



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

CURSO DE MEDICINA

**IMERSÃO INTENSA: EXPERIÊNCIAS MARCANTES EM URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA**

ERICA ADRIANA ESPINOZA GONZALEZ

Foz do Iguaçu - PR

2024



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

CURSO DE MEDICINA

**IMERSÃO INTENSA: EXPERIÊNCIAS MARCANTES EM URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA**

ERICA ADRIANA ESPINOZA GONZALEZ

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

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

Foz do Iguaçu - PR

2024

ERICA ADRIANA ESPINOZA GONZALEZ

IMERSÃO INTENSA: EXPERIÊNCIAS MARCANTES EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

BANCA EXAMINADORA

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

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

Prof. Dr. Seidel Guerra Lopez
UNILA

Foz do Iguaçu, _____ de abril de 2024.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor: Erica Adriana Espinoza Gonzalez

Curso: Medicina

Documento de identificação (RG, CPF, Passaporte, etc.): G119244-8

E-mail: eriespinoza27@gmail.com **Fone:** (45) 99860-6127

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: Imersão intensa: experiências marcantes em urgência e emergência

Nome da orientadora: Rosana Álvarez Callejas

Data da Defesa: ____/__04__/_2024__

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 abril de 2024.

Assinatura do Responsável

Expresso minha imensa gratidão a Deus, cujas bênçãos e força estiveram comigo a cada dia desde o início desta jornada acadêmica. Agradeço à minha família, meu porto seguro, pelo apoio incondicional e amor inabalável que foram a base deste trabalho. Um agradecimento especial ao meu irmão, Dr. Jaime, por ser um exemplo de dedicação e excelência. Aos meus amigos, Walter, Elias, Rebeca, Lourdes, Diana e Natalia, e aos meus primos, Diego e Cynthia, pela confiança e parceria. À memória de meus tios, Osvaldo e Nelson, cujo legado continua a inspirar-me. Por fim, agradeço a todos que contribuíram para este trabalho, marcando não apenas minha jornada acadêmica, mas também minha vida pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de expressar minha imensa gratidão a Deus, cujas bênçãos e força estiveram presentes a cada dia desde o início desta jornada acadêmica. Sua guia e amparo foram fundamentais para minha perseverança e sucesso.

À minha família, meu Pai e minha Mãe, Victor e Angelina, que são meu porto seguro, que sempre me apoiaram incondicionalmente em todos os momentos, nunca pouparam esforços para que eu possa continuar com meus estudos mesmo que esta jornada fosse longe do abrigo deles, foram e são a minha fortaleza na corrida pela conquista do meu sonho de ser médica, ofereço meu sincero agradecimento. O amor inabalável, o encorajamento constante e a compreensão profunda que vocês me proporcionaram são a base deste trabalho, que dedico a vocês com imenso amor e carinho.

Um agradecimento especial ao meu irmão, Dr. Jaime, que sempre foi um exemplo e inspiração para mim. Sua dedicação ao estudo e ao trabalho, bem como seu compromisso com a excelência, serviram como um farol para os meus próprios esforços. Sou imensamente grata por sua orientação e conselhos valiosos ao longo desta jornada.

Aos meus amigos, verdadeiros pilares deste caminho, que compartilharam comigo risadas, desafios e momentos de superação, meu profundo agradecimento. Em especial, agradeço a Walter, Elias, Ara, Rebeca, Lourdes, Diana e Natalia, cujo apoio, cumplicidade e parceria foram imprescindíveis, especialmente nos dias mais difíceis. Vocês são a família que escolhi.

Também gostaria de expressar minha gratidão aos meus primos, Diego e Cynthia, que sempre confiaram em mim desde o primeiro dia da minha carreira. Sua confiança e apoio inabaláveis foram um incentivo constante para que eu perseguisse meus objetivos com determinação.

À minha orientadora, Dra. Rosana Álvarez, expressei minha gratidão pela sua orientação diligente, sabedoria e paciência ao longo deste trabalho. Seus conselhos e insights foram essenciais para o desenvolvimento deste projeto.

Um agradecimento especial à minha “panelinha” do internato, meus amigos Jackeline, Eudes, Jucá e João Henrique, que tornaram tudo mais leve. Suas risadas,

apoio mútuo e camaradagem foram essenciais para enfrentarmos juntos os desafios dessa etapa tão intensa.

À memória de meus queridos tios, Osvaldo e Nelson, que infelizmente nos deixaram, mas cujo legado de amor, sabedoria e exemplo de vida continuam a inspirar-me diariamente. Suas lembranças são uma luz que guia meus passos.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho, direta ou indiretamente. Este é um marco não apenas em minha jornada acadêmica, mas também em minha vida pessoal e profissional.

Muito obrigada a todos!

Ani rekyhyjeti, edipara nde corazõ
ombovya'ava rapykueri,
Ikatu rejavy'imi ha ndereguãhei pya'e,
aninde nde resarai ke eimoã'yva ara
eguãhene katuete.

ESPINOZA GONZALEZ, E. A. **Imersão intensa**: experiências marcantes em urgência e emergência. 2024, p. 89. Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2024.

RESUMO

O presente trabalho aborda experiências vivenciadas ao longo do segundo semestre do ano 2023 durante o estágio em Urgência e Emergência na rede de saúde de Foz do Iguaçu e São Miguel do Iguaçu, incluindo o Pronto Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), o Pronto Socorro do Complexo Hospitalar Municipal e Maternidade de São Miguel Arcanjo, a Unidade de Pronto Atendimento João Samek e a Unidade de Pronto Atendimento Dr. Walter Cavalcanti. O objetivo é analisar situações que apresentaram desafios no desenvolvimento do raciocínio clínico e no manejo dos pacientes, bem como revisar o conhecimento teórico em fontes confiáveis como livros, artigos e portais de evidência científica/clínica para embasar as condutas adotadas pela equipe de saúde. Além disso, pretende-se compartilhar as experiências pessoais em cada situação enfrentada, destacando dificuldades e sentimentos que influenciaram o atendimento, e realizar uma auto avaliação coerente com o aprendizado durante o estágio, identificando áreas para melhoria. Os casos clínicos descritos envolveram a participação ativa da estagiária no atendimento hospitalar, incluindo a realização de procedimentos médicos sob supervisão. O estudo foi realizado por meio de anotações sobre os casos clínicos, atividades realizadas e identificação de pontos a serem aprimorados. Nos ambientes das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e do hospital, os profissionais de saúde precisam estar ainda mais preparados e habilidosos. Os atendimentos devem ser rápidos e focados, para não desperdiçar tempo crucial para o paciente. É nesses momentos que desenvolvemos nossa capacidade de lidar com situações sob pressão e com casos clínicos mais complexos, conforme enfrentamos cada paciente. Observou-se um progresso na estagiária ao longo do estágio, com esforços constantes para integrar a teoria estudada com as situações clínicas vivenciadas.

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

ESPINOZA GONZALEZ, E. A. **Intense immersion**: remarkable experiences in urgency and emergency. 2024, p. 89. Medical Degree Final Paper - Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguaçu, 2024.

ABSTRACT

The present work discusses experiences encountered during the second semester of the year 2023 during an internship in Urgency and Emergency in the healthcare network of Foz do Iguaçu and São Miguel do Iguaçu, including the Emergency Department of the Municipal Hospital Padre Germano Lauck (HMPGL), the Emergency Department of the Municipal Hospital and Maternity Complex of São Miguel Arcanjo, the João Samek Emergency Care Unit, and the Dr. Walter Cavalcanti Emergency Care Unit. The aim is to analyze situations that presented challenges in clinical reasoning development and patient management, as well as to review theoretical knowledge from reliable sources such as books, articles, and portals of scientific/clinical evidence to support the team's healthcare practices. Additionally, it intends to share personal experiences in each situation faced, highlighting difficulties and feelings that influenced the care provided, and to conduct a self-assessment consistent with the learning during the internship, identifying areas for improvement. The clinical cases described involved active participation of the intern in hospital care, including performing medical procedures under supervision. The study was conducted through notes on clinical cases, activities performed, and identification of areas for improvement. In the environments of Emergency Care Units (ECUs) and hospitals, healthcare professionals need to be even more prepared and skilled. Care must be quick and focused to avoid wasting crucial time for the patient. It is in these moments that we develop our ability to deal with situations under pressure and with more complex clinical cases as we face each patient. Progress was observed in the intern throughout the internship, with constant efforts to integrate the theory studied with the clinical situations experienced.

Key-words: Internship. Urgency. Emergency. Medicine.

ESPINOZA GONZALEZ, E. A. **Inmersión intensa:** experiencias notables en urgencia y emergencia. 2024, p. 89. Trabajo Final de Grado de Medicina - Universidad Federal de Integración Latinoamericana, Foz do Iguaçu, 2024.

RESUMEN

Este trabajo discute las experiencias vividas durante el segundo semestre del año 2023 durante una pasantía en Urgencias y Emergencias en la red de salud de Foz do Iguaçu y São Miguel do Iguaçu, incluyendo el Departamento de Emergencias del Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), el Departamento de Emergencias del Complejo Hospitalario Municipal y Maternidad de São Miguel Arcanjo, la Unidad de Atención de Emergencia João Samek y la Unidad de Atención de Emergencia Dr. Walter Cavalcanti. El objetivo es analizar situaciones que presentaron desafíos en el desarrollo del razonamiento clínico y el manejo de pacientes, así como revisar conocimientos teóricos de fuentes confiables como libros, artículos y portales de evidencia científica/clínica para respaldar las prácticas de atención médica del equipo. Además, pretende compartir experiencias personales en cada situación enfrentada, destacando dificultades y sentimientos que influyeron en la atención brindada, y realizar una autoevaluación coherente con el aprendizaje durante la pasantía, identificando áreas para mejorar. Los casos clínicos descritos implicaron la participación activa del pasante en la atención hospitalaria, incluida la realización de procedimientos médicos bajo supervisión. El estudio se realizó a través de notas sobre casos clínicos, actividades realizadas e identificación de áreas para mejorar. En los entornos de las Unidades de Atención de Emergencia (UAE) y hospitales, los profesionales de la salud deben estar aún más preparados y capacitados. La atención debe ser rápida y enfocada para evitar perder tiempo crucial para el paciente. Es en estos momentos que desarrollamos nuestra capacidad para enfrentar situaciones bajo presión y casos clínicos más complejos. Se observó un progreso en el pasante a lo largo de la pasantía, con esfuerzos constantes para integrar la teoría estudiada con las situaciones clínicas experimentadas.

Palabras-clave: Pasantía. Urgencia. Emergencia. Medicina.

ESPINOZA GONZALEZ, E. A. **Inmersión intensa rehegua:** umi experiencia hechapyrãva ary urgencia ha emergencia rehegua. 2024, p. 89. Tembiapo Curso Médico Ñemohu'ã - Universidad Federal de Integración Latinoamericana, Foz do Iguacu, 2024.

MOMBYKY

Ko tembiapo ohesa'yijio umi mba'e ojehasáva oikova'ekue mokõiha semestre 2023 jave oiko jave pasantía Urgencias y Emergencias red de salud Foz do Iguacu ha São Miguel do Iguacu, oimehápe Departamento de Emergencia Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), Emergencia Departamento Hospital Municipal ha Complejo de Maternidad São Miguel Arcanjo, Unidad de Atención de Emergencia João Samek ha Unidad de Atención de Emergencia Dr. Walter Cavacanti. Hembipotápe oime ohesa'yijio mba'e jetu'ú opresentáva, avei ohesa'yijio jeikuaahá jehaiva ojegueroiapáva ha'eháicha aranduka, artículo ha portal evidencia científica/clínica oipytyvõva práctica de salud. Avei, hembipotápe oime okomparti oikovakue imba'eva, mba'e oikova ombohováiva, omomba'évo apañuãi ha temiandu oinfluiva atención oñeme'ëvare, ha omotenonde autoevaluación ojoajúva aprendizaje pasantía jave, ohechakuaávo la oñemehorava'erã. Ko estudio oñemotenonde temimboé ahai rupive umi káso clínico, oñemotenondéva ha oñemehorava'erã. Umi Unidad de Atención de Emergencia (UAE) ha tasyo-kuérape, umi profesional salud rehegua oñembosako'i ha oñembokatupyryveva'erã. Pe ñangareko pya'e ha oñecentrava'erã ani ha'gua operde tiempo crucial pe paciente-pe guarã. Ha'e ko'ã momento-pe ñadesarrolla ñande capacidad ñambohovake ha'guã umi situación presión-pe ha umi káso clínico complejo-véva. Ojehechakuaa progreso pasante-pe pasantía pukukuejave, oñeha'ãvo ointegra haguã teoría oestudiávaekue umi situación clínica ojehasáva ndive

Ñe'ë tenondegua: Práctica. Urgencia rehegua. Ojapuráva. Pohanokuaa.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1. Rede de atenção às Urgências e Emergências.	21
Figura 2. Protocolo de triagem de Manchester.....	24
Figura 3. Protocolo de acolhimento com classificação de risco.....	25
Figura 4. Escala de Cincinatti.....	35
Figura 5. Escala de NIHSS – itens 1 a 5a.	36
Figura 6. Escala de NIHSS – itens 5b a 9.	37
Figura 7. Escala de NIHSS – itens 10 a 11.	38
Figura 8. Fluxograma para profilaxia da raiva humana pós-exposição com vacina de cultivo celular.....	58
Figura 9. Esquema para profilaxia da raiva humana pós-exposição com vacina de cultivo celular.....	59
Figura 10. Exemplo do movimento para antissepsia em paracentese.	71

LISTA DE TABELA

Tabela 1. Fatores relacionados à infecção urinaria complicada e não complicada ..	43
Tabela 2. Escore de Glasgow Blatchford simplificado.	50
Tabela 3. Escore de Rockall pós-endoscopia.	51
Tabela 4. Taxa de ressangramento conforme escore de Rockall.	51
Tabela 5. Profilaxia com antibiótico.	57
Tabela 6. Indicações e contraindicações de suturas	65
Tabela 7. Indicações da Paracentese diagnóstica e terapêutica.	70
Tabela 8. Procedimento invasivos	74
Tabela 9. Padrão para passagem de plantão.	77

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1. Foto com a minha Xará e a Mãe.....	62
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATB	Antibiótico
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVCh	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
AVCi	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
BCNF	Bulhas Cardíacas Normo-Fonéticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFM	Concelho Federal de Medicina
CH	Concentrado de hemácias
CM	Clínica Médica
COBOM	Central de operações do corpo de Bombeiros
CVP	Cateter Venoso Periférico
DE	Departamento de Emergência
DJ	Cateter Duplo J
DM	Diabetes Mellitus
ECG	Eletrocardiograma
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
ERC	Enterobactérias resistentes a carbapenemicos
EV	Endovenosa
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
GBS	Glasgow Blatchford Score
HB	Hemoglobina
HDA	Hemorragia Digestiva Alta
HDB	Hemorragia Digestiva Baixa
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcante
HMMSMA	Hospital e Maternidade Municipal São Miguel Arcanjo
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
HPP	História Patológica Pgressa
HV	Hábitos de Vida
ITU	Infecção do Trato Urinário
LOTE	Lucido e Orientado em tempo e espaço

MOV	Monitor, oxigênio e ventilação
mmHg	Milímetro de mercúrio
MV	Murmúrio Vesicular
MUC	Medicamentos de Uso Continuo
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PIFR	Pupilas isofotoreagentes
PS	Pronto socorro
RA	Ruídos adventícios
RAU	Rede de Atenção às Urgências
RHA	Ruídos hidroaéreos
REG	Regular Estado Geral
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de atendimento móvel de Urgência
SIATE	Serviço integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SF	Soro Fisiológico
SMCR	Classificação de Riscos do Sistema Manchester
SNG	Sonda nasogástrica
SVA	Sonda Vesical de Alivio
SVD	Sonda Vesical de Demora
SUS	Sistema Único de Saúde
TAX	Temperatura Axilar
TC	Tomografia de Crânio
TCE	Trauma Crânio Encefálico
TEC	Tempo de Enchimento Capilar
TGU	Trato gastro-urinário
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte avançado de vida terrestre
USB	Unidade de Suporte Básico de Vida terrestre
VCM	Volume Corpuscular médio

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	DESENVOLVIMENTO	21
2.1	REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	21
3	MANEJO DOS PACIENTES EM TITULARIDADE ESTUDIANTE	27
3.1	CASO CLÍNICO: “MEU MARIDO ME TRAIU E QUERO MORRER”	27
3.1.1	Anamnese.....	27
3.1.2	Exame físico	27
3.1.3	Diagnósticos sindrômicos	27
3.1.4	Diagnósticos diferencial	28
3.1.5	Hipótese diagnóstica.....	28
3.1.6	Conduta	28
3.1.7	Discussão crítica do caso	28
3.2	CASO CLÍNICO: AVC	32
3.2.1	Anamnese.....	32
3.2.2	Exame Físico	32
3.2.3	Diagnóstico Sindrômico	33
3.2.4	Diagnósticos Diferenciais.....	33
3.2.5	Hipótese diagnóstica.....	33
3.2.6	Conduta	33
3.2.7	Exames complementares	33
3.2.8	Discussão crítica do caso	34
3.3	CASO CLÍNICO: PACIENTE MULTIRESISTENTE	40
3.3.1	Anamnese.....	40
3.3.2	Exame Físico	40
3.3.3	Diagnóstico Sindrômico	41
3.3.4	Hipótese diagnóstica.....	41
3.3.5	Exames complementares	41
3.3.6	Avaliação	41
3.3.7	Conduta	42
3.3.8	Discussão crítica do caso	42
3.4	CASO CLÍNICO: HEMORRAGIA DIGESTIVA	46
3.4.1	Anamnese.....	46

3.4.2 Exame físico	46
3.4.3 Diagnóstico Síndrômico	47
3.4.4 Hipótese diagnóstica.....	47
3.4.5 Exames complementares	47
3.4.6 Avaliação	47
3.4.7 Conduta	47
3.4.8 Discussão crítica do caso	48
3.5 CASO CLÍNICO: CÃO MALVADO.....	53
3.5.1 Anamnese.....	53
3.5.2 Exame Físico	53
3.5.3 Hipótese diagnóstica:.....	53
3.5.4 Conduta	53
3.5.5 Discussão crítica do caso	54
4 RELATO VIVENCIAL E EXPERIÊNCIA PESSOAL	60
5 PROCEDIMENTOS INVASIVOS	65
5.1 SUTURAS.....	65
5.2 ACESSO VENOSO CENTRAL	68
5.3 PARACENTESE	70
5.4 SONDAGEM NASOGÁSTRICA.....	72
5.5 SONDAGEM VESICAL.....	73
6 QUESTÃO-PROBLEMA.....	75
6.1 PS DO HMMSMA.....	75
6.2 PS DO HMPGL	76
6.3 UPA JOÃO SAMEK.....	78
6.4 UPA DR. WALTER CAVALCANTE (MORUMBI).....	79
6.5 SUGESTÃO PARA O MÓDULO DE U/E DO SUS.....	79
7 CODIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA.....	80
8 BOAS PRÁTICAS NAS REDES SOCIAIS.	84
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.	86
REFERÊNCIAS.....	88

1 INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como finalidade expor, sintetizar e discutir as atividades, habilidades e destrezas desenvolvidas durante o módulo de “Internato Médico em Urgência e Emergência SUS - 2022/2”, realizado nos seguintes locais de atuação diferentes que são UPA João Samek, UPA Dr. Walter Barboza, no Hospital Municipal Padre Germano Lauck e no Hospital e Maternidade Municipal São Miguel Arcanjo.

Esses cenários foram de vital importância para a construção do aprendizado nas atividades práticas focadas na Urgência e Emergência, cada cenário com sua estrutura, equipe, fortalezas e fraquezas com certeza impactaram na formação de um profissional médico qualificado para atuar na linha de frente no primeiro atendimento de pacientes críticos, quadros de emergências médicas.

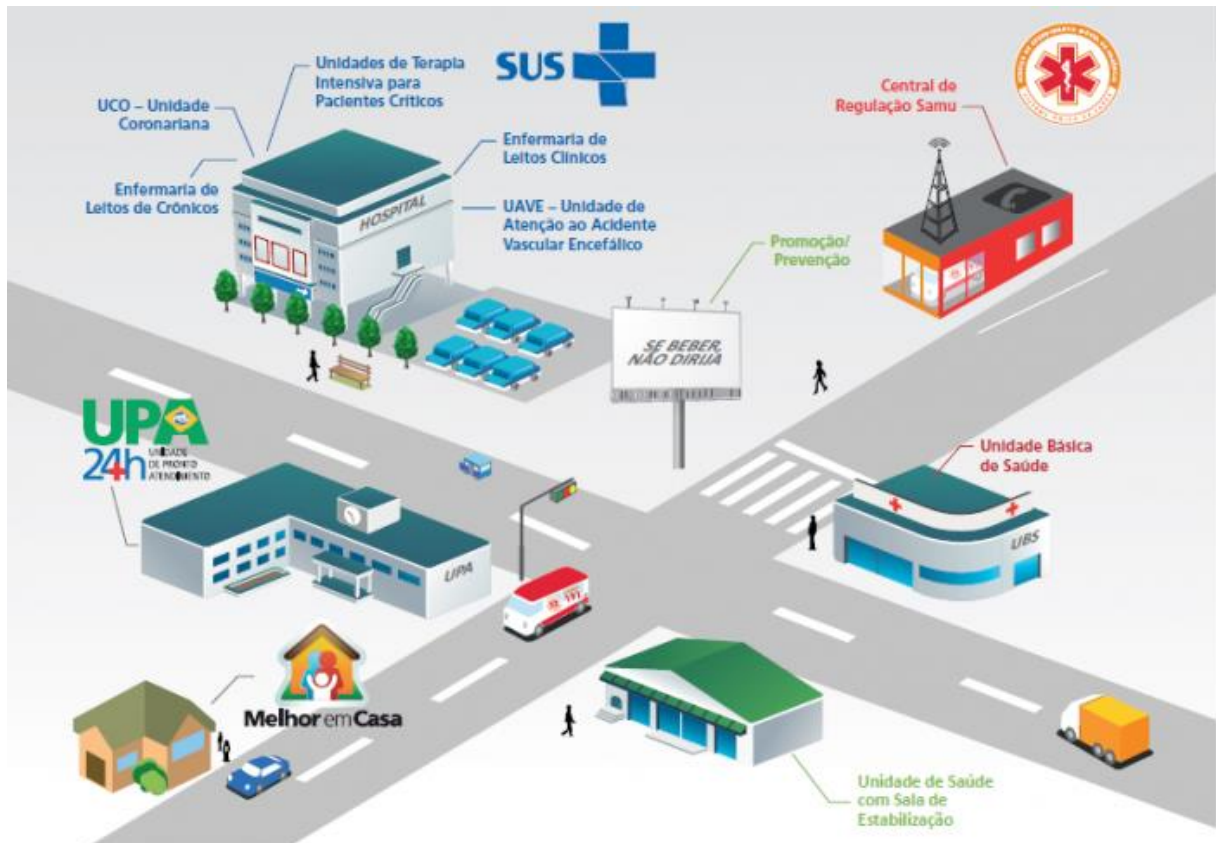
O estágio se desenvolveu com escalas de plantões de 12 horas realizados em turnos das 07:00 as 19:00 e/ou das 19:00 as 07:00, alocados em qualquer dia da semana, não ultrapassando 3 plantões de 12 horas por semana, sendo bloqueada de plantões a segunda-feira das 07:00 as 19:00 para estúdio individual do aluno e simulados de atendimento nos laboratórios de simulações do Jardim Universitário da UNILA.

O cenário de urgência e emergência é bastante exigente tanto no conhecimento próprio e individual de fluxos e protocolos quanto nas habilidades emocionais, é preciso ter um equilíbrio emocional e postura perante situações complicadas e de muita pressão; o conhecimento teórico é insubstituível porém a prática e o paciente são os que deixam os maiores ensinamentos para a vida profissional, e foi o que este módulo proporcionou, experiência e aprendizado para a vida toda.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Figura 1. Rede de atenção às Urgências e Emergências.



Fonte: Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde, 2013.

O conhecimento e entendimento da organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE), os fluxos, legislações, regimentos e limitações é de suma importância e não só isso, é fundamental na formação de um Médico e mais ainda tendo em conta nossa realidade que a porta de entrada do recém-formado aos serviços é na maioria das vezes a Urgência e Emergência.

Como internos é necessário ter esses conhecimentos básicos para assim poder ter um aproveitamento máximo dos cenários em que somos inseridos, saber qual é o nosso papel na equipe e como podemos atuar frente a cada situação que se apresenta, saber para não ficar reproduzindo condutas que muitas vezes observamos na prática e achamos corretas por desconhecimento, saber para poder comparar com

o que está estabelecido e o que está sendo feito, saber para ser agentes de mudanças.

A RUE é uma estratégia do Ministério de Saúde que é vinculada ao SUS e é composta por diferentes níveis de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência e emergência, a continuação vou explicar detalhadamente a organização da mesma para assim facilitar o entendimento das funções dos componentes que teve a oportunidade de acompanhar sendo eles; Pronto Socorro (PS) do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Pronto Socorro (PS) do Hospital e Maternidade São Miguel Arcanjo, Unidades de Pronto Atendimento 24hs (UPAs) (João Samek e Dr Walter Cavalcante Barbosa), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) e setores de referência do Hospital Ministro Costa Cavalcante, como o setor de Cardiologia, Centro Obstétrico e Oncologia.

Neste modulo não acompanhamos as Unidades Básicas de Saúde (UBS), porém é necessário lembrar que ela forma parte da RUE, sendo a porta de entrada preferencial e ponto de início de muitos dos fluxos de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como alguns dos objetivos fortalecer o vínculo de forma horizontal com os outros serviços, ampliar o acesso, oferecer um ambiente adequado até a transferência/encaminhamento a outro serviço, como por exemplo ao de complexidade intermediaria como são as UPAs, após acolhimento com avaliação dos riscos e vulnerabilidades do paciente.

Pode estar anexada também uma sala de estabilização que é o equipamento de saúde que deverá atender às necessidades assistenciais de estabilização do paciente grave/crítico, porem está sala deve atender as seguintes diretrizes; Funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana; Equipe interdisciplinar compatível com suas atividades; Funcionamento conforme protocolos clínicos, acolhimento, classificação de risco e procedimentos administrativos estabelecidos e/ou adotados pelo gestor responsável.

Componente Pré-Hospitalar Móvel: Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU). Que foi instituído pela Portaria Nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, e tem como objetivo o atendimento precoce, transporte adequados, resolutivos e rápido de vítimas de intoxicação exógena, de queimaduras graves, de maus-tratos, tentativas de suicídio, acidentes/traumas, casos de afogamento, de choque elétrico, acidentes com produtos perigosos e em casos de crises hipertensivas, problemas

cardiorrespiratórios, trabalhos de parto no qual haja risco de morte para a mãe e/ou o feto, bem como na transferência inter-hospitalar de doentes com risco de morte, através de uma ligação gratuita ao número 192.

O SAMU é normatizado pela Portaria MS/GM nº 1.010, de 21 de maio de 2012. As unidades moveis podem ser, por exemplo; Unidade de suporte básico de vida terrestre (USB) viatura tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem ou Unidade de suporte avançado de vida terrestre (USA) viatura tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico para casos mais graves, é importante o conhecimento de qual unidade é a necessária para traslado de cada pacientes de acordo ao quadro clínico, por exemplo uma vez no PS do HMMSMA foi solicitado transferência de um paciente moderado/grave e os de regulação mandaram uma USB sendo que a unidade necessária era a USA, isso fez com que se perda tempo valioso para o atendimento de mais complexidade do paciente.

Centrais de Regulação Médica de Urgências, é uma estrutura física que forma parte do SAMU e é a encarregada pela regulação das chamadas telefônicas e classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contra referências dentro da Rede de Atenção à Saúde, é de extrema importância posto que eles que regulam os pacientes como vaga zero por exemplo.

A Resolução do CFM 2.110/2014, fala da Vaga Zero como um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, e esta deve ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências; ela é responsabilidade exclusiva do médico regulador de urgências.

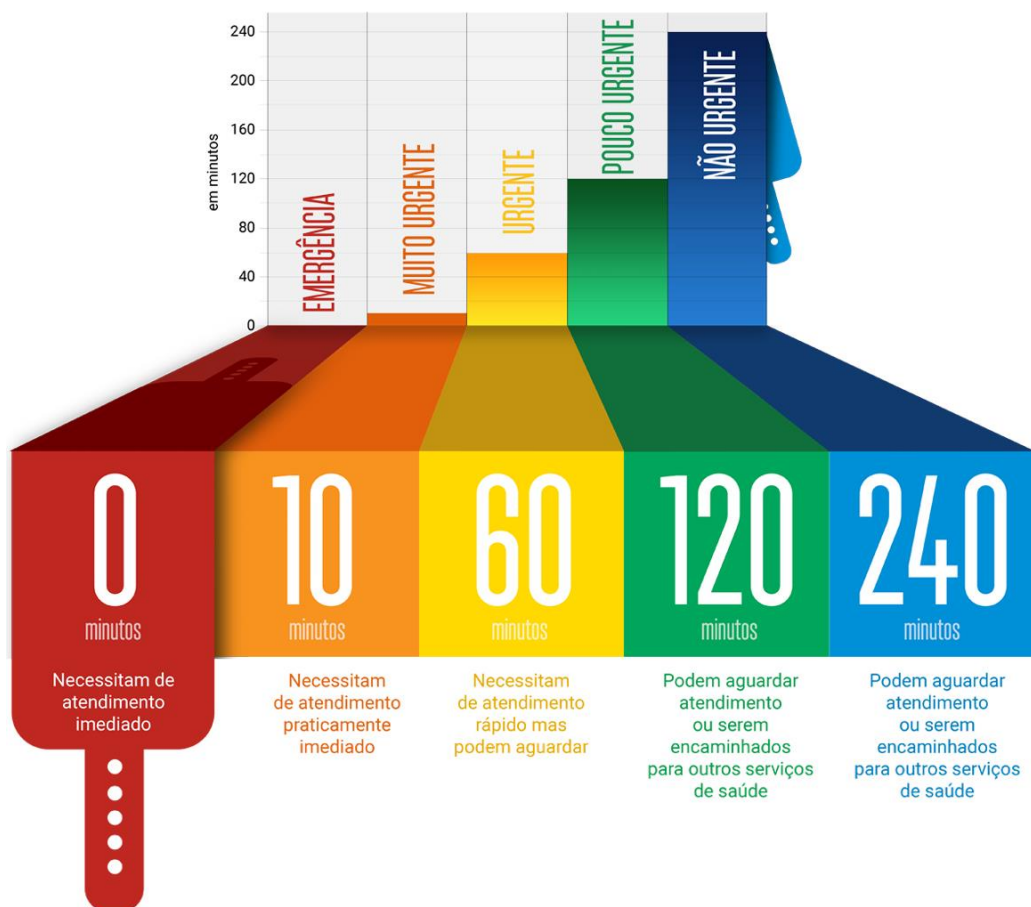
O SIATE – Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência, vinculado ao corpo de bombeiros é o encarregado de assistir pacientes vítimas de traumas, acidente de trânsito (colisão, atropelamentos e capotamentos), ferimentos por arma branca, ferimentos por arma de fogo, agressão, queimaduras, entre outros. A ligação de emergência ao 193 é recebida pela central de operações do corpo de bombeiros (COBOM) e é repassada ao Médico responsável.

Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), a implantação da mesma foi possível através da Portaria Nº 342, de 4 de março de 2013, e segundo a Portaria n

10 de 3 de janeiro de 2017, no Art. 1º Ficam redefinidas as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento - UPA 24h, como componente da Rede de Atenção às Urgências - RAU, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). UPAS são estruturas de complexidade intermediária que devem funcionar 24h por dia, todos os dias da semana, articulando-se com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 com o objetivo de diminuir as filas nos hospitais, evitando que os casos que possam ser resolvidos nas Unidades Básicas de Saúde ou nas UPAs preencham filas desnecessárias nos Prontos Socorros (PS) dos Hospitais.

No município de Foz do Iguaçu existem 2 UPAs, a UPA Dr. Walter Cavalcanti Barbosa e UPA João Samek, o atendimento é realizado de acordo com a classificação de riscos do sistema Manchester (SMCR), com a finalidade de melhorar o atendimento em tempo e qualidade para os pacientes que mais precisam.

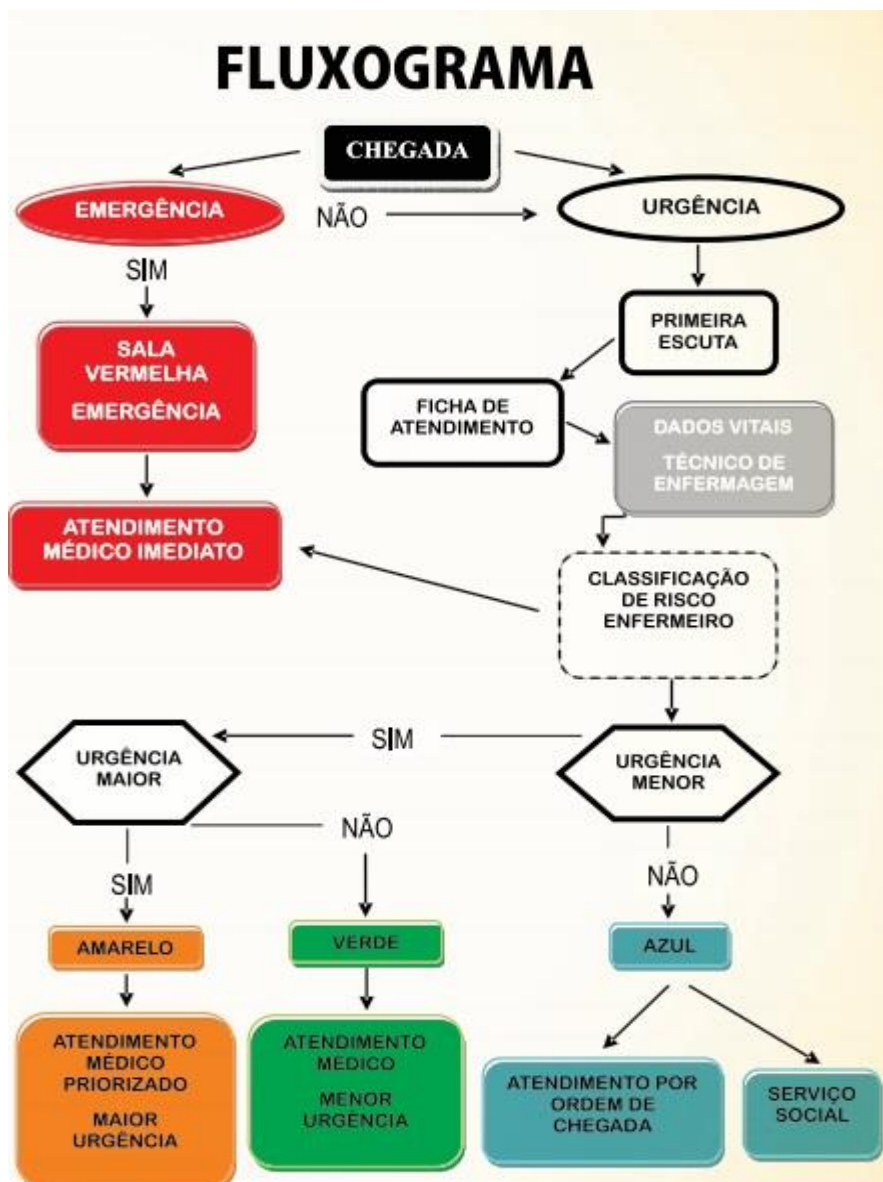
Figura 2. Protocolo de triagem de Manchester



Fonte: Página do “Grupo Português de Triagem”, 2022.

No artigo 4 da portaria citado previamente, declara que a UPA funciona como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192, realiza consulta médica em regime de pronto atendimento nos casos de menor gravidade, realiza atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos, presta apoio diagnóstico e terapêutico e mantém os pacientes em observação por até 24 horas, para elucidar o diagnóstico ou estabilizar clinicamente o paciente e encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia de continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

Figura 3. Protocolo de acolhimento com classificação de risco



Fonte: Protocolo de acolhimento com classificação de risco – Política Municipal de humanização.

Portas Hospitalares de Urgência e Emergência, O Pronto Socorro do HMPGL, funciona 24 horas ao dia e 7 dias da semana, oferece atendimento mais complexo aos casos mais graves, sendo referência para os 9 municípios da 9ª Regional de Saúde, e também não negam atendimento a estrangeiros que são cenas muito gratas de se vivenciar na prática, um dos princípios do SUS, a UNIVERSALIDADE.

O HMCC é o setor de referência para pacientes cardiopatas, oncologia, neonatologia e mulheres que precisem de atendimento obstétrico, mas nem sempre aceitam aos pacientes, colocam um monte de travas, dificultando o fluxo de atendimento destes pacientes.

O Pronto Socorro do HMMSMA, também funciona 24 horas ao dia e 7 dias da semana, é referência para casos mais complexos da cidade de São Miguel e proximidades, porém é muito nítida a falha na rede, uma boa quantidade de casos que poderiam ser acompanhados e resolvidos nas UBS são recebidos no PS, e também um monte de internações sem critérios só pelo fato de ser amigo/familiar/conhecido de autoridades políticas.

3 MANEJO DOS PACIENTES EM TITULARIDADE ESTUDANTIL

3.1 CASO CLÍNICO: “MEU MARIDO ME TRAIU E QUERO MORRER”

3.1.1 Anamnese

Identificação: Z. B. A, sexo feminino, 57 anos, casada, natural e residente de São Miguel do Iguaçu, mora em zona rural com o esposo, ama de casa, religião católica.

Queixa principal: “Quero morrer”

História da moléstia atual: Paciente admitida no Pronto Atendimento do HMMSMA às 15:00hs, procurou atendimento por meios próprios após tentativa de autoextermínio. Refere ter tomado há aproximadamente 45 minutos atrás uma dose que não sabe precisar de veneno para fumo; TALSTAR. Relata ter sido traída pelo marido há alguns meses e desde então apresentou ideação suicida. A filha a achou no chão, pouco responsiva e com sudorese, trazendo ela o mais rápido possível para o HMMSMA. No momento refere cefaleia e sonolência.

HPP: Nega comorbidades.

MUC: Nega medicações de uso contínuo / Nega alergia Medicamentosa

HV: Tabagista 18 maços/ano, nega etilismo.

3.1.2 Exame físico

Sinais vitais: PA: 112/80 mmHg; FC: 98 bpm; FR: 19 irpm; Sat: 97%

Ectoscopia: REG, deprimida, chorosa, hidratada, acianótica, anictérica.

Neuro: LOTE, Glasgow 15/15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea, sem acometimento de pares cranianos.

Cardiovascular: BCNF rítmicas, em 2T, não ausculto sopros, TEC<3sg.

Pulmonar: MV+, sem RA, eupneica em AA sat 97%, sem esforço respiratório.

Abdome: Plano, RHA+, depressível, sem dor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias, sem sinais de irritação peritoneal.

Membros: Pulsos tibiais anteriores, poplíteos e pediosos cheios e simétricos, sem edema, panturrilhas livres sem empastamentos.

3.1.3 Diagnósticos sindrômicos

- Síndrome de intoxicação exógena;
- Sofrimento psíquico agudo;
- Síndrome de transtorno depressivo.

3.1.4 Diagnósticos diferencial

- Transtorno esquizofrênico;
- Transtorno bipolar.

3.1.5 Hipótese diagnóstica

- Tentativa de autoextermínio;
- Intoxicação exógena com inseticida.

3.1.6 Conduta

- Solicito lavado gástrico com SNG;
 - Prescrevo carvão ativado;
 - Prescrevo sintomáticos e proteção gástrica;
 - Entrar em contato com CEATOX para orientações de manejo.
-
- Em tempo
 - CEATOX foi contatado sobre o caso e orientou manter a paciente em observação por pelo menos 4 horas;
 - Encaminhado para o CAPS.

3.1.7 Discussão crítica do caso

As intoxicações por agrotóxicos seja de forma acidental ou intencionadas com o objetivo de autoextermínio são processos patológicos caracterizados por desequilíbrio fisiológico com manifestações variadas de acordo com a classe das substâncias, e podem apresentar manifestações de forma leve, moderada ou grave, a depender da quantidade da substância química absorvida, do tempo de absorção,

da toxicidade do produto, da susceptibilidade do organismo e do tempo decorrido entre a exposição e o atendimento médico.

Todos os pacientes com intoxicação exógena suspeita ou confirmada devem ser tratados como potencialmente graves, mesmo os que se apresentem oligossintomáticos na avaliação inicial, pois deterioração clínica posterior pode ocorrer.

No caso da minha paciente a exposição foi de forma oral, ingeriu quantidade desconhecida de um inseticida piretroide (Talstar) na tentativa de autoextermínio. Primeiro passo é checar os sinais vitais e a estabilidade do paciente para avaliar a necessidade de acionar o protocolo de suporte avançado de vida, isso independentemente do tipo de exposição e substância, no caso desta paciente ela estava estável hemodinamicamente, sem sinais de insuficiência respiratória, estado neurológico preservado, sem convulsão e sem outras manifestações de gravidade, então depois de estabilizar a paciente e necessário pensar na descontaminação, com a lavagem gástrica para evitar a absorção do produto.

A lavagem gástrica com a SNG é considerada em pacientes com contaminação via oral, com até 2 horas de exposição, alertas, colaborativos, capazes de proteger via aérea, as contraindicações são a ingestão de cáusticos e solventes, sangramentos, risco de perfuração intestinal, via aérea não protegida, instabilidade hemodinâmica, presença de antídoto para a substância, então a paciente encaixava perfeitamente nos critérios para realização da lavagem gástrica. Eu tive a possibilidade de realizar o procedimento sob a orientação do médico plantonista, foi uma sensação de medo e emoção ao mesmo tempo, a passagem da SNG foi o meu primeiro procedimento, eu sabia a teoria, mas o frio na barriga e medo no momento foram inevitáveis, uma vez garantida a proteção de via aérea (risco de broncoaspiração) foi passada a SNG tamanho 18, posicionada a paciente em decúbito lateral esquerdo com a cabeceira levemente elevada, infusão de SF 250ml por vez, chegando a 3000ml quando o retorno líquido já era límpido e o odor a inseticida já era menos intenso. Após a passagem da SNG a paciente não soltou a minha mão em nenhum momento, sempre chorosa pedia perdão pelo que fez, é tão importante o contato olho a olho com o paciente e uma escuta sem julgamento.

O carvão ativado é composto poroso com alta capacidade de absorção do agente tóxico, é considerado como antídoto universal. A administração é feita através da SNG com uma dose de 50 g em 250ml de água ou SF, no caso da paciente com

nível de consciência preservado e colaborativa, foi realizado via oral, em 300ml de água. Após a realização destes procedimentos a paciente foi monitorada clinicamente.

As propostas de melhoria ao atendimento bem como as indicações do aluno para ações de prevenção e promoção de saúde que caso adotadas pudessem evitar ou minimizar a ocorrência do agravo.

Segundo o protocolo o primeiro passo após estabilização é ligar ao CEATOX para receber as orientações, acho que pelo fato da experiência e da familiaridade do Médico com casos de intoxicação exógena com esse tipo de inseticida, isso foi realizado após solicitar a o procedimento de SNG e a administração de carvão ativado, isso é uma coisa que aprendi, que nem sempre o protocolo é seguido ao pé da letra, existem improvisações más isso só em base a conhecimentos prévios, e certeza dos procedimentos a seguir, porque por exemplo a lavagem gástrica nem sempre é recomendada.

O acompanhamento laboratorial é necessário nestes casos, porém senti a falta do mesmo, poderia ser solicitado hemograma completo, perfil hepático e renal, gasometria arterial posto que a acidose metabólica é uma alteração que pode ser observada em pacientes com intoxicação com formulações contendo piretroides, também solicitaria ECG.

Tendo em conta o cenário não foi solicitada a avaliação da psiquiatria, como seria feito no HMPGL, porem foi encaminhada a solicitude de transferência para o CAPS, pelo fato da paciente apresentar pensamento de morte, humor deprimido, sentimento de desesperança ou desamparo e já sem ideação suicida.

Considerando o cenário, a paciente foi trasladada para a sala de internações feminina, eu acompanhei a mesma e conversei sobre os problemas que enfrenta, e orientações de procurar acompanhamento psicológico. Em caso de pacientes que tentaram autoextermínio não é recomendado deixar a paciente sozinha, caso queira levar a cabo o autoextermínio, porém não me foi permitido acompanhar/observar a paciente que estava sem acompanhante, o plantonista dos consultórios solicitou que acompanhe uma consulta, eu conversei com o mesmo sobre o quadro da paciente e que não tinha ninguém na ala, nem interno e nem a equipe de enfermagem para observar ela porque todos estavam na sala vermelha, mesmo assim ele não se importou e falou para deixar ela sozinha em tom de julgamento pelo que ela tinha feito, fiquei indignada com a frieza com que o profissional se referiu a paciente, como se não fosse merecedora de atenção.

A saúde mental é mais que importante, a cidade de São Miguel do Iguaçu precisa criar campanhas de conscientização, promover consultas com psicólogos, criar fundações de pessoas preocupadas com os outros que desejem ajudar. Em nível populacional, campanhas de conscientização da população e disseminação do conhecimento e acesso a centros especializados (CEATOX) podem contribuir para reduzir a morbimortalidade associada a esses casos.

3.2 CASO CLÍNICO: AVC

3.2.1 Anamnese

Identificação: C.P, sexo masculino, 56 anos, natural e residente de São Miguel do Iguaçu.

Queixa principal: “Desorientado”

História da moléstia atual: Paciente trazido pelo SAMU desde o bar em onde se encontrava, com quadro de rebaixamento do nível de consciência, segundo os atendentes do bar o paciente não consumiu bebida alcoólica no estabelecimento, só pediu uma água sem gás e depois começou a andar pelo bar sem responder a chamados e totalmente desorientado, Dono do estabelecimento aciona o SAMU quando intenta conversar com o paciente e o mesmo não responde coisa com coisa (sic).

HPP: Não foi possível coletar a informação.

MUC: Não foi possível coletar a informação.

HV: Não foi possível coletar a informação.

3.2.2 Exame Físico

Sinais vitais: PA 150/80 mmHg / FC 85bpm / FR 20irpm / SatO2 95% em AA.

Ectoscopia: Regular estado geral, acianótico, anictérico, hipocorado (1+/4+), desidratado (2+/4+), afebril.

Neuro: Desorientado em tempo e espaço, Glasgow 10 (AO 3/RV 2/RM 5), pupilas isofotorreagentes. Diminuição da força em MMSS bilateralmente. Disartria. Sem desvio de rima, Sem sinais de irritação meníngea.

Cardio: BCNF rítmicas, em 2T, não ausculto sopros, TEC<3s

Pulmonar: Murmúrios vesiculares presentes, sem RA, eupneica em AA sat 95%, sem esforço respiratório.

Abdome: Plano, RHA+, depressível, sem dor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias, sem sinais de irritação peritoneal.

Membros: Pulsos tibiais anteriores, poplíteos e pediosos cheios e simétricos, sem edema, panturrilhas livres sem empastamentos.

3.2.3 Diagnóstico Sindrômico

- Rebaixamento do nível de consciência;
- Síndrome neurológica.

3.2.4 Diagnósticos Diferenciais

- Acidente vascular cerebral isquêmico;
- Acidente vascular cerebral hemorrágico;
- Ataque isquêmico transitório;
- Hipoglicemia.

3.2.5 Hipótese diagnóstica

- Acidente cérebro vascular.

3.2.6 Conduta

- Precrevo hidratação com SF 0,9% 1000ml EV;
- Prescrevo sintomáticos; Bromoprida 5mg/ml EV, de 8/8h e Omeprazol 20mg, de 24/24h;
- Mantenho monitorado;
- Solicito exames de admissão;
- Solicito ECG;
- Solicito TC de crânio sem contraste;
- Reavaliar após resultado de exames complementares;
- Solicito contato com os familiares.

3.2.7 Exames complementares

Laboratoriais: Hemograma 12 g/dL / Hematocrito 35 / Leucocitos 7,670/mm³ / Bastonetes 2 % / Segmentados 65 % / Neutrófilos 72%/ Plaquetas 151,000/mm³ / Ureia 30 mg/dL / Creatinina 0,50 / Sódio 145 mmol/L / Potássio 4, 2 mEq/L / PCR <0,5 mg/dL.

Tomografia de crânio do dia: Área de hipodensidade extensa, paretooccipitotemporal à esquerda, em associação com apagamento de sulcos locorreionais, bem como efeito compressivo sobre o corno posterior do ventrículo lateral esquerdo. Estes achados podem estar relacionados a evento isquêmico agudo, não se podendo afastar outras etiologias, na dependência de correlação clínica. Focos de calcificação no lobo temporal direito, de aspecto sequelar. Sinais de microangiopatia supratentorial caracterizadas por hipodensidade de substância branca periventricular e do centro semi-oval de ambos hemisférios cerebrais.

3.2.8 Discussão crítica do caso

Quando o Médico do SAMU passou o caso para a gente não posso negar que a primeira coisa que pensei foi que o paciente estava bêbado, tendo em conta que estava em um bar, porem depois de realizar o exame físico, não percebendo hálito alcoólico em sem conhecimento do histórico patológico do paciente pensei em um AVC, o julgamento precoce muitas vezes atrapalha o raciocínio clínico, ainda bem que percebi o caminho que estava tomando e foquei na clínica do paciente.

Todo paciente que procura atendimento no serviço de urgência e emergência, primeiramente deve receber MOV, o qual é a monitorização dos sinais vitais, oxigênio caso a saturação for <94% e obter um acesso venoso calibroso, para a coleta de exames e infusão de medicamentos. Isso deve ser feito de forma rápida.

No caso do paciente não tínhamos muita informação, depois de descartar a hipoglicemia, foi solicitada a TC de crânio com urgência, já que isso leva tempo posto que a TC não está disponível no HMMSMA e sim no Madre de Dio, não foi realizada nenhuma profilaxia antes de descartar a possibilidade de um AVCH.

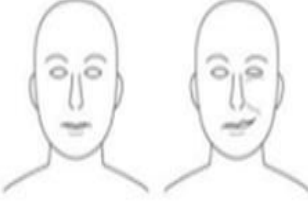
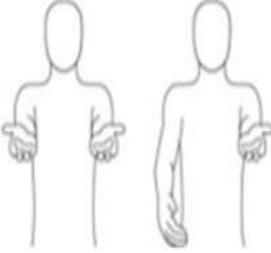
Sendo em outro cenário seria interessante investigar quando que foi visto por última vez ao paciente assintomático, porque se for <4,5 hs o paciente pode ser candidato para receber a terapia de reperfusão encefálica, também é importante questionar se ele faz uso de anticoagulantes e se faz saber quando ele fez uso da última dose e avaliar a presença de contraindicações para trombólise endovenosa, mas neste caso em específico não foi possível coletar esses dados posto que o contato com os familiares não foi exitoso.

Com relação a PA, segundo protocolo recomenda-se evitar o tratamento da pressão arterial elevada nas primeiras 24 horas do AVCI, exceto nos casos com níveis

pressóricos extremamente elevados (pressão sistólica > 220 mmHg ou pressão diastólica > 120 mmHg) e naqueles com alguma condição clínica aguda que requeira redução pressórica (isquemia miocárdica, insuficiência renal, insuficiência cardíaca descompensada e dissecação de aorta). (American Heart Association, 2019). No caso do paciente tivemos que diminuir devido a que a PAD ultrapassava o limite, PA estava em 205/132, e a temperatura axilar não devia ultrapassar 37.5.

Existem escalas que nos ajudariam rapidamente a avaliar o quadro clínico como por exemplo a Escala Cincinatti, escala muito útil para diagnóstico diferencial e se presença de 1 sinal de alerta dos 3 sinais ele é forte sugestivo de ACV, consiste na identificação precoce da doença em ambiente pré-hospitalar, mediante três parâmetros ectoscópicos que estão presentes na maioria das vítimas: assimetria facial, parestesia em um ou ambos os membros superiores e alterações na fala sugestivas de afasia, fala monótona ou arrastada.

Figura 4. Escala de Cincinatti

Escala de Cincinatti (alteração de um ou mais testes é sugestivo de AVC)					
De um sorriso		Levante os braços		Fale a frase:	
				O Brasil é o rei do Futebol	
Veja se há desvio da boca		Veja se um braço cai por perda de força		Veja se a fala está alterada	
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado

Fonte: Telessaúde-UFRGS (2018) adaptado de Manual de rotinas para atenção ao AVC, Ministério da Saúde (2013).

Aplicando a escala de Cincinatti me aproximei, mas do diagnóstico de AVC, e posteriormente aplicamos a Escala de NIHSS que consiste na avaliação sistemática de 11 itens do exame neurológico. É uma escala para mensuração do déficit neurológico.

Figura 5. Escala de NIHSS – itens 1 a 5a.

Itens para avaliação	Escore
1a Nível de consciência Alerta: reage imediatamente Sonolento: responde mediante mínimo estímulo Torporoso ou em estupor: responde com estímulos vigorosos Coma: não responde ou tem apenas movimentos reflexos	0 1 2 3
1b Resposta a perguntas Duas respostas corretas Uma resposta correta Duas respostas incorretas	0 1 2
1c Obediência a comandos Executa ambas as tarefas corretamente Executa apenas uma tarefa Não executa nenhuma das duas tarefas	0 1 2
2 Olhar conjugado Normal Déficit parcial: há movimento com o reflexo oculocefálico (ROC) Déficit completo: não há movimento com o ROC	0 1 2
3 Campo visual Normal Hemianopsia parcial Hemianopsia completa Cegueira cortical	0 1 2 3
4 Nervos faciais Normal Acometimento discreto (déficit supranuclear discreto) Acometimento parcial (déficit supranuclear) Acometimento total (déficit periférico)	0 1 2 3
5a Força muscular MSE Normal (sem quedas durante 10 segundos completos) Assume postura com queda (não chega a cair completamente) Vence parcialmente a gravidade (cai completamente) Não vence a gravidade (apenas movimentação sobre a superfície) Sem nenhum movimento	0 1 2 3 4

Fonte: Protocolo gerenciado em Acidente Vascular Cerebral Isquêmico – Associação beneficente Síria, (2020).

Figura 6. Escala de NIHSS – itens 5b a 9.

Itens para avaliação	Score
5b Força muscular MSD Normal (sem quedas durante 10 segundos completos) 0 Assume postura com queda (não chega a cair completamente) 1 Vence parcialmente a gravidade (cai completamente) 2 Não vence a gravidade (apenas movimentação sobre a superfície) 3 Sem nenhum movimento 4	
6a Força muscular MIE Normal (sem quedas durante 5 segundos completos) 0 Assume postura com queda (não chega a cair completamente) 1 Vence parcialmente a gravidade (cai completamente) 2 Não vence a gravidade (apenas movimentação sobre a superfície) 3 Sem nenhum movimento 4	
6b Força muscular MID Normal (sem quedas durante 5 segundos completos) 0 Assume postura com queda (não chega a cair completamente) 1 Vence parcialmente a gravidade (cai completamente) 2 Não vence a gravidade (apenas movimentação sobre a superfície) 3 Sem nenhum movimento 4	
7 Ataxia dos membros Ausente 0 Presente em um membro 1 Presente em dois membros 2	
8 Sensibilidade Normal 0 Hipoestesia 1 Anestesia 2	
9 Linguagem Normal 0 Afasia leve a moderada 1 Afasia grave 2 Afasia global ou mutismo 3	

Fonte: Protocolo gerenciado em Acidente Vascular Cerebral Isquêmico – Associação beneficente Síria, (2020).

Figura 7. Escala de NIHSS – itens 10 a 11.

Itens para avaliação	Escore
10 Disartria Fala normal	0
Disartria leve a moderada	1
Disartria grave, ininteligível ou mudo; intubado	2
11 Negligência Nenhuma anormalidade	0
Negligência visual, tátil ou auditiva	1
Negligência para mais de uma modalidade	2

Frases para avaliação dos itens 9 e 10 da Escala de AVCI do NIH	Palavras para avaliação dos itens 9 e 10 da Escala de AVCI do NIH
<ul style="list-style-type: none"> • Você sabe como fazer • De volta pra casa • Eu cheguei em casa do trabalho • Próximo da mesa, na sala de jantar • Eles ouviram Pelé falar no rádio 	<ul style="list-style-type: none"> • Mama • Tic tac • Paralelo • Obrigado • Estrada de ferro • Jogador de futebol
Figura para avaliação dos itens 9 e 10 da Escala de AVCI do NIH	Figuras para avaliação do item 10 da Escala de AVCI do NIH
	

Fonte: Protocolo gerenciado em Acidente Vascular Cerebral Isquêmico – Associação beneficente Síria, (2020).

Após resultados da TC, podemos pensar no tratamento; segundo o protocolo o tratamento de recanalização deve ser iniciado até 4,5 hs após o início dos sintomas, mais infelizmente o tempo já tinha ultrapassado, porque os atendentes do bar não sabem relatar o horário do início dos sintomas, e o transporte demorou e também a TC. Segundo os critérios de inclusão para o tratamento trombolítico são: AVCi até 4,5 hs de evolução, TC de crânio demonstrando isquemia (excluir hemorragias) e um controle rigoroso da pressão arterial.

Para os critérios de exclusão do tratamento trombolítico são: Uso de anticoagulante ou INR > 1,7, uso de heparina com TTPA prolongado, plaquetas <100.000, quadro clínico sugestivo de HSA, AVCi ou TCE grave nos últimos 3 meses, PAS >185 ou PAD >110 mmHg, melhora rápida dos sinais neurológicos e sinais neurológicos discretos ou isolados, história de hemorragia intracraniana espontânea, Glicemia <40 ou >400 mg/dl, crise convulsiva no início do quadro, Infarto agudo de miocárdio nos últimos 3 meses, presença de aneurisma cerebral, gravidez.

3.3 CASO CLÍNICO: PACIENTE MULTIRESISTENTE

3.3.1 Anamnese

Identificação: C. W, sexo masculino, 53 anos, casado, natural e atualmente residente de Foz de Iguaçu, mora com a Esposa.

Queixa principal: “Não consigo fazer xixi”

História da moléstia atual: Paciente encaminhado da UPA Dr. Walter, com relato que colocou um cateter duplo J há mais de um mês (sic) (28/09), relata que estava com sonda vesical de demora por 30 dias e retirou a mesma faz 3 dias (31/10), após procedimento de retirada da sonda iniciou com um quadro dor no flanco direito e disúria que evoluiu para anúria, procurando atendimento na UPA (01/11) onde foi passada de novo uma SVD que aliviou o quadro álgico no flanco e a anúria. Na admissão do paciente no PS Clínico do HMPGL (03/11) O paciente relata reversão total dos sintomas. Nega febre, náuseas, vomito, diarreia e queixas álgicas no momento do exame.

HPP: Paciente hipertenso em tratamento, com diagnóstico de hidronefrose severa bilateral, hiperplasia prostática benigna, e litíase ureteral superior direita feito pelo DR. Dr. Hugo Gauto Villalba (urologista) no Sanatório Privado del Este, procuraram atendimento no Brasil por não poder arcar com custos do hospital no Paraguai.

- Cisto renal com cateter duplo J há 30 dias.

- Internações recorrentes por ITU (mais de 3 internações nos últimos 6 meses)

MUC: Lercandipina 10mg / Telmisartan 80 mg / Cloridrato de Tansulosina.

HV: Ex-tabagista (parou faz 2 meses)

Ex-etilista (parou faz 4 meses).

Antibioticoterapia:

Ceftriaxona (D0 01/12)

Urocultura 01/11: Urocultura positivo para *Klebsiella pneumoniae* ssp *pneumone*

3.3.2 Exame Físico

Sinais vitais: FC 94 bpm / FR 20 irpm / PA 127/81 mmHg / HGT 101 / SatO2 97% AA

Ectoscopia: Bom estado geral, anictérico, acianótico, afebril, normocorado, hidratado.

Neuro: LOTE, Glasgow 15/15, PIFR, sem sinais de irritação meníngea.

Cardio: BCNFR 2T, não ausculto sopros. TEC<3s

Pulmonar: MV+ sem RA, sem sinais de esforço respiratório.

Abdome: RHA+, flácido e sem dor a palpação de flanco direito e hipogástrio, sem sinais de irritação peritoneal. Murphy (-) Blumberg (-) Rovising (-) Giordano (-)

Membros: sem edemas e dor a palpação.

Renal: Diurese clara em SVD, débito de 600ml.

3.3.3 Diagnóstico Sindrômico

- Síndrome infeccioso urinário.

3.3.4 Hipótese diagnóstica

- ITU multirresistente, associada à cateter.

3.3.5 Exames complementares

Laboratoriais: Teste de sensibilidade aos antibióticos 01/11: Resistente a todos os ATB, Colistina, Ceftazidima / Avibactam: em andamento. Hemograma 01/11: Hb 12.60 // Hematócrito 37.30 // RDW 15.10% // Leuco 16.500 // Seg 79% // Neutro 79% // Monócito 3% // Na 147 // Urocultura 01/11: Positivo para *Klebsiella pneumoniae* ssp pneumone, com uma contagem Superior a 100.000 UFC/mL, Cepa provável produtora de carbapenemases.

3.3.6 Avaliação

Paciente colaborativo, hemodinamicamente estável sem DVA, eupneico em ar ambiente, admitido com quadro de ITU, Urina: Prot ++, Hb +++, leuco >100/cp, presença bactérias. Hemograma evidencia leucocitose 16.500 (bast: 0%). Eletrólitos e função renal - sem alterações. Urocultura positivo para *Klebsiella pneumoniae* ssp pneumone. Avaliado pela infecto foi recomendado iniciar a Polimixina B + Meropenem em acesso venoso central.

3.3.7 Conduta

- Prescrevo ATB (Polimixina B + Meropenem em AVC) segundo recomendação da Infecto;
- Solicito exames de admissão;
- Prescrevo sintomáticos;
- Solicito TC de Abdome s/c;
- Solicito hemocultura e urocultura;
- Trocar SVD após início ATB;
- Controle da diurese;
- Solicito vaga de CM.

3.3.8 Discussão crítica do caso

O C. W é um paciente que já tem histórico de várias internações tanto na UPA, quanto no municipal por quadros de ITU, o ponto de partida seria isso, e associados ao quadro de disúria que evoluiu para anúria e a dor no flanco nos faz pensar em uma ITU de repetição tendo em conta que foram mais de 2 episódios em 6 meses e não esquecendo o histórico com o uso de SVD e o cateter DJ, a presença de um cateter aumenta o risco de bacteriúria, que pode ser clinicamente benigna ou evoluir para infecção grave, uma ITU diagnosticada em um paciente que teve um cateter removido nas últimas 48 horas também é considerada uma ITU associada a cateter.

Falemos então da Infecção do trato urinário, que é a presença de agente infeccioso de etiologia bacteriana, na urina, em quantidades superiores a 100.000 unidades formadoras de colônias bacterianas por mililitro de urina (ufc/ml), causando reação inflamatória local ou sistêmica. A infecção urinária pode ser sintomática ou assintomática.

A ITU é classificada segundo a sua localização:

- Cistite: acometimento do trato urinário baixo;
- Pielonefrite: acometimento do trato urinário superior Gravidade;
- Não complicada: são adquiridas fora de o ambiente hospitalar, e são infecções muito comuns em mulheres saudáveis em idade reprodutiva, não grávida, sem histórico de anormalidades anatômicas ou funcional do trato urinário, nível ambulatorial.

- Complicadas: Pacientes com trato gênito urinário funcional, metabólico ou estruturalmente alterado, DM descompensado, história de transplante renal, imunossupressão ou germes multirresistentes, sexo masculino.

Tabela 1. Fatores relacionados à infecção urinaria complicada e não complicada

ITU não complicada	ITU complicada
Sexo feminino, não grávida.	Sexo masculino.
Ausência de cateteres urinários.	Alterações anatômicas e funcionais do trato urinário (bexiga neurogênica, refluxo vesico-ureteral, estenose, cistos).
Sem alterações de imunidade.	Obstrução urinária (HPB, litíase renal).
Ausência de alterações anatômicas e funcionais do trato urinário.	Antecedente de infecção prévia.
Infecção comunitária.	Presença de insuficiência renal.
	Patógenos multirresistentes.
	Imunossupressão; diabetes <i>mellitus</i> .
	Presença de cateteres urinários.

Fonte: Medicina Ribeirão Preto, 2010. Infecções do Trato Urinário.

Principais agentes etiológicos:

- ITU adquirida na comunidade:
 - *Escherichia coli* (mais comum – 70 a 85% dos casos), *Staphylococcus saprophyticus*.
 - Outros: *Proteus ssp*, *Klebsiella ssp*, *Enterococcus faecalis*.
- ITU nosocomial (patógenos multirresistentes):
 - Enterobactérias (principais): *E. coli*, *Proteus ssp* e *Klebsiella ssp*; *Pseudomonas aeruginosa*; *Acinetobacter baumannii*; *Enterobacter ssp*; *Enterococcus faecalis*.
 - Fungos: *Cândida ssp* (principal).

Fatores de Risco:

- Sintomas >7 dias;
- Extremos de idade;
- Gravidez;
- Usuários de sonda vesical;
- DM;
- Imunossupressão;

- Relação sexual;
- Uso prévio de antibióticos;
- Febre persistente;
- Cálculos ou alterações anatômicas do TGU;
- História de ITU previa;
- Menopausa;
- Uso de diafragmas com espermicidas;
- Anormalidades funcionais ou anatômicas.

Como podemos perceber o paciente tem fatores de risco, tem critérios para uma Pielonefrite complicada nosocomial.

O tratamento implica o alívio dos sintomas + erradicação do agente infeccioso, então precisamos solicitar urocultura com antibiograma, também o parcial de Urina, que apresentará leucocitúria, geralmente acompanhado de hematúria e presença de microrganismos. A intensidade da infecção apresenta-se representada nos resultados do exame parcial de urina, sendo os que os valores dos exames são diretamente proporcionais a quantidade de infecção (NICOLLE, 2017). Em alguns casos o resultado da urocultura é demorado, então mesmo assim pode-se iniciar o tratamento sem esse resultado, antibioticoterapia empírica tendo em consideração o histórico do paciente.

A seleção de antibióticos para ITU complicada leva em consideração os fatores de risco para infecção resistente (informados por culturas de urina anteriores, uso de terapia antimicrobiana, exposições de cuidados de saúde, prevalência de resistência antimicrobiana na comunidade) e alergias a antibióticos, assim que os resultados da cultura e suscetibilidade estiverem disponíveis, o regime antimicrobiano deve ser adaptado ao organismo específico isolado, no caso do paciente todos os exames já foram solicitados na UPA, e já tínhamos os resultados que evidenciava a presença de bactérias na Urocultura, positivo para *Klebsiella pneumoniae* ssp *pneumon* resistente a todos os ATB, então foi necessário a avaliação da infecto que recomendou iniciar a antibioticoterapia com Polimixina B + Meropenem em acesso venoso central, eu fiquei pensando nesses medicamentos e o porquê deles serem administrados por essa via, mas antes de falar dos motivos vamos conhecer melhor a nossa inimiga a *Klebsiella pneumoniae* ssp *pneumon*, é uma bactéria gram-negativa

que causa infecções em diversos sítios anatômicos, sobretudo pneumonia, infecção do trato urinário e infecção da corrente sanguínea, devido ao uso excessivo de antibióticos, por longos períodos de internação hospitalar, enterobactérias resistentes a carbapenêmicos (as ERC), entre elas as cepas produtoras de enzimas carbapenemases (como a KPC), têm emergido e oferecido grande desafio, uma vez que são resistentes a quase todos os antibióticos disponíveis, então a KPC não é o nome de uma superbactéria como eu acreditava, a sigla, na verdade, refere-se a uma enzima produzida por algumas bactérias para degradar certos antibióticos.

São duas as principais drogas que ficam de fora do perfil de resistência das ERC produtoras de KPC, basicamente: a Polimixina B e a Tigeciclina, a Polimixina B é um antibiótico de aplicação restrita apenas contra germes multirresistentes. No entanto, o seu uso isolado não é ideal, devido à sua toxicidade e à possibilidade da seleção de cepas resistentes às Polimixinas, e já que a monoterapia não é a melhor opção para tratar as cepas produtoras de KPCs, a combinação de antibióticos de classes diferentes é o mais recomendado. Uma das combinações mais tradicionalmente usadas é a de Polimixina B com Meropenem. o Meropenem é a droga de escolha para tratamento de infecções por gram-negativos hospitalares com beta-lactamases de espectro expandido (ESBL), que oferecem resistência a outras classes de antibióticos. No entanto, ele é inativado pela carbapenemase KPC. A Polimixina associada ao Meropenem promove efeito “detergente” sobre a membrana celular da bactéria, aumentando sua permeabilidade, promovendo penetração e ação mais rápidas do Meropenem sobre seu sítio alvo antes que ele seja inativado pelas carbapenemases. E a via foi por acesso venoso central para evitar a flebite que é uma das complicações mais frequentes no uso de cateteres venosos periféricos (CVP).

Como estamos diante de uma bactéria multirresistente, uma infecção hospitalar foi solicitada a hemocultura para descartar a disseminação na corrente sanguínea. O atendimento e condutas foram as adequadas, seguindo os protocolos, eu só solicitaria antes que nada um leito de isolamento para o paciente.

3.4 CASO CLÍNICO: HEMORRAGIA DIGESTIVA

3.4.1 Anamnese

Identificação: M. A. M, sexo feminino, 68 anos, natural e residente de foz do Iguaçu, mora com o esposo, ama de casa, religião católica.

Queixa principal: “Perdi muito sangue”

História da moléstia atual: Paciente encaminhada da UPA João Samek, refere ter apresentado vários episódios de dejeções com sangue, associado a dor abdominal difusa, procurando atendimento na UPA no dia 20/10 onde foi internada em sala amarela e posteriormente reclassificada como vermelha após piora do quadro de hematoquezia, Admitida na decisão clínica do HMPGL no dia (21/10) em regular estado geral, com sinais vitais estáveis. Nega outras queixas. Relata uso contínuo de medicações analgésicas, diclofenaco, ibuprofeno.

HPP: HAS; Cardiopata.

MUC: Carvedilol / Losartana / Hidroclorotiazida / Nifedipino.

Alergias: Nega alergias medicamentosas.

HV: Tabagista, nega etilismo e uso de substâncias ilícitas.

3.4.2 Exame físico

Ectoscopia: REG, desidratada +/4+, hipocorada +++/4+, acianótica, anictérica, afebril.

Neurológico: GCS 15 (AO4 RV5 RM6), pupilas isofotorreativas, ausência de déficits focais, sem sinais de meningismo. Paciente vígil, lúcida e orientada em tempo e espaço.

Cardiovascular: RCR 2T, BNF sem sopros. TEC < 3 segs. Pulsos periféricos palpáveis e simétricos. Estável sem DVA.

Respiratório: MV diminuído, aparente crepitos em base esquerda. Expansibilidade preservada. Paciente confortável em AA

Gastrointestinal: abdome globoso, RHA +, depressível, pouco doloroso à palpação profunda, não palpo visceromegalias. Sem sinais de circulação colateral e telangiectasias.

Geniturinário/renal: diurese em SVD, de aspecto claro.

Infeccioso: alterações focais na ausculta pulmonar.

Metabólico: ausência de correções glicêmicas no período. Ausência de distúrbios hidroeletrólíticos.

Extremidades: Ausência de edemas, panturrilhas livres.

Hematológico: Exames complementares sem alterações, ausência de sangramentos no período. Toque retal com presença de sangue vivo em pequena quantidade e coágulos em dedo de luva.

3.4.3 Diagnóstico Sindrômico

- Síndrome hemorrágica.

3.4.4 Hipótese diagnóstica

- Hemorragia digestiva.

3.4.5 Exames complementares

Laboratoriais: 21/10: HB: 11,3 -> 8,0 / HT: 24.7 / Função renal, eletrólitos, lactato, coagulograma, lipase, amilase sem alterações.

Lab 24/10: Hb 7,5 / Glicose 88 // Mg 1,9 / PCR 1,8 / TAP 1,12.

Imagens: EDA 24/10: Gastrite erosiva plana em antro.

3.4.6 Avaliação

Paciente dá entrada no serviço por quadro sugestivo de HDB (melena + hematoquezia + alguns episódios de enterorragia). Apresentou queda importante de HB, sendo necessária hemotransfusão (2 HC) com Hb de controle 7,5. Realizada EDA com gastrite erosiva plana em antro, com sugestão pelo endoscopista de TC de abdome para melhor investigação de sangramento.

3.4.7 Conduta

- Hidratação: mantenho alíquotas de horário;
- Mantenho sintomáticos para uso se necessário;

- Profilaxias: contraindicação para profilaxia para TEV. Omeprazol em dose de HDA;
- Antibioticoterapia: sem indicação;
- Solicito exames de controle;
- Início suplementação de ferro;
- Vigilância hemodinâmica;
- Solicito Colonoscopia;
- Solicito TC de abdome com contraste;
- Aguarda vaga de CM.

3.4.8 Discussão crítica do caso

Diante de uma paciente com quadro de hematoquezia e dor abdominal difusa podemos pensar na hipótese diagnóstica de uma Hemorragia Digestiva, que pode ser classificada segundo a sua localização em:

- **Hemorragia Digestiva Alta (HDA):** Sangramento intraluminal resultante de uma lesão proximal ao ligamento de Treitz, podendo envolver o esôfago, estômago ou duodeno;
- **Hemorragia Digestiva Baixa (HDB):** Perda de sangue de início recente originada de um local distal ao ligamento de Treitz.

Ligamento de Treitz: ponto onde termina o duodeno e se inicia o jejuno. O sangramento gastrointestinal ou digestivo pode se manifestar de diversas maneiras de acordo com a topografia do sangramento.

- **Hematêmese:** vômito de sangue vermelho ou com a aparência de “borra de café”.
- **Melena:** fezes escuras ou enegrecidas, geralmente com odor característico.
- **Hematoquezia:** fezes com presença de sangue vermelho vivo rutilante ou fezes com coloração vermelho-amarronzada.
- **Sangue oculto nas fezes:** pode ser identificada na ausência de hemorragia evidente quando os pacientes se apresentam com sintomas de perda sanguínea ou anemia, como tontura, síncope, angina ou dispneia; ou quando a avaliação diagnóstica de rotina revela anemia por deficiência de ferro ou um teste de sangue oculto fecal positivo.

- **Outros:** Instabilidade hemodinâmica de acordo com o volume de sangue perdido, anemia principalmente quando há perda crônica, sinais e sintoma da doença base que levou ao quadro hemorrágico. A avaliação inicial de pacientes com sangramento agudo do trato GI envolve uma avaliação da estabilidade hemodinâmica e ressuscitação, se necessário.

Sinais de alarme:

- Instabilidade hemodinâmica (hipotensão, taquicardia, ortostase, síncope);
- Sangramento persistente;
- Doenças comórbidas significativas;
- Idade avançada;
- Sangramento que ocorre em um paciente hospitalizado por outro motivo;
- História prévia de sangramento por diverticulose ou angiodisplasia;
- Uso atual de aspirina;
- Tempo de protrombina prolongado;
- Hipoalbuminemia;
- Anemia;
- Um nível elevado de nitrogênio urêmico no sangue;
- Uma contagem anormal de glóbulos brancos.

A avaliação inicial de um paciente com suspeita de hemorragia digestiva aguda clinicamente significativa inclui história, exame físico e exames laboratoriais. O objetivo é avaliar a gravidade do sangramento, identificar fontes potenciais do sangramento e determinar se existem condições presentes que possam afetar o manejo subsequente, a abordagem é de acordo com a estabilidade do paciente, em pacientes instáveis hemodinamicamente primeiro é a Estabilização clínica, MOV+ABCDE e depois a localização do sangramento.

Estabilização: Avaliar instabilidade hemodinâmica: choque? Hipotensão ortostática?

1. Oxigênio: cânula nasal;
2. Acesso intravenoso: 2 cateteres de calibre 18 ou +;
3. Ressuscitação com fluidos: por exemplo: pacientes com sangramento ativo;
4. Transfusão de sangue: sangramento ativo e hipovolemia. Se nível inicial de hemoglobina for baixo (< 8 d/dL);

MOV: Monitorização, oxigênio e veia (2 acessos venosos periféricos calibrosos).

ABCDE:

A – Vias aéreas (avaliar se estão livres);

B – Respiração (verificar se o paciente está ventilando de forma adequada);

C – Circulação / coleta de exames (a perda de sangue pode levar a um choque circulatório hipovolêmico, avaliamos as proporções das perdas e realizamos a ressuscitação volêmica que é essencial para a ré estabilização clínica. Coleta de exames, importante para avaliar parâmetros laboratoriais como hemoglobina. Lactato, coagulograma, plaquetas, ureia e creatinina);

D – Drogas;

E – Endoscopia (primeira escolha para localização do sangramento, deve ser realizado o quanto antes após estabilização clínica).

Todos esses passos foram seguidos no atendimento da paciente e como a paciente estava com queda significativa de HB, foi solicitado 2 CH, com as diretrizes de 2019 recomendando o ponto de corte de 8 g/dL, não era necessário plasma fresco congelado e nem plaquetas, por isso é importante perguntar nas anamneses a religião dos pacientes, porque há religiões que não aceitam a transfusão sanguínea. Vários escores para avaliação de risco foram publicados e podem combinar achados clínicos e endoscópicos. Um deles, o escore de Glasgow Blatchford, calculado com base em parâmetros clínicos isoladamente, tem grande importância por predizer a necessidade de endoscopia.

A presença de um único item positivo seria indicativa de realização de endoscopia digestiva alta na apresentação ao HD. Pacientes com Glasgow Blatchford Score (GBS) de 0- 1 podem ser considerados para tratamento ambulatorial.

O escore de Blatchford de forma simplificada pode ser considerado 0 se: Hb \geq 13 g/dL em homens e 12 g/dL em mulheres.

PA sistólica \geq 110 mmHg;

FC < 100 bpm;

Ureia < 40 mg/dL.

Sem melena ou síncope na chegada no DE;

Sem história de cirrose ou IC.

Tabela 2. Escore de Glasgow Blatchford simplificado.

Variável	Pontuação
Hb 12, 12,9 em homens a 10,0 a 10,9 em mulheres	1
Hb de 10,0 a 11,9 em homens	3
Hb < 10 em homens ou mulheres	6
PAS entre 100 – 109 mmHg	1
PAS entre 90 – 99 mmHg	2
PAS < 90 mmHg	6
FC ≥ 100 bpm	1
Ureia > 30 mg/dL	1
História de melena ou síncope na apresentação	1
História de doença hepática ou cardíaca	2

Fonte: VELASCO, *et al.*, 2022.

O escore de Rockall é um dos mais importantes instrumentos para predizer risco em pacientes com HDA. O escore deve ser realizado pré e pós-endoscopia.

Caso a soma do escore pré e pós-EDA de Rockall for superior a 8, a mortalidade ultrapassa 40%. Escores de 0 a 2 têm mortalidade < 0,2%. Pacientes com risco zero têm taxas de re-sangramento de 5% ou menos.

Tabela 3. Escore de Rockall pós-endoscopia.

Variável pós-endoscopia	Pontuação
Mallory-Weiss ou sem lesões e sangramento	0
Outros diagnósticos	1
Neoplasia maligna	2
Presença de sangue, coágulo ou vaso sangrante ou visível	2

Fonte: VELASCO, *et al.*, 2022.

Tabela 4. Taxa de ressangramento conforme escore de Rockall.

Escore	Taxa de ressangramento
0	0,2%
1	2,4%
2	5,6%
3	11%
4	24,6%
5	39,6%
6	48,9%
7	50%

Fonte: VELASCO, *et al.*, 2022.

Pela prevalência da hematoquezia na HDB podemos sugerir como hipótese diagnóstica, mas isso não afasta a possibilidade de uma HDA, e a nossa paciente tem critérios para realização de endoscopia que é padrão ouro em casos de HDA, e a mesma foi solicitada evidenciando gastrite erosiva plana em antro, e posteriormente também foi solicitada colonoscopia e TC de abdome para melhor investigação de sangramento.

Comentários pontuais da conduta:

– **Hidratação:** mantenho alíquotas de horário, é interessante para ajudar com a reposição volêmica e de horário para não ser muito agressivos (> 3 L nas primeiras 6 horas de admissão do paciente ao departamento de emergência) podem aumentar o sangramento e devem ser evitadas.

– Mantenho sintomáticos para uso se necessário, interessante para controle de sintomas.

– **Profilaxias:** contraindicação para profilaxia para TEV. Omeprazol em dose de HDA, o inibidor de bomba de prótons como é o Omeprazol é necessária para a supressão ácida considerando o resultado da EDA, é utilizada pré e pós EDA, também reduz o risco de re-sangramento. A dose para HDA é a seguinte 80 mg IV bolus seguido por 40 mg a 80 mg IV 12/12h.

– **Antibioticoterapia:** sem indicação, posto que é mais indicado para pacientes com cirrose hepática causando varizes esofágicas e posterior HDA.

– Solicito exames de controle, sempre é necessário controlar os níveis de HB e função dos demais órgãos (função renal e hepática).

– Início suplementação de ferro, o VCM começou a diminuir levemente, pode sugerir deficiência de ferro.

– Vigilância hemodinâmica, é essencial.

– Solicito Colonoscopia / Solicito TC de abdome com contraste para seguir investigando outras possíveis causas.

– Aguarda vaga de CM, posto que a paciente já se encontra estável.

O atendimento foi de acordo com os protocolos, porém os mesmos preconizam a realização precoce da EDA, em até 24 horas após o início do quadro, e o mesmo não foi cumprido porém foi por falhas no fluxo, o mesmo foi solicitado imediatamente porém o tempo de espera foi mais que 24 horas.

3.5 CASO CLÍNICO: CÃO MALVADO

3.5.1 Anamnese

Identificação: J. C, sexo masculino, 17 anos de idade, natural e residente de Foz do Iguaçu, solteiro, mora com os pais, católico.

Queixa Principal: “Um cachorro da rua mordeu”

História da moléstia atual: Paciente acompanhado pela Mãe, procura atendimento na UPA João Samek por meios próprios após mordedura de cachorro, relata que estava indo jogar bola quando um cachorro de porte médio e procedência desconhecida (da rua) o atacou, começou a latir e posteriormente o mordeu ocasionando feridas na palma da mão e nas pernas, um vizinho que estava perto o auxiliou jogando uma pedra no cachorro que posteriormente fugiu. Refere sentir muita dor na região das mordeduras, relata ter as vacinas em dia, nega outras queixas álgicas no momento do exame.

HPP: Nega comorbidades

MUC: Nega uso de medicações contínuas e Alergia medicamentosa.

HV: Nega tabagismo e etilismo

3.5.2 Exame Físico

Sinais vitais: PA 120/80 / FC 98 / FR 20 / TAX 36.5 / SatO2 99% AA.

Ectoscopia: bom estado geral, acianótico, anictérico, afebril, normocorado, hidratado.

Neurológico: Sem alterações

Cardiovascular: Sem alterações

Pulmonar: Sem alterações

Abdome: Sem alterações

Membros: Ferimento perfurante de aproximadamente 1 cm em palma da mão direita, ferimento perfurante e arranhões em tornozelo direito.

3.5.3 Hipótese diagnóstica:

– Mordedura provocado por cão.

3.5.4 Conduta

– Realizo assepsia e curativos dos ferimentos;

- Prescrevo ATB;
- Prescrevo sintomáticos;
- Oriento sobre cuidados e sinais de alarme com as feridas, paciente compreende;
- Encaminhamento para Epidêmico.

3.5.5 Discussão crítica do caso

Estima-se que 50% das pessoas levarão uma mordida de animal doméstico durante suas vidas, é muito comum receber pacientes com mordeduras de animais nas UPA e falo por experiência própria, então é necessário ter o conhecimento dos protocolos e profilaxias.

Mordidas causam danos à pele e às estruturas subjacentes, incluindo músculos, vasos sanguíneos, nervos, tendões, espaços articulares e estruturas ósseas. Uma consideração secundária associada a todas as feridas por mordida é a contaminação com a flora oral do animal mordedor, resultando em infecção. O potencial para exposição ao tétano e à raiva também deve ser considerado.

O braço e a mão são as regiões do corpo mais frequentemente mordidas. Em comparação com os adultos, as crianças têm probabilidade muito maior de serem mordidas na face, na cabeça ou no pescoço.

Fatores que aumentam o risco de infecção após uma mordida de animal incluem:

- Imunossupressão subjacente (incluindo diabetes);
- Mordida envolvendo a mão ou o pé;
- Mordida em uma extremidade com comprometimento venoso e / ou linfático subjacente;
- Mordida perto ou em uma articulação protética ou enxerto vascular;
- Lesão por esmagamento ou ferida por punção;
- Mordida de gato (dada propensão a associação com feridas profundas por punção);
- Apresentação atrasada (≥ 12 horas após uma mordida nas extremidades e ≥ 24 horas após uma mordida na face).

Como regra geral, mordidas não tratadas com mais de 6 horas correm risco maior de complicações infecciosas. Quando possível, deve-se determinar se a

mordida foi provocada ou não, porque isso pode influenciar a decisão de administrar profilaxia da raiva. Informações sobre o animal mordedor devem incluir o proprietário e o estado de imunização, bem como a localização atual do animal. A probabilidade de infecção da ferida deve ser determinada com base em achados físicos. O tempo médio para sinais e sintomas de infecção após uma mordida de cachorro é de aproximadamente 24 horas; o tempo médio para sinais e sintomas de infecção após uma mordida de gato é geralmente mais curto (ou seja, aproximadamente 12 horas).

A infecção por mordida na ferida pode ser superficial (por exemplo, celulite, com ou sem abscesso) ou profunda (abscesso, artrite séptica, osteomielite, tenossinovite ou infecção necrosante dos tecidos moles): As manifestações clínicas da celulite incluem febre, sensibilidade, eritema, inchaço e calor; drenagem purulenta e / ou linfangite podem estar presentes. Um abscesso superficial associado pode se apresentar como um nódulo sensível, eritematoso e flutuante.

Além das manifestações acima, as pistas para infecção profunda incluem dor persistente ou progressiva vários dias após a lesão inicial, dor com movimento passivo, dor desproporcional aos achados do exame, crepitações, inchaço nas articulações, doença sistêmica (febre, instabilidade hemodinâmica), e sinais persistentes de infecção, apesar do tratamento inicial da ferida e da administração de antibióticos.

Para pacientes com lesão por mordida de animal na ausência de evidência clínica de infecção (no exame físico ou na imagem), os componentes do manejo incluem cuidados com feridas, remoção de corpos estranhos (se houver) e avaliação da necessidade de profilaxia com antibióticos, tétano profilaxia e profilaxia da raiva.

Em conversa com o Médico ele perguntou se era para suturar o não a mordedura de cachorro e eu realmente fiquei em dúvida, porém acreditava que não, por questões aumentar o de risco de infecção pela presença de corpo estranho por exemplo e no caso do paciente como a ferida era perfurante e não uma laceração por exemplo, só foi realizada a sutura pero foi orientado ao paciente sobre cuidados com a ferida e sinais de alarme.

O fechamento primário das mordidas de mamíferos é controverso e dados conflitantes têm sido relatados. O fechamento primário deve ser avaliado em função do risco maior de infecção. Estudos publicados não encontraram diferença significativa nas taxas de infecção entre as mordidas de cão reparadas e as deixadas abertas. Feridas de mordida de cão, gato e de seres humanos, cuidadosamente

selecionadas, fechadas de modo primário, tiveram uma taxa geral de infecção de 5,5%, semelhante à de feridas suturadas não causadas por mordida.

Outra opção é reavaliar a ferida em 48 a 72 horas e, se não houver evidência de infecção, realizar fechamento primário tardio. Mordidas na face e no couro cabeludo, de qualquer espécie, com menos de 6 horas, podem ser suturadas após preparo adequado da ferida. Provavelmente é seguro suturar a maior parte das outras mordeduras não complicadas de cão. Mordidas nas mãos e nos pés apresentam alto risco de infecção e raramente devem ser suturadas. Perfurações, feridas com mais de 12 horas e feridas que se apresentam infectadas, não devem ser suturadas.

O uso de suturas subcutâneas deve ser reduzido ao mínimo no fechamento de mordeduras, pois a presença de material estranho aumenta o risco de infecção.

Recomenda-se que as feridas por mordida sejam deixadas abertas para curar por intenção secundária, principalmente nas seguintes circunstâncias:

- Lesões por esmagamento;
- Feridas por punção;
- Feridas por mordidas de gatos (feridas faciais são uma exceção);
- Ferimentos envolvendo mãos e pés;
- Feridas com ≥ 12 horas (≥ 24 horas na face);
- Feridas em hospedeiros imunocomprometidos (incluindo diabetes);
- Feridas em pacientes com estase venosa;
- Em local de próteses articulares;
- Em extremidades, associado a comprometimento vascular ou linfático;
- Mordedura humana.

O fechamento primário é uma alternativa razoável para lacerações simples devido a mordidas de cães na face, tronco, braços ou pernas. Além disso, o fechamento primário pode ser realizado para lacerações causadas por mordidas de gatos na face, dada a importância cosmética dessa região.

A profilaxia antibiótica é sugerida para todos os pacientes submetidos ao fechamento primário de uma mordida de cachorro ou gato, a importância dos antibióticos profiláticos indicados para mordidas de mamíferos é secundária em relação ao valor da limpeza adequada, desbridamento e irrigação da ferida. O ideal é que os antibióticos sejam administrados dentro de 3 horas após a mordida para alcançarem um efeito profilático e que depois sejam continuados por 3 a 5 dias. É

recomendado amoxicilina-clavulanato para profilaxia de mordida de cão, porque essa associação é ativa contra a maior parte dos patógenos que podem ser isolados dessas feridas in vitro e estudos publicados demonstraram sua eficácia in vivo. Clindamicina associada à sulfametoxazol-trimetoprima ou ciprofloxacino pode ser utilizada em pacientes alérgicos à penicilina. Opções de antibióticos empíricos para pacientes com feridas de mordida de cachorro com infecção estabelecida são as mesmas utilizadas para profilaxia.

Tabela 5. Profilaxia com antibiótico.

PROFILAXIA	
Primeira linha	Amoxicilina / ácido clavulânico 500mg / 125 mg 8/8h
	Clindamicina 300 mg 8/8h + Ciprofloxacina 500 mg 12/12h
	Doxicilina 100 mg 12/12h
Alternativas	Fluorquinolona; Sulfametoxazol / trimetropina 800 / 160 mg 12/12h; ou Cefuroxina 500 mg 12/12h + Metronidazol 400 mg 6/6h ou Clindamicina 300mg 8/8h.

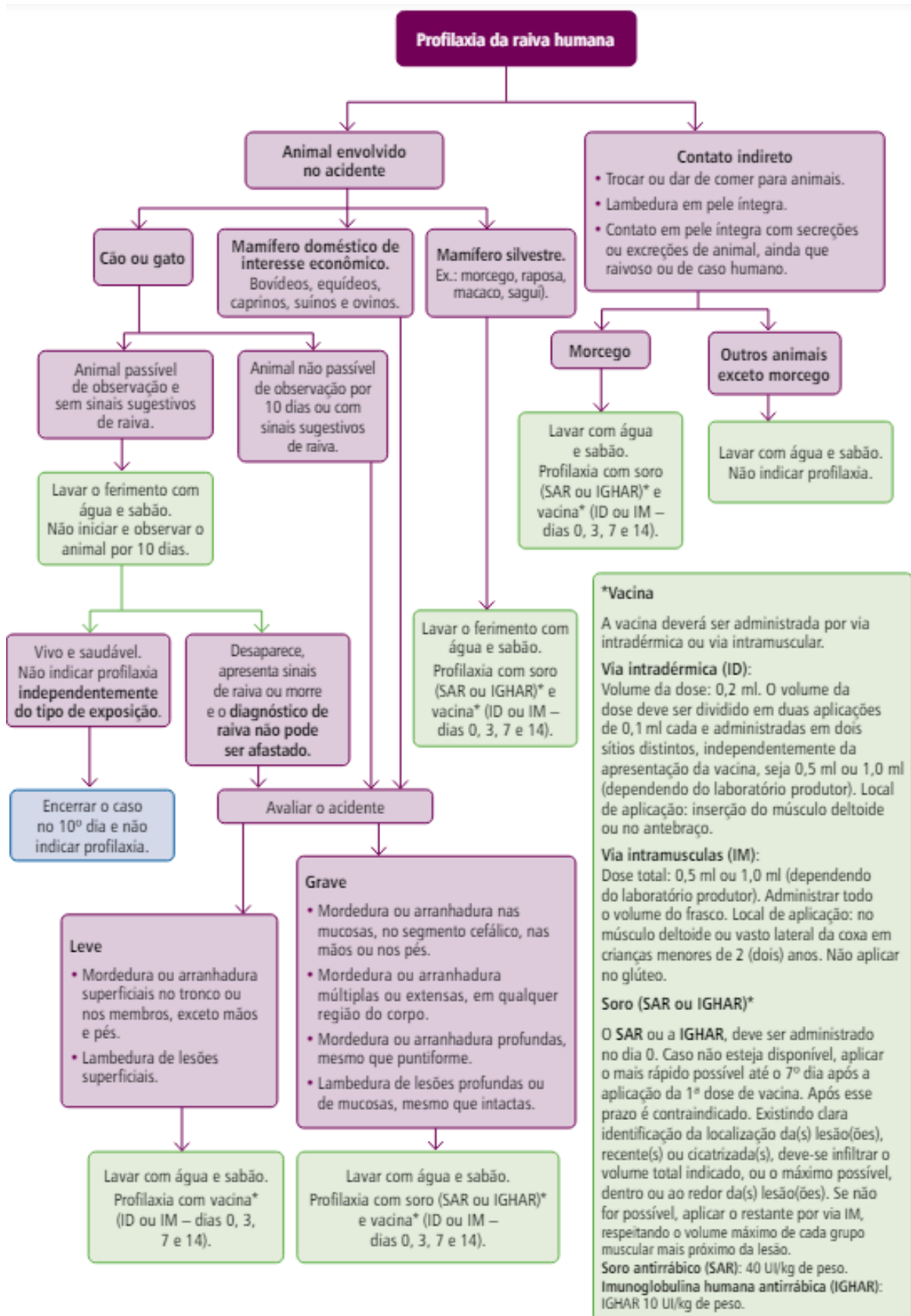
Fonte: Videoaula da SanarFlix.

Eu perguntei ao médico sobre profilaxia para tétano e raiva e ele respondeu que isso era com a equipe de epidêmico, fiquei indignada com essa resposta.

Procurei a epidêmico para tirar as minhas dúvidas e em conversa com ela me falou sobre a profilaxia do tétano e que mordidas de animais são consideradas uma ferida propensa ao tétano, então se o paciente teve a vacina a mais de 5 anos se faz a vacina, também se paciente idoso, desnutrido, imunossuprimido: vacina + SAT/IGAT.

Prevenção contra raiva Mordidas, arranhões, abrasões ou contato com a saliva dos animais por meio de membranas mucosas ou uma ruptura na pele podem transmitir raiva. Para mordidas de animais potencialmente raivosos, a limpeza precoce e vigorosa com água e sabão e o uso de um antisséptico com atividade contra o vírus da raiva (como iodopovidona ou cloreto de benzalcônio a 2%) são métodos importantes para diminuir o risco de transmissão, além da administração oportuna da imunoglobulina antirrábica e vacina.

Figura 8. Fluxograma para profilaxia da raiva humana pós-exposição com vacina de cultivo celular.



Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

Figura 9. Esquema para profilaxia da raiva humana pós-exposição com vacina de cultivo celular.

TIPO DE EXPOSIÇÃO	ANIMAL AGRESSOR				
	CÃO OU GATO		MAMÍFERO DOMÉSTICO DE INTERESSE ECONÔMICO Bovídeos, eqüídeos, caprinos, suínos e ovinos	MAMÍFEROS SILVESTRES Ex.: raposa, macaco, sagui	MORCEGOS
	Animal passível de observação por 10 dias e sem sinais sugestivos de raiva	Animal não passível de observação por 10 dias ou com sinais sugestivos de raiva			
CONTATO INDIRETO <ul style="list-style-type: none"> • Tocar ou dar de comer para animais. • Lambedura em pele íntegra. • Contato em pele íntegra com secreções de animal, ainda que raivoso ou de caso humano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • NÃO INDICAR PROFILAXIA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • NÃO INDICAR PROFILAXIA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • NÃO INDICAR PROFILAXIA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • NÃO INDICAR PROFILAXIA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • INICIAR PROFILAXIA: VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR).
LEVE <ul style="list-style-type: none"> • Mordedura ou arranhadura superficial no tronco ou nos membros, exceto mãos e pés. • Lambedura de lesões superficiais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • NÃO INICIAR PROFILAXIA. • Manter o animal em observação por 10 dias. Se permanecer vivo e saudável, suspender a observação no 10º dia e encerrar o caso. Se morrer, desaparecer ou apresentar sinais de raiva, indicar VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14). 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • INDIAR PROFILAXIA: VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14). 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • INDIAR PROFILAXIA: VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14). 		
GRAVE <ul style="list-style-type: none"> • Mordedura ou arranhadura nas mucosas, no segmento cefálico, nas mãos ou nos pés. • Mordedura ou arranhadura múltipla ou extensas, em qualquer região do corpo. • Mordedura ou arranhadura profunda, mesmo que puntiforme. • Lambedura de lesões profundas ou de mucosas, mesmo que intactas. • Mordedura ou arranhadura causando por mamífero silvestre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • NÃO INICIAR PROFILAXIA. Manter o animal em observação por 10 dias. Se permanecer vivo e saudável, suspender a observação no 10º dia e encerrar o caso. Se morrer, desaparecer ou apresentar sinais de raiva, indicar VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR). 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • INDIAR PROFILAXIA: VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR). 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • INDIAR PROFILAXIA: VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR). 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • INDIAR PROFILAXIA: VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR). 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • INDIAR PROFILAXIA: VACINA* (dias 0, 3, 7 e 14) e SORO (SAR ou IGHAR).
*VACINA Quatro doses, nos dias 0, 3, 7 e 14	A vacina deverá ser administrada por via intradérmica ou via intramuscular. Via intradérmica: volume da dose 0,2 ml. O volume da dose deve ser dividido em duas aplicações de 0,1 ml cada e administrados em dois sítios distintos, independentemente da apresentação da vacina, seja 0,5 ml ou 1,0 ml (dependendo do laboratório produtor). Local de aplicação: inserção do músculo deltoide ou no antebraço. Via intramuscular: dose total 0,5 ml ou 1,0 ml (dependendo do laboratório produtor). Administrar todo o volume do frasco. Local de aplicação: no músculo deltoide ou vasto lateral da coxa em crianças menores de 2 anos. Não aplicar no glúteo.				
SORO (SAR ou IGHAR).	O SAR ou a IGHAR, deve ser administrado no dia 0. Caso não esteja disponível, aplicar o mais rápido possível até o 7º dia após a aplicação da 1ª dose de vacina. Após esse prazo é contraindicado. Existindo clara identificação da localização da(s) lesão(ões), recente(s) ou cicatrizada(s), deve-se infiltrar o volume total indicado, ou o máximo possível, dentro ou ao redor da(s) lesão(ões). Se não for possível, aplicar o restante por via IM, respeitando o volume máximo de cada grupo muscular mais próximo da lesão. Soro antirrábico (SAR): 4 UI/kg de peso. Imunoglobulina humana antirrábica (IGHAR): IGHAR 20 UI/kg de peso.				

Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

4 RELATO VIVENCIAL E EXPERIÊNCIA PESSOAL

Este Módulo foi o mais desafiador para mim, antes de iniciar estava cheia de expectativas, medos, dúvidas e ansiedade, uma semana antes de iniciar já não conseguia dormir direito pensando em, será que tenho o conhecimento teórico suficiente? Será que vou reconhecer quando um paciente é crítico? Será que eu vou conseguir lidar com os pacientes e familiares? Em casos de óbito vou conseguir comunicar adequadamente e brindar apoio? E se eu começar a chorar junto? Será que não vou esquecer nenhum passo da sequência rápida de IOT? E se eu esquecer de tudo no momento que o preceptor fizer uma pergunta? Será que vou conseguir ter as condutas adequadas? E se eu não lembrar dos antibióticos? E nos plantões noturnos vou descansar e me organizar como? Esses foram alguns dos questionamentos que me fazia a mim mesma todo tempo.

Como internos temos uma lista de procedimentos invasivos a serem realizados, e o módulo oferece os cenários perfeitos para podermos realizar os mesmos sob supervisão dos preceptores e assim adquirir experiência antes de formados e no futuro profissional poder trabalhar com confiança na sala vermelha por exemplo, essa lista me preocupava, tinha medo de não conseguir realizar os procedimentos.

Foram inúmeras experiências em cada local, porém sempre existem algumas que nos marcam para sempre, e a seguir vou relatar algumas delas, na primeira semana do internato em U/E no HMMSMA num domingo aproximadamente às 15 horas eu estava fazendo lavagem gástrica numa paciente que tentou autoextermínio e isso já me deixou abalada pela história que ela contou e todo tempo segurava a minha outra mão que não estava exprimindo o soro e me pedia perdão pelo que fez e nisso o enfermeiro entra correndo com um lactente de 1 ano e ½ nos braços que tinha se afogado e já estava todo cianótico, no momento que eu vi essa cena não sei nem explicar o que eu senti, meu peito ficou apertado, me paralisei totalmente, e a Mãe pedindo socorro no corredor do lado de fora da sala de emergência, e a equipe toda estava lá, foi uma gritaria até que o Médico pediu calma para toda a equipe e começou a dar as orientações do que seria realizado, no momento que ele pediu alguém para ficar encarregado do cronometro, nesse momento foi como que eu acordei e pedi para a técnica de enfermagem ficar com a minha paciente e seguir exprimindo a bolsa do

soro, e nisso me posicionei mais perto para que possam escutar melhor a conta regressiva, porem tinha um nó na minha garganta que não me permitia falar forte o suficiente e nesse momento o meu preceptor ficou do meu lado e me falou que ia falar junto a conta regressiva, posto que o Médico do consultório que ia realizar os choques, depois de 4 ciclos o bebe voltou e solicitaram a transferência e eu voltei com a minha paciente, porem parecia que a ficha não tinha caído para mim, eu estava aérea, nesse dia na viagem de volta para foz eu não falei uma só palavra, o ambiente se sentia pesado e ao chegar na minha casa não consegui parar de chorar era uma mistura de sentimentos, fiquei tão admirada com o trabalho da equipe toda, eles deram tudo de si, estava tão agradecida porque o paciente voltou e foi trasladado para foz, porém não conseguia parar de pensar nos gritos e prantos dessa mãe e na carinha toda cianótica e com espuma branca que saia da boquinha desse bebezinho, uma imagem que até agora não sai da minha cabeça.

Outra experiência que me tocou bastante é a de uma paciente de 18 anos, gestante e minha compatriota que só falava guarani, ela já estava internada há mais de 24 horas na ala da maternidade e sem conseguir se comunicar com ninguém. Com a minha dupla já tínhamos evoluído todos os pacientes do PS do HMMSMA, fomos dar uma olhada na ala de maternidade e foi então que eu conversei com essa paciente, fiz a anamnese e expliquei para ela que a Médica precisava fazer o toque vaginal para ver os cm de dilatação que ela estava, a paciente autorizou e depois eu também fiz o toque vaginal, conversando ela me falou que estava muito agradecida com Deus porque eu era a enviada dele para poder ajuda-la nesse momento que ela mais precisava e assustada estava, me falou que o nome que ela pensou dar a sua primogênita era Veronica Noemi e que em minha homenagem agora seria Erica Noemi, eu me senti tão realizada em poder ajudar e tão agradecida em poder ter essa experiência.

Nesse dia pela tarde, quase no final do plantão a enfermeira da maternidade liga para o PS, solicitando a minha presença posto que a paciente já estava na sala de parto e precisavam da minha ajuda para poder conversar e acalmar a paciente que já tinha acompanhante porem também não falava português.

O parto vaginal foi sem nenhuma intercorrência, foi o primeiro parto que eu assisti, foi lindo e emocionante para mim ver nascer a minha pequena xará, a seguir um registro desse dia tão maravilhoso, foto autorizada pela paciente.

Fotografia 1. Foto com a minha Xará e a Mãe.



Fonte: Acervo pessoal (Foto devidamente autorizada pela paciente).

Outra experiência que me tocou muito foi na UPA Dr. Walter Cavalcante, me marcou porém pelo fato da pouca empatia, consideração e lado humano dos profissionais do SAMU, foi num plantão noturno que a um paciente da sala vermelha lê foi comunicado que os resultados da TC evidenciaram que tinha um aneurisma roto, um paciente de 37 anos recebendo uma notícia dessa era um momento muito tenso, porém o Médico explicou minuciosamente e com palavras simples e claras para que

o paciente possa entender o quadro e os riscos. Foi solicitada a transferência para o HMPGL, no momento que a USA chegou o paciente que estava meio fora de si, sem acreditar no que estava acontecendo solicitou ir ao banheiro, a enfermeira falou que ia trazer um papagaio porém o paciente falou que estava bem, que conseguia ir ao banheiro, escutando isso o Médico do SAMU que estava chegando falou com voz alta para o paciente ficar quieto e que no municipal ele não ia fazer o que queria e a conversação após foi a seguinte.

Paciente: Eu só não quero fazer xixi no papagaio, eu posso ir ao banheiro e depois voltar para ir com vocês. (Nesse momento o enfermeiro do SAMU responde quase gritando).

Enfermeiro: Qual é o seu problema cara, fica na tua.

Paciente: Eu sei qual que é o meu problema e é que eu posso morrer a manhã, faz 5 minutos que recebi uma notícia de morte, tenho um aneurisma roto e o seu problema é qual?

Enfermeiro: Meu problema é você. (Nesse momento o Médico sem explicar nada pede para o paciente assinar um documento)

Paciente: O que é isso?

Medico: O documento que você está recusando atendimento. (O paciente assinou e o pessoal do SAMU foi embora).

Na sala ficou um silencio assustador, e nisso o paciente começa a chorar e pedir desculpa, falou que não ia permitir que brancos o tratassem assim desse jeito e que o que eles fizeram foi racismo posto que ele é preto, e que não ia aceitar atendimento de profissionais assim, que ele já sofreu muito em mãos de brancos que o maltrataram e não queria isso para ele nesses momentos, explicou que não podia acreditar o que estava acontecendo que estava em choque, que faltavam 5 dias para ele fazer 42 anos e que podia não estar mais vivo e ia deixar as filinhas dele sem papai. Nisso a enfermeira pede para ele se acalmar, que é mais perigoso ainda ele se alterar assim e que a gente entendia o momento pelo que ele estava passando.

Eu escutando tudo isso fiquei com o peito apertado, e pensando como pode existir profissionais da saúde assim tão desumanos, eles que já chegaram estressados e quase gritando, o paciente em nenhum momento falou alto nem nada, como você vai falar para o paciente que o seu problema é ele, e muito menos com o tom de voz que ele utilizou, eu acho que um dos valores mais importantes são a empatia e compaixão, e foi o que mais faltou nesses profissionais, todos temos dias

ruins, problemas e o estresse diário porém precisamos respirar e intentar sempre conversar de forma tranquila com os pacientes que já estão sendo bastante judiados pelo diagnóstico e prognóstico, por exemplo como no caso do paciente em questão, é preciso se pôr no lugar do outro.

Com esses relatos espero ter transmitido um pouco das emoções que eu senti, ao ver o perfil de cada profissional guardei como aprendizado só os melhores, passei a admirar mais ainda a labor das equipes de emergência, me fez refletir de qual tipo de profissional que eu quero ser e mais ainda o que eu não quero nem devo ser. A urgência e emergência definitivamente demanda muito conhecimento, equilíbrio emocional do profissional, e também é muito desgastante e cansativo, os plantões noturnos arrasam com a energia de um, e no meu caso por exemplo, no dia seguinte mesmo dormindo muito eu fico quase sem energia, porém existem momentos tão gratificantes, o abraço dos familiares agradecendo por tudo que estamos fazendo pela mãe/pai/avó etc., esses abraços não tem preço e não existe maior motivação de saber que você está dando o seu melhor.

Mas também existem abraços que doem, os abraços após perder um ser querido, eu achei que não ia dar conta porém quando um dos nossos pacientes foi a óbito 4 horas após de ser dado de alta (aclarando que já era paciente paliativo), eles retornaram ao hospital para que possa ser preenchido a declaração de óbito, e a filha do paciente quando me viu me abraçou e começou a chorar, falando que o pai dela já tinha ido para o céu, eu não consegui falar muita coisa porém estive abraçando ela para dar consolo, engoli meu choro para poder estar forte para ela, para mim foi um avanço gigantesco posto que eu sou muito chorona, foi um avanço profissional, porque no módulo de paliativo no pre-internato eu não consegui falar com a família após o óbito do familiar, comecei a chorar junto.

Me sinto orgulhosa dos meus avanços neste módulo, espero continuar assim, avançando sempre.

5 PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Neste capítulo vou falar sobre as habilidades que o interno precisa para a realização dos procedimentos invasivos, indicações, contraindicações, material necessário, técnica de realização do procedimento, fixação e identificação do dispositivo após instalação, registro em prontuário, complicações e soluções para as mesmas, normas de controle de infecção hospitalar relacionada a implantação, manutenção e retirada dos dispositivos.

Os cenários de prática nos oferecem as possibilidades de realizar os procedimentos, não todos na mesma intensidade, porém em todos os cenários conseguimos aprender e realizar algum procedimento invasivo, tudo isso requer do estudante um conhecimento prévio para ter domínio do que realizar e a consciência de que está fazendo o melhor para o paciente e com isso ir se formando como um futuro profissional qualificado.

Desde 2001, nas Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, do Ministério de Educação e Cultura. O perfil do profissional proposto é de:

“um médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”.

Em vista nesse perfil de formação generalista, temos que ter a capacidade de dar o melhor na hora de realizar qualquer procedimento, a seguir a descrição dos procedimentos que tive a oportunidade de realizar e/ou observar.

5.1 SUTURAS

Tabela 6. Indicações e contraindicações de suturas

Indicações	Contraindicações
Lesão profunda com exposição do tecido subcutâneo	Infecção instalada ou contaminação grosseira da ferida
Lesão com afastamento significativo das bordas	Retenção de corpo estranho
Ausência de tensão para fechamento	Escoriações simples

Lesão em local de movimentação intensa	Mordedura por mamíferos
Lesão com sangramento controlado (hemostasia)	Perda grande de tecido, havendo tensão para o fechamento
Feridas agudas sem contaminação grosseira ou infecção	Ferimentos por arma de fogo e prego
Lesão ocorrida em: 6 a 8 horas ou até 12 horas em região de maior vascularização (face e couro cabeludo)	Tempo prolongado entre o trauma e a avaliação

Fonte: ZOGBI *et al.*, 2021.

Em todos os cenários tive a oportunidade de realizar suturas, não vou esquecer que a primeira vez que realizei sutura neste modulo fiquei muito nervosa e em nenhum livro fala disso, do medo e/ou incerteza que o interno sente nos primeiros procedimentos, no momento deu um branco, como se nunca antes tinha realizado o procedimento, não vou negar que me atrapalhei toda na hora de colocar a luva estéril, parece simples, mas no momento que você está sob observação minuciosa do preceptor a história é outra, então depois da odisséia que foi calçar a luva, respirei fundo e lá foi a interna realizando sua primeira sutura do internato.

A seguir vou falar do padrão que sigo para a realização das suturas.

– Primeiramente é importante conversar com o paciente e explicar o que vai ser feito e assim também de certa forma conseguir acalmá-lo

– Depois é necessário verificar todos os materiais a serem utilizados, tinha serviços em que o técnico em enfermagem preparava tudo e era perfeito, agilizava muito, porém isso não acontece nas UPA's, então é necessário preparar tudo.

– A seguir fazíamos a assepsia com Clorexidina desgermante (amarela) de 2% e soro fisiológico 0,9% para tirar o excesso, isso ainda com as luvas descartáveis, sempre com a ajuda da minha dupla, se eu ia suturar ela fazia a primeira limpeza em sujo como acostumamos falar e vice-versa.

– Prossigo com o lavado da minha mão e colocação de luvas estéreis 6.5 no meu caso, usamos uma seringa de 10mL com uma agulha de 18g (rosa), para aspirar 5mL de cloridrato de lidocaína (20 mg/mL) sem ou com vaso constritor (dependendo da ferida) por exemplo a com vaso constritor não é recomendado utilizar nas extremidades, pelo risco de necrose, em geral utilizamos sem vasoconstritor pela disponibilidade, depois troco por uma agulha de 26g (castanho).

– Depois realizo o botão anestésico ou a anestesia troncular digital e espero fazer efeito para posteriormente realizar a assepsia profunda e bem minuciosa da ferida.

– Coloco o campo estéril fenestrado ou não fenestrado que vem com o kit de suturas que geralmente está composto também por : 1 tesoura, 1 pinça de rato, 1 pinça anatômica, 1 pacote de gaze, 1 pinça reta e/ou 1 curva Kelly e 1 porta agulha Mayo.

– E finalmente prossigo com o fechamento da ferida, os pontos que tive a oportunidade de realizar é o simples e o subcutâneo contínuo, este último utilizando o fio Catgut absorvível que é para aproximar o tecido subcutâneo e posteriormente realizo a sutura simples com Monofilamento de Nylon não absorvível com numerações 2-0, 3-0, 4-0, 5-0 e 6-0, tudo depende do local da ferida e da idade do paciente para a escolha do fio. Por exemplo uma vez tive que suturar o parpado de uma criança com fio 4-0, sendo que o recomendado é o 6-0 porém não tinha disponível na farmácia, então trabalhamos com o que temos, nem sempre tem todos os materiais e é importante deixar registrado no sistema, que se realizou com o fio X porque não estava disponível o fio Y.

– Ao finalizar a sutura era prescrito analgesia, anti-inflamatórios e antibiótico se necessário e são dadas as orientações sobre os cuidados e o tempo de tirar os pontos na UBS.

É preciso sempre ter em conta as possíveis complicações das suturas:

- Hemorragia.
- Hematoma e seroma devido à má aproximação dos tecidos profundos, que podem infeccionar.
- Infecção ou deiscência da sutura por aproximação incorreta das bordas, retirada precoce das bordas, uso de material impróprio.
- Granuloma reativo de sutura.
- Necrose tecidual devido à tensão excessiva da sutura que dificulta a boa cicatrização.
- Hiperpigmentação da cicatriz.
- Cicatriz hipertrófica: proeminente e limitada às bordas.
- Quelóide: cicatriz proeminente não limitada às suas bordas.

5.2 ACESSO VENOSO CENTRAL

O Cateter Venoso Central (CVC) consiste na inserção de um cateter cuja extremidade atinge a Veia Cava Superior (VCS), o átrio direito ou a veia cava inferior (VCI).

Não vou esquecer o dia ou melhor dito a noite que fiz o meu primeiro AVC, foi na madrugada do 20/10 sobre a supervisão do Dr. Ivo, chegou um paciente idoso trazido pelo SAMU após síncope na residência, hiposaturando, instável hemodinamicamente e também não conseguiram o acesso venoso periférico, o paciente tinha critérios para a realização do procedimento, falando nisso as indicações são as seguintes:

- Acesso venoso periférico inadequado (incapaz de obter, ou regime de infusão complexo);
- Infusões periféricamente incompatíveis, como por exemplo a vasopressina;
- Monitorização hemodinâmica invasiva (pressão venosa central, pressão de artéria pulmonar, débito cardíaco por termodiluição);
- Acesso vascular para a infusão de soluções cáusticas, irritantes ou hiperosmóticas;
- Terapêutica substitutiva renal de urgência (hemofiltração, hemodiálise);
- Acesso vascular de longo prazo para nutrição parenteral prolongada ou quimioterapia;
- Reposição rápida de fluidos ou sangue no trauma ou cirurgia;
- Estimulação cardíaca artificial temporária.

As contraindicações: As contraindicações ao cateterismo venoso central são relativas e dependem da urgência e das alternativas de acesso venoso, e são a infecção do sítio de punção, trombose na veia alvo, plaquetopenia, coagulopatia e/ou trombocitopenia embora a ocorrência de sangramentos importantes seja incomum, INR > 1,5, TP > 50%, TTPa > 55.

O preceptor me perguntou 5 complicações do procedimento para poder ter direito a realizar o AVC, falei imediatamente punção arterial, pneumotórax, hemotórax, hematoma e ele falou que era suficiente que mostrei competência e que sabia o que ia fazer, outras complicações também são a trombose venosa, estenose/oclusão venosa, infecção, arritmia e embolia.

No momento que o preceptor deu o ok para eu realizar o procedimento comecei a tremer e suar, não podia evitar, eu quis mostrar segurança porém não conseguia parar de tremer.

O enfermeiro preparou todos os materiais enquanto eu lavava as minhas mãos e logo comecei a me paramentar coloquei o avental e as luvas estéreis ainda vem que consegui calçar as luvas sem intercorrências foi nesse momento que o preceptor bateu palmas e falou parabéns interna começamos bem, ele falou isso para me animar porque percebeu que eu estava muito nervosa, desculpa era inevitável.

Fiz a assepsia extensa do local da punção e coloquei os campos cirúrgicos estéreis, prossegui a localizar a veia para a punção seguindo a guia anatômica esqueci de falar mas ia fazer o acesso na veia jugular interna direita que tem menos risco de pneumotórax por exemplo comparado com o acesso na veia subclávia, então primeiro procurei o musculo esternocleidomastoideo, já que a veia se encontra no meio das duas cabeças do musculo que forma tipo um triangulo com a clavícula medial na base do pescoço, achei e fiz a anestesia local com a xilocaína 2%, e depois fiz a punção venosa com agulha calibrosa conectada à seringa, mantendo sempre uma pressão negativa com o êmbolo da seringa e depois veio o refluxo da sangue e ai tirei a seringa, coloquei o fio guia até sentir resistência aproximadamente uns 20cm, segurei o fio guia e retirei a agulha, daí passei o dilatador pelo fio guia, não vou negar que foi o momento que mais senti dor, não sei descrever a sensação mas senti dó do paciente, depois tirei o dilatador e coloquei o cateter definitivo, e o preceptor sempre me lembrava de tomar cuidado e não perder a extremidade distal do fio guia, depois retirei o mesmo, e lavamos a via com solução salina, e fechei o lúmen, depois fiz a fixação do cateter realizando os pontos na borboletinha, para finalizar fiz a limpeza e os curativos, descartei os perfuros, e depois identifiquei o acesso com o meu nome e a data.

Foi o momento que mais me senti realizada e feliz no HMPGL, o preceptor me parabenizou pelo procedimento e não conseguia parar de sorrir, fiz a evolução em tempo real do procedimento descrevendo de forma sucinta o que foi feito e que não houve intercorrências e quis solicitar Raio X para confirmação do curso e posicionamento do cateter como padronizado nas literaturas, porém na realidade não é solicitado sempre, o médico falou que se o procedimento foi sem intercorrências e que se o paciente não apresentar o quadro de pneumotórax ou alguma outra das

complicações, não é necessário, porém falei que me sentiria mais segura se solicitasse o Raio X e assim foi feito.

Como se trata de um procedimento invasivo existe um alto risco de infecções a curto ou longo prazo, infecção é uma complicação comum de cateteres venosos centrais de demora. Os sintomas variam dependendo do local de acesso e da localização e gravidade da infecção. As infecções podem se apresentar localmente ou sistemicamente então sempre é necessário estar de olho para os sinais de infecção e se existir suspeita de infecção sanguínea já solicitar hemocultura, a antibioticoterapia empírica é iniciada assim que as hemoculturas são obtidas e adaptadas aos seus resultados.

5.3 PARACENTECE

A paracentese é uma punção da cavidade peritoneal na intenção de colher o líquido ascítico ou peritoneal, basicamente com duas indicações: coleta de amostra para determinar o diagnóstico de ascite o em pacientes já ascíticos para aspirar grandes volumes (> 5 litros) como terapêutica para aliviar o desconforto abdominal e possivelmente respiratório do paciente, sendo conhecida como paracentese de alívio.

Tabela 7. Indicações da Paracentese diagnóstica e terapêutica.

INDICAÇÕES DA PARACENTESE
Paracentese Diagnóstica
Ascite a esclarecer
Deterioração clínica de pacientes portadores de ascite (febre, dor abdominal, encefalopatia hepática, leucocitose, piora da função renal, acidose, entre outros)
Paracentese Terapêutica
Remoção de grandes volumes de ascite para alívio dos sintomas compressivos
Ascite resistentes ao tratamento clínico otimizado

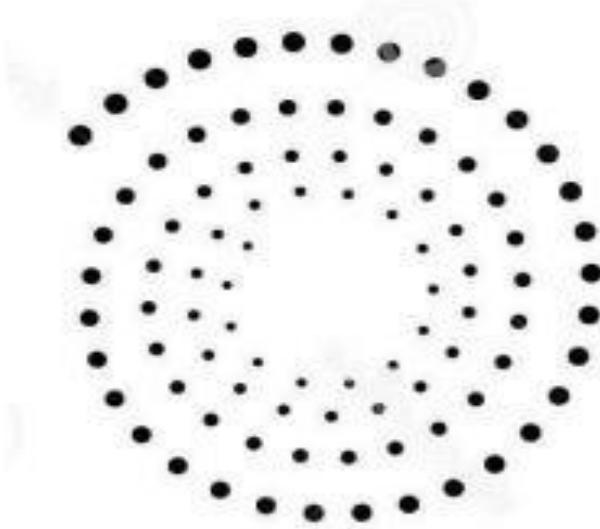
Fonte: UptoDate, 2020.

Existem contraindicações relativas como por exemplo grandes distensões das alças intestinais ou coagulopatia laboratorial.

Este procedimento tive a oportunidade de realizar no HMMSMA, foi numa paciente idosa com CA de ovários, então mesmo a paciente já conhecendo o procedimento eu expliquei o que seria feito e depois procedi a lavar as minhas mãos e calçar a luva estéril tendo em conta que a enfermeira já preparou todos os materiais.

Depois procedi a realizar a antissepsia em “forma de caracol” indo para a parte externa com o fim de não contaminar a área a ser punçada.

Figura 10. Exemplo do movimento para antissepsia em paracentese.



Fonte: Página “Depositphotos”, 2022.

Após a paramentação, antissepsia do local e colocação de campo cirúrgico iniciei o procedimento. O local preferido deve ser o quadrante inferior esquerdo, tanto por apresentar uma pele mais fina que o direito, quanto por ser um local relativamente seguro e longe dos vasos epigástricos inferiores. O ponto exato pode ser medido como um ponto de Mcburney da apendicite, porém do lado esquerdo: traça-se uma linha do umbigo até a espinha ílaca anterossuperior esquerda e marca o ponto no terço mais próximo da espinha.

Depois realizei a anestesia da pele com agulha N° 22 e seringa em 45° com lidocaína sempre aspirando para visualizar que não seja pegado um vaso e quando aparece o líquido ascético indica que chegou a cavidade, porém deve ser diminuído a distância e não ter mais do líquido pois aí significa que está na borda do peritônio para aplicar por completo o anestésico.

Logo com um jelco 14 (indicado em paracentese de alívio) aspiro de novo para garantir que nenhum vaso foi perfurado e quando o líquido ascético encheu a seringa, retirei a mesma e conectei o jelco a um equipo para drenagem do líquido.

Este procedimento sempre deve ser realizado com monitoramento do paciente tendo em conta que pode se descompensar ao perder tanta quantidade de

líquido e assim foi feito no HMMSMA, porém eu observei que no HMPGL é realizado sem monitoramento.

Não existe um volume máximo na paracentese, deve-se retirar o volume suficiente para possibilitar um alívio aos sintomas do paciente. Em pacientes com muito desconforto, seja ele abdominal ou respiratório, devemos sempre tirar o máximo possível, tendo em mente que existem riscos associados a esse procedimento. A retirada de grandes volumes de líquido ascítico gera grandes mobilizações de líquido no organismo do paciente. Sabemos que o paciente cirrótico “distribui mal” o seu volume corporal, com muita perda de volume para o interstício, a qual é agravada no procedimento da paracentese por criar um “espaço livre” no abdome. Essas implicações podem culminar em uma Síndrome Hepatorrenal, com uma diminuição da perfusão renal, levando a injúria renal aguda (IRA) por consequência da patologia hepática. É uma patologia grave e que deve ser evitada.

Quando há a retirada de mais de 5 Litros de conteúdo ascítico devemos, obrigatoriamente, administrar albumina para o paciente, de forma a gerar um estímulo coloidosmótico no sangue para manutenção do volume no compartimento intravascular, evitando a má perfusão renal. Podemos usar uma regra prática para saber quanto de albumina administrar. Para cada 1 L retirado, devemos administrar 1 Frasco de Albumina. Ou seja, 1:1. Isso é o recomendado porém em São Miguel não tinha disponibilidade de albumina, então só se retirava até 5 litros de líquido ascítico.

5.4 SONDA GEM NASOGÁSTRICA

Tive a oportunidade de realizar este procedimento no HMMSMA, a passagem de sonda nasogástrica foi com a finalidade de realizar lavagem gástrica numa paciente que tentou autoextermínio. O enfermeiro já preparou todos os materiais e eu procedi a lavar as mãos e calçar a luva estéril porém sem muita preocupação posto que a via naso e orogastrica já são contaminadas, após disso posicionamos a paciente em Fowler (45°) sem travesseiro, medi a sonda da ponta do nariz ao lóbulo da orelha até a apêndice xifoide e daí mais 3 cm marcando com esparadrapo, passei lubrificante pela sonda já que isso facilita a passagem, e passei a sonda através de uma das narinas e pedi para a paciente deglutir para ajudar na passagem pela faringe, deglutiui até a sonda chegar aonde marquei com o esparadrapo, depois com ajuda do enfermeiro verifiquei se a sonda estava bem posicionada no estômago, ele injetou

20ml de ar e eu fiz a ausculta no epigástrio, verificando assim que estava no lugar correto, depois disso procedi a fixar a sonda na nariz da paciente com micropore. Já falei sobre a lavagem gástrica desta paciente no capítulo dos casos clínicos.

5.5 SONDAGEM VESICAL

Fiz 2 vezes este procedimento, passagem de sonda vesical de demora em pacientes masculinos. O cateterismo vesical é um procedimento estéril que consiste na introdução de um cateter pela uretra até a bexiga com o objetivo de esvaziar, liberando urina em pessoas que não conseguem aliviando assim a retenção urinária, para controle da produção de urina pelo rim (BRASIL, 2020).

Para realizar o procedimento é necessário o kit de sondagem vesical que inclui a sonda tipo Folley e o coletor de urina de sistema fechado, uma bandeja estéril para o procedimento com cubas e pinças, tamanho das sondas no caso de um adulto ele varia de 12 a 24, luvas de procedimento, compressas, água e sabão neutro, clorexidina degermante, clorexidina aquiosa 2%, uma sonda vesical de duas ou três vias, lidocaína geleia 2%, pacotes de gazes, seringa de 20ml para preencher balonete da sonda, 15 m de água destilada, fita adesiva microporosa hipoalérgica, uma agulha de aspiração.

Sempre explico para o paciente o procedimento que vou realizar e que vai incomodar um pouco, como a enfermeira já preparou todos os materiais nas duas ocasiões que realizei o procedimento, então lavo as minhas mão para dar início, depois calço a luva estéril e preparo o campo e arrumo todos os materiais que vou utilizar e verifico o balão do cuff como a válvula da sonda com água destilada numa seringa, depois conecto a sonda no coletor de urina sistema fechado e fecho o clamp de drenagem que fica no final da bolsa.

Depois realizo a assepsia do local em sentido anteroposterior e craniocaudal com clorexidina degermante posicionando o pênis perpendicularmente ao corpo para colocar o campo fenestrado, com a minha mão não dominante seguro o pênis e introduzo o lubrificante anestésico com uma seringa de 10ml pela uretra para aliviar a passagem da sonda pelo canal uretral que no paciente masculino seria de 20cm, assim uma vez introduzida temos o retorno da urina na bolsa coletora. Procedo a insuflar o balonete com água destilada e traciono a sonda para verificar se está fixa

na bexiga, por isso introduzo um pouco mais a sonda até sentir uma verdadeira resistência para não correr o risco de insuflar na uretra e cometer um trauma de uretra. Depois retiro todo o campo, limpo o local, posiciono o pênis e após a identificação na bolsa coletora, penduro a mesma na lateral embaixo do leito.

Temos que sempre ter em conta que um dos fatores de risco para ITU é a utilização de sonda vesical de demora então sempre atentar para sinais de infecção.

Tabela 8. Procedimento invasivos

PROCEDIMENTO	R	O	LOCAL	QUANTIDADE
AVC			HMPGL	1
IOT			HMPGL	1
SVD			HMMSMA	2
SNG			HMMSMA	1
SUTURA/ CURATIVOS			EM TODOS OS LOCAIS	36
PARACENTECE			HMMSMA	1
DRENAGEM DE ACESSO			UPA SAMEK	1
REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO			UPA SAMEK	2
PUNÇÃO LOMBAR			HMPGL	1

Fonte: Acervo pessoal, 2022.

6 QUESTÃO-PROBLEMA.

Esse módulo nos ensinou tanto, as vivencias foram tão enriquecedoras para nossa formação que o nosso agradecimento é em forma de crítica, mas é uma crítica construtiva que possa somar e melhorar de algum jeito o setor, em conversa com as equipes sempre aparecia um ou outra falha, e chega a ser engraçado porque na maioria das vezes eram as mesmas, porém ninguém fazia e nem pensava numa solução para a problemática, como interna que fez parte das equipes e que observou algumas falhas, escolhi algumas factíveis de melhorar e elaborei um plano de ação para poder solucionar-las, a seguir as minhas propostas.

6.1 PS DO HMMSMA

Foi o local que mais bem recebeu aos internos e acho que todos os meus colegas estão de acordo com isso, mas a falha gritante é a falta de um sistema informático, um software de gestão hospitalar.

Nesse cenário as admissões, evoluções, solicitações de exames, prescrições eram manuscritas, e isso atrasa muito o atendimento, e sem falar que a segurança dos dados pessoais dos pacientes, os prontuários ficam muito vulneráveis, e também não dá para deixar de pensar na possibilidade de um acidente, por exemplo um incêndio que Deus não permita, mas que pode acontecer posto que existem fatores de riscos como por exemplo os cilindros de oxigênios, a parte elétrica que pode gerar explosões á custas de um curto circuito e assim eliminar todos os prontuários.

Isso já foi observado por dois médicos do serviço e criaram modelos padrões no Word para poder fazer as admissões, evoluções e prescrições, e assim guardar no computador e depois imprimir para passar a equipe de enfermagem, porém o prontuário continua sendo físico, digitado, porém no papel ainda, e se o computador der uma falha também vão se perder todas as informações.

Por isso é necessário criar um software hospitalar, para que todas as informações fiquem na nuvem e mais protegidas. Entre as melhorias trazidas pelos softwares aos seus usuários está à agilidade, organização, segurança dos dados, que no caso da área da saúde são benefícios importantes, devido ao fato de se trabalhar diretamente com pessoas que muitas vezes se encontram em situações delicadas, assim o sistema fornece informações e auxilia no rápido atendimento (COSTA, 2014).

E sim, não podemos esquecer do alto custo em curto prazo, no entanto deve se considerar que tecnologias de ponta, equipamentos de última geração apesar de seu impacto econômico trazer inúmeros benefícios, como por exemplo, a diminuição dos custos a médio e longo prazo. Segundo Hume (2007) o que é investido na tecnologia hoje será pago pela economia feita em gastos futuros.

Nas UPA's tivemos acesso ao RP Saúde que é um software online de fácil acesso e muito intuitivo, poderia ser utilizado ou em todo caso uma nova plataforma pode ser criada, não podemos esquecer que no curso de medicina temos muito engenheiros já formados, como por exemplo no caso da Telemedicina em Foz do Iguaçu o Dr. Arthur Dias foi de grande ajuda e como ele temos outros colegas que podem ajudar na criação do software, e não só na medicina se não nos demais cursos da UNILA, então pode ser cadastrado um projeto valendo horas para que os alunos tenham um incentivo a mais, e nele ver as alternativas e formas para criação de um software hospitalar, e esse seria nosso jeito de agradecer ao HMMSMA pelo acolhimento tão maravilhoso para com os internos da Medicina Unila.

6.2 PS DO HMPGL

O HMPGL tem uma boa estrutura, com setores bem definidos de acordo com a classificação do quadro do paciente e uma boa organização no papel, porem tudo fica no papel, a falta de organização na prática afeta gravemente que o serviço de qualquer unidade perda eficácia e boa resolução aos problemas dos pacientes.

Nos plantões do PS do Municipal o que mais observei foram as falhas na comunicação entre os Médicos e as demais equipes, e foi o que conversei com muitos deles, e sei que parece ser um problema muito pequeno, que existem outros maiores, porem se não achamos uma solução para algo aparentemente pequeno, algo básico, como é vamos a construir um serviço forte com uma base fraca?.

Para entender melhor e contextualizar aos leitores vou relatar uma experiência, aconteceu no sector da decisão clínica, um paciente ficou por quase 24 horas sem ser admitido e na hora que eu ia fazer a evolução do paciente percebi que ninguém tinha feito a admissão ainda, e o paciente não estava recebendo nenhum tratamento, ele foi encaminhado da UPA João Samek, a enfermeira não comunicou a equipe não sabemos se foi por falta de tempo ou o que foi que aconteceu, mas fez a admissão da enfermagem porem o Médico não avaliou, nem admitiu e prescreveu ao

paciente, depois foi a troca de plantão, ninguém conversou com o paciente e como ele estava quietinho sem gritar nem incomodar ninguém, passou despercebido, esse erro poderia ter custado uma vida, tem muitos paciente estrangeiros que não conversão muito por não entender o português, e também eles tem medo de não receber atendimento por ser estrangeiros e por isso ficam quietos, sem reclamar e aguentando a dor e o mal-estar, que foi o caso desse paciente, e tudo isso poderia ser evitado se as equipes conversaram entre si, comunicando a chegada do paciente no leito x por exemplo e se existe dificuldade para conversar com o paciente pela questão do idioma, quase sempre tem um interno ou profissional da língua hispana que pode ajudar na tradução, e só questão de se importar com o paciente, comunicar e procurar ajuda.

A solução que eu vejo é fazer reuniões a cada 15 dias para não deixar cansativo e as equipes não reclamarem, as sessões até podem ser online para facilitar a participação das equipes, e falar desses erros, comentar como poderiam ser evitados, não é para apontar o dedo sobre ninguém e sim para fomentar a comunicação, e deixar claro a importância da mesma, sei que muitos vão se sentir incômodos ou aludidos, porém é uma tática para que tomem mais cuidado nesse sentido porque ninguém vai querer ser o foco da reunião, e sabemos que o ser humano muitas vezes funciona melhor quando está sob observação, e nesse caso não vai ser a observação de uma pessoa só, e sim da equipe toda e essas reuniões pode ser institucionalizadas para todos os sectores do hospital.

Outra sugestão também é padronizar a passagem dos plantões, e deixar todo por escrito obrigatoriamente é que muitas vezes na conversação escapam alguns detalhes, eu vi um modelo utilizado por uma Médica e achei fantástico, só modifique e adicionei algumas coisas, e o modelo é o seguinte.

Tabela 9. Padrão para passagem de plantão.

PLANTÃO DIURNO / NOTURNO DO PS X			
Data:			
Nome do paciente: Nro de leito:	Hipótese diagnóstica:	ATB: Dispositivos:	Pendências: Atentar a...

Fonte: Acervo pessoal, 2022.

6.3 UPA JOÃO SAMEK

Não vou esquecer do plantão do dia 12/11, o plantão mais caótico do modulo inteiro que foi neste serviço, a sala de procedimentos não parou, as salas vermelha e amarela estavam lotadas, porem a sala amarela tinha dois plantonistas e mesmo assim quase não davam conta da quantidade de pacientes que tinham, e como é de conhecimento de todos a sala vermelha só tem um plantonista que também é encarregado pela sala de procedimentos.

Os leitos na sala vermelha são mais poucos porem os pacientes demandam atendimento mais complexos e de emergência, o plantonista não pode descuidar esses pacientes enquanto que atendem na sala de procedimentos, que se descuidar também, em questão de uma hora já está lotado de pacientes aguardando e mais ainda finais de semana e feriados que mais tem acidentes perfuro cortantes por exemplo.

No final desse plantão o médico encarregado da sala vermelha nos agradeceu bastante e falou que não sabia o que seria dele sem os internos da Unila, conversando sugerimos que seria uma boa opção que na vermelha também tivesse 2 plantonistas, porque tem dias que não tem interno por exemplo e ele respondeu que contratar outro médico involucra dinheiro e que por isso nunca se falava sobre o assunto.

A sugestão que eu tenho é criar mais estágios na UPA, com carga horaria bem definida e que posam servir como horas extracurriculares, isso antes do internato, eu vi muitos pre-internos muito qualificados para ficar na sala de procedimentos, seria um estágio nas férias deles para não deixar sem estagiários a sala de procedimentos, porque não tem internos todos os dias.

Também se pode procurar parceria com a Liga de Cirurgia para fazer workshop de suturas para que os pre-internos que ainda não passaram pelo modulo de cirurgia e nem de UE possam se sentir mais confiados para realizarem suturas por exemplo.

Sei que agora com o cronograma que ficou após a pandemia do COVID-19 tem mais internos, mas isso afeta mais ao Hospital Municipal, é que tem mais módulos que inserem aos acadêmicos nos serviços de lá, nas UPA's não tem muitos estagiários, e pior ainda se for a UPA do Dr. Walter Cavalcante, aonde os pre-internos não fazem plantões.

6.4 UPA DR. WALTER CAVALCANTE (MORUMBI)

Como já tinha mencionado lá acima, a sugestão vale para esta UPA também. Outra coisa observada também é a qualidade da comida oferecida para os pacientes, é sabido da importância da nutrição adequada para a pronta recuperação dos pacientes, poderia ser reavaliada as opções das refeições oferecidas, sem sair do orçamento, ver com o mercado local os alimentos de estação que sejam mais nutritivos para os pacientes e/ou conversar com as empresas. É algo que pode ser passado a administração para que eles possam conversar com a empresa encarregada atualmente ou ver a possibilidade de abrir nova licitação.

6.5 SUGESTÃO PARA O MÓDULO DE U/E DO SUS

Só tenho a agradecer ao módulo pela possibilidade de nos inserir nos cenários, vivenciar e aprender em cada plantão, o que eu acho que incrementaria muito ao módulo é o estágio na Central de regulação da SAMU é uma experiência que eu gostaria de ter e também no SIATE, eu sei que muito já foi conversado sobre, porem só queria manifestar o meu desejo de fazer estágio nesses serviços.

7 CODIGO DE ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA

“O que destrói a humanidade? Política, sem princípios; Prazer, sem compromisso; Riqueza sem trabalho; Sabedoria sem caráter; Negócios sem moral; Ciência sem humanidade; Oração sem caridade”

Mahatma Gandhi – Líder hindu.

É preciso primeiramente ter em claro os conceitos de ética e moral, que mesmo tendo estreita relação possuem significados diferentes. A moral mais atende a costumes e convenções de um determinado grupo, enquanto a ética está mais relacionada ao próprio indivíduo, ao modo de ser, ao caráter, valores e princípios no âmbito das relações humanas.

Na formação Médica é mais que importante os princípios morais e éticos do estudante de medicina, para ser um bom profissional no futuro não basta conhecimento acadêmico, teórico, técnico e experiência, é preciso que haja também a preocupação com o lado humano, com os valores, com a empatia, um olhar mais biopsicossocial, preocupação com o conjunto de regras e valores que devem ser seguidos e adotados na conduta do profissional em relação ao público, à sociedade, aos funcionários, aos superiores e à concorrência. Um bom estudante é aquele que antes que tudo é um ser humano preocupado com as relações interpessoais, com a equipe, com a sociedade, relação com a instituição de ensino em saúde e formação/estudos e tudo isso dará como resultado um profissional qualificado.

Na Medicina lidamos com seres humanos e não com robôs máquinas com um monte de parafusos, ferro e algoritmos, lidamos com emoções, tristezas, frustrações de um membro de uma família/comunidade/sociedade que já é judiado o suficiente pela doença e que o mínimo que requer é uma equipe humana, empática e com valores que zele pelo bem-estar dele como paciente. Cada profissional, no caso aluno já tem a sua própria vagagem de valores e normas que trazem da experiência própria de vida/cultura/nacionalidade e religião, que é muito evidente no curso de Medicina na UNILA pelo fato da diversidade de cultura dos discentes, que possuem seu próprio código de ética porem há alguns valores fundamentais durante a formação acadêmica e que devem estar inscritos na própria pessoa profissional, são características valorizadas universalmente que todo profissional de qualquer nível deve ter em sua conduta.

Na realidade em que estamos inseridos de uma Medicina defensiva, que não é a ideal porém necessária, é importante o conhecimento do Código de ética, conhecimento de nossos direitos, deveres e limites para assim poder nos proteger em base ao que está estabelecido.

Na necessidade de princípios universais aplicáveis a todos os contextos, em 25 de fevereiro de 2016 foi criada uma comissão para a elaboração do Código de ética do estudante de medicina, formado por 45 artigos organizados em seis diferentes eixos, neste capítulo vou dar ênfase no Eixo 3 que reza sobre as Relações interpessoais do estudante, especificamente no Artigo 16 que descreve o seguinte; É dever do estudante posicionar-se contra qualquer tipo de assédio moral e/ou relação abusiva de poder entre internos, residentes e preceptores dentro do ambiente médico/universitário.

Para dar início a discussão é preciso ter bem claro o conceito; Assédio moral nas relações de trabalho pode ser definido como repetidos comportamentos, ações e práticas hostis dirigidos a um ou mais trabalhadores de forma consciente ou inconsciente, que podem trazer danos à integridade psíquica ou física do indivíduo, além de interferir no desempenho e no ambiente de trabalho (HIRIGOYEN, 2010).

A partir do conceito de assédio moral proposto por Hirigoyen (2010), que é toda e qualquer conduta abusiva que se manifesta notadamente por comportamentos, palavras, atos, gestos, que podem causar danos à personalidade, à dignidade ou à saúde física ou psíquica de uma pessoa, colocando em risco ou degradando o emprego e as relações de trabalho, o clima de rivalidade e concorrência por cargos ou posições contribui para o fomento de situações de assédio moral (NASCIMENTO, 2021)

Exposição a situações humilhantes ocorridas no ambiente de trabalho e que levaram ao adoecimento físico e psíquico. Trata-se do assédio moral, um mal que contamina não só a vítima, mas toda a sua rede de relacionamento, o que inclui colegas, amigos e a própria família. (Ministro João Batista Brito Pereira Presidente do TST e do CSJT, 2020).

Todas essas referências para não deixar uma sombra de dúvidas sobre o que é assédio moral, que tristemente é o que a minha dupla de estagio sofreu e eu presenciei num dos senários de prática, especificamente o PS do HMPGL no primeiro dia de estagio, uma das residentes do Programa de Residência Médica em Clínica Médica, solicitou a minha colega que realize a evolução de um dos pacientes, a

mesma realizou o solicitado utilizando um padrão de evolução que já havia utilizado antes e que outra Médica achou correta.

Tendo em consideração que cada profissional tem uma perspectiva diferente e um padrão que acha melhor, sempre realizamos as evoluções em documento Word ou no próprio TASY porém só salvando e não autorizando a liberação para poder discutir com o preceptor, modificar e só após a correção e autorização do profissional, liberar a evolução, foi isso que a minha colega fez, mas na hora que a residente viu o documento, na frente de todos os presentes (3 Internas da T4, 1 Pre-interna e Eu) e com voz alta se referiu a minha colega como uma incompetente/inútil, que não se importa com o que faz e que se só estava para bater ponto e ganhar presença era só avisar que ela fazia o trabalho de evoluir, que não precisava de ninguém, e que estava muito mal feita a evolução, nisso a minha colega se defende alegando ela se importa com o trabalho e o paciente; tanto que foi procurar ao plantonista para propor uma conduta que o paciente demandava, que esse modelo utilizado já foi aprovado por outro profissional, mas que se achava necessário iria modificar ou refazer a evolução. Em resposta, sem sequer esperar o outro terminar a fala a residente referiu que não precisava, que ela ia refazer tudo sempre com a voz alta para que todos ouvissem, o momento foi constrangedor. Todos estamos para aprender, inclusive a residente que já é formada continua atrás do conhecimento e disso se trata, ninguém merece ser tratado desse jeito, julgado de incompetente, humilhado na frente da equipe, por não seguir um padrão de evolução.

Como alunos temos o direito de nos posicionar perante situações deste tipo, no conhecimento do Art. 16 e do Art. 17 do mesmo eixo que diz; Cabe ao estudante denunciar à instância competente conduta antiética e preconceituosa de acadêmicos, preceptores, docentes e demais funcionários da instituição, Art. 5; O estudante de medicina tem direito à liberdade de expressão, podendo questionar decisões que interfiram no cotidiano estudantil, sugerindo melhorias que julgar adequadas, Art. 9º; O estudante de medicina pode recorrer às instituições competentes a fim de garantir condições adequadas de aprendizagem em cenários de ensino teóricos e práticos, estes últimos do Eixo 1, em base aos artigos acima citados fomos procurar ao Coordenador da Residência Médica para relatar o acontecido, com o intuito que que isso não aconteça com outro interno e manter o respeito entre todos no cenário de prática, o mesmo escutou a demanda e falou que ia conversar com a Residente, pois a instituição não compactua com esse tipo de atitudes.

Após isso a Jefe dos Plantonistas solicitou a nossa presença na oficina dela, e uma vez lá fomos repreendidas pelo fato de ir conversar sobre o acontecido com a pessoa responsável dos residentes posto que o acontecido não envolvia um plantonista, e em nenhum momento se nos foi perguntado o que aconteceu, ao invés disso recebemos uma advertência de que se seguíamos com esse comportamento de ir falar com a coordenação íamos ser prejudicadas, porque ninguém no hospital recebe remuneração financeira por receber/ensinar alunos da UNILA e que se eles quisessem não íamos aprender e nem fazer nada, íamos ficar só observando. Foi uma conversa subida de tom e momento muito lamentável que me levou a comparar a situação com o Juiz que não escuta a vítima de estupro e sim, pergunta qual era a roupa que estava vestindo. Sempre existe 2 lados da história e é preciso escutar as duas para poder chegar a conclusões.

A minha deixa para reflexão neste capítulo é o seguinte questionamento; O Interno de Medicina pelo fato de ser estudante e precisar da pratica do cenário hospitalar deve se submeter a assédio moral, abuso de poder, condutas antiéticas sem se posicionar e denunciar? Para não ser perseguido posteriormente.

8 BOAS PRÁTICAS NAS REDES SOCIAIS.

As redes sociais são uma arma de duplo filo, na era digital na que estamos vivendo é quase que essencial, porem temos que ter muito cuidado, uma dúzia de likes pode custar uma carreira inteira, eu acho um preço muito caro a se pagar se utilizamos de maneira errada e sem cautela as redes sociais, sim é de muita ajuda, nos conecta e nos faz interatuar com o mundo todo, podemos compartilhar e intercambiar informações, divulgar um trabalho, serviço ou estudo, compartilhar ideias, desde que respeitando os limites do que é ético e verdadeiro, zelando sempre pela proteção de dados do paciente, apontando fontes confiáveis, acessar notícias (reais e fake news), cabendo o discernimento na escolha de fontes confiáveis, reencontrar amigos de longa data e fazer novas amizades, ampliando inclusive o networking.

No meu caso eu não utilizo as minhas redes sociais para publicar nada da faculdade, já me falaram que não parece que estudo medicina porque não posto foto com chaleco todos os dias, eu sou mais reservada e meu perfil é privado, mas isso já é coisa minha, não gosto de expor minha vida universitária, e acho que o correto sempre seria ter dois perfis, um perfil pessoal privado e outro profissional, e não misturar as coisas, posto que os pacientes e público em geral hoje em dia se acham juizes da vida alheia, querendo dar veredito do que está correto e errado da vida do profissional médico, porem mesmo assim é preciso ter cuidado com o que é postado no perfil pessoal posto que mesmo sendo privado pode bazar informações/conteúdos/fotos/comentários etc.

O que eu mais vejo atualmente nas redes sociais dos profissionais é que divulgam preços de procedimentos, modalidades aceitas de pagamento/parcelamento ou eventuais concessões de descontos como forma de estabelecer diferencial na qualidade dos serviços, também publicam muitas fotos dos procedimentos realizados nos pacientes, como forma de propaganda.

Na pandemia do COVID-19 muitos profissionais da saúde utilizavam suas redes sociais para divulgar informações sem comprovação científica que causaram intranquilidade, medo e caos na sociedade, e tudo isso é vedado ao médico com relação a imprensa, na participação em eventos e em matéria jornalística nas redes sociais, de acordo com a Resolução CFM nº 1.974/11, alterada pelas Resoluções nº 2.126/15 e nº 2.133/15.

Falando sobre as consultas médicas, o médico deve sempre orientar o paciente a comparecer ao consultório para atendimento presencial. O uso das redes sociais, em especial, o WhatsApp e Telegram, pode ser útil em situações de emergência. No entanto, isso não substitui a necessidade da consulta presencial, funcionando como complementação diagnóstica ou evolutiva. Cabe ressaltar que atendimento por redes sociais ou WhatsApp não é considerado Telemedicina. Esta modalidade possui regras e características específicas, e é regulamentada pela Resolução nº 2.314/22 do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Existem pacientes e/ou familiares que mandam fotos de exames laboratoriais, raio x, de feridas e/ou lesões na pele e pedem diagnóstico e tratamento, eu sempre falo que é necessário ir presencialmente numa consulta médica, fazer a anamnese e exame físico, que dados isolados não são o caminho para o diagnóstico, que até posso falar das patologias e as suas implicações porém a clínica é soberana e individual, o médico precisa ver ao paciente e não através de uma tela, e então passo a ser a chata ou a interna do 5º ano que não sabe nada e por isso não dá o tratamento ao familiar doente, é uma questão complicada.

É sempre importante lembrar que tudo o que é publicado na internet, mesmo que apagado em seu dispositivo móvel ou desktop, é devidamente indexado e armazenado na internet, ficando acessível a milhões de usuários, a partir do momento que exponhamos nossas opiniões e comentários ela pode ser alvo de julgamentos, que pode impactar na reputação nossa como profissional e depois de publicado sem pensar ou na hora da raiva/exaustão não adianta se arrepender e apagar porque até algum amigo ou conhecido pode ter printado a tela.

Na sociedade atual na que vivemos é preciso ter muito cuidado com o que publicamos, como futuros profissionais temos que pensar muito bem antes de compartilhar quaisquer coisas nas redes sociais.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Só tenho a agradecer pela oportunidade de realizar este modulo e com ele aprender muito mais que nos livros, avancei bastante não só no âmbito profissional/acadêmico mas também no pessoal, eu posso afirmar que cresci muito e que a interna Erica que começou este modulo já não é a mesma, ao escrever este relatório tive tempo para respirar profundo, pensar e refletir sobre tudo que vivi nesses meses que muitas vezes na correria do dia a dia não nos damos esse tempo para dimensionar o que estamos vivendo.

Espero que no futuro possa ler de novo este relatório e me sentir orgulhosa da profissional que me tornei, seguir aprendendo sempre e continuar me emocionando com a medicina, não perder o lado humano e sempre velar pelo bem-estar do paciente.

Minha deixa é a seguinte música da Natalia Jimenez, intitulada "CREO EN MI"

Ya me han dicho que soy buena para nada
 Y que el aire que respiro está demás
 Me han clavado en la pared, contra la espada
 He perdido hasta las ganas de llorar
 Pero, estoy de vuelta
 Estoy de pie y bien alerta
 Eso del cero a la izquierda
 No me va
 Uh-uh-uh-uh-uh, uh-uh-uh-uh-uh-uh, oh-oh
 Creo, creo, creo en mí
 Uh-uh-uh-uh-uh, uh-uh-uh-uh-uh-uh, oh-oh
 Creo, creo, creo en mí
 No me asustan los misiles, ni las balas
 Tanta guerra me dio alas de metal, ah-ah
 Vuelo libre, sobrevuelo las granadas
 Por el suelo, no me arrastro nunca más
 Ya no estoy de oferta
 Estoy de pie y bien alerta
 Eso del cero a la izquierda
 No me va

Uh-uh-uh-uh-uh, uh-uh-uh-uh-uh-uh, oh-oh

Creo, creo, creo en mí

Uh-uh-uh-uh-uh, uh-uh-uh-uh-uh-uh, oh-oh

Creo, creo, creo

Todos somos tan desiguales

Únicos, originales

Si no te gusta, a mí me da igual

De lo peor he pasado

Y, lo mejor está por llegar

(Natalia Jimenez, álbum Creo em Mi, 2015).

REFERÊNCIAS

ATLS. American College of Surgeons. Committee on Trauma. 10 edition. United States: 2018. **Advanced trauma life support program for doctors**. American college of surgeons.

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

BETT, Gabriele Curvo; GONZAGA, Marcel Noronha. Acesso Venoso Central. **Caderno de Publicações Univag**, n. 11, 2021.

DE SANTANA, Tatiana Cristina Fonseca Soares et al. Prevalência e resistência bacteriana aos agentes antimicrobianos de primeira escolha nas infecções do trato urinário no município de São Luís-MA. **Revista de Patologia Tropical/Journal of Tropical Pathology**, v. 41, n. 4, 2012.

Código de Ética Médica (CEM). Resolução nro. 2.217/2018. Brasília. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). ELIAS a. Giraldo , MD, MS. **Visão geral do acidente vascular cerebral**. California University of Science and Medicine School of Medicine, MAR 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Código de ética médica**. Resolução 2.110. Brasília: 2014.

FOZ DO IGUAÇU. PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU. **Comitê Municipal de Urgência e Emergência**. 2022.

HADDAD, Jorge Milhem; FERNANDES, Débora Amorim Oriá. Infecção do trato urinário. **Femina**, v. 47, n. 4, p. 241-244, 2019.

HOOTON, Thomas. Infecção aguda complicada do trato urinário (incluindo pielonefrite) em adultos. **Uptodate**.

GHIGGI, Karine Cristina; PEREIRA, Hugo Cataud Pacheco; AUDINO, Daniel Fagundes. Paracentese abdominal. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 33, n. 1, p. 84-100, 2021.

MARTINS, Angelica Arêa Leão et al. Hemorragia digestiva alta diagnóstico e tratamento: uma revisão de literatura. **Pará Research Medical Journal**, v. 3, n. 2, p. 0-0, 2019.

NETO, Edgard Lindesay; DE FARIA SOUZA, Lucieny. Infecção do trato urinário, morfofisiologia urinária, etiologia, prevalência, sintomas e tratamento: uma revisão bibliográfica. **Revista Artigos**. Com, v. 31, p. e9166-e9166, 2021.

PAULA, Carla de Fátima Nascimento Queiroz de; MOTTA, Ana Carolina de Gouvêa Dantas; NASCIMENTO, Rejane Prevot. O assédio moral nas organizações: as consequências dessa prática para a sociedade. **Serviço Social & Sociedade**, p. 467-487, 2021.

PORTO, Celmo Celeno et al. Coração: exame clínico. In: PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. **Semiologia Médica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Cap. 50, p. 441.

Medicina Interna de Harrison / Kasper et al.; tradução: Ademar Valadares Fonseca et al. ; revisão técnica: Alessandro Finkelsztejn et al. – 19. ed. – Porto Alegre : **AMGH**, 2017.

SANTOS FILHO, Airton dos et al. O CONCEITO DE “VAGA ZERO” NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO SUS. **Conecta-SUS**, Goiás, 2020.

VELASCO, Irineu Tadeu, et al. **Medicina de emergência: abordagem prática** . 13. ed., ver., atual. e ampl. – Barueri [SP] : Manole, 2019.

VELASCO, Irineu Tadeu; MARTINS, Herlon Saraiva. **Medicina de emergência: revisão rápida**. 1. Ed., Barueri: Manole, 2017.