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

CURSO DE MEDICINA

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS

PLANTANDO EXPERIÊNCIAS, COLHENDO APRENDIZADOS

TIAGO DA SILVA ARAUJO

Foz do Iguaçu
2022

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

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

CURSO DE MEDICINA

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS
PLANTANDO EXPERIÊNCIAS, COLHENDO APRENDIZADOS

TIAGO DA SILVA ARAUJO

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

Orientadora: Profª. Ma. Flávia Julyana Pina Trench.

Foz do Iguaçu
2022

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

TIAGO DA SILVA ARAUJO

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS
PLANTANDO EXPERIÊNCIAS, COLHENDO APRENDIZADOS

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

BANCA EXAMINADORA

_____

Orientadora: Profª. Ma. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

_____

Profª. Ma. Rosana Álvarez Callejas
UNILA

_____

Profª. Esp. Tatiana Pinheiro Rocha Souza Alves
UNILA

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Tiago da Silva Araujo

Curso: Medicina

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

Título do trabalho acadêmico: Internato em Urgência e Emergência do SUS

Nome do orientador(a): Profª. Ma. Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: _____/_____/_____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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

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

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do Responsável

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

Dedico este trabalho aos pacientes que me ensinaram sobre a medicina em seus momentos de sofrimento.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Marlene e Fernando, pela vida. Aos meus irmãos Viviane e Fernandinho, pela confiança e pelo apoio emocional. Aos meus sobrinhos Guilherme e Bernardo por me ensinarem sobre o amor mais puro. Aos meus familiares e amigos, pela torcida. Aos meus colegas de curso, pelas trocas de saberes e pela ajuda mútua. Juntos conseguimos avançar e ultrapassar obstáculos. À cada docente, médico, enfermeiro e técnico de enfermagem que se propôs a me ensinar e que confiou em meu trabalho. Aos pacientes que me permitiram aprender sobre a vida e sobre a morte. A todos aqueles que contribuíram e contribuem para o meu crescimento pessoal e profissional. Meu muito obrigado!

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

“Toda a nossa ciência, comparada com a realidade,
é primitiva e infantil – e, no entanto, é a coisa mais preciosa que temos.”

Albert Einstein (1879-1955)

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

RESUMO

As doenças cardiovasculares e as causas externas são as principais causas de morte no Brasil. Nesse sentido, uma Rede de Urgência e Emergência bem estruturada e funcional se torna indispensável para o SUS uma vez que a demanda é alta. Além disso, o ensino da urgência e da emergência nas escolas médicas se torna estratégico para a formação de profissionais aptos a atuar na RUE e outros órgãos da Rede de Saúde. O presente relatório teve como principal objetivo reunir o conhecimento do acadêmico sobre as várias perspectivas da Urgência e da Emergência no contexto do SUS. Para isso, dividiu-se em capítulos, sendo eles relacionados ao conhecimento da legislação de UE no Brasil, às vivências médicas com base em casos clínicos reais, à atuação na COVID-19, à realização de procedimentos invasivos e ao diagnóstico de uma situação-problema no serviço com possíveis soluções. Durante toda a escrita, momentos de reflexão sobre cada vivência.

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

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares y las causas externas son las principales causas de muerte en Brasil. En ese sentido, una Red de Urgencias y Emergencias bien estructurada y funcional se vuelve indispensable para el SUS, ya que la demanda es alta. Además, la enseñanza de urgencias y emergencias en las facultades de medicina se vuelve estratégica para la formación de profesionales aptos para actuar en el RUE y otros órganos de la Red de Salud. El objetivo principal de este informe fue recopilar conocimientos académicos sobre las diversas perspectivas de Urgencia y Emergencia en el contexto del SUS. Para ello, se dividió en capítulos, que están relacionados con el conocimiento de la legislación de la UE en Brasil, las experiencias médicas basadas en casos clínicos reales, la actuación en la COVID-19, la realización de procedimientos invasivos y el diagnóstico de un problema situación-servicio con posibles soluciones. A lo largo del escrito, momentos de reflexión sobre cada experiencia.

Palabras clave: Urgencia y emergencia; SUS; Internato.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

ABSTRACT

Cardiovascular diseases and external causes are the main causes of death in Brazil. In this sense, a well-structured and functional Urgency and Emergency Network becomes indispensable for the SUS since the demand is high. In addition, the teaching of urgency and emergency in medical schools becomes strategic for the training of professionals able to work in the RUE and other bodies of the Health Network. The main objective of this report was to gather academic knowledge about the various perspectives of Urgency and Emergency in the context of SUS. For this, it was divided into chapters, which are related to knowledge of EU legislation in Brazil, medical experiences based on real clinical cases, acting in COVID-19, performing invasive procedures and diagnosing a situation- service problem with possible solutions. Throughout the writing, moments of reflection on each experience.

Key words: Urgency and emergency; SUS; Internship.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

LISTA DE ABREVIATURAS

AAS	Ácido Acetilsalicílico
AB	Atenção Básica
ACLS	Advanced Cardiovascular Life Support
AHA	American Heart Association
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AIT	Ataque Isquêmico Transitório
APH	Atendimento Pré-hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
AV	Arteriovenosa
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVEi	Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CE	Causas Externas
DBVM	Dispositivo Bolsa-Válvula-Máscara
DCV	Doenças Cardiovasculares
ECG	Eletrocardiograma
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FV	Fibrilação Ventricular
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HBPM	Heparinas de Baixo Peso Molecular
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
HNF	Heparina Não-fracionada
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IES	Instituições de Ensino Superior
IOT	Intubação Orotraqueal
IRA	Insuficiência Renal Aguda
ITU	Infecção do Trato Urinário
IVAS	Infecção das Vias Aéreas Superiores
MELD	Model for End-Stage Liver Disease
MS	Ministério da Saúde

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NVEH	Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
PA	Pressão Arterial
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PCR	Proteína C Reativa
PS	Pronto Socorro
PVHIV	Paciente que Vive com HIV
QUALISUS	Política de Qualificação da Atenção à Saúde
RCE	Retorno da Circulação Espontâneo
RCP	Reanimação Cardiopulmonar
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
$SatO^2$	Saturação de Oxigênio
SECIH	Serviço de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e à Emergência
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TC	Tomografia Computadorizada
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TRR	Time de Resposta Rápida
TRS	Terapia Renal Substitutiva
TVP	Trombose Venosa Profunda
VE	Ventrículo Esquerdo
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UE	Urgência e Emergência

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 14
2. OBJETIVOS 16
2.1. OBJETIVO GERAL 16
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 16
3. METODOLOGIA 17
4. DESENVOLVIMENTO 18
4.1. REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 18
4.1.1. Política Nacional de Urgência e Emergência 18
4.1.1.1. Pré-hospitalar Móvel: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e à Emergência (SIATE) 18
4.1.1.2. Pré-hospitalar Fixo: Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24hrs) 19
4.1.1.3. Atenção de Média e de Alta Complexidade 20
4.2. REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM FOZ DO IGUAÇU 21
4.2.1. Serviços e seus aspectos em relação à Legislação, Estrutura, Recursos Humanos, Condutas Técnicas, Regulação, Vaga Zero, Humanização e Classificação de Risco 21
4.2.1.1. Unidades de Pronto Atendimento 24h João Samek e Dr. Walter Cavalvante Barbosa 21
4.2.1.2. Hospital Municipal Padre Germano Lauck – HMPGL 22
4.2.1.3. Hospital Ministro Costa Cavalcanti – HMCC 24
4.2. CASOS CLÍNICOS 25
4.2.1. Caso Clínico 1: "Tempo é Cérebro e a Fístula AV é Rim” 25
4.2.2. Caso Clínico 2: “Da dor à parada” 32
4.2.2.4. Drogas em Urgência e Emergência - Intubação Orotraqueal Mediada por Drogas 37
4.2.3. Caso Clínico 3: “Bicho no olho” 40
4.2.4. Caso Clínico 4: “Peixe, cerveja e a pior dor que já tive na vida” 44
4.2.5. Caso Clínico 5: “Quando a vida perde o sentido” 50
4.2.6. Caso Clínico 6: “3 meses de vida” 56
4.2.7. Caso Clínico 7: “Os 5 cavaleiros da morte” 62
4.2.8. Caso Clínico 8: “Parece que não, mas ela vai se lembrar” 67
4.2.9. Caso Clínico 9: “Pressão e depressão” 73
4.2.10. Caso Clínico 10: “Isolando o vírus” 78
4.3. PANDEMIA PELA COVID-19: VIVÊNCIAS 86
4.4. PROCEDIMENTOS 92

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 100
REFERÊNCIAS 101

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

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). Desde então, o SUS está presente nos mais variados setores do contexto brasileiro, indo do setor hospitalar à fiscalização da produção de alimentos. Em contrapartida, apenas um pequeno estrato da população brasileira compreende a organização e atuação do SUS em seu cotidiano (OUVERNEY, 2013), o que compromete a procura dos serviços de saúde adequados e específicos para cada demanda apresentada pelo usuário.

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) é uma das mais poderosas ferramentas do sistema de saúde. Isso porque é capaz de resolver em até 80% das demandas orgânicas apresentadas pela população, uma vez que a APS é uma das portas de entrada do sistema, juntamente com os atendimentos de urgência e emergência e assistência psicossocial (ALMEIDA, 2016). Isso significa que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem garantir que a população conheça e utilize todos os serviços oferecidos a fim de se integrarem cada vez mais ao sistema de saúde, aumentando o grau de resolutividade da APS.

Entretanto, é fundamental ressaltar o atual perfil epidemiológico de agravos à saúde no país, bem como sua correlação com o cenário mundial. Com isso, a rede de Urgência e Emergência do SUS se torna essencial tendo em vista que muitos acometimentos da saúde oferecem risco imediato ou iminente de morte, demandando atendimento de qualidade e em tempo hábil.

Sabe-se que as causas externas (CE) são responsáveis por quase 10% da carga global de doenças. Dentre as vítimas, a hemorragia pós-traumática não controlada é a principal causa de morte potencialmente evitável (RAMESH; UMA; FARHATH, 2019). Em 2012, as CE representaram 12,9% dos óbitos no Brasil, constituindo a terceira maior causa de mortes no país (CORASSA et al., 2017).

Já quando se fala em causas internas de mortes, os distúrbios cardiovasculares são a principal causa de mortalidade e morbidade no mundo industrializado, representando quase 50% de todas as mortes anualmente (GRACE; GRAVELY-WITTE; BRUAL et al., 2008). No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), em 2011 as DCV foram responsáveis por 28,6% das 1.170.498 mortes ocorridas

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Diante desse quadro, o atendimento de UE eficiente e de qualidade se torna estratégico para a organização do sistema de saúde uma vez que contribui para a redução dos números de morbimortalidade por causas externas e internas.

Especificamente no Brasil, o Ministério da Saúde implantou um conjunto de intervenções a partir de 2003, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e a Política de Qualificação da Atenção à Saúde (QUALISUS). No componente hospitalar, houve indução para uso e disseminação concomitante dos dispositivos e arranjos da Política Nacional de Humanização, como o acolhimento com classificação de risco, visando ao crescimento de oferta de leitos de retaguarda, bem como incentivo à implantação de tecnologias seletivas de caráter regulatório para uso adequado e equitativo dos recursos. Práticas substitutivas hospitalares na forma de cuidados domiciliares produzidos pelas equipes e serviços da atenção básica foram também incorporadas (SILVA; NOVAIS; ZUCCHI, 2021).

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 Sistema Único de Saúde (SUS)1,5,6,8. Nesse período, os alunos devem praticar suas habilidades por meio de treinamento intensivo em unidades de pronto atendimento (UPAs) (CECILIO; CORREIA; ANDREAZZA; CHIORO; CARAPINHEIRO; CRUZ; BARROS, 2020).

São vários os fatores associados à deficiência de ensino da UE nas faculdades de Medicina no Brasil, como: falta de convênio entre instituições de ensino superior (IES) com pronto-socorro externo; ausência deste, nos hospitais universitários, para prática dos alunos em casos reais; alto custo dos laboratórios com manequins e equipamentos adequados; falta de profissionais capacitados para o ensino desse tema; e fragmentação das áreas envolvidas em UE. Além desses fatores, há que se considerar o método de ensino que deve ser analisado no que tange à lacuna na formação de UE (SORTE; SILVA; SANTOS; PINHO; NASCIMENTO; REIS, 2020).

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

O presente trabalho teve como objetivo principal reunir o conhecimento do acadêmico sobre as várias perspectivas da Urgência e da Emergência no contexto do SUS. A cada capítulo, uma temática elucidada, reunindo aspectos teóricos e práticos vivenciados ao longo do módulo Internato em Urgência e Emergência do SUS.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Relatar sobre a organização da Rede de Urgência e Emergência com ênfase no município de Foz do Iguaçu;
- Elencar casos clínicos atendidos nos cenários de práticas;
- Relatar experiências e vivências durante a pandemia pela COVID-19;
- Listar procedimentos invasivos realizados pelo estudante;
- Diagnosticar uma situação-problema de um dos cenários de práticas e propor uma resolução.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

3. METODOLOGIA

A literatura já existente foi consultada para fornecimento de subsídios teóricos. Além disso, a pesquisa sobre a legislação foi fundamental para a compreensão da Rede de Urgência e Emergência do SUS vigente no Brasil, bem como seu histórico e sua organização no município de Foz do Iguaçu.

Para os casos clínicos, foi imprescindível o olhar atento durante os plantões nos serviços a fim de detectar situações marcantes e de relevância acadêmica. Para a completa descrição, investigação e acompanhamento dos casos, o uso remoto dos prontuários eletrônicos foi necessário. Além disso, para uma discussão e análise completa, artigos científicos recentes foram buscados nas seguintes plataformas: PubMed, Scielo e BIREME. As perspectivas e reflexões do acadêmico foram adicionadas ao longo das descrições a fim de expressar os desafios e avanços durante o serviço.

Apesar de amenizada, a pandemia pela COVID-19 ainda tem suas repercussões nos serviços de saúde. Diante disso, os relatos sobre as experiências de atuação nos cenários peri-pandemia contaram com as rotinas de cada serviço, bem como fluxos, protocolos, referências e inseguranças.

Durante os plantões, muitas oportunidades para realização de procedimentos invasivos surgiram. Com o apoio da literatura, serão descritos os procedimentos realizados de maneira a discutir sobre os pontos negativos e positivos de cada momento.

Por fim, um trabalho conjunto entre serviço e acadêmico visou detectar uma problemática, bem como suas possíveis formas de resolução com base nos recursos disponíveis.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

4. DESENVOLVIMENTO

4.1. REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

4.1.1. Política Nacional de Urgência e Emergência

A Política Nacional de Urgência e Emergência foi lançada, em 2003, pelo Ministério da Saúde, a fim de organizar e estruturar a rede de urgência e emergência no Brasil. O objetivo principal desde a publicação da portaria que instituiu tal política foi o de integrar a atenção às urgências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) tem como missão a integração e a articulação entre 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).

Para O'dwyer *et al.* (2016), a integração entre os serviços se torna um grande desafio para os serviços, comprometendo sua qualidade e efetividade. Isso ocorre devido aos eventuais impedimentos encontrados no acesso à Atenção Primária à Saúde pelos pacientes, o que leva ao surgimento e agravamento de determinadas condições patológicas. Além disso, a não estruturação hospitalar do setor terciário, como leitos insuficientes para atender às demandas, gera impasses em relação ao processo de intervenção definitiva do paciente socorrido. Nesse contexto, a RUE se torna indispensável para que esses desafios sejam enfrentados.

4.1.1.1. Pré-hospitalar Móvel: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e à Emergência (SIATE)

Com a edição da Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, que instituiu o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o Sistema Único de Saúde passou a dispor de um reforço significativo no APH. A implantação do SAMU, bem como de suas centrais de regulação por todo o território brasileiro, demonstrou um importante passo em relação à melhora da qualidade do APH, uma vez que as demandas em urgências no Brasil têm seguido crescente aumento (TELES *et al.*, 2017).

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

O SAMU se tornou o principal componente móvel da rede de atenção às urgências e a principal porta de entrada do SUS. A partir desse serviço, o Governo Federal tem como meta a redução do número de óbitos, das sequelas causadas por demora no primeiro atendimento e do tempo de internação hospitalar. Além do aumento das chances de sobrevivência e melhor prognóstico do paciente, haverá menos gastos com pacientes graves em alta complexidade (ALMEIDA *et al*., 2016).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência deve ser acionado pelo número de telefone 192 nas seguintes ocorrências: Problemas cardiorrespiratórios; intoxicação exógena e envenenamento; queimaduras graves; maus tratos; trabalhos de parto em que haja risco de morte da mãe ou do feto; tentativas de suicídio; crises hipertensivas e dores no peito de aparecimento súbito; quando houver acidentes/traumas com vítimas; afogamentos; choque elétrico; acidentes com produtos perigosos; suspeita de infarto ou AVC; agressão por arma de fogo ou arma branca; soterramento, desabamento; crises convulsivas; transferência inter-hospitalar de doentes graves; outras situações consideradas de urgência ou emergência, com risco de morte, sequela ou sofrimento intenso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Já o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e à Emergência (SIATE) é realizado pelos socorristas do Corpo de Bombeiros. 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 (MS).

O SIATE deve ser acionado pelo número de telefone 193 nas seguintes ocorrências: 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).

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

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA’s) surgiram como uma das estratégias da Política Nacional de Atenção às Urgências para a melhorar a organização da assistência, a articulação dos serviços; e a definição de fluxos e referências resolutivas Essa estratégia aparece como uma das iniciativas resolutivas

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

para o problema da superlotação em emergências hospitalares (OLIVEIRA; RAMOS; PIAZZA; PRADO; REIBNITZ; SOUZA, 2015).

Ocupam o nível intermediário de complexidade entre as Unidades Básicas de Saúde (atenção básica) e a média e alta complexidade, integrando a Rede Pré-Hospitalar Fixa. Devem funcionar 24 horas por dia, realizando triagem classificatória de risco. A triagem classificatória de risco, segundo a Portaria n. 2048/02, deve ser executada por profissional de nível superior treinado, e respeitar protocolos de avaliação de urgência, priorizando os casos mais graves para atendimento preferencial. A Portaria n. 1020, de 13 de maio de 2009, que estabelece diretrizes para a implantação do componente Pré-Hospitalar fixo, a qual define as competências e responsabilidades das UPAs, utiliza o termo “acolhimento” em vez de “triagem”, conforme preconizado pelo Humaniza SUS, que entende triagem como uma prática de exclusão.

4.1.1.3. Atenção de Média e de Alta Complexidade

Para o Ministério da Saúde, a Média Complexidade Ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. Já a Alta Complexidade é definida pelo conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (BRASIL, 2007).

São as principais áreas que compõe a alta complexidade: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em tráumato-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio-palatais; reabilitação protética e funcional das

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica;terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida (BRASIL, 2007).

4.2. REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM FOZ DO IGUAÇU

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

Os serviços móveis de atendimento pré-hospitalar são divididos em SAMU e SIATE que possuem gestão distinta, embora tratem do mesmo campo de atendimento. Já os serviços fixos de atendimento pré-hospitalar, as Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA's 24hrs) são divididas em 2 unidades, sendo elas: UPA João Samek e UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa. Por fim, os atendimentos de urgência e emergência de média e alta complexidade são referenciados para o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) e para o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC).

4.2.1. Serviços e seus aspectos em relação à Legislação, Estrutura, Recursos Humanos, Condutas Técnicas, Regulação, Vaga Zero, Humanização e Classificação de Risco

4.2.1.1. Unidades de Pronto Atendimento 24h João Samek e Dr. Walter Cavalvante Barbosa

A UPA João Samek está localizada na Rua Iacanga, 330 - Jardim das Palmeiras, Foz do Iguaçu - PR, 85869-755. Já a UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa se encontra na Av. Mario Filho, 445 - Parque Res. Morumbi, Foz do Iguaçu - PR, 85858-440. Ambas integram a rede de urgência e emergência do município.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 10 de 3 de janeiro de 2017, as UPA's são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária, articuladas com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192,

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da Rede de Atenção às Urgências. No caso de Foz do Iguaçu, além do SAMU 192, contamos com a atuação do Serviço Integrado de Atendimento a Traumas e Emergências - SIATE 193.

Sobre a classificação de risco, assim como o preconizado pela portaria, encontra-se o uso dessa tecnologia nos serviços. É importante pontuar que a classificação de risco é uma ferramenta fundamental que fornece apoio à decisão clínica, no formato de protocolo, com linguagem universal para as urgências clínicas e traumáticas, que deve ser utilizado por profissionais (médicos ou enfermeiros) capacitados, com o objetivo de identificar a gravidade do paciente e permitir o atendimento rápido, em tempo oportuno e seguro de acordo com o potencial de risco e com base em evidências científicas existentes.

Em relação ao acolhimento, a diretriz da Política Nacional de Humanização - PNH que determina o cuidado do paciente que envolva a sua escuta qualificada e o respeito às suas especificidades, com resolutividade e responsabilização ocorre em todas as etapas do atendimento. Por fim, sabe-se que a segurança do paciente é a redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável, por tanto, é uma preocupação constante.

Por ser porta de entrada dos pacientes, as unidades recebem pacientes com múltiplas demandas. A partir do acolhimento e classificação de risco, as referências são realizadas para as instituições de média e alta complexidade. Na maioria dos casos, a UPA é resolutiva, oferecendo tratamento curativo e encaminhando o paciente para tratamento ambulatorial na Atenção Básica ou até mesmo a resolutividade total do caso.

Contudo, em alguns casos em que o suporte necessita de recursos não disponíveis na instituição, a transferência se torna essencial. Por se falar de uma Rede de Atenção, isso é possível graças à comunicação entre os serviços que é garantida pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1.600, de 7 de julho de 2011.

4.2.1.2. Hospital Municipal Padre Germano Lauck – HMPGL

O HMPGL se encontra em Foz do Iguaçu, município paranaense pertencente à 9ª Regional de Saúde. O hospital é referência para as seguintes especialidades: Psiquiatria; Cirurgia geral e suas especialidades (exceto oncologia);

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

Clínica médica e suas especialidades (exceto cardiologia); Ginecologia; Ortopedia e traumatologia; Pediatria (exceto UTI neonatal); Acidente com material biológico.

No HMPGL, a equipe médica é composta pelos seguintes especialistas: Clínico geral cirurgião geral, cirurgião do trauma, ortopedista, pediatra, cardiologista, nefrologista, oftalmologista, otorrinolaringologista, cirurgião do aparelho digestivo, dermatologista, cirurgião vascular, neurocirurgião, urologista, infectologista, cirurgião torácico e radiologista intervencionista.

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.

Nesse sentido, nota-se que o HMPGL está em consonância com a portaria uma vez que dispõe de tecnologias complexas e equipe multiprofissional, oferecendo uma abordagem holística ao paciente.

Percebo que o acolhimento ainda é um processo mal compreendido no sistema de saúde. Mais do que uma etapa, é um momento vivo que ocorre durante todo o processo de cuidado. Nesse sentido, mesmo com conceitos claros determinados pela portaria, sabe-se que sua realização, bem como a humanização do atendimento se torna um desafio para as equipes. Pelo que pude observar, um dos motivos que gera impasses é a existência de referências e contra referências entre pacientes e profissionais. Pacientes psiquiátricos são estereotipados. Pacientes etilizados, ignorados. Pacientes que vivem com Hiv, discriminados. Em muitas situações, o atendimento é louvável. Em outras, os protocolos são quebrados.

A Portaria do Ministério da Saúde Nº 2.395, de 11 outubro de 2011 deixa claro os aspectos necessários para que uma instituição hospitalar esteja habilitada para integrar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Dessa maneira, reconhecer cada setor do hospital como um integrante dessa grande teia, é brilhante. Durante todos os atendimentos, os fluxos foram seguidos de maneira a evidenciar clara comunicação entre central de leitos, serviços móveis e fixos pré-hospitalares, bem como de outras instituições hospitalares. A presença de protocolos clínicos, equipe multiprofissional, central de leitos, leitos de retaguarda (emergência,

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

enfermaria e terapia intensiva), uso de verba para ampliação e melhoria das estruturas torna o aprendizado sólido e sedimentado.

A Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.077/14 traz informações importantes sobre o manejo do paciente que busca atendimento ou que é referenciado a uma unidade de pronto atendimento. Segundo a resolução, todo paciente que tiver acesso ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deverá, obrigatoriamente, ser atendido por um médico, não podendo, sob nenhuma justificativa, ser dispensado ou encaminhado a outra unidade de saúde por outro profissional que não o médico. Esse assunto levanta diversas perspectivas, dentre elas a de que as equipes de triagem/acolhimento/classificação de risco não estão preparadas para adequada estratificação e admitem pacientes que poderiam ser direcionados para uma UPA ou até mesmo para a Atenção Básica. Contudo, a resolução é clara e o paciente deverá ser avaliado por um profissional médico. A procura do serviço "inadequado" é fruto da falta de educação em saúde e, portanto, necessita de discussões que resolvam os problemas de base.

A "Vaga Zero" é um recurso que se torna indispensável em algumas situações. Trata-se de acesso imediato aos pacientes com risco iminente de morte ou em condições de intenso sofrimento aos serviços cabíveis. Contudo, a compreensão que tive com a vivência hospitalar é que o processo de vaga zero requer organização e comunicação, e não fazer de forma "imediata" e/ou "às cegas". A comunicação entre médicos dos diferentes serviços é fundamental. Além disso, algumas situações como superlotação de serviços requerem comunicação entre gestores e para que seja transferido, o paciente necessita estar estabilizado. Em um dos plantões na emergência clínica do HMPGL, pude presenciar um caso em que a vaga zero foi acionada. O que me chamou atenção foi o encurtamento do processo/burocracia e como o médico procede nas situações, regulando tanto o serviço de recepção do paciente, bem como o transporte.

4.2.1.3. Hospital Ministro Costa Cavalcanti – HMCC

No HMCC não temos vivências práticas quanto internos. Entretanto, por ser referência em cardiologia, oncologia e obstetrícia muitos pacientes são referenciados para a instituição.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

4.2. CASOS CLÍNICOS

4.2.1. Caso Clínico 1: "Tempo é Cérebro e a Fístula AV é Rim”

4.2.1.1. Objetivos de Aprendizagem

- Manejo inicial do paciente com suspeita de acidente encefálico na emergência;
- Reconhecer aspectos fundamentais presentes na referência e na contrarreferência;
- Identificar comorbidades e necessidades especiais dos pacientes;
- Comparar condutas tomadas na situação real com as indicadas na literatura;
- Refletir sobre aspectos positivos e aspectos que precisam ser melhorados em atendimentos subsequentes.

4.2.1.2. Contextualização

Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Sábado. Noite. Paciente masculino, C.D.S., 49 anos, pardo, casado, procedente de Foz do Iguaçu, é admitido na Sala Vermelha do Pronto Socorro após episódio de “mal estar após sessão de hemodiálise”, sendo essa sua queixa principal. Por volta das 21 horas, após ser desligado da máquina de hemodiálise, apresentou calafrios, sudorese, tontura, tosse, náusea e parestesia com perda de força em membro superior esquerdo. Foi acionado o SAMU 192 pela Nefroclínica. Enquanto aguardava a transferência, paciente relatou melhora dos sintomas, inclusive retomada da força no membro superior esquerdo. Segundo carta de transferência feita pelo médico da Nefroclínica, paciente também teve perda das linhas de expressões em região frontal esquerda, desvio da rima labial esquerda. Paciente deu entrada no serviço já sem queixas.

Sobre seu histórico médico, familiar e hábitos de vida, trata-se de um paciente com doença renal crônica em hemodiálise 3 vezes na semana (terça, quinta e sábado no terceiro turno) há 3 meses, ainda com diurese diária de aproximadamente 1 litro. Internação anterior no HMPGL devido à quadro de pico hipertensivo e insuficiência respiratória, sendo intubado na ocasião. Em cintilografia realizada, apresentou achados compatíveis com amiloidose cardíaca. Nega outras comorbidades e alergias medicamentosas. Possui fístula AV em região distal de

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

membro superior esquerdo. Possui cateter venoso central para diálise em jugular esquerda. Nega quadro similar em familiares, etilismo e tabagismo.

Ao Exame Físico, paciente em bom estado geral, lúcido e orientado em tempo/espaço, normocorado, hidratado, colaborativo, sonolento. Bulhas cardíacas rítmicas e normofonéticas em 2 tempos sem sopros. Pulso carotídeo simétrico. Hipertenso. Murmúrios vesiculares universalmente distribuídos bilateralmente em todo hemitórax, sem ruídos adventícios. Ruídos hidroaéreos presentes em todos os quadrantes. Sem dor a palpação superficial e profunda. Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas e fotorreativas. Apresenta discreta diminuição de força em membro superior esquerdo. Ausência de edema. Tempo de enchimento capilar inferior a 3 segundos.

Quanto aos exames complementares, apresentou na TC de Crânio sem contraste infarto lacunar no lobo da ínsula esquerda, proeminência de sulcos corticais fronto-temporais e fissuras laterais, por redução volumétrica encefálica supratentorial, com leve predominância nos lobos temporais. Além disso, apresentou na Ecocardiografia Transtorácica disfunção diastólica Grau I do VE, ventrículo esquerdo com hipertrofia concêntrica (aumento de massa e espessura relativa), comprometimento segmentar e com função sistólica conservada, cavidade atrial esquerda com discreto aumento, refluxo valvar mitral leve, refluxo valvar tricúspide discreto e refluxo valvar aórtico discreto. Por fim, quanto aos exames laboratoriais, apresentou de alterações importantes eosinofilia de 1.799,60 mm^3, ureia de 102 mg/dL e creatinina de 9,5 mg/dL.

Diante do quadro, levantou-se como hipótese diagnóstica uma síndrome de foco neurológico, mais especificamente tendo como hipóteses diagnósticas Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEi) e Ataque Isquêmico Transitório (AIT). Além disso, por apresentar quadro hipertensivo, elencou-se como hipótese sindrômica, uma síndrome hipertensiva. Como diagnósticos diferenciais, elencou-se Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico, uremia e hipercalemia. É fundamental ressaltar os diagnósticos prévios de Doença Renal Crônica em terapia renal substitutiva (hemodiálise), bem como a amiloidose cardíaca.

Na admissão, as condutas foram: Solicitar TC de crânio, avaliação da neurologia, controle pressórico. Em seguida, foram solicitados acompanhamento da nefrologia, ecocardiograma e doppler de carótidas.

4.2.1.3. Análise e Discussão

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

O primeiro ponto que proponho que seja discutido, é sobre o momento em que identifiquei a legislação na prática. Ao ser admitido no setor de emergência clínica, houve um encontro de equipes de serviços distintos, contudo, falando o mesmo idioma. A equipe hospitalar já estava preparada para receber o paciente que seria transportado pelo serviço móvel pré-hospitalar. Esse momento me chamou a atenção. Identifiquei, logo de cara, o quão a Central de Leitos, conforme abordei no capítulo anterior, é fundamental para o bom funcionamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Estava tudo integrado, estava tudo tecido. O paciente foi o maior beneficiado, porém, não podemos negar que todos os envolvidos ganharam.

Em seguida, farei pontuações relacionadas ao manejo inicial do paciente com hipóteses diagnósticas neurológicas e que possuía condições especiais de saúde. Segundo a literatura e os inúmeros guidelines já existentes, tempo é cérebro. Nesse sentido, a avaliação inicial do paciente com suspeita de AVC deve ser sistematizada, rápida e objetiva, visando permitir a instituição de estratégias de reperfusão cerebral o quanto antes (quando necessárias), ao mesmo tempo em que pontos essenciais do diagnóstico e cuidados do paciente não sejam deixados de lado.

O paciente foi admitido no setor e o caso foi passado entre os médicos. Enquanto isso, outros colaboradores da equipe foram transferindo o paciente para o leito. Após isso, foi feita a monitorização dos sinais vitais, a glicemia capilar foi coletada, e, na hora de realizar acesso venoso periférico eu disse: “Esperem! O paciente faz hemodiálise e possui fístula AV em região distal do membro superior esquerdo, além de cateter venoso central em veia jugular esquerda. Devemos proteger a Fístula e o Cateter Venoso Central”. Não tenho dúvidas de que a equipe iria perceber determinada situação, contudo, se esse detalhe fosse ignorado muito estaria em jogo. Atender e manejar um paciente em terapia renal substitutiva é sempre muito emblemático para mim, uma vez que alguns familiares próximos se beneficiam com esse tratamento. A fístula e o cateter central foram devidamente identificados e um acesso periférico foi puncionado no membro superior direito.

No primeiro momento, o exame físico foi feito com ênfase no sistema neurológico e o paciente estabilizado e encaminhado para realizar TC de crânio. A estabilização seguiu a ordem A, B e C, certificando abertura das vias aéreas, boa respiração e aspectos quanto à circulação. O paciente estava lúcido e orientado e era contactante, por conta disso, durante a coleta inicial de informações, detectamos via

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

aérea pérvia. Também concluímos sobre sua boa ventilação uma vez que o paciente estava eupneico em ar ambiente, ausculta limpa e sem sinais de esforço respiratório, com Sat O^2 > 94% conforme o preconizado pela literatura. Ao avaliar seu padrão cardiovascular, detectou-se parâmetros de hipertensão com base nos valores da Pressão Arterial Sistêmica. O paciente não estava com rebaixamento do nível de consciência e nem com risco de broncoaspiração, não indicando abordagem avançada das vias aéreas.

Simultaneamente ao manejo inicial, informações importantes sobre a história da moléstia atual foram coletadas com o paciente, familiares e por meio da referência encaminhada junto com o paciente, emitida pelo serviço de diálise em que se encontrava. Percebi, nesse momento, que as informações devem ser claras e coesas. Uma reflexão comparativa que faço é quando aprendi a fazer a anamnese. Coletava informações sem saber interpretá-las. Hoje, é gratificante ver uma evolução nesse sentido. Reunir fatos, elaborar linhas do tempo, e compreender a história do paciente real se tornou algo frequente e de maior qualidade investigativa. Alguns pontos foram fundamentais para compreensão do caso, bem como para direcionamento das hipóteses diagnósticas.

A primeira pergunta foi sobre o último momento em que o paciente esteve assintomático. Segundo a carta-referência e informações coletadas com o paciente, tudo começou após sua sessão de hemodiálise, por volta das 21 horas. O tempo de início do quadro e entrada no serviço de saúde é indispensável para o estabelecimento de estratégias de reperfusão ou não. É necessário ressaltar que o horário deve levar em consideração o primeiro achado que não obrigatoriamente será o déficit motor. Nesse caso, o paciente iniciou com quadro de mal estar, seguido por calafrios, sudorese, tontura, tosse, náusea e parestesia com perda de força em membro superior esquerdo. O *ictus*, tempo entre aparecimento do primeiro sintoma e a chegada no serviço, foi de 1 hora e 24 minutos.

Outro ponto a ser abordado na entrevista, foi a investigação sobre as medicações de uso contínuo pelo paciente com ênfase no uso de anticoagulantes, questionando sobre a última dose. O conhecimento da clínica médica e suas subáreas se tornou fundamental nesse momento. Com base em estudos prévios sobre os métodos de terapia renal substitutiva, sabia que o sucesso do tratamento se devia a um protocolo de anticoagulação eficiente para manter permeável o circuito de diálise. Dentre as drogas mais utilizadas, cita-se a heparina não fracionada (HNF)

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

(anticoagulante mais utilizado) e as heparinas de baixo peso molecular (HBPM) que são mais recentes, contudo, têm se mostrado seguras e efetivas para TRS. Nesse momento, a presença de contraindicações para trombólise endovenosa deve ser investigada.

Coletadas informações preliminares, o exame físico neurológico foi realizado simultaneamente, garantindo monitorização dos sinais vitais e manobras para investigação de déficits motores. Nesse momento o cálculo no NIHSS deveria ter sido feito. Enquanto redijo esse caso, revejo pontos falhos e que precisam ser melhorados para as próximas ocasiões. Um ponto que não foi realizado foi a pontuação NIHSS que se torna indispensável para a estratificação do paciente, bem como para definição de condutas.

A coleta de exames laboratoriais é importante para auxiliar no atendimento, mas, para pacientes com indicação de reperfusão, não se deve aguardar os resultados para realização do procedimento. Contudo, alguns são indispensáveis e devem preceder o procedimento, sendo eles: Glicemia capilar, tempo de protrombina (quando uso de varfarina ou novos anticoagulantes orais nas últimas 48 horas), tempo de tromboplastina parcial ativada (uso de heparina não fracionada nas últimas 48 horas), e tempo de trombina (uso de novos anticoagulantes orais nas últimas 48 horas). Outros exames que também devem ser realizados, mas que não devem atrasar a infusão de trombolíticos, são: Troponina I, hemograma, ureia, creatinina, eletrólitos, eletrocardiograma e raio-x de tórax. A glicemia capilar estava dentro dos padrões de referência. No hemograma, constatou-se anisocitose e leucocitose com aumento de neutrófilos e eosinófilo, porém, seu PCR era baixo, não indicando naquele momento alguma entidade nosológica de padrão infeccioso. Ureia e creatinina aumentadas, porém, devemos nos lembrar que se trata de um paciente com doença renal crônica. No exame do potássio, hipercalêmico. Eletrocardiograma e Raio-X de Tórax normais. Os exames fundamentais para terapia de reperfusão não foram solicitados. Acredito que isso se deva aos achados na TC de Crânio.

A TC de Crânio é um momento bastante esperado quando se trata de uma suspeita de AVC, sendo realizado precocemente a fim de excluir diagnósticos diferenciais (AVC hemorrágico), identificar complicações do AVC isquêmico. A obrigatória sua realização antes da reperfusão ou trombectomia mecânica. É fundamental compreender que achados normais não descartam um quadro isquêmico. Na ocasião, a TC do paciente teve os seguintes achados: “Infarto lacunar

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

no lobo da ínsula esquerda; Proeminência de sulcos corticais fronto-temporais e fissuras laterais, por redução volumétrica encefálica supratentorial, com leve predominância nos lobos temporais. Pelo parecer da neurocirurgia, não haviam achados agudos, não demandando dessa forma nenhuma conduta específica, apenas monitoramento dos níveis pressóricos.

O Ataque Isquêmico Transitório (AIT) foi levantado como uma das hipóteses diagnósticas tendo em vista suas características de duração dos sintomas menor do que 1 hora, assim como ocorreu com o paciente estudado. É importante pontuar que os mecanismos etiológicos do AIT são os mesmos do AVCi, apesar de não haver associação a um infarto encefálico. Além disso, a literatura evidencia que pacientes com AIT possuem risco elevado para ocorrência de eventos isquêmicos nos próximos 90 dias, sendo maior risco nas primeiras 48 horas. Algo que poderia ter sido utilizado no momento do atendimento, seria o Escore ABCD2 para estratificação do risco de acidente vascular cerebral isquêmico em até 2 dias de um AIT, contudo, foi algo não cogitado. O que se sabe é que os cuidados iniciais não seriam diferentes dos cuidados de AVCi, exceto na abordagem de reperfusão, uma vez que não teria indicação.

Após a estabilização inicial, o paciente estava normotenso. Dessa forma, permaneceu com suas medicações anti-hipertensivas de uso contínuo e seus sinais vitais foram monitorados a fim de detectar alterações pressóricas alarmantes. O doppler de carótidas estava normal e o ecocardiograma apresentou alterações relacionadas à amiloidose cardíaca, entretanto, decido não entrar em detalhes sobre essa comorbidade por não se enquadrar aos objetivos propostos da descrição do caso clínico. Como não houve indicação para realização de trombólise endovenosa, não trarei para esse estudo de caso detalhes como medicamentos, doses, contraindicações dentre outros. Ressalto que o objetivo principal do relato foi elucidar o manejo inicial do paciente com suspeita de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico, revisitando condutas tomadas, bem como pontos que podem ser melhorados para os próximos episódios. O paciente recebeu alta médica após 2 dias de internação, sendo que nesse período recebeu comanejo pela nefrologia.

4.2.1.4. Conclusões e Lições Aprendidas

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

Pacientes com quadros neurológicos devem ser atendidos de maneira sistemática e eficiente, tendo em vista tempo é cérebro. Na situação vivenciada, o paciente era renal crônico em terapia substitutiva, sendo fundamental a preservação e cuidado de suas vias de hemofiltração. A coleta de uma história com informações essenciais para compreensão, classificação e estratificação do caso é essencial, além de exames físico e complementares objetivos e direcionados para o primeiro momento. Devo me atentar ao uso de escalas e escores para melhor abordagem dos casos, assim como compreender a indicação de terapias mais invasivas, bem como suas complicações. Por fim, concluo que o caso me instigou a aprofundar meus estudos em neurologia/neurocirurgia para melhor compreender processos e evoluções durante a prática clínica.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

4.2.2. Caso Clínico 2: “Da dor à parada”

4.2.2.1. Objetivos de Aprendizagem

- Manejo inicial do paciente com dor torácica na emergência;
- Reconhecer as peculiaridades da vaga zero e quando acioná-la;
- Relembrar as atribuições de um Time de Resposta Rápida durante o atendimento a uma Parada Cardiorrespiratória.

4.2.2.2. Contextualização

Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Sexta-feira. Tarde. Paciente masculino, L.A.T.P.F., 51 anos, pardo, procedente de Foz do Iguaçu, é admitido na Sala Vermelha do Pronto Socorro após início de “dor no peito”, sendo essa sua queixa principal. O paciente chegou ao serviço por busca espontânea com queixa de dor torácica após 2 horasdo início, com irradiação para membro superior direito e região da mandíbula. Na admissão, foi realizado eletrocardiograma que evidenciou isquemia de parede cardíaca inferior. Em casa, já havia tomado 2 comprimidos de AAS, segundo relato do próprio paciente.

Sobre seu histórico, trata-se de um paciente com revascularização cardíaca prévia e sobrepeso. Nega outras comorbidades e alergias medicamentosas. Sobre os hábitos de vida, é tabagista com carga de 0,5 maço/ano e é etilista. Dados sobre histórico familiar não foram coletados por se tratar de uma emergência, demandando tomada de medidas imediatas.

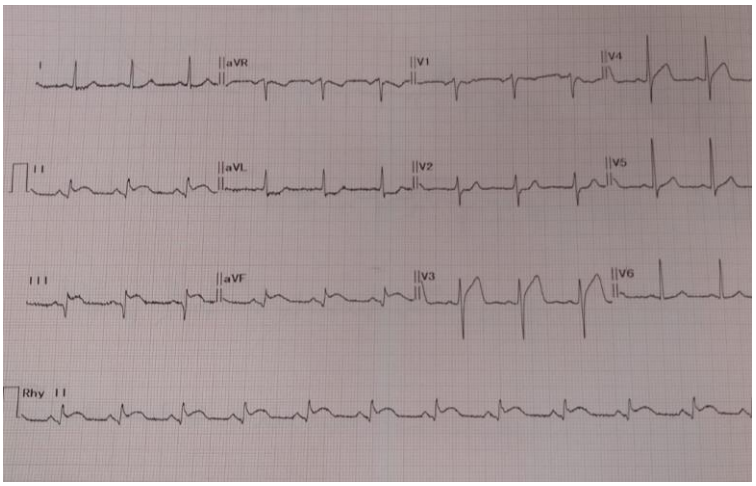
Sobre o exame físico, paciente em Regular Estado Geral, Lúcido e Orientado em Tempo e Espaço, normocorado e hidratado. Bulhas cardíacas normofonéticas, rítmicas, em 2 tempos, sem sopros. Murmúrios vesiculares universalmente audíveis, sem ruídos adventícios. Abdômen globoso, flácido, indolor à palpação. Presença de hérnia na região do flanco direito. Ausência de edemas em extremidades.

Como diagnóstico sindrômico, elencou-se uma Síndrome Coronariana Aguda. Já como hipótese diagnóstica, Infarto Agudo do Miocárdio. Por se tratar de dor torácica, temos como diagnósticos diferenciais Tromboembolismo Pulmonar, Dissecção Aórtica, Pneumotórax Hipertensivo e Tamponamento Cardíaco.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

Como condutas iniciais, realizou-se o protocolo de dor torácica com monitorização, oxigenioterapia e acessos venosos periféricos, prescrição de dupla desagregação plaquetária com AAS e Clopidogrel, Eletrocardiograma e sua interpretação em menos de 10 minutos e, por fim, solicitação de vaga para cardiologia do HMCC.

Imagem 1 - ECG Realizado na Admissão



Fonte: Arquivo pessoal do autor.

Após cerca de 20 minutos, o paciente evoluiu com PCR. Foi iniciado protocolo de RCP de acordo com ACLS. Apresentou ritmo chocável FV, recebendo desfibrilação. Adrenalina 1 mg foi administrada e compressões por mais 2 minutos. Realizado IOT e ventilação por meio de DBVM a cada 6 segundos. Paciente permaneceu com ritmo chocável FV, seguindo com a administração de 2 ampolas de amiodarona. Após 15 min de RCP paciente retorna com RCE, iniciando sedação padrão e acoplamento na VM. Realizando ECG após RCE e solicitados exames laboratoriais. Vaga Zero acionada, entrando em contato com plantonista do PS Clínico do HMCC e regulando USA para a transferência para o HMCC.

4.2.2.3. Análise e Discussão

O presente caso foi muito significativo para mim. Desde o primeiro período da graduação, estive envolvido em atividades relacionadas ao suporte básico e avançado de vida em cardiologia. Por conta disso, sempre tenho uma autocobrança pelo melhor atendimento possível ao paciente em uma emergência do tipo. Contudo,

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

nesse contexto, apesar do desfecho positivo, muitas falhas ocorreram, o que me deixou frustrado e bastante reflexivo sobre o que poderia ter sido feito.

Como sabemos, o HMPGL não é porta aberta para cardiologia, entretanto, o paciente buscou espontaneamente a instituição. Acredito que tenha sido por uma questão de proximidade. E, desde sua chegada, uma lição: Nunca subestimar a dor no peito de um paciente.

Sabe-se que as doenças cardiovasculares são uma das principais causas de mortes no Brasil, bem como nos demais países do globo. Nesse sentido, a dor torácica chega a ser um dos maiores desafios para o setor de emergência tendo em vista sua gama de possibilidades etiológicas. A minoria dos casos se apresenta com risco iminente de morte, contudo, condutas adequadas são essenciais para alterar os desfechos do paciente.

Assim como o preconizado pela literatura, o paciente foi admitido na sala de emergência e monitorizado. Sua saturação de oxigênio estava > 90%, não havendo indicação para oferta de O^2 suplementar. Contudo, algo essencial deveria ter sido feito, mas, por algum motivo não foi realizado, o acesso venoso periférico.

A dor torácica é um sintoma comum para várias doenças que podem levar a desfechos adversos graves em minutos, horas ou dias. Nesse sentido, pensar nos grupos de doenças a fim de confirmar ou excluir determinado diagnóstico se torna uma opção lógica. É importante organizar o pensamento por grupos de doenças por sistemas, sendo doenças cardiovasculares, pulmonares, gastrointestinais, cardíacas, relacionadas à pele e ao músculo esquelético e causas psicogênicas. Nesse caso-estudo, vou focar no grupo de doenças cardíacas com ênfase nas Síndromes Coronarianas Agudas. Em caso posterior, abordarei outras perspectivas sobre a dor torácica.

Durante a admissão, foi realizada rápida anamnese e exame físico a fim de compreender a história do quadro, bem como encontrar alterações agudas que indicassem possível diagnóstico. O eletrocardiograma deve ser realizado nos primeiros 2 minutos após a entrada do paciente no serviço e interpretado em até 10 minutos. Felizmente, isso ocorreu. O ECG evidenciou isquemia de parede cardíaca inferior, fechando o quadro de Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de Segmento ST.

Partindo desse achado, conseguimos direcionar condutas e determinar fluxos necessários para o melhor atendimento do paciente. Uma Síndrome

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

Coronariana Aguda com Supra de Segmento ST significa que houve uma oclusão total de uma coronária, se tratando, então, de uma emergência clínica. As emergências, segundo os protocolos de estratificação de risco, necessitam de intervenções imediatas.

O quadro clínico apresentado pelo paciente foi típico: Dor em região precordial, em forma de aperto, como principal sintoma. Além disso, a moléstia irradiava para membro superior esquerdo e para região da mandíbula. Em relação à duração, até sua chegada no serviço, tempo superior a 20 segundos. Por fim, o paciente possuía fatores de risco prévios. Pontuo que é fundamental estar atento também às manifestações atípicas, principalmente em pacientes idosos, gestantes, diabéticos e com demência. Neles, o evento isquêmico pode se manifestar como indigestão, dor no estômago, dentre outros.

Quando vi o ECG do paciente, juntamente com o médico, me fiz a seguinte pergunta: qualquer supra de ST tem relevância para se diagnosticar um IAM? Naquele momento, não obtive essa resposta devido ao contexto de pouco tempo e atitudes rápidas. Contudo, ao chegar em casa e redigir esse caso, encontrei na literatura que algumas características precisam estar estar presentes, sendo elas: supra de ST maior ou igual a 1mm em pelo menos 2 derivações contíguas, com exceção de V2 e V3 em que deve ser maior ou igual a 1,5 mm em mulheres, 2,0 mm em homens com 40 anos ou mais e 2,5 mm em homens com menos de 40 anos. O que achei bastante interessante foi como identificar a parede cardíaca acometida de acordo com a derivação alterada.

Por se tratar de um IAM com SSST, tempo é músculo e a prioridade é desobstruir a coronária. Nesse sentido, os protocolos preconizam tempos para a realização dos procedimentos. O tempo ideal entre a admissão e a realização de trombólise (porta-agulha), é de até 30 minutos. Já o tempo ideal entre a admissão e o uso do stent, é de até 90 minutos ou de até 120 minutos em casos de transferência, como ocorreu com paciente do caso. Diante disso, achei louvável a atitude do médico que, ao perceber que estava diante de um IAM, foi pessoalmente ao Núcleo Interno de Regulação (NIR - Central de Leitos) do HMPGL informar o caso e solicitar transferência com urgência para o serviço de referência localizado no HMCC.

Independentemente da forma de desobstrução da coronária, a dupla antiagregação deve ocorrer para todos os pacientes. Para isso, deve ser utilizado AAS + Clopidogrel nas seguintes doses: AAS na dose de ataque de 160 a 325 mg +

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

manutenção de 100mg/dia; Clopidogrel na dose de ataque de 300mg, exceto para maior de 75 anos em que o ataque não deve ser realizado. O paciente havia tomado 2 comprimidos de AAS em casa, sendo administrado mais 1 para completar 300mg + 2 comprimidos de Clopidogrel.

O protocolo inicial para dor torácica / IAMSSST foi iniciado adequadamente e, para mim, foi um momento muito didático tendo em vista que casos típicos e ilustrativos como esse não são comuns de se acompanhar no hospital, tendo em vista que a instituição não é porta de entrada.

Enquanto as burocracias de solicitação de vaga, regulação e transferência eram realizadas, algo ocorreu: o paciente evoluiu para Parada Cardiopulmonar. Quem reconheceu a parada foi o enfermeiro que estava ao seu lado no exato momento. Tempo é vida, tempo é cérebro e tempo é coração. Imediatamente as manobras de reanimação foram iniciadas pelo próprio enfermeiro. Enquanto isso, fui chamar reforço para auxiliar na ocorrência.

O Time de Resposta Rápida não é uma realidade do HMPGL. Entretanto, a voz de liderança é indispensável para orquestrar o manejo. Senti que não houve uma divisão clara das funções e isso tornou tudo mais difícil, confuso e estressante.

O paciente estava apenas com monitorização, mas, naquele momento, necessitava de suporte ventilatório e de acessos periféricos. No início do caso, frisei sobre a importância de obter acessos periféricos precocemente no paciente, tendo em vista que a equipe encontrou dificuldades para obtê-lo na hora da ocorrência, retardando a administração das drogas. Outro ponto crítico foi o excesso de pessoas desnecessárias na sala de emergência. Pessoas de setores administrativos entraram na sala para assistir, criando um ambiente com riscos biológicos aumentados, bem como o estresse dos membros da equipe atuante.

O protocolo da American Heart Association (AHA) foi seguido. O carrinho de parada estava atrás do leito, contudo, a equipe pensou que estava em outro local e saiu à sua procura, retardando o tempo da desfibrilação. Sabe-se que uma desfibrilação precoce aumenta em até 70% a chance de circulação cardíaca espontânea quando indicada. A equipe se deu conta de que o equipamento, bem como as drogas, estava logo atrás do paciente. O desfibrilador foi montado e a primeira análise de ritmo foi feita, demonstrando ritmo chocável em forma de Fibrilação Ventricular, sendo administrado o primeiro choque e iniciada a cronometragem do tempo.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

Até então, a via aérea estava sem manejo. Solicitei um dispositivo bolsa-válvula-máscara, acoplei ao O^2 e iniciei a ventilação por pressão positiva a cada 30 compressões. A equipe disse para que eu aumentasse a frequência das ventilações, mas, informei que segundo o protocolo, até a realização da IOT, deveria ser feito a cada 30 compressões, 2 ventilações. Tive o apoio da médica residente da clínica médica. Entretanto, percebi que algo estava diferente: o dispositivo BVM estava com defeito e havia escape de ar. Fui pra outro mundo! Pedi outro dispositivo. Não havia ninguém na sala e saíram para procurar. Nesse momento, o médico da UTI chegou e fez a IOT, o novo dispositivo chegou e eu iniciei a ventilação a cada 6 segundos.

Foram administradas adrenalina 1 mg, 1 ampola, 1 ml em bolus e amiodarona 300mg, 2 ampolas em bolus para dose de ataque e segunda dose com 150 mg, 1 ampola. Ambas com flush de 20 ml de solução fisiológica a 0,9%. O tempo e intervalo das doses foi seguido. O paciente recebeu 3 desfibrilações, tendo retomado batimentos cardíacos espontâneos após o terceiro. O tempo total da reanimação foi de 15 minutos.

Devido a essa mudança de quadro, a vaga zero foi acionada. A pedido do médico, fui ao NIR comunicar sobre a mudança. Assim como descrito no capítulo sobre legislação presente nesse relatório, para que a vaga zero fosse solicitada, foi feito contato no serviço e o transporte foi regulado pelo SAMU. Aspectos burocráticos foram preenchidos no sistema. O paciente foi estabilizado e transferido para o HMCC. Não obtive mais informações sobre os procedimentos realizados na outra instituição.

4.2.2.4. Drogas em Urgência e Emergência - Intubação Orotraqueal Mediada por Drogas

Durante o caso, foi feita abordagem das vias aéreas de forma a se realizar intubação orotraqueal. Pelo de fato de se tratar de um paciente em PCR, a sequência mediada por drogas não foi necessária, contudo, conhecer as drogas disponíveis nos setores e, principalmente, no carrinho de emergência/ “carrinho de parada”, é algo fundamental para a atuação no departamento de emergência de maneira a potencializar a atuação da equipe. Na tabela abaixo, está uma relação quanto às drogas disponíveis nos cenários de UE SUS de Foz do Iguaçu, conforme investigação. Além disso, uma busca para conhecer o valor médio de cada droga foi realizada.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

Tabela 1 – Drogas disponíveis nos serviços de urgência e emergência do município para realização de intubação orotraqueal mediada por drogas.

DROGAS DISPONÍVEIS NOS SERVIÇOS PARA REAIZAÇÃO DE IOT

NOME DA DROGA	DOSAGEM DO FRASCO	DOSE POR KG DE PESO	INDICAÇÕES PARTICULARES	CONTRAINDICAÇÕES PARTICULARES	DOSE EM ML 70-80 KG	DOSE EM ML 100 KG
			ANALGESIA			
FENTANIL VALOR MÉDIO POR AMPOLA: R$11,38.	100mcg/2 ml; 250mcg/5 ml; 500mcg/10 ml (50mcg/ml)	1-3 mcg/kg	Efeito rápido. Pacientes com hipertensão. Deve ser feita 3 a 5 minutos antes da indução da hipnose.	Efeito hipotensor. A infusão deve ser lenta de modo a evitar a síndrome do tórax rígido. Contraindicado quando hipersensibilidade ao fentanil.	4-4,5 ml	6 ml
			SEDAÇÃO			
ETOMIDATO VALOR MÉDIO POR AMPOLA: R$21,00.	Ampola com 10ml, sendo 2mg/ml	0,1-0,3 mg/Kg	Efeito rápido e curto. Não influencia na hemodinâmica. Não causa depressão miocárdica.	Reduz limiar convulsivo. Contraindicado quando hipersensibilidade ao etomidato. Atentar para o risco de insuficiência adrenal.	10-12ml	15 ml
QUETAMINA VALOR MÉDIO POR AMPOLA: R$17,80.	Ampola com 10ml, sendo 50mcg/ml.	2mg/kg	Bom para instabilidade hemodinâmica. Efeito broncodilatador.	Cardiopatia isquêmica. Emergência hipertensiva. Dissecção aguda de aorta. HIC. Depressão respiratória se infusão rápida.	3ml	4ml
MIDAZOLAM VALOR MÉDIO POR AMPOLA: R$50,48.	Ampola com 10ml, sendo 5mg/ml	0,3mg/kg	Início de ação lento e curto. Não influencia na PIC. Efeito anticonvulsionante.	Depressão respiratória. Depressão cardiovascular.	4-5ml	6ml
PROPOFOL VALOR MÉDIO POR AMPOLA: R$36,00	10mg/ml	1,5-2mg/kg	Efeitos vasodilatadores e cardiodepressores. Redução da PA. Redução da PPC. Discreto efeito broncodilatador.	Hipotensão. Hipersensibilidade conhecida a qualquer componente de sua fórmula.	14-16ml	20ml
			BLOQUEADOR NEUROMUSCULAR			
SUCCINILCOLINA VALOR MÉDIO POR AMPOLA: R$29,20.	Ampola com 10ml, sendo 10mg/ml.	1,5mg/kg	Efeito rápido e curto.	Fasciculações. Risco de hipertermia maligna. Trismo. Risco de paralisia	10,5-12ml	15ml

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

				prolongada. Rabdomiólise. Hipercalemia. Insuficiência renal. HIC e HIO.		
ROCURÔNIO VALOR MÉDIO POR AMPOLA: R$33,33.	10mg/ml	1,2mg/kg	Possibilidade de reversão com sugammadex. Indicado principalmente quando contraindicada succinilcolina.	Contraindicado pessoa hipersensível ao rocurônio ou ao íon brometo.	8,4-9,6ml	12,0 ml

Fonte: Tabela elaborada pelo autor.

4.2.2.5. Conclusões e Lições Aprendidas

A dor torácica foi manejada conforme o preconizado pelos protocolos e diretrizes atuais. Mais uma vez, pude ver na prática a legislação sendo aplicada, principalmente por meio do NIR e demais atribuições do SUS como ter recebido um paciente por busca espontânea, mesmo não sendo a via de entrada adequada. O ECG foi realizado e interpretado precocemente e isso permitiu o fechamento de diagnóstico de forma precoce, bem como a instauração de medidas terapêuticas cabíveis. No momento da intercorrência (PCR), os erros e a desorganização me chamaram bastante atenção. Me deparei com barreiras para fazer o que é certo e isso me deixou bastante preocupado. Isso deixou claro o quão fundamental se faz no dia a dia das equipes os programas de educação permanente. Com o vivenciado, me atentei quanto a importância de aprofundar o conhecimento nas temáticas envolvidas, principalmente em relação ao manejo inicial. Os tratamentos definitivos não foram detalhados por não ser um dos objetivos da atividade. Além disso, as mesmas foram realizadas em outra instituição e não houve contrarreferência.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

4.2.3. Caso Clínico 3: “Bicho no olho”

4.2.3.1. Objetivos de Aprendizagem

- Manejo inicial do paciente com queixa oftalmológica na emergência;
- Cuidado com as estruturas anatômicas e supervisão médica;
- Quando e como solicitar o especialista para comanejo;
- Condutas do momento e tratamento definitivo.

4.2.3.2. Contextualização

UPA João Samek. Segunda-feira. Tarde. Paciente masculino, G.O., 33 anos. Pardo. Casado. Procedente de Foz do Iguaçu. Procura atendimento na unidade por conta de seu seu olho esquerdo que está com edema e abscesso em região orbitária. Informa que há 5 dias iniciou com dor em região periorbitária lateral do olho esquerdo. O sintoma permaneceu por mais 1 dia sem progressão. Contudo, há 3 dias, além da dor, passou a apresentar edema na região da pálpebra. Há 2 dias, procurou atendimento em farmácia, sendo comprado tobramicina e bactrim. Paciente relata que no dia seguinte, houve diminuição do edema, contudo, há 1 dia, houve aparecimento de abscesso que no dia de hoje passou a vazar secreção purulenta. Paciente negou outros sintomas e queixas.

Quanto ao seu histórico pregresso, informa não possuir nenhuma comorbidade e nem utilizar nenhuma medicação continuamente. Nega alergias medicamentosas. Nega histórico de doenças crônicas em familiares. É tabagista. Negou etilismo.

Ao exame físico da cabeça, apresentou região do olho esquerdo com edema e abscesso com extravasamento de secreção purulenta. Olho direito sem alterações. Demais sistemas, sem alterações.

Dentre as hipóteses diagnósticas, listamos conjuntivite bacteriana, apenas. Paciente foi mantido em observação e foi solicitado parecer da oftalmologia que sugeriu as seguintes condutas: Manter Bactrim e analgesia, substituir tobramicina por Cylocort 5 vezes ao dia, aplicar compressa de água morna para drenagem de secreção purulenta, encaminhar para Clínica de Oftalmologia o dia seguinte pela tarde. Após orientações, paciente recebeu alta da UPA.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

4.2.3.3. Análise e Discussão

O presente caso é breve, porém, instigante. Queixas oftalmológicas são comuns durante o plantão e cheguei a essa conclusão com base na literatura e nas minhas vivências, principalmente em UPA's. Nesse caso em específico, o que me chamou a atenção foi, justamente, a evolução natural da doença de maneira a aumentar o aparecimento de achados e de gravidade.

Pela literatura, conjuntivite é uma inflamação da conjuntiva conhecida como conjuntivite e é caracterizada pela dilatação dos vasos conjuntivais, resultando em hiperemia e edema da conjuntiva, tipicamente com descarga associada. De uma maneira prática, é todo e qualquer processo inflamatório da conjuntiva. Logo em sua admissão, o paciente apresentou sinais inflamatórios nítidos e chamativos.

No momento em que fizemos a admissão, me deparei com um receio imenso: o desconhecimento. Apesar de não ser mais leigo, alguns modelos mentais nos acompanham dia a dia de maneira sutil e isso ficou claro quando me aproximei do paciente e tive medo de me infectar. Porém, em seguida, refleti sobre o seguinte: quais as etiologias possíveis de uma conjuntivite? Para cada tipo existe um cuidado diferente? Essas questões foram essenciais para melhor compreensão do caso.

Após coletar as informações com o paciente e estruturar a evolução, tive a oportunidade de buscar maior conhecimento sobre o assunto, já que relativamente estava tranquilo e a médica preceptora estava reavaliando outros pacientes. A primeira informação que obtive e que foi divisora de águas foi em relação às etiologias que podem ser dos tipos: viral, bacteriana, alérgica, química e autoimune. Apesar de apresentarem sintomas e sinais gerais, cada tipo apresenta suas características, possibilitando sua identificação e tratamento direcionado.

No caso abordado, o paciente apresentava sinais clássicos de conjuntivite, sendo eles: olho vermelho, edema de pálpebra e conjuntiva, lacrimejamento e dor. Além disso, um achado que fez toda a diferença, secreção purulenta. A etiologia viral é a mais prevalente no mundo e geralmente é causada pelo adenovírus, contudo, nesses casos, o quadro clínico pode estar associado à adenopatia, faringite, presença de febre e até mesmo IVAS, porém, sem secreção purulenta. Já o tipo bacteriano, apesar de ter menor prevalência do que o viral, apresenta como achado secreção purulenta e hiperplasia do epitélio. Nesse momento em que percebi que poderíamos

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

estar diante de um quadro bacteriano, pensei: “esse paciente está com bicho no olho” e isso me motivou a trazer o caso nesse relatório. As principais bactérias relacionadas às conjuntivites bacterianas são *H. influenzae, S. pneumonie, S. aureus (mais comum em adultos), M. catarrhalis, N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis.* Pelo quadro e epidemiologia, não cogitamos as etiologias alérgica e química.

Quem me conhece sabe da minha paixão pela infectologia. Adoro conhecer sobre as bactérias, antibióticos, hemoculturas e resistências. Por meio desse paciente pude então conhecer mais sobre a abordagem e manejo dessa entidade nosológica. Ao discutir o caso com a médica da sala amarela, concluímos que pelo quadro e evolução natural da doença, estávamos diante de quadro de conjuntivite de provável etiologia bacteriana. Nesse momento, a fim de auxiliar comanejo, foi solicitada avaliação da oftalmologia. Entretanto, até que recebêssemos o retorno, elaboramos o plano de tratamento para o paciente.

Pela literatura, as condutas são semelhantes às de um quadro viral, porém, com a associação de antibióticos. Sendo assim, o plano seria: higienização do olho, uso de compressas umedecidas com água gelada e afastamento social. O uso ou não de anti-inflamatórios tópico/sistêmico ainda é controverso, mas é receitado em alguns casos. E algo fundamental: não utilizar água boricada. Por se tratar de causa bacteriana, antibioticoterapia. Para investigação laboratorial, quando necessária, pode-se usar dos métodos PCR, Gramm, Giemsa e Sorologias.

Enquanto aguardávamos o parecer da oftalmologia, fui conversar com paciente e explicar sobre seu caso e condutas que seriam necessárias. Tratava-se de um paciente jovem, porém, aparentando muitas responsabilidades. Percebi seu semblante de preocupação quando mencionamos sobre a necessidade de se ausentar das atividades até melhora do quadro, uma vez que trabalha por conta própria. Fiquei reflexivo sobre isso, sobre o mundo de cada paciente, suas limitações e desafios. Oportunidades e falta delas e como nos comportamos diante disso tudo. Naquele momento, estávamos fazendo nosso melhor para que tudo ficasse o mais acessível possível para o paciente.

O parecer da oftalmologia chegou, e trouxe as seguintes orientações: Bactrim e analgesia, Cylocort 5 vezes ao dia, aplicar compressa de água morna para drenagem de secreção purulenta, encaminhar para Clínica de Oftalmologia no dia seguinte. O paciente foi orientado, compreendeu e concordou com as condutas e recebeu alta.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

4.2.3.4. Conclusões e Lições Aprendidas

Antes de tudo, é preciso reconhecer nossos modelos mentais já estabelecidos. A partir disso, questionar a coerência do pensamento que motiva as atitudes. Isso foi essencial para tornar um caso de oftalmologia em um caso clínico de urgência e emergência. É fundamental reconhecer a etiologia que mais se encaixa com o quadro apresentado pelo paciente para, a partir disso, tomar as mais coerentes e assertivas decisões. O bom manejo depende disso. Percebo quão o estudo do caso tornou rica a discussão ali no momento em que o paciente estava sendo abordado, de maneira a potencializar o aprendizado, beneficiando o paciente. Usar a epidemiologia e suas tecnologias também se mostrou essencial a fim de eliminar diagnósticos menos correlacionados. Um detalhe me chamou a atenção a conduta: o uso de compressa morna e não fria, mas, isso se deu devido à presença de abscesso com extravasamento de secreção purulenta. Por fim, estar atento aos aspectos psicossociais do paciente torna o atendimento humanizado e palpável para o paciente, objetivo e motivo de tudo que foi feito.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

4.2.4. Caso Clínico 4: “Peixe, cerveja e a pior dor que já tive na vida”

4.2.4.1. Objetivos de Aprendizagem

- Compreender e manejar suspeita de abdome agudo na emergência;
- Reconhecer os tipos de abdome agudo e suas principais características como forma de guia para o devido cuidado;
- Entender aspectos culturais e de hábitos de vida do paciente e correlacionar com a evolução natural da doença.

4.2.4.2. Contextualização

Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Sábado. Tarde. Paciente J.F.F.N., 68 anos, pardo. Procedente de Santa Terezinha de Itaipu. Apresentava como queixa principal “dor na barriga”. Paciente refere que há 4 dias da admissão iniciou com quadro de dor abdominal em região epigástrica e do hipogástrio direito e com fraqueza em membros inferiores, impedindo sua deambulação. Buscou atendimento na UPA de Santa Terezinha de Itaipu, onde recebeu analgesia e obteve melhora do quadro álgico. Informa que a dor era contínua e sem fatores de melhora. Não irradiou para outras regiões. A classificou como 10 em uma escala de 1 a 10. Refere, também, ter tido 2 episódios de vômitos de coloração escura. Foi trazido a este nosocômio por meio de transporte social. Nega sintomas respiratórios. No momento, sem outras queixas.

Quanto ao seu histórico patológico pregresso e familiar, nega comorbidades, alergias medicamentosas e quadro semelhante em familiares. É etilista. Negou tabagismo.

Ao exame físico, apresentava-se no momento em Bom Estado Geral, lúcido e orientado em tempo e espaço, hidratado, ictérico +/++++ em escleras. Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Não haviam déficits motores. Bulhas cardíacas normofonéticas, rítmicas, em 2 tempos. Não auscultei sopros. O Tempo de Enchimento Capilar foi < 3 segundos. No exame pulmonar, ausculta com murmúrios vesiculares universalmente distribuídos, sem ruídos adventícios. A expansibilidade estava preservada e não havia uso de musculatura acessória. No exame abdominal, abdome globoso, ruídos hidroaéreos presentes. Abdômen flácido, indolor à palpação

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

profunda e superficial, sem sinais de irritação peritoneal. Palpação profunda com presença de borda hepática a 1cm do rebordo costal direito. Sinal do piparote positivo +/++++. Sinais de Murphy, Blumberg e Giordano negativos. Traube livre. Extremidades sem edemas. Panturrilhas livres.

Trouxe consigo exames laboratoriais realizados em Santa Terezinha de Itaipu no dia 16/11/2021, apresentando as seguintes alterações 16/11/2021 - Leuco 21.500 / Bast 2.150 / Seg 17.630 // Amilase 1.817 // Bilirrubinas T - 4,66 / D - 1,99 / I - 2,67 // Fosfatase Al 157 // Gama GT 306 // Transaminase Oxalacetica (AST/TGO) 1.099 // Transaminase Piruvica 304 // Lactato 24,0.

Na avaliação do momento, paciente idoso, colaborativo, em leito de observação, estável hemodinamicamente, eupneico em ar ambiente. Já sem quadro de dor abdominal devido à analgesia, porém, com suspeita de abdome agudo. No período, sem queixas álgicas.

Diante de tudo isso, levantou-se as seguintes hipóteses diagnósticas: Hepatite de etiologia a esclarecer (viral/alcoolica); Pancreatite aguda de etiologia a esclarecer (obstrutiva/alcoolica).

Como condutas, foi solicitada TC Abdominal com contraste; paciente em jejum até realização da TC de abdomen com contraste; Foram solicitadas sorologias hepáticas para investigar etiologia de hepatite; Também foram solicitadas enzimas de função e de lesão hepáticas. Amilase, lipase e bilirrubinas, além do perfil lipídico (triglicérides), também foram pedidos. Inquérito de admissão com teste rápido antígeno para COVID-19 e eletrocardiograma. O paciente foi mantido em observação e reavaliado após realização de exames.

4.2.4.3. Análise e Discussão

Pacientes que apresentam como queixa principal dor abdominal na maioria das vezes necessitam de uma abordagem rápida e com analgesia significativa. Foi o que aconteceu com o paciente em seu primeiro atendimento em uma UPA de sua cidade de procedência. Algo peculiar do PS do HMPGL é que se torna comum a admissão de pacientes transferidos de outras instituições de saúde, já estabilizados e sem dor. Porém, é preciso estar atento para que o processo investigativo não pule etapas fundamentais.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

Algo que percebo é que quando estamos diante de um caso de transferência, somos muito tentados a simplesmente comprar a ideia diagnóstica e terapêutica do primeiro avaliador. Mas, eis que surge a principal problemática dessa situação: e se a primeira abordagem tiver sido equivocada? Vamos continuar no erro ou aproveitar a oportunidade para mudança de conduta e caminhos? Claro que devemos estar cientes que profissionais cometem erros e que devemos tomar condutas com base em nossas percepções e avaliações.

Vindo de Santa Terezinha de Itaipu por meio de transporte social, o paciente se encontrava em bom estado geral e sem queixas álgicas. Nesse sentido, perceber que o paciente, de alguma forma, teve seu quadro estabilizado se torna fundamental para cogitar novas possibilidades e não subestimar a história da evolução natural da doença.

O primeiro desafio encontrado durante a entrevista com o paciente foi o fato de que ele já havia contado sua história para outros profissionais e, de alguma forma, poderia julgar que algumas informações seriam mais relevantes do que outras. Nesse sentido, dedicar um tempo e elaborar perguntas abertas ao paciente se tornou essencial para uma real compreensão do caso para além do que havia sido previamente relatado em seu prontuário.

Com base na coleta de informações com o paciente, tudo se iniciou após a ocorrência do pior quadro álgico de sua vida. Segundo o paciente, a dor foi intensa, e recebeu pontuação de 10 em uma escala de 0 a 10. Também relatou não haver fatores de melhora e que a dor era contínua. O que chamou atenção foi a presença de vômitos de coloração escura e perda de força em membros inferiores.

No momento em que redijo esse caso, reflito sobre o quão importante é compreender as características de uma dor. Saber fazer as perguntas corretas é fundamental para um adequado reconhecimento. Muitas entidades nosológicas possuem características específicas que só serão descobertas se houver adequadas perguntas com direcionamento coerente do pensamento clínico. Tal aprendizado é ofertado nos períodos iniciais e poder revisitar esse conhecimento adquirido há tempos evidencia o quão espiral é o nosso conhecimento e como os níveis de complexidade são crescentes.

Outro ponto que me chamou atenção no caso foi a presença de icterícia em esclera, mesmo que apenas +/++++, é um achado que não deve ser ignorado. Além disso, os achados abdominais foram de extrema importância: palpação de borda

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

hepática e sinal do piparote positivo, indicando hepatomegalia e presença de líquido na cavidade abdominal. Ausência de dor à palpação e sinais de Murphy, Blumberg e Giordano negativos também elucidaram sobre o descarte de algumas hipóteses diagnósticas, bem como sobre a percepção atual do problema.

Hepatite e pancreatite foram nossas principais hipóteses diagnósticas. A investigação de suas etiologias foi o próximo passo para obtenção de maiores conclusões e direcionamentos. Quando digo nossas incluo a médica plantonista que me auxiliou durante todo o processo construtivo. Momentos em que isso ocorre são muito especiais pois potencializa o esforço para a melhor conduta possível.

Ao pensarmos em hepatites, as principais etiologias que nos vem à mente são as de origem viral e a de origem alcoólica. Contudo, para esse caso clínico, decidi focar na investigação da pancreatite aguda, uma vez que o paciente possuía exames laboratoriais e clínica compatíveis com essa hipótese. Claro que num primeiro momento, o leque de investigações seria mais amplo. Porém, para direcionar o raciocínio, decidi focar apenas nesse tópico. Os exames laboratoriais serão mencionados posteriormente.

É preciso conhecer conceitos para saber com o que estamos lidando. Diante disso, cabe ressaltar que o abdome agudo é uma síndrome clínica caracterizada por dor na região abdominal, não traumática, súbita e de intensidade variável associada ou não a outros sintomas e que necessita de diagnóstico e conduta terapêutica em tempo hábil, seja cirúrgica ou não. O paciente apresentou um quadro de dor abdominal aguda e de alta intensidade com presença de sintomas associados. Quanto aos tipos, o abdome agudo pode ser dos tipos: obstrutivo, perfurativo, vascular isquêmico, hemorrágico e inflamatório. A pancreatite aguda, nossa principal hipótese diagnóstica, se enquadra no tipo inflamatório.

A pancreatite aguda é um processo inflamatório agudo do pâncreas com envolvimento variável de tecidos regionais ou sistemas orgânicos remotos. A fisiopatologia é explicada pela liberação e ativação de enzimas que ocasionam a autodigestão do órgão. A principal etiologia é a obstrutiva por conta de litíase biliar, segundo pela alcoólica, hipertrigliceridemia, neoplasia, medicamentosa, doenças metabólicas e idiopática. O paciente possuía hábitos alimentares questionáveis e era etilista pesado. Durante a entrevista, fui convidado inúmeras vezes para ir comer peixe frito e beber cerveja com opaciente. Apesar de engraçado, achei preocupante! Nesse

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

momento tive uma percepção nítida sobre os hábitos de vida do paciente e isso reforçou, ainda mais, o direcionamento de nossa investigação.

Sobre os tipos, a pancreatite pode ser intersticial edematosa, necrotizante, estéril e infectada. A necrose pode ser de tecido pancreático, extrapancreático ou de ambos. Quanto às fases, é considerada aguda quando menos do que 7 dias e tardia quando mais de 7 dias. Por fim, sua classificação pode ser em leve, grave moderada e grave.

O quadro clínico típico é composto pela dor abdominal em região epigástrica, com irradiação dorso, tórax ou flancos. É importante ressaltar que a intensidade e a localização não possuem relação com a gravidade, sendo os casos graves relacionados com a presença de sepse, instabilidade hemodinâmica, IRA, insuficiência respiratória dentre outras. Náuseas e vômitos também compõe o quadro. O paciente do caso, apresentou dor abdominal em região epigástrica e vômitos de coloração escura.

Durante seu manejo na UPA, os exames laboratoriais revelaram bastante sobre o possível diagnóstico. Apresentou as seguintes alterações: Leuco 21.500 / Bast 2.150 / Seg 17.630 // Amilase 1.817 // Bilirrubinas T - 4,66 / D - 1,99 / I - 2,67 // Fosfatase Al 157 // Gama GT 306 // Transaminase Oxalacetica (AST/TGO) 1.099 // Transaminase Piruvica 304 // Lactato 24,0. De acordo com a literatura, alguns exames laboratoriais possuem características que precisam ser levados em consideração. Por exemplo, amilase ou lipase isoladas e elevadas não fazem diagnóstico de pancreatite aguda. Também, 1/5 dos pacientes podem ter o valor da amilase normal. Geralmente, a amilase se eleva nas primeiras horas após o início do quadro e diminui entre 3 a 5 dias. Além disso, pode ser normal nas etiologias alcoólica e hipertrigliceridemia. Já a lipase é mais específica e mantém a elevação por mais tempo. Durante a discussão com a médica plantonista, esses pontos foram levantados, evidenciando coerência das condutas com a literatura.

Sobre os exames de imagem, foi solicitado TC de abdome total com contraste. É importante ressaltar que nem todos os pacientes possuem indicação para a realização do exame, sendo eles os que possuem rápida melhora do quadro e sem sinais de PA grave. Contudo, é indicada em casos em que não há melhora em 48 horas, podendo identificar edema, necrose, abscesso e complicações. Ao revisar os protocolos, eu como médico na situação solicitaria raio-x abdominal, uma vez que se torna possível detectar algumas alterações como alça sentinela, dilatação do cólon

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

direito, derrame pleural à esquerda e aumento do arco duodenal. Acredito que a ultrassonografia seria útil uma vez que seria possível avaliar coleções e pesquisar colelitíase, entretanto, a avaliação do pâncreas não é tão boa. Por fim, a ressonância magnética, mesmo que com seu acesso mais restrito, poderia ser uma opção para pacientes com alergia ao iodo, identificação de coledocolitíase e melhor na fase aguda para coleções heterogêneas.

O tratamento definitivo será de acordo com a classificação de gravidade. Algo que achei bastante interessante foi a não prescrição de antibióticos. Em outras ocasiões, presenciei profissionais prescrevendo antibioticoterapia sem indicação. Cabe ressaltar que as indicações para antibioticoterapia profilática são: Pancreatite aguda severa com instalação precoce e pancreatite necrótica. Outros aspectos do tratamento não serão abordados nesse caso, tendo em vista que o foco inicial é no manejo inicial no departamento de emergência.

4.2.4.4. Conclusões e Lições Aprendidas

Concluo com esse caso que é fundamental ter segurança como profissional de saúde para tomar condutas médicas cabíveis para o caso, não aderindo a condutas não indicadas. Algo que ficou muito claro para mim foi a questão da prescrição ou não de antibióticos. Além disso, compreender os hábitos de vida do paciente a fim de elaborar e pensar em hipóteses diagnósticas mais direcionadas. Nesse caso relatado, o paciente tinha histórico de etilismo, o que já nos leva a pensar sobre um quadro de etiologia alcoólica.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

4.2.5. Caso Clínico 5: “Quando a vida perde o sentido”

4.2.5.1. Objetivos de Aprendizagem

- Discutir sobre o manejo de pacientes admitidos com queixa de tentativa de autoextermínio;
- Apontar desafios encontrados no serviço para adequado manejo e atenção psicossocial no contexto da urgência e emergência;
- Reconhecer fluxos locais necessários para o adequado encaminhamento de paciente.

4.2.5.2. Contextualização

UPA Dr. Walter Cavalcante. Terça-feira. Noite. Paciente feminino, C.G.P., 23 anos, natural e procedente de Foz do Iguaçu, solteira. Estudante de psicologia e atendente de loja. Trazida por ambulância do SAMU 192 após tentativa de autoextermínio. “Não quero mais viver” é o que a paciente informa quando questionada sobre o motivo de seu atendimento. Relata que por volta das 20 horas estava no trabalho quando recebeu mensagem de seu namorado informando término do relacionamento. Após mensagem, apresentou crise de ansiedade, sendo levada para a casa pelo ex-namorado. Ao chegar em casa, teve piora do quadro da crise e se automutilou superficialmente com lâmina cortante em região do antebraço esquerdo. Disse aos familiares que não queria mais viver. Mãe então aciona o SAMU 192. Durante a entrevista, paciente enfatiza seu desejo de cometer suicídio. Mencionou frases como “sou uma decepção para mim e para todos”, as "pessoas não me toleram”, “tudo que eu faço não tem sentido”, “não sinto prazer em nada que faço”. Refere que depositou em seu namorado muitas expectativas sobre o relacionamento e que se envolveu de diversas formas. Diante disso, o término se encontra sem perspectivas. Diz que não suportará passar por essa dor. Sem outras queixas.

Em relação aos seus históricos, a paciente informa ter diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline, Transtorno Depressivo Maior e Transtorno de Ansiedade Generalizada. Segundo a mãe, desde junho a paciente não faz uso de medicações e não retorna ao psiquiatra. Não soube informar o nome das medicações,

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

mas, diz ter feito uso por 5 meses sem obter melhora. Negou outras comorbidades e alergias a medicamentos.

Quanto aos hábitos de vida, refere fazer uso de bebida alcoólica em média 1 vez na semana. Usa arguile cerca de 3 vezes na semana. Também faz uso de outras substâncias psicoativas como cannabis e 3,4-metilenodioximetanfetamina (ecstasy). Usou cannabis pela última vez há 1 mês.

Ao exame físico, paciente em regular estado geral, lúcida e orientada em relação ao tempo e ao espaço, colaborativa, chorosa, hidratada e normocorada. Bulhas cardíacas normofonéticas, rítmicas em dois tempos, sem ausculta de sopros. Murmúrios vesiculares universalmente distribuídos, bilateralmente, em todo hemitórax, sem ruídos adventícios. Som claro pulmonar à percussão. Ruídos hidroaéreos presentes nos 4 quadrantes. Escala de Coma de Glasgow 15 de 15, pupilas isocóricas e fotorreativas. Reflexos presentes. Sem sinais de gravidade. Por fim, apresenta lesões superficiais no antebraço esquerdo. Ausência de edemas, pulsos periféricos simétricos e presentes, tempo de enchimento capilar < 2 segundos.

A principal hipótese diagnóstica foi tentativa de autoextermínio. Poderia-se pontuar questões como exacerbação dos transtornos já diagnosticados pela paciente. Na avaliação, paciente ainda relata permanência da ideação suicida. Diante disso, definiu-se as seguintes condutas: Hidratação por via endovenosa, prescrição de medicações ansiolíticas, exames de admissão necessários para solicitar vaga em ala hospitalar psiquiátrica de referência.

4.2.5.3. Análise e Discussão

O primeiro ponto que proponho para a discussão desse caso é a forma com que pacientes com queixas psiquiátricas são tratados. Para algumas equipes de profissionais, essas pessoas são como fardos que não deveriam existir. Estão no serviço para ocupar leito e sujar lençol. Percebo que essa situação é grave e em inúmeras vezes me entristeci ao presenciar cenas de descaso e de “abandono” no próprio serviço. Ao mesmo tempo, notei que como acadêmico, poderia mudar isso de alguma forma por meio da escuta ativa e sendo verdadeiro com o paciente em relação às condutas e procedimentos adotados durante o atendimento. Durante todo o módulo, presenciei apenas um episódio em que a médica conversou de fato com a paciente com o intuito de ajudá-la. A médica é egressa da UNILA e deixa claro o quão

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

as abordagens psiquiátricas feitas por nós são humanizadas e melhoram a assistência à saúde.

Não poderia deixar de informar que o simples fato de ter coletado informações completas com a paciente chamou a atenção da equipe, despertando ironias e correções, dizendo que em unidades de pronto atendimento não era necessário coletar determinadas informações. Nesse momento, refleti sobre o que haviam me dito e guardei o questionamento: conhecer história patológica e hábitos de vida da paciente não são relevantes? Compreender o que a levou a tentar acabar com a própria vida é desnecessário? Como manejar uma paciente sem elucidar o que de fato aconteceu. Impossível. Em algumas situações me senti obrigado a fazer meios serviços por pressão da equipe, mas, sempre com a certeza de que eu poderia e sabia como fazer melhor. Apesar de tudo, consegui tratar a paciente do caso relatado como gente, aplicando os conhecimentos adquiridos em psiquiatria ao longo do curso e adequando ao fluxo da rede para o manejo adequado.

Tudo começou com a chegada do SAMU 192 e o plantonista dizendo: “tentativa de autoextermínio, faz a admissão?". Claro que eu disse que sim. Eu estava indo falar direto com a paciente, quando a equipe de enfermagem disse que a familiar estava na recepção e precisava ir embora, que seria interessante conversar com ela primeiro. Acredito que não tenha sido a melhor opção. Como se tratava de uma paciente contactante, lúcida e orientada, acredito que ao pegar informações com a mãe antes de que com a paciente poderia criar algum viés e colocar em dúvida o que de fato aconteceu. Além disso, quem precisava de ajuda no momento era a paciente, em outro momento eu poderia ter conversado com a mãe, até mesmo por telefone. Mas, como dito anteriormente, nós, como acadêmicos, estamos vulneráveis em algumas situações. De qualquer forma, conversei com a familiar primeiro e coletei algumas informações. Foi muito difícil emocionalmente. Imagino se aquela mulher fosse minha mãe e vê-la sofrendo pelo quadro da filha foi bem doloroso. Ao mesmo tempo, poder dizer que iríamos fazer o melhor para ela, de certa forma trouxe tranquilidade e conforto. Acredito que isso deve ter causado uma sensação de compartilhamento de responsabilidade.

Em seguida, fui entrevistar a vítima. Tentei deixar de lado naquele momento o que já havia conversado com a mãe a fim de evitar possíveis incongruências nas histórias. Contudo, percebi que as versões se correspondiam. A paciente era jovem, 23 anos, e também era estudante de psicologia, o que facilitou que tivéssemos uma

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

conversa clara e bem estruturada. Quando iniciamos a entrevista, eu já havia me apresentado, porém, ela me perguntou detalhes como o período que eu cursava e o que eu estava fazendo ali. Por um momento, pensei que pelo fato de ser estagiário, o momento clínico ficaria comprometido, porém, pelo contrário, a paciente me pareceu ser mais confiante para dizer coisas sobre a sua vida.

A primeira etapa seria descobrir o que aconteceu, de fato. Naquele momento, queria conhecer a história da paciente. O que a fez tentar acabar com a própria vida. Sem julgamentos, sem estigmas e sem preconceitos. Por mais que a sala amarela estivesse cheia, naquele momento éramos apenas nós dois. A paciente disse que não queria mais viver, pois a vida havia perdido o sentido após o término recente de um relacionamento. Após essa fala, pude, então, identificar um fator de risco ao qual a paciente estava submetida. Segundo a literatura, são inúmeros os fatores de risco para o suicídio, sendo alguns deles: depressão grave, histórico familiar ou pessoal prévio de transtorno mental, psicose, agitação, ansiedade grave, insônia, perda recente, crise pessoal ou causa para vergonha, falta de um tratamento psiquiátrico ativo e mantido, ser do sexo masculino, idade avançada, doença crônica/grave, falta ou perda de apoio social e encarceramento.

Durante a coleta da história, identifiquei outros fatores de risco pelos quais a paciente estava submetida, sendo eles a ansiedade, transtornos mentais prévios, abandono de tratamento psiquiátrico, falta de acompanhamento. Por mais que o término do namoro tenha sido o principal motivador da tentativa de suicídio, havia a sobreposição de vários aspectos.

Algo que me chamou bastante a atenção foi a confiança que a paciente sentiu para me contar sobre as substâncias lícitas e ilícitas que fazia ou que já havia feito uso. Em algumas situações vejo médicos e enfermeiros ameaçando o paciente a contar sobre uso de drogas, informando que se ele não disser pode ir a óbito se determinada medicação for administrada. Claro, nem todos os pacientes são colaborativos e em alguns casos conhecer sobre o histórico de drogadição do paciente é importante para definir condutas, porém, acredito que o diálogo e o vínculo com o paciente, mesmo que num cenário de urgência e emergência, em que a rotatividade de pacientes é imensa, deve ser a primeira escolha e a primeira tentativa.

Segundo as diretrizes, é fundamental realizar perguntas abertas a fim de que a paciente possa contar sobre os detalhes. Além disso, perguntas diretas sobre ideação suicida, planejamento já elaborado, métodos e recursos já conseguidos é

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

também fundamental para compreender o quão em risco o paciente se encontra. Todos os casos são graves, contudo, é importante estratificar o paciente com ideação suicida daquele que teve uma tentativa. No caso de nossa paciente, segundo seu próprio relato, informou que já tinha um histórico de ideação, mas que nunca tinha tido coragem para fazer a tentativa. A sensação de fracasso e de desespero foi o gatilho para que fizesse a tentativa por meio de cortes na região do antebraço. Uma fala que me marcou foi de que seu irmão havia tido uma tentativa de autoextermínio há alguns meses com uso de medicações. Ela disse que ele foi esperto por ter quase conseguido e que ela tinha sido burra. O que manteve em alerta foi o desejo persistente de se matar. Pela fala da paciente, ela iria fazer novas tentativas.

Após a entrevista e o exame físico, fui conversar com o médico plantonista a fim de definirmos as condutas. Informei sobre a persistência da ideação e sobre a fala da paciente de que tentaria novamente, o que indicaria a paciente para internação em ala psiquiátrica para suporte mais direcionado e tomada de condutas definitivas. Nesse sentido, medidas para estabilização da paciente foram realizadas (hidratação e ansiolíticos). Além disso, para a solicitação de vaga na psiquiatria, foram coletados exames laboratoriais. Após isso, conversei com a paciente e expliquei tudo que seria feito e o motivo de todas as decisões. Ela estava querendo evadir da unidade, porém, após o esclarecimento sobre os próximos passos, ela compreendeu e concordou com as condutas, aceitando que necessitava de internação. O que mais me emocionou durante todo esse manejo, é que de alguma forma o cuidado fez com que um pouco de esperança se manifestasse dentro da paciente. De alguma forma pude ajudá-la e isso foi muito gratificante. Uma experiência rica que levarei por toda a vida.

4.2.5.4. Conclusões e Lições Aprendidas

Aprendo com esse caso sobre o quão importante são os posicionamentos que temos que ter durante as vivências nos estágios. A lição que aprendo e que defenderei por onde passar é que o atendimento em um contexto de urgência e emergência não precisa ser impessoal. É preciso doação e envolvimento. Claro, não carregar problemas alheios para casa, mas, durante o atendimento, darmos o nosso melhor, tudo que podemos oferecer, todas as nossas tecnologias disponíveis. Só é possível conhecer e compreender o paciente e sua história, quando se sabe escutar e se dedica alguns minutos para isso. Foi o que eu fiz. Reconheço que em alguns

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

cenários caóticos isso pode não ser possível devido à alta demanda de atendimento e poucos recursos humanos, contudo, sempre que possível, deve ser feito. As comorbidades psiquiátricas são doenças e devem receber a mesma atenção pela equipe do que um paciente com doenças cardiovasculares, não no sentido de tempo de ação, mas, de qualidade de cuidado.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

4.2.6. Caso Clínico 6: “3 meses de vida”

4.2.6.1. Objetivos de Aprendizagem

- Compreender os fundamentos do manejo inicial do paciente hepatopata em estágio avançado;
- Entender sobre o uso de escores para pontuar e estabelecer gravidade;
- Quando indicar cuidados paliativos para o paciente e como abordar a situação com a família.

4.2.6.2. Contextualização

Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Quarta. Noite. Paciente masculino, J.S.B.V., 50 anos de idade. Paciente proveniente da UPA João Samek, onde procurou atendimento devido à quadro de Rebaixamento do Nível de Consciência, dor abdominal e febre de início no dia 28/11/2021. Possui histórico de internação neste nosocômio por quadro de encefalopatia hepática, recebendo alta no dia 26/11/2021. No momento, queixa-se de dor nas pernas e constipação há 3 dias. Nega sintomas respiratórios.

Na História Médica Pregressa, apresenta Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus em uso de Metformina 850mg e Insuficiência hepática crônica. Nega outras comorbidades e alergias medicamentosas. Quanto aos Hábitos de Vida, é etilista pesado (Média de 20 litros de cerveja por dia por 15 anos, suspendendo o uso há 5 meses segundo paciente). Nega tabagismo. No momento, está letárgico, com queixa de desorientação e confusão mental. Informa sobre quadro de constipação há 3 dias.

No exame físico, está em Regular Estado Geral, desorientado em tempo e em espaço, ictérico em esclera 2+/4+, desidratado 1+/4+. Neurológico: Glasgow 14/15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, letargico, movimentos lentificados. Grau de Ecefalopatia - 1 para 2; Cardiovascular: Bulhas cardíacas normofonéticas e rítimicas, em 2 tempos. Não ausculto sopros. Tempo de enchimento capilar menor do que 3 segundos. Respiratório: Murmúrios vesiculares universalmente audíveis, bilateralmente. Não ausculto ruídos adventícios. Gastrintestinal: Globoso. Ruídos hidroaéreos audíveis. Flácido e indolor à palpação. Não palpo visceromegalias.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

Abdome sem sinais de irritação peritoneal. Child classe B (9 pontos). MELD 6% (11 pontos) Mortalidade estimada em 3 meses. Geniturinário: Diurese presente por meio de sonda vesical de demora. Urina concentrada de aspecto amarelo escuro. Extremidades: Presença de edema em membros inferiores, cacifo 1+/4++++. Pele escurecida e ressecada. Infeccioso: Sem atb no momento, aguardado cultura. Fez uso de Antibioticoterapia na UPA com Ceftriaxona + Metronidazol. Hematológico: Sem sangramentos ativos. Anemia normocrômica e normocítica. Plaquetopenia.

Exames Laboratoriais - 01/12/21: Hm 2,71 // Hb 9,3 // 26,7 // Seg 86 // Neut 87 // Plaq 83.000 // Ur 29 // Cr 0,6 // Na 149 // K 3,5 // Bilirrubinas T 3,6 / D 1,6 / I 2,0 // PCR 2,0 // KPTT 55,7" // TAP 1,5 / Atv 33%. - 05/11/21: Urocultura Positiva Enterococcus faecalis sensível a: Ampicilina, Linezolid, Teicoplanina, Tigeciclina, Vancomicina. Exames de Imagem

USG Abdominal Total em 30/11/2021: Fígado de contornos regulares, bordos rombos, dimensões usuais e aumento da ecogenicidade por provável hepatopatia aguda. Vesícula biliar distendida, com paredes espessas, contendo pequena quantidade de barro biliar. Baço com tamanho aumentado, com ecotextura homogênea (Esplenomegalia). Moderado meteorismo intestinal colônico sobrepõem algumas porções do abdômen.

Na avaliação, paciente previamente hepatopata, confuso, estável hemodinamicamente, eupneico em ar ambiente. Desidratado, hipernatremico, com anemia normocrômica e normocítica. Child classe B (9 pontos). MELD 6% (11 pontos) Mortalidade estimada em 3 meses. Como hipóse diagnóstica sindrômica, elencou-se síndrome ictérica, síndrome hepática, síndrome neurológica. Já como Hipóteses Diagnósticas foram elaboradas: H1. Encefalite hepática Secundária a hepatite alcoolica? Secundária a hepatite viral? H2. Hipernatremia Secundária a desidratação? H3. Anemia normocrômico e normocítica Secundária a insuficiência hepática?

Por fim, criou-se o plano para condutas: Prescrevo hidratação; Realizo medidas para encefalopatia; Realizo medidas para abstinência alcoólica; Prescrevo dieta hipossódica e para diabético; Prescrevo sintomáticos; Prescrevo profilaxia gástrica com dose plena; Prescrevo reposição de potássio por via oral devido à K+ limítrofe inferior (3,5); Solicito sorologias para hepatites B e C; Solicito eletrocardiograma e Raio-X de tórax de admissão; Solicito Elastografia Hepática; Solicito Ferro Sérico, Ferritina e TIBC; Solicito exames de rotina para coleta no dia seguinte (exceto TGO devido à falta de reagente no laboratório); Vigiar curva térmica

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

e piora infecciosa e URO - Se necessário iniciar atb. Preencho Laudo SUS, porém há necessidade de avaliar exames de admissão e melhora do quadro; Checar no dia seguinte no SECIH resultado de sorologia para HIV; Monitorar parâmetros neurológicos, cardiovasculares e respiratórios; Reavaliar após.

4.2.6.3. Análise e Discussão

Havia chegado recentemente ao plantão da noite, quando a médica plantonista solicitou que eu fizesse a admissão do paciente que era procedente da UPA. Logo no início, o que me chamou muito a atenção foi o quadro neurológico do paciente. Estava letárgico e não era um bom informante por conta de seu quadro. Decidi, nesse momento, inverter a ordem do momento clínico, iniciando pelo exame físico. Durante o exame, o paciente foi retomando seu nível de consciência, sendo possível coletar melhor sua história de maneira a compreender o que de fato havia ocorrido.

A principal motivação para que eu trouxesse o presente caso clínico foi a oportunidade de abordar a temática de cirrose hepática e suas complicações. O paciente possuía alta suspeita para o quadro hepático devido ao seu histórico de etilismo pesado e também devido aos seus achados clínicos.

Antes de tudo, é preciso abordar sobre as possíveis etiologias que podem ocasionar quadros de cirrose, sendo elas: metabólica, viral, alcoólica, induzida por toxinas e fármacos, autoimune, biliar, obstrução do fluxo venoso hepático e criptogênica. Por meio da anamnese foi possível compreender melhor a trajetória de hábitos de vida e fatores de risco que estavam presentes na vida do paciente.

O quadro clínico mais comum pode ser composto por sintomas iniciais inespecíficos, alterações na função hepática ou citopenias em assintomáticos. Além disso, perda de peso, astenia, déficits neurológicos de concentração e da memória e alterações do ciclo menstrual e da libido. Também podemos pontuar ginecomastia, icterícia, ascite, esplenomegalia, telangiectasias, aranhas vasculares, eritema palmar, flapping e hálito hepático. O paciente apresentava alguns desses sinais, sendo eles as alterações laboratoriais das funções hepáticas, déficits neurológicos, ginecomastia, icterícia e ascite.

Algo que aprendo com os pacientes hepatopatas é que a deterioração é rápida e cruel. Em pouco tempo, inúmeras complicações podem aparecer de maneira

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

a deixar o quadro muitas vezes irreversível e sem tratamento eficaz. É sempre motivo de tristeza e revolta por alguns pacientes e familiares. Saber conduzir a situação de uma forma assertiva se torna algo essencial. Compreender o paciente em sua totalidade contribui para um manejo coerente com o que de fato faz sentido para o paciente. Por exemplo, nosso paciente era etilista pesado, ou seja, fazia uso diário de grande quantidade de bebida alcoólica. Nesse sentido, julgar o paciente ou culpá-lo pelo que está ocorrendo seria injusto. Muitas vezes, o problema que enxergamos é apenas uma pontinha de um grande iceberg.

Pontuei dois tipos de comportamentos comuns em pacientes em estágios avançados de doenças potencialmente fatais a médio e longo prazo: O primeiro são aqueles que são indiferentes ao processo em que estão envolvidos. Para eles, o vício é maior e as complicações são poucas e fictícias. O segundo tipo é aquele que percebe o quão a vida é preciosa e se arrependem dos hábitos praticados durante a vida.

Por conta do quadro neurológico, a principal suspeita desde o início da admissão do paciente era de encefalopatia hepática. O paciente tinha histórico de internações prévias. Isso conduziu de maneira mais direcionada o caso. Por isso, irei abordar sobre as complicações com ênfase na encefalopatia. O diagnóstico da encefalopatia pode ser dado com base na anamnese e no exame físico, avaliação geral do doente e busca de fatores que precipitaram a encefalopatia e testes laboratoriais de rotina. Além disso, é preciso descartar infecções e lesões do sistema nervoso central.

Os exames laboratoriais do paciente apresentaram alguns resultados interessantes e preocupantes ao mesmo tempo. Foi possível reconhecer a gravidade do caso. Contudo, assim como em várias outras comorbidades, o uso de tabelas e escores para pontuação, estimativa de vida e estabelecimento de gravidade se tornam grandes aliados para o suporte ao paciente e à família. O que percebi durante toda a linha de cuidado era que o paciente era informado sobre sua real situação, bem como seus familiares. Apesar de entristecidos com o inesperado, puderam compreender sobre o que já estava sendo feito.

O curso de medicina da UNILA nos proporciona um olhar para além de pacientes em estágios finais de vida. Durante esse caso, pude relembrar alguns aspectos que foram abordados durante o módulo de cuidados paliativos, no pré-internato. Apliquei os principais cálculos utilizados para classificação funcional do

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

paciente, sendo eles a estimativa do grau de encefalite, grau de acometimento da doença e expectativa de vida. A Classificação de Child-Pugh auxilia no processo de determinação da gravidade de cada caso. Já MELD auxilia na avaliação da doença hepática crônica. Algo que notei durante esse caso é que o uso dessas pontuações são comuns na prática. Em outras comorbidades, os respectivos instrumentos muitas vezes não são requisitados. Isso demonstra o quanto devemos repetir determinados hábitos até que se tornem medulares.

Os escores calculados apresentaram as seguintes pontuações: Child classe B (9 pontos). MELD 6% (11 pontos). Isso foi impactante. Por mais que soubéssemos que o quadro não era dos mais simples, mas, estar diante de um paciente e saber que sua expectativa de vida é curta é algo bastante chamativo. A elastografia foi solicitada como método para compreender o mecanismo.

O paciente teve alta dessa internação. Porém, em menos de 2 dias foi readmitido na UPA. Já não contactante e com grave comprometimento neurológico. Coincidentemente, eu estava no momento da admissão. Pude conversar com familiares sobre o paciente a fim de conhecer mais sobre o que havia nesse intervalo entre a última alta e a nova internação. A esposa disse que ao chegar em casa, estava muito agressivo, nervoso e chegou até mesmo a agredir o filho. Em seguida, ficou mais tranquilo. Porém, evoluiu com a perda de respostas aos estímulos, tendo novo caso de rebaixamento do nível de consciência, o que motivou a nova internação.

Nesse plantão, observamos o paciente para ver se melhorava suas reações aos estímulos, mas, não obedecia a nenhum comando. Dois dias depois, quando retornei, o paciente havia sido entubado e estava com acesso venoso central. Com a nova visita da esposa, abordamos sobre os cuidados paliativos, tendo em vista a gravidade e prognóstico do paciente. A esposa concordou. Entretanto, não houve assinatura de nenhum termo, o que me instigou sobre a presença ou não de algum fluxo de cuidados paliativos nas UPA’s. Após isso, não obtive mais atualizações sobre o caso.

4.2.6.4. Conclusões e Lições Aprendidas

Aprendi com o caso que a abordagem de pacientes hepatopatas deve ser feita de maneira cuidadosa e detalhada, não que com as outras comorbidades não seja necessária, entretanto, o tempo de evolução/deterioração pode ser

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

extremamente rápido. O uso de escalas e a atribuição de pontuações são indispensáveis para o uso na clínica e para estimar alguns desfechos e o tempo em que podem ocorrer, além de deixar familiares cientes sobre a gravidade do caso. Reconhecer as etiologias e traçar linhas de investigação de acordo com a história e clínica do paciente se torna algo essencial para determinar exames complementares e tratamentos.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

4.2.7. Caso Clínico 7: “Os 5 cavaleiros da morte”

4.2.7.1. Objetivos de Aprendizagem

- Identificar a queixa de dor torácica e realizar seu adequado manejo;
- Reconhecer diagnósticos diferenciais que oferecem risco iminente de morte;
- Desafios enfrentados pelo departamento de emergência quanto à estrutura e equipe técnica preparada.

4.2.7.2. Contextualização

UPA Dr. Walter Cavalcante. Terça-feira. Noite. Paciente feminino, I.A.O., 69 anos, natural e procedente de Foz do Iguaçu, casada. Chegou ao serviço com queixa principal de dor abdominal. Paciente relata que por volta das 12h do dia 02/11/2021, após o almoço, iniciou com quadro súbito de dor difusa, contínua e sem fatores de melhora/piora em região abdominal. Apresentou 2 episódios de vômito de conteúdo alimentar, negando presença de sangue e outras secreções. Durante a tarde, após tomar medicamento para dor (não soube dizer o nome), informou que teve leve melhora após. À noite, após nova alimentação, houve retorno da dor, em alta intensidade, fazendo com que paciente procurasse atendimento nesse nosocômio. Apresentou pressão arterial de 200/122 mmHg na admissão, sendo encaminhada para sala vermelha.

Em relação à história patológica pregressa, segundo informações coletadas da filha e do prontuário, a paciente é portadora de HAS e apresenta dispneia aos mínimos esforços. Possuía diagnóstico de valva mitral aspecto reumático com dupla lesão moderada, Esclerose valvar aórtica (reumática) com insuficiência aórtica mínima. AE dilatação importante. Hipertensão pulmonar leve. Fração de ejeção 76% (55-80). Holter 24 h com Avaliação do segmento ST e onda T prejudicada em alguns momentos devido presença de fibrilação atrial. Negou alergias medicamentosas. Quanto aos hábitos de vida negou etilismo e tabagismo.

Ao exame físico, já havia apresentado redução da PA para 133/93 mmHg, $SatO^2$ 95%, FC 130 bpm. Glasgow 15/15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficits motores. Bulhas cardíacas arrítmicas, em 2 tempos, sem sopros. Pulsos palpáveis e simétricos (carotídeo, radial e pedioso). Tempo de enchimento capilar < 3

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

segundos. Murmúrios vesiculares universalmente distribuídos, bilateralmente, sem ruídos adventícios. Paciente taquidispneica. Ruídos hidroaéreos presentes, dor difusa à palpação profunda. Sinal de Blumberg negativo. Evacuação presente segundo paciente. Diurese espontânea preservada. Membros inferiores sem edemas, panturrilhas livres, sinal de Homans positivo com a dorsiflexão do pé do membro superior esquerdo.

Na avaliação, paciente estável, sem uso de droga vasoativa, saturando 95% O^2 em ar ambiente. No momento apresenta diminuição de PA, taquicardia e dor abdominal à palpação. Foram levantadas as seguintes hipóteses diagnósticas: Infarto agudo do miocárdio, crise hipertensiva e gastroenterite aguda.

As seguintes condutas foram tomadas: Monitorização multiparâmetros; Solicitado ECG, raio-x de tórax e marcadores de lesão miocárdica. Solicitados demais exames laboratoriais de admissão; Prescrito profilaxia para TVP e sintomáticos. Conversamos com familiares e a paciente foi mantida em sala vermelha, para posterior reavaliação.

4.2.7.3. Análise e Discussão

Começo essa discussão pontuando sobre minha preocupação diante de um paciente com queixa de dor torácica. Acredito que talvez seja exagero, mas, para mim, o paciente que procura o pronto-atendimento devido à dor no peito está diante de um agravo à saúde potencialmente fatal até que se prove o contrário. Muitas vezes nos serviços presenciei ocorrências em que o paciente teve sua queixa subestimada. Por sorte, não precisavam de intervenções imediatas, mas, no exemplo do paciente citado no caso clínico de infarto, o atendimento em tempo hábil foi fundamental. O tempo foi músculo e cérebro. O tempo foi vida.

Quando a paciente foi admitida, o eletrocardiograma foi realizado, não evidenciando algum evento isquêmico, a princípio. Os marcadores de lesão miocárdica foram solicitados e a dupla antiagregação plaquetária foi realizada conforme o protocolo para dor torácica. Contudo, nesse caso, quero chamar atenção para o processo investigativo com ênfase em descartar ou diagnosticar as principais causas potencialmente fatais. O momento inicial era de tensão. Não só pelo quadro da paciente, mas, também, pela preocupação dos familiares. Uma de suas filhas estava de acompanhante e aparentava bastante irritabilidade. Naquele momento, eu

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

sabia que precisaria ter muita paciência com os familiares a fim de evitar maiores transtornos. Como tento fazer sempre, me coloquei no lugar e me questionei: “e se fosse minha mãe?”. Acredito que se todos fizessem essa pergunta diante de alguns casos, os atendimentos seriam mais humanizados. A falta de empatia deixa o momento clínico e a assistência impessoais.

Por mais que o ECG não havia evidenciado algum evento cardíaco isquêmico, outras causas deveriam ser investigadas. Além de uma Síndrome Coronariana Aguda, queria pesquisar sobre Pneumotórax, Tromboembolismo Pulmonar, Ruptura Esofágica e Dissecção Aguda de Aorta. Os cinco cavaleiros da morte.

Assim como nos outros casos, o exame físico e anamnese foram essenciais para guiar o manejo, tendo em vista as suspeitas. O primeiro passo seria conhecer a paciente que era uma paciente idosa e do sexo feminino. Além disso, seu histórico de saúde seria fundamental. A paciente relatou que já era cardiopata e que havia passado por consulta recente com cardiologista pela rede de saúde do SUS. Na consulta, informou que a médica que atendeu disse para ela continuar o atendimento no consultório particular porque se fosse depender do SUS a paciente já estaria morta quando saíssem os exames. Isso marcou a paciente e seus familiares. Eu fiquei chocado e sem resposta. Também fiquei curioso para saber do que se tratava. Imediatamente, após finalizar por hora a conversa com a paciente, fui conversar com a família. Expliquei que no momento a paciente estava estável hemodinamicamente e que aguardava resultado de exames. De qualquer forma, estava sendo monitorizada e acompanhada de perto. Disse que passaria a noite ao lado da paciente e isso de certa forma tranquilizou a família. Quando eu digo que ficarei ao lado do paciente é porque realmente eu fico. Vou toda hora ver como está e se precisa de algo. Fico muito orgulhoso por conseguir fazer isso na medida do possível, sem negligenciar outros pacientes. Espero não perder essa essência ao longo da carreira. Ao mesmo tempo, reconheço que isso depende de mim.

Mas, voltando ao diálogo com a filha, após esclarecer algumas dúvidas, perguntei se estava com os exames da paciente. A mesma disse que não estava com eles, porém, se prontificou para ir buscá-los. Quando um paciente possui uma rede de apoio que possa contar o cuidado se torna menos difícil, tanto para a equipe de saúde, bem como para o próprio paciente. Os exames chegaram e, para nossa surpresa, a situação era mais complexa. Descrevi os laudos na contextualização do

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

caso. Porém, a presença do histórico não impediria de que ocorresse sobre posição de diagnósticos, o que me motivou a dar continuidade à investigação.

Interroguei a paciente sobre as características da dor, enfatizando aspectos como localização, tipo, irradiação, intensidade, evolução e sintomas associados como náusea, sudorese e síncope. Questionei, também, sobre fatores de melhora, de piora e padrão de recorrência. Ressalto aqui a importância de ter paciência para escutar o relato da dor vindo do próprio paciente, de maneira a não influenciar por meio de sugestão de características.

No exame físico, abordei alguns aspectos relacionados à inspeção, ausculta, palpação e percussão dividido por sistemas. A minha lógica, claro, a princípio seria avaliar o paciente de maneira global, entretanto, algo que tem mudado em mim e na forma com que faço o exame, é como direciono alguns pontos da investigação com base na história relatada com o paciente. Por exemplo, para investigar a presença de pneumotórax, perguntei sobre trauma recente ou então percepção da mudança de padrão respiratório. Quando examinei, analisei a expansão torácica, se havia desvio de traqueia ou até mesmo se o murmúrio vesicular estava abolido em algum foco de ausculta. A paciente não apresentava rouquidão ou outros sinais de alteração da fonação. Já pensando em TEP, analisei aspectos como a presença de afogamento com próprio fôlego e até mesmo sinais de trombose venosa profunda. As panturrilhas estavam livres e sem sinais flogísticos. Porém, o paciente apresentava sinal de Homans positivo, com dor na dorsiflexão do pé do membro superior esquerdo. Somado aos outros fatores de risco, foi iniciada profilaxia para TVP. Em seguida, descartei ruptura esofágica devido a ausência de clínica. Como o início da dor foi de maneira súbita, minha grande suspeita foi para dissecção de aorta. Por conta disso, verifiquei os pulsos e notei que estavam simétricos e a ausculta cardíaca estava sem sopros.

Conversei com médico plantonista sobre minhas percepções acerca do caso e fui parabenizado pela preocupação em descartar coisas graves. Em direcionar o pensamento, em primeiro plano, para o que mata em pouco tempo. Com base nas informações que tínhamos e nos achados até o momento, o que poderia ser feito, estava sendo feito. Sobre a dissecção de aorta, o médico disse que se fosse o caso da paciente, ela teria procurado o serviço logo após o almoço, quando houve o primeiro quadro álgico, devido à não intensidade a à não melhora espontânea.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

Os exames laboratoriais ficaram prontos e a troponina não estava elevada. De qualquer forma, a paciente ficaria em observação para coleta de nova amostra conforme encontrado na literatura. O que me chamou a atenção foi a presença de leucocitose de 13.020/mm³ às custas de segmentados e neutrófilos. O PCR estava levemente aumentado também. A paciente não apresentava outros sinais típicos de uma infecção. A pressão que antes estava elevada, foi normalizada após controle da dor com analgesia, indicando uma pseudocrise hipertensiva secundária ao quadro álgico. Devido ao seu histórico de cardiopatia, seria necessária a troca de válvulas cardíacas como intervenção definitiva e seguimento do cuidado, contudo, se a paciente conseguiria realizar isso nos deixa um questionamento e uma crítica ao sistema de saúde público.

4.2.7.4. Conclusões e Lições Aprendidas

O foco principal do caso trazido era demonstrar o processo de investigação de causas potencialmente fatais de dor torácica. O objetivo foi cumprido. Contudo, não podemos ignorar problemáticas que envolvem o paciente e sua relação com o mundo a sua volta. Os desafios com a continuidade dos tratamentos iniciados na UPA's é uma realidade preocupante. Ao mesmo tempo, contraditório. Por que não investir recursos para tratamentos de alta complexidade, porém, definitivos, em vez de apenas investir apenas em portas de entradas que são pouco resolutivas a médio/longo prazos? As UPA's desempenham funções essenciais na Rede de UE, porém, em alguns casos, só "apagar incêndios" não resolverá o problema. O que me deixa preocupado é que a paciente teve contato com a rede especializada, porém, não houve acolhimento. Pelo contrário, houve afastamento e desesperança. A paciente tentaria passar novamente por consulta, na tentativa de ser atendida por outro médico e ter uma segunda opinião. Por fim, finalizo os comentários afirmando o quão importante é descartar causas potencialmente fatais. A máxima de "pecar" por excesso acho que dificilmente será prejudicial, desde que seja feita com embasamento científico e não apenas por desespero sobre o que fazer.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

4.2.8. Caso Clínico 8: “Parece que não, mas ela vai se lembrar”

4.2.8.1. Objetivos de Aprendizagem

- Entender sobre o manejo da sepse no departamento de emergência;
- Compreender a fundamentação para a prescrição de antibióticos;
- Manejo de um paciente com múltiplas comorbidades e com rebaixamento do nível de consciência no departamento de emergência;
- Humanização do atendimento independentemente se o paciente é contactante, pois ele pode se lembrar de tudo.

4.2.8.2. Contextualização

Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Sexta-feira. Noite. Paciente O.T.E., feminino, 75 anos. Procedente de Foz do Iguaçu. Paciente não contactante no momento, sendo a história coletada do prontuário. Filha relata que a paciente apresentou fratura do fêmur esquerdo, sendo necessária abordagem cirúrgica com colocação de prótese parcial. Após isso, houve soltura da prótese, necessitando de outra abordagem há cerca de dois meses. Após isso, ocorreu nova queda com nova fratura, sendo necessário outro procedimento. Relata que desde o dia 24/10/2021 a paciente vem apresentando piora progressiva do estado geral, com rebaixamento do nível de consciência e saída de secreção da ferida operatória. Paciente foi levada à UPA, onde foi diagnosticada ITU, e então foi encaminhada para esta instituição no dia 28/10/2021.

Na história patológica pregressa, tem diagnóstico de Parkinson e faz uso de Prolopa e Clonazepam. Nega outras comorbidades, alergias medicamentosas, tabagismo e etilismo.

Ao exame físico, Sat O^2 89%, FC 105, PA 143/83mmHg, HGT 121, FR 20irpm, Tº Axilar 38ºC. Glasgow 11/15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, tremores intermitentes em membro superior direito, em repouso no leito, colaborativa. Roncos difusos bilateralmente em todo hemitórax, tosse com secreção. Em uso de O^2 8L. Gasometria pH 7,42 // pCO2 39 // pO2 62 // HCO3 25 // StO2 91% // Ca 1,22 // Lactato 21. Rx de Tórax (29/10): Presença de infiltrado difuso em hemitórax direito, derrame pleural à direita e diminuição da trama vascular à esquerda. No exame cardiovascular,

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

bulhas cardíacas hipofonéticas, rítmicas, em 2 tempos, sem sopros. Pulsos centrais presentes e cheios, pulsos radial e pedioso simétricos e cheios. Tempo de enchimento capilar de 2 segundos. No abdômen, ruídos hidroaéreos audíveis em todos os quadrantes abdominais, abdome não doloroso à palpação, sem visceromegalias. Dieta + água em sonda nasoenteral. Diurese presente em uso de Sonda Vesical de Demora inserida no dia 26/10/2021 com diurese de 20ml/hora. Urina concentrada de coloração amarela. Urocultura em 26/10/2021 positiva para Enterococcus faecalis. Hemocultura 28/10/2021 positiva para CGP segundo evolução biomédica. Em uso de Tazocin + Linezolida.

Na avaliação, paciente idosa com quadro de ITU, pneumonia e infecção da ferida operatória. Não contactante, hemodinamicamente estável sem DVA, hipossaturando com necessidade progressiva de O2. Apresenta hipernatremia. Rx de tórax revelou infiltrado em hemitórax direito e derrame pleural, sugerindo quadro de pneumonia. Apresentou episódios de febre de 38ºC nas últimas 24 horas e taquicardia intermitente, chegando a 210 de frequência cardíaca.

Foram tomadas as seguintes condutas: Mantidos sintomáticos, profilaxia para TVP e Antibioticoterapia com Tazocin + Linezolida; Demais condutas medidas para correção da hipernatremia; Parâmetros cardiovasculares, respiratórios, neurológicos e infecciosos monitorados.

4.2.8.3. Análise e Discussão

O caso da paciente O.T.E. me despertou inúmeras questões de aprendizado e inúmeras sensações e sentimentos. Durante os plantões no PS do HMPGL, temos contato com pacientes graves que demandam, muitas vezes, cuidados intensivos ou semi-intensivos. Nesse sentido, além dos cuidados de urgência e emergência, os cuidados intensivos e até mesmo paliativos foram abordados durante as práticas no hospital. Achei isso valioso. O fato de acompanhar um paciente para além de sua admissão faz com que a gente aprenda sobre a continuidade do cuidado, mesmo que por diferentes colegas e médicos. Acredito que essa seja a dinâmica de um departamento de emergência. Um contínuo.

Seria ousado de minha parte focar em apenas uma comorbidade apresentada pela paciente. Porém, o que mais me chamou a atenção em toda a história foram os aspectos relacionados ao seu quadro infeccioso e neurológico. A

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

paciente apresentava um quadro infeccioso bastante emblemático. De um lado, uma infecção urinária diagnosticada com base em urocultura, do outro, ferida pós-operatória complicada, com eliminação de secreção. Estava febril. A vigilância infecciosa estava constante e indispensável. O primeiro questionamento e ponto que tive interesse foi em descobrir o motivo por ela estar usando os antibióticos prescritos.

Muitas pacientes fazem uso de antibióticos quando não há indicação. Ou, quando possuem indicação, fazem uso do antibiótico errado, ou seja, que não cobre adequadamente o possível micróbio, principalmente quando em uso empírico. Quando há alguma cultura para guiar o tratamento, alguns médicos não interpretam o antibiograma de forma adequada. A consulta do serviço de infectologia é falho no sentido de poucos especialistas para uma demanda imensa. Por ter tido essas vivências em boa parte dos plantões durante o módulo, me sinto na obrigação de compreender mais sobre antibióticos.

Aproveito a temática para abordar sobre a biossegurança. Em muitas ocasiões, a biossegurança não existe ou é falha. O lugar em que tive as experiências mais rígidas em relação à biossegurança, medidas de assepsia e antissepsia foi no centro cirúrgico do HMPGL. Em algumas situações, a simples lavagem de mão era negligenciada ou feita de forma adequada. Na paciente do caso clínico, uma situação muito ilustrativa ocorreu. Um técnico de enfermagem foi realizar uma coleta de gasometria arterial e não higienizou as mãos, nem utilizou luvas de procedimento. Fiquei espantado com o risco biológico que todos estavam correndo. O colaborador corre risco de se contaminar com o paciente, e o paciente podendo se contaminar com o colaborador, que poderia já estar contaminado de outros pacientes. É assim que bactérias multirresistentes são carregadas de um paciente a outro. Cuidados básicos e primordiais negligenciados podem causar catástrofes anunciadas. Quando se deixa de higienizar as mãos, o risco de causar iatrogenias no paciente está assumido. Isso precisa mudar. As taxas de infecção hospitalar precisam diminuir.

Estávamos diante de uma paciente idosa e com inúmeras fragilidades, sendo elas causadas pelas comorbidades, ou pelo processo de envelhecimento. Nesse sentido, algumas situações essenciais deveriam ser priorizadas, como a lavagem de mãos e o uso de EPI’s durante o processo de cuidado. Naquele momento, a paciente fazia uso de piperacilina sódica + tazobactam sódico e de Linezolida. O primeiro, possui amplo espectro, cobrindo gram positivos, negativos, aeróbicos e anaeróbicos. Indicado para infecções do trato urinário, de pele e partes moles, bem

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

como para quadros de septicemia. Trata-se de uma associação antibacteriana injetável que consiste de um antibiótico semi-sintético, a piperacilina sódica e um inibidor da beta-lactamase, o tazobactam sódico, para administração intravenosa. Já a Linezolida, é um antibiótico sintético de amplo espectro, e geralmente bacteriostática, da classe das oxazolidinonas. É indicado em casos de infecções do trato respiratório baixo, nos tecidos moles e na pele, além de infecções por enterococos. Pelas características da paciente, acredito que a associação dos antibióticos tenha sido feita de forma empírica, visando um quadro de sepse de foco urinário, cutâneo/partes moles, ou sistêmica.

Avaliar a antibioticoterapia proposta bem como a resposta dada pelo paciente após o início da terapia é fundamental para acompanhamento da melhora geral e prognóstico da situação atual. Verifiquei no sistema e não haviam sido solicitadas hemoculturas previamente o início do tratamento empírico, apenas depois de administradas algumas doses. Além disso, hemocultura feita, é hemocultura analisada, bem como o teste de sensibilidade. Tudo que escrevo é com base na literatura e nos próprios manuais elaborados pela instituição. Conhecer o perfil bacteriano do hospital também se torna algo importante a fim de iniciar antibioticoterapia com foco em possíveis micróbios causadores. Além disso, pesquisar sobre o histórico do paciente em relação a infecções prévias pode auxiliar no processo de identificação de resistências e alternativas. A literatura oferece subsídios para uma adequada prescrição de antibióticos, porém, tudo deve ser individualizado e o órgão responsável pelo controle de infecções deve ser consultado sempre que necessário. No próprio prontuário eletrônico, alertas são colocados informando sobre resultados de hemoculturas e sobre as adequadas precauções para o manejo seguro. Isso deve ser levado em conta e as normas hospitalares devem ser levadas a sério.

A paciente apresentava um quadro neurológico facilmente identificável. Com diagnóstico prévio de Parkinson, seu nível de consciência estava diminuído e precisava de O^2 suplementar por método não invasivo para manter boa saturação. Não era contactante, o que dificultou maiores informações sobre seu histórico patológico bem como sobre o que havia ocorrido para que fosse readmitida na instituição. Apesar de tudo isso, durante todo o tempo a paciente estava com os olhos abertos. E, para mim, aquilo dizia muito. Ela estava ali. Escutava e compreendia, de certa forma, o que estava acontecendo. Apesar de um valor baixo na Escala de Coma de Glasgow, a paciente conseguia proteger sua via aérea, não indicando intubação

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

naquele momento, porém, a todo tempo estava sendo cogitada a realização do procedimento. Além da vigilância infecciosa, o padrão respiratório precisava ser minuciosamente monitorado.

Por tudo que estava sendo apresentado, uma vaga em leito de UTI deveria ter sido solicitada. Eu a teria solicitado, sem dúvidas. Tratava-se de uma paciente crítica, com comprometimento do sistema neurológico e respiratório. A abordagem terapêutica proposta não havia dado respostas positivas até o momento e a equipe do pronto socorro é diferente de uma equipe de terapia intensiva, além das rotinas do próprio setor.

A maioria das pessoas lidavam com a paciente de uma forma impessoal, como se ela já não estivesse mais ali. Contudo, eu sabia que ela estava. No fim do plantão, tive a certeza quando perguntei se ela queria um cobertor e ela balançou a cabeça dizendo que sim. Fiquei emocionado. Um cobertor poderia fazer a diferença para a paciente. Reflito sobre o quão vulneráveis são as pessoas que dependem de cuidados e sobre o quão fundamental é o nosso compromisso em fazer tudo da melhor forma possível.

Para finalizar, alguns relatos sobre o desfecho do caso. Foi raro poder acompanhar a paciente até sua transferência de setor. Foram duas as ocasiões em que a paciente permanecia internada em leito de cuidados progressivos no departamento de emergência. Sendo que num deles estava mais instável do que antes, em uso de droga vasoativa e prestes a ser intubada. No outro, paciente com melhora significativa de seu quadro, sendo transferida para a Clínica Médica. Já contactante e com melhora de seu quadro neurológico eu perguntei: “a senhora se lembra de mim?”. A resposta me surpreendeu: “Sim! Você me cobriu naquela noite fria”. Parecia que não, mas ela se lembrou.

4.2.8.4. Conclusões e Lições Aprendidas

O uso de antibióticos, independentemente da forma com que são usados, sendo empiricamente ou guiado por teste de sensibilidade, deve ser feito de maneira coerente com os sítios de infecções e com as manifestações clínicas do paciente. Utilizar recursos oferecidos pela instituição podem ser necessários e de grande valia quando em situações de dúvidas ou diante de situações de alta complexidade. O cuidado com a biossegurança deve ser algo medular para qualquer pessoa que pisa

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

num hospital, principalmente quando em contato com pacientes fragilizados por comorbidades ou pelo próprio processo de envelhecimento. A humanização do atendimento deve ser feita independentemente se o paciente está lúcido ou não. Se é contactante ou não. Deve estar presente em todas as linhas de cuidado. Por fim, a monitoração de sinais vitais e de manifestações clínicas devem guiar as escolhas e decisões médicas.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

4.2.9. Caso Clínico 9: “Pressão e depressão”

4.2.9.1. Objetivos de Aprendizagem

- Reconhecer uma crise hipertensiva e oferecer o manejo inicial;
- Identificar os tipos de crise e seus desdobramentos;
- Elencar e correlacionar com o caso principais etiologias de uma pseudocrise hipertensiva;
- Continuidade do atendimento em serviço ambulatorial e comunicação entre profissionais.

4.2.9.2. Contextualização

UPA João Samek. Quarta-feira. Noite. Paciente A.M., masculino, 63 anos. Procurou nosso atendimento com queixa principal de “Pressão alta e tontura”. Sobre a história da doença, refere que por volta das 17 horas, teve quadro súbito de tontura, cefaléia, astenia, sudorese e calafrios. Estava cozinhando no momento, se deitou no chão e após leve melhora, se deitou no sofá. Ligou para os filhos e foi trazido e admitido neste nosocômio. Refere quadro de pico hipertensivo há 30 dias, em que apresentou sintomas semelhantes. No momento, apresenta queixa de tontura, sonolência e parestesia em membros inferiores. Também se queixou de tosse seca há 5 dias com exacerbação noturna. Nega outros sintomas respiratórios. Nega febre, náuseas, vômito e diarreia. Nega perda de consciência.

Em relação ao seu Histórico Patológico Pregresso, é portador de HAS, hipercolesterolemia e hipotireoidismo. Não soube informar o nome das medicações de uso contínuo. Nega alergias a medicamentos. Nega etilismo e tabagismo.

Ao exame físico, apresenta os seguintes valores para Sinais Vitais: PA 169/94 / FC 59 bcm / Sat O^2 97% em AA. Na ectoscopia, paciente em bom estado geral, lúcido e orientado em tempo e espaço, colaborativo, normocorado, hidratado. No exame dos sistemas, bulhas cardíacas rítmicas e normofonéticas, em 2 tempos, sem sopros. Pulsos periféricos e centrais (radial, pedioso e carotídeo) simétricos e cheios. Murmúrios vesiculares universalmente distribuídos, bilateralmente, em todo hemitórax. Som claro pulmonar à percussão. Abdome flácido e globoso. Ruídos hidroaéreos presentes nos 4 quadrantes abdominais. Não doloroso à palpação.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

Glasgow 15/15, pupilas isocóricas e fotorreativas, sem déficits motores em membros superiores e inferiores. Sem desvio de rima. Membros inferiores sem edema, panturrilhas livres, sem sinais flogísticos. sinal de Homans negativo.

Na avaliação, paciente estável sem uso de droga vasoativa, sem uso de suporte ventilatório, mantendo boa saturação em ar ambiente. Exame físico inocente. Como hipóteses sindrômicas, síndrome hipertensiva e síndrome depressiva, tendo como hipóteses diagnósticas crise hipertensiva, transtorno depressivo maior. Como diagnósticos diferenciais, podemos pensar em pseudocrise hipertensiva, crise de ansiedade.

Como plano, tomou-se as seguintes condutas no momento: Admissão do paciente em sala de emergência devido ao quadro hipertensivo; Paciente em monitorização; Prescrição de anti-hipertensivos e sintomáticos; Exames laboratoriais, eletrocardiograma e Raio-x de Tórax.

4.2.9.3. Análise e Discussão

A intenção ao trazer esse caso clínico para discussão foi discutir sobre as emergências hipertensivas pelo fato de serem queixas comuns nos departamentos de emergência. O manejo adequado está relacionado com o tipo de emergência. Nesse sentido, saber diferenciar uma urgência de uma emergência hipertensiva se torna algo essencial. Em alguns casos, complicações podem ocorrer, sendo a mais temida a encefalopatia hipertensiva.

As crises hipertensivas podem ser divididas em emergência hipertensiva, urgência hipertensiva e pseudocrise hipertensiva/HAS mal controlada. Na pseudocrise, os sintomas não são causados pela PA elevada e sim o contrário: os sintomas elevam a PA. É comum acontecer em pacientes com cefaleia, precordialgia atípica, ansiedade, estresse, síndrome do pânico, dentre outros. Para esses casos, após a suspeita e reconhecimento, pode-se tratar com analgésicos, ansiolíticos e acompanhamento médico para investigação e tratamento. É importante reconhecer se o paciente passou recentemente por algum estresse emocional significativo, se tem algum transtorno mental como crises de ansiedade e se possui cefaleia tensional, por exemplo. De qualquer forma, no serviço de emergência, além do tratamento, deve-se rastrear possíveis desdobramentos causados pela hipertensão. Dentre esses exames

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

estão: ECG, exames de urina e de função renal, fundoscopia e raio-x de tórax. Anamnese e exame físico bem coletados são indispensáveis.

No caso do paciente, trata-se de um paciente previamente diagnosticado com HAS em tratamento. Pelo fato de não saber identificar as medicações que faz uso, podemos cogitar que o mesmo trata de forma irregular. Questionamos sobre a presença de fatores estressantes recentes ou então situações de estresse contínuas. O paciente nos relatou que é muito ansioso e preocupado e que nos últimos meses isso tem se intensificado. Nesse sentido, suspeitamos que o motivo de sua crise hipertensiva seria por conta desse contexto de vida.

Pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, uma crise hipertensiva é definida quando pressão sistólica é maior ou igual a 180 mmHg e a pressão diastólica é maior ou igual a 120 mmHg. Nas urgências hipertensivas, iremos encontrar esses valores, porém, não haverá lesão de órgão-alvo, nem risco iminente de morte. O paciente clássico, geralmente, são paciente com tratamento irregular para HAS, com lesão de órgão-alvo prévia e com hábitos alimentares ruins. Nesses casos, o simples fato de deixar o paciente em local calmo, pode auxiliar na terapêutica, contudo, medicamentos por via oral devem ser administrados, sendo eles captopril ou clonidina. A meta para redução da PA é de 24h a 48h. O acompanhamento ambulatorial é imprescindível, devendo o paciente procurar a atenção básica.

O paciente estava no leito da sala vermelha, local pouco tranquilo e muito movimentado. Entretanto, naquele dia estava tudo calmo, podendo ele descansar e até mesmo dormir. Devido à não redução de sua pressão, foi administrado clonidina. O paciente permaneceu em leito de observação. Algo importante que devemos estar atentos é sobre a redução abrupta da PA, o que pode causar hipofluxo cerebral e taquicardia reflexa.

Já a Emergência Hipertensiva ocorre quando temos os valores da PA elevados conforme na descrição acima, porém, temos a presença de lesão de órgãos-alvo e o risco iminente de morte. Edema agudo de pulmão e AVE são as complicações mais encontradas. Nesses casos, a administração de medicamentos deve ser feita por via endovenosa, sendo a principal droga o Nitroprussiato de sódio ou a Nitroglicerina. A meta de redução da PA irá depender do órgão acometido, contudo, 25% deve ser diminuído logo na primeira hora após administração da medicação.

É importante saber reconhecer uma encefalopatia hipertensiva. Nota-se, nesses pacientes, sinais ou sintomas de edema cerebral, aumento grave e/ou súbito

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

de PA, melhora do estado mental após redução da PA. Pode ser um diagnóstico por exclusão e confirmado retrospectivamente.

Uma crise hipertensiva, em muitas situações, é muito subestimada em relação à sua gravidade. Geralmente os pacientes são diagnosticados durante o acolhimento inicial, passando pela consulta em consultório médico e, sendo direcionados para sala amarela ou vermelha. Contudo, o tempo em que esse manejo ocorre é extenso, o que coloca o paciente em risco. As medidas anti-hipertensivas devem ser administradas o quanto antes, objetivando não lesionar órgãos-alvo ou então diminuir o grau de lesão/acometimento. No caso de pacientes com pseudocrises secundárias a causas mentais, torna-se indispensável esse cuidado.

Algo que não foi feito, mas, que percebo hoje que teria sido importante é a investigação de complicações neurológicas no paciente do caso. O mesmo teve tontura, o que dificultou sua deambulação. A fundoscopia não foi realizada, acredito que pela falta de equipamento e de recurso humano treinado. Entretanto, o paciente teve uma redução gradual dos valores, apenas com uso das medicações. Além disso, não foi constatado lesão de órgão-alvo.

O paciente recebeu alta médica. Uma reconciliação medicamentosa era necessária. Sendo assim, foi escrita pelo médico plantonista uma carta referência, explicando o que havia ocorrido e sugerindo algumas alterações no tratamento quanto trocas de medicações e acompanhamento do paciente pela equipe de saúde de uma forma mais próxima. Achei extremamente essa parte do cuidado, o que evidenciou a forma em que a Rede de Urgência e Emergência está integrada com os demais órgãos de saúde pertencentes a outras esferas, como no caso, a APS.

4.2.9.4. Conclusões e Lições Aprendidas

Apesar do caso não ser relativamente muito extenso, achei válido abordá-lo uma vez que é uma temática recorrente nos departamentos de emergência em que temos vivências práticas. Além disso, compreender os fundamentos que estão por trás de cada conduta médica enriquece o aprendizado e a vivência do momento. Em relação a abordagem do paciente, como a princípio não havia lesão de órgão-alvo, e o paciente era portador de HAS em possível tratamento irregular, faria intervenções pensando em uma urgência hipertensiva. Os sintomas psicológicos poderiam ser tratados simultaneamente, assim como o foram. Por fim, a comunicação entre

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

serviços e profissionais da saúde se torna pedra angular para continuidade do cuidado.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

4.2.10. Caso Clínico 10: “Isolando o vírus”

4.2.10.1. Objetivos de Aprendizagem

- Reconhecer e manejar emergências e urgências relacionadas à infectologia no departamento de emergência;
- Abordagem do diagnóstico para Hiv e medidas de educação em saúde e educação sexual com o paciente;
- O sigilo sobre diagnóstico como direito do paciente, e os desdobramentos do desrespeito do mesmo;
- Co-infecções em pacientes imunossuprimidos e os riscos de complicações: principais infecções.

4.2.10.2. Contextualização

Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Terça-feira. Dia. Paciente J.F.M., masculino, 20 anos. Procedente de Foz do Iguaçu. Privado de Liberdade há 1 ano e 4 meses. Encaminhado da UPA onde recebeu atendimento devido à episódios de febre aferida (38,2ºC) nos dias 25 e 26 de novembro, associados com astenia. No dia 27 de novembro, apresentou 3 episódios diarreicos, de aspecto marrom, aquoso e volumoso. Também informa ter tido 1 episódio de fezes escurecidas de coloração preta. Refere também que a urina ficou mais escura e com odor fétido no dia 26 de novembro e tosse seca de início há 15 dias. Recentemente, foi diagnosticado com síndrome da imunodeficiência adquirida, realizando tratamento correto. Paciente relata astenia e dificuldade para deambular. Queixa-se de dor em região epigástrica. Nega presença de outros sintomas. Em nenhum momento relata quadro de tosse.

Quanto à sua história médica pregressa, paciente vivendo com Hiv em uso de TARV desde o dia 23/11/2021 com o seguinte esquema: Tenofovir + Lamivudina 300mg + 300mg e Dolutegravir 50mg. Nega comorbidades e alergias medicamentosas. Quanto aos hábitos de vida: Etilismo. Usuário de cannabis, cocaína e drogas sintéticas. Não faz uso das substâncias desde de que foi institucionalizado, há 1 ano e 4 meses.

No exame físico: Paciente em Regular Estado Geral, Lúcido e orientado em tempo e espaço, desidratado, hipocorado, anictérico, acianótico. Neurológico:

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

Glasgow 15/15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, pensamento lentificado, força motora preservada, sem sinais de irritação meníngea. Cardiovascular: Bulhas cardíacas normofonéticas, rítmicas, em 2 tempos. Não ausculto sopros. Pulmonar: Murmúrios vesiculares universalmente distribuídos, bilateralmente. Não ausculto ruídos adventícios. Eupneico em ar ambiente. Abdominal: Abdômen plano. Ruídos hidroaéreos presentes e diminuídos. Flácido e doloroso à palpação de região espigástrica. Não palpo visceromegalias. Geniturinário: Diurese presente sem uso de dispositivos. Extremidades: Membros inferiores com edema, Cacifo +/++++. Tempo de enchimento capilar menor do que 3 segundos. Pele ressecada. Infeccioso: Paciente afebril. Antibioticoterpia com Azitromicina e Sulfametoxazol + Trimetoprima. Hematológico: Sem sangramentos ativos.

Nos exames complementares, TC de Tórax sem contraste em 29/11/2021: Mínimo derrame pleural à esquerda, achados compatíveis com anemia e edema de tecido subcutâneo do tórax. Exames Laboratoriais em 30/11/2021: Hm 2,62 // Hb 6,6 // Ht 19,4 // VCM 25,19 // HCM 25,19 // RDW 22,3 // Leuc 12.420 // Bastonetes 15 // Segm 77 // Neutro 92 // Ferro Sérico 72 // KPTT 86" // Cr 0,4 // Cl 114. O CD4 foi coletado em 23/11/2021: 154. Aguardando resultado de Carga Viral.

Na avaliação, paciente estável sem uso de droga vasoativa e eupneico em ar ambiente. Diagnóstico e início de tratamento para Hiv recentes. Em situação de vulnerabilidade social. Anemia hipocrômica e microcítica e padrão infeccioso evidenciado em leucograma. Desidratado e hipocorado. Internado em leito de isolamento sem novos episódios de febre, diarreia e tosse. Na lista de problemas, os seguintes diagnósticos e hipóteses diagnósticas: P0. B24; Etilismo; Drogadição. P1. Síndrome febril de etiologia a esclarecer: Tuberculose extrapulmonar? Gastroenterocolite Aguda? Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune? P2. Diarreia de etiologia a esclarecer: Infecção oportunista por citomegalovírus? Gastroenterocolite Aguda? Efeito adverso de terapia antirretroviral?

O plano de condutas foi: Aguardar os resultados de TBR e BAAR , resultados cinética do ferro; Suspender Azitromicina e manter profilaxia primária com dose reajustada de Trimetoprima + Sulfametoxazol; Solicitar hemoculturas, coleta de RT-PCR Covid-19 devido à achados sugestivos em TC de Tórax (vidro fosco), Entrar em contato com infectologia para orientações quanto à suspensão da TARV. Manter paciente no isolamento reverso até resultado de clostridium + TBR.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

4.2.10.3. Análise e Discussão

A infectologia é instigante e uma das matérias que mais me identifico. Durante o estágio de urgência e emergência, procurei abordar pacientes com aspectos relacionados à infectologia para fins didáticos e fins de identificação com os temas. A cada antibiótico prescrito, um questionamento: Isso tá certo? Qual é a melhor proposta terapêutica? O serviço de infectologia foi consultado? Percebi que muitos aspectos relacionados à infectologia são negligenciados por vários lados. A assistência, em sua maioria, possui pouco conhecimento sobre detalhes terapêuticos, a equipe de infectologia da instituição é pequena diante de toda a demanda, os pacientes, às vezes, apresentam sobreposição de diagnósticos. Mas, tudo isso se trata de desafios, e desafios podem ser superados.

Escolhi o presente caso pois foi um dos que mais me marcou durante todos os meses de prática do módulo. Trata-se de um paciente que foi recentemente diagnosticado com Hiv durante sua internação prévia na UPA. O primeiro aspecto que abordo, é a comunicação de diagnósticos difíceis. Cada pessoa irá lidar de uma forma com a notícia, isso é fato. Porém, as etapas devem ser as mesmas, e uma rede de apoio deve estar preparada para responder de maneira adequada às respostas que o paciente possa apresentar. Quando o paciente estava internado na UPA pela primeira vez, foi feito teste rápido para Hiv e, para surpresa de todos, o resultado foi reagente. Diagnóstico positivo para Hiv, ainda é motivo de alarde entre profissionais da saúde. Não pelo vírus em si e as complicações causadas por eles. Mas, pelo preconceito e tratamento diferenciado que o paciente irá receber. Mesmo com todos os avanços tecnológicos relacionados às terapêuticas para pessoas que vivem com Hiv, o estigma permanece e o isolamento social ocorre de maneira automática. Quando fui conversar com o paciente pela primeira vez, perguntei a ele se ele já sabia sobre o diagnóstico (eu já sabia que a resposta era sim). O paciente, disse: “Sim, dr. me disseram que estou com Aids!”. Nesse momento, uma lágrima escorreu de seu rosto. Fiquei indignado. O paciente estava sendo investigado para Tuberculose, mas, isso não significaria que sua taxa de CD4 estava tão baixa. Ele sequer havia coletado os exames para verificar carga viral e CD4. Parei o que estava fazendo, e lhe expliquei que ele vivia com o Hiv, que pode ou não causar Aids. Nesse momento, me lembrei das experiências que tive no SAE de Foz do Iguaçu durante o módulo de APS II. Confortei o paciente, expliquei sobre os tratamentos e que seria possível ter uma vida

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

normal desde que ele aderisse ao tratamento. Expliquei sobre métodos de proteção e com os cuidados das futuras parcerias sexuais. O paciente compreendeu o que eu havia dito, e, quando terminamos, ele abriu um sorriso e disse “obrigado, dr.”. Por mais que a gente ainda seja acadêmico e fale isso, alguns pacientes nos chamam de dr. (no fundo, eu acho engraçado rsrsrs).

Durante a internação atual, quando vi o nome do paciente no senso, logo falei para os colegas que gostaria de acompanhá-lo durante o plantão. Lembrei de sua história recente e o fato dele ter sido internado no hospital me deixou bastante curioso e reflexivo sobre o que teria motivado esse retorno. Ao entrevistar o paciente, que estava em isolamento, fiz perguntas sobre o que havia ocorrido. Mais do que da outra vez, sua fala e pensamento estavam lentificados, assim como seus movimentos. Ele disse que havia tido episódios de febre, diarreia e fraqueza. Perguntei sobre o uso da TARV e ele disse que estava tomando a pouco tempo. Fiz mais algumas perguntas a fim de compreender melhor o caso, realizei exame físico e encerrei aquele momento clínico. O paciente estava em leito de isolamento devido a suspeita de tuberculose e de *clostridium*. Havia plaquinha de precaução, informando a necessidade de uso de alguns EPI’s para adentrar no quarto. Chamo a atenção para esse ponto. No HMPGL, pacientes que vivem com Hiv que estão com taxa de CD4 abaixo de 150 são mantidos no chamado “isolamento reverso”. O médico plantonista questiona isso e diz ser sem embasamento científico, afirmando aumentar, ainda mais, o preconceito e estigma para com os pacientes que vivem com o vírus. A fim de evitar algum tipo de constrangimento com o paciente, informei a ele e deixei bem claro que estava usando avental, luva e máscara devido à suspeita de tuberculose e não pelo fato dele ter o vírus. Foi um pequeno detalhe, mas, acredito que tenha reduzido a sensação de que todos poderiam estar com receio de ter contato com ele devido ao Hiv.

Em seguida, me dirigi ao Serviço de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar para solicitar informações sobre o paciente. A rede especializada de atenção aos pacientes que vivem com Hiv/Aids é centralizada e as informações são sigilosas. Nesse sentido, apenas pessoas autorizadas possuem acesso ao site em que é possível verificar informações como carga viral, CD4, TARV e quando foram as retiradas de medicações em alguma farmácia do SUS. Durante a consulta, descobrimos que o paciente havia feito a primeira retirada da TARV no dia 23 de novembro de 2021, totalizando 8 dias de tratamento. Além disso, o paciente estava com o valor de CD4 de 154. Sua carga viral ainda estava em andamento. Com essas

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

informações em mãos, me deparei com duas situações: a primeira: tenho mais subsídios para elaboração de hipóteses diagnósticas; a segunda: tenho uma informação sigilosa nas mãos, preciso dobrar o cuidado.

Pacientes que vivem com Hiv são identificados nos prontuários e entre a equipe com a sigla B24. No CID10, o código corresponde à Doença Pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) Não Especificada. Mas, nesse momento, faço uma crítica: Até que ponto os profissionais da saúde possuem o direito de quebrar o sigilo de um paciente dentro de uma instituição hospitalar? A maioria das pessoas sabem o significado de B24 e saem por aí espalhando a notícia. Não foi nem uma ou duas vezes, foram várias as ocasiões que escutei: “ei, tá sabendo que fulando é B24?”. Isso me dá náuseas. Profissionais que falam de seus pacientes e espalham seu diagnóstico, não para contribuir com sua terapêutica e sim pelo simples fato de falar da vida alheia. Isso não está certo e o paciente precisa ser mais respeitado.

Com as informações do paciente em mãos, precisava dar início à minha investigação para discussão com a equipe durante a visita médica. O primeiro passo, seria fundamental consultar a literatura. Escolhi o livro de emergência da USP e a última edição do PCDT Hiv/Aids. Direcionei minha pesquisa para as temáticas relacionadas à situação atual do paciente. Iniciei a pesquisa pelo capítulo sobre Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune. E essa foi a principal hipótese diagnóstica. O paciente estava iniciando a segunda semana de tratamento com TARV e, devido ao baixo valor CD4 e à possível alta carga viral, os sintomas poderiam estar sendo desencadeados pela reconstituição do sistema imunológico. Na literatura, a síndrome não é comum logo no início do tratamento, mas, como vemos no dia a dia, a medicina não é exata.

Outro ponto que busquei revisar, foram sobre as possíveis infecções oportunistas e que eram coerentes com o paciente. Dentre as principais, pode-se pontuar: meningite ou meningoencefalite criptocócica, toxoplasmose cerebral, pneumocistose, doença citomegálica, candidíase esofágica e orofaríngea e histoplasma. Além disso, pesquisei sobre os principais efeitos adversos que podem ocorrer a depender do antirretroviral utilizado.

É nítido que o paciente possui alguma alteração neurológica. Além disso, apresentou sintomas infecciosos como alteração da curva térmica e sintomas gastrintestinais como diarreia. Durante o dia, também apresentou o primeiro episódio de vômito. Dessa forma, também cogitei a presença de microorganismos que

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

pudessem ser a causa desses sintomas. Já estava sendo investigada a presença de clostridium nas fezes. Porém, ao estudar, descobri que o citomegalovírus pode trazer manifestações gastrintestinais. Por fim, o Dolutegravir é um antirretroviral que pode causar intolerância gastrintestinal em alguns casos. Nesse sentido, filtrar possíveis justificativas para explicar suas manifestações foi algo necessário.

Durante a visita tivemos um momento muito rico devido à discussão do caso. Como eu estava acompanhando o paciente, apresentei o caso. Quando o médico perguntou sobre minhas hipóteses diagnósticas eu disse: “Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune”. Fui parabenizado, pois essa deveria ser uma de nossas principais suspeitas tendo em vista o contexto de tratamento iniciado recentemente. Em seguida, informei sobre minha suspeita de citomegalovírus e sobre o quão relevante poderia ser sua pesquisa. Os médicos disseram que fazia sentido a hipótese, porém, para o primeiro momento, iria se priorizar outras hipóteses.

Após o término da visita, redigi a história no prontuário e, ao pesquisar os exames laboratoriais, notei que não haviam hemoculturas em andamento. Em seguida, comuniquei ao médico que não haviam sido coletadas. Claramente, houve um erro. Entendo que muitas são as demandas, porém, a coleta de uma cultura pode auxiliar para que um tratamento microbiológico possa ser direcionado de maneira a contribuir com a melhora do paciente, bem como o combate da resistência aos antimicrobianos. O exame foi solicitado.

Outro ponto que me chamou a atenção foi que a TARV foi suspensa mesmo antes do diagnóstico confirmado para tuberculose. A suspensão foi feita sem consulta prévia ao serviço de infectologia. No dia seguinte, o resultado veio como positivo, demonstrando alta carga bacilar e sem resistência à rifampicina. Como a TARV já estava suspensa, foi iniciado o tratamento para tuberculose com Coxcip 4 (comprimido contendo em dose fixa combinada rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol). O paciente permaneceu em leito de isolamento e teve piora do quadro, apresentando falência hepática. Está com laboratório alterado e achados típicos como ascite. O serviço de infectologia orientou a acionar o programa de tuberculose. Até o momento que escrevo este caso, o paciente segue internado.

4.2.10.4. Conclusões e Lições Aprendidas

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

Um paciente é uma fonte de aprendizado. Para além de aprendizados técnicos, o paciente do caso me deu uma aula sobre humanização e sobre a quebra de preconceitos. A estatística estava diante de mim. Paciente privado de liberdade e coinfectado com hiv-tuberculose. Estávamos diante de várias formas de julgamento. Por ser detento, por viver com hiv e por estar com tuberculose. A presença de escolta sempre chamando atenção e tratando o paciente com indiferença. O paciente está pagando sua dívida com a justiça. O que ele fez e o que ele deixou de fazer, não me interessa. Não estou cursando direito. Portanto, longe de mim o julgar. Que o nosso paciente, como profissionais da saúde, seja sempre proteger a vida e a integridade do paciente. Isso cabe a nós. Concluo também é que importante nos delimitarmos a alguns pontos de referência demonstrados pelo paciente e sua clínica. Assim, direcionamos nossa pesquisa e possíveis investigações e terapêuticas para o paciente. Não é porque não somos infectologistas que não vamos estudar sobre infectologia. Estudar é imprescindível. Aplicar o conhecimento, necessário. O paciente sempre será o maior beneficiado. Por fim, ressalto aqui sobre a importância de abordar a educação em saúde com pacientes, tanto como medidas para prevenção de infecções, como também sobre o cuidado após ter adquirido alguma delas. O esclarecimento e a verdade sempre serão as melhores opções para profissionais e pacientes. Compartilho, abaixo, um texto que escrevi sobre dezembro vermelho.

> Estamos no Dezembro Vermelho. Mas, você sabe exatamente do que se trata? Bom, trata-se de uma campanha instituída pela Lei nº 13.504/2017, que marca uma grande mobilização nacional para o enfrentamento do vírus Hiv, da Aids e de outras IST's (infecções sexualmente transmissíveis), chamando a atenção para a prevenção, a assistência e a proteção dos direitos das pessoas infectadas com o HIV. Graças aos avanços da ciência, o que antes era devastador, tem sido cada vez mais controlado e até mesmo curado. Contudo, chamo a atenção para o Hiv e para os que vivem com vírus. A pessoa diagnosticada, conta com um fluxo de manejo na rede bem estruturado com drogas seguras e acompanhamento de qualidade em centros especializados. Contudo, o que ainda permanece quase que intacto, é o estigma. O estigma de pessoas que vivem com Hiv mata mais que o vírus e você já deve ter escutado/lido essa frase em algum lugar. O que eu escrevo é com base em vivências como estudante da saúde. Viver com Hiv ainda é motivo de vergonha para quase todos. Diagnóstico revelado é sinônimo de perdas de oportunidades e de isolamento em várias esferas: trabalho, estudo, família, amigos e amores. Isso é grave! Além disso, para piorar a situação, alguns serviços de saúde essenciais se encontram quase que totalmente despreparados, dificultando ainda mais o acesso desses pacientes ao cuidado integral de sua saúde (lembrando que PVCHiv estão sujeitas a outras comorbidades assim como todos nós). Espero que esse mês sirva para que cada um reflita sobre questões essenciais da existência humana. Em tempos de ignorância intelectual, temos o dever de nos posicionarmos contra o preconceito e o estigma. Temos que enfrentar a transmissão de vírus

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

causadores de doenças, mas, tão importante quanto, precisamos enfrentar a exclusão social causada pela desinformação e pelas pseudociências. Dezembro Vermelho de enfrentamento à desinformação, estima e preconceito! Dezembro Vermelho de luta pelo SUS e suas tecnologias! Dezembro Vermelho de acolhimento, cuidado e amor!”

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

4.3. PANDEMIA PELA COVID-19: VIVÊNCIAS

4.3.1. O início de tudo

Vinte e três de março de 2020, 14:31h. Recebo mensagem do professor Zarpelon: “Vc tá onde? Quer incorporar o grupo do SECIH do hospital?”. E assim, se iniciaram minhas vivências como acadêmico de medicina durante a pandemia. No início, estava com bastante receio de sair de casa. Desde o início do isolamento, com a suspensão das aulas, estava apenas em casa. Foram dias difíceis. Com a proposta do professor, por não ter contato direto com pacientes, decidi encarar o desafio.

4.3.2. Serviço de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar (SECIH)

O SECIH é um setor presente no Hospital Municipal Padre Germano Lauck e possui inúmeras atribuições relacionadas à epidemiologia e ao controle de infecções. O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar tem como foco de trabalho os agravos à saúde discriminados pelo Ministério da Saúde do Brasil. Por meio de orientações ou assistência direta, o NVEH é o canal entre a Diretoria de Vigilância à Saúde e a instituição. Toda a epidemiologia do hospital passa pelo setor, é revisada e em seguida encaminhada para os órgãos responsáveis.

O CCIH tem como função trabalhar com questões relacionadas ao controle de infecções do hospital. É um trabalho direto com capacitações, vigilância de hemoculturas, monitoramento de pacientes com bactérias multirresistentes, aconselhamento sobre antibióticos, elaboração de fluxos e protocolos para o hospital.

Durante a pandemia, foi necessário somar esforços e reinventar. Tudo era novo e o medo era coletivo. Alas do hospital foram remanejadas. Mais colaboradores contratados. De fato, uma nova estrutura precisou ser construída com base no que já havia. Durante minha participação no SECIH, pude ver tudo acontecendo pelos bastidores e até mesmo contribuindo em alguns pontos. No início, após o aparecimento do primeiro caso, minha função era fazer busca ativa fonada dos pacientes a fim de fazer perguntas relacionadas ao modo de transmissão. Com essas informações, completava as fichas de notificação que, no início, eram muito mal preenchidas pela assistência. Além disso, participei da elaboração do Manual sobre o

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

manejo da COVID-19 na instituição. Com o passar dos dias, iniciei a confecção de relatórios epidemiológicos que tinham como objetivo verificar e comparar nossa distribuição de casos internados por SRAG, Síndrome Respiratória Aguda Grave, que é um agravo à saúde de notificação compulsória.

Durante 2020, participei do programa de bolsas da Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, sendo remunerado pelo trabalho exercido. Até que então, juntamente com o professor Flávio Tavares, escrevi um projeto de extensão sobre medidas de apoio ao sistema de saúde do município. Por meio do projeto, permaneci por mais tempo no setor, podendo contribuir em atividades de capacitação, elaboração de relatórios, criação de manuais e fluxos e participação em eventos. A bolsa de extensão teve duração até o mês de outubro de 2021.

Hoje, simultaneamente às atividades do internato, continuo minha atuação no setor. Auxilio, principalmente, com o agravo SRAG, cuidando da notificação dos óbitos por COVID-19 e outros vírus respiratórios no município, bem como auxiliando com a elaboração de fluxos e treinamentos. Também participo da confecção de fluxos relacionados à COVID-19, bem como treinamento de colaboradores sobre novos protocolos ou atualização dos já existentes. Outro ponto que tem sido bastante importante para minhas vivências, e participação em eventos científicos, bem como o incentivo a elaboração de trabalho. Só em 2021 foram 4 Congressos Nacionais e 4 exposições de e-banner. O primeiro deles foi o XVII Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar. Já no segundo semestre, participei do 56º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, do 21º Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica e 16º Simpósio Brasileiro de Vacinas e, por último, do XXII Congresso Brasileiro de Infectologia. Tem sido uma rica experiência poder aprender mais sobre o tema de infectologia, principalmente sobre a COVID-19 em suas inúmeras perspectivas.

Nesse estágio extracurricular, o mais interessante tem sido o aprendizado sobre questões pouco vistas durante a graduação. Conhecer mais sobre a gestão e o gerenciamento de uma pandemia é, sem dúvidas, algo que ficará por toda minha vida e carreira. Compreender como são os processos de criação, os desafios e os benefícios trazidos por eles é algo valioso. Apesar do contexto crítico em que vivemos, sem dúvidas, foi possível aprender muito com cada etapa da pandemia pela COVID-19 pela ótica de um Serviço de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar.

4.3.3. O paciente positivou, e agora?

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

Durante muitos plantões, vivenciamos intensos dilemas sobre o vírus SARS-CoV-2 e o manejo de pacientes em alas não-covid. Em primeiro lugar, faço pontuações sobre a estrutura física das UPA's. Na UPA João Samek, contamos com 1 leito de isolamento na Sala Vermelha e 4 leitos de isolamento das observações. Já na UPA Walter Cavalcante Barbosa, 1 leito de isolamento na Sala Vermelha e outros 2 nas observações. Uma das principais características das unidades de pronto atendimento, é que o fluxo de pessoas é intenso, o que ocasiona uma alta rotatividade. Com a alta troca de pacientes, também temos uma alta movimentação de acompanhantes. Diante disso, percebo que as UPA's se encontram bastante vulneráveis no sentido de lidarem com pacientes positivos em alas não COVID-19.

Como mencionado anteriormente, uma de minhas atuações no SECIH é na elaboração de fluxos e na realização de capacitação de colaboradores. Sendo assim, com a implantação e uso do Teste Rápido Antígeno SARS-CoV-2 para uso em pacientes sintomáticos e assintomáticos para inquérito, foi preciso elaborar no fluxo e disponibilizar capacitação para todos que iriam aplicar o novo método. A primeira versão do protocolo previa que os pacientes assintomáticos internados na UPA fossem testados apenas na hora em que fossem transferidos. Porém, ao treinar as equipes, um questionamento feito era de que conhecer a sorologia do paciente era importante apenas para o hospital e que a UPA que se prejudicasse caso estivesse com um paciente positivo em ala não covid. Anotei todas as sugestões e, após reunião entre SECIH, Qualidade Hospitalar e Gestão das UPA's, definimos que os pacientes internados em Sala Vermelha, Amarela ou Verde, seriam testados para COVID-19 na admissão e na hora da transferência (quando mais do que 24 horas). Nesse momento, senti que pude contribuir diretamente para algo que poderia fazer toda a diferença no dia a dia das unidades de pronto atendimento.

Antes, assim que os pacientes eram admitidos para internação na UPA, o RT-PCR para SARS-CoV-2 era coletado, porém, o tempo para que o resultado fosse liberado era de aproximadamente 24 horas, variando de acordo com a demanda. Com a implantação do teste rápido, o resultado passou a sair em 15 minutos, e isso foi revolucionário. Uma situação que foi marcante aconteceu na Sala Amarela com uma paciente que havia sido internada a poucos minutos. A mesma foi submetida ao teste rápido antígenos Sars-CoV-2 e, para surpresa de todos, o resultado veio como Reagente. Nunca vi uma equipe tão calada durante os plantões. Todos estavam com

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

receio dos “estragos” que poderiam ter ocorrido com a paciente infectada no meio dos outros pacientes. Junto a isso, colaboradores que não seguem os protocolos de biossegurança com devido uso de EPI’s, repensando sobre suas condutas. A paciente foi remanejada para leito de isolamento e, por pouco, não houve um surto na unidade.

Foi uma experiência difícil, contudo, bastante ilustrativa quanto à importância de sensibilizar os pacientes quanto ao uso de máscara em seus leitos. Além disso, deixo uma crítica sobre o descontrole dos acompanhantes. Em muitos casos, a rotatividade é alta. Por fim, nunca devemos subestimar a sorologia de ninguém. Naquele momento, o paciente pode estar assintomático ou com sintoma atípico. Mesmo vacinados, nós, alunos e profissionais da saúde, precisamos nos cuidar com adequada lavagem de mãos, uso de máscara e uso dos demais EPI’s quando recomendados.

3.3.4. Uma porta, outra história

No HMPGL o Pronto Socorro Geral fica separado do Pronto Socorro Respiratório por apenas uma porta. De um lado, pacientes com inúmeras comorbidades, do outro, inúmeras comorbidades + COVID-19 ou “apenas” COVID-19. Durante os plantões, não atuei diretamente em Ala COVID-19, apenas participei de momentos em que pacientes eram regulados para a ala respiratória, ou então, pacientes que eram transferidos por terem algum sintoma respiratório.

Entretanto, em 2020 e em 2021, estive nas Alas COVID-19 auxiliando médicos na assistência quando no pico da doença no município, ou então ofertando treinamentos e capacitações. Outro momento que me marcou bastante foi em janeiro de 2021, quando retornei das férias e ajudei uma médica durante seu plantão. Foi assustador. Pessoas aglomeradas na recepção, pessoas chegando cianóticas pelo SAMU precisando de IOT logo na admissão. Repito, foi assustador. Não havia leito para todos, eram poucos colaboradores para muitos pacientes. Ao relembrar desses detalhes até me arrepio. Escolher ali, rapidamente, qual paciente iria para um leito, qual aguentaria ficar numa poltrona, quais poderiam ir para casa. Foram situações de extremos.

Guardo com bastante carinho um paciente idoso, de 62 anos. Ele procurou o atendimento devido à presença de sintomas respiratórios. Fiz seu atendimento na própria recepção devido à ausência de consultório. Durante a entrevista, perguntei se

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

ele tinha alguma comorbidade e se usava alguma medicação. Ele disse que vivia com Hiv. Mas, percebi em sua fala certa culpa por ter esse diagnóstico. Quando percebi isso, fui perguntando sobre seu tratamento e sobre os medicamentos que usava. Mas, de uma forma natural, como se isso fosse um detalhe como um paciente que me relata ter HAS e tomar losartana. Naquele momento, algo o fez se sentir mais à vontade. Talvez, tenha sentido que não estava sendo julgado e se abriu. Contou sobre o tratamento e que pelos últimos exames, estava com CD4 acima do esperado e que sua carga viral era indetectável. Juntos, comemoramos em meio aquele caos. Seus sintomas eram leves, portanto, foi medicado e prosseguiu com tratamento domiciliar com monitoramento da Telemedicina enquanto aguardava o resultado do RT-PCR.

Outro momento inesquecível que vivi em UTI COVID-19, foi em 2020. Estava no SECIH e uma colega que estava em Ala COVID-19 me enviou mensagem perguntando se eu estava no hospital. Estavam com um paciente surdo que provavelmente precisaria ser intubado. Como sou intérprete e tradutor de LIBRAS, mais do que depressa me dirigi ao setor, com toda a paramentação necessária, e me prontifiquei para conversar com o paciente. Juntamente com a interna, fiz a abordagem do paciente com a língua de sinais. Expliquei que seu quadro respiratório não estava evoluindo como o necessário e que provavelmente precisaria ser intubado. Ele compreendeu e concordou com tudo. Não tinha familiares. Estava em situação de vulnerabilidade. Quando terminamos, durante a paramentação eu chorei. O ser humano, biologicamente, é muito frágil. Alguns, socialmente, também. O paciente conseguiu saber exatamente o que estava acontecendo e eu fiquei feliz contribuído para isso.

Sobre os treinamentos, em parceria com o Núcleo de Educação Permanente do HMPGL, pude ofertar treinamentos para todas as equipes sobre as mudanças de protocolos para adequada paramentação e desparamentação, técnicas de higienização das mãos e manejo de uma Parada Cardiorrespiratória em Adultos e em Pediatria. Constatei que muitos colaboradores enfrentavam dificuldades mediante aos novos cuidados indispensáveis. Nesse sentido, trabalhar questões básicas, porém, decisivas para a segurança do profissional fortaleceu os elos entre os membros da equipe de saúde, gestores e universidade. Cresci como aluno e futuro profissional da saúde.

3.3.5. Fechamento

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

Finalizo essa parte do relatório e reflito sobre as inúmeras vivências que obtive nos últimos meses. Foram vivências como gestão e assistência. Como pré-interno e como interno. Todas elas, juntas, me amadureceram de alguma forma. Seja emocionalmente, bem como tecnicamente. Conheci histórias, compartilhei angústias, celebrei conquistas. Vivenciar a COVID-19 tem sido um verdadeiro turbilhão de sensações.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

4.4. PROCEDIMENTOS

Apresento, neste capítulo, as experiências que tive durante os plantões com a realização de procedimentos de urgência e emergência. Irei compartilhar detalhes que marcaram em cada momento, de maneira a evidenciar notória progressão em relação ao aperfeiçoamento das práticas. Alguns procedimentos foram realizados inúmeras vezes, outros apenas observados. No entanto, independentemente de fazer ou de apenas presenciar, os aprendizados foram nítidos e notórios.

4.4.1. Suturas

Minha primeira sutura foi em janeiro de 2020 enquanto fazia um estágio extracurricular no Hospital Metropolitano Odilon Behrens, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Me lembro até hoje da primeira vez que coloquei uma luva estéril, que anestesiei um paciente e que dei o primeiro simples. Foi tão marcante, que até hoje me lembro o nome da paciente e a forma com que ela se cortou. Durante aquele estágio, tive vivências que levarei por toda a vida e que, por sorte, levei para meu internato de UE.

Desde o primeiro dia de plantão, a realização de suturas foi algo constante e rotineiro, principalmente quando nas UPA’s. No Hospital Municipal foram poucas as vezes, porém, foram memoráveis.

Por se tratar de procedimentos invasivos, o ponto chave do procedimento são os cuidados com a assepsia e com a antissepsia. Geralmente, é o momento que os erros são mais grotescos. O mundo microbiológico é invisível num primeiro momento, vindo à tona apenas quando em complicações infecciosas. Nesse sentido, realizar a adequada lavagem de mãos com solução degermante, seguido de adequada secagem e colocação das luvas estéreis se tornou algo medular para mim.

Outro ponto fundamental foi a compreensão sobre o motivo para fazer cada procedimento com determinado fio, com determinada técnica de sutura, ou, até mesmo, quando não suturar. Cada preceptor deixou sua marca sobre como fazer ou não fazer uma sutura. Com um médico, aprendi que se deve anestesiar um ferimento com paciência e a melhor técnica possível, com outro, que não devemos tracionar o fio durante uma sutura. Noutro momento, que o porta agulha deve estar no centro

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

entre a ponta do fio e a parte do fio com agulha para assim dar o nó. Enfim, meu objetivo não é descrever técnicas, mas sim, ilustrar como a curva de aprendizado está ocorrendo comigo. Sem dúvidas, está longe de acabar.

Um ponto que ressalta é a confiança de alguns preceptores em nossa técnica e compromisso. Além da generosidade por ceder a realização de um procedimento ou outro. É uma troca. Uma via de mão dupla. Durante os plantões, alguns casos nos marcam e passam a fazer parte de nossa história. A seguir, alguns deles.

O primeiro que compartilho, foi a sutura de ferimentos corto-contusos de uma paciente que vive com Hiv. A paciente chegou à UPA via SIATE após conflito com um colega de vendas no semáforo. A paciente estava etilizada. Logo na admissão relatou sobre seu diagnóstico e que não fazia tratamento regular. Com o conflito, levou golpes de facão em 3 regiões do membro superior direito. Os cortes eram superficiais, por sorte. As suturas seriam simples. Os cuidados para não me acidentar com material biológico eram os mesmos do que em qualquer outra situação. Em caso de me perfurar, o protocolo seria o mesmo. Não havia motivos para alarde. Para medo. Mas, todos que passaram por mim me passaram medo. Fui orientado a colocar duas luvas. Isso me deixou atordoado. A sutura foi realizada com sucesso, porém, com sobrecarga de pressão e expectativas. A paciente evadiu antes que lhe entregasse a receita e as medicações.

Outro caso interessante, foi de um paciente que havia levado uma facada em seu braço esquerdo. O corte era profundo e vasos mais calibrosos haviam sido rompidos. Seria necessária sutura com fio absorvível para estancar o sangramento que era abundante. A médica plantonista perguntou se eu já havia feito. Eu disse que não. Ela me encorajou e disse que seria o momento de praticar e que ela estaria ao meu ao meu lado. Isso tornou a experiência marcante. O fio catgut 2-0 foi o fio escolhido. Consegui localizar os pontos de sangramento e realizar as suturas internas. Em seguida, suturei a pele.

Um ponto que gostaria de abordar seria sobre a prescrição de analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos e de vacina antitetânica. É imprescindível que seja analisada a indicação de determinadas drogas. Para isso, alguns aspectos relacionados à feridas devem ser levados em consideração. O primeiro deles é o tempo. Há quanto tempo o paciente apresentou o ferimento? A literatura diverge em relação ao tempo máximo entre a lesão e a sutura. Outra questão seria se uma ferida

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

é considerada limpa ou suja. Outro ponto, qual a fonte da ferida. Foi ocasionada por mordedura? São inúmeros contextos e situações. É preciso identificar para indicar. Alguns profissionais receitavam antibióticos para todos os pacientes, independentemente da gravidade. Mesmo quando não havia indicação nenhuma. Isso me chamou atenção, tendo em vista que a resistência aos antimicrobianos é uma realidade no mundo e seu uso deve ser racional.

4.4.2. Acesso Venoso Central

Para a passagem de acessos venosos centrais, é imprescindível que a técnica adequada seja aplicada. Durante o módulo, tive a oportunidade de treinamento teórico-prático com a professora Flávia. Na ocasião, repassamos os passos e conversamos sobre peculiaridades do procedimento. Relato neste tópico minhas oportunidades de realizar o procedimento. Até o momento em que redijo este texto, realizei o total de 6 passagens de cateter venoso central.

A primeira vez foi um desastre. Lembro vividamente do meu nervosismo. Por mais que eu soubesse a técnica e os passos, naquele momento tudo desapareceu da minha cabeça. Tive algumas dificuldades quanto à paramentação e localização do ponto de referência. Eu realmente estava muito ansioso. Eu poderia dizer que tudo foi um sucesso, porém, acredito que refletir sobre as experiências seja um dos principais objetivos deste relatório. Puncionei a veia jugular interna direita pela, porém, ao passar o fio guia, perdi a veia e o fio guia não prosseguiu. Nesse momento me desestabilizei. E para piorar a situação, tive uma hipoglicemia, precisando me retirar do local. Foi traumatizante e isso me deixou bastante triste. O médico compreendeu meu momento e disse que era normal se sentir ansioso. Também disse que na próxima tentativa eu iria me sair melhor. Isso me tranquilizou de certa forma.

Numa segunda ocasião, estava no Hospital Municipal quando uma paciente desidratada havia indicação para realização do procedimento por conta da impossibilidade de outras vias de acesso periférico. Como eu havia feito a admissão da paciente, pedi ao médico para realizar o procedimento. Ele disse que deixaria caso eu respondesse a ele todos os passos para a realização de um acesso central venoso. Eu respondi, do início ao fim. Fui parabenizado e isso me deixou bastante contente. Em seguida, tentei realizar o procedimento. Não puncionei a veia. O médico achou melhor usar o USG para guiar o procedimento, já que ele também apresentou

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

dificuldade. Foi nesse momento que participei do meu primeiro acesso central guiado por USG. O médico fez a punção guiada e passou o fio guia. Eu finalizei o restante do procedimento. A sensação foi excelente, porém, ainda não havia alcançado meu objetivo de realizar o procedimento por inteiro, do início ao fim.

Na terceira oportunidade, tratou-se de um paciente em leito de isolamento na UPA. Logo pela manhã, no início do plantão, retirei miíases de seu pé diabético que havia complicado. Devido ao caso de desidratação intensa, o acesso venoso central foi indicado. Eu, mais que depressa, pedi ao médico para realizar o procedimento. Ele permitiu e acompanhou cada etapa. Realizei cada passo. Puncionei a veia jugular interna com sucesso. Os demais intens do check list. Quando o sangue refluiu, que alegria! Tudo havia dado certo! No raio-x de tórax, o dispositivo estava adequadamente localizado. Foi um dos momentos mais felizes que já tive.

Na quinta vez, tive a oportunidade de realizar a passagem do cateter por meio de veia femoral direita. Foi algo novo, mas, com o auxílio do médico, o procedimento foi realizado com sucesso. Os demais procedimentos foram em veia jugular interna direita.

Algo importante que aprendi com uma das médicas é em relação à evolução posterior ao procedimento. O relatório cirúrgico deve descrever o passo a passo de todo o procedimento, inclusive as intercorrências quando presentes. Olho para a primeira tentativa e para última e percebo uma mudança enorme. De fato, a prática aprimora o processo. A autossegurança torna o processo mais leve, facilitando o êxito do procedimento.

4.4.3. Intubação Orotraqueal

Durante os plantões foram poucas as vivências quanto ao procedimento em si. Durante meus plantões no Hospital Municipal, presenciei 2 intubações. Numa delas pedi para intubar o paciente. Eu sabia como fazer em relação à técnica, porém, o médico me questionou sobre as doses de cada droga, indicação e contraindicação. Naquele momento, não soube responder a todas as perguntas corretamente, e perdi o procedimento.

Porém, em outra situação, tive a oportunidade de realizar minha primeira intubação. Tratava-se de um paciente com insuficiência respiratória de etiologia a esclarecer que rapidamente evoluiu com hipóxia e se apresentou cianótico. Foi

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

direcionado para a Sala Vermelha. O médico me disse, você irá intubar. Assim como na primeira tentativa de passar o acesso central, me encontrei ansioso e com receio por ser a primeira vez. Avaliei o paciente e o classifiquei como via aérea difícil pelo fato de ser obeso. Solicitei à equipe que fizessem uma rampa e que colocassem coxins no paciente para melhorar a angulação. O pedido foi negado, informando que não seria necessário. Nesse momento percebi que provavelmente não iria conseguir. Haviam muitas pessoas olhando e eu estava extremamente nervoso. O paciente foi analgesiado e induzido. Fiz a laringoscopia e conseguia enxergar a valécula, porém não conseguia anterioriza-la para enxergar as cordas vocais. Vi o grau de dificuldade e reconheci que naquele momento não iria conseguir realizar o procedimento. O médico retomou e fez a passagem do tubo. Apesar de não ter obtido êxito, foi minha primeira experiência com uma laringoscopia real e, para mim, isso foi valioso. Espero que até o final do módulo eu consiga realizar o procedimento com sucesso.

4.4.4. Punção Arterial

Em vários momentos tive a oportunidade de realizar punções arteriais para coleta de gasometria, principalmente. Minha primeira experiência foi no Hospital Municipal. O técnico de enfermagem me auxiliou durante todo o processo. Em todas as vezes, a punção foi em artéria radial na região do punho. Antes de tudo, é preciso sentir a pulsação. Após isso, inserir a agulha. Quando puncionado com êxito, o sangue é bastante característico por conta de sua coloração e pressão. Após isso, os cuidados com compressão local se fazem indispensáveis para evitar complicações como formação de hematoma e sangramento.

4.4.5. Sonda Vesical de Demora

Quero ser urologista. Procedimentos relacionados à urologia me fascinam. Nesse sentido, graças aos treinamentos teórico-práticos realizados sob supervisão da professora Flávia, consegui realizar sondagens vesicais de demora em alguns pacientes.

Um momento importante do plantão é a nossa apresentação para a equipe de saúde que está no plantão. Em seguida, me dirigia à enfermeira responsável e

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

comentava sobre meu anseio em realizar sondagem vesical de demora nos pacientes. Quase sempre era possível auxiliar ou até mesmo realizar o procedimento.

É sempre importante, assim como nos procedimentos anteriores, cuidar com os aspectos relacionados à assepsia e antissepsia. É um procedimento estéril uma vez que as vias urinárias são estéreis. A anestesia com xilocaína em gel é fundamental para realização de um procedimento sem dores. Por fim, o acoplamento a uma bolsa coletora, adequada identificação e controle de diurese devem ser feitos para adequada realização do procedimento e controle de parâmetros geniturinários.

4.4.6. Sonda Nasoenteral

Tive a oportunidade de fazer a passagem de uma sonda nasoenteral. Um paciente idoso chegou à UPA via SAMU 192 para que seu dispositivo fosse inserido. O primeiro ponto que me chamou a atenção é sobre a possibilidade de reutilização da própria sonda que o paciente faz uso, desde que se tenha o fio guia. Na ocasião, pegamos uma nova.

Algo que notei é que antes da realização de algum procedimento, é normal se sentir ansioso. Nesse dia, eu estava. Havia realizado o procedimento apenas 1 vez durante a aula prática do módulo. Neste dia, estava fazendo plantão com uma colega da turma que havia formação em enfermagem. Durante todo processo ela me auxiliou e orientou sobre como fazer. Foi uma experiência excelente.

Posicionamos o paciente adequadamente, fizemos a passagem da sonda e depois com confirmamos com a ausculta e com raio-x de tórax. Algo que ressalta é a solicitação do raio-x. Durante outro plantão, a equipe de enfermagem fez a passagem de sonda e, quando foi feito o raio, verificou-se que a sonda estava no pulmão direito. Por mais que um procedimento seja rotineiro e, teoricamente “simples”, todos os cuidados devem ser levados em consideração.

4.4.7. Drenagem de Abscesso

A drenagem de abscessos é algo comum no dia a dia de um departamento de emergência. Reconhecer um abscesso é fundamental para poder perceber se há indicação ou não de drenagem. É notório o ponto de flutuação, além de sinais

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

flogísticos como calor, rubor e dor. É um procedimento pouco complicado devido ao pouco efeito do anestésico no local, ficando ainda um pouco doloroso. Além disso, dependendo da região, o próprio ato de anestesiar se torna bastante doloroso.

Numa situação, o paciente apresentava um abscesso na planta do pé direito. Durante a anestesia a área se apresentava bastante sensível. Eu estava fazendo com bastante calma para evitar desconfortos e para não contaminar o paciente. No momento, o médico responsável veio para verificar o trabalho e simplesmente pegou a lâmina do bisturi e fez um corte no pé do paciente. Não higienizou as mãos, não calçou luvas estéreis e se expôs e expôs o paciente biologicamente. Achei uma situação crítica e fiquei chocado.

No entanto, o que aprendi de cada situação é que nossa parte deve ser realizada da melhor maneira possível, mesmo que a equipe nos pressione para realização de uma maneira mais “fácil”, porém, errada. Saber dizer não também é uma virtude. Em algumas situações, é o que tenho realizado. Por fim, orientar o paciente quanto ao uso de compressas mornas para auxiliar na drenagem dos abscessos é bastante útil.

4.4.8. Desbridamento de ferimento necrosado.

Em quase todos meus plantões, haviam pacientes com queixa de pé diabético, apresentando lesões características com tecido necrosado. Em algumas situações, a retirada do tecido desvitalizado era importante para auxiliar no processo de cicatrização e até mesmo para diminuir o incômodo do paciente.

Mas, um ponto fundamental que aprendi no dia a dia dos plantões é sobre a troca de curativo desses pacientes. Aprender a realizar um curativo de pé diabético foi muito gratificante e algo que levarei para toda a carreira.

4.4.9. Retirada de Corpo Estranho do Olho

“Caiu um cisco no meu olho”. Uma frase tão corriqueira, porém, motivo pelo qual alguns pacientes procuram atendimento. O cisco (corpo estranho) pode se fixar ao olho de um paciente de uma forma que não se consegue retirar. Na emergência, é colocado colírio anestésico e tentada a remoção. Quando necessário, faço apenas

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

uma tentativa com cotonete esterilizado, se indicado e orientado pelo preceptor. Se não há êxito, fazemos a referência para o oftalmologista. Alguns profissionais ficam tentando tirar a todo custo o corpo estranho, porém, o risco de iatrogenias é alto. Portanto, é importante saber a hora de parar as tentativas e utilizar dos recursos disponíveis na rede, que, na ocasião, se trata do serviço de oftalmologia.

4.4.10. Retirada de Corpo Estranho do Ouvido

"Entrou um inseto no meu ouvido"; "Ficou um algodão no meu ouvido". São essas as principais falas dos pacientes que chegam com queixa de corpo estranho no ouvido. Durante os plantões, pude praticar satisfatoriamente o uso do oftalmoscópio, sendo esse o primeiro passo do exame. Após localizado o CE, elaborar a melhor estratégia para a retirada. Em todos os casos que atendi, principalmente quando nos casos de algodão, consegui retirar com uma pinça. Orientando o paciente a ficar em repouso para não se machucar ou até mesmo adentrar ainda mais o corpo na cavidade. Por ser uma área bastante sensível, era preciso bastante segurança quanto ao uso dos equipamentos.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escrevo essa parte do relatório após concluir meu 40º plantão na Rede de Urgência e Emergência do SUS em Foz do Iguaçu. Quando analiso toda a trajetória percorrida até aqui, me emociono. Isso ocorre, pois percebo nitidamente evolução. Evolução na abordagem de situações corriqueiras ou até mesmo quando diante de situações raras.

Reconhecer um problema, elaborar hipóteses e criar caminhos para sua resolução é algo que fazemos desde o primeiro período do curso de Medicina da UNILA. Durante o módulo, na prática, foi possível utilizar do mesmo método para realização de abordagens e sistematização de estudos e cuidados. Nesse sentido, parte dos anseios e questionamentos feitos no início do curso sobre a qualidade do aprendizado são respondidos nesse momento, em que a linha de chegada está pronta.

Foram inúmeros preceptores. Alguns, receptivos. Outros, nem tanto. Porém, cada um deles, com seus ensinamentos direta e indiretamente. Fiz laços. Verdadeiras amizades. Conheci de perto as atribuições de cada integrante de uma equipe. Cada um é peça fundamental de um grande quebra-cabeça. Quando escrevi o primeiro capítulo sobre a legislação, não imaginava que conseguiria ver e reconhecer tantas estruturas durante as vivências.

Termino o módulo com a sensação de ter me tornado mais responsável quanto ao trabalho. Detecto pontos que precisam ser melhorados para as próximas etapas do curso em relação aos meus estudos. Por meio de vivências reais proporcionadas pelo treinamento da medicina, os passos se tornam mais rápidos para aquilo que amo, a medicina. Para a vida, guardarei as experiências e aprendizados.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

REFERÊNCIAS

A. Azari, Amir, e Amir Arabi. “Conjunctivitis: A Systematic Review”. Journal of Ophthalmic and Vision Research, julho de 2020. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.18502/jovr.v15i3.7456.

ALMEIDA, Priscila Masquetto Vieira de et al. Analysis of services provided by SAMU 192: Mobile component of the urgency and emergency care network. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, [s.l.], v. 20, n. 2, p.289-295, 2016.

Assal, Frédéric. “History of Dementia”. Frontiers of Neurology and Neuroscience, organizado por Julien Bogousslavsky et al., vol. 44, S. Karger AG, 2019, p. 118–26. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1159/000494959.

Benenson, Irina, et al. “Risk Factors for Hypertensive Crisis in Adult Patients: A Systematic Review”. JBI Evidence Synthesis, vol. 19, no 6, junho de 2021, p. 1292–327. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00243.

Boxhoorn, Lotte, et al. “Acute Pancreatitis”. The Lancet, vol. 396, no 10252, setembro de 2020, p. 726–34. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31310-6.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BROWN III, C. A. ; SAKLES, J. C.; MICK, N. W. (Orgs.). Manual de Walls para o manejo da via aérea na emergência. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 478 p.

Campbell, Bruce C. V., et al. “Ischaemic Stroke”. Nature Reviews Disease Primers, vol. 5, no 1, dezembro de 2019, p. 70. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1038/s41572-019-0118-8.

Cantone, Mariagiovanna, et al. “Hypertensive Crisis in Acute Cerebrovascular Diseases Presenting at the Emergency Department: A Narrative Review”. Brain Sciences, vol. 11, no 1, janeiro de 2021, p. 70. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.3390/brainsci11010070.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; CORREIA, Tiago; ANDREAZZA, Rosemarie; CHIORO, Arthur; CARAPINHEIRO, Graça; CRUZ, Nelma Lourenço de Matos; BARROS, Luciana Soares de. Os médicos e a gestão do cuidado em serviços hospitalares de emergência: poder profissional ameaçado?. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 3, p. 1-14, 2020. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0102-31100242918.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

Chang, Anna Marie, et al. “Evaluation of Chest Pain and Acute Coronary Syndromes”. Cardiology Clinics, vol. 36, no 1, fevereiro de 2018, p. 1–12. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1016/j.ccl.2017.08.001.

Compêndio de Psiquiatria Clínica – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2017.

CORASSA, Rafael Bello et al. Evolução da mortalidade por causas externas em Diamantina (MG), 2001 a 2012. Cadernos Saúde Coletiva, [s.l.], v. 25, n. 3, p.302-314, 9 out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700030258.

Croarkin, Paul E., et al. “High-Frequency Repetitive TMS for Suicidal Ideation in Adolescents with Depression”. Journal of Affective Disorders, vol. 239, outubro de 2018, p. 282–90. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.048.

Grace SL, Gravely-Witte S, Brual J, et al. Contribution of patient and physician factors to cardiac rehabilitation referral: a prospective multilevel study. Nat Clin Pract Cardiovasc Med. 2008 Jun 10.

James, Theodore W., e Seth D. Crockett. “Management of Acute Pancreatitis in the First 72 Hours”. Current Opinion in Gastroenterology, vol. 34, no 5, setembro de 2018, p. 330–35. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1097/MOG.0000000000000456.

Herpich, Franziska, e Fred Rincon. “Management of Acute Ischemic Stroke”. Critical Care Medicine, vol. 48, no 11, novembro de 2020, p. 1654–63. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004597.

Loftus, Edward V., et al. “Long-Term Safety of Vedolizumab for Inflammatory Bowel Disease”. Alimentary Pharmacology & Therapeutics, vol. 52, no 8, outubro de 2020, p. 1353–65. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1111/apt.16060.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Datasus. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. 2013. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 15 jun. 2019.

Oexle, N., et al. “Mental Illness Stigma, Secrecy and Suicidal Ideation”. Epidemiology and Psychiatric Sciences, vol. 26, no 1, fevereiro de 2017, p. 53–60. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1017/S2045796015001018.

OLIVEIRA, Saionara Nunes de; RAMOS, Bianca Jacqueline; PIAZZA, Marina; PRADO, Marta Lenise do; REIBNITZ, Kenya Schmidt; SOUZA, Adalbi Cilonei. Emergency Care Units (UPA) 24h: the nurses' perception. Texto & Contexto - Enfermagem, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 238-244, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015003390011.

Olson, Erik, et al. “Acute Management of Pancreatitis: The Key to Best Outcomes”. Postgraduate Medical Journal, vol. 95, no 1124, junho de 2019, p. 328–33. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-136034.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15

OUVERNEY, AM., and NORONHA, JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 143-182.

Poldervaart, J. M., et al. “Comparison of the GRACE, HEART and TIMI Score to Predict Major Adverse Cardiac Events in Chest Pain Patients at the Emergency Department”. International Journal of Cardiology, vol. 227, janeiro de 2017, p. 656–61. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.10.080.

RAMESH, G. H.; UMA, J. C.; FARHATH, Sheerin. Fluid resuscitation in trauma: what are the best strategies and fluids?. International Journal Of Emergency Medicine, [s.l.], v. 12, n. 1, p.1-6, dez. 2019. Springer Science and Business Media LLC.

São Paulo: Editora Atheneu, 2020. - ACLS – . American Heart Association, Suporte Avançado de Vida Cardiovascular – Manual para profissionais de saúde.

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. http://dx.doi.org/10.1186/s12913-021-07161-1.

Stickel, Felix, et al. “Pathophysiology and Management of Alcoholic Liver Disease: Update 2016”. Gut and Liver, vol. 11, no 2, março de 2017, p. 173–88. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.5009/gnl16477.

SORTE, Érica Manuela da Silva Boa; SILVA, Jéssica Novais Fonseca da; SANTOS, Carlos Gabriel dos; PINHO, Paula Dandara Correia de; NASCIMENTO, Jairo Evangelista; REIS, Claudiojanes. Análise da Percepção de Acadêmicos sobre o Ensino de Urgência e Emergência em Curso Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 44, n. 3, p. 1-8, 2020. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190193.

VELASCO, Irineu Tadeu; BRANDÃO NETO, Rodrigo Antonio; SOUZA, Heraldo Possolo de; et al. Medicina de emergência: abordagem prática. [S.l: s.n.], 2020.

Westphal, Glauco Adrieno, et al. “Characteristics and Outcomes of Patients with Community-Acquired and Hospital-Acquired Sepsis”. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, vol. 31, no 1, 2019. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190013.

Versão Final Homologada
06/08/2022 09:15