



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

CURSO DE MEDICINA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS
DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS VIVENCIADOS NO INTERNATO EM 2021**

**PAMELA ROBERTA DO NASCIMENTO
SCHINCARIOL**

Foz do Iguaçu
2022

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS
DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS VIVENCIADOS NO INTERNATO EM 2021**

**PAMELA ROBERTA DO NASCIMENTO
SCHINCARIOL**

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 Médico.

Orientador: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu
2022

PAMELA ROBERTA DO NASCIMENTO SCHINCARIOL

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS
DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS VIVENCIADOS NO INTERNATO EM 2021

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 Médico.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof. Luis Fernando Boff Zarpelon
UNILA

Prof. Rosana Álvarez Callejas
UNILA

Foz do Iguaçu, 22 de julho de 2022.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Pamela Roberta do Nascimento Schincariol

Curso: Medicina

		Tipo de Documento
<input checked="" type="checkbox"/> graduação	<input type="checkbox"/> artigo	
<input type="checkbox"/> especialização	<input checked="" type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso	
<input type="checkbox"/> mestrado	<input type="checkbox"/> monografia	
<input type="checkbox"/> doutorado	<input type="checkbox"/> dissertação	
	<input type="checkbox"/> tese	
	<input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais	

Título do trabalho acadêmico: internato em Urgência e Emergência do SUS: Discussão de casos clínicos vivenciados no internato em 2021.

Nome do orientador(a): Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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

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

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

AGRADECIMENTOS

Viver o internato de medicina é algo tão intenso marcado por incertezas. Se questionar o tempo todo, nunca se sentir preparado com a quantidade de conteúdo, e ainda vivenciar um mundo de tantas alegrias e dores. Alegria quando consegue-se fornecer o alívio das mazelas humana, e dor quando chega a hora do adeus e da notícia da partida.

Agradeço a Deus por me permitir começar a trilhar meu caminho nessa honrosa profissão. Ao meu esposo Fabrício, que me ajudou a encarar este caminho tão difícil e sempre me apoiou nessa trajetória. Aos meus pais, que seguram minha mão e me ensinaram a sempre dar meu melhor. Aos meus professores, que além da medicina se preocuparam tanto de nós passar a importância do “CURAR ALGUMAS VEZES, ALIVIAR MUITAS VEZES, CONSOLAR SEMPRE”.

Gratificar a todos os profissionais dos cenários de práticas vivenciados. Uns pelas suas amorosidades no cuidado, outros pela sua indelicadeza e falta de compaixão, demonstrando como ser e outro de como não ser no meu futuro profissional. Levo em minha pequena bagagem a importância de saber escutar, e ficar atento aos detalhes, para uma boa prática médica.

Dedico esse trabalho ao meu pai Carlos, que aos 54 anos nos deixou após infarto agudo bem quando estava fazendo o Internato de Urgência e Emergência. Espero ser tudo aquilo que ele com tanto orgulho falava para os amigos, uma profissional de excelência cumprindo a minha missão, para um dia nos encontrarmos. Não foi um adeus pai e sim um até breve.

SCHINCARIOL NASCIMENTO, Pamela Roberta. **Internato em urgência e emergência do sus:** discussão de casos clínicos vivenciados no internato em 2020. 2022. 69 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

RESUMO

O trabalho em questão tem como objetivo apresentar as atividades desenvolvidas no módulo do internato Urgência e Emergência do SUS no ano de 2021. O trabalho aborda alguns casos clínicos vivenciados nesse período e busca aprimorar às técnicas apreendidas no decorrer dos anos de graduação. Além disso foi realizada uma pequena revisão bibliográfica acerca dos casos descritos, assim como discussão e reflexão sobre o assunto. As atividades foram desenvolvidas no Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Unidade de Pronto Atendimento João Samek e Unidade de Pronto Atendimento Dr. Walter Cavalcanti Barbosa, entre 16 de Agosto de 2021 e 29 de Dezembro de 2021, no período de diminuições dos casos de Covid e aumento dos números de vacinados. As vivências presenciadas durante o estágio foram fundamentais para correlacionar o conhecimento teórico com o prático, além de aprimorar o raciocínio clínico e tomada de decisões, que são habilidades essenciais para uma boa prática médica.

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

SCHINCARIOL NASCIMENTO, Pamela Roberta. **Urgency and Emergency Internship SUS**: Discussion of clinical cases experienced at the Internship in 2021. 2022. 69 pages. Course Conclusion Paper (Graduation in Medicine) – Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguaçu, 2022.

ABSTRACT

The objective was to present the activities developed in the Urgency and Emergency module of the SUS in the year 2021. Some clinical cases were reported in this period and sought to improve the techniques learned during graduation. In addition, a small literature review was carried out on the cases described, as well as discussion and reflection on the subject. The activities were carried out at Padre Germano Lauck Municipal Hospital, João Samek Emergency Care Unit and Dr. Walter Cavalcanti Barbosa Emergency Care Unit, between August 16 and December 29, 2021, during the period of decrease in Covid cases and increase in vaccinated numbers. The experiences during the internship were fundamental to correlate theoretical and practical knowledge, in addition to improving clinical reasoning and decision-making, which are essential skills for good medical practice.

Key words: Medicine; Internship; Urgency; Emergency.

SCHINCRIOL NASCIMENTO, Pamela Roberta. **Pasantía en Urgencia e Emergencia del SUS**: Discusión de casos clínicos vividos en la pasantía en 2021. 2022. 69 paginas. Documento de conclusión del curso (Graduación en Medicina) – Universidad Federal de Integración Latinoamericana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMEN

El trabajo em cuestión tiene como objetivo presentar las actividades desarrolladas en el módulo de internación de Urgencias y Emergencias del SUS em el año 2021. El trabajo aborda algunos casos clínicos vividos durante este período y busca mejorar las técnicas aprendidas durante los anos de pregrado. Además, se realizo una pequena revisión bibliográfica sobre los casos descritos, así como una discusión y reflexión sobre el tema. Las actividades se realizaron en el Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Unidad de Atención de Emergencia João Samek y Unidad de Atención de Emergencia Dr.Walter Cavalcanti Barbosa, entre el 16 de agosto de 2021 y el 29 de diciembre de 2021, durante el período de disminución de casos de Covid y aumento número de vacunados. Las experiencias presenciadas durante la pasantía fueron fundamentales para correlacionar conocimientos teóricos y prácticos, además de mejorar el razonamiento clínico y la toma de decisiones, que son habilidades esenciales para la buena práctica médica.

Palabras Clave: Medicina; Internado; Urgencia; Emergencia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Redes de Urgência e Emergência	15
Figura 2: Organização da Rede	18
Figura 3: Esquema prático da conduta	24
Figura 4: ABCDE do Trauma	31
Figura 5: Controle da PA na fase aguda do AVC	33
Figura 6: Guia de avaliação e conduta para emergência pré-hospitalar	42
Figura 7: Dor torácica	46
Figura 8: Fluxograma- Troponina elevada	47
Figura 9: Terapia antiplaquetária	49
Figura 10: Punção lombar	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Principais causas de morte no país, por números de óbitos.....	16
Tabela 2: Principais achados na avaliação do priapismo	23
Tabela 3: Fatores de Risco	31
Tabela 4: Sinais e sintomas da síndrome de opioides	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACLS	Advanced Cardiac Life Support
AVC	Acidente Vascular Cerebral
GB	Guillain Barré
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ILACVN	Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza
IOT	Intubação Orotraqueal
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UE	Urgência e Emergência
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USB	Unidade de Suporte Básico
LOTE	Lúcido e Orientado em tempo e espaço
BEG	Bom Estado Geral

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. DESENVOLVIMENTO	14
3. REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	14
3.1. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS.....	14
3.2. FUNCIONAMENTO DA REDE UE EM FOZ DO IGUAÇÚ.	16
3.3. REFLEXÃO DA PRÁTICA DA REDE DE UE	18
3.4. VAGA ZERO	19
3.5. ATIVIDADE DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO DE UE	19
3.5.1. Unidade de Pronto Atendimento	19
3.5.2. Hospital Municipal Padre Germano Lauck	20
3.5.3. Estágio no HMPGL.....	20
3.5.4. Unidade de Pronto Atendimento	20
4. CASOS CLÍNICOS ATENDIDOS NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA.....	21
4.1. CASO DE PRIAPISMO- HMPGL.....	21
4.1.1. Apresentação do Caso Clínico	21
4.1.2. Conduta.....	22
4.1.3. Discussão Clínica	22
4.1.4. Tratamento.....	24
4.1.5. Percepções Gerais.....	25
4.1.6. Lista de Problemas Levantados na Internação.....	25
4.1.7. Diagnóstico Final	26
4.2. CASO DE ENCEFALITE	26
4.2.1. Apresentação do Caso Clínico	26
4.2.2. Conduta.....	27
4.2.3. Discussão Clínica	27
4.2.4. Tratamento.....	28
4.2.5. Percepções Gerais.....	28
4.2.6. Lista de Problemas Levantados na Internação.....	29
4.2.7. Diagnóstico Final	29
4.3. CASO DE AVCI	29
4.3.1. Apresentação do Caso Clínico	29
4.3.2. Conduta.....	30
4.3.3. Discussão Clínica	30
4.3.4. Tratamento.....	34
4.3.5. Percepções Gerais.....	36
4.3.6. Lista de Problemas Levantados na Internação.....	36
4.3.7. Diagnóstico Final	36
4.4. CASO DE PICADA DE INSETO	36
4.4.1. Apresentação do Caso Clínico	36

4.4.2. Conduta.....	37
4.4.3. Discussão do Caso	38
4.4.4. Tratamento.....	38
4.4.5. Percepções Gerais.....	39
4.4.6. Lista de Problemas Levantados na Internação.....	39
4.4.7. Diagnóstico Final	39
4.5. CASO DE CRISE CONVULSIVA	39
4.5.1. Apresentação do Caso Clínico	39
4.5.2. Conduta.....	40
4.5.3. Discussão Clínica	40
4.5.4. Tratamento.....	42
4.5.5. Percepções Gerais.....	43
4.5.6. Lista de Problemas Levantados na Internação.....	43
4.5.7. Diagnóstico Final	43
4.6. CASO DE IAM	43
4.6.1. Apresentação do Caso Clínico	43
4.6.2. Conduta.....	44
4.6.3. Discussão do Caso	45
4.6.4. Tratamento em pronto atendimento.....	47
4.6.5. Percepções Gerais.....	49
4.6.6. Lista de Problemas Levantados na Internação.....	50
4.6.7. Diagnóstico Final	50
4.7. CASO DE USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIA E ALUCINAÇÕES.....	50
4.7.1. Apresentação do Caso Clínico	50
4.7.2. Conduta.....	51
4.7.3. Discussão do Caso	52
4.7.4. Tratamento.....	54
4.7.5. Percepções Gerais.....	54
4.7.6. Conclusão do Caso	55
4.7.7. Lista de Problemas Levantados na Internação.....	55
4.7.8. Diagnóstico Final	55
5.DESCRICÃO DO PROCEDIMENTO	55
5.1.SEQUÊNCIA RÁPIDA DE INTUBAÇÃO.	55
5.2.COLETA DE LÍQUOR	57
5.3.SONDAGEM VESICAL.....	57
5.4.SUTURAS	61
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS.....	65

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho, traz situações vivenciadas no internato de urgência e emergência no SUS (Sistema Único de Saúde), no ano de 2021. O contexto da UE (Urgência e Emergência) é de extrema complexidade, e é nele que os segundos fazem toda a diferença na vida, sequela e morte dos pacientes. A emergência está relacionada a um processo com risco iminente de vida, necessitando ser diagnosticado e tratado nas primeiras horas. Já a urgência está associada a um processo agudo, clínico ou cirúrgico, porém sem risco de vida iminente. (MOURA, CARVALHO, SILVA; 2018).

Durante o segundo semestre de 2021, ocorreu o módulo Internato em Urgência e Emergência no SUS, com ênfase no atendimento e vivência nos cenários de práticas na Rede de Urgência e Emergência de Foz do Iguaçu-PR. Nesse sentido, os componentes que integram a RUE são a promoção de saúde, prevenção de agravos e a vigilância de saúde; atenção básica; Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU); sala de estabilização; Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Conjunto de Serviços de Urgência e Emergência. As atividades de observação e atendimento aos pacientes foram desenvolvidas na UPA João Samek e UPA Dr. Walter e alguns setores do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, como Pronto Socorro.

Esta rede tem o objetivo de integrar todos os setores de saúde, de forma a ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários. Nela ocorre o atendimento de diferentes condições, clínicas, traumatológicas e de saúde mental. Conseqüentemente, é importante que os seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica (BRASIL, 2013).

Considerando o contexto atual, é importante que o médico esteja preparado para liderar atendimento com diferentes níveis de gravidade, nas diversas áreas da medicina. E no internato de UE, atua-se diretamente nessa frente, e na prática de habilidades.

Este trabalho irá retratar alguns casos clínicos vivenciados no Internato em Urgência e Emergência. Nesse contexto, o critério de seleção dos casos clínicos foram casos comuns no cenário de Urgência e Emergência, e pela gravidade

de se saber identificar com prontidão para melhor desfecho. Cada caso foi exposto por meio da anamnese, exame físico, exames complementares, hipóteses diagnósticas, condutas, conclusão e uma breve reflexão, baseados em uma singela revisão bibliográfica.

2. DESENVOLVIMENTO

O módulo de UE foi composto por práticas no Hospital Padre Germano Lauck e nas UPAs João Samek e Dr. Walter Barbosa. Com isso, a vivência hospitalar é de casos com maior gravidade e que necessitavam de uma maior atenção. Já os casos das UPAs, treinou um olhar mais apurado dos pacientes, por ser a porta de entrada tanto para pessoas com casos mais simples, até casos de atuação imediata.

Os estágios eram vigências de 12 horas 3 vezes na semana, divididos entre plantões diurnos e noturnos, entre os 3 cenários de práticas. Nos plantões das UPAs acompanhávamos vários casos com distintos graus de complexidade, e compreendemos um pouco mais sobre a distribuição do fluxo de assistência. Com isso, fizemos seguimento de vários pacientes com atendimento inicial na UPA e continuação de internação no HMPGL, ajudando ainda mais sedimentar o conhecimento da RUE (Rede de Urgência e Emergência).

Sendo assim, a experiência de viver a medicina nesses diferentes contextos, ajudou-me a realidade de ser médico e como agir, faz toda a diferença no quadro clínico do paciente. Sempre fomos acolhidos nas UPAs, como ajudadores do serviço, já no HMPGL, é um ambiente mais hostil aos internos, pela equipe de enfermagem. Mesmo com essa problemática situação, conseguimos aproveitar de maneira crítica o conhecimento que nos é apresentado e entender um pouco mais dos serviços.

3. REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

3.1. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS.

Por que é tão importante falar das redes de UE?

O cenário da urgência e emergência é de extrema complexidade, e é nele que os segundos fazem toda a diferença na vida, sequela e morte dos pacientes. Para organizar uma rede que atua de maneira assertiva e resolutiva nos problemas de saúde dos usuários de maneira eficiente, faz-se necessário entender o perfil epidemiológico e demográfico da região atuante. Com isso, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), tenta estabelecer um perfil das causas mais prevalentes, para atuação da rede de UE.

De maneira simplista a Rede de Urgência, visa o acolhimento do usuário fazendo a sua classificação de risco, sendo essa, uma das ações mais importantes para o desfecho com excelência do caso. Vale ressaltar, a importância desse acolhimento ser de maneira humanizada com integralidade, levando em consideração as populações mais vulneráveis.

Figura 1 – Redes de Urgência e Emergência



Fonte: MARTINS et al, 2017

Diante desse cenário, levando em consideração o último Censo de 2010, a população brasileira está envelhecendo e com isto as doenças crônicas vem aumentando. Nesse sentido, para montar uma Rede de Urgência resolutive deve-se levar em consideração uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até os 40 anos e, acima desta faixa, uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC). (IBGE,2010).

Tabela 1: Principais causas de morte no país, por números de óbitos

Causa	Óbitos (N)	Óbitos (%)
1 – DCNT	705.597	67,3
Cardiovasculares	308.466	29,4
Neoplasias	158.600	15,1
Doenças respiratórias	59.154	5,6
Diabetes <i>mellitus</i>	47.718	4,6
Outras doenças crônicas	131.659	12,6
2 – Maternas, Infantis e Transmissíveis	130.951	12,5
3 – Causas Externas	131.032	12,5
4 – Maldefinidas	80.244	7,7
TOTAL	1.047.824	100,0

Fonte: Sistema de informações sobre Mortalidade (SIM), SVS/MS,2007.

Para ser mais resolutiva a todos os profissionais, principalmente o médico deve entender o fluxo e como a rede se interconecta. Esse entendimento evita prolongar o sofrimento e sobrecarregar o serviço, quando cada parte cumpre sua função a rede é mais assertiva e resolutiva. Cada ponto da rede tem sua hierarquia em relação à complexidade do caso e a sua classificação e encaminhamento quando necessário e se o serviço é porta aberta ou fechada.

Habitualmente o atendimento inicia-se com os locais de porta aberta e demanda espontânea, que no caso na cidade de Foz do Iguaçu-PR são as UBS (Unidade Básica de Saúde) e UPA (Unidade de Pronto Atendimento). Nesses locais, os pacientes recebem o primeiro atendimento, caso a procura não consiga ser solucionado deve-se encaminhar para complexidades maiores, que nesse caso seria o hospital, sendo regulado pelo SAMU. O SAMU também faz atendimento domiciliares, podendo encaminhar direto para UPAS e/ou hospitais secundário-terciários.

3.2. FUNCIONAMENTO DA REDE UE EM FOZ DO IGUACÚ.

A rede na cidade de Foz do Iguaçu conta com diversas unidades básicas de saúde, UPAS e hospitais. O Hospital Municipal Padre Germano Lauck é

referência para casos clínicos, trauma, ginecológicos, cirúrgicos, pediátricos e psiquiátricos. Já o Hospital Costa Cavalcanti é referência para casos cardiológicos, oncológicos e obstétricos. UPAS referência para casos de média complexidade, contando com salas de estabilização de acordo com a portaria MS/GM n 1.171 de 5 de junho de 2012.

A UPA João Samek, é classificada como Nova e Porte III, já a UPA Walter Cavalcante Barbosa é classificada como UPA ampliada /Porte III, pois recebeu incentivo financeiro para acréscimo de área já construída. Ambas recebem recursos do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal da Saúde e são gerenciadas pela Fundação Municipal de Saúde.

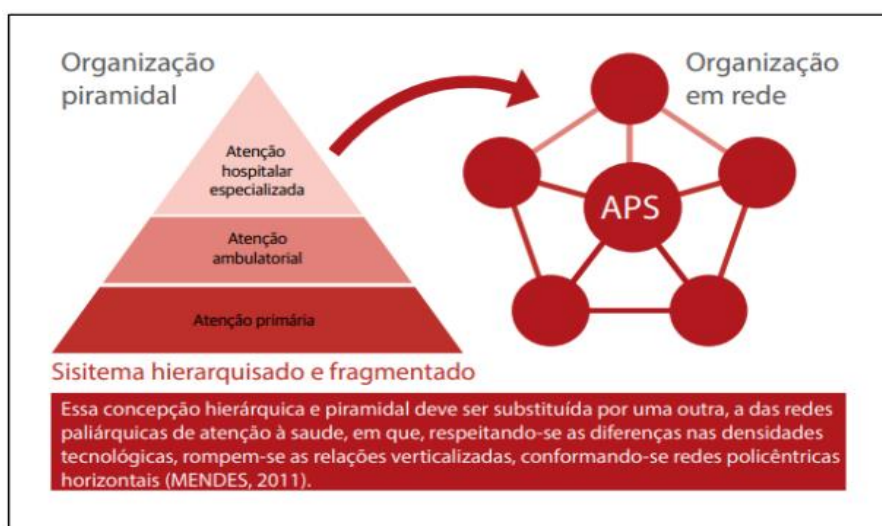
A UPA João Samek, fundada em 2010, atende em média 8 mil pessoas por mês, conta com 9 médicos por plantão de 12 horas de trabalho. Possui 4 leitos de emergência na sala vermelha; 18 leitos na sala amarela; na verde 12 leitos e conta com 9 leitos exclusivos para pediatria, além dos 4 leitos de isolamento. É porta de referência para casos de arboviroses como a dengue, para atendimento por mordedura de animais e para ortopedia.

A UPA Walter, reconstruída em 2017, em média atende 5 mil usuários por mês. Conta com 4 leitos na sala vermelha, 21 leitos de observação e 2 de isolamento. Durante a pandemia do Covid 19, passou a ser referência para este atendimento e com a queda dos casos no segundo semestre de 2021, passou a atender novamente a população geral.

O SIATE (Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência) é um serviço de atendimento ao trauma, prestado pelo Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Paraná, que atende e tem sua regulação por meio do telefone 193, não foi cenário de prática no estágio em U/E, no entanto, é a principal porta de acesso de pacientes vítimas de traumas aos serviços de maior complexidade. O SAMU, com atendimento e regulação pelo número de telefone 192, no município de Foz do Iguaçu, é competente para prestação de atendimento às urgências e emergências não traumáticas, além de transladar o fluxo interunidades de pacientes referenciados aos componentes hospitalares da RUE. No município o serviço conta com sete ambulâncias, duas destinadas ao suporte avançado de vida, e as demais destinadas ao suporte básico, além de uma motolância. As equipes revezam-se em turnos ininterruptos, assegurando uma cobertura de 24 aos chamados. Estima-se cerca de 2700 ligações/mês, e cerca de

1500 atendimentos/mês. O SAMU encontra-se estruturado em três bases, uma de regulação no centro, a central de ambulâncias no Parque Presidente e uma base descentralizada no Porto Meira, essa última com funcionamento apenas durante o dia. O Hospital Padre Germano Lauck, em seu pronto-atendimento realiza cerca de 1.500 atendimentos/mês, conta com equipe multiprofissional, 24 horas por dia, responsável pelo atendimento de média e alta complexidade, para tanto, a unidade é dotada de equipamentos radiografia, tomografia, ultrassonografia, além de, suporte de laboratório de análises clínicas, agência transfusional, centro cirúrgico e UTI.

Figura 2: Organização da Rede



Fonte: Rede de Atenção à Saúde: Rede de Urgência e Emergência, São Luís, 2015.

3.3. REFLEXÃO DA PRÁTICA DA REDE DE UE

Os nossos cenários de práticas foram realizados em dois UPAS e o Hospital Municipal, ao vivenciar nossos plantões de 12 horas, percebe-se que cada qual dos cenários tem sua particularidade. A regulação é sim, feita pelo médico regulador que fica na central, ele orienta a conduta do SAMU e do SIATE, e para qual dos cenários será encaminhado o paciente. Nesse sentido, convivemos com uma rica diversidade de complexidade de situações, umas que foram assertivas e outras nem tanto, daí se dá a importância de compreender a realidade do nosso paciente e como atuar frente a diversidade.

3.4. VAGA ZERO

Embora a medicina tenha tido significativos avanços, ainda há deficiência na estrutura da saúde pública. De inúmeras deficiências destaco a falta de vagas nos hospitais públicos para internações e tratamento de urgência e emergência ou emergência dos casos gravíssimos, pois sempre que houver ameaça do direito a vida, o paciente, além do pronto atendimento, merece tratamento que o salve da situação de morte.

Para estes casos de Emergência e Urgência, existe a política VAGA ZERO, preconizada pelo próprio Ministério da Saúde.

Contudo o conceito VAGA ZERO, corresponde a obediência de uma política gerada pela interpretação conjunta da Constituição Federal, Lei Orgânica da Saúde e Portaria 2048 do MS, que se resume: em caso de urgência, o atendimento deverá sempre ser prestado independentemente da existência ou não de leitos vagos.

Em caso que o paciente precisa da utilização de máquinas ou aparelhos médicos que o habilitem a sobreviver e o hospital público não possui tal aparato, a visão se alarga, e este deverá ser atendido no hospital particular mais próximo. No caso da cidade de Foz do Iguaçu, a vaga zero depende da referência do serviço. O médico ao solicitar uma vaga zero, ele impõe a urgência ao atendimento, pois o paciente pode evoluir para óbito caso ele não ocorra.

Exemplo de fluxo de atendimento para vaga zero em Foz do Iguaçu
AVC ➡ UPA ➡ PEDIDO VAGA ZERO ➡ CENTRAL DE REGULAÇÃO ➡ HMPGL

3.5. ATIVIDADE DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO DE UE

3.5.1. Unidade de Pronto Atendimento

- Admissão de Pacientes para observação
- Reavaliação clínica-sala amarela e vermelha
- Acompanhamento no atendimento pediátrico
- Sala de procedimentos
- Discussão de casos clínicos e condutas com plantonista

3.5.2. Hospital Municipal Padre Germano Lauck

- Admissão de Pacientes provenientes das UPAS
- Reavaliação de pacientes
- Reavaliação com residentes
- Discussão de caso com o plantonista e residente
- Atendimento inicial ao politrauma

3.5.3. Estágio no HMPGL

O estágio hospitalar no pronto atendimento a meu ver é o mais complexo, para o desenvolvimento do raciocínio clínico, pois os pacientes que adentram o sistema, são carregados de complicações, e na maioria das vezes não foi resolvida nas UPAS. É no hospital que na maioria das vezes acontecem o diagnóstico e o ajuste da estabilidade do paciente. Sendo assim, o cenário acaba sendo mais resolutivo e sana as possíveis dúvidas dos pacientes e de seus familiares.

No campo de estágio do HMPGL foi possível ter um contato mais direto com o aprendizado, por sempre ter médicos que entendem bem o que é ser estudante. Entender a complexidade de várias patologias como AVC, Pielonefrites, Sepsis entre outras, ajudou a ver como negligenciar essas doenças, custa caro, e como elas são deixadas de lado nas UPAS. Quando se convive com causa e consequência, acompanha o paciente na UPA que espera muito para ser encaminhado, e depois como este esperar pode ser a vida do seu paciente, você percebe o tipo de médico que almeja ser. Outro ponto importante é saber fazer uma boa evolução com dados de suma importância, pois é através dele que o quebra cabeça para o diagnóstico se faz possível. A vivência no ambiente hospitalar ao meu ver aprimora tudo que vemos na faculdade, pois é lá que se treina muito o raciocínio clínico.

3.5.4. Unidade de Pronto Atendimento

O atendimento começa no consultório e se for necessário o paciente é encaminhado para sala amarela ou vermelha, e também recebem pacientes

provenientes do SAMU. Este cenário em alguns dias me lembrava a guerra, em que corredores se amontoavam de paciente, sala de procedimentos com sangue por todo lado e sala vermelha patologias graves. Dar plantão nas UPAS ou você ama, ou odeia, e para minha surpresa me apaixonei por essa loucura.

As UPAS principalmente a Samek atende grande contingente de pessoas, desde paciente com uma simples gastroenterite até casos que suas vidas foram ceifadas por um AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou um IAM (Infarto Agudo do Miocárdio). Esta grande diversidade exige uma compreensão do profissional médico, a atuar de maneira assertiva para minimizar danos. Atender neste cenário traz consigo grandes responsabilidades e a meu ver o que mais marcou foi aprimorar o olhar clínico para situações que exijam um agir imediato.

4. CASOS CLÍNICOS ATENDIDOS NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA

4.1. CASO DE PRIAPISMO- HMPGL

4.1.1. Apresentação do Caso Clínico

- Anamnésia

Identificação: A.M.O.; masculino; 35 anos; branco; presidiário; solteiro; natural de Medianeira-PR

Queixa principal: " Ereção prolongada"

História da doença atual: Paciente do sexo masculino, em regime de detenção de liberdade deu entrada no Pronto Atendimento, encaminhado via SAMU. Relata ereção espontânea há mais de 24 horas de duração. Procurou atendimento na enfermaria da prisão, onde recebeu a orientação de colocar gelo e aguardar que não teria problema. Depois de várias horas do quadro, foi orientado pelo enfermeiro daquele lugar a esperar um pouco mais. Vindo ao nosso serviço, com o quadro há mais de 24 horas de duração.

Antecedentes patológicos: Relata episódio anterior há cerca de 1 ano. Nega doenças crônicas e uso de medicação de uso contínuo, e alergias medicamentosas.

Antecedentes familiares: Não coletados.

Hábitos de vida: Nega uso de drogas lícitas e ilícitas.

- Exame físico

Sinais vitais: Temperatura axilar: 36,5°C, PA:130x90 mmHg, Frequência cardíaca: 90 bpm; frequência respiratória 20 irpm.

Ectoscopia: Lucido e orientado em tempo e espaço (LOTE), Bom estado geral (BEG), acianótico, anictérico, normocorado.

Neurológico: Glasgow 15, pupila isofotorreagente.

Pulmonar: Murmúrios vesiculares uniformemente audíveis, sem ruídos adventícios. Eupneico em AA.

Cardíaco: Bulhas rítmicas 2 tempos, sem sopros. TEC <3,5seg

Abdominal: Plano, indolor a palpação superficial e profunda. Sem sinais de peritonite.

Membros: Ausência de edema em membros.

Órgão genital: Pênis ereto, doloroso, apresentando cianose. Diurese presente.

4.1.2. Conduta

Aspirado 45 seringas de 10ml e aplicado 20 doses de adrenalina 0,1ml. Não houve sucesso foi realizado tratamento cirúrgico de priapismo.

4.1.3. Discussão Clínica

Nesse caso temos um paciente com um quadro de ereção com várias horas de evolução, sendo negligenciado e recebendo orientações errôneas causando agravamento do quadro atual, e retardando o atendimento desde a enfermaria da penitenciária até a chegada no Pronto atendimento do HMPGL. Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia o priapismo, é um transtorno relativamente incomum, é emergência médica, e todos os pacientes com esse quadro devem ser avaliados de forma emergencial, para que a intervenção seja o mais precoce possível. Sua terapêutica consiste na detumescência e a preservação da função erétil.

A diferenciação entre priapismo isquêmico ou não isquêmico, faz-se necessário para pensar nas causas atreladas a essa patologia. Avaliação do histórico pessoal, tempo de ereção, intensidade da dor e histórico de recorrências,

histórico de trauma pélvico, genital ou perineal, ajudam a clarear o raciocínio clínico. Já o exame físico, deve-se ser focado na genitália, períneo e abdome.

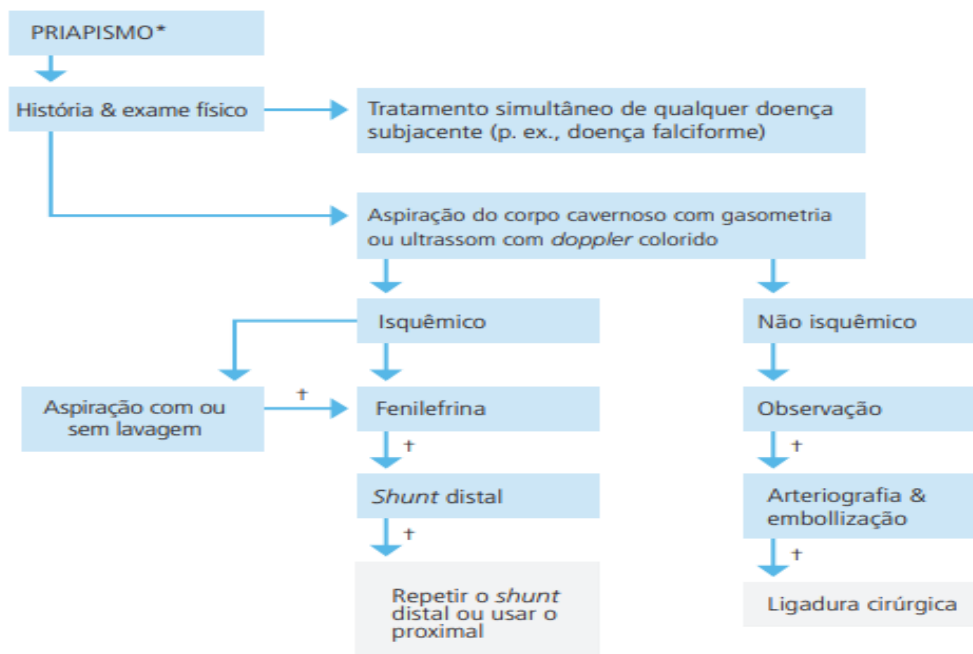
Exames de rotina como: hemograma completo, contagem de reticulócitos, eletroforese de hemoglobina para descartar anemia falciforme, que é uma das causas mais frequentes do quadro de priapismo. Pesquisa de medicamentos psicotrópicos, toxicológico de urina, gasometria, ultrassonografia com doppler colorido, arteriografia da artéria peniana.

No caso do paciente ele foi classificado como priapismo isquêmico pelos seguintes achados, conforme a tabela: Corpo cavernoso totalmente rígido, intensa dor, aspiração sanguínea com sangue de coloração escura, demonstrando falta de oxigenação, não ter sofrido trauma na região perineal.

Tabela 2: Principais achados na avaliação do priapismo

Achados	Priapismo isquêmico	Priapismo não isquêmico
Corpo cavernoso totalmente rígido	●	●
Dor peniana	●	●
Gasometria sanguínea cavernosa anormal	●	●
Alterações sanguíneas e malignidade hematológica	◆	●
Uso recente de injeção intracavernosa de droga vasoativa	◆	●
Tumescência crônica e bem tolerada, sem rigidez total	●	●
Trauma perineal	●	◆

Fonte: Sociedade Brasileira de Urologia, 2017.

Figura 3: Esquema prático da conduta

Fonte: Sociedade Brasileira de Urologia,2017.

4.1.4. Tratamento

Aspiração terapêutica (com ou sem irrigação) ou injeção intracavernosa de simpatomiméticos (p. ex., fenilefrina) podem ser utilizadas como intervenção inicial.

Se o priapismo persistir após a aspiração/irrigação, realize a injeção intracavernosa de fármacos simpatomiméticos e repita se necessário, antes de iniciar a intervenção cirúrgica.

A fenilefrina é recomendada como agente simpatomimético de escolha para injeção intracavernosa, para minimizar os efeitos colaterais cardiovasculares. Em pacientes adultos, diluir em soro fisiológico até uma concentração de 100 a 500 µg/mL. Injete a cada 3 a 5 minutos por aproximadamente 1 hora, antes de determinar a falha do tratamento.

Crianças e pacientes com doenças cardiovasculares graves requerem volumes menores ou concentrações mais baixas.

Observar nos pacientes sintomas subjetivos e achados objetivos consistentes com os efeitos indesejados conhecidos dessas drogas.

Monitoramento da pressão sanguínea e do eletrocardiograma são recomendados em pacientes de alto risco.

Considere o uso de shunts cirúrgicos após a falha das injeções intracavernosas de simpatomiméticos. Considerar o shunt caverno esponjoso como de primeira escolha. Realizar com uma larga agulha de biópsia ou bisturi inserido percutaneamente através da glândula.

Terapia oral sistêmica não é indicada para o tratamento do priapismo isquêmico.

4.1.5. Percepções Gerais

Nesse atendimento o que demandou um desfecho não tão favorável, foi o tempo. Desde o início o paciente foi negligenciado por ser um presidiário. Na penitenciária a conduta foi de extrema irresponsabilidade, como o ato da realização de terapia com gelo, prejudicando ainda mais o quadro de isquemia. Com isso, a longa espera até o primeiro atendimento médico se passaram mais de 26 horas, agravou a perfusão tecidual. Ao chegar no HMPGL, o paciente se encontrava com muita dor, e foi deixado no corredor sem suporte e sem avaliação dos sinais vitais. Nota-se no que no prontuário a anamnese foi relatada pelo médico do SAMU, e o plantonista ao receber o paciente, já sinalizou que era para passar pelo Urologista.

Várias ações culminaram para um desfecho não favorável e tardio, mesmo com uso de fenilefrina e aspiração de 40 seringas de sangue, não ocorreu a regressão da ereção sendo necessário intervenção cirúrgica, e colocação de uma fístula caverno esponjosa bilateral.

4.1.6. Lista de Problemas Levantados na Internação.

P0- Priapismo de repetição

P1- Priapismo resistente

P2- PO fístula caverno esponjosa bilateral

P3- Trombofilia em investigação.

Depois desse quadro o paciente foi encaminhado para pesquisa de doenças relacionadas a trombofilia e iniciado Anticoagulação.

4.1.7. Diagnóstico Final

Priapismo de repetição

A escolha do caso se deu pela dificuldade dos médicos de saber lidar com essa emergência.

4.2. CASO DE ENCEFALITE

4.2.1. Apresentação do Caso Clínico

- Anamnésia

Identificação: F.A.S.; feminina; 59 anos; branca; do lar; solteira; natural de Foz do Iguaçu-PR.

Queixa principal: "Perda dos movimentos das pernas"

História da doença atual: Paciente, vem a UPA João Samek, com quadro de cefaleia, algia, astenia e dor retro orbital. Relata, que cerca de 15 dias teve uma lombalgia e fraqueza em MMII simétrica de forma ascendente, que está impedindo de sustentar o peso do corpo, refere perda de peso de 10 kg no último mês. Nega febre.

Antecedentes patológicos: Nega doenças crônicas e uso de medicação contínua, e alergias medicamentosas.

Antecedentes familiares: Não coletados

Hábitos de vida: Nega uso de drogas lícitas e ilícitas. Várias parcerias.

- Exame físico

Sinais vitais: Temperatura axilar 37,5°C; PA:120x80 mmHg; frequência cardíaca 70bpm; frequência respiratória 19irpm.

Ectoscopia: BEG, LOTE, acianótica, anictérico, normocorado, desidratada +/4+.

Neurológico: Força muscular grau IV em MMII (tanto para flexão das coxas e tronco, quanto para extensão e flexão das pernas sobre a coxa), grau IV nos pés, FM grau IV em MMSS proximal, grau IV distal. Sensibilidade tátil dolorosa, térmica e proprioceptiva sem alterações. Glasgow 15.

Equilíbrio: Não testado por impossibilidade de ficar em pé.

Reflexos patelares, aquileus, tricipital e bicipital grau 0, reflexos estilorradiais, grau 1, Cutâneo-plantar em flexão bilateral.

Pulmonar: Murmúrios vesiculares uniformemente audíveis, sem ruídos adventícios. Eupneica em AA.

Cardíaco: Bulhas rítmicas 2 tempos, sem sopros audíveis <3,5 seg

Abdome: Flácido, indolor à palpação superficial e profunda. Sem sinais de peritonite.

Membros: Quentes, sem edemas bem perfundidas. Panturrilha livre.

4.2.2. Conduta

Iniciado antibioticoterapia Ceftriaxona, aciclovir e Dexametasona.

Solicitado TC de crânio, com suspeita de AVCi.

Solicitados exames laboratoriais e de doenças sexualmente transmissíveis.

Solicitada coleta de líquido.

- Resultado dos exames realizados para correlação do caso

Hemograma: Série vermelha dentro da normalidade, leucócito: 12,430, bastonetes 0%. PCR: 2,1 // VHS: 19

Função renal e hepática: sem alterações significativas

Paciente com teste rápido de HIV: Positivo.

Coleta de líquido com: Leuco-115 (99% monomorfonucleares), HM 2, Glic 31, prot 148 ausência de criptococo gram -.

4.2.3. Discussão Clínica

O caso desta paciente foi surpreendente pelo desfecho, pois a principal hipótese diagnóstica era Guillain-Barré (GB). A Síndrome de GB, é a causa mais comum de fraqueza adquirida agudamente e pode ser provocada por uma infecção anterior ao quadro. Essa síndrome se caracteriza, por início agudo de fraqueza muscular progressiva, principalmente simétrica, e reflexos tendinosos profundos reduzidos ou ausentes.

Os sintomas desta patologia, geralmente progridem ao longo de

dias a quatro semanas e é autolimitada com melhora do quadro inicial em até 6 meses. Sendo assim, para seu diagnóstico pode ser realizado coleta líquórica. Espera-se que o resultado desse exame, venha com aumento de proteína e leucócito dentro da normalidade. (Gluckman et al.,2022).

Ao pensar que o resultado do líquido apresentou uma leucocitose, e a paciente sendo portadora do vírus do HIV, imunodeprimida, pensou em encefalite pelo vírus do herpes. A encefalite é uma inflamação cerebral, tendo como achado líquórico:

- Aumento da contagem de glóbulos brancos, mas geralmente inferior a 250/mm com predominância de linfócitos.
- Concentração de proteína elevada, mas geralmente inferior a 150 mg/dl.

Essa patologia, apresenta anormalidades neurológicas focais, como hemiparesia, paralisia de nervos cranianos e reflexos tendinosos profundos patológicos. Nesse sentido, devido ao resultado do líquido com leucocitose e pela sintomatologia apresentada, a conduta foi modificada e iniciou o tratamento para encefalite pelo vírus do herpes. Levando consideração também, o fato da paciente ser portadora do vírus do HIV, e estar imunodeprimida.

4.2.4. Tratamento

Não existe terapia específicas para a maioria das infecções do sistema nervoso central causada por vírus. No entanto, existem algumas exceções como é o caso do vírus do herpes. (Gluckman et al.,2022).

O tratamento empírico para encefalite provocada pelo vírus dos herpes simples é feito com aciclovir (10 mg/kg por via endovenosa a cada oito horas). Como recomendação deve ser iniciado o mais precoce possível, mesmo que não se sabe o patógeno causador da encefalite. Sendo assim, ocorre uma diminuição significativa na morbidade e mortalidade desses pacientes. (Gluckman et al.,2022).

4.2.5. Percepções Gerais

O atendimento com a abordagem assertiva, voltado para a

sintomatologia apresentada, tempo hábil dos exames, fez toda a diferença. Essa paciente, em apenas algumas horas entre os exames iniciais, coleta do líquido e o rápido diagnóstico, trouxe a ela menor seqüela. Outro fator importante foi o raciocínio da vida sexual e a quantidade de parceria que a mesma relatava ter, sendo realizado o teste rápido e recebendo diagnóstico de ser portadora do HIV, sendo iniciado o tratamento.

4.2.6. Lista de Problemas Levantados na Internação.

P1- B24

P1- Guillain-Barré- descartado

P2- Meningite Bacteriana- descartado

P3- Encefalite herpética

4.2.7. Diagnóstico Final

Paciente B24 com encefalite causada pelo vírus herpes.

4.3. CASO DE AVCI

4.3.1. Apresentação do Caso Clínico

- Anamnésia

Identificação: E.F.G.T.; masculino; 70 anos; pardo; aposentado; casado; natural de Medianeira-PR

Queixa principal: “Perda da força do lado esquerdo “

História da doença atual: Paciente trazida pelo SAMU do domicílio, acompanhada (nora- Maria), relata que por volta do meio-dia estava conversando normalmente, e teve perda de força do lado E desvio de rima acompanhado de sialorreia, confusão mental, disartria e fala desconexa. Nega ingestão de álcool, dor de cabeça e formigamento.

Antecedentes patológicos: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, amputação de pé D em 15/04/2019.

Antecedentes familiares: Irmãos com Diabetes Mellitus

Hábitos de vida: Nega uso de drogas lícitas e ilícitas.

Medicamentos de uso contínuo: Metformina 850mg (0-1-0),
Losartana 50 mg (1-0-1), atenolol 25mg (1-0-0), hidroclorotiazida 25mg (1-0-1)

- Exame físico

Sinais vitais: PA194/94 T:36 FC:76 FR:20 SAT:96 em aa HGT:201

Ectoscopia: REG, anictérico, acianótico, afebril, hidratado, corado, eupneica em AA.

Neurológico: lucida, orientada, Glasgow 12 (AO:4 RV:2 RM:6), pupilas isofotorreagente, força preservada no MMII E e D, força grau 3 no MMSS D força grau 5 no MMSS E, desvio de rima à E, disartrial.

Pulmonar: Murmúrio vesiculares uniformemente audíveis, sem ruídos adventícios. Eupneico em AA.

Cardíaco: Bulhas normofonéticas 2 tempos, sem sopros audíveis TEC < 3 seg.

Abdominal: Flácido, indolor à palpação superficial e profunda sem. Sem sinais de peritonite.

Membros: Sem edemas, panturrilhas livres e pulsos pediosos palpáveis e simétricos, amputação do pé D em 2019.

4.3.2. Conduta

TC de crânio Sem contrastes + ECG + RX de tórax + Eco transtorácico + Doppler de carótidas.

Medidas para AVCi

Prescrevo nipride pela hipertensão

4.3.3. Discussão Clínica

Saber reconhecer as características do Acidente Vascular Cerebral (ACV) é de suma importância. Sinais como, fala arrastada, disartria, dislalia e perda de função se fazem presente. Nos casos de AVC o tempo faz toda diferença e requer uma avaliação rápida e ampla.

Os objetivos da fase inicial incluem.

Figura 4: ABCDE do Trauma

Fonte: Mendes,2017.

Vale lembrar, às doenças que são fatores de risco para o desenvolvimento do AVC, entre elas a diabetes e a hipertensão. A hipertensão promove lesões ateroscleróticas, e o mais importante disso, é um fator de risco tratável. Já o paciente com diabetes tem duas mais vezes o risco de AVC em comparação com aqueles que não possui essa doença. Nesse sentido, paciente que se somam essas duas patologias acaba multiplicando o risco de que ocorra um AVC. (Mendes, et al.,2017).

Tabela 3: Fatores de Risco

FATORES DE RISCO		
Hipertensão	Fatores ateroscleróticos	Fibrilação atrial
AIT	Estenose carotídea	DAC
Prótese valvar	Homem negro >50 anos	Cardiopatias
Trombofilias	Vasculites	Hemoglobinúria Paroxística noturna
Endocardite	Drogas	Forame oval patente

Fonte: Yellowbook 2ª ed.

AVC isquêmico versus hemorrágico- A tomografia computadorizada (TC) sem contrastes é o primeiro estudo diagnóstico em pacientes com suspeita de AVC. Esse exame é altamente sensível para o diagnóstico de hemorragia no cenário agudo, com áreas hiperdensas focais dentro do parênquima.

Deve-se realizar a TC de crânio sem contraste, não para identificar a isquemia, mas sim para excluir sangramento intracraniano. No caso de AVCh, o paciente tende a ter uma sintomatologia mais abrupta e um rebaixamento no nível de consciência, não sendo essas características patognomônico. Sendo assim, diferenciar o tipo de AVC, faz toda diferença para o manejo do paciente.

A investigação na fase aguda do AVC.

Diante da suspeita clínica de AVC, sua confirmação é necessária, através de alguns exames subsidiários fundamentais:

Tomografia computadorizada do crânio (TC): deve ser realizada prontamente e repetida em 24-48 h nos casos em que não sejam evidenciadas alterações no exame inicial ou de evolução insatisfatória. Objetiva identificar a natureza isquêmica ou hemorrágica da doença vascular, informar a extensão e topografia da lesão, excluir possíveis diagnósticos diferenciais e identificar complicações.

Investigação etiológica: recomenda-se a realização do ultrassom Doppler de carótidas e vertebrais, avaliação cardíaca com eletrocardiograma, radiografia de tórax e ecocardiograma com Doppler transtorácico ou transesofágico, devendo ser realizados antes da alta hospitalar.

Exame do líquido cefalorraquidiano (LCR) está indicado nos casos de suspeita de hemorragia subaracnóidea (HSA) com TC negativa e de vasculites inflamatórias ou infecciosas. Angiografia cerebral deve ser realizada nos casos de HSA ou acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH) de etiologia desconhecida.

Exames sanguíneos: Recomenda-se realizar em caráter de emergência os seguintes exames: hemograma, glicose, creatinina, ureia, eletrólitos, gasometria arterial, coagulograma e antes da alta hospitalar, frente a suspeita de trombose, a dosagem do colesterol total e frações, triglicérides, fibrinogênio. Recomendam-se também reações sorológicas para a doença de Chagas e sífilis.

Nos casos de AVCI em jovem ou sem etiologia definida, recomenda-se avaliação laboratorial completa para processos autoimunes, arterites, distúrbios

da coagulação, perfil genético, malformação e dosagem de homocisteína. (Martins, et al., 2017).

Outro fator importante para se conduzir um paciente com AVCi é a realização de trombólise. Os pacientes com AVC isquêmico têm indicação de trombólise até 4,5 horas do início dos sintomas. Passado essa janela a terapia não demonstra mais benefício.

Nesse sentido, e em relação a pressão arterial o paciente que não foi realizado a trombólise, a pressão arterial não deve ser tratada agudamente, a menos que a hipertensão seja extrema (pressão arterial sistólica > 220 mmHg ou pressão arterial diastólica > 120 mmHg).

Figura 5: Controle da PA na fase aguda do AVC

	AVCI ou AVCH mais patologia associada**	Apenas AVCH	Apenas AVCI
PAD > 140 mmHg	Opção 1	Opção 1 ou 2	Opção 2
PAS > 220 mmHg ou PAM > 130 mmHg *	Opção 1 ou 2	Opção 2	Opção 2 ou 3
PAS > 160 mmHg ou PAD > 105 mmHg *	Opção 2	Opção 2 ou 3	Opção 3

*Duas medidas com intervalo de 10 min. Reduzir PAM no máximo em 30% do inicial.

**Patologia associada = encefalopatia hipertensiva, angina, dissecação aórtica, insuficiência cardíaca. $PAM = (2 \times PAD + PAS) \div 3$.

Opção 1: nitroprussiato de sódio (1 amp = 50mg). A droga poderá ser diluída em SG5%. Usar 0,5–8 ug/kg/min, fazendo reajustes, se necessário, a cada 10 minutos.

Opção 2A: labetalol 20mg (EV) em 1 a 2 minutos, repetindo se necessário a cada 10 a 20 minutos. Como tal droga não está disponível no mercado brasileiro, sugerimos como substituto o metoprolol (1 amp = 5ml, 1mg/ml). Aplicar EV: 5mg a cada 10 minutos, sendo 1mg/minuto. Máximo: 20mg.

Manutenção: 100 a 200mg/dia, dose única ou em 2 tomadas. (cp = 100mg)

Observação: Em casos de asma, insuficiência cardíaca ou severa anormalidade de condução cardíaca, deve-se optar pela Opção 2B

Opção 2B: enalapril (1 amp = 1ml = 1mg/ml). Correr 1mg em no mínimo 5 min a 1 hora. Caso necessário, esta dose pode ser repetida após 1 hora. Novas doses, porém, deverão ser dadas num intervalo mínimo de 6 horas. Manutenção: 5 a 40mg/d, dose única ou em 2 tomadas (comprimidos de 5, 10 e 20mg)

Opção 3: Não tratar.

Fonte: MARTINS, 2017

Controle da glicemia

Há relativo consenso de que hiperglicemia (glicemia > 120 mg/dL) é deletéria na fase aguda do AVC, independentemente da idade do paciente ou da extensão e tipo do AVC (isquêmico ou hemorrágico). O diabetes pode piorar o prognóstico do AVC por favorecer o desenvolvimento de complicações clínicas no curso da doença. Não há evidência direta de que o controle estrito da glicemia com insulino-terapia nos primeiros dias do infarto cerebral altere a evolução clínica a curto ou longo prazo, mas esta evidência já é clara em estudos de infarto agudo do miocárdio. (Martins, et al., 2017).

4.3.4. Tratamento

Antiagregação plaquetária.

O uso de antiagregante plaquetário está indicado para o tratamento da fase aguda do AVCI, pois limita a extensão do dano tecidual e previne a recorrência precoce por interrupção da cascata trombótica e diminui a morbidade e mortalidade associadas a outras doenças vasculares concomitantes. É considerado no tratamento agudo e prolongado do AVCI ou ataque isquêmico transitório (AIT) de etiologia aterotrombótica e lacunar, com envolvimento dos vasos extra e/ou intracranianos em topografia de carótidas e/ou território vertebro-basilar. Nos casos de AVCI cardioembólico, deve-se optar por anticoagulação com heparina e warfarina.

A droga de escolha é o ácido acetilsalicílico (AAS), pelo baixo custo, rápido início de ação e por ser o único antiagregante testado clinicamente no tratamento da fase aguda do AVC. A dose 200mg a 500mg de ácido acetilsalicílico ao dia.

Trombolíticos

Segundo o Primeiro Consenso Brasileiro do Tratamento do AVC agudo estreptoquinase, sendo o seu uso endovenoso proscrito por causa dos altos índices de hemorragia e mortalidade por hemorragia. O uso do ativador do plasminogênio tissular (rtPA) EV quando administrado ao paciente nas primeiras 3 horas, demonstrou importante diminuição na desabilidade funcional, sendo, portanto, recomendada sua aplicação no AVCI agudo. Para maior segurança, na administração desta droga deve-se ter em vista seus critérios para utilização:

A. Critérios de inclusão

- a) AVCI em qualquer território vascular cerebral;
- b) possibilidade de se estabelecer precisamente o horário do início dos sintomas;
- c) possibilidade de se iniciar a infusão do rt-PA dentro de 3 horas do início dos sintomas (caso os sintomas tenham surgido ao paciente acordar, deve-se considerar o último horário acordado como o do início dos sintomas);
- d) TC de crânio sem evidência de hemorragia ou outra doença de risco;

e) idade superior a 18 anos;
f) paciente ou familiar responsável capacitado a assinar termo de consentimento informado.

B . Critérios de exclusão

- a) uso de anticoagulantes orais ou TP>15 segundos (RNI>1,7);
b) uso de heparina nas últimas 48 horas e TTPa elevado;
c) AVC ou traumatismo crânio-encefálico (TCE) grave nos últimos 3 meses;
d) história progressiva de alguma forma de hemorragia cerebral (HSA, AVCH);
e) TC de crânio mostrando evidências de hemorragia ou edema cerebral em desenvolvimento;
f) PA sistólica >185 mmHg ou PA diastólica >110 mmHg (em 3 ocasiões, com 10 minutos de intervalo);
g) sintomas melhorando rapidamente;
h) déficits neurológicos leves, isolados, como ataxia isolada, perda sensitiva isolada, disartria isolada, ou fraqueza mínima;
i) coma ou estupor;
j) cirurgia de grande porte ou procedimento invasivo dentro das últimas 2 semanas;
k) hemorragia geniturinária ou gastrintestinal nas últimas 3 semanas; l) punção arterial não compressível ou biópsia na última semana;
m) coagulopatia com TP, TTPa elevados, ou plaquetas <100 000/mm³; n) glicemia < 50 mg/dl ou > 400 mg/dl;
o) crise convulsiva precedendo ou durante a instalação do AVC;
p) evidência de pericardite ativa, endocardite, êmbolo séptico, gravidez recente, doença inflamatória intestinal, ou lactação;
q) abuso de álcool ou de drogas;
r) escala de AVC do National Institute of Health (NIH) > 22 (esta não é uma contraindicação absoluta).

A trombólise não deve ser realizada a menos que o diagnóstico seja estabelecido por médico especializado em diagnóstico de AVC e capacitado a interpretar Tomografia de crânio.

4.3.5. Percepções Gerais

O diagnóstico se confirmou após a análise e a realização de tomografias controle depois de 48 horas da internação. Foi encontrado, uma área isquêmica na região da artéria cerebral média. Levando em consideração o início dos sintomas, há cerca de 10 horas, foi optado por não realizar a trombólise e iniciado a Antiagregação plaquetária com ácido acetilsalicílico e warfarina.

Atuar de maneira assertiva na atenção primária, ajudaria prevenir as causas modificáveis através da prevenção das doenças crônicas. Nesse sentido, ações que diminuam os índices glicêmicos e os altos índices pressóricos seria fundamentais para modificar todo uma cadeia de acontecimentos. Conclui-se que quanto mais se tem uma atenção primária atuante na promoção de saúde, menos esse tipo de evento como o AVC ocorreria.

4.3.6. Lista de Problemas Levantados na Internação.

P1- Hipertensa, Diabetes Mellitus

P2- AVCi

P3. AVCh- descartado

4.3.7. Diagnóstico Final

Acidente vascular cerebral isquêmico.

4.4. CASO DE PICADA DE INSETO

4.4.1. Apresentação do Caso Clínico

- Anamnésia

Identificação: A.N.P.; masculino; 17 anos; branco; estudante; solteiro; natural de Foz do Iguaçu-PR

Queixa principal: “Dor na panturrilha”

História da doença atual: Paciente vem a UPA João Samek referindo

picada de aranha na panturrilha esquerda há 1 dia. Refere que apresentou no local pequena pápula, evoluindo para pústula, ruptura da lesão com drenagem de secreção serosanguinolenta, ao acordar reparou que havia a lesão ficado enegrecida (necrótico?), com hiperemia, edema de panturrilha e dor intensa local. Nega febre, sintomas respiratórios, urinários e gastrointestinais. Mãe refere que na casa há muitas aranhas marrom.

Antecedentes patológicos: Nega comorbidades e alergias medicamentosa.

Antecedentes familiares: Não coletado

Hábitos de vida: Nega uso de drogas lícitas ou ilícitas.

- Exame físico

Sinais vitais: PA.120x70 Temperatura 36,5°C, Frequência cardíaca 85bpm, frequência respiratória 17irpm.

Ectoscopia: BEG, LOTE, eupneico, acianótico, corado, afebril.

Neurológico: Glasgow 15. Sem déficit neurológico.

Pulmonar: Murmúrio vesicular uniformemente audíveis , sem ruídos adventícios. Eupneico em AA

Cardíaco: Bulhas normofonéticas rítmicas 2 tempos, sem sopros. TEC <3,5seg.

Abdominal: Plano, indolor a palpação superficial e profunda. Sem sinais de peritonite.

Membros: Edema +/- de panturrilha esquerda, com lesão com centro necrótico com área de hiperemia.

4.4.2. Conduta

Medidas para picadas de aranha

-Dexametasona 0,1% 10g bisnaga-2x

-Sintomáticos

-Prednisona 20 mg 2cp ao dia

-Solicitação de exames laboratoriais.

Resultado do hemograma: Serie vermelha sem alterações significativas e serie branca leucócito de 10.060 e bastões 7%, neutrófilos 61%.

4.4.3. Discussão do Caso

O acidente por mordeduras de aranhas e escorpião é muito comum nas UPAS, e a população mais afetada são os jovens e adultos. Segundo a Secretaria de Saúde do Paraná, os acidentes são comuns em nosso estado e a picada dessa espécie pode ser indolor nas primeiras horas. Dias após, podem ocorrer outras alterações como necrose, dor de cabeça, mal-estar geral, náusea, dores pelo corpo.

As manifestações clínicas variam e são classificadas em:

LEVE: Edema, Eritema, Prurido e Dor discretos, podendo ter febre e mal estar, sem alterações laboratoriais

MODERADA: - Ponto de necrose, equimose, placa marmórea, necrose, dor em queimação, podendo ter febre, mal-estar, rash cutâneo, náusea, vômito, diarreia, mialgia, astenia, visão turva, sonolência.

GRAVE: - Necrose ou placa marmórea extensas, palidez, icterícia, oligúria ou anúria. Exames laboratoriais Leucocitose, T.C. diminuído, reticulócito aumentados, uréia e creatinina aumentados.

Saber reconhecer essa classificação, ajuda a minimizar possíveis complicações da picada. O diagnóstico presuntivo de uma picada é baseado em dados que paciente fornece e na apresentação clínica. Vale ressaltar, que através do exame físico foi visualizado a lesão de pele característica. (Vetter, et al., 2021).

O caso apresentado acima, é classificado como moderado. Analisando a sintomatologia (área de necrose) e hemograma, apresentou um discreto aumento dos leucócitos com desvio a esquerda. Outro fator analisado é o aumento de neutrófilos, característico da mordedura de aracnídeos.

4.4.4. Tratamento

O tratamento indicado para picada de aranha, além de sintomáticos deve ser prescrito conforme a gravidade do caso.

Segundo a Secretaria da Saúde do Paraná os casos de gravidade leve, deve ser prescrito analgésico e anti-histamínico. Já para os casos moderados, compressa fria e antissépticos locais. Os casos de maiores gravidades, prednisona

40 mg/dia adulto e uma 1mg/kg/dia em crianças durante 5 dias, compressa fria e antisséptico local.

4.4.5. Percepções Gerais

É de suma importância o saber o manejo desse tipo de acidente com animal peçonhento. Mesmo não sendo recomendado a utilização de corticoide nas de gravidade moderado, acredito que fez total diferença na melhora do quadro.

4.4.6. Lista de Problemas Levantados na Internação.

P1- Picada de aranha marrom

4.4.7. Diagnóstico Final

Picada de aranha

4.5. CASO DE CRISE CONVULSIVA

4.5.1. Apresentação do Caso Clínico

- Anamnésia

Identificação: A.F.K.L.; masculino; 38 anos; branco; desempregado; solteiro; natural de Santa Terezinha de Itaipu-PR

Queixa principal: “Convulsão”

História da doença atual: História coletada com a acompanhante (mãe). Relata que há 8 horas o paciente estava no CAPS II aguardando consulta com psiquiatra quando presenciou uma crise de um paciente com agitação psicomotora. A mãe alega que o paciente fica ansioso na presença de aglomeração de pessoas. O paciente relata que sente quando terá a crise convulsiva, pois “parece que a cabeça fica vazia”, e em seguida perde a consciência. Iniciou com mioclonias generalizadas, sialorréia. Durante o período de crise apresentou 10 episódios, com duração média de 3-5 minutos cada. A duração total da crise foi de aproximadamente 40 minutos. Após a crise, paciente relata cefaléia e espasmos nos

membros superiores. Nega outros sintomas.

Antecedentes patológicos: Acidente de moto há 8 anos, que precipitou o quadro de crises convulsivas. Nega outras comorbidades. Nega alergia medicamentosa.

Medicamentos de uso contínuo: Fenitoína 100mg (1-1-1), fluoxetina 20mg (2-0-0), Haloperidol 5mg (0-0-1), Diazepam 5mg (0-0-1)

Antecedentes familiares: Não coletados

Hábitos de vida: Usuário de maconha. Etilista.

- Exame físico

Sinais vitais: Temperatura 36,5°C; PA 110/60; Frequência cardíaca 63 bpm ; Frequência respiratória 18 irpm; Sat O2 98% em a.a.; HGT 106.

Ectoscopia: REG, acianótico, anictérico, afebril ao toque, normocorado, hidratado.

Neurológico: Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem sinais meníngeos.

Pulmonar: Murmúrio vesicular universalmente audível, sem ruídos adventícios, sem sinais de esforço respiratório.

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

Abdominal: típico, flácido, depressível, indolor à palpação superficial e profunda. Não palpo visceromegalias. Sem sinais de peritonite.

Membros: Extremidades: quentes e bem perfundidas. Panturrilhas livres. Força muscular preservada em todos os membros. Pulsos periféricos presentes, cheios e simétricos.

4.5.2. Conduta

Fenitoína Sódica 50 mg / ml Ampola

Solicito exame lab. de rastreio.

Oriento equipe sobre vigilância hemodinâmica e neurológica.

4.5.3. Discussão Clínica

O manejo de pacientes com crise convulsiva está focado em três

objetivos centrais: controle das convulsões, evitar efeitos colaterais do tratamento proposto e restaurar a qualidade de vida do paciente. Nesse sentido, a mudança de estilo de vida ajuda a diminuir as crises e entender sobre gatilhos pode ajudar a diminuir as recorrências. Com isso, estabelecer um tratamento ideal, levando em consideração o tipo de convulsão, intensidade e frequência ajuda a minimizar os danos. (Schachter, et. al.2022).

Ao receber um paciente com crise convulsiva, deve-se pensar nas causas desencadeadoras. Pois, são elas, que podem tornar ainda mais grave o quadro atual, e mesmo com intervenções elas não cessarem. Sendo assim, descartar os gatilhos faz-se necessário.

As crises podem ser classificadas em Provocadas por:

Distúrbio metabólicos

- Glicemia < 36 ou > 45 mg/dl c/ cetoacidose
- Sódio < 115 mg/dl
- Cálcio < 5,0 mg/dl
- Magnésio < 0,8 mg/dl
- Ureia >100 mg/dl
- Creatinina > 10 mg/dl

Os distúrbios metabólicos devem ser considerados como causa de uma crise em até 24h da sua normalização!

As crises provocadas são sempre generalizadas, com uma única exceção: distúrbios glicêmicos.

Outros distúrbios

Intoxicações e Abstinências

Álcool- abstinência com última ingesta entre 6-48 horas

Cocaína, crack e outras drogas ilícitas.

E as crises sintomáticas agudas → são aquelas causadas por dano estrutural neurológico agudo. Seguem as principais causas:

AVC, hemorragia subaracnóidea, trauma crânio encefálico, neurocirurgia, encefalopatia hipoxia, infecção ativa no SNC

Epilepsia → se o paciente tiver duas crises não-provocadas com intervalo maior que 24h entre elas OU uma crise não provocada mais risco de recorrência ≥60% (alteração de neuroimagem, EEG, crise noturna ou lesão cerebral prévia) ou diagnóstico de uma síndrome epiléptica.

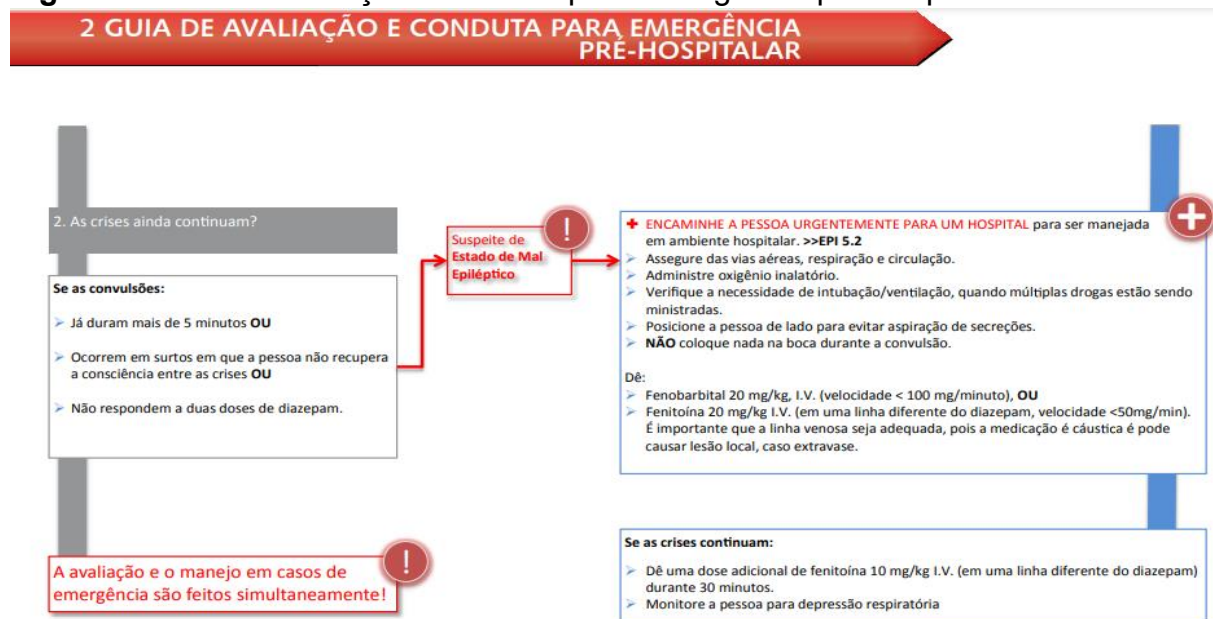
Discorrendo sobre o caso apresentado, o paciente chegou no pronto atendimento, já em pós-ictal e estava hipoativo. Segundo informações fornecidas pela acompanhante (mãe), foi do tipo tônico-clônica generalizada. E teve como fator, precipitante, um estímulo ambiental.

Ao receber os resultados dos exames, para descarte de fatores predisponentes das convulsões, estava tudo dentro da normalidade.

4.5.4. Tratamento

O tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde no caso de crise convulsiva, pode ser explicado pelo fluxograma abaixo.

Figura 6: Guia de avaliação e conduta para emergência pré-hospitalar



Fonte: Beghi, 2010

Segundo Beghi et al. (2010) a primeira conduta seria o Diazepam na dose 10 mg endovenoso podendo ser realizado até 2 vezes caso a crise não se resolva. A utilização de fenitoína logo de iniciou, sem antes utilizar o Diazepam está contraindicada. Só é justificada sua utilização após, a continuidade das crises.

Dose da fenitoína – ataque 15-20mg/kg endovenoso em bomba de infusão correr 50 mg/minuto.

Dose de manutenção de 100 mg endovenosa de 8 em 8 horas.

Já o tratamento de uso contínuo para prevenção das crises, baseia-se na tolerabilidade dos efeitos colaterais. A escolha de um anticonvulsivante deve ser individualizada levando em conta interações medicamentosas, condições médicas comórbidas. Sendo assim, o médico deve formular planos de tratamento com base em combinações de drogas, correlacionado as características individuais de cada paciente.

4.5.5. Percepções Gerais

Como supra citado a cima, às crises convulsivas é algo recorrente no pronto atendimento. Saber condutas, para o manejo e pensar nos gatilhos dos episódios agudo e sanar possíveis causas ajudam na diminuição das crises. Vale ressaltar, a importância no acompanhamento desses pacientes, após a primeira crise.

4.5.6. Lista de Problemas Levantados na Internação.

P1. Crises convulsivas reentrantes

P2. Estado de mal epilético?

4.5.7. Diagnóstico Final

Crise convulsiva.

4.6. CASO DE IAM

4.6.1. Apresentação do Caso Clínico

- Anamnésia

Identificação: B.C.E.; feminino; 62 anos; branca; aposentada; viúva; natural de São Paulo.

Queixa principal: “Dor no peito há mais de 48 horas”

História da doença atual: Paciente admitida nesta unidade relata que há cerca de 48 horas, iniciou o quadro com dor torácica retroesternal associada

a dispnéia. Refere ter percebido que os pés foram ficando edemaciado, náusea e sudorese. A dor é em pontada, mesmo em repouso, não conseguindo realizar tarefas diárias. A noite refere que há cerca de 2 meses, acordar em sobressalto parecendo que está afogada e necessita de 3 travesseiros para conseguir dormir por causa da dispnéia. Nega doenças cardíacas prévias.

Antecedentes patológicos: Hipertensa há mais de 10 anos, Diabetes Mellitus há 5 anos - parou medicações por conta própria.

Antecedentes familiares: Não coletado

Hábitos de vida: Ex-tabagista, nega etilismo.

- Exame físico

Sinais vitais: Temperatura 37°C, PA119x110 frequência cardíaca 100bpm, frequência respiratória 25irpm, saturação 93%

Ectoscopia: BEG, hidratada hipocorada ++/4+, anictérica, acianótica eupneica em Ar Ambiente.

Neurológico: Glasgow 15, pupilas isofotorreagente, sem déficits focais.

Pulmonar: Murmúrio Vesiculares presentes, com crepitação bibasal.

Cardíaco: Bulhas normofonéticas 2 tempo, sem sopros audíveis.

Pulsos periféricos cheios, rítmicos e simétricos. Tempo de enchimento capilar (TEC) < 3 seg.

Abdominal: Globoso a custa de tecido adiposo, indolor a palpação superficial e profunda. Sem sinais de peritonite.

Membros: MMII edema bilateral simétrico com cacifo 1+/4+

4.6.2. Conduta

- 1) Solicito curva enzimática
- 2) Solicito avaliação pela cardiologia
- 3) Sintomáticos

Exames laboratoriais: Troponina 128, CKMB 20, CPK 152

Medicamentos utilizados: Enalapril, maleato 20 mg 1cp

Sinvastatina 40 mg 1cp

Carvedilol 3.125 mg 3 cp

Clopidogrel, bissulfato 75 mg 1 cp

Ácido acetilsalicílico 100 mg 1cp

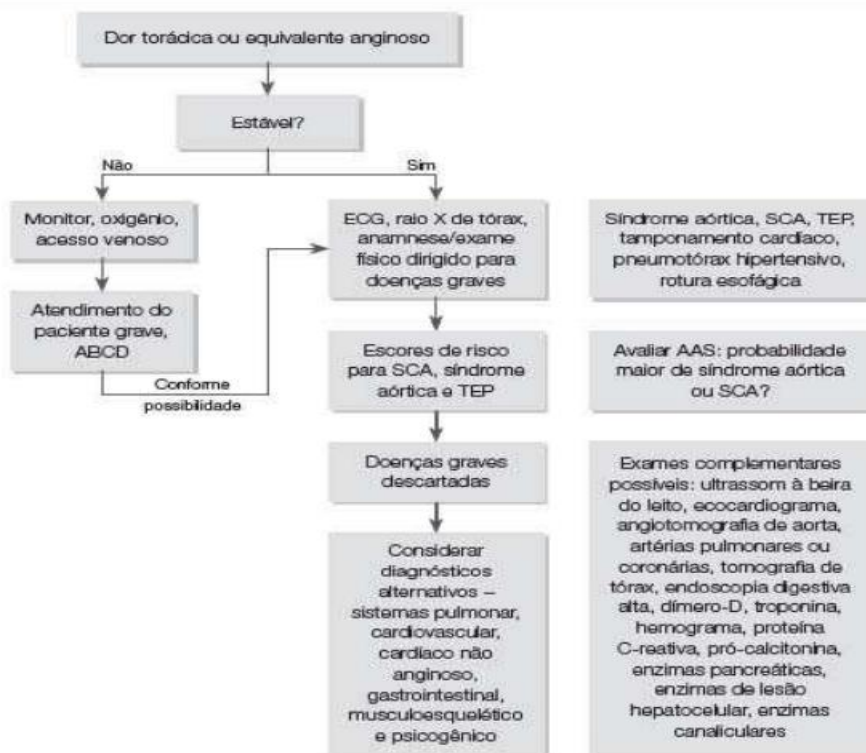
4.6.3. Discussão do Caso

A Sociedade Brasileira de Cardiologia, enfatiza a gravidade das condições clínicas que se manifestam com dor na região do tórax e preconiza o atendimento de imediato. O seu diagnóstico deve ser rápido e preciso. Como a síndrome coronariana aguda (infarto agudo do miocárdio e angina instável) representa quase 1/5 das causas de dor torácica nas salas de emergência, e por possuir uma significativa morbimortalidade, a abordagem inicial desses pacientes é sempre feita no sentido de confirmar ou afastar este diagnóstico. (SBC,2021).

Neste caso apresentado, pode-se observar uma paciente do sexo feminino com vários fatores de risco para Infarto agudo do miocárdio (IAM), (diabetes e hipertensa), com busca pelo atendimento tardiamente. Com o passar das horas do início dos sintomas, que são bem característicos, conhecidos como “equivalentes isquêmicos” que são: dispnéia, sudorese, e podendo estar presente edema agudo de pulmão. Vale ressaltar, que pela paciente ser diabética a percepção da dor retroesternal pode estar diminuída e até mesmo ausente. (SBC, 2021).

Pensar nas principais causas de dor torácica e em seu diagnóstico diferencial, através da história clínica, exame físico e dos dados laboratoriais, é uma maneira de ser mais resolutivo possível, mesmo com o atraso do paciente em procurar o pronto atendimento. Com isso, é uma maneira de se atuar para tentar diminuir a morbimortalidade. Sendo assim, reconhecer um IAM, dar medidas de suporte e iniciar o protocolo de dor torácica, até o encaminhamento para o serviço de referência contribui na sobrevivência desses pacientes.

Figura 7: Dor torácica



Fonte: Miranda,2019.

A dor torácica é o principal sintoma em um paciente com Síndrome Coronariana Aguda (SCA). O Eletrocardiograma deve ser realizado e interpretado nos primeiros 10min do contato médico com pacientes suspeitos para SCA, e seus achados podem diferenciar o paciente em dois grupos:

Síndrome Coronariana Aguda com Supra de ST: paciente com dor torácica aguda e supra desnivelamento persistente do segmento ST ou bloqueio de ramo esquerdo (BRE) novo ou presumivelmente novo, condição geralmente relacionada com oclusão coronariana e necessidade de reperfusão imediata.

Síndrome Coronariana Aguda sem Supra de ST: paciente com dor torácica aguda sem supra desnivelamento persistente do segmento ST, associado ou não a outras alterações de ECG que sugerem isquemia miocárdica de alguma natureza com amplo espectro de gravidade: elevação transitória do segmento ST, infra desnivelamento transitório ou persistente do seguimento ST, inversão de onda T, outras alterações inespecíficas da onda T (plana ou pseudonormalização) e até mesmo ECG normal. Neste grupo, estão os pacientes com angina instável (AI), ou

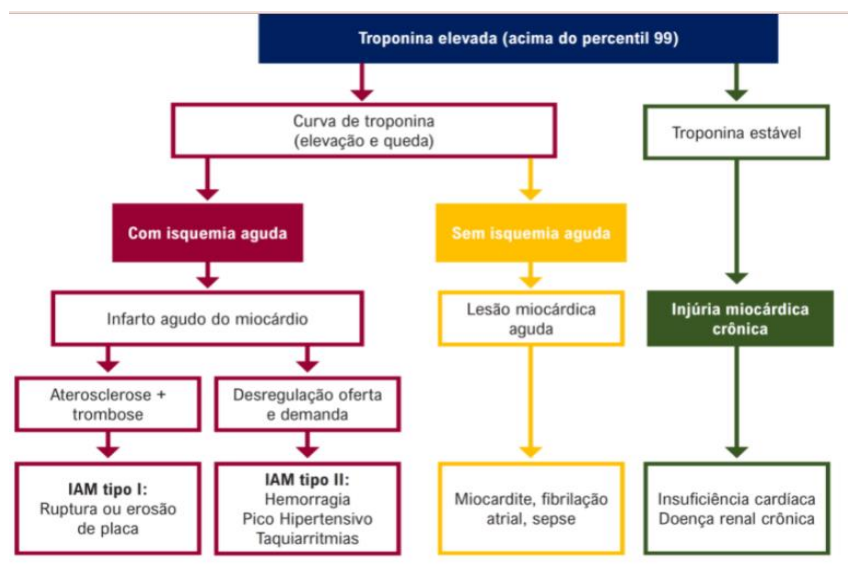
seja, sem alterações de marcadores de necrose miocárdica, e aqueles com infarto agudo do miocárdio sem supra desnivelamento do segmento ST (IAMSSST), quando há elevação de marcadores de necrose miocárdica.

A paciente deu entrada no pronto atendimento na UPA e foi realizado o eletrocardiograma como preconizado dentro dos 10 minutos e sua análise a pronto foi feita tendo como alteração.

ECG: Supra v5 v6 e d1 e supra d2, onda q d3 e avf. IAM com supra de ST, e foi iniciado o protocolo de IAM com supra de ST e fazendo já em seguida a regulação para o Hospital Ministro Costa Cavalcanti.

Vale ressaltar que no atendimento inicial, não foi solicitado o perfil de enzimas cardíaca, o mesmo só foi realizado após o hospital de referência solicitar. O protocolo de dor torácica inclui, ECG, enzimas cardíacas e RX de tórax. 1º Troponina-128 após pedido da referência.

Figura 8: Fluxograma- Troponina elevada



Fonte: Miranda, 2019.

4.6.4. Tratamento em pronto atendimento

MOV+ ABCDE

- Oxigenioterapia: Recomendação
- Oxigênio (2 a 4l/min) em pacientes com risco intermediário e alto, na presença de Saturação de O₂ < 90% e/ou sinais clínicos de desconforto

respiratório.

Analgesia

- Administrar sulfato de morfina em pacientes que mantêm dor contínua, apesar de terapia anti-isquêmica otimizada
- Administrar benzodiazepínicos em pacientes com sinais e sintomas de ansiedade
- Anti-inflamatórios não esteroides (AINE) não devem ser administrados (com exceção do AAS) em pacientes com suspeita de IAM.

Nitrato

- Uso de nitrato sublingual para alívio da angina
- Uso de nitrato endovenosa para controle de angina, hipertensão arterial ou sinais de congestão

Betabloqueador

- Administrar betabloqueadores VO nas primeiras 24 horas em pacientes sem condições (sinais de insuficiência cardíaca, sinais de baixo débito, risco aumentado de choque cardiogênico ou outras contraindicações aos betabloqueadores).
- Administrar betabloqueador IV em pacientes de risco intermediário e alto com isquemia persistente, taquicardia e hipertensão, desde que não apresente sinais/ radiológicos de insuficiência cardíaca.
- Administrar betabloqueador IV em pacientes com fatores de risco para choque cardiogênico.

Figura 9: Terapia antiplaquetária

Terapia antiplaquetária inicial - Sumário de recomendações e evidências	
O uso de AAS é recomendado na sala de emergência o mais precoce possível em todos pacientes sem contraindicação, em dose inicial de 150 a 300mg (pacientes sem uso prévio de AAS) e dose de manutenção de 75 a 100mg.	I A
E recomendado o uso de um inibidor receptor P2Y ₁₂ em adição a AAS, exceto contraindicações ou elevado risco de sangramento.	I A
Não realizar pré-tratamento com segundo antiplaquetário inibidor do receptor P2Y ₁₂ nos pacientes instáveis e/ou com risco elevado, indicados para estratégia invasiva de forma imediata, sendo sua utilização recomendada para sala de cateterismo, quando anatomia coronariana conhecida e ICP programada.	I B
Não há indicação rotineira de se iniciar iP2Y ₁₂ como pré- tratamento em pacientes indicados para estratégia invasiva precoce (< 24h).	I B
Prasugrel (dose de ataque) na sala de hemodinâmica somente após a realização da angiografia se a intervenção coronariana for programada em pacientes sem história de AVC ou AIT prévios.	I B
Ticagrelor (dose de ataque), independentemente da estratégia inicial conservadora ou invasiva.	I B
Clopidogrel (dose de ataque), independentemente da estratégia inicial (conservadora ou invasiva) na indisponibilidade ou contraindicação ao ticagrelor ou prasugrel.	I B
Em pacientes alérgicos a AAS, está indicada monoterapia inicial com inibidor P2Y ₁₂ (uso preferencial de ticagrelor ou prasugrel).	I C
Clopidogrel (dose de ataque), independentemente da estratégia inicial (conservadora ou invasiva) em pacientes de muito alto risco para sangramento ou necessidade de anticoagulação oral a longo prazo.	IIa C
Estratégia de pré-tratamento com prasugrel	III

Fonte: Miranda, 2019.

Ecocardiograma

Disfunção de diastólica Grau I do VE

Refluxo valvar tricúspide discreto

Derrame pericárdico moderado em parede livre de VE (17mm) e (13mm) em parede livre de VD e AD, sem sinais ecocardiográficos sugestivos de tamponamento no presente exame.

Tratamento para referência de SCA

Levando em consideração a nossa localidade, o hospital referência para o tratamento da SCA é o Hospital Ministro Costa Cavalcanti. Os pacientes com essa patologia devem ser encaminhados para avaliação cardiológica e possíveis intervenções. O cateterismo é o exame de escolha, pois além de diagnóstico também é tratamento.

4.6.5. Percepções Gerais

Está problemática de se negligenciar a própria saúde, é algo que cada vez mais aumenta. Os pacientes preferem ficar em casa, com quadros que necessitam de intervenção pelo alto risco de mortalidade, do que enfrentar filas nas

UPAs e quando conseguem ser atendidos, ainda continuam na maioria das vezes com quadros sem resolutividade. Basicamente vemos doenças negligenciadas e doentes abandonados à própria sorte.

Quando nós deparamos com um caso assim, faz-se pensar o que é de errado. Seres humanos preferindo ficar em casa com suas mazelas, do que ir buscar ajuda a quem se propõem a isso. Vive-se o desespero do sistema de saúde, em que as pessoas têm medo do adoecer e medo do profissional que poderia ser resolutivo nessas situações.

Final do atendimento após 2 tentativas de encaminhamento para o Hospital Ministro Costa Cavalcanti, que foram negadas. Sendo indicado pela referência o acompanhamento na Unidade Básica de Saúde. Mesmo com a insistência do médico na vaga a paciente não quis aguardar e evadiu.

4.6.6. Lista de Problemas Levantados na Internação.

P1. Hipertensão, Diabetes Mellitus

P2. IAM com supra de ST-Duração superior a 48 horas

P2. ICC descompensada

4.6.7. Diagnóstico Final

Infarto Agudo do Miocárdio

4.7. CASO DE USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIA E ALUCINAÇÕES

4.7.1. Apresentação do Caso Clínico

- Anamnésia

Identificação: S.F.F; masculino; 35 anos; negro; comerciante; solteiro; natural de Bahia.

Queixa principal: "Vê vultos"

História da doença atual: Paciente, encaminhado do acesso saúde por uso abusivo de cocaína. Paciente refere que teve recaída do uso de cocaína há 1 mês, desde que os familiares foram morar na Espanha. Refere alucinações visuais " vê vultos" e auditivas, sintomas que se agravam após o uso da droga.

Relata ter medo de fazer algo ruim para os outros. Estava há 8 meses em abstinência da droga, no momento paciente apresenta-se agitado, com movimentos das mãos repetitivos.

Antecedentes patológicos: Nega doenças crônicas e alergias medicamentosas. Usuário de cocaína.

Medicamento de uso contínuo: Fluoxetina 40 mg (1-0-0), Amitriptilina 25 mg (0-0-2), Carbamazepina 200 mg (1-0-1), Lítio 300 mg (1-0-0), Risperidona 2 mg. (1-0-1)

Antecedentes familiares: Mãe e pai hipertensos.

Hábitos de vida: Usuário de cocaína desde os 17 anos. Nega uso de álcool.

- Exame físico

Sinais vitais: PA 130/80 mmHg, frequência cardíaca 95bpm, frequência respiratória 20 irpm. Saturação de O₂ de 97%.

Ectoscopia: BEG, corado, orientado, afebril, anictérico, acianótico.

Neurológico: Glasgow 15, pupilas isofotorreagente, sem sinais de irritação meníngeas.

Pulmonar: Murmúrio vesiculares presentes, sem ruídos adventícios. Eupneico em AA // sem sinais de esforço respiratório.

Cardíaco: Bulhas rítmicas normofonéticas 2 tempos sem sopros.

Abdominal: flácido, indolor à palpação superficial e profunda. Sem sinais de Peritonite.

Membros: sem edema. Panturrilha livre.

4.7.2. Conduta

Orientações

Solicito laboratório

Solicito avaliação no HMPGL psiquiatria

Exames laboratoriais dentro da normalidade

Medicamentos utilizados no período de internação: Diazepam 10 mg

1 Cp.

4.7.3. Discussão do Caso

O abuso do uso de substância segundo Dugosh et al. (2021) é cada vez mais comum, principalmente na faixa etária dos jovens e adultos. A avaliação inicial deve ser pautada no tipo e na gravidade da droga. Reconhecer e compreender a percepção do paciente sobre sua condição e prontidão de mudar. Quando essas pessoas chegam ao serviço, elas são estigmatizadas e na maioria dos casos não recebem um atendimento humanizado e adequado.

Deve-se ressaltar, a importância dos sintomas de risco já que existem uma gama de manifestações clínicas. Muito se depende da química utilizada e o manejo inicial é pautado em padrões e estabilização aguda. Um breve exame de triagem, avaliação das vias aéreas, sinais vitais, estado mental, tamanho da pupila e temperatura e umidade da pele faz-se necessário.

Avaliação inicial deve ser sistematizada como acima citado, e também o ABC.

“A” - Estabilização de vias aéreas, se necessário opta-se pela intubação.

“B” - Respiração, Administrar oxigênio de alto fluxo a todos os pacientes gravemente enfermos com suspeita de overdose.

“C” - Circulação, avaliar se o paciente tem hipotensão, bradicardia, taquicardia.

“D” - Incapacidade e estabilização neurológica.

O caso relatado chama a atenção pois, o paciente é um pouco diferenciado em relação a parte financeira. Sua família tem poder aquisitivo bom, diferente da maioria dos pacientes que frequenta o pronto atendimento. Mesmo com isso, se aproxima muita de toda família de usuário de drogas, acaba abandonando o doente pelo cansaço de tentar lutar contra o vício.

Quando deu entrada no serviço, o paciente estava em surto psicótico provocado pelo uso de grande quantidade de cocaína, e pela situação de agitação foi receitado Diazepam e para minha surpresa 1 dose já o acalmou, diferente do que acontece na maioria das vezes. Depois de se acalmar fui tentar entender um pouco de sua história, que começou nas drogas por brincadeira há muitos anos e nunca mais conseguiu ficar sem. Sua família tentou vários

internamentos sem sucesso, e foi morar na Espanha deixando-o aqui (situação que preferiu não entrar em detalhes).

A Sociedade Brasileira de Psiquiatria recomenda uma avaliação psiquiátrica abrangente é essencial para orientar o tratamento do paciente com Transtorno do Uso de Substância (TUS). Esta avaliação deve incluir

- 1) histórico detalhado do uso de substâncias e dos efeitos da substância no funcionamento cognitivo, psicológico e fisiológico do paciente no presente e no passado do paciente;
- 2) história médica geral e psiquiátrica e exame físico geral;
- 3) história dos tratamentos psiquiátricos e a resposta terapêutica obtidos previamente;
- 4) história familiar e social;
- 5) triagem da substância utilizada através do sangue, da respiração ou urina;
- 6) outros testes laboratoriais para ajudar a confirmar a presença ou ausência de condições que frequentemente coocorrem com o uso da substância, como, por exemplo, eletrólitos, hemograma, eletrocardiograma (ECG) etc.;
- 7) com a permissão do paciente, deve-se entrar em contato com pessoa que possa oferecer informações adicionais. O atendimento emergencial a pacientes agudos ou que necessitem de cuidados intensivos psiquiátricos deve ser feito no nível da atenção primária, em PSG, ou em UEP.

Tabela 4: Sinais e sintomas da síndrome de opioides

Fase antecipatória (3-4 horas após o uso)	Fase inicial (8-10 horas após o uso)	Fase total (1-3 dias após o uso)	Fase tardia (por até seis meses)
Medo da falta do opioide	Ansiedade	Ansiedade severa	Hipotensão
Comportamento de busca	Inquietação	Tremor	Bradicardia
Ansiedade	Bocejos e espirros	Inquietação	Perda de energia
Fissura	Sudorese	Piloereção	Inapetência
	Lacrimejamento	Vômitos	Insônia
	Rinorreia	Diarreia	Fissura
	Obstrução nasal	Espasmo e dor muscular	
	Náuseas	Aumento da PA	
	Midríase	Taquicardia	
		Febre e calafrios	

Fonte: CREMESP/AMB, 2003.

4.7.4. Tratamento

A intoxicação aguda

Os efeitos agudos dos estimulantes em geral são bem conhecidos. Entre as respostas fisiológicas a essas substâncias estão o aumento da pressão arterial, das frequências cardíaca e respiratória, da temperatura corporal, dilatação pupilar, estado de alerta elevado e aumento da atividade motora.

Os pacientes podem ser tratados com benzodiazepínicos, e o tratamento pode englobar o uso de sintomáticos.

Vale ressaltar, a importância no atendimento Tratamento do abuso do uso de substâncias, é a continuidade do cuidado, que na maioria dos casos isso não ocorre. O fluxo do atendimento na cidade de Foz do Iguaçu, desse paciente, seria UPAs e encaminhamento para o HMPG e na alta hospitalar fazer interligação da rede com os CAPS e a Assistência Social.

Com o número de estudos e maior compreensão dos processos biológicos ao consumo abusivo de drogas, o transtorno por uso de substâncias tornaram-se estabelecidos como doença médica. Assim, essa doença possui várias formas de tratamento incluindo grupo de apoio, psicoterapia e fármacos. Os fármacos mais utilizados são terapia agonista (p.ex., terapia de reposição de nicotina, para cessação do uso do cigarro, metadona e buprenorfina para o transtorno por uso de opioides).

No caso do paciente supra citado, o abuso era por cocaína que atua bloqueando o transportador de dopamina e com isso aumenta a atividade cerebral. Esse bloqueio causa uma intensificação na atividade dopaminérgica em regiões em regiões críticas do cérebro

Antagonista de dopamina, Modafinil, são algumas alternativas, mas ainda com pouco evidência.

4.7.5. Percepções Gerais

A abordagem aos pacientes que faz algum tipo de abuso de substância, ainda é muito difícil. Por se tratar de uma doença com estigmas, de pessoas considerada pela sociedade com falta de vontade para deixar o vício. Mas

não entendem todo sistema complexo cerebral, entre a compulsão e a obsessão.

Os serviços existentes para desintoxicação e tratamento, na maioria das vezes não são eficazes, pois ao invés de inserir essas pessoas na sociedade colocam elas em um sistema de reclusão. E nesse sentido, quando conseguem ficar um tempo sem usar, na volta ao meio social acabam tendo recaídas ainda maiores. Assim como em um ciclo vicioso, o que sobra para essas pessoas é se acabar em uma química, perder sua dignidade, entes queridos e por fim o a overdose.

Outro ponto importante é a dificuldade dos profissionais em lidar com essa problemática. No pronto atendimento, local onde essas pessoas em uma crise ou overdose buscam, deveriam receber um atendimento humanizado, mas pelo contrário, são deixados a margem do atendimento e mal tratado. Portanto, fica claro o quando precisa-se estudar e evoluir no cuidado desse paciente.

4.7.6. Conclusão do Caso

Como o paciente ficou muito tempo esperando na UPA pela vaga na ala psiquiátrica e estava sentindo abstinência da droga ele evadiu.

4.7.7. Lista de Problemas Levantados na Internação.

P1. Ansiedade, Depressão

P2. Abuso de substância

P3. Abstinência

4.7.8. Diagnóstico Final

Abuso do uso de substância

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1. SEQUÊNCIA RÁPIDA DE INTUBAÇÃO.

A indicação da realização da intubação orotraqueal seja para proteção de via aérea, ou ajudar o paciente para melhor oxigenação, engloba uma sequência. Essa sequência, tem um agente indutor, um agente bloqueador

neuromuscular. Nesse sentido, estes dois agentes ajudam no processo da intubação e contribuem para realização do procedimento.

A escolha dos fármacos para realização do procedimento da sequência rápida de intubação (SRI), leva em consideração a condição clínica do paciente. No contexto da UE. Existem protocolos estabelecido de como realizar a SRI, e também a segurança que o médico tem com determinado fármaco. A sedação chamada de padrão tem como agente indutor etomidato na dose de 0,3 mg/kg intravenoso, o Fentanil que é um sedativo-analgésico na dose de 5mcg/kg intravenoso e um bloqueador neuromuscular que é a Succinilcolina. (BROWN et al.2020).

Foi realizado na UPA João Samek, com o auxílio do Dr. A. R. Sabbi, a indicação para esse procedimento em uma paciente com rebaixamento do nível de consciência, e como medida protetiva de via aérea. A realização do procedimento ocorreu sem intercorrências e com ajuda da equipe. O comando levou em conta a regra dos 7 passos:

1- Preparação- O paciente já estava monitorado, posicionado e tudo pronto para iniciar.

2- Pré-oxigenação- Bolsa-válvula-máscara. Iniciei a com a colocação cerca e comecei a oxigenação.

3-Otimização

4- Zero consciência e zero reflexo- Dei o primeiro comando para iniciar as drogas.

Assim que fez o bloqueador neuromuscular, a paciente entrou em apneia.

5- Posicionamento – Realiza-se a laringoscopia e a hora que estava visualizando as cordas vocais, começou a voltar conteúdo gástrico e eu perdi totalmente a visão, sendo necessário a aspiração. A paciente nesse momento começou a hipossaturar, mas eu me mantive calma e abusei, e tentei uma outra vez a laringoscopia.

6-Posicionamento com comprovação. Como vi o tubo passando, não queria mais soltá-lo e insuflar o cuff.

7- Avaliação pós tudo- Estava certa que estava entubada, mas o Dr Sabi veio e realizou a confirmação da intubação e viu se não estava seletiva.

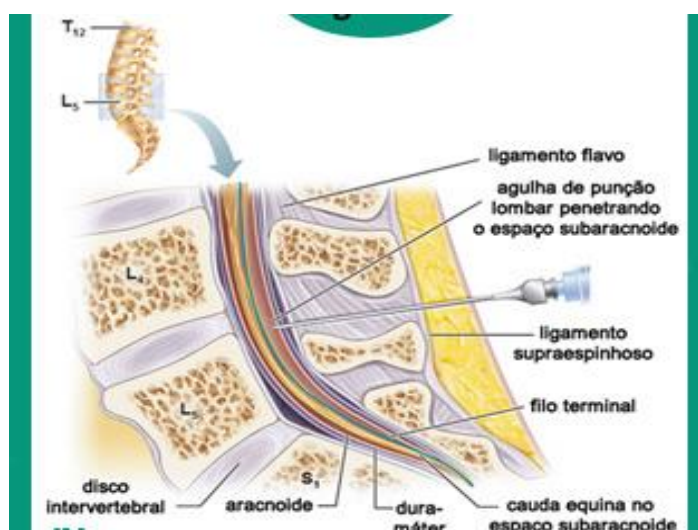
5.2. COLETA DE LÍQUOR

A punção lombar ajuda no diagnóstico de urgência de infecções bacterianas, fúngicas e bacterianas que se encontram no sistema nervoso central. A indicação desse procedimento foi em uma paciente com perda ascendente de força em MMII, de forma aguda e sua principal suspeita era Guillain-Barré. A indicação e realização deste exame para confirmação do diagnóstico e descartar outras patologias que cursam com a sintomatologia.

A realização do procedimento deve se explicar para a paciente como o exame é realizado. Fazer uma análise da coluna e possível posicionamento antes de iniciar a técnica é de suma importância. Realizei a palpação da crista ilíaca e o espaço entre L4 e L5, me paramentei e iniciei a antisepsia do local e aplicação do anestésico.

Em seguida, inseri a agulha de punção e na primeira tentativa já consegui acessar o espaço liquórico, foi coletado 2 vidros com 60 gotas cada.

Figura 10: Punção lombar



Fonte: GOOGLE IMAGENS,2021.

5.3. SONDAGEM VESICAL

Esse procedimento ao meu ver tem que ser realizado com muita delicadeza, pois o paciente está exposto e com sentimento de vergonha, é um

procedimento, que presenciei algumas iatrogenias principalmente em pacientes do sexo masculino, que é esquecido de voltar o prepúcio causando estrangulamento da glândula. As etapas do procedimento estão descritas a seguir:

Etapas do procedimento de sondagem vesical de demora em pacientes do sexo masculino

Lavar as mãos.

Reunir o material e levar até a paciente.

Promover ambiente iluminado e privativo.

Explicar o procedimento ao paciente ou acompanhantes, se for o caso.

Calçar luvas de procedimento.

Verificar as condições de higiene do pênis tendo o cuidado de expor a glândula para higienização eficaz, se necessário, higienize com água e sabão.

Posicionar o paciente em decúbito dorsal.

Retirar as luvas de procedimento.

Higienizar as mãos.

Organizar o material sobre uma mesa ou local disponível.

Abrir o pacote de sondagem, adicionando quantidade suficiente de antisséptico na cuba rim, pacotes de gaze sobre o campo estéril, seringas e agulha para aspiração.

Calçar as luvas estéreis.

Aspire a água destilada na seringa (com auxílio de um colega para segurar a ampola).

Teste o cuff e a válvula da sonda, instilando a água destilada.

Conecte a sonda no coletor de urina no sistema fechado, feche o clamp de drenagem que fica no final da bolsa e certifique-se que o clamp do circuito próximo da sonda esteja aberto.

Dobrar, aproximadamente, sete folhas de gaze e colocar na cuba com a clorexidina degermante.

Coloque lubrificante anestésico (Pediátrico: 3-5 mL. Adulto: 10-15 mL) na seringa, com a ajuda de um colega para apertar o tubo. Em recém-nascidos, coloque uma porção do lubrificante anestésico (após descartar o primeiro jato) sobre o campo e/ou sobre a extremidade da sonda.

Proceder à higiene do pênis com as gazes que foram embebidas na

clorexidina no sentido anteroposterior e lateral-medial com o auxílio das pinças.

Posicione o pênis do paciente perpendicularmente ao corpo.

Colocar o campo fenestrado.

Com a mão não dominante segurar o pênis. Injete lentamente o lubrificante anestésico no orifício uretral e aguarde de 3 a 5 min para o efeito anestésico do gel.

Com a mão não dominante segurar o pênis, em seguida, com a mão dominante, introduzir a sonda até retornar urina no intermediário da bolsa coletora, sendo seguro introduzir mais uma porção a fim de evitar inflar o balonete no canal uretral, pois o equipamento deve ser inflado no interior da bexiga urinária.

Inflar o balonete com água destilada e tracionar a sonda para verificar se está fixa na bexiga.

Retirar o campo fenestrado.

Remover o anti séptico da pele do paciente com auxílio de uma compressa úmida, secando em seguida.

Posicione o pênis sobre a região supra púbica e fixe a sonda com adesivo hipoalergênico, tendo o cuidado de não a deixar tracionada.

Pendurar a bolsa coletora em suporte localizado abaixo do leito (e não nas grades).

Auxilie o paciente a se vestir e/ou coloque a fralda descartável.

Deixe o paciente confortável.

Recolher o material, providenciando o descarte e armazenamento adequado.

Lavar as mãos novamente, retornar e identificar a bolsa coletora com nome do paciente, data, turno e nome do enfermeiro responsável pelo procedimento.

Registrar o procedimento no prontuário e/ou folha de observação complementar do paciente, atentando para as características e volume urinário.

Considerações: Esse procedimento foi realizado, pois como é feito em sua grande maioria pela equipe de enfermagem, quase pela correria do plantão não tive a oportunidade de fazer.

Já a sondagem vesical de demora para coleta de exame realizada 3 vezes, é um procedimento mais rápido e o paciente não necessita de ficar com a sonda, não correndo maior risco de infecções do trato urinário. Como citei acima é

um procedimento mais realizado pela equipe de enfermagem, que em umas das vezes que estava acompanhando a técnica ao realizar o procedimento ensinado para uma estagiária que a acompanhava relatou que não era necessário fazer a antissepsia e nem utilizar luva estéril porque era só colocar e tirar. No mesmo momento fiz uma consideração que a bexiga era estéril, que se havia bactéria ali ela estava empurrando para dentro da bexiga, não fui ouvida e até me questionei se estava certa e fui estudar sobre o tema.

Para que é indicado

Indicações

Cateterismo vesical de alívio ou intermitente: realizado com a sonda uretral (cateter de Nélaton):

Alívio para retenção urinária aguda;

Determinação do resíduo urinário;

Obtenção de uma amostra de urina para exame laboratorial;

Instilação intravesical de medicamentos;

Exploração da uretra.

Cateterismo vesical de demora: realizado com o cateter de Foley (cateter flexível com duplo ou triplo lúmen):

Drenagem vesical por obstrução aguda ou crônica;

Disfunção vesical (bexiga neurogênica);

Irrigação vesical;

Drenagem vesical após cirurgias urológicas e pélvicas;

Monitoramento do volume urinário em pacientes graves.

Incontinência urinária. Assegurar a higiene e a integridade da pele em região perineal.

Como é colocada a sonda vesical

O procedimento para colocar a sonda vesical deve ser realizado por um profissional de saúde e normalmente segue os seguintes passos:

Reunir todo o material necessário;

Colocar luvas e lavar a região íntima da pessoa;

Lavar as mãos;

Abrir o pacote de cateterismo junto à pessoa, de forma estéril;

Abrir o pacote da sonda e colocar junto à cuba, sem contaminar;

Colocar o lubrificante sobre uma das gazes do pacote;

Pedir para que a pessoa fique de barriga para cima, com as pernas abertas para o sexo feminino e as pernas juntas, para o sexo masculino;

Calçar as luvas esterilizadas do pacote de cateterismo;

Lubrificar a ponta da sonda;

Para o sexo feminino, fazer a anti-sepsia com a pinça montada, separando os pequenos lábios com o polegar e o indicador, passar uma gaze molhada de anti-séptico entre os grandes e pequenos lábios e sobre o meato urinário;

Para o sexo masculino, fazer anti-sepsia na glândula com a pinça montada com gaze umedecida no anti-séptico, afastando com o polegar e o indicador da mão esquerda o prepúcio que cobre a glândula e no meato urinário;

Pegar a sonda com a mão que não entrou em contato com a região íntima e introduzir na uretra, e deixar a outra extremidade dentro da cuba, verificando a saída da urina;

Inflar o balão da sonda com 10 a 20 mL de água destilada.

Em resumo: Sempre deve ser um procedimento estéril.

5.4. SUTURAS

Minha primeira experiência de sutura aconteceu na cidade, Mogi Mirim-SP, no segundo ano do curso de medicina. Como desde o primeiro ano fico no cirúrgico na minha cidade esse procedimento foi ensinado pela minha querida amiga DRA. Juliana Ajub é cirurgiã plástica. Foi em um umbigo, após uma abdominoplastia. Pronto foi amor à primeira sutura! adoro procedimentos!

Em Foz do Iguaçu, principalmente na UPA João Samek tive a oportunidade de ficar na sala de procedimentos, local em que fiz por diversas vezes suturas. O raciocínio clínico para suturar com segurança não é tão simples quanto parece, várias coisas tem que ser pensadas e avaliadas como:

- anamnese direcionada para entender como ocorreu o trauma,
- que fio utilizar, levando em consideração se é uma área de tensão,
- localidade do corte, característica desse corte,
- se é uma área que vai ficar uma cicatriz visível

- se o corte é limpo ou sujo (isso não te exige de uma boa antissepsia)
- que modelo de ponto utilizar
- avaliar a pele para ver como está a vascularização

Nesse período de prática do módulo de UE, fiz muitas suturas e aprimorei aprendendo com vários profissionais técnicas para melhoria dos pontos. Foram realizados mais de 30 procedimentos com a seguinte técnica.

Assepsia adequada: infecções podem fazer deiscência de sutura, por que enfraquecem e destroem os tecidos.

Bordas regulares: facilita a exposição das suturas e sua execução.

Boa captação das bordas: bordas bem alinhadas e coaptadas facilitam o processo de cicatrização, reduz formação de queloides e contribui para uma melhor estética.

Hemostasia: hematomas dificultam a cicatrização e favorecem infecções (meio de cultura para os microrganismos).

Evitar espaço morto: pode haver acúmulo de líquidos e afastar os tecidos.

Realizar por planos: promove bom confronto das bordas e evita o espaço morto.

Realizar a técnica adequadamente: adequar a sutura ao tecido, com relação à tensão, tipo de fio e espaçamento correto entre os pontos.

Evitar isquemia e corpos estranhos

Utilizar material apropriado

Quando o procedimento não é indicado

Feridas/lesões infectadas;

Mordidas de animais;

Perfurações profundas;

Debris que não podem ser completamente removidos;

Suturas que demandam muita tensão do tecido;

Feridas com sangramento ativo não controlado;

Feridas superficiais (escoriações e erosões),

Considerações: Em relação a sutura a prática difere um pouco da teoria, pois vivenciei algumas diferenças em quando se faz ou não a sutura, e

alguns profissionais têm a sua visão sobre a técnica. Uma exemplificação disso ocorreu em várias mordeduras de cães, que devido a sua extensão foi passado que era indicado realizar o procedimento porque segundo o médico não iria cicatrizar por segunda intenção.

Segundo o up to date temos: A Infectious Diseases Society of American (IDSA) não recomenda o fechamento primário de mordidas de cão ou gato, exceto para lacerações faciais; a face é uma exceção porque é cosmeticamente importante e tem menor taxa de infecção em relação a outras áreas, talvez devido ao melhor suprimento sanguíneo.

Em geral, a maioria dos especialistas é favorável ao fechamento primário de lacerações por mordidas de gato em outras regiões que não a face, de acordo com a IDSA. No entanto, alguns especialistas são a favor do fechamento primário de lacerações devido a mordidas de cachorro no tronco, braços ou pernas (embora não nas mãos ou pés). A abordagem depende das circunstâncias individuais, incluindo a natureza da ferida, se a irrigação e o desbridamento podem limpar razoavelmente a ferida e o estado imunológico do hospedeiro.

A profilaxia de antibiótico é sempre recomendada com Amoxicilina + Clavulanato.

Importante: Fechamento primário - feridas causadas por objetos limpos e pontiagudos que podem sofrer fechamento primário a qualquer momento em até 12 a 18 horas a partir do momento da lesão; a localização no tronco ou extremidade proximal e a ausência de outros fatores de risco favorecem o sucesso no fechamento posterior. As feridas da cabeça e do pescoço podem ser fechadas até 24 horas após a lesão devido ao rico suprimento vascular da face e do couro cabeludo.

Em resumo: o que vários profissionais dizem que não poder suturar depois de 6 horas de trauma, deve ser pensado, sempre se deve levar em consideração o benefício do procedimento para o paciente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A espera dos primeiros anos do curso de medicina pelo internato, de estar no hospital de saber mais sobre as mazelas da humanidade enche o coração do calouro. Espera-se arduamente pelo dia, do início da prática, e quando esse dia

chega o coração se enche de renovo. E ao final desse módulo tão intenso, me considero feliz em alguns aspectos mais triste em outros.

A alma do estudante de medicina por várias vezes vai do céu até o inferno em cerca de segundos. E ali no contato com o paciente a ânsia de querer ajudar, as vezes é frustrada por profissionais cansados causado por uma pandemia, e até mesma por carga horarias exaustivas. Por vezes, comentários de que daqui alguns anos vou mudar meu jeito de atender, e não serei mais assim com as pessoas conforme o cansaço falar mais alto.

O aprendizado foi intenso e ao mesmo tempo amedrontador ao se presenciar às patologias, e torna-se ainda mais complexo, já que cada paciente é um ser singular. No campo de prática, aprendi a testar meus limites principalmente a paciência e a gentileza, pois nem sempre éramos bem recebidos pela equipe. Ao contrário do que acontece em outros lugares, aqui em Foz do Iguaçu os estudantes não são tratados tão bem.

Felicidade tive muitas, as amizades com os colegas de profissão, principalmente criando vínculos, que ao dedicaram seus preciosos tempos sem nada ganhar, para explicar sobre eletro, como passar uma sonda vesical, como fazer uma coleta de sangue arterial. Laços foram criados e me despeço com a calma de entender que nunca saberei tudo, e que o tudo na vida de um paciente pode ser mão que afaga, ou o abraço que acolhe. Ao final dedico este relatório ao meu Pai que tinha tanto orgulho de ter uma filha médica, e espero que os anos de profissão não me traga o amargor do cansaço, mas sim a leveza de entrega ao próximo o melhor que tive a oportunidade de apreender com meu querido professor.

Conclui-se esse relatório, com uma frase que expressa-se a mistura de sentimentos ao final do Módulo de Urgência e Emergência, que tanto conhecimento tanto profissional quanto de vida.

“ A alegria que senti na perspectiva diante de mim de ser o instrumento destinado a tirar do mundo uma das suas maiores calamidades foi tão excessiva que algumas vezes me encontrei em uma espécie de devaneio”- Edward Jenner

REFERÊNCIAS

RESOLUÇÃO CFM nº 2.077/14. **Portal cfm, 2014**. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2021.

DIRETRIZES GUIA DE BOLSO. **Portal da urologia, 2017**. Disponível em: https://portaldaurologia.org.br/medicos/wp-content/uploads/2017/08/guideline_AUA_SBU-ilovepdf-compressed.pdf. Acesso em: 10 nov. 2021.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EM ADULTOS. **Uptodate, 2021**. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/guillain-barre-syndrome-in-adults-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis?search=guillen%20barre&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H11. Acesso em: 17 nov. 2021.

LOPES, Johnnatas Mikael et al. Hospitalização por acidente vascular encefálico isquêmico no Brasil: estudo ecológico sobre possível impacto do Hiperdia. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. 2016, v. 19, n. 01 [Acessado 19 Dezembro 2021], pp. 122-134. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010011>>. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010011>.

MARTINS, Herlon. **Medicina de Emergência: abordagem prática**. 12ª edição. São Paulo: Editora Manole, 2017.

ACIDENTES POR ARANHAS. **Secretaria da saúde do paraná, 2020**. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Acidentes-por-Aranhas>. Acesso em: 15 nov. 2021.

AVALIAÇÃO AMBULATORIAL DO ADULTO COM DOR NO PEITO. **Uptodate, 2021**. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/outpatient-evaluation-of-the-adult-with-chest-pain?search=dor%20toracica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H3549937692. Acesso em: 20 nov. 2021.

VISÃO GERAL DO TRATAMENTO DA EPILEPSIA EM ADULTOS. **Uptodate, 2021**. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-epilepsy-in-adults?search=crise%20convulsiva%20em%20adulto&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2. Acesso em: 20 nov. 2021.

AVALIAÇÃO AMBULATORIAL DO ADULTO COM DOR NO PEITO. **Uptodate, 2021**. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/outpatient-evaluation-of-the-adult-with-chest-pain?search=dor%20toracica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H3549937692. Acesso em: 20 nov. 2021.

AVALIAÇÃO E CONDUTA DA EPILEPSIA NA ATENÇÃO BÁSICA E NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. **BVSMS, 2018**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_conduta_epilepsia_atencao_basica.pdf. Acesso em: 23 nov. 2021.

AMARAL, Ricardo Abrantes do, MALBERGIER, André e ANDRADE, Arthur Guerra de Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. **Brazilian Journal of Psychiatry** [online]. 2010, v. 32, suppl 2 [Acessado 20 Dezembro 2021], pp. S104-S111. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600007>>. Epub 26 Nov 2010. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600007>.

INFECÇÃO AGUDA COMPLICADA DO TRATO URINÁRIO (INCLUINDO PIELONEFRITE) EM ADULTOS. **Uptodate, 2021**. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults?source=history_widget. Acesso em: 05 dez. 2021.

HEILBERG, Ita Pfeferman e SCHOR, Nestor. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário: ITU. **Revista da Associação Médica Brasileira** [online]. 2003, v. 49, n. 1 [Acessado 20 Dezembro 2021], pp. 109-116. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-42302003000100043>>. Epub 28 Abr 2003. ISSN 1806-9282. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302003000100043>.

LOPES, Hélio Vasconcellos e TAVARES, Walter. Diagnóstico das infecções do trato urinário. **Revista da Associação Médica Brasileira** [online]. 2005, v. 51, n. 6 [Acessado 20 Dezembro 2021], pp. 306-308. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S0104-42302005000600008>>. Epub 19 Jan 2006. ISSN 1806-9282. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302005000600008>.

TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ASSINTOMÁTICA GRAVE (URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS) EM ADULTOS. **Uptodate, 2021**. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/management-of-severe-asymptomatic-hypertension-hypertensive-urgencies-in-adults?search=manejo%20da%20crise%20hipertensiva&topicRef=3837&source=se_e_link#H3. Acesso em: 12 dez. 2021.

AValiação de feridas menores e preparação para o fechamento. **Uptodate, 2021**. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/minor-wound-evaluation-and-preparation-for-closure?search=quando%20se%20deve%20suturar&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6. Acesso em: 08 dez. 2021.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL – 2020. **Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2020**. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

AValiação de feridas menores e preparação para o fechamento. **Uptodate, 2021**. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/minor-wound-evaluation-and-preparation-for-closure?search=quando%20se%20deve%20suturar&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6. Acesso em: 08 dez. 2021.