativa das vias aéreas poderia causar obstrução abrupta completa. Assim, ela só iria ser realizada em um departamento de emergência, unidade de terapia intensiva ou sala de cirurgia com equipamento especializado necessário para vias aéreas e, sempre que disponível, especialistas pediátricos em vias aéreas (ou seja, anestesiolista e otorrinolaringologista) imediatamente disponíveis. A visualização direta durante a laringoscopia para obstrução grave das vias aéreas pode identificar anormalidades estruturais da epiglote (por exemplo, epiglotite, queimaduras epiglóticas ou angioedema) e corpos estranhos supraglóticos. Mas essa conduta não viria ao nosso caso nessa situação.

Felizmente, a clínica do nosso paciente foi otimista e assintomática. De forma que, a própria literatura aponta que as crianças são frequentemente assintomáticas. Como exemplo, em uma série de casos de 325 pacientes pediátricos, apenas metade das crianças com corpo estranho esofágico apresentou sintomas no momento da ingestão, como dor retroesternal, cianose ou disfagia, e em muitos desses casos, os sintomas foram transitórios. Por fim, algo que me tranquilizou durante esse atendimento, além do paciente chegar deambulando, lúcido e orientado, sem cianose ou sinais de esforço respiratório, é que ele chorou muito quando pedi para examina-lo, mas no final era só medo.

Exames Complementares:

Segundo as referências, para todos os pacientes com suspeita de ingestão de corpo estranho, o teste diagnóstico inicial deve ser radiografia (ântero-posterior e perfil) do pescoço, tórax e abdome. Visto que é sugerido a inclusão de cada um desses locais, mesmo que os sintomas sugiram uma localização (por exemplo, sintomas esofágicos ou respiratórios). Porém, na conduta do médico que eu estava acompanhando, não houve solicitação de radiografia de tórax e nem de pescoço, inclusive foi uma das coisas que perguntei como dúvida, o mesmo disse que pela

clínica do paciente, sem sinais de obstrução de vias aéreas, eupneico em AA, etc. Não havia necessidades de se avaliar outros campos pela radiografia. Porém, se eu fosse o médico responsável teria pedido sim, radiografia de pescoço, tórax, e abdômen total.

Da mesma forma, é sugerido que as radiografias convencionais sejam realizadas mesmo que o corpo estranho seja considerado radiolúcido. Isso serve para avaliar a possibilidade de outros objetos engolidos, evidências indiretas de corpo estranho radiolúcido (como um nível hidroaéreo no esôfago) e ar livre representando uma perfuração. Brinquedos feitos de plástico ou madeira, alguns objetos finos de metal e muitos tipos de ossos não são facilmente vistos em radiografias convencionais. Além da sua utilidade para identificação do corpo estranho ingerido, a radiografia simples de tórax e abdome pode fornecer indícios de obstrução e perfuração do trato digestivo, como: pneumoperitônio, pneumomediastino, distribuição inadequada de gases ou distensão de alças com nível líquido. Diante disso, particularmente eu não teria guiado minha conduta pensando nesses aspectos em questão, então é algo que na próxima vez iria pensar, pois estudei nesse caso.

O exame contrastado raramente seria utilizado, principalmente nesse caso, tendo indicação na investigação posterior de perfurações do trato digestivo, poderíamos pedir caso houvesse sinais e sintomas graves, por exemplo, êmeses com conteúdo hemático. Nesses casos utiliza-se contrastes hidrossolúveis, contendo iodo, uma vez que os contrastes feitos com bário estão formalmente contraindicados. Além disso, o bário pode prejudicar a visualização endoscópica posterior.

Outra aplicação do método de imagem (radiografia) ocorre no seguimento periódico para os pacientes que serão acompanhados ambulatorialmente e essa foi a conduta que o plantonista que eu estava acompanhando se pautou. Segundo ele, não havia sinais e sintomas de risco no momento, que o corpo estranho estava atualmente alojado no estômago do menor (conforme explicito na imagem da sessão de exames complementares) e que o objeto em si não possuía características potencial de risco de perfuração e obstrução (como ponta ou grande, corrosivo como baterias e pilhas). Assim, nesse caso, e conforme a literatura, radiografias de tórax/abdome, a conduta seria expectante. Podendo ser realizadas radiografias a cada 3 a 5 dias, no intuito de constatar a progressão do objeto através do trato digestivo. Ele ainda foi mais “generoso”, e pediu que a genitora viesse todos os dias até que se provasse a saída do CE, além do alerta em relação as fezes do menino. Todavia, se o objeto permanece

no mesmo local anatômico, por um período superior a 3 dias, poderíamos considerar a remoção. Ou que retornasse em casos de alarmes, (febre, mal estar, hipoatividade, diarreia, vômitos, dores na barriga, constipação, sangue nas fezes).

A título de curiosidade: moeda versus bateria de disco: inicialmente, pode ser difícil diferenciar entre uma bateria de disco e uma moeda em uma radiografia. Essa distinção é mais importante quando o corpo estranho está no esôfago, pois as baterias requerem remoção imediata, enquanto as moedas podem ou não. As características radiográficas que podem ajudar a distinguir entre os dois são que, a ingestão da bateria da câmara (à esquerda) e a ingestão da moeda (à direita) mostrará as diferenças sutis, mas características, entre os dois corpos estranhos. A estrutura bilaminar da pilha botão confere-lhe um aspecto de anel duplo ou halo na radiografia simples, enquanto o aspecto da moeda é homogêneo.

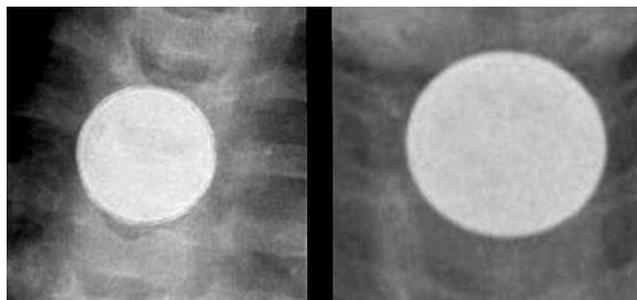


Foto 3 – Diferença em raio-x entre moeda x bateria. Cortesia de Barbara Specter, MD. (Disponível em UpToDate)

Se a radiografia simples **não** revelar nenhum corpo estranho ou anormalidade, uma avaliação mais aprofundada dependeria das características do nosso paciente e do corpo estranho suspeito que ele ingeriu, como já relatado.

A tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) seriam indicadas se o paciente fosse sintomático ou se o corpo estranho suspeito tivesse quaisquer características perigosas (grande [>2 cm de largura], longo [>5 cm de comprimento] ou pontiagudo), ou se o tipo de corpo estranho não fosse definitivamente conhecido pelos cuidadores. Alternativamente, a ressonância magnética poderia ser usada para avaliação de corpos estranhos radio lúcidos, mas é contraindicada se algum corpo estranho metálico estiver presente, nesse nosso caso, seria contraindicado.

A própria literatura sugere e condiz com a situação do nosso paciente, e afirma que a imagem com TC ou RM não é necessária se o paciente for totalmente

assintomático, o objeto tiver características benignas (pequeno [<2 cm], não pontiagudo ou longo e não for um ímã ou bateria) e os cuidadores tiverem certeza sobre o tipo de objeto estranho que foi ingerido. , assim, por ser um grampo metálico, essa opção seria viável, além do alto custo que ele tem para o município de Foz do Iguaçu, não é um procedimento de rotina. Nesse caso, é razoável dar alta ao paciente após um período de observação em um serviço de saúde, se o paciente permanecer totalmente assintomático e conseguir comer e beber normalmente.

A ultrassonografia poderia ter sido usada para identificar a localização e a natureza de corpos estranhos no esôfago ou no estômago, se a perícia apropriada estivesse disponível. Nesse caso, poderia ser uma segunda opção de diagnóstico por exame de imagem, já que temos esse artifício disponível na rede de atenção a urgência e emergência, porém, em caso que a conduta é emergente, por ser uma alternativa examinador dependente, a conduta poderia ser atrasada, pois nem todo profissional é habilitado ou se arrisca a utilizar esse tipo de aparelho. Inclusive, nos faz refletir a necessidade do plantonista em EU ser hábil em utilizar o método da ultrassonografia FAST, nos departamentos de UE! Já os estudos laboratoriais geralmente **não** são necessários na conduta da ingestão de corpos estranhos, logo, eu não pediria essas exames.

Hipótese Diagnóstica x Diagnósticos Diferenciais

A própria literatura não traz diagnósticos diferenciais para esse tipo de caso, isso porque a queixa é sempre muito clara, houve uma ingestão de um corpo estranho, todavia, em qual parte do corpo desse paciente ele foi parar? E nesse momento, devemos ter uma clínica favorável ao nosso diagnóstica ou suspeita, e nesse caso, seria a dúvida entre aparelho digestivo apresentando reflexos de vômito, êmese, dor abdominal etc versus o aparelho respiratório que apresentaria a clínica de dispneia, esforço respiratório, murmúrios vesiculares alterados, taquicardia, taquipneia, retrações supraesternais acentuadas, estridor e aparência ansiosa, incapaz de falar ou chorar, cianose etc. Porém, uma situação muito perigosa é que CE alojados no esôfago na região da cartilagem cricoide ou na bifurcação traqueal podem comprimir a via aérea causando obstrução parcial das vias aéreas ou é possível que um CE esofágico se desloque para a via aérea superior, mimetizando uma história de engasgo em uma criança com achados característicos de disfagia,

salivação e desconforto respiratório, confundindo nosso diagnóstico. Mas já que o nosso paciente assistido não apresentava sinais e sintomas favoráveis ou indicativos, sendo esse, assintomático. Por isso, para realizar esse diagnóstico diferencial de sítio de alocação do CE, solicitamos o raio-x de abdômen superior, que era imprescindível, e evidenciou o objeto no aparelho digestório do menor, especificamente no estômago dele.

Abordagem Terapêutica

A endoscopia pode ser um método tanto diagnóstico quanto terapêutico, por isso coloquei ela para discutir uma possível abordagem terapêutica. Com isso, é o método de escolha para a remoção de objetos, pois permite visualização direta do corpo estranho e avaliação simultânea do trato digestivo circunjacente. Sua realização pode ocorrer em regime de emergência (máximo de duas horas da ocorrência) ou urgência (até 24h do acidente). A indicação deve ser criteriosa, pois o exame realizado em regime de emergência não permite o jejum adequado, aumentando o risco de bronco aspiração.

As principais indicações de endoscopia de emergência x relação com nosso paciente:

- bateria localizada no esôfago; **(não)**
- ingestão de múltiplos ímãs ou ímãs associados a peças metálicas; **(não)**
- objeto impactado no esôfago (maior risco em crianças menores de 5 anos e objetos maiores que 2cm); **(não)**
- risco de aspiração (com o paciente incapaz de deglutir saliva); **(não)**
- objetos perfurantes ou cortantes; **(não é perfurante, pois possui borda romba)**
- pacientes muito sintomáticos (especialmente se há sintomas respiratórios).

Principais indicações de remoção em regime de urgência x relação com nosso paciente:

- objetos localizados no estômago maiores que 2,5 cm de diâmetro (maior chance de impactar no piloro) ou maiores que 6 cm de comprimento; **(não, nosso objeto possui dimensões de 9 x 9 x 0.5 cm; 0.02 g)**

- não progressão do objeto localizado no estômago por mais de 24h; **(até o momento estava progredindo)**

- persistência dos sintomas esofágicos, mesmo se o objeto estiver localizado no estômago. **(não havia sintomas esofágicos, paciente assintomático)**

Diante da nossa situação, não caberia uma EDA, e por isso, foi indicada. Porém, poderia ser sim futuramente empregada nesse contexto clínico, caso houvesse indicação conforme listado acima, como o fato da não progressão do objeto que estava localizado no estômago, por mais de 24 horas.

Poucos pacientes necessitarão de intervenção cirúrgica, e felizmente, de forma imediata, esse caso não necessitava. Pois apenas nos pacientes muito sintomáticos, especialmente naqueles com instabilidade hemodinâmica, o seguimento inicial deve ser realizado em parceria com a equipe de cirurgia. Quando se detecta perfuração esofágica durante a avaliação endoscópica, procede-se com internação, passagem de sonda nasoenteral, dieta zero e antibioticoterapia profilática. Nesses casos, a avaliação cirúrgica deve ser precoce, a fim de evitar e minimizar sequelas. Os casos de complicações como estenoses, perfurações, obstruções e fístulas devem ser avaliados individualmente e a intervenção cirúrgica deve ser sempre considerada.

Complicações:

Corpos estranhos esofágicos de longa duração podem causar perda de peso ou pneumonia por aspiração recorrente devido à diminuição da ingestão calórica e má manipulação das secreções orais, respectivamente. Eles também podem danificar a mucosa e levar a estenoses ou erosão da parede esofágica, criando uma fístula com a traqueia ou outras estruturas próximas. A erosão na aorta também foi relatada, causando sangramento gastrointestinal com risco de vida.

Os objetos que passam além do piloro e nos intestinos são geralmente assintomáticos e passam espontaneamente. Ocasionalmente, eles podem ser retidos no trato gastrointestinal distal, onde podem causar complicações tardias. Como exemplos, relatos de casos descrevem retenção cecal de moeda simulando apendicite, abscesso hepático piogênico causado pela migração de objeto pontiagudo do trato gastrointestinal para o fígado, retenção de objeto longo no apêndice apresentando-se como apendicite vários anos depois, e perfuração do íleo por cascalho ingerido.

Abordagem e gestão do caso

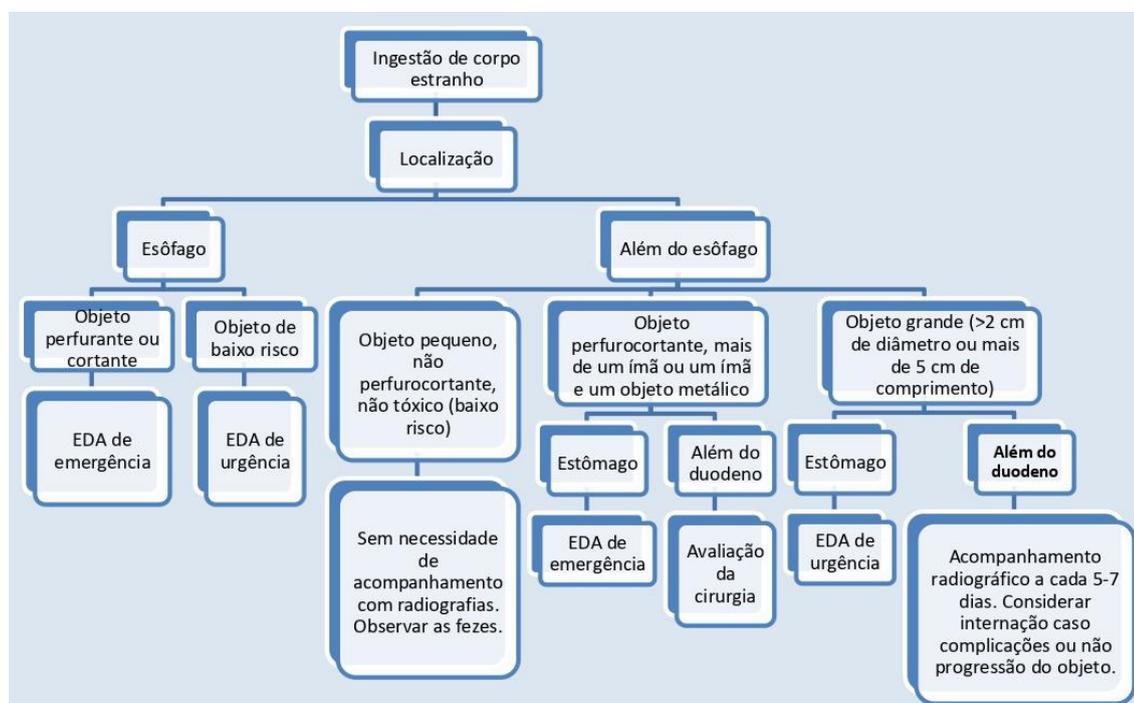
Segundo o fluxo de conduta alguns pacientes podem ser acompanhados ambulatoriamente, sem necessidade de intervenção endoscópica, e eu acredito que nessa situação clínica, foi a melhor decisão a ser feita. Deve-se assegurar o seguimento e reavaliações periódicas do paciente, de modo que seu acesso ao serviço de saúde deve ser simples e rápido. Por consequência, acredito que o acesso na UPA tem esse caráter, principalmente em relação ao acesso a radiografia e avaliação pela equipe de internos, como foi feita pela nossa dupla, sendo eficaz para o paciente, e foi o que foi sugerido pelo médico plantonista. Nos casos em que não se pode assegurar o seguimento ambulatorial, deve-se considerar o internamento, isso foi perguntado para a mãe, que relatou que morava próxima a unidade de pronto atendimento.

Não existe indicação de medicamentos laxantes ou que aumentem o trânsito intestinal e isso não foi prescrito, o que eu achei bem interessante, porque talvez o tivesse feito, podemos também, indicar o aumento da ingestão de líquidos e alimentos ricos em fibras, mas isso não foi lembrado no momento.

Os cuidadores devem estar atentos à eliminação do objeto via fecal. Qualquer paciente que apresente sintomas de sialorreia, dor abdominal, sangramento digestivo, náuseas e vômitos persistentes deve ser prontamente reavaliado e considerada a realização de estudos por imagem e/ou endoscopia. Por consequência, essa conduta foi respeita e inclusive registrada em prontuário por mim.

Outrora, objetos de baixo risco não precisa ser acompanhados com radiografias seriadas, mas isso foi indicado, porque segundo o plantonista, muitas vezes os pacientes não vêm, então o máximo que ele conseguir vim, para nós é uma vitória, principalmente a nível de SUS e vulnerabilidade social encontrada no nosso contexto. Assim, eu entendi sua conduta expectante, mesmo que ela não tenha se encaixado bem no algoritmo abaixo. Porém, em alguns casos, o exame radiográfico pode ser repetido a cada 3-5 dias, podendo-se realizar a remoção cirúrgica ou endoscópica em casos de não progressão do objeto, e sua conduta foi pautada nisso, e eu faria o mesmo, visto ser uma criança e dependente do SUS. Logo, quando se opta pela conduta expectante, os seguintes marcos anatômicos devem ser

cuidadosamente avaliados: esfíncter esofágico superior, esfíncter esofágico inferior, piloro, curvatura do duodeno e ângulo de Treitz (Fig.1). Nesses locais, a impactação é mais frequente.



Fluxograma 5 - Algoritmo ingestão de corpo estranho (não bateria) –

Disponível em: <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Ingestao-de-corpo-estranho.pdf>

Desfecho e aprendizados:

Eu gostei muito de conduzir esse caso, para algumas pessoas pode ser algo simples, mas eu já fui vítima de engasgo, e foi aterrorizante para minha família. Então ver o paciente bem, visualizar o corpo estranho no seu abdômen, discutir o caso com o plantonista e passar calma e aspectos de resolutividade para a mãe, foi de uma sensação muito boa! Além disso, pude aprender mais sobre esse universo da pediatria, mesmo que não afeta só os pequenos, que eu tenho tanto medo. Por fim, pude sistematizar a assistência às vítimas de ingestão de CE, organizar o fluxo de atendimento, investigação, tratamento e acompanhamento dos pacientes de até 18 anos de idade, vítimas de ingestão de CE promovendo efetividade assistencial, bem como, estabelecer critérios para a indicação e tempo para a realização do exame endoscópico.

3.4 4º CASO: “MEU NAMORADO USOU COCAÍNA E ÁLCOOL”

3.4.1 Anamnese

Identificação: T.M, 22 anos, masculino, branco, nascido e residente em Foz do Iguaçu – PR.

Queixa Principal: “meu namorado usou cocaína e álcool”

História da Doença Atual: Paciente acompanhado da parceria, busca atendimento por demanda espontânea, devido à agitação psicomotora. O mesmo relata que fez uso de álcool (1L de corote/destilado) e aspirou cocaína (3 “buchas) há cerca de uma hora, do dia (25/11). De modo que, evoluiu com agitação psicomotora importante, movimentos involuntários de boca e braços, boca seca e “sensação de estar morrendo, com o coração acelerado” (SIC). Nega síncope, tontura, visão turva, dor torácica, dispneia, emese.

História Patológica Progressiva: Nega comorbidades, nega alergias medicamentosas.

Medicamentos de uso contínuo: nega uso de medicamentos de uso contínuo;

Hábitos de Vida: usuários de drogas ilícitas (não quis dizer quais) e álcool. Paciente privado de liberdade assistido por tornozeleira eletrônica.

3.4.2 Exame Físico

Sinais Vitais: Tax 36,2 °C // SatO2 99% em ar ambiente // HGT não aferida // FR 30 irpm // FC 149 bpm // PA 140/113 mmHg

Ectoscopia: Regular estado geral, deambulando, agitado, movimentos involuntários, fala enrolada, hidratado, normocorado, acianótico, afebril, anictérico, eupneico em ar ambiente.

Neurológico: Glasgow 15 (Abertura Ocular 4 / Resposta Verbal 5 / Resposta Motora 6), pupilas midriáticas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea, sem déficits focais;

Cardiovascular: Bulhas cardio normofonéticas, rítmicas em 2 tempos, não ausculto sopro. Tempo de enchimento capilar < 3s.

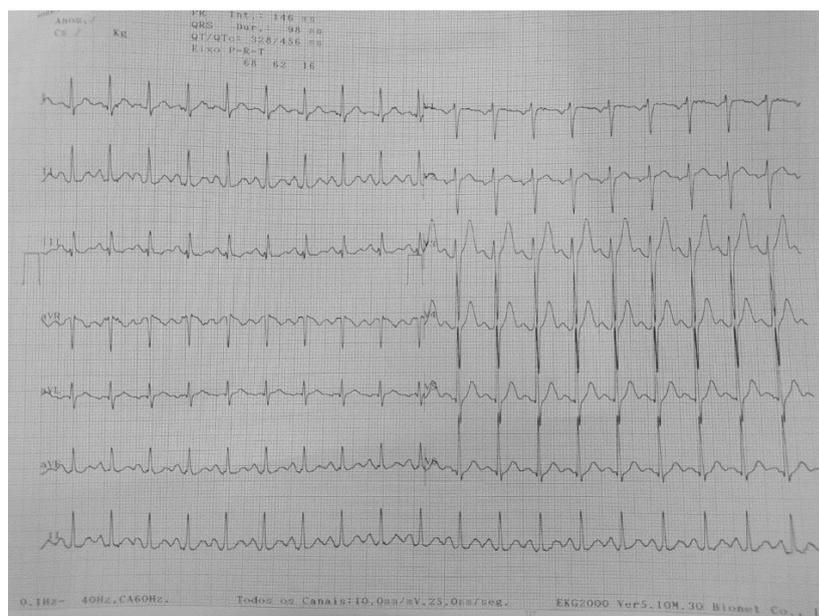
Respiratório: Murmúrios vesiculares presentes bilateralmente, sem ruídos adventícios. Sem sinais de esforço respiratório;

Abdômen: Ruídos hidroaéreos presentes. Típico, flácido, indolor a palpação. Não palpo visceromegalias ou massas.

Extremidades: Quentes e bem perfundidas, panturrilhas livres, sem edemas, pulsos periféricos cheios e simétricos;

3.4.3 Exames Complementares de Admissão

Eletrocardiograma de Admissão (25/11/22)



EXAMES COMPLEMENTARES DE ADMISSÃO (25/11/22)	
Eletrocardiograma	Ritmo sinusal, revelando taquicardia sinusal, sem desvio de eixo, sem alterações de repolarização e despolarização.
Hemograma	Hb 12,40 g/dL // Ht 37,70 % // Leuco 8.890 /mm ³ // Plaq 268.000 /mm ³
Bioquímica	K 3,9 // Na 145 // Ur 14 // PCR 0,5 // Cr 0,90

Enzimas	CPK 119
---------	---------

3.4.4 Hipótese Diagnóstica

Diagnóstico Sindrômico: Agitação Psicomotora

Diagnóstico Etiológico: Síndrome Simpaticomimética por Intoxicação Aguda de Cocaína

Diagnóstico Diferencial: Outras síndromes tóxicas por outras drogas + Mnemônico FIND ME

3.4.5 Conduta Médica frente ao caso:

- Solicitados exames laboratoriais de admissão
 - Hemograma completo;
 - Dosagem de ureia;
 - Dosagem de sódio;
 - Dosagem de Potássio;
 - Dosagem de Creatinofosfoquinase (CPK);
 - Dosagem de Creatinina;
 - Determinação Quantitativa de Proteína C Reativa (PCR)
- Solicitado eletrocardiograma;
- Prescrito sintomáticos e hidratação;
 - Soro fisiológico 0,9% - 1000mL;
 - Metoclopramida – se náusea ou vômitos;
 - Dipirona sódica – se dor ou febre;
 - Insulinar regular – a depender da glicemia;
 - Nifedipino – se pressão sistólica maior que 160 ou diastólica maior que 110
- 2x Diazepam (5mg/ml) 2 mL ampola – por via endovenosa, diluído em 1 ampola de cloreto de sódio 0,9% - 10 mL ampola.
- Mantido em observação e controle de sinais vitais (6/6 horas), dieta livre;

3.4.6 Discussão do caso:

Por que eu escolhi esse caso?

Em muitos plantões que realizamos, fiz a admissão de vários usuários tanto de drogas ilícitas quanto lícitas. Dentre elas estavam álcool, maconha, ecstasy, anfetamina, cocaína e por aí vai. Todavia, esse caso exposto me chamou a atenção pela dificuldade que tivemos em lidar com o paciente e sua companheira, visto as condições de vulnerabilidade social que ele apresentava, pois era um indivíduo privado de liberdade que fez uso de cocaína logo pela manhã, concomitante à álcool (corotinho). Então era uma clínica de fato clássica da droga, mas para criar vínculos e passar confiança, e conseqüentemente, coletar a histórica clínica foi muito difícil, porque sempre havia coisas novas e alterações que nos era contado. Além disso, os medicamentos demoraram muito pra fazer efeito, então isso, de certa forma, me deixou perplexo, pois tínhamos receio de causar uma complicação maior, como um rebaixamento de nível de consciência. Então eu teria dificuldade de manejar um quadro desse caso estivesse sozinho, pois acontece que conduta para pacientes que apresentam agitação psicomotora parece sempre ser a mesma, logo pensei que gostaria de saber se o que fizemos era de fato certo naquele momento, além de aprender mais como lidar com pacientes assim, pela atitude e comunicação médica.

Introdução

A violência do paciente ocorre em muitos ambientes clínicos, e nós médicos devemos estar preparados para lidar efetivamente com pacientes agitados, a fim de reduzir o risco de lesões graves ao paciente e aos cuidadores. Por isso, trouxe um exemplar de caso clínico para discutir essa abordagem. Visto que a doença significativa, os tempos de espera prolongados e a confusão frequentemente encontrados em departamentos de emergência movimentados criam uma atmosfera estressante que pode exacerbar os sentimentos de agitação entre os pacientes e suas famílias. Nesse caso, algo ocorreu de forma parecida, o paciente relatava uma sensação de “morte”, muito agitado e ansioso, queria que aquilo passasse o mais rápido possível, possuía uma linguagem verbal e corporal muito violenta, os medicamentos pareciam não fazer efeito, a companheira parecia deixa-lo mais nervoso quando pedia que ele se acalmasse e a equipe estava com medo, inclusive, o interno aqui. Além disso, a política de portas abertas 24 horas da UPA, a

disponibilidade de reféns em potencial e o amplo acesso a drogas e armas em Foz do Iguaçu, por ser cidade fronteira, agravam esse tipo de problema.

No pronto-socorro, um paciente obviamente bravo deve sempre ser considerado potencialmente violento. Os sinais de violência iminente que devemos nos atentar incluem:

- Comportamento provocativo
- Comportamento irritado
- Fala alta e agressiva
- Postura tensa (por exemplo, segurando os tralhos do braço com força, punhos cerrados)
- Mudança frequente de posição do corpo, ritmo
- Atos agressivos (por exemplo, bater nas paredes, atirar objetos, bater em si mesmo)

Anamnese

Todos os pacientes devem ser desarmados antes de uma entrevista. Não que esse estivesse armado, mas é algo que a literatura salienta, que eu achei muito interessante, já que a prática rotineira de despir todos os pacientes e colocá-los em um avental serve como uma forma de procurar armas sem confronto. As referências também apontam que o ambiente da entrevista com o paciente deve ser privado, mas não isolado, isso é algo que não possuímos nos prontos atendimento da cidade, e eu realmente senti falta disso, nitidamente é desconfortável indagar para um paciente no meio de todos “você usou que droga?”, o medo do preconceito é gigantesco.

Quase todos os pacientes que apresentam agitação ou comportamento violento merecem a chance de se acalmar em resposta a técnicas verbais antes que restrições físicas ou medicamentos sedativos sejam implementados, e foi isso que eu fiz. Assim, durante as interações iniciais com o paciente adotei uma postura honesta e direta, utilizei gestos amigáveis para estabelecer confiança. Vejo que durante nossas práticas, e realmente a literatura corrobora isso, oferecer comida ou bebida atende às necessidades humanas mais básicas e gera confiança.

A patogênese do comportamento violento não é bem compreendida. Uma ampla gama de fatores pode desempenhar um papel, incluindo o ambiente, a história social e médica do paciente, relações interpessoais, genética, neuroquímica e função

endócrina e abuso de substâncias. Por isso, me atentei ao fato de ele ser privado de liberdade, em regime semi aberto, já que estava fazendo uso de tornozeleira eletrônica, sabia que o contato e o vínculo poderiam ser difíceis, porém muito necessários naquele momento, tentei atendê-lo sem estigmas, mesmo sendo enraizado na nossa cultura. Assim, lembro que quando fui falar com eles, por vários momentos eles falavam “Doutor eu não sou viciado não, só usei hoje sabe, tava estressado “sou viciado não” “não me julga não” “sabe como é a mente é fraca”, e nessas horas fazia questão de falar que não estava ali para julgá-lo e sim tratá-lo para que aquilo passasse, e parece que funcionou, pelo respeito e pela forma que ele me tratou.

O efeito euforizante e causador de reforço da cocaína aparece imediatamente após a administração da droga, ela produz toxicidade em praticamente todos os sistemas orgânicos, principalmente por meio de efeitos hemodinâmicos. Então, após utilizadas técnicas de aproximação do paciente, comecei a indagar o mesmo sobre seu quadro clínico, qual era a substância que foi usada, qual a dose, como se deu o uso, o tempo de exposição e o tempo que levou pra chegar até o serviço hospitalar, tanto da cocaína quanto do álcool. Pois há várias formas de consumir as substâncias dentre elas: oral, aspirada (“cheirada”), endovenosa e fumada, geralmente, se utilizam a cocaína, pela via endovenosa e pela aspiração. Logo, ele disse que foi “cheirado” três carreiras e bebido 1 litro de bebida destilada, o famoso corotinho. Por consequência, a literatura salienta também o quanto foi usado, e nesse momento não fazíamos ideia quantas gramas de cocaína tinha e uma bucha/carreira, e segundo fontes do google, são aproximadamente entre 1 e 2 gramas, ou seja, ele usou 6 gramas ao total, mas sinceramente, não eram fontes confiáveis porque esse relato mudou três vezes.

Sob a mesma lógica, perguntei sobre todos os efeitos clínicos possíveis que ele poderia ter. As mais frequentes incluem efeitos cardiovasculares, respiratórios, neurológicos e gastrintestinais. Logo, eu pedi sobre:

- Efeitos cardiovasculares: dor torácica, sensação de coração acelerado,
- Efeitos respiratórios: dispneia, espirros, tosse, alteração de olfato.
- Efeitos neurológicos: cefaleia, tontura, visão turva, alucinações, sensação de desmaio;

- Complicações oro gastrintestinais: alteração oral (boca seca, salivação), apetite, dor abdominal, náuseas, alterações na evacuação
- Aparelho excretor e distúrbios metabólicos: alteração de urina;
- Outros efeitos: febre

O mesmo garantiu que estava apenas com uma sensação de “morte”, sensação de coração acelerado, respiração acelerada, como se fosse uma ansiedade, apresentava muitos movimentos involuntários, e relatava que a boca estava seca e pedia muita água. No mais, não se queixou de nenhum outro sintoma citado acima. Porém, ao estudar, percebi que ele apresentava fielmente as alterações de intoxicação aguda por cocaína, mas ele claramente só queria ser tratado, e não queria colaborar com nossa história clínica.

Exame Físico

Em relação ao exame físico, o paciente não estava nada colaborativo, não queria que tocasse muito nele e não queria ficar deitado na maca, somente sentado, e foram várias as tentativas de andar pelos corredores da unidade. Com isso, segundo a literatura, os sinais e sintomas decorrentes da intoxicação aguda por cocaína são: sensação de aumento da energia, bem-estar e euforia com aumento do estado de alerta e da concentração, insônia, diminuição do apetite e da sensação de fadiga, hiperatividade motora, verbal e ideativa, aumento da libido e do prazer sexual e desejo de consumir a substância novamente. As respostas fisiológicas incluem dilatação das pupilas, vasoconstrição e aumento da pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, temperatura corporal e atividade motora.

Então mediante o que foi pautado e o exposto no seu prontuário, o rapaz claramente apresentava à ectoscopia sensação de aumento da energia, bem-estar e euforia com aumento do estado de alerta e da concentração, insônia, diminuição do apetite e da sensação de fadiga, hiperatividade motora, verbal e ideativa. Já em relação as respostas fisiológicas e os sinais vitais, podemos constatar a dilatação das pupilas, vasoconstrição e aumento da pressão arterial (PA 140/113 mmHg), frequência cardíaca aumentada (FC 149 bpm) e respiratória (FR 30 irpm), e uma atividade motora exacerbada.

Uma coisa que não pude fazer foi a exposição completa do paciente, isso nos permite classificá-lo de acordo com uma das principais síndromes tóxicas, além de permitir pressupor o mecanismo de exposição (exp.: presença de marcas de perfuração em fossa cubital suscita a suspeita de contaminação intravenosa; lesões de pele podem denotar exposição cutânea; narinas com necrose de septo nasal é também achado no exame clínico desses pacientes, porém, paciente não permitiu que fosse checado, e o médico pediu que não fosse pois poderia piorar o quadro de agitação.

Sistema	Manifestações	Complicações
SNC	Cefaleia, crise convulsiva, confusão mental, <i>delirium</i> e agitação psicomotora	Hemorragias no SNC, AVE isquêmico por vasoespasmos, trombose ou embolia
Olhos e nariz	Midríase bilateral não fotorreagente e epistaxe	Úlcera de córnea, perfuração do septo nasal
Pulmonar	Broncoespasmos, infarto pulmonar	Pneumotórax/pneumomediastino/pneumopericárdio (associado ao ato inalatório – barotrauma); pulmão de crack (SDRA + hemoptise + febre + infiltrado alveolar ou intersticial) e embolia pulmonar
Metabólicos	Rabdomiólise, hipertermia	Injúria renal aguda, desidratação
Cardiovascular	Dor torácica, arritmias, hipertensão	Síndrome coronariana aguda, dissecção aórtica, edema agudo de pulmão hipertensivo e oclusão arterial aguda
Obstétrico	Insuficiência placentária	Pré-eclâmpsia e sofrimento fetal; uso crônico está associado a malformações e retardo do desenvolvimento em fetos
Trato gastrointestinal	Abdome agudo	Úlcera péptica perfurada, colite isquêmica

AVE: acidente vascular encefálico; SDRA: síndrome do desconforto respiratório agudo; SNC: sistema nervoso central.

Tabela 5 - Manifestações e complicações da intoxicação por cocaína.
(Disponível em Manual de Emergência FMUSP - 2022)

Sistema	Avaliação
Estado geral	Temperatura: hipertermia ou hipotermia Odores característicos: exp.: intoxicação alcoólica, intoxicação por organofosforados (cheiro de alho) Estigmas clínicos de trauma
Sistema nervoso central	Rebaixamento do nível de consciência Avaliação pupilar: midríase? Miose? Fasciculações, movimentos anormais Convulsões, síncope
Cardiovascular	Avaliação da pressão arterial Avaliação da frequência cardíaca Ausculta: sopro novo ou presumivelmente novo?
Respiratório	Avaliação das narinas: exp.: lesão por inalação, cocaína Saturação de O ₂ : necessidade de oxigênio suplementar Frequência respiratória Ausculta pulmonar: presença de roncos, crepitações
Gastrointestinal	Avaliação da cavidade oral: presença ainda de substância exógena? Lesão na cavidade oral (por ingestão de substâncias fortemente ácidas ou básicas) Avaliação da salivação: cavidade oral seca ou sialorreia Aumento ou redução dos ruídos hidroaéreos Avaliação de bexigoma
Pele	Presença ou não de sudorese: pele úmida e quente vs. pele seca e quente Presença de equimoses, escoriações, pontos de punção venosa prévia: atentar para sinais de trauma Avaliação de cianose

Exames Complementares

No cenário de uma overdose ou exposição desconhecida, uma ampla gama de testes de laboratório pode ser utilizada para rastrear anormalidades e elucidar o quadro clínico como por exemplo: hemograma completo, bioquímica sérica com eletrólitos como sódio, potássio e função renal, exames de função hepática, exame de urina 1, teste de gravidez, se apropriado, exame toxicológico na urina, gasometria arterial, se acidose é suspeitada. concentração sérica de álcool, se indicado, lactato sérico e glicemia capilar.

Nesse caso particularmente, discutindo a conduta com o médico plantonista, ele defendeu que não havia necessidade de se realizar uma gama de exames pelo quadro previamente hígido do paciente, e que a reavaliação após medicação seria mandatória caso fosse necessário solicitar os exames laboratoriais, que se justificariam somente se houvesse persistência de algum sinal ou sintoma, o que não foi o caso desse paciente.

Logo, nesse caso, apenas foi feito:

- Eletrocardiograma (ECG) foi feito para descartarmos envenenamento do sistema de condução por drogas que afetam os intervalos QRS ou QTc, pois a cocaína

pode causar alterações no ECG devido aos seus efeitos no canal de sódio ou por isquemia. Nesse caso não apresentou nenhuma alteração no sistema de condução, apenas alteração no ritmo sinusal, apresentando taquicardia sinusal.

- Enzima Creatinofosfoquinase (CPK) foi pedida já que a intoxicação por cocaína pode causar rabdomiólise, apresentando lesões musculares, delírio, agitação, febre, colapso cardiovascular ou dor torácica, pois todas essas situações têm em comum a exposição a níveis plasmáticos aumentados de cocaína. Mas o resultado, se mostrou inalterado (119 U/L), de modo que uma rabdomiólise apresentaria 500-1000 U/L.

- Função renal e eletrólitos, foram feitos, pois várias nefropatias associadas ao abuso desse tipo de droga já foram descritas: síndrome nefrótica, glomerulonefrite aguda, amiloidose e nefrite intersticial. Além disso, caso houvesse um aponte de rabdomiólise, como mencionado acima, já teríamos os parâmetros de renais para seu tratamento.

- Hemograma foi feito para ter um parâmetro laboratorial em relação aos seus três pilares série vermelha, branca e plaquetas, o que auxiliariam em algumas explicações etiológicas caso não houvesse melhoras dos sinais e sintomas, com o tratamento proposto.

- E o estudo quantitativo do PCR para investigar possíveis causas infecciosas e inflamatórias no caso, pois essa poderia sugerir

A glicose por punção digital (HGT) nesse caso, serviria para descartar a hipoglicemia como causa de qualquer alteração no estado mental. Além disso, havíamos o relato que ele tinha feito uso de bebida alcoólica, o que justificaria ainda mais a coleta desse dado vital, pois poderia guiar nossa conduta caso fosse fazer soro glicosado 50%.

O teste de gravidez em mulheres em idade reprodutiva foi uma informação nova para mim, pois, por mais que o nosso paciente seja homem, não estava no meu imaginário pedir um BETA HCG em casos de abuso de cocaína, ou outras drogas. Já que o uso na gestação pode trazer prejuízos importantes como hipertermia, ruptura placentária, ruptura prematura das membranas, trabalho de parto e parto prematuros e para o feto em desenvolvimento como redução do volume de massa cinzenta, distanciamento afetivo entre a mãe e filhos, redução no fluxo sanguíneo placentário,

redução no suprimento de oxigênio e nutrientes, retardo no crescimento intrauterino e no sistema nervoso central.

Em caso de sintomas neurológicos persistentes, caberia realizar uma tomografia computadorizada de crânio, pois pacientes assim frequentemente se envolvem em brigas ou não se lembram de acidentes, traumas ou batidas importantes. Por consequência, um TCE moderado a grave, poderia causar uma agitação psicomotora grave.

Na presença de dor precordial, devemos colher marcadores de necrose miocárdica, como a troponina I, visto a alta probabilidade de eventos que envolvem lesão miocárdica, mas felizmente não houve esse tipo de queixa nessa abordagem e nem alterações no ECG. Já na suspeita de dissecação de aorta deve-se realizar uma angio tomografia de aorta; se dor abdominal ou torácica, deve ser realizada uma radiografia de tórax e de abdome, a clínica seria sugestiva nesse caso também, por exemplo, o relato de início abrupto de dor torácica ou lombar dilacerante, e a dissecação pode acarretar regurgitação aórtica e comprometer a circulação em ramos arteriais.

Hipótese Diagnóstica x Diagnósticos Diferenciais

Mesmo que constatada a intoxicação exógena por cocaína nesse caso, por relato espontâneo do rapaz, sendo essa uma síndrome simpaticomimética, é importante avaliar também causas orgânicas e psiquiátricas, potencialmente perigosas de agitação, assim que isso puder ser feito com segurança. Todavia, intoxicação ou abstinência de drogas e álcool são os diagnósticos mais comuns em pacientes combativos.

Com os dados da anamnese e do exame físico, podemos dividir os pacientes em algumas síndromes tóxicas, pois essas permitem uma tomada de conduta mais específica para cada caso. Na síndrome simpaticomimética os pacientes podem se apresentar agitados e delirantes, podem também estar hipertensos, taquicárdicos e taquipneicos. A síndrome anticolinérgica pode ser caracterizada por agitação, hipertermia, alterações visuais, hiperemia e secura das mucosas. Já na síndrome colinérgica, os sintomas clássicos são o aumento da secreção glandular, aumento do débito urinário, broncorreia, êmese, diarreia, lacrimejamento, letargia e

salivação - deve-se estar atento a esses pacientes por eles podem evoluir com insuficiência respiratória caso a broncorreia seja excessiva. Na síndrome sedativo-hipnótica o principal sinal é a sedação, mas pode cursar também com perda de tônus muscular e reflexos de proteção das vias aéreas. A síndrome opioide é similar a sedativa, apresenta quase sempre uma miose pupilar e o diagnóstico pode ser confirmado ao observar a resposta ao naloxone. A síndrome serotoninérgica cursa com alteração do estado mental, hipertermia, agitação, hiper-reflexia, clônus e diaforese.

A tabela abaixo apresenta o resumo das principais síndromes tóxicas, decorrente do uso de substâncias e seus efeitos clínicos, que auxiliariam qualquer profissional, caso houvesse dúvidas, na investigação mais direcionada. Desse modo, podemos averiguar que nosso paciente claramente se encaixaria na síndrome tóxica derivada do uso de simpaticomiméticos, sendo a cocaína uma delas.

	FC e PA	Respiração	Temperatura	Pupilas	Movimentos intestinais	Diaforese
Anticolinérgico Anticolinérgicos: atropina, escopolamina, benzotropina Anti-histamínicos: clorfeniramina, ciproheptadina, hidroxizina, dimenidrinato, difenidramina, prometazina, meclizina	↑ 	Taquipneia, estridor Retração intercostal		Dilatadas 		
Colinérgico Organofosforados, carbamatos, como pilocarpina, carbacol, metacolina, cogumelos...	Bradicardia e hipotensão 	Rinorreia, aumento de secreção brônquica, broncoespasmo e dispneia	Sem mudanças 	Puntiformes 		
Opioide Morfina, codeína, tramadol, heroína, metadona, fentanil...	↓ 	↓		Puntiformes 		
Simpaticomiméticos Cafeína, cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, ritalina, MDMA	↑ 	↑		Dilatadas 		
Sedativo-hipnóticos Benzodiazepínicos, relaxantes musculares, barbitúricos...	↓ 	↓		Sem mudanças 		

Tabela 6 - Resumo das principais síndromes tóxicas. (Disponível em Manual de Emergência FMUSP - 2022)

Já o mnemônico **FIND ME** (funcional [isto é, psiquiátrico], infeccioso, neurológico, medicamentoso, metabólico, endócrino) poderia ser útil para organizar uma busca diagnóstica para a etiologia do delirium e da violência. Porém não houve

relatos de outras queixas, como febre, mialgia, dispneia, sintomas respiratórios, alterações neurológicas (sem o uso da substância), então pela história clínica já seria possível fazer esse diagnóstico e suas distinções. Assim como o médico plantonista defendeu sua conduta, não havia sentido realizar vários exames laboratoriais e de imagem, sem antes esperar os efeitos dos medicamentos sintomáticos, e reavaliar se haveria ou não, persistência dos sinais e sintomas relatados e observados.

Nesse caso as doenças psiquiátricas seriam fatores de risco para comportamento violento e não a causa, como esquizofrenia (paranóide e não paranóide), transtornos de personalidade, mania e depressão psicótica mais frequentemente associados à violência. Pois pacientes com histórico psiquiátrico, associado ao abuso ou abstinência de substâncias, em situação de encarceramento podem levar a um comportamento violento.

Por fim, poderíamos até questionar o diagnóstico diferencial com a intoxicação por álcool, já que ele havia tomado um litro de bebida destilada (corote), porém, esse abuso não justificaria a clínica que ele apresentava, como podemos observar na tabela abaixo, as manifestações da intoxicação com álcool, de acordo com a alcoolemia não são compatíveis com o que ele apresentava:

Nível sérico	Manifestações clínicas
50-150 mg/dL	Diminuição de reflexos, visão borrada, verborragia, excitação ou depressão mental
150-300 mg/dL	Ataxia, confusão, logorreia, hipoglicemia
300-500 mg/dL	Incoordenação motora, hipotermia, hipoglicemia, torpor, convulsões, distúrbios hidroeletrólíticos
> 500 mg/dL	Coma, falência respiratória, colapso hemodinâmico, óbito

Abordagem Terapêutica

▪ Monitorização: pressão arterial não invasiva, oximetria e cardioscopia em sala de emergência
▪ Punção de acessos venosos periféricos calibrosos
▪ Avaliação de vias aéreas: se ausência de perviedade ou sinais de obstrução iminente (rouquidão, lesão de inalação), proceder à via aérea definitiva (intubação orotraqueal)
▪ Avaliação da respiração: se presença de hipoxemia, ofertar oxigênio suplementar
▪ Avaliação cardiovascular: se hipotensão, realizar expansão volêmica com 10-20 mL/kg de solução cristalóide; se hipotensão refratária, adicionar droga vasopressora de forma precoce, com efeito inotrópico associado se disfunção miocárdica
▪ Avaliação do nível de consciência: avaliar capacidade de proteção das vias aéreas
▪ Exposição total do paciente
▪ Realizar medidas de descontaminação, se tempo hábil
▪ Coleta de exames, incluindo nível sérico de substâncias dosáveis
▪ Solicitação de eletrocardiograma (ECG)
▪ Medidas para aumento da eliminação do fármaco ou tóxico
▪ Uso de antídotos se indicado

Tabela 7 - Etapas do atendimento inicial do paciente vítima de intoxicação exógena. (Disponível em Manual de Emergência FMUSP - 2022)

A estabilização inicial deveria seguir a ordem ABCDE para avaliação de pacientes graves, nesse caso em especial, essa conduta não foi empregada de forma dramática, pois o paciente apresentava vias aéreas pérvias, com a capacidade de proteção de vias aéreas, se comunicava, deambulava, sem alteração hemodinâmica grave, pois sua hipertensão era tolerável, e nem apresentava déficits neurológicos. Ou seja, apresentava uma clínica estável com sinais vitais toleráveis e bem subsidiados pelo causa etiológica. Logo, colocamos ele em uma maca, e pedimos que fosse feito um acesso venoso periférico para administração do medicamento.

A cocaína não possui antídoto, desse modo, os benzodiazepínicos são importantíssimos no manejo de intoxicação aguda por essa droga, ajudando no controle da agitação, nos sintomas adrenérgicos (taquicardia, hipertensão), na hipertermia, rabdomiólise e nas convulsões, corroborando com a minha dúvida, que sim, utilizamos os benzodiazepínicos nesses casos! Assim, como preconizado na literatura, foi administrado, inicialmente, uma ampola (2ml) de diazepam 5mg/ml de forma endovenosa. Após 15 minutos, foi repetido a mesma dosagem, até o controle das manifestações.

Se não houver acesso venoso, podemos utilizar midazolam intramuscular, mas esse parece nunca fazer parte do arsenal terapêutico dos plantonistas, pois muitos possuem medo de causar um rebaixamento do nível de consciência. Já em relação ao uso de neurolépticos (haloperidol, clorpromazina) deve ser evitado, pois reduzem o limiar convulsivo e podem piorar os efeitos cardíacos e a hipertermia. Em caso de convulsões devemos utilizar benzodiazepínicos e, se refratariedade, fenobarbital.

Em caso de síndrome coronariana aguda, devemos seguir o tratamento habitual, adicionado de diazepam, dando preferência, nos casos de infarto agudo do miocárdio (IAM) com supra-ST, para angioplastia primária devido à ausência de estudos com fibrinólise. Já as emergências hipertensivas devem ser tratadas de forma habitual, sempre com acréscimo de Diazepam, nesse caso, só fizemos o uso do benzodiazepínico e esperamos que sua pressão arterial e frequência cardíaca baixasse por esse mecanismo, e foi o que aconteceu. Em vista disso, achei interessante que segundo a literatura, o uso de betabloqueadores é contraindicado em razão do potencial piora da vasoconstrição (aumento da pressão arterial e piora da isquemia coronária) devido ao aumento do efeito alfa-adrenérgico pelo bloqueio dos receptores beta, sendo esse um erro muito comum no DE. Na ocorrência de taquiarritmias após o uso de cocaína, deve-se realizar bolus de 1 a 2 mEq/kg de bicarbonato de sódio, pois sua ocorrência está relacionada com o bloqueio de canais de sódio, mas não foi esse o caso, já que seu ECG se mostrou sem alterações.

Uma vez que os métodos populares de uso de cocaína não são enterais (ou seja, inalatório, IV e intranasal), a maioria dos pacientes que apresentam intoxicação por cocaína não necessita de descontaminação gastrointestinal. Embora, caso aconteça de ingestão por via oral da droga em menos de 1 hora, podemos administrar carvão ativado via oral na dose de 1 g/kg (máximo de 50 g), mas essa conduta não se aplicava no momento, pois nada foi ingerido.

Pacientes com intoxicação aguda leve ou moderada devem ser mantidos em observação por 6 a 8 horas, podendo receber alta após resolução completa dos sintomas. E assim foi feito, esse paciente deu entrada no início do plantão, por volta das 7:30 da manhã, e após sua avaliação e a administração dos medicamentos com concomitante hidratação (soro fisiológico 0,9% - 1000mL), e várias reavaliações, ele

foi de alta por volta das 14 horas, pela tarde. Em caso de dor torácica, devemos manter em observação por 8 a 12 horas para obtenção de marcadores de necrose miocárdica seriados e em caso de sintomas neurológicos ou hipertermia, devemos realizar uma observação prolongada pelo risco aumentado de sequelas, mas nenhuma dessas problemáticas foram relatadas nesse atendimento.

Toda suspeita de intoxicação ou intoxicação confirmada por cocaína deve ser notificada (CID 10: F14.0; F14.1; F14.2), isso eu descobri estudando esse caso, pois não hora essa conduta não foi feita, depois disso fui perguntar do responsável pelo setor da epidemiologia da UPA, e ele disse que sim, deveríamos ter feito esse encaminhamento. Além disso, em caso de intoxicações acidentais ou óbito, deve ser notificado como CID 10: T40.5.

Intoxicação por cocaína	Benzodiazepínicos + suporte
Convulsões	Benzodiazepínicos; fenobarbital se refratário
Síndrome coronariana aguda	Benzodiazepínicos + ácido acetilsalicílico + heparina + nitroglicerina (se necessário) + angioplastia primária
Emergências hipertensivas	Benzodiazepínicos + nitroprussiato ou nitroglicerina
Taquiarritmias	Benzodiazepínicos + bicarbonato de sódio 1-2 mEq/kg + adenosina ou cardioversão elétrica se necessário; diltiazem para controle de FA de alta resposta

FA: fibrilação atrial.

Tabela 8 - Resumo manejo da intoxicação por cocaína e suas complicações.
(Disponível em Manual de Emergência FMUSP - 2022)

Desfecho e aprendizados

Atender esse paciente foi uma vitória pra mim, porque de certa forma acho que todo mundo tem medo de pessoas que se mostram “violentas”, e eu sou uma delas. Além disso, esses indivíduos carregam estigmas por serem privados de liberdade, pelo histórico que levaram eles se encontrarem nessa situação, muitas vezes não recebem uma assistência digna. Quero estar atento aos aspectos psicossociais dos meus pacientes e tornar o atendimento humanizado e palpável para ele. Então foi por isso que resolvi escrever sobre esse caso, além de querer muito aprender a manejar essas situações de intoxicação exógenas, que são tão comuns

na emergência, e de certa forma consegui compreender os fluxos e protocolos empregados. Dessa forma, acho que tivemos sucesso em relação a apresentação aguda e sua resolução, não havendo nenhuma intercorrência e com os sinais e sintomas sendo cessados.

Por último, acho que o MAIOR aprendizado dessa abordagem foi o cuidado com o registro do prontuário, pois no final do plantão, o paciente apareceu com sua companheira na porta da nossa sala pedindo um atestado que confirmasse que ele esteve lá naquele dia (devido a cobranças da própria justiça). Foi o momento que o médico plantonista se negou a dar um atestado, pois já havíamos encerrado aquela ficha e que os horários não iriam bater com o tempo de permanência dele na unidade, sendo possível somente fazer uma declaração escrita, e com o registro do prontuário. Ficando dessa maneira:

Paciente deu entrada em UPA às 07h30 do dia 25/11 por intoxicação por álcool e cocaína. Permaneceu em unidade até por volta do 14h00, após melhora sintomática. Retornou às 18h40 para solicitar atestado que justificasse a distância percorrida de sua casa. Como o sistema libera apenas declaração e atestado com o horário atualizado, escrevo essa evolução para explicar que paciente esteve fora da unidade durante o período vespertino.

3.5 5º CASO: “DOR NO LADO DIREITO DA BARRIGA”

3.5.1 Anamnese

Identificação: N.J.S.J, 25 anos, masculino, branco, estudante, nascido e residente em Foz do Iguaçu – PR.

Queixa Principal: muita dor no lado direito da barriga

História da Doença Atual: Paciente trazido do domicilio pelo SAMU para este serviço. Relata que por volta das 17 horas do dia (08/11/22), iniciou com um quadro de dor abdominal aguda intensa (Escala 8/10), brusca, em região de quadrante inferior direito com irradiação para fossa ílica direita e hipogástrio. A dor apresenta caráter progressivo, do tipo cólica, que não irradia, tem fator de melhora em decúbito e de piora, se movimentação. Além disso, refere sintomas de náuseas associado ao

quadro. Nega que tenha notado qualquer alteração horas antes do ocorrido, sendo questionado: anorexia prévia, inapetência, dor epigástrica, disúria, hematúria, vômito, febre, cefaleia ou diarreia.

História Patológica Progressiva: hipertensão arterial; depressão; nega alergias medicamentosas.

Medicamentos de uso contínuo: atenolol -25mg // Losartana 50mg // Sertralina 50mg // Clonazepam 2mg// Quetiapina 25mg;

Hábitos de Vida: nega uso de drogas ilícitas, tabagismo e álcool. Nega contato recente com pessoas ou animais doentes.

3.5.2 Exame Físico

Sinais Vitais: Tax 36,2 °C // SatO2 98% em ar ambiente // HGT 96 // FR 24 irpm // FC 70 bpm // PA 167/96 mmHg

Ectoscopia: Regular estado geral, deambulando, fâcie de dor, posição algica, sudoreico, hidratado, normocorado, acianótico, afebril, anictérico, eupneico em ar ambiente.

Neurológico: Glasgow 15 (Abertura Ocular 4 / Resposta Verbal 5 / Resposta Motora 6), pupilas midriáticas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea, sem déficits focais;

Cardiovascular: Bulhas cardio normofonéticas em 2 tempos, não ausculto sopro. Tempo de enchimento capilar < 3s. Pulsos periféricos cheios e simétricos;

Respiratório: Murmúrios vesiculares presentes bilateralmente, sem ruídos adventícios. Sem sinais de esforço respiratório; Eupneico em AA.

Abdômen: Não visualizo cicatrizes cirúrgicas prévias, não visualizo hematomas, não visualizo circulação colateral. Ruídos hidroaéreos diminuídos globalmente, não ausculto sopros abdominais. Típico, flácido, doloroso a palpação superficial em flanco direito, fossa ilíaca direita e hipogástrio. Sinal de Blumberg e de Psoas positivo, sinal de Rovsing negativo. Não palpo visceromegalias ou massas. Evacuação e diurese espontânea. Sinal de Giordano positivo.

Escore Alvarado: pontuando 5.

Extremidades: Quentes e bem perfundidas, panturrilhas livres, sem edemas.

3.5.3 Exames Complementares de Admissão

EXAMES COMPLEMENTARES DE ADMISSÃO (25/11/22)	
Eletrocardiograma de Admissão	Ritmo sinusal, sem desvio de eixo, sem alterações de repolarização e despolarização.
Hemograma	Hb 14,20 g/dL // Ht 41,80 % // Leuco 9.950 /mm ³ // Plaq 186.000 /mm ³
Bioquímica	Ur 58 // PCR 0,5 // Cr 1,0
Parcial de Urina	Hematúria (25/campo) + presença de cristais de oxalato

3.5.4 Hipótese Diagnóstica

Diagnóstico Síndrômico: Dor Abdominal x Abdômen Agudo

Diagnóstico Etiológico: Ureterolitíase

Diagnóstico Diferencial: Apendicite // Pancreatite // Colicistite //

Nefrolitíase

3.5.5 Conduta Médica frente ao caso:

- Solicitados exames laboratoriais de admissão
 - Hemograma Completo;
 - Dosagem de Ureia;
 - Dosagem de Creatinina;
 - Determinação Quantitativa de Proteína C Reativa (PCR)
 - Parcial de Urina
- Solicitado Eletrocardiograma de Admissão;
- Solicitado Tomografia Computadorizada de Abdômen Total;
- Prescrito sintomáticos e hidratação;
 - Soro fisiológico 0,9% - 1000mL;
 - Omeprazol – 1CP / 24 horas
 - Metoclopramida (5m/ml) amp 2ml – se náuseas ou vômitos
 - Escopolamina + Dipirona sódica – se dor ou febre;
 - Tramadol – se dor intensa (a critério médico)
 - Diazepam 5mg – 1CP / se agitação

- Insulina regular – a depender da glicemia;
- Mantido em observação e controle de sinais vitais (6/6 horas), dieta livre;
- Mudança de prescrição de sintomáticos:
 - Cetoprofeno 100mg/ampola – endovenosa
 - Prescrição de receita de alta:
 - Ibuprofeno 600mg – 1CP a cada 8 horas por 5 dias
 - Doxazosina 2mg – 2CP, pela noite por 20 dias
 - Dipirona 500mg – 1-2 CP, a cada 6 horas, se dor ou febre;
 - Paracemol 500mg – 1-2 CP, a cada 6 horas, se dor ou febre;

3.5.6 Discussão do caso:

Porque eu escolhi esse caso?

Escolhi esse caso porque dores abdominais são constantes no departamento de urgência e emergência, podem ser emergentes, urgentes e até expectantes, o que causa aflição em muitos profissionais e trás riscos aos pacientes. Por outro lado, são ótimas para desenvolver raciocínio clínico visto sua gama de possibilidades etiológicas, com envoltimentos anatômicos, sinais e sintomas interessante semiologicamente falando, e também porque exigem um bom domínio na solicitação de exames complementares e suas correlações clínicas. Além disso, foi um caso que pude chamar literalmente de meu, pois fiz a sua admissão, o acompanhei durante seu internamento na UPA e dei alta, então acredito que por isso me apeguei aquela situação de forma clinicafetiva, já que gostaria de oferecer a melhor conduta e tratamento, dentro do possível, no contexto do SUS. De modo que havia muita queixa de dor. Por fim, talvez eu tenha uma quedinha e ache muito interessante o mundo da gastroenterologia.

Introdução

Segundo a literatura, a dor abdominal tem diagnóstico difícil por conta de apresentações variadas, grande número de diferenciais, variabilidade do quadro clínico de acordo com gênero e idade etc. Há que considerar também que as etiologias podem variar desde causas benignas e autolimitadas até doenças potencialmente de risco à vida. Por exemplo, em pacientes idosos, a uma maior probabilidade de um diagnóstico ameaçador à vida, com condições como apendicite aguda, diverticulite,

ruptura de aneurisma de aorta abdominal e isquemia mesentérica. Já em imunodeprimidos, em particular, merecem atenção especial, pois podem apresentar manifestações atípicas, sutis e altamente variáveis, com achados inespecíficos e que podem confundir o diagnóstico. Em mulheres, o diagnóstico diferencial é ainda mais amplo e inclui condições que envolvem o trato reprodutivo e órgãos pélvicos e doenças associadas à gestação.

Por esses motivos, apresento o caso do N.J.S.J, 25 anos, masculino, estudante, que buscou a UPA com queixa de muita dor no lado direito da barriga, aguda intensa, brusca, de caráter progressivo, do tipo cólica, que não irradia, tem fator de melhora em decúbito e de piora se movimentação. Além disso, refere sintomas de náuseas associado ao quadro. Assim, visamos discutir a abordagem inicial desse paciente com dor abdominal na sala de emergência afim de diagnosticar ou descartar aquelas que podem ser um abdome agudo, isto é, causas potencialmente graves, nas quais o quadro de dor necessita de definição diagnóstica e conduta imediatas.

Avaliação Inicial e Anamnese

Diferente dos outros casos que discutimos aqui, que necessitavam de uma abordagem inicial mais rápida e sistematizada, com o emprego da avaliação ABCDE + MOV, desse modo, o nosso maior problema seria se as queixas fossem claramente relacionadas a dores agudas devendo nos levar à preocupação imediata sobre um potencial catástrofe intra-abdominal, ou seja, um abdome agudo cirúrgico, como a isquemia mesentérica, aneurisma roto de aorta abdominal ou dissecação aórtica ou até mesmo um infarto agudo do miocárdio de apresentação atípica. Sendo assim, ao avaliar esse paciente com dor abdominal, busquei enfatizar a importância de uma anamnese completa, pois esta é, geralmente, a forma de realizar um diagnóstico preciso nesses casos.

Por isso, o primeiro foco dessa situação foram as características da dor. Então, comecei indagando qual era a região que havia dor (quadrante inferior direito), quando havia iniciado (essa foi aguda e não crônica), que tipo de dor era (essa era em cólica, mas poderia ser em pontada e “queimação”), se ela irradiava e para onde (nesse caso descia para região do hipogástrio), qual era a gravidade dela para ele (utilizei uma escala, na qual ele alegou ser 8), se havia piora ou melhora da dor com posição e fatores provocadores (decúbito dorsal melhorava e deambular piorava). Se

havia fatores temporais e modo de início, progressão e episódios anteriores (no quais foram negados).

Sabendo disso, pelas características da dor descritas pelo paciente, pude ter uma noção de quais diagnósticos possíveis poderíamos ter. Por exemplo, pela topografia da dor e suas subdivisões, foi referido dor no quadrante inferior direito, por isso me guiei nos seguintes prováveis diagnósticos: apendicite, divertículo de Meckel, diverticulite cecal, aneurisma de aorta, cálculos ureterais, abscesso de psoas, adenite mesentérica, hérnia estrangulada e pielonefrite ou doenças estruturais do aparelho geniturinário.

Os vômitos e náuseas, por sua vez, podem ocorrer em quase qualquer doença abdominal, sendo frequentes em pacientes com obstrução do intestino delgado, e doenças relacionadas a árvore biliar (colicistite, colelitíases, colangites) e pancreatite. Todavia, nesse caso, foi negado vômitos e relatado apenas náuseas, podendo estar associado ao nível de dor que o paciente estava sentindo, pois ele falava que era a pior dor da vida dele, se houvesse conteúdo emético, até poderíamos pensar em alguma etiologia, como pancreatite ou colicistite. Mas essas não estariam de acordo com as características clínicas citadas.

Uma coisa que foi negada, e que foi fundamental no raciocínio clínico, é que não houve relato de febre e nem de diarreia, pensaria em um abdome agudo inflamatório caso houvesse. Pois a etiologia mais comum em paciente jovem é a apendicite aguda, e se enquadraria como causa por acometer o quadrante inferior direito.

Os antecedentes patológicos prévios, comorbidades, cirurgias, uso de medicamentos e hábitos de vida, sinais e sintomas gerais também devem ser questionados e podem ser relevantes para o diagnóstico. Isso porque muitas condições médicas não diretamente relacionadas à cavidade abdominal podem causar dor abdominal aguda, incluindo comprometimento arterial, em artérias mesentéricas ou aneurisma de aorta, já que ele relatou HAS precoce. Além disso, uma cetoacidose diabética (mas nesse caso ele não tinha diagnóstico e nem alteração de HGT que estava 96) poderia também se apresentar com dor abdominal. O etilismo aumentaria o risco de pancreatite, hepatite e cirrose. Por fim, cirurgias prévias apresentam risco de perfuração ou obstrução.

Exame Físico

Como já contextualizado, o nosso paciente se apresentava comunicativo e colaborativo, eupneico em ar ambiente, sem alterações no padrão ventilatório, hemodinamicamente estável sem a necessidade de drogas vasoativas e sem déficits neurológicos. Por isso, o exame físico que eu busquei realizar foi focado em observar o aspecto geral do paciente, procurando sinais clínicos instáveis que apresentassem maior probabilidade de etiologias de dor abdominal potencialmente graves. Por exemplo, a presença de taquicardia e hipotensão poderia indicar desidratação, perda de sangue, diarreias e vômitos em grandes volumes, aneurisma, sepse e perdas de volume para o terceiro espaço como ocorre por exemplo na pancreatite, mas todos estavam normais. Lembrando que a PA estava alta pois o paciente tinha histórico de HAS.

Na inspeção do abdome procurei por pistas diagnósticas, como cicatrizes cirúrgicas (foram negadas já na anamnese), alterações de pele (como circulações colaterais sugestivas de doença hepática, sinais de herpes-zóster, hematomas e hemorragia). Por consequência, o sinal de Grey-Turner, por exemplo, consiste em equimoses em flanco sugerindo uma fonte retroperitoneal de sangramento. Já a presença de equimoses azuladas em região umbilical caracteriza o sinal de Cullen, que sugere sangramento intraperitoneal, por pancreatite por exemplo, mas nenhuma alteração ao exame físico foi encontrada. Além disso, a dor seria epigástrica com irradiação em faixa para o dorso, com náuseas e vômitos importantes.

A ausculta também se mostrou pobre, pois, mesmo apresentando ruídos hidroaéreos diminuídos globalmente (não ausentes!), discutindo a conduta com o médico, chegamos à conclusão que a dor extenuante mais a probabilidade de processo inflamatório, poderia causar aquilo, e isso seria confirmado posteriormente com os exames laboratoriais. Porém, podemos ouvir sons agudos em obstrução do intestino delgado ou o silêncio no íleo paralítico. Sopros são descritos na literatura em dissecação de aorta ou estenose renal, mas esse não foram auscultados.

A palpação foi a parte mais reveladora nesse contexto de dor abdominal. Isso porque o paciente apresentava uma hipersensibilidade localizada no quadrante direito a palpação leve! Por isso, me guiei nas causas que acometessem essa região, é quase impossível não pensar em apendicite em qualquer paciente com dor em quadrante inferior direito do abdome, mas o fato do paciente não ter apresentado

febre, inapetência, prostração, era algo que nos confundia. Com isso, realizei outro teste com a mesma finalidade diagnóstica, buscando pelo sinal de Rovsing, que é um teste clássico utilizado no diagnóstico de apendicite, de modo que apliquei pressão no quadrante inferior contralateral (esquerdo), o teste seria positivo se o paciente relatasse dor no quadrante inferior direito, mas infelizmente foi negativo.

Todavia, confesso que fiquei em dúvida se ele apresentava defesa abdominal, porque era muito difícil de palpá-lo, pois sempre referia dor. Contudo, a literatura deixa claro que a defesa abdominal só é definida como aumento do tônus muscular da parede abdominal e só tem valor se representa um reflexo involuntário, pois a defesa abdominal voluntária pode ocorrer em qualquer paciente ansioso com o exame abdominal. E nesse caso, ele parecia estar muito mais ansioso e com medo do exame, do que apresentando de fato reflexos involuntários. Porém, o médico plantonista falou que deveríamos sim, considerar o sinal de Blumberg como positivo nesse caso, porque seria positivo, pela dor que ele iria relatar a decompressão de fossa ilíaca direita (FID) de qualquer maneira.

Avaliei também o paciente em decúbito dorsal levantando a coxa contra a resistência lateral, em busca do sinal de Psoas, pois o aumento da dor sugere irritação do músculo psoas por um processo inflamatório próximo ao músculo. Como foi positivo, sugeri novamente o diagnóstico de apendicite. Porém, vi na literatura que outras condições inflamatórias envolvendo o retroperitônio, incluindo pielonefrite, pancreatite e abscesso dos psoas, também podem provocar esse sinal, logo, sua especificidade era baixa.

Dando continuidade, para colaborar com o meu diagnóstico diferencial, me certifiquei que o sinal de Murphy, descrito como a interrupção da inspiração na colecistite quando o examinador palpa com seus dedos abaixo da margem costal direita anterior do paciente, fosse realmente negativo nesse contexto, e de fato, corroborou minha hipótese, afastando essa causa etiológica. Ademais, a dor seria pós-alimentar, e sua irradiação para região infraescapular direita.

Em relação as hipóteses que envolvessem aneurisma de aorta e dissecação da mesma, busquei a evidencia de massa pulsátil e expansiva e pulsos femorais assimétricos, mas o paciente não evidenciou tais alteração, podendo ser descartada tal hipótese.

Por fim, doenças do aparelho geniturinário poderiam apresentar dor abdominal importante, como os cálculos ureterais. Pedi que ele ficasse sentado na maca, e fiz a percussão lombar com a mão em forma de punho no dorso, afim de provar o sinal de Giordano, que é utilizado na pesquisa de pielonefrite ou litíase renal. Foi aí que o paciente apresentou dor! Ou seja, havia evidências sugestivas também para acometimentos geniturinários. Nos homens, a torção testicular pode se apresentar como dor abdominal, náuseas e vômitos, mas essa foi última foi refutada porque não havia queixas relacionadas ao seu testículo como inchaço.

Mediante aos achados, tínhamos um paciente com a seguinte história da doença atual: previamente hígido, com dor aguda brusca em quadrante inferior direito, do tipo cólica, que não irradiava. E que ao exame físico apresentou dor a palpação dessa topografia relatada, com sinal de Blumberg e Psoas positivo. Por consequência, após o exame clínico completo, eu e o médico plantonista só conseguíamos pensar em dois diagnósticos possíveis para aquele quadro:

1- Uma apendicite sem quadro clínico típico, pois não apresentou febre e anorexia prévia, mesmo sem Rovsing positivo. Ademais, tínhamos alguns sinais e sintomas ao nosso favor como: descompressão dolorosa de FID, sinais de Blumberg e Psoas, a epidemiologia (faixa etária e sexo), e náuseas.

2- Uma etiologia geniturinária, pois a topografia também inclui essa classe etiológica, visto que a dor, segundo o paciente, era do tipo cólica e havíamos dois sinais que sinalizam a seu favor (Psoas e Giordano), que poderia ser evidenciada por exames complementares, principalmente de imagem e uma parcial de urina.

Exames Complementares x Diagnósticos Diferenciais

Sabemos que os exames complementares (imagem e laboratoriais) não substituem a história e o exame físico na avaliação de pacientes com dor abdominal e apresentam limitações significativas em sua utilidade, não conseguindo descartar diagnósticos potencialmente graves se o paciente tem uma alta probabilidade diagnóstica antes da realização do exame. Todavia, nesse caso eles assumiram um papel importante no nosso diagnóstico etiológico. Assim, fiz uma tabela comentando sobre quais foram os exames laboratoriais que pedimos e porque pedimos:

<p style="text-align: center;">EXAMES LABORATORIAIS: JUSTIFICATIVA DE PEDIDO E RESULTADOS</p>
--

<p>Eletrocardiograma</p>	<p>Pedimos porque era um paciente jovem (25 anos) com um histórico importante de HAS. Logo, deveríamos descartar uma síndrome cardiovascular com quadro atípico. De modo que seu resultado e avaliação não apresentaram alterações.</p>
<p>Hemograma</p>	<p>Solicitamos principalmente para checar a presença de leucocitose com desvio à esquerda, a qual poderia sugerir abdome agudo inflamatório (nesse caso, pensando na apendicite, também faltava esse dado para pontuar no Escore de Alvarado). Todavia, o leucograma poderia ser normal, mesmo nesses quadros. Por consequência, apresentou um quantitativo de 9.950 mm³, ou seja, não havia leucocitose.</p>
<p>Ureia e Creatinina</p>	<p>Função renal tem valor maior para avaliação global do paciente, esse por exemplo tinha HAS precoce, logo deveríamos aproveitar para avaliar esses parâmetros, que vieram normais (Ur 58 e Cr 1,0)</p>
<p>PCR</p>	<p>Nesse caso foi solicitado para avaliar e quantificar a severidade da inflamação que o paciente poderia apresentar, sendo assim, apontou que não se tratava de um processo inflamatório significativo (PCR 0,5).</p>
<p>Parcial de Urina</p>	<p>Foi pedido para averiguar alterações urinárias, pensando no diagnóstico de alterações geniturinárias. Porém, leucocitúria pode ocorrer em 20 a 30% dos pacientes com apendicite e diverticulite. Nesse caso, esse exame foi super eficiente, apresentando uma hematúria (25/campo) e presença de cristais de oxalato.</p>

Mediante o exposto, da maneira que foram saindo os exames laboratoriais, o nosso paciente havia voltado do HMPGL, visto que na UPA não se faz TC de abdômen total, e nós havíamos solicitado. Pois é um exame frequentemente utilizado na avaliação do paciente com dor abdominal, com alta sensibilidade e especificidade para a maioria dos diagnósticos, além de excelente acurácia para vários os diagnósticos que tínhamos em mente como: litíase renal, apendicite, dissecação de aorta e diverticulite, entre outras condições. Além disso, pode ser realizado sem ou com contraste endovenoso, via oral, e/ou via retal a depender da indicação, nesse caso, foi usado contraste iodado.

Nesse contexto, obtivemos o seguinte resultado da TC de abdômen, segundo laudo e imagens (09/11/22):

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR

Técnica:

Realizados cortes helicoidais, sem e após a injeção de contraste iodado.

Relatório:

Fígado de dimensões, contornos e densidade normais.
Ausência de dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas.
Baço, pâncreas e adrenais sem particularidades.
Rins tópicos com dimensões e espessura do parênquima conservados.
Cálculo na junção ureterovesical direita medindo 20 mm determinam discreta dilatação do ureter e do sistema coletor a montante.
Aorta e veia cava inferior com calibre conservado.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME INFERIOR

Relatório:

Planos músculo-adiposos preservados.
Alças intestinais visibilizadas de calibre normal e sem espessamento parietal.
Não há adenomegalias ou coleções abdominais.
Bexiga urinária com boa capacidade, paredes finas e regulares, sem evidência de cálculos.



Diagnóstico Real

Dessa forma, chegamos ao final do caso! Concluindo que, segundo o exame clínico, os exames laboratoriais e o estudo tomográfico do abdome superior e da pelve, estávamos diante de uma síndrome geniturinária, em específico uma litíase ureteral, causada por um cálculo, no momento alojado na junção ureterovesical direita, mas que culminou em discreta dilatação do ureter e do sistema coletor a montante, e todos aqueles sinais clínicos. No resultado da nossa parcial de urina, que demonstrou hematúria, a literatura aponta que há em cerca de 85,5% dos indivíduos com cólica renal aguda esse achado, embora a ausência de hematúria não exclua o diagnóstico.

A dor em cólica que o nosso paciente estava sentindo era renal e ocorre geralmente quando há obstrução de algum local do trato urinário pelo cálculo, sendo a ureterolitíase responsável por até cerca de 56% dos casos de cólica renal segundo alguns autores. Geralmente, manifesta-se clinicamente através de dor lombar intensa, podendo irradiar-se para flancos, fossas ilíacas, face interna da coxa, testículos, grandes lábios ou uretra, sendo assim, nosso paciente relatou a maioria dessas irradiações. Outros sintomas, como urinários baixos e hematúria podem estar presentes, mas esses foram negados pelo próprio.

Em função da inervação esplâncnica comum do intestino e da cápsula renal, a hidronefrose e a distensão da cápsula renal podem produzir náuseas e vômitos, e essa correlação teórica fez total sentido na apresentação da clínica do paciente, coisa que eu não sabia. Por isso, nesse contexto, deveríamos sim, ter considerado, no diagnóstico diferencial, outras enfermidades agudas do abdômen e da pelve.

Conduta de tratamento

Acredito que a nossa conduta em relação ao tratamento do controle da dor, inicialmente, foi correta, isso porque deveríamos direcionar o manejo para a crise dolorosa aguda com o uso de antiespasmódicos, analgésicos não opioides, anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) e os narcóticos. Logo, nossa conduta visou manter hidratação + conforto (Diazepam pelo histórico de insônia) + sintomáticos como a escopolamina, dipirona, metoclopramida, cetoprofeno, e o omeprazol (como protetor gástrico para o tanto de droga que estava sendo feita).

Classicamente, a medicação mais utilizada é a associação do brometo de N-butilescopolamina com dipirona sódica (Buscopan composto®) por via endovenosa, devido a seus efeitos anticolinérgicos sobre a musculatura lisa, além da analgesia. Outra classe de drogas amplamente utilizadas é a dos AINEs não seletivos que bloqueiam toda a cascata do ácido araquidônico, tais como o diclofenaco e cetorolaco e os inibidores da ciclooxigenase 2 que são mais seletivos. A eficácia destes agentes no controle da dor baseia-se no bloqueio renal da arteríola aferente, o que reduz o ritmo de filtração glomerular com conseqüente diminuição da diurese, do edema e do estímulo da musculatura ureteral.

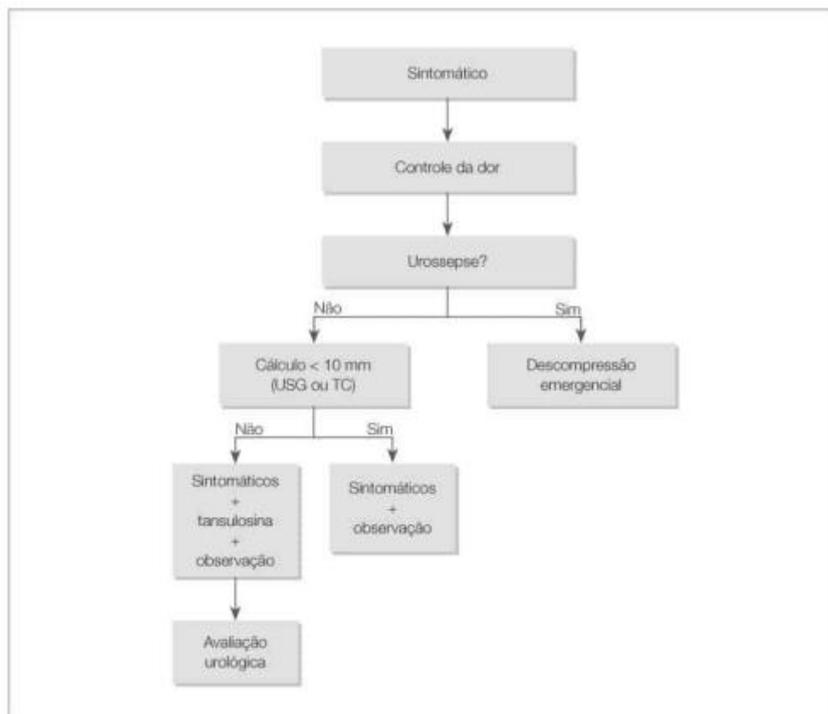
Os narcóticos são drogas bastante úteis e potentes no controle da dor, geralmente são usados quando os episódios de dor não são controlados adequadamente por outras drogas. Exemplos bem conhecidos são o sulfato de tramadol, a meperidina e a morfina, cujas doses são respectivamente de 50 a 100mg/dose, 1mg/kg e 0,1mg/kg IV, no máximo, a cada 4 horas.

Na prática clínica, como os narcóticos têm como efeito indesejável o aparecimento de náuseas e vômitos¹², sugere-se uma infusão destas drogas de forma lenta e diluídas, além de uma associação com drogas antieméticas, minimizando sobremaneira estes sintomas.

Após o tratamento da crise aguda, deve-se estabelecer um plano terapêutico, baseado principalmente no contexto clínico e na escolha do paciente após orientação adequada. Nesse caso, o tamanho do cálculo, sua posição, grau de hidronefrose, borramento da gordura perirrenal e infecção associada, foram mandatórios para a conduta conservadora e expectante. Pois já havia melhora geral do paciente, sem queixa de dor, sem sinais e sintomas de gravidade, uma boa resposta aos sintomáticos, e sem chances de complicação, pelo cálculo ser pequeno (que provavelmente iria eliminar de forma espontânea).

Intervenções urgentes só seriam iniciadas se o paciente se apresenta infecção do trato urinário superior associada à obstrução, deterioração da função renal, dor ou vômitos intratáveis, anúria ou obstrução em rim único ou rim transplantado.

Para o tratamento clínico conservador, poderíamos auxiliar na eliminação espontânea do cálculo pelo MET (medical expulsive therapy). Um estudo de meta-análise revelou que medicamentos como bloqueadores alfa-adrenérgicos (tamsulozina, terazosina e doxazosina) e os bloqueadores de canais de cálcio como a nifedipina teriam impacto em reduzir o tempo e aumentar a chance de eliminação para cálculos ureterais $\leq 5\text{mm}$ devido ao relaxamento da musculatura ureteral. Por uma questão anatômica, os cálculos ureterais mais terminais seriam os que mais facilmente responderiam ao uso de MET. Então, pelo paciente apresentar TODAS essas características, indicamos o uso dois comprimidos de doxazosina por 20 dias. E ibuprofeno como anti-inflamatório durante 5 dias, e dipirona em caso de dor ou febre.



Fluxograma 6 - Seguimento proposto para cólica nefrética. (Disponível em Manual de Emergência FMUSP - 2022)

Desfecho e aprendizados

Eu achei esse caso muito legal! Como eu falei no início, pude acompanhar todo o seu processo e discutir toda a conduta com o médico plantonista, então isso me deu muito gás para entender esse contexto clínico. Além disso, acredito que não saberia fazer esse esquema terapêutico, e se duvidar, utilizaria sim opioide em caso de relato de dor muito forte.

4 RELATO PESSOAL DO MÓDULO

Sinceramente eu acho que não criei tantas expectativas com o internato propriamente dito, devido ao pré-internato de UE. Isso porque já havíamos recebido uma prévia de como seria, e como já pautei em outros comentários, acredito que o nosso curso é muito privilegiado por fazer um seguimento em várias etapas, pela própria prosta da espiral do conhecimento que a metodologia ativa proporciona, então ao iniciar o módulo não estávamos totalmente alheios, e isso foi muito bom! Logo, me

senti mais confiante, consegui aprofundar em algumas situações clínicas mais frequentes no cenário de UE de Foz do Iguaçu e região, e também, vi quadros e contextos que nem sempre a literatura tem uma resposta exata. Todavia, confesso que mesmo em situações que enxergamos como “feijão com arroz” da prática, o prato do dia vinha com suas variáveis, pois o arroz podia ser branco, parabolizado, arbóreo e por aí vai, então algumas esperdices só adquirimos com base na experiência mesmo, então não quer dizer que eu não tenha me impressionado, me emocionado, me frustrado durante esse percurso, pelo contrário, terminei esse módulo completamente esgotado fisicamente e emocionalmente.

Sob as perspectivas do que não vivenciei e experimentei, senti muita falta da prática no SAMU, visto que em alguns quadros, literalmente o primeiro atendimento, a essência do ATLS, de fazer o ABCDE, só quem está nesse serviço vivencia, isso pelos próprios relatos dos profissionais que acompanharam, bem como dos acadêmicos que tiveram essa oportunidade nos anos anteriores, então espero que o outro grupo consiga voltar com essas vivências, e conseqüentemente, aproveitem e respeitem o serviço. Além disso, apesar de ter tido uma simulação no laboratório, creio que deveríamos ter feito mais, tanto utilizando aquelas maravilhosas tecnologias que nos foi concedida, como também ter feito capacitações dentro dos serviços que estávamos, porque sinceramente, não podemos só apontar defeitos e problemas se não iniciarmos, nós mesmos, as capacitações e atualizações que queremos e achamos importantes. No mais, acredito que eu tenha evoluído muito ao longo dos plantões, é nítido o antes e depois de iniciar esse módulo, meu raciocínio clínico, minha postura e minhas condutas no geral, e com efeitos além da medicina, com um cunho mais pessoal.

Em relação a meu convívio com a Natália, utilizamos a máxima que uma loira e um moreno é um equilíbrio perfeito. No início foi engraçado, porque nunca tínhamos feito nada juntos, foi literalmente um tiro no escuro a formação dessa dupla, porém hoje eu vejo e digo que não teria mudado nada da nossa relação, foi incrível ter ela ao meu lado, de modo que desenvolvemos um companheirismo sem igual. Então, só tenho a agradecer a companheira maravilhosa que ela foi, por ter me ajudado e passado confiança, terei boas memórias desses dias (falo isso com meus olhos marejados de lágrimas). Já em relação às pessoas que encontramos nessa jornada, eu acho que mais fizemos amizades do que ao contrário, visto que, diversas

vezes fomos vistos como colegas de profissão de forma horizontal, debatendo conduta, conversando sobre assuntos fora do contexto da medicina! Isso foi sensacional, ganhar a confiança daquelas pessoas e no final ouvir que nos contratariam foi satisfatório demais. Por isso, meus eternos agradecimentos a todos que de alguma forma nos ajudaram, sendo sua confiança para ser ajudado diante a doença, seja nos explicando algo, dando oportunidades de procedimentos, lugares para descansar, cafés e muitos café para aguentar a rotina, educação, cumprimentos e bom dias.

Sobre minha postura e a forma como me comunicava dentro do serviço era sempre pautada em muita educação, respeito e empatia. Sei que em algum momento posso não ter transparecido isso, ou de fato ter falado ou feito algo que alguém não tenha gostado, porém, confesso que sempre tiver muito cuidado nos serviços, de tal maneira que cumprimentava e me apresentava para todos. Inclusive, tinha levado isso para minhas sessões de terapia psicológica, haja vista que em algumas situações parecia que estávamos incomodando ou tínhamos feito algo de errado, todavia, depois de um tempo entendemos que nem sempre somos o foco das situações, que problemas pessoais extralaborais existem. Portanto, se eu tivesse que da uma dica sobre comunicação, seria essa, seja educado e proativo.

Referente aos plantões noturnos, eu odiei no começo, foi uma fase muito difícil, porque meu ciclo circadiano é muito rigoroso e severo com meu corpo, então eu praticamente tinha febre e mal estar, no início, em todos os pós plantões noturnos até que me acostuma-se com as rotinas. Já no final não tinha essas repercussões, porém, não é algo que quero para minha vida, mas entendo que é algo que deveríamos passar, pois há coisas que parecem que só chegam em algumas horas do dia. Assim, acredito que esse foi um dos meus maiores obstáculos nesse módulo, visto que eu sou viciado em rotina e durante UE foi praticamente impossível manter a academia, a alimentação, o sono e outros lazeres em dia.

O cenário que eu menos gostei de passar foi o pronto socorro do HMPGL. Apesar de ter feito bons amigos, ter tido boas experiências, senti muitas vezes que não éramos bem vindos no serviço, e após passar nos outros cenários, isso ficou ainda mais claro. Porém, quando passamos por lá havia boatos que o serviço estava passando por mudanças drásticas, nos quais os seus servidores não estavam felizes, logo, isso transparência no ambiente de trabalho, e não era legal. Com isso, podemos

observar o quão importante é ter uma rede de apoio psicológico, recursos humanos e feedbacks para com os profissionais que atuam na rede, bem como, os lugares que iremos trabalhar, visto que, não dá para se submeter a qualquer situação somente por salários altos se seu bem estar, o da equipe e do paciente não estiverem em harmonia.

Por fim, gostaria de comentar o quão difícil foi lidar com uma situação em especial, que foi a morte de uma paciente. Sempre tive problemas com despedidas, desapegos e término, trata-se de uma característica pessoal que considero boa e ruim. E dessa vez, o vínculo me pegou desprevenido, pois eu achava que o desfecho seria positivo, mas não foi. Quando atendi a Marta, uma mulher simpática de 54 anos, mãe e vó de uma família grande, ela apresentava um quadro clássico de insuficiência cardíaca congestiva. De modo que, há cinco meses estava evoluindo com dispneia paroxística noturna, fadiga aos esforços, tosse seca e claudicação intermitente, contudo, achava que tudo isso era decorrente de uma gripe que nunca passava. Assim, me interessei e responsabilizei pela recorrência desse tipo de quadro, gostaria de aprender manejar e assim fiz. Na sua admissão, ao exame físico só confirmei minha hipótese diagnóstica, haja vista que na ausculta pulmonar havia crepitações, e na palpação hepatomegalia, abdômen globoso e extremidades edemaciadas. Por consequência, perguntei porque ela nunca havia procurado ajuda, eis que ela me respondeu que fazia acompanhamento com o cardiologista, mas que ao tomar vários remédios lhe dava dor no estômago, e que por isso, havia parado há uns meses de fazer o uso, pois sua queixa nunca foi acolhida. Esse dia, fiz questão de acompanhar sua estadia, fazer sua prescrição e orientações, então após um dia internada, no seguinte dia eu dei alta para ela. Vi aquela mulher entrar de cadeiras de roda, toda edemaciada e dispneica, saindo caminhando, me agradecendo, pois havia perdido 8 litros de urina pela sondagem vesical.

Passados dois dias depois da sua alta, era um final de semana, voltei com meus plantões, até que o médico plantonista do dia passou o caso que a minha paciente havia voltado com um quadro clínico de AVC. Nessa hora, eu e a equipe que havia acompanhado aquela paciente tomamos um susto, pois como falei, sua evolução foi ótima. Então fui vê-la a beira leito e realmente, estava apresentando vários déficits focais, já não falava, não deambulava e não tinha abertura ocular, aquilo foi um soco no meu estômago, e só piorou quando tivemos acesso a sua tomografia de crânio, que apresentava uma extensa área isquêmica, praticamente todo seu

hemisfério cerebral direito tinha sido comprometido! Segundo os próprios protocolos, infelizmente não havia muito o que fazermos em relação ao tempo de instalação do quadro, apenas manter seus sinais clínicos estáveis e dando seguimento com a reabilitação. Outra vez, me peguei com seus familiares, conversando e orientando sobre seu novo quadro, o quão lamentável era aquilo e seguindo com sua evolução. Passado um dia de plantão, após retornar no outro dia, encontro a equipe do plantão noturno cabisbaixa pois naquela noite quatro pacientes foram à óbito, incluindo a senhora Marta, por herniação cerebral. Confesso que aquilo me pegou de surpresa, era meu último plantão, e em menos de uma semana, havia visto passado com a mesma paciente os dois extremos, a alta pela melhora, o seu retorno e óbito. Eu tinha me esforçado tanto naquele caso, prestei tanta atenção, me dediquei aos mínimos detalhes como se aquela senhora fosse uma parente minha, porque achei que seu histórico médico tinha sido tão negligenciado, que gostaria de fazer diferente. Até que tive uma surpresa, ao conversar com uma das filhas, ela me disse que a sua mãe, a paciente que eu tinha tanto cuidado, havia mencionado o quão bem tratada foi pelo “doutorzinho novo” naquele hospital, aquela confissão encheu meus olhos de lágrimas.

E foi assim que eu terminei o módulo de urgência e emergência, sabendo que esse cenário nada é improvável, e que temos que ter muita coragem, mais pelos pacientes e seus familiares que você. Hoje, penso que um dia quero voltar a dar plantões, principalmente na sala vermelha, porque acredito em uma urgência e emergência eficiente e também humanizada, e quero proporcionar isso aos meus futuros pacientes.

5 PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Esse capítulo tem o intuito de trazer minhas vivências durante o módulo referente a realização de procedimentos de urgência e emergência. Alguns procedimentos foram realizados, outros apenas observados. Todavia, independentemente de fazer ou de apenas presenciar, os aprendizados foram nítidos e notórios

5.1 VIA AÉREA INVASIVA (INTUBAÇÃO, MÁSCARA LARÍNGEA, CRICOTIREOIDOSTOMIA)

PRÁTICA EM SERVIÇO – QUADRO DE PARTICIPAÇÕES		
VIA AÉREA INVASIVA		
LOCAL	PRESENCIEI PROCEDIMENTO	REALIZEI PROCEDIMENTO
HMPGL	Sim, presenciei várias IOT com diferentes indicações (insuficiência respiratória, proteção de via aérea por RNC,PCR etc)	Não
UPA JOÃO SAMEK	Não	Não
UPA WALTER	Sim, tive a oportunidade de ver a minha dupla, Natália Terra, brilhar na sua primeira intubação.	Não
SMI	Não	Não

A intubação orotraqueal é um procedimento rotineiro dentro da UE, e que gera certa ansiedade, muitas vezes pela própria equipe, pois geralmente indica certa gravidade e demanda maiores cuidados com o paciente. Como iniciei esse módulo no HMPGL, tive a oportunidade de acompanhar muitas situações que demandaram IOT, acredito que foram mais de 10 assistidas, de acordo com as indicações, dentro desse setor: impossibilidade de manter via aérea pérvia; insuficiência respiratória aguda grave e refratária; hipoxia e/ou hipercapnia; Escala de Coma de Glasgow (GCS) ≤ 8 ; Instabilidade hemodinâmica grave ou parada cardiorrespiratória. Em relação a contraindicação, sendo a transecção de traqueia, não presenciei nenhuma. Porém, justamente por ter sido nosso primeiro local de estágio, acredito que tenha sido o motivo de não termos realizado esse procedimento, visto que recém tínhamos iniciado e não parecíamos demonstrar segurança para a equipe (assim presumo), ou porque ninguém quis dar essa oportunidade (mesmo que eu tenha pedido, pois o não eu já tinha). Por consequência, sempre há aquele sentimento, de poxa, gostaria muito de ter feito pra saber minhas limitações e poder aperfeiçoar minhas técnicas! Então confesso que senti falta desse procedimento até o último plantão. Apenas uma vez que nos foi dada a oportunidade, e como estávamos em dois, a minha dupla ficou responsável pela laringoscopia, isso aconteceu na UPA Walter.

O procedimento, na sua grande maioria, sempre seguia a sequência dos 07 Ps. A equipe sempre muito ágil organizava e preparava todos os materiais, inclusive o carrinho de parada que também ficava próximo. Iniciava com a pré

oxigenação por 3-5 minutos em oxigênio 15L/minutos com máscara não reinalante ou o AMBU (esse usava mais), até que todas as drogas fossem administradas (geralmente eu pedia pra fazer isso, garantia um bom lugar pra assistir a situação e me sentia útil). A técnica de sequência rápida, feita pela maioria dos médicos, utilizavam o midazolam como droga de indução e depois o bloqueador muscular, sendo a succinilcolina a droga principal de escolha. Algo que eu percebi é que alguns profissionais utilizavam o fentanil antes (como fase de pré-tratamento) e outros não, haja visto que alguns protocolos estão mudando em relação aos benefícios desse ato. Confesso que poucos foram os momentos que vi discussão acerca da clínica do paciente em relação ao uso das drogas de escolha, por exemplo, etomidato é mais cardioestável, já a quetamina é cardiopositiva, por fim, uma vez, vimos utilizar propofol em um paciente que tendia a hipertensão, ou seja, essa droga era cardioneativa. Dando seguimento, não vi nenhum problema em relação ao posicionamento e nem a passagem do tubo, todas seguiram os padrões da “normalidade”, sem intercorrências. Logo, após passado o tubo, era insuflado o cuff e auscultado o epigástrico, depois pulmão esquerdo e pulmão direito, averiguado o posicionamento era acoplado a ventilação mecânica.

Em relação a ventilação mecânica, isso era algo que me dava muito muito medo. Então, sempre que tinha a oportunidade eu grudava nos fisioterapeutas para aprender mais sobre a modalidade, e era ótimo, aprendi muito (sobre o básico), caso precisasse mexer naquelas máquinas. Sobre as outras modalidades de via aérea, infelizmente não vimos ser feitas, como a utilização de máscara laríngea ou a realização de cricotireoidostomia).

Os cuidados em relação ao registro no prontuário eram sempre feitos, então assim que terminava o procedimento, era rotineiro que o médico plantonista fosse relatar o que foi feito (porque foi optado pela IOT, quais drogas se utilizou, se houve intercorrência, qual tubo foi utilizado, posição em relação a rima, quais drogas estavam mantendo analgesia e sedação, e quais os atuais padrões ventilatórios mecânicos). Por fim, era pedido radiografia para ver o posicionamento do tubo.

Mediante ao contexto, gostaria de relatar minha experiência em tentar treinar laringoscopia e passagem de tubo em paciente em óbito. Obviamente há muitas coisas dentro da medicina que não são bonitas, não são agradáveis de se ver ou fazer, mas tentei fazer isso em um paciente no HMPGL (o paciente era jovem, mas

cheio de comorbidades), e não foi uma experiência agradável. Acredito que por estar em fase de luto (perdi minha vó em menos de um ano) e ter acompanhado aquele paciente durante sua estadia no PS, e conseqüentemente sua morte, e também o drama da família, me fez ficar ruminando a situação. Por esse motivo, optei por não fazer mais aquilo durante meu internato de UE, visto que já estava lidando com vários outros sentimentos, então sempre que era nos dado essa oportunidade eu negava.

5.2 SUTURAS

PRÁTICA EM SERVIÇO – QUADRO DE PARTICIPAÇÕES		
SUTURA		
LOCAL	PRESENCIEI PROCEDIMENTO	REALIZEI PROCEDIMENTO
HMPGL	Não, não teve nenhum momento que vi suturas sendo feitas, tirando a parte de fixação de acesso venoso central.	Não
UPA JOÃO SAMEK	Sim, muitas.	Sim, muitas.
UPA WALTER	Sim, muitas.	Sim, muita
SMI	Sim, mas poucas.	Sim, mas poucas.

Esse, de longe, foi o procedimento que mais fizemos durante nossas passagens nas UPAs. Visto que a sala de procedimento, era o local que basicamente nós dominávamos e sentíamos responsáveis por aquele seguimento. Quando realizávamos suturas buscávamos sempre avaliar as lesões da forma mais completa possível, essas tinham as características mais variáveis, na qual fazia parte do processo de abordagem inicial durante a anamnese e exame físico, perguntar como e quando a ferida aconteceu, descrição semiológica e anatômica, suas características (bordas, se tinha corpo estranho, sinais de inflamatórios, bem como, sinais e sintomas sistêmicos. Pois, todas essas características influenciavam diretamente na escolha do material que seria utilizado por exemplo, visto que há indicações para o tipo de fio, sua espessura, o diâmetro da agulha, infiltração de anestesia, uso de medicações domiciliar etc. Tudo isso, visando favorecer à evolução da ferida pela aproximação dos tecidos, logo, é uma habilidade comumente executada em prontos-socorros e o conhecimento de aspectos básicos é essencial para todo médico.

Sob o mesmo contexto, essa prática foi também a que mais havia divergência entre os nossos preceptores em relação a conduta, de modo que, em muitos casos fazíamos contato direto para saber quais eram as orientações e

condutas que deveríamos tomar, porém, ao estudar mais sobre o assunto, até a própria literatura tem muitas divergências, por exemplo, em casos de mordida de animais domésticos!

SUTURA SIMPLES	
INDICAÇÕES ✓	
<ul style="list-style-type: none">✓ Lesão profunda com exposição do tecido subcutâneo✓ Lesão com afastamento significativo de suas bordas✓ Ausência de tensão para o fechamento✓ Lesão em local de movimentação intensa✓ Lesão com sangramento controlado (hemostasia)✓ Feridas agudas sem contaminação grosseira ou infecção✓ Lesão ocorrida em:<ul style="list-style-type: none">✓ até 6 a 8 horas (maior parte das feridas)✓ até 12 horas em regiões de maior vascularização (p. ex., face e couro cabeludo)	
CONTRAINDICAÇÕES ✗	<ul style="list-style-type: none">✗ Infecção instalada ou contaminação grosseira da ferida✗ Retenção de corpo estranho✗ Escoriação simples✗ Mordedura por mamíferos✗ Perda grande de tecido, havendo tensão para o fechamento✗ Tempo prolongado entre o trauma e a avaliação:<ul style="list-style-type: none">✗ > 6 a 8 horas✗ > 10 a 12 horas em regiões de maior vascularização

Quadro 1 – Principais indicações e contraindicações para a realização de sutura. (Disponível em: <https://periodicos.furg.br/index.php/vittalle/article/view/11496>)

Antes de começar o procedimento, é importante frisar a necessidade de se realizar uma boa assepsia! E isso era algo que nossos preceptores cobravam muito, pois por mais que o local de ferimento fosse contaminado, o procedimento era estéril. Assim, usávamos a solução de clorexidina ou, na falta dessa, iodopovidona a 10%. Em mucosas, utilizávamos o antisséptico aquoso, evitando antisséptico alcoólico. Durante todo o procedimento, embora o foco era na área a ser suturada, prestávamos atenção para que nenhuma porção do fio de sutura ou o material em uso entre em contato com estruturas contaminadas, além da área previamente limpa e/ou coberta com o campo cirúrgico esterilizado. Além disso, todo o procedimento deveria ser executado de forma indolor, minimizando o desconforto do paciente. Por isso fazíamos a infiltração de anestésicos locais do grupo amida (p. ex., lidocaína) que eram seguros na maioria dos casos. Todavia, perguntávamos aos pacientes se existia a experiência prévia com anestesia local e se surgiram alergias ou reações adversas graves.

Dentre as técnicas que mais utilizávamos, a sutura com o ponto simples era a mais utilizada, visto que, além de ser a mais versátil de todas as suturas, tanto pela praticabilidade, quanto pela segurança. Por serem pontos separados, sua ação é independente das outras linhas de suturas. Ou seja, se um ponto romper, os outros não ficarão comprometidos. Além disso, permite mobilidade tecidual entre as suturas, sendo usada tanto em suturas internas quanto externas. Porém, uma vez o preceptor me pegou no pulo do esquecimento, pois eu já havia estudado, e não me lembrava! E tive que realizar o ponto Donatti, ou U vertical na qual, realizamos dois pontos simples. Sendo que, cada lado da borda é perfurado duas vezes, a primeira transfixação inclui pele e camada superior do subcutâneo, já a segunda perfuração é transepidérmica. Esse ponto é também conhecido como “longe-longe, perto-perto”, que promove boa hemostasia, sendo mais utilizado quando há hemorragia subdérmica e dérmica. Reduz tensão e promove boa coaptação das bordas, evitando sua invaginação, entretanto, o resultado estético é inferior.

Após realizada a sutura, orientávamos e registrávamos em prontuário a respeito das orientações dadas ao paciente e ou/ responsável, caso fosse de menor ou pessoa incapaz, acerca dos cuidados pós procedimento, sendo eles:

- acerca de analgesia, prescrevíamos os sintomáticos disponíveis na rede, nos atendendo as alergias que o paciente poderia ter, geralmente era dipirona e ibuprofeno (esse mesmo que tenha mais ação anti-inflamatória);
- a maioria dos médicos, independente do grau da lesão prescrevem o uso de cefalexina via oral entre 5 a 7 dias, particularmente, eu seguia as recomendações do médico plantonista quanto a isso, mesmo que a literatura não se recomenda para evitar conflitos... porém, em várias condutas que fiz, não teria feito algumas prescrições de antibiótico.
- sobre o curativo e limpeza, manter um curativo de 24 a 48 horas, depois disso, limpar com água e sabão, e manter seco;
- vacina antitetânica em casos de trauma que envolviam objetos e situações muito contaminadas, ou, calendário vacinal atrasado ou desconhecido;
- retorno em caso de complicações (p. ex., infecção local, seroma, deiscência da sutura, sangramento, hematoma, prejuízo funcional, dor persistente);
- Data e local para retirada dos pontos, no nosso caso, falamos que o seguimento era na UBS;

Algo notório no serviço foi em relação aos acidentes de trabalho, automutilação e em casos de agressão, no qual a maioria dos profissionais, tanto médicos quanto da enfermagem, negligenciam esses ocorridos e não preenchem a Notificação de Acidente de Trabalho, que compreende a notificação no SINAN e o preenchimento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) ou encaminham para o serviço de epidemiologia fazer o mesmo.

Por fim, pedi para uma paciente se poderia registrar em foto (anexada abaixo) uma das minhas últimas suturas que realizei na UPA Walter, decorrente de acidente no trabalho, tratava-se de uma cozinheira que estava trabalhando e caiu em um buraco e cortou a região próxima do joelho esquerdo.



Foto 4 - Antes e depois do procedimento de sutura com ponto simples, resultando em 7 pontos. (Fotos de arquivo pessoal, autorizada pela paciente)

5.3 CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)

PRÁTICA EM SERVIÇO – QUADRO DE PARTICIPAÇÕES		
CATETER VENOSO CENTRAL		
LOCAL	PRESENCIEI PROCEDIMENTO	REALIZEI PROCEDIMENTO
HMPGL	Sim, vários inclusive.	Não
UPA JOÃO	Sim.	Não.
SAMEK		
UPA WALTER	Sim.	Sim, finalmente!
SMI	Não.	Não.

Felizmente consegui realizar esse procedimento!! Sob orientação do Dr N.G na UPA Walter. Tratava-se de um paciente que havia acabado de ser intubado, estava hipossaturando e apresentando franca insuficiência respiratória, após o procedimento entrou em parada cardiorrespiratória, mas voltou em quatro ciclos. Quando finalmente conseguimos fazer que ele estabilizasse, eu realizei o procedimento. Algo que me deixou tranquilo nesse momento é que o paciente estava sedado devido a IOT, então não havia muita pressão e nem queixas de dor (meu maior terror é fazer o paciente sentir dor), então o preceptor foi me auxiliando e me acalmando.

O Cateter Venoso Central (CVC) consiste na inserção de um cateter cuja extremidade atinge a veia cava superior, o átrio direito ou a veia cava inferior. Este procedimento está indicado em diversas situações, como: monitorização hemodinâmica; manutenção de uma via de infusão de soluções ou medicações; nutrição parenteral prolongada; quimioterapia; hemodiálise; reposição rápida de fluidos ou sangue no trauma ou cirurgia; estimulação cardíaca artificial temporária; acesso venoso em pacientes com veias periféricas ruins. Já as suas contraindicações são: discrasias sanguíneas graves, anticoagulação terapêutica; endarterectomia de carótida ipsilateral; tumores cervicais ou aqueles com extensão intravascular para o átrio direito.

No caso desse paciente, foi devido a impossibilidade de obtenção do acesso venoso periférico, bem como na necessidade da infusão de drogas vasoativas (periféricamente incompatíveis) pelo fato que ele havia parado, mesmo em uso de dobutamina, sendo necessário a manutenção da hemóstase com uso de adrenalina. Logo, o CVC foi realizado no leito de emergência da UPA. Algo muito interessante, que eu não teria me dado conta, e que o preceptor pautou e depois pude comprovar pela literatura, é que na emergência, o acesso venoso femoral tem menor probabilidade de interromper a ressuscitação cardiopulmonar. Por esse motivo, fizemos a inserção do dispositivo na veia femoral!!! Todavia, há outros critérios da escolha do local, baseados na: experiência e habilidade do operador; anatomia do paciente (oclusão venosa conhecida, presença de linfedema); riscos associados à colocação (coagulopatia, doença pulmonar); necessidades do paciente e duração do uso de cateter; bem como, o lado direito é preferencial pois a cúpula pleural direita é mais baixa, há um melhor posicionamento do cateter e menor risco de pneumotórax.

Já a escolha do local, podemos seguir os critérios pensando em evitar: área contaminada ou potencialmente contaminada (por exemplo, pele queimada ou infectada, adjacente à traqueostomia ou ferida cirúrgica aberta); locais de acesso com disfunção anatômica local (como fratura anterior da clavícula); locais com múltiplas cicatrizes; presença de outro cateter ou dispositivo (como marca-passo ou desfibrilador interno).

Após ter elegido o local, iniciamos a preparação do acesso, sendo necessários os equipamentos de proteção individual, por ser um procedimento estéril, e o material necessário para a inserção de cateteres venosos centrais, no qual incluiu a bolsa e equipo de soro, anestésico local (geralmente lidocaína), campo estéril, gaze estéril, bisturi, kit de cateter central (contendo agulha, fio guia, dilatador e cateter intravenoso), agulha e fio para fixação do cateter à pele e curativo transparente estéril. Desse modo, após me paramentar, apliquei solução antisséptica na pele com clorexidina no local de acesso e realizei a assepsia.

Sob o mesmo contexto, as especificações de cada técnica dependem da região anatômica escolhida, mas de modo geral, utiliza-se a técnica de Seldinger para a obtenção do acesso venoso central. Nesse caso, o acesso seria na veia femoral, por consequência, nosso referencial anatômico foi o triângulo femoral, que é limitado superiormente pelo ligamento inguinal (entre espinha íliaca anterossuperior e sínfise púbica). Assim, realizamos a técnica de Seldinger nua e crua, sendo que identifiquei o local de punção e introduzi a agulha, apliquei várias sucções até que o sangue fluísse pela seringa. Ao atingir a veia, desconectei a seringa, ocluindo a extremidade proximal da agulha com o dedo e introduzi o fio guia por dentro da agulha. Removi então, a agulha, mantendo o fio guia inserido. Introduzi o dilatador sobre o fio guia (algumas literaturas sugerem realizar uma incisão com bisturi, mas não foi feito). Após a dilatação, removi o dilatador e introduzi o cateter sobre o guia na veia. Removi o fio guia com a ajuda do preceptor, e após constatar o retorno de sangue, conectei o cateter ao equipo com soro fisiológico 0,9%. Depois disso, confirmado o sucesso do procedimento, fixei o cateter com ponto simples na pele.

Após ter conseguido, feliz da vida, solicitei a radiografia da pelve, abdômen e do tórax para confirmação por imagem da posição do cateter. Em relação à evolução posterior ao procedimento, descrevi no prontuário eletrônico, em tempo, o passo a passo de todo o procedimento, inclusive se houvesse intercorrências. Nesse caso,

por exemplo, poderiam haver algumas complicações que incluem infecções, trombose, estenose relacionadas ao cateter. Além de pneumotórax ou hemotórax, lesão nervosa ou arterial, fístula arteriovenosa, quilotórax, infecção, embolia gasosa, posicionamento inadequado, arritmia e sangramento. Foi ótimo ter conseguido realizar esse procedimento, que é clássico da nossa rotina em UE, sendo inclusive registrado uma foto desse momento, anexada abaixo.



Foto 5 - Realização da PVC em veia femoral. (Foto de arquivo pessoal).

5.4 SONDAGEM NASOGÁSTRICA, NASOENTERAL E OROGÁSTRICA

PRÁTICA EM SERVIÇO – QUADRO DE PARTICIPAÇÕES		
SONDAGEM NASOGÁSTRICA, NASOENTERAL E OROGÁSTRICA		
LOCAL	PRESENCIEI PROCEDIMENTO	REALIZEI PROCEDIMENTO
HMPGL	Sim.	Sim.
UPA JOÃO	Sim.	Sim.
SAMEK		
UPA WALTER	Sim.	Sim.
SMI	Sim.	Sim.

Apesar de serem procedimentos que geralmente a equipe de enfermagem realiza, é nosso dever como futuros médicos, sabe realizar a passagem desses dispositivos, bem como, indicar de maneira correta, e reavaliar sua continuidade juntamente com outros profissionais, como fisioterapeutas e nutricionistas, principalmente no contexto hospitalar. Além disso, vi durante essas atividades a

maneira perfeita de me aproximar da equipe, mostrar proatividade e valorizar o trabalho dos mesmos, por isso, quando podia me envolvi em vários procedimentos dessa categoria.

Aspectos	Sonda nasogástrica	Sonda nasoenteral	Sonda orogástrica
1. Prevenir vômitos após uma cirurgia.	X	-	X
2. Aliviar uma distensão gástrica.	X	-	X
3. Avaliação no tratamento de sangramento do TGI.	X	-	X
4. Coleta de conteúdo gástrico para análise.	X	X	-
5. Administração de medicamentos e alimentação.	X	X	X
6. Aspiração de secreção gástrica.	X	X	X
7. Realizar lavagem gástrica.	X	-	X

Quadro 2 - Principais utilizações das sondas.

Entre os procedimentos citados no quadro acima, o único que não fiz e não vi foi o orogastrico, o restante eu pude vivenciar. A sondagem nasogástrica, que é indicada para administrar medicamentos, contraste oral e lavagem do estômago. Este último ganhou notoriedade durante os estágios nas UPAs, pelo número considerável de ingestão de substâncias na tentativa de suicídio, abordagem recomendada quando a ingestão e a procura do atendimento não passar de 2 horas. Porém, confesso que tive um momento muito desconfortável durante esse procedimento, ao receber uma mãe com tentativa de suicídio em SMI por ingesta de benzodiazepínicos, na qual prescrevi, juntamente com a plantonista, flumazenil afim de reverter um possível RNC pois estava irresponsiva. Foi quando a mesma, disse que iria indicar uma lavagem gástrica com carvão (mesmo que esse não seja indicado para esses casos), pois o desconforto iria fazer ela não fazer mais aquilo! Aquela fala me causou repulsa, mas tive que sofrer calado. Já em relação a sondagem nasoenteral, essa tem finalidade diferente e é comumente utilizada para nutrição enteral.

Mediante ao contexto desses procedimentos, é importante conhecer as principais contraindicações das sondagens, pois algumas delas são comuns na UE, como em casos de estenose esofágica, em pacientes com fratura de crânio ou face e indivíduos com varizes esofágicas. Inclusive, tivemos uma passagem de sonda nasoenteral com resistência em SMI, de um idoso paliativado, na qual o médico prescreveu a sondagem para demonstrar para a família que havia sido investido cuidados no paciente????? Foi um procedimento muito desconfortável, pois a sonda não passava de maneira natural como já havíamos vistos, até que ela chegou no

marcação de acordo com a marcação anatômica necessária antes de realizar o procedimento (nariz, lóbulo da orelha, epigástrico). Por consequência, quando foi comprovar a inserção do dispositivo pelo raio-x, ele havia enrolado no esôfago do paciente, pois ele tinha um tumor gigantesco naquela região. Ou seja, comemos bola na indicação do procedimento (não havia o porque de passar aquilo de forma “visual”), além de não ter perguntado seu histórico patológico pregresso. No final, o paciente evolui para óbito, por falência de múltiplos órgãos.

Por isso, um dos fatores imprescindíveis é quanto à confirmação do tubo, o qual é feito pela ausculta da injeção de ar no epigástrico, no entanto, não é a maneira mais precisa, porque o tubo pode estar muito distante. Assim, a literatura pauta que toda inserção deve ser confirmada através de uma radiografia de tórax, antes da administração da nutrição ou qualquer outra finalidade, quatro horas após a colocação da sonda nasoenteral. Isto pode trazer algumas complicações, como citadas acima, além disso, se o tubo tiver em mau posicionamento, especialmente no trato respiratório, podendo causar pneumonia, abscesso pulmonar e pneumotórax. No mais, é um procedimento aparentemente “simples”, feito de forma estéril, apesar do trato nasorogastroenteral ser colonizado, é passado gel de xilocaína para melhor passagem do tubo. As sondas devem ser trocadas sempre que houver algum problema, como rachadura, obstrução ou mau posicionamento e funcionamento. Caso contrário, um paciente pode permanecer com a mesma sonda por até 5 meses, ou mais.

5.5 SONDAGEM VESICAL

PRÁTICA EM SERVIÇO – QUADRO DE PARTICIPAÇÕES		
SONDAGEM VESICAL		
LOCAL	PRESENCIEI PROCEDIMENTO	REALIZEI PROCEDIMENTO
HMPGL	Sim.	Sim.
UPA JOÃO	Sim.	Sim.
SAMEK		
UPA WALTER	Sim.	Sim.
SMI	Sim.	Sim.

O cateterismo vesical consiste na introdução de um cateter de borracha ou silicone através da uretra até o interior da bexiga com o intuito de esvaziamento

vesical. Proporciona assim, um fluxo de urina nos pacientes com obstruções ou dificuldade de esvaziamento do conteúdo da bexiga. Também utilizado para avaliar o débito urinário em pacientes com instabilidade hemodinâmica. Existem dois tipos de sondagens, a sondagem de alívio, a qual pode ser realizada de maneira intermitente e a sondagem de demora. Geralmente, cabe também a enfermagem realizar o procedimento, mas é importante todo médico, conhecer e ter experiência para realizá-lo, e como já falei, foi uma forma de eu me envolver com a equipe durante o internato.

A literatura aponta várias indicações para esse procedimento, no quais são para tratamento da retenção urinária, medicação do débito urinário para gerenciar fluidos, manejo de hematúria associada a coágulos, manejo de pacientes para bexiga neurogênica, para pacientes incontinentes que possuem feridas em região sacral ou perineal, conforto para cuidados de fim da vida e para tratamento de pacientes com incontinência urinária após falha de outras terapias. Já quanto a contraindicação absoluta, está associada a lesão uretral associado ao trauma pélvico e relativas estão a estenose uretral, cirurgia recente do trato urinário e presença de esfíncter artificial.

Em muitos quadros clínicos, o uso da sonda é apropriado, todavia, em muitas rotinas elas são usadas sem indicação adequada ou continuadas por mais tempo que o necessário. Portanto, reavaliar diariamente a necessidade do cateter, é uma das competências médicas que devem ser cumpridas para que se evite complicações para o paciente. Por exemplo, na mesma situação que eu citei do idoso que foi passado a sonda nasoenteral que havia um tumor de esôfago, eu realizei uma sondagem vesical, prescrita pelo médico, afim de mostrar para os familiares que ele estava sendo “cuidado”, visto que o mesmo estava usando uma fralda geriátrica. Em outras situações, a prescrição da sondagem vesical de demora visa a comodidade da própria equipe, e muitos médicos não avaliam criteriosamente as indicações e tampouco as complicações que isso pode gerar ao paciente.

A técnica começa avaliando qual o tamanho do cateter que deve ser utilizado, sendo a escolha individualizada, os de 14 a 16 Fr são os mais indicados e se dá preferência para 20 a 24 Fr quando se realiza drenagem de hematúria e coágulos. Existem também diversos tamanhos, os curtos ideais para mulheres de 21cm e longos de 40 a 45 cm ideal para homens. Nos serviços é comum ter somente de 40 cm. Quando realizei o procedimento, tive que reunir todo o material necessário, depois colocar a luva estéril e realizar assepsia rigorosa da região íntima da pessoa

com dermagente, abrir o material de cateterismo estéril, colocar a xilocaína na mão não dominante, lubrificar a ponta da sonda. Para o sexo feminino, fazer a antisepsia com a pinça montada, separando os pequenos lábios com o polegar e o indicador, passar uma gaze molhada de antisséptico entre os grandes e pequenos lábios e sobre o meato urinário. Para o sexo masculino, fazer antisepsia na glândula com a pinça montada com gaze umedecida no antisséptico, afastando com o polegar e o indicador da mão esquerda o prepúcio que cobre a glândula e no meato urinário. Após essas especificidades, pegar a sonda com a mão que não entrou em contato com a região íntima e introduzir na uretra, e deixar a outra extremidade dentro da cuba ou dentro do quantificador de urina, verificando a saída da mesma. Após isso, inflar o balão da sonda com 10 a 20 mL de água destilada. No fim do procedimento a sonda é fixada à pele com ajuda de um adesivo, que nos homens é colocado na região supra púbica e nas mulheres é aplicado na face interna da coxa.

Dentre as complicações possíveis nesse procedimento, devemos ter cuidado com a infecção urinária devido a passagem do cateter possibilitar a invasão de bactérias; trauma uretral ou vesical (deve ser minimizado com adequação do cateter); obstrução do lúmen; formação de falso trajeto (principalmente em homens), quando há persistência de estenose uretral, podendo ocorrer no local do esfíncter externo, imediatamente distal à próstata; perfuração vesical.

5.6 PUNÇÃO LOMBAR

PRÁTICA EM SERVIÇO – QUADRO DE PARTICIPAÇÕES		
PUNÇÃO LOMBAR		
LOCAL	PRESENCIEI PROCEDIMENTO	REALIZEI PROCEDIMENTO
HMPGL	Sim.	Não.
UPA JOÃO	Sim.	Não.
SAMEK		
UPA WALTER	Não.	Não.
SMI	Sim.	Não.

Se tem um procedimento que eu achei muito legal de assistir, foi a punção lombar, visto que estávamos tendo um surto de meningoencefalites no HMPGL, logo, acabei vendo muitos procedimentos sendo feitos, mas infelizmente não pude realizar. Como eu falei, muitos procedimentos são feitos no HMPGL pelo seu nível de

complexidade e aparato de tecnologias etc. Mas como foi nosso primeiro rodizio, havia uma insegurança das duas partes, hoje saindo desse módulo, me atreveria a pedir qualquer coisa para qualquer profissional, tendo bom senso, é claro. Outro momento que pude vivenciar esse procedimento foi em SMI, mas em caráter de uma anestesia raquimedular, em uma paciente que ia passar por uma cesárea, e não seria eu, um interno a atrapalhar aquela equipe durante aquele momento.

Segundo a literatura, a punção lombar é essencial no diagnóstico urgente de infecções bacterianas, fúngicas, micobacterianas e virais do sistema nervoso central (SNC) e, em certos ambientes, para ajudar no diagnóstico de hemorragia subaracnoide (HAS), quando tomografia computadorizada for negativa, doenças malignas do SNC, doenças desmielinizantes e síndrome de Guillain-Barré.

Embora não se tenha contraindicações absolutas para a punção lombar, antes solicita-se uma Tomografia de Crânio (TC) para avaliar se havia hipertensão intracraniana (PIC) que impedisse a coleta e para evitar o risco de herniação cerebral. Segundo Oliveira et al. (2020), a prática de solicitar TC de crânio antes da coleta, adia o tratamento ou limita o diagnóstico depois da administração do antibiótico. Sugere realizar a TC em pacientes com alto risco para PIC: atividade mental alterada, sinais neurológicos focais, papiledema, convulsão na semana anterior e/ou imunidade celular comprometida e não deve ser solicitada em pacientes com suspeita de meningite a menos que um dos fatores de risco esteja presente.

Nas situações em que eu acompanhei, tirando a cesárea, todas as indicações foram para pacientes adultos jovens, que estavam apresentando alteração súbita de estado mental, com histórico de sd gripal e febre, como o caso que eu apresentei nesse mesmo relatório, que envolvia convulsão.

O procedimento não é tão complexo, inicia-se posicionando o paciente sentado (pode ser em decúbito lateral ou pronação, acabei vendo das duas formas), identifica-se os pontos mais altos das cristas ilíacas através da palpação, no qual une ao quarto corpo vertebral lombar. A inserção da agulha deve ser realizada no espaço intervertebral acima (entre L3 e L4) ou abaixo (entre L4 e L5), algumas pessoas esses pontos variam entre a L1-L2 a L4-L5, mulheres e obesos, possuem nível espinhal mais alto. A técnica é totalmente asséptica, com uso de clorexidina e uso de campos estéreis. Realiza-se a anestesia local com lidocaína 2% no espaço intervertebral, e a coleta segue com a inserção da agulha (calibre 20), de forma segura, uma vez que

está abaixo da terminação da medula espinhal. A agulha desliza com facilidade pelos tecidos, sentindo uma firme resistência no ligamento amarelo, seguida de uma leve resistência quando a agulha ultrapassou a dura-máter e a aracnóide, no qual quando se retira o mandril e o líquido começa a fluir. É necessário colher no mínimo 20 gotas em cada tubo. Para finalizar reposiciona-se o mandril e retira a agulha. O resultado desse exame pode mostrar alterações do LCR conforme o agente etiológico, algo que eu acho muito legal (conforme anexo abaixo).

Condição	Aspecto	Celularidade	Predomínio	Glicose	Proteínas	Cloro	Pesquisa direta	Cultura	Pressão de abertura
LCR	Aspecto	cel./mm ³	célula	mg/dL	mg/dL	NaCl			mmHg.O
Normal		< 5		> 2/3 da glicemia	20 a 45	-	Negativa	Negativa	50 a 80
		10 a 1000		Normal	50 a 250	-	Negativa	Negativa	↑
		100 a 10000		↓ (< 40)	100 a 500	↓	Gram	Positiva	200 a 500
		10 a 2000		Normal ou ↓	< 100	-	Em geral negativa	Em geral negativa	-
		200 a 400		↓ (< 40)	80 a 400	↓↓	BAAR	Isolamento de BK	Normal ou ↑
		50 a 1000		Normal ou ↓	50 a 1000	-	Positiva*	Positiva	↑

Legenda:

- Viral
- Tuberculosa
- Límpido e incolor
- Linfócito
- Bacteriana aguda
- Fúngica
- Turvo
- Bacteriana parcialmente tratada
- De limpo a turvo

Tabela 8 - Alterações do LCR conforme o agente etiológico. (Disponível em <https://periodicos.furg.br/index.php/vittalle/article/view/11503>)

5.7 PARACENTESE

PRÁTICA EM SERVIÇO – QUADRO DE PARTICIPAÇÕES PARACENTESE		
LOCAL	PRESENCIEI PROCEDIMENTO	REALIZEI PROCEDIMENTO
HMPGL	Não.	Não.
SAMEK UPA JOÃO	Não.	Não.
WALTER UPA	Não.	Não.
SMI	Sim.	Não.

A paracentese é um procedimento de remoção de líquido ascítico da cavidade peritoneal, que possui várias etiologias como descrito no quadro abaixo, por meio de punção abdominal com agulha, tem a finalidade de reduzir a pressão intra-abdominal e aliviar sintomas associados como dispneia, dor e desconforto abdominal e também utilizada para diagnóstico. Infelizmente, só pude ver esse procedimento ser feito, pois nas outras vezes que o paciente veio eu estava ocupado, tratava-se de um idoso já conhecido no serviço de SMI, com um quadro clínico decorrente de insuficiência hepática por CA, que realiza esse procedimento todas as semanas.

ETIOPATOGENIA	
<p>Hipertensão portal</p> <ul style="list-style-type: none"> > Cirrose hepática > Hepatite alcoólica > Insuficiência hepática aguda > Síndrome de <i>Budd-Chiari</i> > Insuficiência cardíaca > Pericardite constritiva 	<p>Doença peritoneal</p> <ul style="list-style-type: none"> > Carcinomatose > Tuberculose > Gastroenterite eosinofílica > Mesotelioma multicístico > Diálise peritoneal > Radioterapia
<p>Hipoalbuminemia</p> <ul style="list-style-type: none"> > Síndrome nefrótica > Enteropatia perdedora de proteínas > Desnutrição grave 	<p>Outras etiologias</p> <ul style="list-style-type: none"> > Ascite pancreática > Ascite quilosa > Hemoperitônio



Nota – A ilustração não tem o intuito de estigmatizar o paciente ascítico; foi incorporada ao quadro com finalidade didática, tornando significativo o conhecimento da principal causa de ascite no Brasil, a cirrose hepática (decorrente do consumo excessivo de álcool, principalmente, ou ainda, de hepatite viral). **Fonte** – Elaborado pelos organizadores com adaptações (15,17).

Quadro 3 - Principais causas de ascite. (Disponível em <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/11519>)

Apesar de não ter feito, acredito que eu consigo realizar esse procedimento com maestria, visto que a sua prática não é tão complicada quanto parece. Claro, há suas contraindicações e risco de complicações. Mas no geral, é possível de se realizar.

Segundo a literatura, antes de realizar esse procedimento, devemos perguntar se o paciente está em jejum e se houve o esvaziamento vesical, fato

ao qual não vi ser perguntado antes. Por ser uma técnica simples e segura que pode ser realizado no ambiente hospitalar e ambulatorial, se disponível, o uso de ultrassom é útil para identificar o local de entrada, no nosso caso, tínhamos tal tecnologia, então conseguimos visualizar suas vísceras e os locais oportunos para a punção.

É uma técnica asséptica com paramentação adequada. A escolha da agulha depende da indicação, quando diagnóstica utiliza-se agulhas de calibre 22 (coletado 25mL), se terapêutica pode utilizar jelco de calibre 15 ou 16. O procedimento geralmente é realizado com o paciente em decúbito dorsal. O local de escolha, usualmente, é o quadrante inferior esquerdo. Esse local foi escolhido, pois a parede abdominal é mais fina neste sítio, assim como a quantidade de líquido é maior e mais profunda. Para identificar o local exato da punção, deve-se traçar uma linha imaginária da espinha ilíaca ântero superior até a cicatriz umbilical. E deve ocorrer na junção do terço médio com o terço inferior desta linha. Uma das dicas do médico que auxiliou foi quanto a anestesia (lidocaína 1%), deve-se tentar alcançar o líquido com a seringa e a agulha do anestésico para confirmar a presença de líquido, a profundidade de penetração necessária para atingir a ascite e anestesiar toda essa área. A agulha é inserida com bisel para cima, até identificar o retorno do líquido na seringa. Utiliza-se a técnica Z-track, quando puxa a pele para baixo com uma mão enquanto a outra insere a agulha, isso evita extravasamento do líquido. Após isso, foi conectado o cateter ao equipo e este ao coletor (aqueles de sondagem vesical serve). Devemos quantificar quantos litros foi retirado, nesse caso, tiramos 5L do paciente. Após drenagem, retiramos o cateter e procedemos ao curativo, com uma compreensão de 3 minutos.

Uma coisa que achei muito “engraçada” era que o paciente basicamente sabia toda a técnica, então ele me explicou ela depois que estávamos sozinhos. Com isso, perguntei se poderíamos tirar quantos litros quiséssemos (brinquei), ele disse que não, pois poderia gerar uma complicação! Depois fui ver na literatura sobre, as complicações do procedimento, pois quando se trata de drenagem de ascite volumosa as complicações possíveis são os distúrbios hidroeletrólíticos e hipotensão mais oligúria. Mais raramente podem ocorrer perfurações da bexiga ou alças intestinais.

6 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL X PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Mediante as minhas vivências ao longo do módulo de UE, estudos referenciais e a escrita desse relatório, pude desenvolver reflexões críticas e identificar inúmeros problemas estruturais, gerenciais, tecnológicos, assistenciais e sociais no cenário de urgência e emergência da 9 Regional de Saúde, sendo mais específicos os locais que nos possibilitaram estágio. Apesar de já ter feitos alguns apontes, ao escrever esse relatório, devo lembrar algumas questões já citadas que podem entrar no hall de problemáticas a serem elencadas, debatidas e resolvidas. Por consequência, são questões que certamente não seriam resolvidas de um plantão para outro, logo, requerem estudos mais aprimorados, inclusive, participação e intervenção direta todos os níveis das gestões, tendo a necessidade ativa da nossa participação como futuros líderes de equipes de saúde. Portanto, não deixa de ser uma autocrítica de pontos que posso melhorar como futuro profissional da RUE.

Sob o mesmo horizonte, iniciarei essa discussão pautando os problemas estruturais dos locais em que estivemos. Apesar de ser questões que parecem ser impossíveis de serem resolvidas, porque demandam de reformas e orçamentos, não teve um lugar, tirando SMI que tem instalação novas (menos de 5 anos de uso), que os profissionais não se queixaram de falta de uma estrutura adequada, pois os prédios que temos hoje em Foz do Iguaçu em relação a RUE são antigos, ou parcialmente, reformados. Por conseguinte, acredito que é necessário sim, sempre pautar esse ponto, pois sem um local adequado não há assistência de qualidade, e não devemos confundir e romantizar instalações históricas e antigas com a falta de adequações laborais. Por exemplo, ao conversar com os profissionais do HMPGL, todos reclamaram da falta de dormitórios (estar) adequados e copas de refeição, e que essas sofrem modificações rotineiras (trocas de salas), e que inclusive, nós estagiários parecemos nunca entrar nessa lógica, que merecemos condições básicas para desenvolver nossas atividades, e que toda vez gera transtornos e conflitos nos plantões. Além disso, nesse contexto estrutural, senti muita falta de uma sala para a comunicação de más noticiais, ou poderíamos até dizer que seria uma sala para reuniões mais particulares, de modo que, todas as comunicações de óbito ou de paliativação de pacientes que presenciei foram a beira leito, nos corredores ou

recepção do serviço, gerando um ambiente desesperador geral. Isso para mim, fere questões do atendimento humanizado, da falta de acolhimento e empatia que deveríamos ter com a população assistida, sendo o processo de morte algo tão impactante nas nossas vidas. Certamente, os locais que estivemos não foram pensados para abordar essas situações, de uma forma que confortasse nossos pacientes e seus familiares, e por isso, deixo documentado esses pontos.

Seguindo a linha de raciocínio, em termos gerenciais, fiz alguns apontes durante a escrita dos casos clínicos, de forma que escolhi alguns pensando inclusive que a conduta poderia ter sido melhor, caso a gerência e a assistência, naquele momento, fossem condicentes com o quadro gerando melhores desfechos. Sem delongas, os maiores problemas gerenciais que pude ver foi em relação a troca de plantões e a necessidade que se faz de um médico diarista auxiliando no dia-a-dia dos médicos plantonistas, esse tema até foi debatido no caso clinico 2. Em vários plantões tive ideias trocadas a respeito desse tema, e em todas elas pautavam a necessidade de ter essa função do médico diarista dentro do contexto de UE, salve as UPAS que possuem esse serviço sendo executado pelos seus atuais coordenadores, o que é algo significativo apesar de não ser oficial, já no pronto socorro infelizmente a prática não existe. Por isso, me pautei também em um estudo intitulado “Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS (2009)”, no qual afirmam que: além de uma visão mais ampliada do funcionamento do hospital, a equipe de rotina/diarista avalia o seguimento do paciente, melhorando a qualidade da assistência e aumentando o vínculo do paciente com a equipe. Além disso, acredito que durante nossa graduação, não se é dado o devido valor as trocas de plantões, sendo um momento crucial da nossa rotina, que deveria ser rigorosamente repassada e treinada de forma anual, com capacitações e aconselhamentos organizados pelos próprios serviços, envolvendo todos os profissionais que atuam na assistência.

Em relação a problemática de tecnologias, quis trazer esse debate porque em SMI não temos um sistema de informação (informática) estruturado para o serviço. Logo, achei caótico admitir, prescrever e evoluir, muitas vezes a mão e depois em planilhas do word os pacientes que chegavam na emergência. Desse modo, sentia que além de atrapalhar todo o fluxo do serviço, porque tinha dias que estávamos atendendo muitos pacientes, sendo um único médico plantonista responsável, é

extremamente útil ter um sistema que permita ter padrões de registro em prontuário médico em um sistema que inclusive proteja esses dados. Além disso, nossa profissão exige de forma constitucional e jurídica uma clareza e descrição daquilo que é feito e pensado para cada paciente, até para os outros profissionais entenderem os manejos e poder dar continuidade. Portanto, ter uma tecnologia da informação na gestão em saúde, um sistema unificado, significaria para o município ter informações consistentes e de qualidade dos seus pacientes, sendo essa ferramenta fundamental para tomada de decisão, para a ampliação de possibilidades de racionalização de ações, coibição do desperdício, controle e alocação correta de recursos, logo, informação significa financiamento.

Para finalizar, o último tópico que eu gostaria de comentar é sobre a assistência em consonância com os aspectos biopsicossociais, de pacientes e servidores, que nos deparamos durante a rotina em UE. Diferente do que se prega, ensina e divulga para o imaginário popular de que essas práticas são mais resolutivas e menos “emocionais”, encontrei no módulo muitos impasses em relação aos direitos humanos e tudo que os envolve, que repercutem de forma negativa para todos, incluindo sofrimento psíquico. De tal maneira, particularmente diria que são poucos aqueles que seguem o modelo de assistência preconizado pelo SUS, incluindo suas diretrizes e pilares, quanto ao atendimento humanizado, e que as mudanças das diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde, se fizeram e se fazem necessárias mediante a esses problemas. Pois, como já mencionei em todo o corpo desse relatório há várias problematizações acerca do atendimento em saúde de pessoas LGBTQIA+, à população encarcerada, à pacientes portadores de doenças estigmatizadas, à pacientes psiquiátricos e por aí vai, práticas muitas vezes danosas e automatizadas pelos profissionais que só queriam terminar o serviço e não levar processos e penalidades jurídicas. Mas sinceramente, não atribuo essa responsabilidade somente aos servidores pois essa perspectiva de mudança tem que vim de todos as esferas. Penso que, assim como tive tempo e espaço para opinar e refletir sobre os problemas do serviço, ao fazer esse relatório por exemplo, essa oportunidade deve ser dada e planejada, o que incluiria espaços de ausculta, feedbacks, reuniões, projetos de educação permanente, parcerias interinstitucionais etc. Nesse quesito, a pandemia pela COVID-19, impactou de maneira significativa o cotidiano das sociedades e dos serviços de saúde, portanto, ressaltar a importância em realizar mais produções

e discussões reflexivas sobre tais cenários, o impacto das desigualdades sociais e se encontrar com outras áreas como a psicologia, saúde coletiva, assistência social, dentre outras, a fim de ter profissionais emocionalmente estáveis, críticos reflexivos e resolutivos, que contribuam para melhor manejo desses pacientes é essencial.

7 ÉTICA E ACOLHIMENTO LGBTQIA+ NO COTIDIANO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA

No campo da saúde, os sistemas de classificação que envolvem sexo, gênero e orientação sexual equivocam-se com frequência, pois as identidades de gênero e sexual podem relacionar-se de maneiras distintas em função das experiências pessoais e construções culturais estabelecidas em torno delas (ARAUJO; PENNA; 2014). Em virtude desse fato, o SUS previsto em lei, está distante da realidade de muitos/as brasileiros/as, que não se identificam com um modelo considerado padrão pela sociedade (cis heteronormativo), se autointitulando como comunidade LGBTQIA+ (pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans/travestis, queers, intersexo, assexuais, e +) que apresenta uma pluralidade e complexidades de demandas singulares e específicas, exigindo assim, políticas públicas e profissionais de saúde qualificados durante o acolhimento em saúde.

A população LGBTQIA+ foi por muito tempo desassistida, sendo alvejada de preconceitos e discriminações contra elas, sendo relacionadas ao HIV/AIDS e aos serviços da prostituição. E ainda atualmente podemos encontrar publicações e materiais científicos que fazem essa correlação da população com a prostituição e as infecções de cunho sexual não só apenas a AIDS (NOGUEIRA; ARAGÃO, 2019). Logo, a assiduidade de LGBTQIA+s em serviços de saúde é preocupantemente baixa, muitas vezes resultado da estigmatização social, estereotipização relativa às necessidades de saúde e ideias socialmente equivocadas dos profissionais sobre os mesmos (BELÉM *et al*, 2018).

Sob a mesma linha de raciocínio, algumas escrituras importantes para a classe médica, como o Código de Ética do Estudante de Medicina, publicado em 2018 pelo CFM, sinaliza e reforça importantes pontos em relação aos preconceitos e estigmas. Primeiramente podemos encontrar nos **princípios fundamentais**, no **item XV**, que afirmar: “**Na aplicação dos novos conhecimentos, considerando-se suas**

repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o estudante deverá zelar para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada a herança genética, condição social, raça, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, deficiências ou outras singularidades. Ademais, tal posição ainda é corroborada no **artigo 17, do eixo 3, que trata as relações interpessoais dos estudantes** a seguinte máxima: **cabe ao estudante denunciar à instância competente conduta antiética e preconceituosa de acadêmicos, preceptores, docentes e demais funcionários da instituição**. Além disso, para complementar, aponta no parágrafo único que: **o estudante deve reconhecer que o preconceito no ambiente universitário é fator causal para adoecimento e sofrimento**.

Sabe-se que hoje a **lei 7.716/89**, na qual diz que praticar, induzir ou incitar a discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional, considera também, a homofobia um crime equiparado ao crime de racismo, no Brasil. Sendo esse imprescritível e inafiançável desde 2011, quando o Supremo Tribunal Federal, julgou o tema. Todavia, acredito que ao discutir tal tema dentro do campo de saúde, deveríamos ser mais otimistas, pois estamos considerando profissionais que se graduaram para cuidar de seres humanos, entendendo suas complexidades e individualidades. Porém, como reflete Sehnem *et al*, 2017, em seu estudo, uma vez que os profissionais de saúde não tiveram em sua formação acadêmica ferramentas que lhes possibilitassem entender o universo LGBTQIA+, é previsível que haja dificuldade no acolhimento e situações de constrangimento durante os atendimentos.

Durante meus plantões não presenciei nenhum episódio fiél-romântico de LGBTQIA+FOBIA, por exemplo, uma abordagem truculenta ou episódio explícito de bullying, no qual muitos esperam quando se falam desse tema. Em contrapartida, nos serviços de saúde nos deparamos com a invisibilização e negligência dessa comunidade, e os comentários acontecem geralmente nos bastidores, em forma de conversas paralelas, falas preconceituosas, dúvidas, brincadeiras, e por aí vai. Em virtude disso, consideramos tal panorama como aquela que a LGBTQIA+fobia acontece de maneira **INSTITUCIONAL**. Isto é, de acordo com o livro "Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar" (2021), seria qualquer violação de direitos humanos, seja ela intencional ou não, em que a pessoa se sinta diminuída,

violada, ofendida, assustada. Isso também vale para atitudes que façam a pessoa não querer frequentar locais por medo de vivenciar, mais uma vez, violência.

Na mesma ambiência, como indivíduo gay, pertencente a essa comunidade, vi poucos profissionais, em relação a maioria, que eram assumidamente LGBTQIA+, que possuíam liberdade e conforto de expressão nas minhas rotinas do internato. Porém, não que isso seja uma norma, porque cabe a individualidade e particularidade de cada um, mas nossa população seria mais feliz se pudesse visualizar isso nos ambientes em saúde, tanto pela representatividade, consciência de classe e lugar de falar. Além disso, não presenciei nenhum momento que o acolhimento, história clínica, abordagem equipe-paciente, levasse em consideração questões LGBTQIA+ pertinentes, como sexualidade e gênero, ora para o quadro clínico do paciente, ora para seu conforto terapêutico, mesmo esses estando implícitos no modelo biopsicossocial, no qual tanto abordamos atualmente nos colégios de medicina. Inclusive, ainda este ano, uma colega plantonista me chamou por uma rede social privada para tirar algumas dúvidas pertinentes a abordagem de um homem trans masculino em um serviço de UE. Portanto, as dúvidas realmente existem e devem ser sanadas em respeito ao paciente.

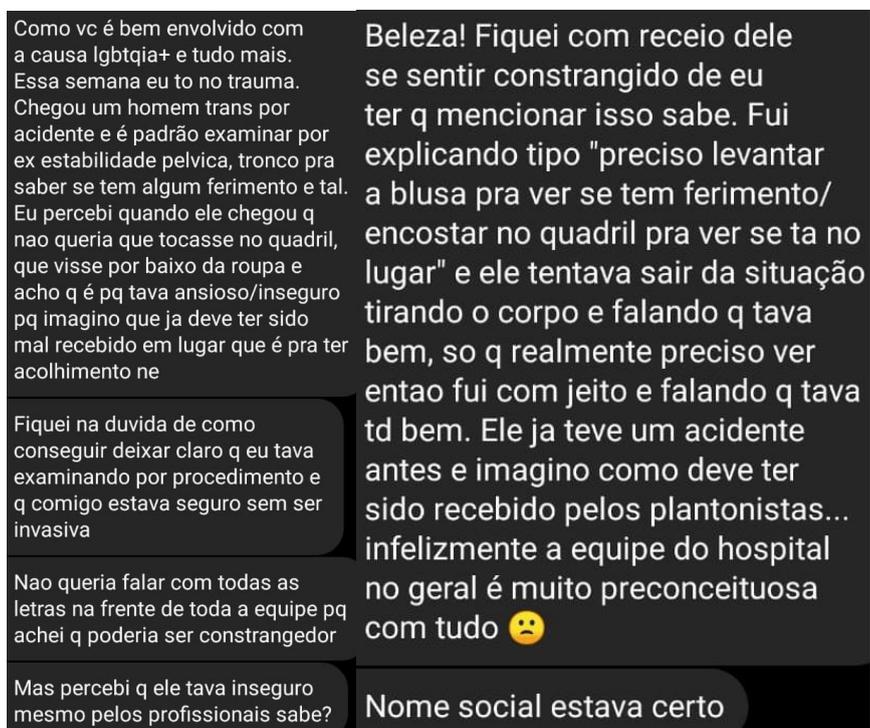


Foto 6 – Dúvidas em relação a atendimento de paciente trans. (Fonte: material de arquivos pessoais)

Em contraste com o exposto, um fato que me deixou extremamente feliz foi que, ao adquirir a última versão do livro Manual de Medicina de Emergência, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), uma das nossas principais referências em literatura para a disciplina de UE, visualizei que foi adicionado a sessão XX, no que tange a saúde LGBTQIA+ no departamento de UE. Nesse mesmo capítulo, há uma sentença que devo citar: a população LGBTQIA+ é mais vulnerável aos agravos de saúde mental e violência interpessoal e sexual, devendo o profissional emergencista estar preparado para essa avaliação. Tal exposto sinaliza muito para o que eu acredito como o futuro das ciências médicas e me enche de perspectivas e orgulho.

A **Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIA+** (PNSI LGBTQIA+), implantada no ano de 2009, através da portaria de nº 2.836/2009, constituída pelo MS, tem como objetivo promover e assegurar que essa população esteja acobertada dos seus direitos a saúde integral, livre de qualquer tipo de preconceito e discriminação. A política também é norteadora para as particularidades e necessidades específicas da comunidade, o que vem colaborando para que a população LGBTQIA+ venha ganhando seu espaço na sociedade e conquistando seus direitos de cidadão funcional (BRASIL, 2013). O maior objetivo dessa política é a promoção à saúde integral, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2012).

Por todo esse contexto, pelas questões que me ferem como um indivíduo LGBTQIA+, defendo a importância de se utilizar e estudar a PNSI LGBTQIA+ como uma diretriz de ensino, imprescindível, na formação médica. Pois, se tal documento fosse abordado dentro dos cursos da área da saúde, inclusive no curso de Medicina da UNILA, e na medida que os profissionais e acadêmicos entram em contato com a realidade dessa população, recebendo capacitações e atualizações, estariam qualificados para atender as demandas da diversidade. Logo, o acesso e acolhimento, dentro da complexidade do atendimento em saúde desses indivíduos mudaria substancialmente, visto que essas tecnologias são fundamentais nas práticas e ações de cuidado integral em saúde, e isso inclui também, a rede de urgência e emergência, como já citamos anteriormente.

8 REDES SOCIAIS E PRÁTICA MÉDICA

Com a ascensão do uso da internet, as redes sociais representaram uma verdadeira revolução na forma de interação entre as pessoas, inclusive a relação médico-paciente. Desse modo, podemos naturalmente afirmar que essas tecnologias trouxeram vantagens para diversos profissionais, de qualquer segmento, inclusive, os do campo médico. Para nós, essa mídia pode se tornar uma grande aliada em relação a nossa profissão e o público-alvo, sendo possível destacar inúmeras funções: promoção e prevenção em saúde, marketing e negócios, pesquisas, e etc. Ora também desfavorável, se considerarmos os direitos éticos legais implícitos nas relações humanas, e do próprio exercício médico.

Nesse contexto, ao considerar que dentro das próprias comunidades digitais existam políticas e diretrizes pré-acordadas pelos seus usuários, principalmente em relação aos direitos humanos e violências, o Conselho Federal de Medicina (CFM), também fez apontes relacionados à publicidade médica e o uso das redes sociais, no qual os profissionais precisam estar cientes sobre como se comportar digitalmente. Por consequência, há quem considere esse debate polêmico, haja vista a tenuidade entre particularidades da vida pessoal e o exercício laboral e de papel social, adquirida por nós profissionais da saúde. Logo, é um terreno desconhecido para muitos que se aventuram na internet, por exemplo, sem saber o que pode e não pode ser publicado.

Por esses motivos, em casos nas quais as postagens infrinjam de alguma forma o Código de Ética Médica, nós profissionais podemos ser punidos. É por isso que o CFM, em uma série de publicações e documentos oficiais, busca tratar sobre as boas práticas nas redes sociais e mostrar como a publicidade médica, quando usada de forma responsável, tem um papel muito importante na sociedade.

Dentre os exemplos, está o Manual de Publicidade Médica, que dita as regras para publicidade médica, de acordo com a Resolução CFM no 1974/2011, em vigor desde 15 de fevereiro de 2012. Esse estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria. A publicidade médica deve obedecer exclusivamente a princípios éticos de orientação

educativa, não sendo comparável à publicidade de produtos e práticas meramente comerciais e imbuída no Código de Ética Médica no capítulo XIII. E é pré-requisito para o estabelecimento de regras éticas de concorrência entre médicos, serviços, clínicas, hospitais e demais empresas registradas nos Conselhos Regionais de Medicina.

Em sequência, temos a atuação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), no qual dispôs do Guia das Boas Práticas nas Redes Sociais Para Médicos (2022). Essa publicação buscou pautar recomendações úteis, práticas e claras, para que os médicos possam se orientar na utilização de suas redes sociais, dentro dos limites da ética e do profissionalismo, evitando comportamentos impróprios ou inadequados.

Mediante o exposto, há alguns pontos que eu gostaria de comentar a respeito desses documentos e seus conteúdos, com base na minha opinião crítica reflexiva. Sendo eles:

Função Educativa: eu particularmente acredito muito nas redes sociais como ferramenta de imersão intelectual e promoção de saúde, inclusive há inúmeros projetos de extensão que assume tais características! Apesar de ser uma luta diária contra o sistema de informação e seus algoritmos que nos guiam e nos viciam em temas ora “relevantes” para o momento ou porque geram dinheiro. Porém, quando fazemos um bom filtro do que consumimos nesses espaços de compartilhamento de informações, é nítido que o alcance à novos conhecimentos e debates acerca de inúmeras pautas é extremamente mais fácil. Por consequência, durante nossas práticas nos deparamos rotineiramente com dúvidas acerca do contexto da saúde que dentro das redes sociais poderiam ser divulgados, ou que provavelmente alguém já faça isso, mas aquela pessoa ainda teve acesso a esse compartilhamento. Assim, acredito que o médico que compreende que sua presença nas redes sociais pode ter caráter educativo, baseado em evidências, já está no caminho certo do comportamento online, podendo ter um impacto muito positivo daqueles que necessitam de tais informações. Essa é, inclusive, uma premissa do Código de Ética, que afirma: “A publicidade médica deve obedecer exclusivamente a princípios éticos de orientação educativa, não sendo comparável à publicidade de produtos e práticas meramente comerciais”.

Perfil Profissional x Perfil Pessoal: Algumas redes sociais, como o Facebook e o Instagram, permitem a criação de perfis pessoais e profissionais, logo, a escolha da modalidade fica a critério do indivíduo profissional. Em suma, não é difícil entender a função de cada uma, pois, o perfil pessoal estaria relacionado à vida privada, com interações entre pessoas próximas como familiares e amigos. Já o outro serve de posicionamento como profissional da Medicina e, portanto, tem a função de dialogar com pacientes e a sociedade em geral. Como a autopromoção é prática condenada e passível de investigação por parte do CRM, essas opções possibilitam que a pessoa crie as duas modalidades, ou seja, dois perfis, para deixar cada esfera da vida bem delimitada. Eu particularmente acredito muito nessa opção de se viver digitalmente, se uma pessoa se identifica como “Dra tal, ou, Dr fulano” em um perfil de rede social, no meu imaginário, esse indivíduo está assumindo e reafirmando seu papel, com todo o imaginário social que carrega, dentro da sociedade! Logo, esse se torna um alvo fácil de críticas, comentários e de punição ético legais. Agora, se tem uma pessoa, que mesmo que ela seja profissional da saúde, que na sua rede social não há nenhuma identificação de tal função, deveríamos ser capazes de refletir que aquela pessoa não está e não quer se assumir naquela função mediante o mundo digital, sendo uma autonomia digna a ela. Contudo, obviamente se trata de uma discussão que nem todos, ainda, são capazes de refletir e dialogar, sendo inclusive, uma das minhas pautas pessoais como acadêmico de medicina, visto que por ser uma pessoa LGBTQIA+, minha cultura é estigmatizada e vista de forma preconceituosa frente a moralidade que nossa sociedade “preza”, isto é, aos considerados bons costumes. Portanto, muito dos meus afazeres extra-acadêmicos poderiam ser questionados como errados frente a carreira médica.

Consulta por Rede Social: Ainda que a telemedicina esteja em constante debate na comunidade médica, principalmente devido as restrições sociais que a pandemia do COVID 19 nos trouxe, nós profissionais da saúde não estamos autorizados a realizar consultas por meio das redes sociais. Mas, é muito comum seguidores pedirem orientações nos comentários, enquanto outros enviam mensagens diretas, via chat, por exemplo. O Anexo I da Resolução 1.974/2011 afirma ser vedado ao profissional, não importa qual seja o canal, “consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa ou a distância”. Por isso, algumas pessoas podem insistir para ouvir do profissional algum diagnóstico, com

base no que relatam. Para contornar isso, penso que o médico precisa ter uma postura muito séria ao educar o paciente a respeito da importância do conhecimento do histórico do paciente, bem como, da realização da avaliação clínica e outros exames caso necessário. Assim, o profissional pode e deve incentivar, por meio de uma relação empática de preocupação (“para o seu próprio bem”, que os usuários das redes procurem atendimentos que busquem abordar as suas integralidades, e que “fast consultas” podem ser mais nocivas que favoráveis aos desfechos clínicos.

Observadas as regras de não diagnosticar, não prescrever terapias e não substituir a consulta médica por conversas remotas, o CFM considera como uso saudável dos aplicativos apenas para: elucidar dúvidas, tratar de aspectos evolutivos e passar orientações ou prevenções de caráter emergencial ao paciente que já está recebendo assistência. E a melhor resposta final ao nosso paciente ou familiar aflito: vá a uma unidade médica de emergência ou agende, se possível, uma consulta médica.

Mediante o contexto e o que foi debatido, podemos concluir que esse assunto é muito extenso! Há muito o que se elencar, compartilhar e debater acerca da ética e direitos legais dentro do universo digital em consonância com as práticas em saúde. Por isso, trouxe três temas que me chamaram atenção dentro dos documentos que citei, mas esses não se esgotam aqui. Além disso, ao estudar a temática, penso que não há como concluir e nem ter uma receita de perfil em rede social perfeito, pois o próprio sistema de informação é contra isso (como já falei, existem os algoritmos que nos direcionam para nichos), logo, é importante sim, que existam regras básicas que não feriam os direitos humanos, e isso eu acho que deveria ter em todos os espaços e nos exercícios de todas as profissões etc. Portanto, e como sempre, penso que é mais um tema que falta espaço dentro das grades curriculares dos cursos de medicina e que deveria ser mais abordado, ademais, foi muito interessante inteirar-se desse assunto nas práticas de urgência e emergência, pois há inúmeras situações e quadros clínicos, que ganham notoriedade, nesse seguimento! Pois gera sensacionalismo, curiosidade, horror, dúvida e por aí vai podendo lesar o paciente que está sendo assistido por nós.

Assim, se as regras de publicidade médica e de uso das redes sociais, não estiverem claras nas resoluções ligadas ao tema, de uma maneira geral e em situações específicas, é preciso encontrar outras formas para se informar. Isso pode

ser feito por meio de uma consulta ao Conselho Regional de Medicina do Estado em que o profissional atua. O CRM Paraná, por exemplo, conta com canais de comunicação abertos aos esclarecimentos de dúvidas dos médicos, de forma a proteger o exercício legítimo da Medicina. Portanto, antes de seguir em frente com uma publicação, seja nas redes sociais ou na imprensa, que pode não estar de acordo, a melhor alternativa é contatar autoridades no assunto para prevenir constrangimentos e, principalmente, punições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abuso de Cocaína - FERIGOLO, Maristela, et al. Centros de atendimento da dependência química. Porto Alegre: Brasil, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/rw4WTYKSNPqcNLcbjpjGsRt/>

ABUSO E DEPENDÊNCIA DE COCAÍNA. 2016. Associação Brasileira de Psiquiatria -GIGLIOTTI A, MALBERGIER A, MARQUES ACPR, MARQUES R, ARAÚJO MR, ANDRADA NC, LARANJEIRA R, BUZZINI RF, BERNARDO WM.

[ALEX REYENTOVICH, MD](#); [HOLGER THIELE, MD, FESC](#). Clinical manifestations and diagnosis of cardiogenic shock in acute myocardial infarction. Uptodate. Dezembro, 2022.

ARAUJO, Luciane Marques de; PENNA, Lucia Helena Garcia. **A relação entre sexo, identidades sexual e de gênero no campo da saúde da mulher.** Rev enferm UERJ – Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 134-138, jan/fev. 2014

BELÉM, Jameson Moreira et al. **Atenção à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais na Estratégia Saúde da Família.** Rev baiana enferm, v. 32:e26475. 2018.

BITTAR, Olímpio J. Nogueira, et al. Sistemas de informação em saúde e sua complexidade. *Revista de Administração em Saúde*, 2018, 18.70.

BRANDÃO, N. E. T. O., et al. **Manual de medicina de emergência: disciplina de emergências clínicas:** Hospital das Clínicas da FMUSP. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Acolhimento com classificação de risco** [Internet]. Brasília; 2012. [acesso em 2022 out]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-ACE-01.pdf>

BRASIL. **Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989.** Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. *Diário Oficial da União*, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.htm
> Acesso em: 03 out. 2022.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência - RUE.** São Luís: 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de**

Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, Daniela. *Comunicação de más notícias em contexto de morte súbita no serviço de urgência*. 2020. PhD Thesis.

CATAPAN, Soraia de Camargo; CALVO, Maria Cristina Marino. Teleconsulta: uma revisão integrativa da interação médico-paciente mediada pela tecnologia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2020, 44.

CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A. L. **Saúde LGBTQIA+ Práticas de cuidado transdisciplinar**. *Tamboré-Santa de Parnaíba: Editora Manole*, 2021.

Código de ética do estudante de medicina / Conselho Federal de Medicina. – Brasília, DF: CFM, 2018.

DA MOTTA, MARCIA VIEIRA; MENA, HUMBERTO; PIACSEK, GABRIEL. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. **OS CONCEITOS FRENTE ÀS NORMAS ADMINISTRATIVAS E LEGAIS E SUAS IMPLICAÇÕES NA CLÍNICA MÉDICA**. *SAÚDE ÉTICA & JUSTIÇA*, 2017, 22.2: 81-94.

DAVID A GORELICK, MD, PHD. Cocaine use disorder: Epidemiology, clinical features, and diagnosis. Uptodate. Dezembro, 2022.

DE ANDRADE, Jéssica; DE ALCÂNTARA, Ana Maria Santana; RAMIRES, Cristhiene Montone Nunes. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS INTERNADOS NO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL SÃO PAULO E SEUS FAMILIARES EM TEMPOS DE PANDEMIA PELO COVID-19. *Revista Serviço Social em Perspectiva*, 2021, 5.1: 128-137.

DE AZAMBUJA, Marina Ilha; GHIGGI, Karine Cristina; DE CASTRO JUNIOR, Miguel Angelo Martins. Intubação endotraqueal e via aérea cirúrgica. *VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde*, 2021, 33.1: 159-172.

DE CUIDADO, Guia do Episódio. Ingestão de Corpo Estranho. Disponível em: <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Ingestao-de-corpo-estranho.pdf>

DE SOUSA ÁVILA, Erilandy, et al. **Assistência multiprofissional ao paciente politraumatizado nos serviços de emergência: uma revisão integrativa da literatura.** *Editor Chefe*, 277.

Diretriz Interprofissional de Atenção à Criança e ao Adolescente com Ingestão de Corpos Estranhos/Silva, Ana Aurélia Rocha da. et. al. Brasília: HCB, 2016.

GARY C CURHAN, MD, SCD; MARK D ARONSON, MD; GLENN M PREMINGER, MD. Kidney stones in adults: Diagnosis and acute management of suspected nephrolithiasis. Uptodate. Dezembro, 2022.

GHIGGI, Karine Cristina; PEREIRA, Hugo Cataud Pacheco; AUDINO, Daniel Fagundes. Paracentese abdominal. *VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde*, 2021, 33.1: 84-100.

GUIA DAS BOAS PRÁTICAS NAS REDES SOCIAIS PARA MÉDICOS Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/flipbook/publicacao/73/index.html> >

JAMES P MORGAN, MD, PHD. Clinical manifestations, diagnosis, and management of the cardiovascular complications of cocaine abuse. Uptodate. Dezembro, 2022.

KELLY SINCLAIR, MD. Button and cylindrical battery ingestion: Clinical features, diagnosis, and initial management. Uptodate. Dezembro, 2022.

Manual de publicidade médica: resolução CFM nº 1.974/11. Disponível em:
<https://portal.cfm.org.br/publicidademédica/arquivos/cfm1974_11.pdf>

KONDER, Mariana; O'DWYER, GISELE. **As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2019, 29: e290203.

KORKES, Fernando; GOMES, Samirah Abreu; HEILBERG, Ita Pfeferman. Diagnóstico e tratamento de litíase ureteral. *J. Bras. Nefrol.*, 2009, 31.1: 55-61.

LETTIERI, Gabriela Kato, et al. Sigilo médico na era digital: análise da relação médico-paciente. *Revista Bioética*, 2022, 29: 814-824.

MAZZUCCHI, Eduardo; SROUGI, Miguel. O que há de novo no diagnóstico e tratamento da litíase urinária?. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2009, 55: 723-728.

MELLO, Millena Bragança de. Atualizações e mudanças no diagnóstico e tratamento de litíase ureteral na emergência: revisão de literatura. 2021.

MELO JÚNIOR, Emerson Leão Inácio de. Manejo de via aérea difícil: revisão da literatura. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria MS/GM nº 1600, de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial Uniao. 8 jul 2011; Seção 1. 14.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº 2.648, de 7 de novembro de 2011. **Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto-atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em**

conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial Uniao. 8 nov 2011; Seção1:48.

MOURA, Andressa; DE CARVALHO, João Paulo Garcia; DE BARROS SILVA, Marcos Aurélio. **Urgência e emergência: conceitos e atualidades.** *Saúde & Conhecimento-Jornal de Medicina Univag*, 2018, 1.

NOGUEIRA, F. J. S.; ARAGÃO, T. A. P. **Política nacional de saúde integral LGBT: o que ocorre na prática sob o prisma de usuários (as) e profissionais de saúde.** *Saúde e Pesquisa*. 2019 set-dez.; 12(3): 463-470 - e-ISSN 2176-9206. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7220>.> Acesso em: 11 out 2022.

O'DWYER, Gisele Oliveira; OLIVEIRA, Sergio Pacheco de; SETA, Marismary Horsth de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009, 14.5: 1881-1890.

O'DWYER, Gisele, et al. **O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil.** *Revista de Saúde Pública*, 2017, 51: 125.

OGLIARI, Ana Luisa Canova; DOS SANTOS, Ricardo Cunha. Sondagens. *VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde*, 2021, 33.1: 9-28.

OLIVEIRA, Frederico Lage de. *Rabdomiólise: revisão bibliográfica com base num caso clínico de etiologia rara*. 2016. PhD Thesis.

RODRIGO HASBUN, MD, MPH, FIDSA. Clinical features and diagnosis of acute bacterial meningitis in adults. Uptodate. Dezembro, 2022.

PIAZZETTA, Gustavo Ranzolin; PEREIRA, Hugo Cataud Pacheco. Punção lombar. *VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde*, 2021, 33.1: 111-123.

PINTO, Lecio Figueira; OLIVEIRA, João Paulo Santiago de; MIDON, Aston Marques. Estado de mal epilético: revisão sobre diagnóstico, monitorização e tratamento. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 2022, 80: 193-203.

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO: HIERARQUIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE, NO ESTADO DO PARANÁ. Disponível em

http://www.paranatransplantes.pr.gov.br/sites/transplantes/arquivos_restritos/files/documento/2021-06/plano_diretor_de_regionalizacao_-_pdr.pdf) Acesso: 20 de out 2022.

PURIM, S. M. et al. Publicidade médica em redes sociais: conhecimento e ensino na graduação de Medicina. *Rev Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 49. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20223386> en. Acesso em: 13 jan 2023

SANTOS, V. L. C.; SANTOS, J. E. As redes sociais digitais e sua influência na sociedade e educação contemporâneas – *Holos*, vol. 6, 2014, pp. 307-328 Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte Natal, Brasil

SCHWAN, Betina Luiza; AZEVEDO, Eliza Gehlen; COSTA, Laurence Bedin da. Acesso venoso central. *Biblioteca virtual em saúde*, 2018.

SEHNEM, Graciela Dutra et al. **(Des)Preparo técnico-científico para o cuidado às travestis: percepções de enfermeiras (os)**. *Rev Enferm UFMS*, v. 7, n. 2, p. 236-247, abr/jun. 2017.

SILVA, Lidiane Rosa, et al. **Protocolo de Manchester**. *Revista Gestão & Tecnologia*, 2021, 1.32: 33-44.

SILVA, Rita de Cássia Costa da; NOVAIS, Maykon Anderson Pires de; ZUCCHI, Paola. **Social participation in the unified health system of Brazil: an exploratory study on the adequacy of health councils to resolution 453/2012.** *Bmc Health Services Research*, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 1-7, 19 out. 2021. Springer Science and Business Media LLC.

SIMÕES, Ian Freitas, et al. Corpo estranho em trato digestivo em crianças: conduta na emergência. *Revista Científica Hospital Santa Izabel*, 2017, 1.3: 20-24.

SORTE, Érica Manuela da Silva Boa, et al. **Análise da Percepção de Acadêmicos sobre o Ensino de Urgência e Emergência em Curso Médico.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2020, 44 ZOGBI, Luciano; RIGATTI, Gabriel; AUDINO, Daniel Fagundes. Sutura cirúrgica. *VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde*, 2021, 33.1: 29-44.

STEVEN C SCHACHTER, MD. Evaluation and management of the first seizure in adults. Uptodate. Dezembro, 2022.