



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

**RELATÓRIO DESCRITIVO E REFLEXIVO DO INTERNATO EM URGÊNCIA
E EMERGÊNCIA DO SUS**

BRUNO ALMEIDA FARIA

FOZ DO IGUAÇU

2025



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

**RELATÓRIO DESCRITIVO E REFLEXIVO DO INTERNATO EM URGÊNCIA
E EMERGÊNCIA DO SUS**

BRUNO ALMEIDA FARIA

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

Orientador: Prof. Flavia Julyana P. Trench

FOZ DO IGUAÇU

2025

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo relatar as vivências, experiências e aprendizados obtidos durante o módulo de internato em Urgência e Emergência no Sistema Único de Saúde, realizado no município de Foz do Iguaçu. O estudo buscou refletir sobre o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e humanísticas fundamentais à formação médica, com ênfase na integração entre teoria e prática. A metodologia consistiu em acompanhamento supervisionado em diferentes cenários da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), incluindo Unidades de Pronto Atendimento, Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE). As experiências foram descritas de forma reflexiva, com observações baseadas na prática clínica, participação em procedimentos invasivos, análise de casos reais e interação com equipes multiprofissionais e pacientes. Os resultados evidenciaram o aprimoramento do raciocínio clínico, a ampliação da autonomia e da segurança na tomada de decisões, além da consolidação de habilidades técnicas como intubação orotraqueal, punção arterial, suturas e acessos venosos centrais. Também foram identificados desafios estruturais e logísticos nos serviços, como a ausência de preceptores fixos e a fragmentação dos registros clínicos, para os quais foi proposta a criação de um sistema digital unificado via plataforma online. A experiência proporcionou o desenvolvimento de uma prática médica mais empática, crítica e humanizada, reafirmando a importância da comunicação eficaz, do trabalho em equipe e da educação permanente na formação do futuro médico. Conclui-se que o internato em urgência e emergência representa um marco essencial na transição do estudante para o exercício profissional, promovendo não apenas o domínio técnico, mas também a maturidade ética e emocional indispensáveis à prática médica no SUS.

Palavras-chave: urgência e emergência; internato médico; humanização; raciocínio clínico; SUS.

SUMÁRIO

1. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	5
1.1 POLÍTICA NACIONAL DE URGÊNCIA.....	5
1.2 SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) E SERVIÇO INTEGRADO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA EM EMERGÊNCIAS (SIATE).....	6
1.3 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA).....	8
1.4 REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	9
1.5 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA RUE DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU.....	11
2 . CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA.....	14
3. GUIA DAS BOAS PRÁTICAS EM REDES SOCIAIS.....	16
4. RELATO DE VIVÊNCIAS E EXPERIÊNCIA PESSOAL.....	18
5. PROCEDIMENTOS INVASIVOS.....	25
5.1 ACESSO VENOSO CENTRAL.....	25
5.2 SONDA VESICAL DE DEMORA.....	27
5.3 PUNÇÃO ARTERIAL.....	28
5.4 SONDA NASOGÁSTRICA.....	29
5.5. SUTURA.....	30
5.6 PUNÇÃO LOMBAR.....	33
5.7 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL.....	34
5.8 DRENAGEM DE TÓRAX.....	36
6. QUESTÃO PROBLEMA E ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO.....	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
LISTA DE PRESENÇA DOS PLANTÕES.....	51

1. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1.1 POLÍTICA NACIONAL DE URGÊNCIA

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) foi criada em 2003 como uma solução às demandas oriundas do perfil epidemiológico brasileiro, caracterizado por altas taxas de morbimortalidade associadas a acidentes de trânsito, violências urbanas e doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (BRASIL, 2003). A implementação dessa política respeita os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sejam os doutrinários - universalidade, integralidade e equidade - , sejam os organizativos - regionalização e hierarquização, descentralização e comando único, e participação popular na atenção à saúde (BRASIL, 1990).

O objetivo principal da PNAU é organizar e integrar os serviços de saúde para assegurar um atendimento rápido, eficiente e de qualidade às situações de urgência e emergência. Essa abordagem integra não apenas as unidades hospitalares de referência, mas também os componentes pré-hospitalares, hospitalares e pós-hospitalares. Entre os componentes estruturantes dessa política, destacam-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e as Centrais de Regulação das Urgências (BRASIL, 2013).

A criação do SAMU, em especial, marcou um avanço significativo, o qual possibilitou o atendimento rápido em locais de ocorrência e o transporte adequado de pacientes para serviços de maior complexidade. Com o suporte das Centrais de Regulação, é possível hierarquizar e priorizar os atendimentos, assegurando que casos mais graves sejam tratados com a urgência necessária de forma organizada e rápida (BRASIL, 2013).

Outra estrutura fundamental foi a implementação das UPAs, que atuam como intermediárias entre a atenção básica e os hospitais. Essas unidades foram projetadas para descongestionar as emergências hospitalares, oferecendo atendimento resolutivo para casos de média complexidade. Ademais, as UPAs trabalham de maneira integrada com a rede de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado em rede (BRASIL, 2010).

Em outro momento, a reestruturação do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS), instituída em 2010, reforçou a necessidade de uma atuação articulada entre

os diferentes níveis de atenção à saúde. Dentro desse contexto, a PNAU foi incorporada como parte essencial dessa organização, visando garantir a continuidade do cuidado, desde a prevenção de agravos até o atendimento especializado. Essa abordagem promoveu melhoria na racionalização de recursos, reduzindo custos desnecessários e aumentando a eficácia do sistema (MENDES, 2011).

Com incentivos a campanhas de educação de trânsito, fiscalização, mudança de hábitos nocivos, entre outros, pode-se melhorar os indicadores de saúde. Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção às Urgências enfatiza a importância de ações de prevenção e promoção de saúde para a redução de riscos e agravos à saúde. É notório que muitas condições consideradas de urgência são preveníveis, como os acidentes de trânsito e agravos decorrentes de doenças crônicas. Dessa forma, a articulação entre os serviços e a educação em saúde é fundamental para a melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira (MENDES, 2011).

Portanto, a PNAU representa um marco na organização do SUS e no enfrentamento das principais causas de morbimortalidade no Brasil. Seu sucesso depende de uma atuação integrada, da continuidade de investimentos e da formação de profissionais capacitados para lidar com a complexidade e a dinâmica das urgências em saúde.

1.2 SERVIÇOS DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) E SERVIÇO INTEGRADO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA EM EMERGÊNCIAS (SIATE)

Os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências (SIATE) configuram-se como componentes essenciais da rede pré-hospitalar no Brasil. Esses sistemas foram concebidos com o objetivo de garantir resposta rápida e eficaz às emergências e urgências médicas, minimizando danos e prevenindo óbitos evitáveis.

Instituído em 2003, o SAMU é parte integrante da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). Esse serviço tem como finalidade prestar atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e traumáticas em qualquer ponto do território nacional (BRASIL, 2003). A regulação do atendimento pelo SAMU ocorre por meio do número de emergência 192, que

conecta o cidadão à Central de Regulação das Urgências.

A parte da Central de Regulação é composta por uma equipe multiprofissional que realiza a classificação de risco dos chamados, definindo prioridades e mobilizando os recursos necessários para o atendimento, de acordo com a gravidade do caso. As unidades móveis de atendimento do SAMU são divididas em:

1. **Unidade de Suporte Básico de Vida (USB)**: composta por um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;
2. **Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA)**: composta por um condutor, um enfermeiro e um médico;
3. **Motolância**: conduzida por um profissional de enfermagem treinado;
4. **Equipe de Aeromédico**: formada por um médico e um enfermeiro, destinada a situações que demandam transporte aéreo;
5. **Equipe de Embarcação (ambulanchas)**: utilizada em regiões ribeirinhas e composta de forma similar às USBs ou USAs;
6. **Veículo de Intervenção Rápida (VIR)**: utilizado para atendimento de alta complexidade, com um médico, um enfermeiro e um condutor.

O caso do SIATE é particular e limitado ao estado do Paraná, foi projetado e instituído nesse estado a fim de atender traumas decorrentes de causas externas, como acidentes de trânsito, quedas, ferimentos por armas, queimaduras e desabamentos (PARANÁ, 2022). Esse serviço complementa o SAMU, sendo especializado em situações que exigem manejo específico de traumas.

A regulação do SIATE é realizada pelo número de emergência 193, operado pelo Corpo de Bombeiros. Nesse chamado, militares capacitados realizam a triagem inicial, identificando a urgência e direcionando o chamado ao médico regulador. Este último é responsável pela definição do ponto de atenção mais adequado, considerando a gravidade do caso, a disponibilidade de recursos na rede de saúde e as necessidades clínicas do paciente.

Tanto o SAMU quanto o SIATE dependem da articulação em Redes de Atenção à Saúde (RAS), visando à continuidade do cuidado e à otimização dos recursos. A regionalização é essencial para garantir uma rápida ação entre a ocorrência e a chegada, especialmente em municípios de grande extensão territorial ou com recursos limitados. O sucesso desses serviços está diretamente relacionado

à formação de equipes capacitadas, ao financiamento sustentável e à implementação de tecnologias que permitam a comunicação eficiente entre os diferentes níveis de atenção.

1.3 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), instituídas pela Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e reorganizadas conforme as diretrizes da Rede de Urgência e Emergência (RUE), desempenham um papel estratégico na atenção à saúde no Brasil. Essas unidades se configuram como serviços de complexidade intermediária, situando-se entre a Atenção Básica e os níveis hospitalares, como um dos objetivos de absorver parte da demanda dos pronto-socorros, principalmente as queixas menos complexas, promovendo maior fluidez no sistema (BRASIL, 2002).

As UPAs funcionam ininterruptamente, 24 horas por dia, e contam com equipes multiprofissionais dimensionadas de acordo com as necessidades da população atendida. Para garantir um atendimento eficiente e em tempo hábil, é imprescindível que essas unidades sejam integradas à Atenção Primária à Saúde (APS), ao SAMU e aos serviços hospitalares de diferentes complexidades (BRASIL, 2017).

O acolhimento com classificação de risco é um dos pilares do funcionamento das UPAs. No caso de Foz do Iguaçu, usa-se a Triagem de Manchester, a qual usa cores relacionadas ao tempo de atendimento esperado. Essa abordagem permite a identificação precoce dos casos mais graves, possibilitando intervenções imediatas em situações de urgência e emergência médica. As equipes têm a responsabilidade de fazer uma triagem eficiente, de estabilizar os pacientes e, quando necessário, iniciar investigações diagnósticas até que seja possível realizar o encaminhamento para outros níveis de atenção caso seja necessário.

Um dos objetivos centrais das UPAs é a resolutividade. Isso significa que esses serviços devem ser capazes de atender a demandas de média complexidade, evitando encaminhamentos desnecessários à atenção especializada, que frequentemente encontra-se sobrecarregada. Em casos de natureza cirúrgica, traumática ou com intercorrências clínicas, as UPAs devem assegurar a estabilização do paciente e, se indicado, providenciar a transferência para um serviço de maior complexidade.

Em termos estruturais, as UPAs são classificadas em diferentes portes, de acordo com a população de abrangência. Por exemplo, uma UPA de porte III, destinada a atender regiões com população entre 200.000 e 300.000 habitantes, deve dispor de no mínimo 15 leitos de observação e 4 leitos de urgência (BRASIL, 2017). Essa infraestrutura é essencial para garantir que as demandas sejam atendidas com qualidade e agilidade.

Figura 1 - Definição dos portes aplicáveis às UPAs 24h

DEFINIÇÃO DOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPA 24h	POPULAÇÃO RECOMENDADA PARA A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA 24h	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS SALA DE URGÊNCIA	INVESTIMENTOS (CONSTRUÇÃO, MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTOS) DE UPAS NOVAS	INVESTIMENTOS UPA 24H AMPLIADAS (LIMITE MÁXIMO) HABILITADAS
PORTE I	50.000 A 100.000 HABITANTES	7 LEITOS	2 LEITOS	R\$ 2.200.000,00	R\$ 1.500.000,00
PORTE II	100.001 A 200.000 HABITANTES	11 LEITOS	3 LEITOS	R\$ 3.100.000,00	R\$ 2.500.000,00
PORTE III	200.001 A 300.000 HABITANTES	15 LEITOS	4 LEITOS	R\$ 4.000.000,00	R\$ 3.500.000,00

Fonte: Ministério da Saúde, 2017.

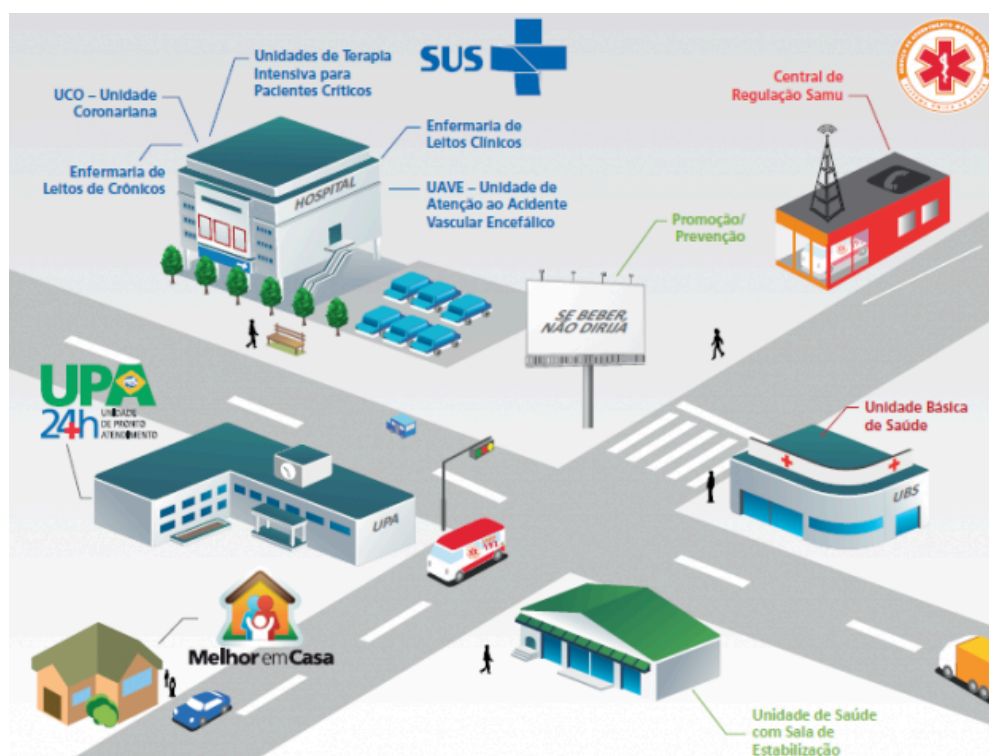
A integração das UPAs com a RUE e o restante do Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamental para assegurar a continuidade do cuidado e para promover um acesso equânime e eficiente aos serviços de saúde. Essa organização contribui diretamente para a redução da sobrecarga em hospitais, para a melhoria nos indicadores de morbimortalidade e, conseqüentemente, para redução de gastos públicos.

1.4 REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A organização dos sistemas de saúde no modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgiu como resposta às crises vividas pelo setor e à crescente demanda por um cuidado integral e coordenado (MENDES, 2011). Essas redes, conforme definido pelo Ministério da Saúde, consistem na integração de ações e serviços de saúde organizados horizontalmente, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado, com o objetivo de oferecer atenção integral e multiprofissional à população.

No Brasil, a implantação das RAS no Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu em 2010, priorizando cinco áreas temáticas, incluindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAUE). Essa rede busca promover a integralidade do cuidado por meio de estratégias de promoção, prevenção e vigilância em saúde, além de reforçar o papel da APS na coordenação dos fluxos entre os serviços de diferentes complexidades (BRASIL, 2011).

Figura 2 - Componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências



Fonte: Rede HumanizaSUS, 2016.

A RAUE introduziu inovações como as Linhas de Cuidado Prioritárias e programas específicos, como o "Melhor em Casa" e o "S.O.S Emergências". O programa S.O.S Emergências foi criado para qualificar a gestão e a assistência hospitalar, incentivando melhorias estruturais, capacitação de equipes e adoção de protocolos de classificação de risco (BRASIL, 2012). Essa estratégia visa o atendimento ágil e eficaz de pacientes críticos em serviços de alta complexidade, mas sua eficácia depende da organização e integração de todos os componentes da RAUE. Redes com falhas nos protocolos de referência enfrentam sobrecarga nos serviços hospitalares, mesmo com as melhorias propostas.

O programa "Melhor em Casa", que promove a Atenção Domiciliar (AD), previne internações desnecessárias e reduz o tempo de hospitalização. Esse modelo favorece a humanização do cuidado e a continuidade do atendimento, integrando equipes da APS com apoio de profissionais multiprofissionais, quando necessário (BRASIL, 2013b).

As Linhas de Cuidado Prioritárias da RUE incluem três áreas centrais, com foco nas principais causas de morbimortalidade no Brasil: infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e trauma (BRASIL, 2013a). Esses protocolos estabelecem o fluxo ideal do paciente na rede de saúde, promovendo um cuidado integral, equânime e humanizado. A definição e consolidação dessas linhas de cuidado dependem do conhecimento da realidade epidemiológica e da capacidade de adaptação às necessidades financeiras e clínicas do SUS.

A organização da RUE também deve considerar demandas emergentes, como o debate sobre a criação de novas linhas de cuidado voltadas para traumatismo cranioencefálico (TCE), lesões medulares, paralisia cerebral e amputados (BRASIL, 2014). Assim, para que a RUE mantenha-se alinhada às necessidades da população, é fundamental revisar periodicamente suas ações prioritárias e adequá-las aos avanços da medicina e às demandas em saúde atualizadas.

1.5 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA RUE DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU

O município de Foz do Iguaçu, com uma população estimada de cerca de 280 mil habitantes conforme projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), localizada na 9ª Regional de Saúde juntamente com mais 8 cidades, configura-se como uma cidade de grande porte e com alta relevância no contexto da tríplice fronteira. Nesse cenário, a organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAUE) desempenha papel fundamental para garantir assistência integral e qualificada à população.

Figura 3 - 9ª Macrorregional



Fonte: Secretaria do Estado de Saúde do Paraná - SESA, 2020.

No município, os serviços de atendimento pré-hospitalar são compostos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), duas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e pelo apoio do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências (SIATE). Para as situações de maior complexidade, há dois hospitais de referência que complementam a estrutura da rede.

As UPAs desempenham papel crucial na atenção às urgências. A UPA João Samek, localizada no Jardim das Palmeiras, e a UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa, no Parque Residencial Morumbi, atendem aos critérios de unidades de porte III, com a estrutura necessária para oferecer serviços de média complexidade, incluindo pelo menos 15 leitos de observação e 4 de urgência. Ambas as unidades adotam o protocolo de acolhimento com classificação de risco, alinhado às diretrizes do Ministério da Saúde, para priorizar o atendimento das queixas mais graves.

O sistema de triagem baseia-se em critérios clínicos, como queixas principais, sinais vitais e gravidade dos sintomas. Os pacientes são classificados em quatro níveis de prioridade, que vão do vermelho (emergência máxima, com necessidade de atendimento imediato) ao azul (casos não urgentes, que podem ser atendidos por ordem de chegada). O dinamismo da classificação de risco, com possibilidade de reavaliação ao longo do atendimento, garante maior eficiência no uso dos recursos disponíveis.

Um desafio significativo enfrentado pelas UPAs de Foz do Iguaçu é a elevada procura por pacientes com condições de baixa complexidade, que poderiam ser atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Para reduzir esse problema, as unidades realizam ações de educação em saúde, como fixar cartazes informativos e orientar os usuários sobre o fluxo correto para atendimento. Além disso, os médicos frequentemente encaminham pacientes para as UBSs, visando dar continuidade ao cuidado em casos que não exigem a infraestrutura das UPAs.

Com relação ao atendimento hospitalar, o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) e o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC) são os principais pontos de referência para casos que requerem maior complexidade. O HMPGL, habilitado como hospital geral, oferece serviços de urgência em neurologia, ortopedia/traumatologia e pediatria, além de atender à demanda regional da 9ª Regional de Saúde. Por sua vez, o HMCC, gerido pela Fundação de Saúde Itaiguapy, é referência em neonatologia, cardiologia, oncologia e obstetrícia, atendendo tanto pelo SUS quanto por convênios e particulares.

Entretanto, a demanda por internações no município supera a capacidade estrutural dos hospitais, o que frequentemente prolonga a permanência de pacientes nas UPAs além do tempo ideal de observação, estabelecido como 24 horas. Em casos de menor gravidade, a espera pode durar vários dias, como por exemplo, por experiência do autor, uma fratura da falange proximal do quarto pododáctilo diagnosticada na UPA Samek levou cerca de 03 dias com o paciente aguardando a transferência na sala de medicação. Outro exemplo são os pacientes aguardando vaga para ala de psiquiatria do HMPGL que aguardam semanas até serem transferidos.

No âmbito do atendimento móvel, o SAMU atua como elo essencial entre os pacientes e os pontos de atenção da rede. A central de regulação desempenha papel estratégico e fundamental na triagem dos chamados e na definição dos

recursos adequados para cada caso. Contudo, a eficiência desse componente depende da capacidade de evitar o uso inadequado dos recursos avançados, reservando-os para situações críticas. Os estágios nesses locais mostram como a rede funciona na prática sendo dependente de profissionais capacitados e sujeitas a erros que em algumas ocasiões não fazem a triagem adequada fato o qual acarreta em deslocar o paciente para uma UPA mesmo sendo necessário ser levado ao HMPGL ou até mesmo solicitar o apoio de uma USA após a USB chegar ao local e não se deparar com a situação relatada.

Apesar dos desafios, algumas estratégias, como o uso do recurso “vaga zero” presente tanto no HMPGL quanto no HMCC para emergências com risco de morte iminente, têm se mostrado eficazes para garantir o acesso aos serviços de maior complexidade. No entanto, o emprego excessivo dessa ferramenta pode refletir falhas estruturais no sistema e deve ser cuidadosamente regulamentado.

Outro ponto que merece atenção é a gestão de condições psiquiátricas na RUE. Observa-se que, em alguns casos, práticas como sedação e contenção física têm sido utilizadas de forma questionável, destoando dos princípios de humanização preconizados pelo HumanizaSUS.

Em síntese, a estrutura da RUE em Foz do Iguaçu apresenta pontos fortes, como o acolhimento bem estruturado nas UPAs e o comprometimento das equipes com a continuidade do cuidado. Contudo, desafios como a superlotação, a falta de alinhamento em protocolos de referência e as lacunas no manejo de condições específicas evidenciam a necessidade de aprimoramento contínuo. A integração eficiente dos componentes da rede e a ampliação da capacidade estrutural são fundamentais para garantir um atendimento cada vez mais ágil, humanizado e resolutivo.

2 . CÓDIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA

EIXO 3 - RELAÇÕES INTERPESSOAIS DO ESTUDANTE

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

O Código de Ética do Estudante de Medicina (CEEM) surge como uma ferramenta essencial para auxiliar a prática médica desde os primeiros passos na formação acadêmica, promovendo uma compreensão ética que transcende os limites da teoria. O CEEM busca alinhar os estudantes à prática humanizada e reflexiva, necessária à profissão (CFM, 2010).

A escolha do Artigo 30 do CEEM pelo autor foi devido ao local de formação acadêmica e a importância desse artigo para a qualidade do profissional durante a prática médica. Dito isso, o artigo 30 destaca a necessidade de o estudante garantir que o paciente compreenda as informações transmitidas, superando barreiras de linguagem, audição e escolaridade. Essa prática vai além do simples ato de informar, é uma expressão de empatia, respeito e compromisso com a equidade no cuidado à saúde.

Em um ambiente multicultural, como o de Foz do Iguaçu que está localizado na Tríplice Fronteira, onde convivem múltiplas línguas e culturas, essa comunicação torna-se ainda mais desafiadora. A simplificação de termos técnicos e a adaptação ao contexto cultural do paciente não são apenas boas práticas, mas também um imperativo ético. Em momentos como o “horário de visita” em que o médico encontra os familiares para explicar tratamentos iniciados, possíveis medidas e desfechos ilustram a importância de envolver o paciente e sua rede de apoio no processo decisório, promovendo um cuidado humanizado.

Casos positivos e negativos são encontrados em diversos ambientes de práticas acadêmicas. Na experiência do “horário de visita” foram presenciados dois casos em que a médica responsável pela sala vermelha buscou auxílio de outro profissional para melhorar a comunicação com o paciente e os familiares.

Em um dos casos a paciente em questão e o familiar eram bolivianos e pouco entendiam a língua portuguesa. A médica observando essa dificuldade de comunicação buscou outro profissional que conseguia se comunicar melhor e orientou que passasse as informações relevantes como o diagnóstico, o tratamento iniciado, como estava o prognóstico no momento e as próximas medidas a serem tomadas. A todo momento a médica fez questão de garantir a compreensão do familiar e da paciente, mostrando o respeito e empatia com o atendimento. Em outro momento, a paciente era de origem árabe e não compreendia nada que os profissionais falavam, entretanto o marido da paciente que se comunicava nas duas

línguas estava presente e a médica com a mesma atenção e comprometimento buscou passar todas informações necessárias, evidenciando se a paciente estava entendendo seu quadro e se havia alguma dúvida ou solicitação.

Dessa maneira, em um ambiente multicultural como o de Foz do Iguaçu mostra-se imprescindível que apesar das dificuldades de comunicação como a língua, deficiência auditiva, nível de escolaridade e doenças incapacitantes, o estudante de medicina aprenda e pratique desde a sua formação a estabelecer uma boa comunicação a fim de garantir o entendimento pleno pelo paciente e seus familiares.

3. GUIA DAS BOAS PRÁTICAS EM REDES SOCIAIS

Nas últimas décadas, com o advento das novas tecnologias, as relações interpessoais e a forma que nos comunicamos mudaram de forma inimaginável e com ela diversos desafios que não eram previsíveis surgiram. Nesse contexto, as redes sociais transformaram radicalmente a forma como as pessoas se comunicam e interagem. No meio médico não é diferente, essas plataformas representam uma oportunidade única para interagir, educar, engajar e disseminar informações confiáveis sobre saúde. Contudo, o uso dessas ferramentas exige um cuidado especial, considerando os aspectos éticos, a velocidade de disseminação da informação e o impacto social global.

A prática médica nas redes sociais deve ser norteada pelos princípios do Código de Ética Médica (CEM), que se aplicam integralmente às interações digitais. Um dos pontos cruciais é compreender que tudo o que é postado online tem o potencial de se tornar público, independentemente de restrições de privacidade. Na prática, diversos médicos e estudantes postam fotos, comentários ou opiniões em grupos fechados ou contas privadas e alegam que é só para outros profissionais ou é de cunho educacional, contudo essas atitudes podem ser compartilhadas fora do contexto original, gerando consequências significativas para o autor da postagem.

Um exemplo emblemático dessa problemática ocorreu em 2022, quando uma estudante de medicina compartilhou fotos inadequadas de uma paciente em um grupo de "melhores amigos" no Instagram. Parafraseando suas falas, a mesma dizia que queria ir dormir e a paciente chegou em estado grave 10 minutos antes do seu horário terminar. O episódio evidenciou a necessidade de reflexão sobre o sigilo

médico e o cuidado humanizado, pilares que devem ser mantidos em todas as situações, sejam online ou offline. Esse caso reforça que publicações nas redes não isentam os profissionais de suas responsabilidades éticas.

As redes sociais oferecem uma interação direta e constante entre médicos e a população. Esse ambiente possibilita esclarecimentos sobre temas de saúde e a disseminação de conhecimento científico. No entanto, é essencial que as informações compartilhadas sejam embasadas em evidências robustas e apresentadas com empatia e clareza (CFM,2010).

Um exemplo positivo dessa prática é o uso da funcionalidade de "caixinhas de perguntas" no Instagram para responder dúvidas gerais sobre saúde. Apesar disso, quando surgem relatos ou queixas pessoais que demandam uma análise mais detalhada, a orientação adequada é encaminhar o indivíduo para uma consulta médica, respeitando os limites da relação médico-paciente e o Código de Ética Médica. Essa abordagem equilibra o uso educativo das redes com o respeito à privacidade e à confidencialidade.

O médico influenciador digital assume uma posição de responsabilidade adicional, pois sua visibilidade pode impactar a percepção pública da profissão médica. Embora a autopromoção seja vedada pelo CEM, é possível construir uma presença digital ética e educativa. Muitos profissionais utilizam as redes para promover hábitos saudáveis e compartilhar informações úteis de maneira acessível e inspiradora, fato muito observado e que denota uma prática positiva do uso das redes sociais (CREMESP, 2022).

Por exemplo, há médicos que mostram como conciliar uma rotina de trabalho intensa com práticas saudáveis, incentivando seguidores a adotarem hábitos benéficos. Essas ações, desde que pautadas por transparência e ética, contribuem para um impacto positivo na sociedade e na saúde pública.

Os profissionais que usam as redes sociais para educar e divulgar informações científicas com respeito ao CEM devem adotar uma postura reflexiva antes de postar qualquer conteúdo. Perguntando para si mesmo: Eu diria isso a uma pessoa diretamente? Se essa publicação se tornar pública, ela reflete os valores e a imagem profissional que desejo transmitir? Essa postagem está de acordo com o Código de Ética Médica? E por último, lembrar que não existe contexto em que o CEM deixa de ser válido e, portanto, bom-senso e respeito são sempre necessários, mesmo em publicações "só entre amigos".

Por fim, devemos entender que as redes sociais se apresentam como uma ferramenta poderosa que surgiu no mundo contemporâneo e não usá-las ou não compreender seu impacto no dia a dia da população do século XXI acarretará um atraso e desvantagem em comparação a quem usa a seu favor. Dessa maneira, os profissionais da saúde devem também usá-las para educar, informar e inspirar, sem jamais comprometer os princípios fundamentais da prática médica. Ao adotar boas práticas, o médico pode aproveitar ao máximo o potencial das redes para promover a saúde pública e estreitar laços com a sociedade de forma construtiva e respeitosa. Em suma, as redes sociais são ferramentas poderosas, mas exigem cuidado, ética e responsabilidade.

4. RELATO DE VIVÊNCIAS E EXPERIÊNCIA PESSOAL

Gostaria de começar esse relato de vivência expondo minha mentalidade antes do início desse desafiador 4 meses de estágio. Minha principal expectativa era me expor ao máximo às situações possíveis, procurando sempre pensar como lidar com o ocorrido se eu fosse o médico responsável. Apesar de ser inevitável que muitas coisas eu tenha meu primeiro contato quando já estiver formado, quanto mais bagagem tiver acumulada, melhor. Por essa razão, os 42 plantões do módulo são uma excelente oportunidade de vivermos uma variedade de ocorrências, sem estar 100% responsável pelas consequências mas ao mesmo tempo já visualizando e aprendendo com erros e acertos dos futuros colegas de trabalho.

Com relação aos procedimentos invasivos, queria muito realizar acesso central e intubação orotraqueal os quais não tive oportunidade durante o pré-internato, e agora no internato de UE pude realizar diversas vezes tanto na UPA quanto no Hospital. Foi muito gratificante e desafiador, observei as diferenças de técnicas e preferências de cada médico e pude entender qual é a minha.

Com relação ao manejo clínico das principais condições de urgência e emergência, sei que ainda há um longo caminho para que eu sinta segurança em conduzir sozinho várias delas. Porém, é muito gratificante olhar para trás e perceber a evolução pessoal e o acúmulo de conhecimento adquiridos. Um exemplo de condição que o módulo, principalmente o SAMU, fez com que eu tivesse mais contato são as emergências psiquiátricas. São situações que ainda me geram insegurança e a eventual necessidade de uso de força física me deixa

desconfortável até porque vemos as vezes essa atitude sendo usada de maneira precoce e sem empatia.

Nas UPAS e no HMPGL, eventualmente acompanhei pacientes internados por quadros de surtos psicóticos, porém, nesses estabelecimentos, o comum é o paciente estar sob contenção química e física, assim, eu sempre ficava na dúvida se a violência era necessária. Com o SAMU, tive a oportunidade de ver a diferença entre os casos “colaborativos” e os que demandam contenção e/ou sedação. Apesar disso, não descarto que, na prática, possa ocorrer inadequação no uso de medicações sedativas nesses pacientes ou até uso de violência verbal e física contra eles. Observei que a maioria dos profissionais de saúde de Foz do Iguaçu não tratam emergências psiquiátricas com a mesma seriedade e reponsabilidade que outras emergências clínicas. Enfim, muita coisa para aprender ainda sobre essas condições extremamente frequentes nos serviços de pronto atendimento.

Um ponto que percebo que segue eu sigo em defasagem é em relação às prescrições hospitalares principalmente no que se trata das posologias. Muitas condições que, apesar de saber o tratamento recomendado, não sei como ele é feito a nível hospitalar - geralmente por via intravenosa. Um exemplo simples do problema foi o próprio uso do omeprazol para profilaxia gástrica. Somente em São Miguel, na hora de fazer a prescrição de uma paciente, me dei conta de que não fazia ideia se a profilaxia era com comprimido ou por via endovenosa. Nesse caso, foi fácil resolver, mas essa mesma sensação de completo desconhecimento dos usos padrões intra-hospitalares existe em muitos outros casos. Um acontecimento em relação a isso, em um dos meus últimos plantões um médico da Pe. Ítalo com quem eu tinha compartilhado essa insegurança me afirmou que também sentia o mesmo e com poucos meses de trabalho tal insegurança diminuiu devido a rotina que supre essa carência de conhecimento.

Com relação aos plantões noturnos, acho que a pior parte são as incertezas: será que vamos conseguir descansar? Onde deitar? Vamos escutar/ser chamados caso chegue algum atendimento? Fora isso, um grande problema que tive foi nos serviços em que, a noite, o plantonista insistia em que não o acordássemos (um verdadeiro “se virem”). Felizmente, só tive um episódio mais complicado nesse sentido que ocorreu na UPA Walter e, quando um paciente com TCE grave chegou, tive apoio de médicos de outros setores até que uma enfermeira conseguiu fazer o médico da sala vermelha se levantar.

Logo, pensando que o grande objetivo dos plantões no internato é aprender, sinto que o plantão noturno, muitas vezes, não oferece tanto quanto o diurno. Apesar de não ser o ideal, na prática é comum que as equipes noturnas foquem apenas no estritamente necessário, deixando investigações/raciocínios mais complexos para a equipe da manhã. Em outras palavras, senti várias vezes que o plantão noturno foi, basicamente, “tocar o serviço”, o que é muito menos construtivo para o nosso aprendizado do que realmente desenvolver o raciocínio clínico, rever condutas, levantar hipóteses, etc.

Adicionalmente, o plantão noturno tem ainda a desvantagem de, além da noite de sono perdida, o dia seguinte também ser prejudicado pelo cansaço. No plantão diurno é como se apenas às 12h do plantão fossem “perdidas”, mas, no noturno, além do plantão temos que lidar com as consequências da alteração no ciclo circadiano, prejuízos da falta de higiene do sono, entre outros fatores relacionados às noites viradas. Nesse sentido, a variação entre plantões diurnos e noturnos é ainda pior, pois no dia que precisamos dormir cedo para acordar cedo no dia seguinte, não conseguimos (acorda cansado, passa o dia cansado e dorme cansado, e depois passa a noite acordado no plantão noturno).

Ao retornar das UPAS e do HMPGL, por exemplo, muitas vezes, eu cheguei em casa e fui direto deitar, dormindo por cerca de 5/6h. Nos dias com outro plantão noturno à noite, a sensação era péssima, pois, literalmente, parecia que só tinha passado na minha casa (dorme, come e já sai de novo). Por outro lado, os serviços que têm menor fluxo noturno, como é o caso de São Miguel, permitem que a gente descanse a noite e, nesses dias, senti que cheguei em casa relativamente bem e consegui ser produtivo no dia seguinte ao plantão.

Apesar dessas colocações, gostei muito da possibilidade de organizar os turnos, de forma a pegar apenas plantões noturnos em alguns casos em que não tinha escala e por experiência que mostrou que sou melhor no período diurno e a longo prazo não conseguiria trabalhar de forma saudável pegando muitos plantões noturnos. Ressalto que não ter um “estar” na maioria dos campos de prática e não ter carro como muitos dos colegas, gera uma ansiedade sobre onde/como/quando dormir que relaciona-se um pouco a falta de domínio sobre a dinâmica dos serviços, mas, principalmente, por que cada profissional tem seu espaço e, após terminar seus afazeres pode ir descansar sabendo que, se necessário, será chamado; porém, nós não temos isso e, muitas vezes, ficamos em um limbo pensando se

vamos dormir (e se chegar alguma coisa?) ou onde vamos dormir. Assim, uma grande vantagem dos plantões serem em dupla é que torna possível nos organizarmos para sempre ter alguém acordado e, caso necessário, pode chamar o outro que está descansando para auxiliar.

Por fim, acredito que a falta de preceptores de fato vinculados ao módulo é a problemática central por trás de alguns dos principais pontos que deixam a desejar no módulo. A presença do preceptor limita as questões relativas à equipe não entender nosso papel no serviço (e todas as consequências discutidas anteriormente decorrentes disso) e, obviamente, impede que passemos por situações em que o médico plantonista não deseje nossa presença por não ser preceptor. Além disso, com preceptoria, torna-se possível criar maior vínculo com o médico e, com isso, tanto o profissional ganha mais confiança na gente para nos responsabilizar por tarefas e procedimentos de maior dificuldade, como também nos ajuda a criar um maior sentimento de pertencimento a uma equipe, nos ajustando ao ritmo dela e nos dando mais abertura para esclarecer dúvidas, por exemplo.

Paralelamente, com a preceptoria torna-se possível criar momentos de visitas clínicas, discussões de caso e até apresentações de temas pré-definidos. Essas atividades, que interligam teoria e prática, são de enorme valor no aprendizado e, infelizmente, acabam ficando de lado com facilidade diante da correria da rotina de pronto-socorro/pronto-atendimento (somada ao contexto de que o médico plantonista pode não ter interesse algum em contribuir com nosso aprendizado).

Digo que a principal defasagem do módulo seria a ausência dessa personalidade de “preceptor”, pois a perspectiva do plantão com um médico que é atencioso e coloca a gente como parte do serviço muda completamente todo o contexto de aprendizagem para melhor. Apesar de saber a inviabilidade de haver preceptor em todos os campos a todo momento creio que com o tempo, uma vez que a UNILA é nova, nossa presença como interno será cada vez vista com melhores olhos.

Em relação ao convívio e experiências interpessoais, meu relacionamento com os colegas durante o módulo foi um pouco limitado (visto que, na maioria dos plantões, não encontramos outros alunos além de nossa dupla), porém, o contato que tive foi bastante positivo e agradável. Principalmente nas trocas de plantões em que trocava com a Duda e a Gabi e também nas aulas com o Guilherme em que nos encontrávamos para aulas incríveis sobre temas relevantes no contexto de Urgência

e Emergência. Inclusive, fico muito satisfeito e feliz por ter um relacionamento tão bom com a Judá, minha dupla. Fizemos as 1000h de APS juntos e agora, mais de 10 semanas passando mais de 40h por semana juntos e sempre nos entendemos muito bem, ajudando um ao outro a lidar com nossas dificuldades e a resolver desafios. Ter feito a maioria dos plantões em dupla foi um ponto muito positivo para mim, por sentir que sempre teria um apoio nos momentos de necessidade e alguém com quem dividir as vivências.

Com relação às equipes, o sentimento varia. De maneira geral, fui bem tratado e não tive problemas com técnicos, enfermeiros ou médicos. Contudo, em alguns momentos senti completamente a parte do serviço sendo apenas expectador enquanto em outros locais pude criar vínculos, conhecer novas pessoas, fazer o famoso “networking” e aprender muito que é o real objetivo de tantas práticas.

Com relação aos pacientes e familiares: acho muito importante aproveitar esse momento da minha formação como médico em que, por ainda não ter tantas responsabilidades no serviço, tenho mais tempo para dar atenção ao paciente e à família. Percebi também que é primordial ter em mente que as pessoas nos serviços de saúde estão, geralmente, passando por um período de fragilidade física ou emocional e, ao mesmo tempo, tendo que lidar com os problemas do serviço (principalmente o tempo de espera elevado), entre outros desafios. Assim, sentimentos de raiva e frustração surgem e, mesmo que sejamos alvo de comportamentos agressivos, não devemos levar para o lado pessoal. O respeito, não só a pessoa, mas como ao momento pelo qual ela pode estar passando, deve vir em primeiro lugar sempre, como forma de garantir assistência integral e humanizada. Claro que se a agressividade ultrapassar certos limites, não somos obrigados a aceitar e nos expor a qualquer tipo de tratamento, mas, nesses casos, percebi que a melhor opção é apenas se retirar do ambiente, nunca comprar um briga, se deixando levar por emoções. Considero, portanto, que é papel do médico manter a racionalidade e entender o contexto do usuário e de sua família, respeitando sua dor, suas dificuldades e distanciando-se/aproximando-se conforme necessário em cada contexto.

Em relação à comunicação durante esse módulo, tendo como objetivo garantir uma comunicação assertiva e efetiva, percebi como principais pontos:

- Perceber o timing adequado para cada fala;
- Praticar escuta ativa;

- Ser empático;
- Transmitir a mensagem de maneira simples, clara e objetiva;
- Atenção aos “ruídos” (tudo que prejudica a compreensão da mensagem, como por exemplo, as emoções).

Essa habilidade imperiosa no contexto médico constitui um dos meus pontos fortes visto que gosto de conversar e escutar, além disso desde o módulo de Cuidados Paliativos com o Dr. Roberto pude aflorar e entender melhor essa habilidade.

Com relação a comunicação de más notícias, eu não tive esse papel em nenhuma situação muito marcante ao longo do módulo, porém, destaco uma situação em especial que acompanhei e que me gerou muitas reflexões sobre como se deu a transmissão da mensagem. Na UPA Walter, um paciente de 52 anos foi internado por queixa de perda de peso, icterícia, febre “em dias alternados” e dor abdominal de início recente. Ao exame físico, um achado chamou atenção: presença do sinal de Courvoisier-Terrier (vesícula palpável e indolor, em paciente icterico). No laudo da TC de abdome, presença de achados sugestivos de tumor pancreático com metástase hepática. Lembro que o médico de plantão pediu ajuda a outro mais experiente para ir dar a notícia ao paciente e, nesse momento, fomos juntos. Foi interessante perceber a dualidade na fala do médico que, ao mesmo tempo que buscava conscientizar o paciente da gravidade da suspeita, não procurava definir o diagnóstico, visto que a TC apenas sugere os achados. Nesse sentido, a conversa seguiu desse jeito até que o paciente “tomou coragem” e perguntou “doutor. está dizendo que tenho câncer?”. Novamente, o médico, em momento algum, confirmou o diagnóstico mas acho que o próprio jeito com que fugia dessa confirmação foi a resposta que o paciente precisava para entender que essa era a suspeita. Desse ponto em diante, ficou nítido que nada do que foi falado o paciente absorveu. O médico informou vários pontos referentes à conduta dali pra frente, mas a única dúvida do paciente foi se poderia ver sua família. Quando chegaram lá, vi que todos estavam tristes e cabisbaixos e, ao se reunirem ao redor do leito do paciente, todos choravam juntos de forma inconsolável. Assim, a ocasião foi bem triste e, infelizmente, não havia uma equipe preparada para dar o suporte necessário.

Comparando a situação, por exemplo, com o protocolo SPIKES, vejo que faltaram muitos detalhes no preparo do paciente para receber a notícia e, além

disso, ao se deparar com as emoções do paciente, não se tinha a capacidade de entender como respeitá-las mas, ao mesmo tempo, garantir que a informação fosse recebida, apesar do choque, dor ou choro.

Com isso, percebi como é importante conhecer essas ferramentas de comunicação, como forma de garantir o respeito ao paciente e sua família, já que, para definir suas vontades, interesses e até mesmo esclarecer dúvidas, é necessário que entendam a situação e estejam cientes dos planos, riscos e objetivos. Assim, a comunicação empática é vital, mas, além disso, a mensagem precisa ser transmitida com clareza e objetividade, visto que, em respeito ao momento difícil, não há razão em prolongar ou tentar “fugir” da verdadeira mensagem.

Por fim, gostaria de expor meus aprendizados e obstáculos vividos. Apesar de cada campo ter suas características e, conseqüentemente, pontos positivos e negativos, acredito que os ambientes hospitalares foram os de maior aprendizado. O HMPGL, essencial pelo nível de complexidade dos casos, aliado ao fluxo alto de pacientes e o complexo de SMI, onde somos muito bem recebidos e, pelo fluxo menos intenso do serviço, temos a oportunidade de nos aprofundar em cada caso, definindo condutas e até a prescrição.

De forma geral, acho que um dos maiores desafios do módulo foi a insegurança para tomar as decisões. Muitas vezes, percebi que eu sabia o que precisava ser feito, mas sentia a necessidade de ter alguém confirmando aquilo para mim. Nesse mesmo sentido, notei situações em que eu poderia ter agilizado a resolução das demandas do paciente, mas não me senti confortável de iniciar nenhuma conduta sem confirmar com o preceptor. Contudo, entendo que esse medo também tem sua parcela de cautela, visto que ainda estou aprendendo e o erro é uma possibilidade, além de eu não possuir CRM para tomar as decisões sozinho.

Na tentativa de, mesmo com receio de tomar decisões sozinho, aproveitar ao máximo as oportunidades para me desenvolver como profissional, percebi que a comunicação é a chave para o equilíbrio entre a cautela e a “paralisia”. Assim, busquei sempre deixar claro para o médico que estava acompanhando o que eu me sentia confortável de fazer, o que nunca tinha feito e, de acordo com o jeito/abertura de cada médico, pactuávamos meu papel no serviço, como eu deveria passar os casos e tomar atitudes. A comunicação e clareza com o médico responsável me abriu diversas portas e oportunidades na prática.

Do mesmo modo, ficou claro para mim que ninguém trabalha sozinho e, nos locais em que as equipes realmente se portavam como um grupo, tudo fluiu melhor. A existência de um ambiente de trabalho agradável, onde as pessoas se ajudam, se respeitam e se entendem contribui para a melhoria do serviço prestado. Por essa razão, mais uma vez a importância da comunicação se destacou, sendo a melhor ferramenta para buscar tornar o convívio e o funcionamento da equipe o melhor possível. Nesse sentido, compreendo a necessidade e a vitalidade de tratar com respeito e empatia todos os funcionários e, além disso, buscar agir sempre pensando no melhor para o bem comum no ambiente - quando isso não afetar o bem-estar do paciente.

5. PROCEDIMENTOS INVASIVOS

5.1 ACESSO VENOSO CENTRAL

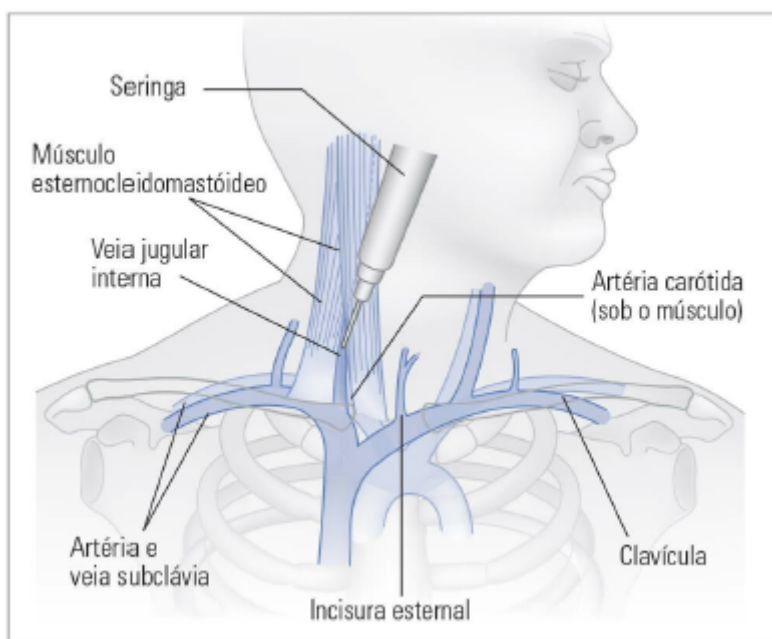
Durante o módulo, realizei 5 procedimentos de acesso central, na UPA João Samek realizei 1 em veia jugular interna direita sob orientação da Dra. Beatriz que foi meu primeiro acesso da vida. Realizei 2 na UPA Walter sob orientação do Dr. Ulisses e do Dr. Everth também no mesmo sítio. Realizei mais 2 no HMPGL sob orientação do Dr. Kennedy e do Dr. Fabrízio. Com o Dr. Fabrízio foi a primeira vez que usei o USG para realizar o procedimento e além de me sentir muito mais seguro aprendi na prática muito sobre anatomia e técnica. Com o Dr. Kennedy foi a única vez que fiz o acesso venoso central na subclávia, apesar do maior risco de complicações comprovadas, o médico me explicou como as estruturas anatômicas facilitam o acesso neste sítio.

O acesso venoso central trata-se de um procedimento que me gerava bastante ansiedade pois, durante o pré-internato, não tive oportunidade de fazer e como é rotina do atendimento de PS estava querendo perder essa insegurança para chegar preparado quando eu for o médico do serviço.

Com relação aos materiais necessários, tem-se: luva estéril, clorexidina, pinça de Cherron, gazes, xilocaína 2% sem vasoconstritor, seringas, agulha calibrosa, cateter venoso central, dilatador, fio-guia, fio de sutura, porta-agulha, pinça, esparadrapo. Para o procedimento, utiliza-se a técnica de Seldinger.

Inicialmente, deve-se posicionar adequadamente o paciente e, para punção da jugular interna, recomenda-se a posição de Trendeleburg e a cabeça rotacionada em 45° para o lado oposto. Nesse momento, realiza-se a identificação dos marcos anatômicos: a veia jugular interna tem sua porção distal localizada no triângulo de Sedillot, formado entre as cabeças anterior e posterior do músculo esternocleidomastoideo e a clavícula.

Figura 4 - Triângulo de Sedillot



Fonte: Sanar, 2021

Logo, a agulha deve ser inserida no ápice desse triângulo em direção ao mamilo ipsilateral e com angulação de 30-45° e em aspiração contínua, até que haja refluxo de sangue. Quando ocorre, deve-se manter a agulha estável com uma mão e, com a outra, retirar a seringa e introduzir o fio-guia com a ponta em J apontada para baixo. Em seguida retira-se a agulha e utiliza-se o dilatador, aumentando o orifício de passagem na pele, para facilitar a introdução do cateter central logo em seguida. Com o cateter introduzido, retira-se o fio-guia e acopla-se ao equipo com SF 0,9% para, em sequência, avaliar se o sistema encontra-se pervio (refluxo de sangue). Após essa confirmação, deve-se fixar o cateter na pele com pontos simples e cobrir a região com curativo simples. Em seguida, convém solicitar o raio-X de tórax de controle.

Dentre as complicações destaca-se o risco de hematoma, sangramento, arritmia, infecção no sítio de punção, hemotórax, pneumotórax, quilotórax, embolia gasosa, trombose venosa, punção arterial e lesão de estruturas nervosas. Portanto, é essencial que haja domínio da técnica, garantia da esterilidade do procedimento e reconhecimento precoce de complicações, que podem ser fatais.

Por fim, enfatizo que ter realizado cinco acessos com sucesso me deixou muito feliz e satisfeito com minha evolução nesse sentido. Espero ter novas oportunidades ainda na graduação, como forma de ampliar o domínio na técnica antes de precisar fazer o acesso como médico responsável pelo serviço.

5.2 SONDA VESICAL DE DEMORA

A passagem de sonda é um procedimento de responsabilidade da enfermeira da equipe, não podendo ser realizado pelos técnicos de enfermagem. Nesse sentido, uma boa relação com os profissionais da equipe como um todo permite que, eventualmente, a enfermeira nos deixe treinar a prática desses procedimentos.

Com relação à sonda vesical de demora, realizei duas vezes, ambas em São Miguel do Iguaçu, sendo uma em homem e outra em uma mulher e com auxílio da enfermeira da equipe durante todo o procedimento.

De forma breve, trata-se de um procedimento estéril em que uma sonda é introduzida pela uretra até a bexiga, com o objetivo de drenar a urina, controlar o débito urinário e/ou administrar medicamentos e líquidos por via uretral.

Logo, as principais indicações incluem:

- Retenção ou obstrução urinária;
- Necessidade de monitorizar o débito urinário (ex: instabilidade hemodinâmica);
- Cirurgias urológicas;
- Doenças neurológicas, bexiga neurogênica ou lesão medular.

Ambos os casos realizados por mim, tratavam-se de pacientes em que havia indicação de acompanhar o balanço hídrico e, portanto, o débito urinário deveria ser monitorizado. Entretanto, percebo que, na prática, a passagem de sonda vesical é

bem rotineira quando o paciente vai ser internado, não restringindo-se fielmente às indicações citadas.

Para realização do procedimento, os principais materiais são: sonda Foley de tamanho adequado, coletor de urina, campo, luva e bandeja estéril, xilocaína em gel 2%, clorexidina aquosa 2%, seringa e água destilada.

Após higiene adequada das mãos e organização do material de forma estéril sobre uma mesa de apoio, calcei as luvas estéreis e iniciei a antissepsia do local. Para introdução da sonda pelo canal uretral a anestesia foi feita com a xilocaína em gel, colocada na ponta da sonda - etapa bem importante por se tratar de um procedimento bastante desconfortável para o paciente. Em seguida, a sonda foi introduzida até a presença de refluxo urinário e, quando percebida, inseri mais alguns centímetros da sonda, garantindo que o balonete estivesse dentro da bexiga e não no canal uretral. Por fim, insuflei o balonete com água destilada, conectei a sonda ao sistema coletor e a fixei com fita adesiva com o penis em região supra púbica (homem). Após recolher o material, pendurar a bolsa no suporte e higienizar as mãos, identifiquei na bolsa coletora a sonda usada em cada procedimento, data e meu nome e o da enfermeira que me auxiliou.

Como as vias urinárias são estéreis, as principais complicações da passagem de sonda vesical relacionam-se ao risco de infecção associado ao procedimento (uretrite, cistite, prostatite). Entretanto, a passagem do cateter também pode provocar complicações traumáticas (trauma uretral ou vesical).

5.3 PUNÇÃO ARTERIAL

No HMPGL e na UPA pude realizar algumas vezes punção arterial para coleta de gasometria arterial, com orientação da enfermeira. Realizei a punção na artéria radial, na região do punho. Apesar da artéria femoral ser uma opção de sítio de punção, a artéria radial acaba sendo preferida por facilidade técnica e de manejo de complicações. Para a coleta é necessário: luvas, seringa heparinizada, solução antisséptica, agulha e gaze.

A técnica consiste em, após higienização das mãos, posicionar o punho do paciente em extensão moderada e realizar a antissepsia local. Em seguida, encontramos o pulso arterial, próximo ao processo estilóide do rádio e introduzimos a agulha em um ângulo de 45°. O sangue arterial tem como características a cor

vermelho-vivo e o caráter pulsátil, sendo, portanto, importante prestar atenção para não coletar sangue venoso. Após a coleta do sangue na seringa heparinizada, é importante comprimir o local por cerca de 5 minutos com a gaze.

Acho que minha principal dificuldade foi com relação a profundidade com que deveria inserir a agulha e, por medo de ir muito fundo. Adicionalmente, achei interessante ver que, na literatura, indica-se a avaliação da presença de circulação colateral capaz de suprir distalmente ao ponto de punção, caso haja complicações. Para a punção da artéria radial, indica-se o Teste de Allen modificado, no qual comprimimos por 30 segundos a artéria ulnar e a radial, enquanto pedimos ao paciente para abrir e fechar a mão; em seguida, desobstruí-se a artéria ulnar observa-se se em 10 segundos a coloração da mão se normaliza. Quando isso ocorre entendemos que a ulnar é capaz de perfundir adequadamente o arco palmar, mas, caso a perfusão dependa muito da artéria radial, a coloração da mão permanece pálida após 10 segundos, sugerindo que a punção seja realizada em outro sítio, pelo risco de isquemia em caso de complicações na punção. Entretanto, nunca vi esse teste ser realizado na prática, mas também não acompanhei nenhum caso de complicação isquêmica associada a punção arterial.

5.4 SONDA NASOGÁSTRICA

Realizei apenas 1 passagem de sonda nasogástrica e foi na UPA Walter, sob orientação da enfermeira. Tratava-se de uma idosa que já fazia uso de sonda e estava obstruída. Inicialmente, a enfermeira tentou desobstruir a sonda, mas não teve sucesso e, com isso, optou-se por retirar a sonda e introduzir uma nova.

Sabe-se que esse dispositivo é indicado para fornecer nutrientes diretamente ao estômago (caso da paciente em que realizei o procedimento), aliviar distensão do TGI, esvaziar o estômago, coletar amostra do conteúdo gástrico ou ainda, administrar antídotos, como o carvão ativado.

Para realização do procedimento é necessário, de maneira geral, estetoscópio, tubo nasogástrico, anestésico tópico e seringa, sendo realizado com a paciente sentada na maca e pescoço ligeiramente flexionado. Deve-se medir a distância do lóbulo da orelha ao ângulo da mandíbula e ao processo xifoide, o que fornece uma estimativa da profundidade adequada com que deve ser inserido o tubo.

A técnica consiste em passar o anestésico (lidocaína em gel a 2%) na ponta do tubo e introduzi-lo por uma das narinas com a ponta para baixo. Ao sentir resistência leve, pedimos à paciente para engolir, o que facilita a passagem do tubo e continua-se a introdução até a marcação definida anteriormente. Nesse momento, a enfermeira injetou ar no tubo com a seringa, enquanto eu auscultava a região epigástrica e a presença de som de corrente de ar sugere a localização correta do tubo. Em seguida, solicitamos um Raio X de tórax de controle, para confirmar o posicionamento adequado e, apenas após a visualização dessa imagem a paciente recebeu alta.

Com relação às principais complicações, tem-se trauma nasofaríngeo, aspiração pulmonar e perfuração do esôfago ou estômago.

Apesar do procedimento ser desconfortável para o paciente, acredito que como no caso ela já estava habituada ao uso da sonda, não sentiu tanto incômodo e foi muito colaborativa, com isso, não tive uma experiência ruim para passar o tubo. Fiquei bastante feliz ao auscultar o barulho do ar no estômago e mais ainda ao confirmar com a imagem do tórax a localização adequada do tubo, certificando a realização do procedimento sem intercorrências.

5.5. SUTURA

Nas UPAs de Foz do Iguaçu e no hospital de São Miguel realizei dezenas de suturas, um procedimento cujo objetivo principal é unir tecidos para facilitar a cicatrização. Eu já tinha realizado inúmeras suturas na UPA Samek durante o módulo de Urgência e Emergência do pré-internato, entretanto, isso fazia, praticamente, 1 ano. Logo, apesar de conhecer bem a técnica e já ter domínio dela na prática, no início do módulo me senti um pouco “travado” para suturar. Entretanto, como meu primeiro campo de estágio foram as UPAs, o volume de suturas diário logo melhorou essa sensação e, rapidamente, me senti confortável para realizar a maior parte das suturas.

Duas situações principais que ainda não me sinto confortável são suturas em crianças e a presença de sangramento arterial. Vivi esses casos algumas vezes e, felizmente, tive o suporte do médico de plantão para resolver a situação. Com relação à sutura em crianças, passei por uma situação complicada quando chegou um menino de 4 anos com um corte grande na superfície plantar esquerda.

Tentamos conversar com ele e, com ajuda da mãe, segurar apenas a perna dele para fazer a anestesia. Entretanto, logo ficou claro que não daria certo pois, só de ver a agulha ele já gritava e, ao introduzir o anestésico, se contorcia de dor. Aquela cena cortava meu coração, apesar de ter consciência de que eu não estava causando dano a ele. A opção foi enrolar a criança no lençol e, mesmo assim, fui ficando cada vez mais nervoso e, por fim, não consegui dar os pontos necessários para fechar o corte. Assim, pedi ajuda ao médico, que rapidamente fechou o ferimento com pontos contínuos. Achei bem legal da parte dele pois, logo após a resolução da situação, o médico veio falar comigo para me tranquilizar e me lembrou que ele já tem 40 anos de formado e eu ainda tenho um longo caminho pela frente para conquistar mais confiança e habilidade. Depois desse caso, acabei evitando suturar crianças e sempre deixando para o colega Judá que tinha mais jeito, até que um dia na UPA Samek comentei com o médico que era uma criança e pedi ajuda e ele me incentivou a tentar, mas me tranquilizou dizendo que, caso necessário, estaria junto para o que fosse necessário.

Paralelamente, com relação ao sangramento de origem arterial, foi fácil de perceber, devido ao caráter pulsátil do sangramento e, imediatamente, pedi auxílio do médico plantonista. Vi a realização de 2 técnicas diferentes, a primeira foi dar pontos em X bem profundos, controlando o sangramento e, na segunda, ele utilizou pinças hemostáticas para interromper o sangramento e, em seguida, deu um nó no vaso. Nesses casos, ainda não me sinto preparado para lidar com a situação por conta própria.

Com relação a sutura em condições menos complexas, não tive problemas e, ao longo do módulo, percebi melhora da agilidade, confiança e desenvoltura para realizar o procedimento. Os materiais necessários são: luva estéril, fio, agulha, pinça anatômica, porta-agulha, tesoura, anestésico sem vasoconstritor, seringa, agulha rosa e agulha intradérmica, gaze, clorexidina 2%. Com relação a escolha do fio, ainda que a literatura traga indicações como o 2-0 para couro cabeludo e o 5-0 para mão e dedos, na realidade das UPAs de Foz do Iguaçu é frequente a disponibilidade limitada e, com isso, usamos o fio que temos disponível.

O procedimento exige antissepsia adequada - podendo ser realizada anestesia antes da limpeza vigorosa. Em seguida, inicia-se a sutura e, ao final, a lesão deve ser coberta com curativo simples. Com relação às contraindicações ao procedimento, destaca-se infecções instaladas ou contaminações grosseiras,

presença de corpo estranho (deve ser removido antes), perda grande de tecido ou intervalo maior 8h entre o trauma e a avaliação (ou > 12h para ferimento na face e no couro cabeludo).

Um ponto de extrema importância é na presença de ferimento cortocotuso com edema, deformidade ou perda de funcionalidade da região acometida, sinais que podem indicar a presença de fratura óssea que demandam encaminhamento do paciente ao HMPGL para avaliação da ortopedia. Na prática, vimos vários casos de pacientes com queixas álgicas leves ou sem sinais sugestivos de fratura que, ao raio-X, constatou-se a presença de fratura. Logo, é essencial que, em caso de dúvida, o exame seja solicitado sempre antes da sutura do ferimento.

Por fim, destaco dois pontos com relação a aspectos infecciosos das feridas: a profilaxia antitetânica e com antibióticos. De forma geral, considera-se que o ferimento pode ser de baixo risco (ferimentos superficiais, limpos, sem corpos estranhos ou tecidos desvitalizados) ou de alto risco (ferimentos profundos ou superficiais sujos; com corpos estranhos ou tecidos desvitalizados; queimaduras; feridas puntiformes ou por armas brancas e de fogo; mordeduras; politraumatismos e fraturas expostas).

O uso de antibióticos de forma profilática só é recomendado nas feridas de alto risco de contaminação, sendo indicada nesses casos a cefalexina 500 mg 6/6h por 7 dias. Apesar disso, na prática, vemos a prescrição de antibióticos como rotina após procedimentos de sutura. Por outro lado, a profilaxia antitetânica é indicada conforme o risco de contaminação do ferimento associado ao histórico vacinal do indivíduo. Sendo assim, a profilaxia só não é necessária de forma alguma (ferimento de alto ou baixo risco) para pacientes com, pelo menos, 3 doses da vacina, sendo a última a menos de 5 anos. Na prática, observei que, no geral, solicitamos aos pacientes com ferimento de alto risco para ir a epidemiologia sempre e, nos casos de ferimento de baixo risco, conforme o conhecimento da pessoa sobre seu histórico vacinal (se desconhecido ou há muitos anos, recomendamos a vacinação).

Por fim, o registro do procedimento no prontuário é muito importante, devendo ser feito de maneira resumida porém abordando os principais pontos, como solicitação de Rx e descrever a ausência de achados sugestivos de fratura, além de frisar a realização de antissepsia, analgesia e sutura do ferimento. Nos casos indicados, é necessário deixar registrada a orientação para vacinação contra o tétano ou realização de profilaxia antibiótica. Adicionalmente, o registro deve conter

a orientação dada quanto aos cuidados com o ferimento, atenção a sinais flogísticos e para retirada dos pontos na UBS.

5.6 PUNÇÃO LOMBAR

Pude acompanhar 2 procedimentos de punção lombar, os dois procedimentos foram feitos no HMPGL. Um dos casos, tratava-se de um jovem de 24 anos com febre, cefaleia e rigidez nucal, com suspeita de meningite, sendo indicada coleta de líquido cefalorraquidiano para avaliação laboratorial de sua composição. O outro caso foi de uma mulher com cerca de 40 anos com parestesia de MMII e episódios de febre.

De forma geral, a punção lombar pode ser indicada para diagnóstico de doenças inflamatórias, infecciosas (como a meningite) ou até oncológicas, administração de anestesia raquidiana e epidural ou infusão de medicamentos. E sua principal contraindicação é a presença de hipertensão intracraniana.

Destaco como complicações possíveis: cefaléia (mais comum), infecção, sangramento, dor lombar, parestesia e herniação cerebral (mais grave - motivo pelo qual o procedimento é contraindicado na presença de sinais de hipertensão intracraniana).

O procedimento exige: luva estéril, agulha para punção lombar, solução degermante, campo estéril e tubo para coleta, além de material para anestesia local.

Para a punção há 2 posições possíveis para o paciente: sentado curvado para frente ou em decúbito lateral tipo em posição fetal, posições que ampliam o acesso ao espaço subaracnoideo. Apesar da posição em decúbito ser preferida por reduzir risco de complicações, todas as situações que acompanhei foram feitas com o paciente sentado.

Com o paciente posicionado, devem ser identificados os marcos anatômicos. Para isso, orienta-se traçar uma linha imaginária entre as cristas ilíacas; o ponto de cruzamento dessa linha com a coluna vertebral corresponde ao processo espinhoso de L4 e a agulha deve ser inserida entre a vértebra L3-L4 ou L4-L5. Destaca-se que nesse local tem-se apenas a cauda equina, situando-se abaixo da medula espinal. Em seguida, realiza-se a anestesia local, por tratar-se de um procedimento doloroso.

Em seguida, é introduzida a agulha superiormente ao processo espinhoso de L4 ou L5, com ângulo de 15° e bisel na vertical. Introduzimos a agulha até sentir um “estalo”, que indica a passagem pelo ligamento amarelo; após esse marco, deve-se inserir mais alguns milímetros da agulha e, em seguida, verificar se há fluxo de líquido. Quando alcançado o espaço subaracnóide, devemos deixar que o líquido pingue nos tubos de coleta, sendo necessário cerca de 3-4 mL (não deve-se aspirar o LCR pois a pressão poderia precipitar hemorragia). Em seguida, basta retirar a agulha.

5.7 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

Apesar de ter presenciado diversas IOT, pude realizar esse procedimento apenas uma vez durante o módulo. Estava na UPA Walter e o plantonista Dr. Ulisses, formado pela Unila, perguntou se eu gostaria de realizar o procedimento. Por ser a primeira vez, lembrei o passo a passo com o médico e estava nervoso ao realizar, durante o procedimento médico que foi optado devido ao RNC e o quadro de sangramento digestivo houve retorno de conteúdo gástrico durante o procedimento fato que dificultou, entretanto após a aspiração do conteúdo na orofaringe consegui visualizar as cordas vocais e realizar a IOT.

A intubação orotraqueal é um procedimento invasivo essencial para a manutenção da via aérea em pacientes críticos, sendo amplamente utilizado em cenários de urgência e emergência. A sua indicação inclui situações como parada cardiorrespiratória (PCR), rebaixamento do nível de consciência com Escala de Coma de Glasgow (ECG) ≤ 8 , insuficiência respiratória grave, trauma de via aérea, queimaduras de vias respiratórias e obstrução iminente da via aérea por edema ou corpo estranho.

Entretanto, existem contraindicações para a IOT, incluindo patologias supraglóticas ou glóticas severas, hematomas expansivos cervicais, transecção parcial de traqueia e obstrução total das vias aéreas superiores. Em tais casos, alternativas como cricotireoidostomia ou traqueostomia de emergência devem ser consideradas.

As principais complicações associadas à IOT incluem intubação esofágica, intubação seletiva de brônquio principal, trauma de cordas vocais, pneumotórax,

aspiração de conteúdo gástrico e alterações hemodinâmicas, reforçando a necessidade de técnica adequada e monitorização rigorosa.

A Sequência Rápida de Intubação (SRI) é a técnica mais empregada em emergências, consistindo em administração concomitante de um agente hipnótico e um bloqueador neuromuscular em um paciente previamente oxigenado. Esse protocolo segue sete etapas fundamentais:

1. Preparação: Inclui a revisão dos equipamentos essenciais (laringoscópio, tubos endotraqueais de tamanhos adequados, fio-guia, seringa de 10 mL, bolsa-válvula-máscara, aspirador, capnômetro, estetoscópio, dispositivos supraglóticos e material para cricotireoidostomia). O paciente deve ser monitorizado e um plano de via aérea alternativa deve estar pronto.
2. Pré-oxigenação: O paciente recebe oxigênio a 100% por pelo menos 3 minutos com máscara de reservatório ou ventilado manualmente, maximizando o tempo de apneia segura.
3. Pré-tratamento: Pode incluir fentanil para atenuar a resposta simpática à laringoscopia e lidocaína para minimizar a hipertensão intracraniana, se indicado.
4. Paralisia com indução: Administração rápida do agente hipnótico (etomidato, quetamina, propofol ou midazolam) seguido pelo bloqueador neuromuscular (succinilcolina ou rocurônio). A escolha da medicação deve considerar o estado hemodinâmico do paciente.
5. Posicionamento: A posição ideal é a de "cheirador" (sniffing position), com alinhamento dos eixos oral, faríngeo e laríngeo para facilitar a visualização laríngea.
6. Passagem do tubo: A laringoscopia direta é realizada, identificando-se as cordas vocais. O tubo orotraqueal é inserido cuidadosamente e sua posição confirmada pela capnografia em onda (padrão-ouro), ausculta pulmonar e radiografia torácica, quando necessário.
7. Pós-intubação: O tubo deve ser fixado adequadamente para evitar deslocamento. O paciente é conectado ao ventilador mecânico, com ajustes individualizados. Monitorização rigorosa dos sinais vitais e adequação da analgesia e sedoanalgesia são fundamentais.

Apesar da padronização do protocolo de SRI, observa-se frequentemente a administração indiscriminada de fentanil, midazolam e succinilcolina sem considerar condições clínicas individuais. Em pacientes instáveis hemodinamicamente, o uso de etomidato pode ser preferido devido ao menor impacto cardiovascular. Além disso, a correta sequência de administração dos fármacos deve ser respeitada para evitar sofrimento desnecessário ao paciente.

5.8 DRENAGEM DE TÓRAX

A drenagem de tórax é um procedimento invasivo muitas vezes resguardado aos cirurgiões quando há presença dessa especialidade no hospital. Pude acompanhar uma drenagem de tórax no HMPGL durante o módulo que foi realizada pelo cirurgião com o auxílio de uma interna. Foi um procedimento cuja indicação era hemotórax com necessidade de drenagem, foi muito interessante acompanhar para entender a técnica e como o cirurgião realizou este procedimento.

A drenagem torácica é um procedimento essencial no manejo de diversas condições que acometem a cavidade pleural, como pneumotórax, hemotórax, empiema e derrames pleurais significativos. Esse procedimento visa remover ar, sangue, pus ou líquido acumulado no espaço pleural, permitindo a reexpansão pulmonar e a estabilização clínica do paciente.

As indicações para a drenagem torácica incluem pneumotórax espontâneo sintomático ou assintomático ocupando mais de 20% do volume pulmonar, pneumotórax hipertensivo, pneumotórax traumático, hemotórax volumoso, derrames pleurais com impacto respiratório, empiema e quilotórax sintomático. Cada uma dessas condições apresenta critérios específicos que orientam a decisão pela drenagem.

As contraindicações absolutas para a drenagem torácica incluem a pleurodese prévia e o empiema altamente loculado. Entre as contraindicações relativas, destacam-se coagulopatias não corrigidas, efusões pleurais transudativas sem repercussão clínica, pneumotórax pequeno e estável, múltiplas toracostomias prévias no mesmo hemitórax e hérnias diafragmáticas associadas.

A técnica para a drenagem torácica deve seguir rigorosos princípios de assepsia e segurança. O paciente é posicionado preferencialmente em decúbito dorsal ou sentado, com o braço do lado a ser drenado elevado para expor a região

axilar. A abordagem deve ser realizada dentro do "triângulo de segurança", delimitado pelo músculo peitoral maior, músculo dorsal largo e linha mamilar. A inserção do dreno ocorre no quinto ou sexto espaço intercostal, sempre no bordo superior da costela inferior para evitar lesão neurovascular.

A drenagem pode ser realizada por duas principais técnicas: a técnica de Seldinger, empregada para drenos de pequeno calibre (pigtail), e a técnica aberta para drenos de maior calibre. Na técnica de Seldinger, uma agulha é introduzida no espaço pleural, seguida da passagem de um fio-guia, dilatação do trajeto e inserção do cateter. Na técnica aberta, realiza-se uma incisão cutânea, seguida de dissecação romba até a pleura, onde o dreno é inserido diretamente e fixado com sutura.

As complicações do procedimento incluem, a curto prazo, lesão de estruturas vasculares, hemotórax, enfisema subcutâneo, lesão pulmonar e introdução incorreta do dreno. A longo prazo, podem ocorrer infecções no sítio de drenagem, fístulas broncopleurais e dor crônica na região do procedimento.

A manutenção do dreno deve seguir protocolos específicos para evitar complicações. O dreno deve ser mantido sob selo d'água ou sistema de aspiração contínua, dependendo da indicação clínica. Recomenda-se avaliar diariamente o débito e as características do líquido drenado, além de monitorar o paciente quanto a sinais de infecção ou deslocamento do dreno.

A retirada do dreno pleural deve ser realizada quando não houver mais necessidade de drenagem ativa. Para pneumotórax, retira-se o dreno após a cessação das bolhas de ar e a confirmação radiográfica da reexpansão pulmonar. Nos derrames pleurais, a retirada ocorre quando o débito é inferior a 150 mL/dia e não há sinais de infecção. A remoção deve ser feita de forma rápida, com analgesia adequada, e orientando o paciente a realizar a manobra de Valsalva ou expiração profunda para minimizar o risco de pneumotórax residual.

6. QUESTÃO PROBLEMA E ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

Dos inúmeros problemas existentes na RUE, optei por abordar um dos problemas do Hospital de São Miguel por entender que há uma forma relativamente simples de melhorar o dia a dia no serviço, ainda que resolver o problema de forma

definitiva esteja fora do meu campo, visto que envolve, por exemplo, questões burocráticas e financeiras.

Em São Miguel, um grande problema logístico é a ausência de um sistema interno que englobe o registro do prontuário e prescrições médicas, exames solicitados e seus resultados. Adicionalmente, alguns setores, como a emergência, possuem um sistema, mas a internação não conta com essa ferramenta, o que torna seu uso na admissão pouco útil.

Em resumo, é realmente sem sentido. O paciente chega trazido pelo SAMU para a sala vermelha e deve ter sua história clínica inserida no sistema, entretanto, pedidos de exames e a prescrição são feitas a mão. Caso o paciente venha a ficar internado no próprio serviço, sua evolução deixa de ser registrada nesse sistema interno, permanecendo apenas o esquema de prontuário da internação que explicarei em seguida. Por outro lado, caso seja solicitada vaga em outro serviço de maior complexidade, a evolução dele tem que constar nesse sistema - que ninguém usa na internação. Logo, como é frequente que a vaga demore alguns dias para estar disponível, tem-se uma necessidade nada prática, burocrática e contraintuitiva de pegar as evoluções feitas ao longo da internação e inserir manualmente no sistema.

Como o fluxo de pacientes no serviço não é tão caótico, esse tipo de problema acaba achando espaço para se perpetuar, mas é fato que gasta um tempo desnecessário dos profissionais, além de não contribuir em nada para a agilidade e eficiência do serviço - fazendo inclusive, o contrário.

Paralelamente, na internação, as evoluções e prescrições são impressas em um modelo que, particularmente, achei bem útil para a enfermagem, porém não é tão adequado para as evoluções médicas. O modelo conta com 3 colunas, sendo a primeira com os cuidados e medicações prescritos, a segunda para a enfermagem adicionar os horários e checá-los ao administrar os remédios e a terceira reservada para a evolução médica. É muito comum que os médicos optem por imprimir folhas à parte e as grampeiem junto, justamente pelo espaço disponível não ser suficiente para o correto registro das informações. Nesse sentido, os resultados dos exames também são impressos (basicamente, cada resultado sai em 1 folha) e são adicionados a prancheta de prontuário. Rapidamente entende-se que, para pacientes que ficam mais tempo no serviço, acompanhar as evoluções e dados

laboratoriais por esse sistema torna-se algo complexo, demorado e aumenta as chances de que informações acabem ficando para trás.

Para tornar a situação ainda mais precária, o máximo de registro de informações prévias que se pode ter de um paciente que retorna ao serviço ficam limitadas ao computador em que a evolução foi feita (documento do Word salvo) e, pela problemática do modelo ter espaço reduzido, muitas vezes são resumidas demais, sendo pouco esclarecedoras. Na internação, tem-se, basicamente, um computador padrão usado pelos médicos e, portanto, eles até têm acesso às informações da internação prévia; porém, os médicos dos consultórios não possuem acesso. E se, eventualmente, o paciente busca o serviço várias vezes antes de ser internado, também não há esse registro disponível. Basicamente, cada setor funciona como se fosse o único do serviço. Como a cidade é pequena, pacientes que buscam muitas vezes o serviço já tem sua história clínica conhecida pelos profissionais e esse conhecimento acaba sendo mais disponível do que o registro em prontuário das internações/visitas prévias.

Como mencionado, a melhor forma de resolver a questão de forma concreta é com a introdução de um sistema unificado, que atenda as demandas de todos os setores do hospital e, eventualmente, também das UBS (proporcionando aos médicos do pronto atendimento verificar informações de saúde prévias do usuário).

Entretanto, enquanto isso ainda não é uma realidade, existem formas relativamente simples de ampliar o acesso às informações entre os setores do hospital. O primeiro passo, na minha análise, é eliminar o problema do registro ficar limitado ao computador em que foi realizado. Nesse sentido, o uso de ferramentas online, como o Google Drive, já permite que a informação seja acessada de diversos pontos. Inclusive, observei no HMPGL que essa é uma estratégia adotada para alguns laudos de exames, como o ecocardiograma: como não é possível disponibilizar o resultado no Tasy (não sei o motivo disso), o cardiologista os insere e pastinhas organizadas no Drive conforme data de internação e nome do paciente. Percebo que, nesse sentido, há uma cultura já institucionalizada no HMPGL de inserir as principais informações dos exames complementares na evolução, facilitando a comparação dos achados e o entendimento do caso por alguém que não esteja acompanhando diariamente o quadro.

Assim, acredito que o uso de um Drive para armazenar as evoluções facilitaria bastante o acesso aos dados, contribuindo para a integração entre os

setores. Essa melhora no funcionamento do serviço proporciona ainda benefícios para os pacientes, ao fomentar que cada médico tenha acesso mais completo e fidedigno ao seu registro clínico. Por fim, como forma de respeito aos princípios de sigilo e ética médica, é essencial que a senha do Drive e os dados contidos nele sejam tratados como confidenciais, sendo fornecidos apenas aos profissionais necessários. Assim, é importante frisar perante a equipe a importância do respeito aos dados presentes nos prontuários e desencorajar o compartilhamento de dados, de forma a garantir que qualquer uso indevido seja punido.

No sentido de proteção de dados, resalto ainda que o Drive não deve ser visto como uma ameaça ao sigilo médico. Apesar de, ao permitir o acesso remoto às informações, a ferramenta poder ser utilizada para fins indevidos, o método atualmente usado também pode. Para isso, bastaria que alguém mal intencionado acessasse anonimamente o computador que contém os registros ou divulgasse imagens das pranchetas contendo as evoluções médicas e, nesse sentido, o uso do Drive garante que fiquem registrados os usuários que acessaram cada documento e a data em que fizeram.

Aproveitando o uso dessa ferramenta, é possível definir modelos bem estruturados para todos os documentos necessários e que ficariam disponíveis para todos os setores do hospital. Com essa estratégia, por exemplo, é válido determinar um modelo de evolução padrão para o prontuário médico diferente da folha de prescrição para a enfermagem - visto que possuem papéis completamente distintos e, além disso, não há necessidade dos dados do paciente (que são confidenciais) ficarem em pranchetas as quais diversos profissionais têm acesso.

Com a definição desses modelos, é importante conversar com os médicos do setor para que sigam a padronização, tendo como foco 2 objetivos principais: limitar que informações importantes fiquem esquecidas com as trocas de plantonistas ou perdidas ao fim de cada internação ou que o acesso a elas seja dificultado por questões puramente logísticas por falta de um prontuário “unificado” entre os setores do hospital.

Resumidamente, a implementação da ferramenta depende das seguintes etapas:

- 1 - Criação do Drive;

2 - Organizar o Drive, criando divisões e subdivisões referentes aos modelos de documentos, modelos de evolução médica e de enfermagem, setor e data da consulta/internação;

3 - Anexar ao Drive os modelos dos documentos e de evolução médica e de enfermagem;

4 - Anexar ao Drive os registros disponíveis dos pacientes atendidos em cada setor;

5 - Reunião com a equipe para esclarecer o uso.

Dessa maneira, é possível facilitar e aprimorar o atendimento no serviço por meio de uma estratégia simples, sem custos adicionais e que demanda unicamente que os funcionários adotem essa ferramenta de registro. Adicionalmente, entendo que mesmo o tempo gasto para anexar ao Drive os dados prévios, armazenados em cada computador do serviço, se justifica, por economizar tempo de cada profissional no futuro. Por fim, é importante que a adesão a essa ferramenta seja incentivada pela administração do hospital, cabendo aos servidores responsáveis tirar eventuais dúvidas e, principalmente, reconhecer esforços no sentido de alimentar o sistema com os dados prévios e valorizar os registros feitos conforme os modelos esperados.

Por fim, ressalto que a comunicação efetiva nos serviços de saúde tem papel fundamental no cuidado, garantindo qualidade no atendimento e prevenção de danos associados a problemas na comunicação. Por isso, estratégias capazes de facilitar a transmissão de informações e ampliar a integração entre a equipe são de grande valia no contexto da melhora do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHMED, A.; GRABER, M. Approach to the adult with dyspnea in the emergency department. **UpToDate**. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-dyspnea-in-the-emergency-department?search=broncoespasmo&source=search_result&selectedTitle=9~150&usage_type=default&display_rank=8#H2270658429>. Acesso em 01 de fevereiro de 2025.

BERN, C. MARIN-NETO, A. Chagas disease: Chronic Trypanosoma cruzi infection. **UpToDate**. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/chagas-disease-chronic-trypanosoma-cruzi-infection?search=doen%C3%A7a%20de%20chagas&source=search_result&selectedTitle=2~84&usage_type=default&display_rank=2#H707610184>. Acesso em 20 de fevereiro de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria N° 10, de 3 de janeiro de 2017**. Brasília. 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html>. Acesso em 20 de janeiro de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. 160P. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em 20 de janeiro de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 84P. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em 14 de janeiro de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto**. 52p. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/LC_AVC_no_adulto.pdf>. Acesso em 20 de janeiro de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf>. Acesso em 28 de janeiro de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1208, de 18 de junho de 2013**. Brasília, 2013b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html>. Acesso em 20 de janeiro de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Chikungunya: manejo clínico**. 65p. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chikungunya_manejo_clinico.pdf>. Acesso em 20 de fevereiro de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1663, de 06 de agosto de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html>. Acesso em 20 de janeiro de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1600, de 7 de julho de 2011**. Brasília. 2011. Disponível em: <<http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/PORTARIA-N%C2%BA-1.600-DE-7-DE-JULHO-DE-2011-Reformula-a-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0s-urg%C3%A2ncias-e-institui-a-RUE.pdf>>. Acesso em 20 de janeiro de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 2657 de 16 de dezembro de 2004. Brasília, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2657_16_12_2004.html>. Acesso em 03 de fevereiro de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1863, de 29 de setembro de 2003.** Brasília, 2003. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html>. Acesso em 14 de janeiro de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2048, de 5 de novembro de 2002.** Brasília, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em 21 de janeiro de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Chikungunya: manejo clínico.** 65p. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chikungunya_manejo_clinico.pdf>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança.** 80p. Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_diagnostico_manejo_clinico_adulto.pdf>. Acesso em 02 de fevereiro de 2025.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 14 de janeiro de 2025.

CASTANHEIRA, S. et al. Protocolo Clínico e de Regulação para Hemorragia Digestiva Alta. USP. 2017. Disponível em: <http://www.hu.usp.br/wp-content/uploads/sites/176/2017/06/432_Digestiva_Diversas_protocolo_clinico_e_de_regulacao_do_acesso_para_hemorragia_digestiva_alta.pdf>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

Conselho Federal de Medicina - CFM. **Código de ética do estudante de medicina**. 52p. Brasília, DF: CFM, 2018. Disponível em: <https://www.fm.usp.br/biblioteca/conteudo/biblioteca_1622_ceem.pdf>. Acesso em 23 de janeiro de 2025.

Conselho Federal de Medicina - CFM. **Código de ética médica**: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). 70p. Brasília: CFM, 2010. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em 21 de janeiro de 2025.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP. Guia das boas práticas nas redes sociais para médicos. São Paulo/SP: CREMESP, 2022.

FANTA, C. BARRETT, N. An overview of asthma management. **UpToDate**. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/an-overview-of-asthma-management?search=asthma&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H29>. Acesso em 01 de fevereiro de 2025.

GOLBERG, E.; CHOPRA, S. Cirrhosis in adults: Overview of complications, general management, and prognosis. UpToDate. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-overview-of-complications-general-management-and-prognosis?search=child%20pugh&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H65798848>. Acesso em 28 de janeiro de 2025.

KATHURIA, H. E-cigarette or vaping product use-associated lung injury (EVALI). **UpToDate**. 2025. Disponível em:

<https://www.uptodate.com/contents/e-cigarette-or-vaping-product-use-associated-lung-injury-evali?search=broncoespasmo&topicRef=292&source=see_link#H1910954281>. Acesso em 01 de fevereiro de 2025.

MENDES, E. **As redes de atenção à saúde**. 549p. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em 20 de janeiro de 2025.

OLIVEIRA-FILHO, J.; MULLEN, M. Initial assessment and management of acute stroke. **UpToDate**. 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/initial-assessment-and-management-of-acute-stroke?search=avc%20isqu%C3%AAmico%20agudo&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H23>. Acesso em 28 de janeiro de 2025.

OLIVEIRA-FILHO, J.; SAMUELS, O. Intravenous thrombolytic therapy for acute ischemic stroke: Therapeutic use. **UpToDate**. 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/intravenous-thrombolytic-therapy-for-acute-ischemic-stroke-therapeutic-use?search=avc%20isqu%C3%AAmico%20agudo&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5#H2033684512>. Acesso em 28 de janeiro de 2025.

PARANÁ, Corpo de Bombeiros Militar. **Como funciona o SIATE**. Secretaria da Segurança Pública. Curitiba, 2022. Disponível em: <<https://www.bombeiros.pr.gov.br/Pagina/Como-funciona-o-SIATE>>. Acesso em 21 de janeiro de 2025.

PARANÁ, Secretaria da Saúde. **Como combater**. Curitiba: 2022. Disponível em: <<https://www.dengue.pr.gov.br/Pagina/Como-combater#:~:text=A%20melhor%20forma%20de%20preven%C3%A7%C3%A3o,recipientes%20pequenos%2C%20como%20tampas%20de>>. Acesso em 20 de fevereiro de 2025.

REDDING, G. Role of viruses in wheezing and asthma: an overview. **UpToDate**. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/role-of-viruses-in-wheezing-and-asthma-an-overview?search=broncoespasmo&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H20>. Acesso em 01 de fevereiro de 2025.

ROHR, R.; NICODEM, M.; CASTRO, J. **Choque: Princípios Gerais De Diagnóstico Precoce E Manejo Inicial**. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882566/choque-principios-gerais-de-diagnostico-precoce-e-manejo-inicial.pdf>>. Acesso em 21 de fevereiro de 2025.

ROST, N.; SIMPKINS, A. Overview of secondary prevention of ischemic stroke. **UpToDate**. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-secondary-prevention-of-ischemic-stroke?sectionName=LDL-C%20lowering%20therapy&search=avc%20isqu%C3%AAmico%20agudo&topicRef=1126&anchor=H2474473658&source=see_link#H2322379659>. Acesso em 28 de janeiro de 2025.

RUNYON, B. Ascites in adults with cirrhosis: Initial therapy. **UpToDate**. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/ascites-in-adults-with-cirrhosis-initial-therapy?search=ascite&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H8>. Acesso em 08 de fevereiro de 2025.

SALTZMAN, J. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults. **UpToDate**, 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-acute-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults?search=hemorragia%20digestiva%20alta&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H5079990>. Acesso em 06 de fevereiro de 2025.

FINEP, Inovação e Pesquisa. **A origem do mosquito**. 2016. Disponível em: <<http://www.finep.gov.br/noticias/todas-noticias/5164-aedes-aegypti#:~:text=De%20a>

cordo%20com%20o%20estudo,que%20se%20contorcem%20por%20causa>.

Acesso em 20 de fevereiro de 2025.

FOZ DO IGUAÇU, Prefeitura Municipal. **Foz do Iguaçu tem mais de 286,3 mil moradores, mostra prévia do IBGE.** Foz do Iguaçu - PR, 2022. Disponível em: <<https://www5.pmfi.pr.gov.br/noticia.php?id=51367>>. Acesso em 21 de janeiro de 2025.

FIGUEIREDO, A. **Patologias que mimetizam o AVC.** 42p. Dissertação de mestrado. Universidade Beira Interior. 2021. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/11312/1/8308_17839.pdf>. Acesso em 28 de janeiro de 2025.

GAIESKI, D. MIKKELSEN, M. Definition, classification, etiology, and pathophysiology of shock in adults. **UpToDate.** 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/definition-classification-etiology-and-pathophysiology-of-shock-in-adults?search=choque&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1211691870>. Acesso em 20 de fevereiro de 2025.

LOPEZ-VELEZ, R. Chagas gastrointestinal disease. **UpToDate.** 2021. Disponível em:

<https://www.uptodate.com/contents/chagas-gastrointestinal-disease?search=doen%C3%A7a%20de%20chagas&topicRef=114192&source=see_link#H86302849>.

Acesso em 22 de março de 2025.

MARIN-NETO, J. RASSI, A. SIMÕES, M. Chronic Chagas cardiomyopathy: Clinical manifestations and diagnosis. **UpToDate.** 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/chronic-chagas-cardiomyopathy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=doen%C3%A7a%20de%20chagas&topicRef=114192&source=see_link#H1>. Acesso em 20 de março de 2025.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo de uso da terlipressina 1 mg.** Disponível em:

<<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/assistencia-farmaceutica/cft/protocolo-de-uso-de-medicamentos/9493-protocolo-de-uso-de-terlipressina-23-04-2015/file#:~:text=Portanto%20a%20Terlipressina%20%C3%A9%20indicada,por%20ruptura%20de%20varizes%20esof%C3%A1gicas>>. Acesso em 06 de fevereiro de 2025.

SANYAL, A.; GARCIA-PÁGAN, J. Primary prevention of bleeding from esophageal varices in patients with cirrhosis. **UpToDate**. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/primary-prevention-of-bleeding-from-esophageal-varices-in-patients-with-cirrhosis?search=varizes%20esof%C3%A1gicas&source=search_result&selectedTitle=1~134&usage_type=default&display_rank=1#H750670>. Acesso em 08 de fevereiro de 2025.

STRAUSS, E.; CALY, W. Peritonite bacteriana espontânea. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 36(6):711-717, nov-dez, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/bxK7Lgd3DqG8fqVkmftyL7c/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 06 de fevereiro de 2025.

THOMAS, S. et al. Dengue virus infection: Clinical manifestations and diagnosis. **UpToDate**. 2025. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/dengue-virus-infection-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=DENGUE&source=search_result&selectedTitle=1~108&usage_type=default&display_rank=1#H20>. Acesso em 01 de fevereiro de 2025.

UFSC, Universidade Federal de Santa Catarina. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA). HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO – UFSC. SERVIÇO DE EMERGÊNCIA CLÍNICA. 2017. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/setores/emergencia-clinica/wp-content/uploads/sites/36/2017/02/HDA.pdf>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

WALD, A. Clinical manifestations and diagnosis of irritable bowel syndrome in adults. **UpToDate**. 2022b. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-evaluation-of-chronic-constipation-in-adults?search=constipa%C3%A7%C3%A3o%20intestinal&source=search_result&

selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6#H10>. Acesso em 20 de março de 2025.

WALD, A. Etiology and evaluation of chronic constipation in adults. **UpToDate**. 2022a. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-evaluation-of-chronic-constipation-in-adults?search=constipa%C3%A7%C3%A3o%20intestinal&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6#H10>. Acesso em 20 de março de 2025.

WILSON, M.; LENSCHOW, D. **Chikungunya fever**: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. UpToDate. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/chikungunya-fever-epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=chikungunya&source=search_result&selectedTitle=1~46&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em 20 de fevereiro de 2025.

LISTA DE PRESENÇA DOS PLANTÕES

LISTA DE PRESENÇA PLANTÕES URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS -INTERNATO MÉDICO

NOME DO ALUNO (A) BRUNO ALMEIDA FARIA

Professora Flávia Trench – SIAPE 2154358

PLANTÃO	DATA	LOCAL	HORÁRIO	PRECEPTOR	ASSINATURA E CARIMBO DO PRECEPTOR
	16/12/24	SAMU	07h - 19h	Dr. Bruno	Dr. Bruno Clavijo Ortopedia e Traumatologia CRM/PR 44466 RQE 23066
	18/12/24	SAMU	06:55 - 19h	Dra. Samela	Samela CRM/PR 42662
	21/12/24	SAMU	07:00 - 19:00	Dr. Moisés	Moisés CRM 42909
	22/12/24	SAMU	07:00 - 19:00	Dr. Moisés	Moisés CRM 20786
	03/01/25	UPA SAMEX	19:00 - 07:00	Dr. Juan	Dr. Juan C.R.M. 10114
	04/01/25	UPA SAMEX	19:00 - 07:00	Dr. Juan	Dr. Juan C.R.M. 10114
	08/01/25	UPA SAMEX	07:00 - 19:00	Dra. Beatriz	Beatriz Larentis de Souza Médica CRM/PR 47.370
	09/01/25	UPA SAMEX	19:00 - 07:00	Dr. Amon	Amon M.F. Sousa CRM 33314
	11/01/25	UPA SAMEX	07:00 - 19:00	Dr. Juan	Dr. Juan C.R.M. 10114
	14/01/25	UPA SAMEX	07:00 - 19:00	Dr. Amon	Amon M.F. Sousa CRM 33314
	15/01/25	UPA WALTER	07:00 - 19:00	Dr. Ulisses	Dr. Ulisses Ruben Ferreira M. Médico CRM-PR 44.989
	18/01/25	UPA WALTER	07:00 - 19:00	Dra. Beatriz	Beatriz Larentis de Souza Médica CRM/PR 47.370

LISTA DE PRESEÇA PLANTÕES URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS -INTERNATO MÉDICO

NOME DO ALUNO (A) Bruno Almeida Jaria

Professora Flávia Trench – SIAPE 2154358

PLANTÃO	DATA	LOCAL	HORÁRIO	PRECEPTOR	ASSINATURA E CARIMBO DO PRECEPTOR
	22/01/25	UPA WALTER	07:00 - 19:00	Dr. Ulises	Dr. Ulises Ruben Ferreira M. Médico CRM-PR 44.989
	23/01/25	UPA WALTER	19:00 - 07:00	Dr. Everth	Dr. Everth Panagou Choque Médico CRM-PR 39.332
	25/01/25	UPA WALTER	07:00 - 19:00	Dr. Everth	Dr. Everth Panagou Choque Médico CRM-PR 39.332
	29/01/25	UPA WALTER	07:00 - 19:00	Dr. Ulises	Dr. Ulises Ruben Ferreira M. Médico CRM-PR 44.989
	31/01/25	UPA WALTER	07:00 - 19:00	Dr. Ulises	Dr. Ulises Ruben Ferreira M. Médico CRM-PR 44.989
	01/02/25	HMPGL	07:00 - 19:00	Dr. Fabrizio	Fabrizio Bernal Guillen CRM-PR 45315
	02/02/25	HMPGL	19:00 - 07:00	Dra. Marjoly	Dra. Marjoly W. Schmitt Médica CRM-PR 47.587
	04/02/25	HMPGL	07:00 - 19:00	Dr. Eduardo	DR. EDUARDO V. ALMIRÓN MÉDICO CRM-PR 36143
	05/02/25	HMPGL	07:00 - 19:00	Dra. Hamadi	Dra. Hamadi Barakat CRM-PR 49753
	12/02/25	HMPGL	07:00 - 19:00	Dr. Milner	Dr. Milner Courilan Médico CRM-PR 65.365
	14/02/25	HMPGL	07:00 - 19:00	Dr. Kennedy	Dr. Kennedy de Andrade CRM-PR 47.638 Clínica Médica RQE 38966
	15/02/25	HMPGL	07:00 - 19:00	Dr. Fabrizio	Fabrizio Bernal Guillen Médico CRM-PR 45315

LISTA DE PRESEÇA PLANTÕES URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS -INTERNATO MÉDICO

NOME DO ALUNO (A) Breno Almeida Faria

Professora Flávia Trench – SIAPE 2154358

PLANTÃO	DATA	LOCAL	HORÁRIO	PRECEPTOR	ASSINATURA E CARIMBO DO PRECEPTOR
	19/02/25	São Miguel	07:00 - 19:00	Dr. Marjoly	Dra. Marjoly R. W. Schmitt Médica CRM/PR 47.587
	20/02/25	São Miguel	19:00 - 07:00	Dr. Lianara	Lianara D. Borghesani Médica CRM-PR 44.867
	22/02/25	São Miguel	07:00 - 19:00	Dr. Bárbara	Bárbara Mandardo Boufleur Médica CRM-PR 59877
	24/02/25	São Miguel	07:00 - 19:00	Dr. Marjoly	Dra. Marjoly R. W. Schmitt Médica CRM-PR 47.587
	25/02/25	São Miguel	19:00 - 07:00	Dr. Acácio	Acácio S. de Paula Médico CRM-PR 50.764
	27/02/25	São Miguel	19:00 - 07:00	Dr. Lianara	Lianara D. Borghesani Médica CRM-PR 44.867
	05/03/25	Pe. Italo	19:00 - 07:00	Dr. Lianara	Lianara D. Borghesani Médica CRM-PR 44.867
	06/03/25	Pe. Italo	19:00 - 07:00	Dr. Emin	Dr. Emin José Miguel Medina Clínico Geral CRM-PR 31021
	08/03/25	Pe. Italo	07:00 - 19:00	Dr. Roberto	Dr. Roberto J. T. Clínico Geral CRM-PR
	12/03/25	Pe. Italo	07:00 - 19:00	Dr. Silvio	Dr. Silvio Moro Junior Médico CRM/PR 49845
	13/03/25	Pe. Italo	19:00 - 07:00	Dr. Franciani	Dra. Franciani Ferraz Rodrigues Médica CRM-PR 56371
	15/03/25	Pe. Italo	07:00 - 19:00	Dr. Ali	Dr. Ali Haidar Ismail Clínico Geral CRM - 48.716

LISTA DE PRESENÇA PLANTÕES URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS -INTERNATO MÉDICO

NOME DO ALUNO (A) Bruno Almeida Jozia

Professora Flávia Trench – SIAPE 2154358

PLANTÃO	DATA	LOCAL	HORÁRIO	PRECEPTOR	ASSINATURA E CARIMBO DO PRECEPTOR
	18/03/25	Pi. Ítalo	07:00-19:00	Dr. Ali	
	19/03/25	SAMU Regulação	07:00-19:00	Meralbe	Meralbe S. Oliveira CRM/PR 49.938
	22/03/25	SAMU Regulação	07:00-19:00	Mariana	Mariana E. Fagundes Clínica Médica CRM/PR 22863
	23/03/25	SAMU	07:00-19:00	IVAP	Ivan Monteiro de Silva Junior CRM/PR 21111 Anestesiologista
	25/03/25	SAMU	07:00-19:00	Dr. Ezer	Ezer Mattar Nascimento CRM/PR 45.381
	28/03/25	SAMU	07:00-19:00	Dr. Fabrício	Fabrício José Band Goulter 45.365