



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

MEDICINA

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES NO INTERNATO MÉDICO DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS**

CHARED NICOL GODOY ÑUSTES

Foz do Iguaçu

2022



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

MEDICINA

RELATÓRIO DE ATIVIDADES NO INTERNATO MÉDICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS

CHARED NICOL GODOY ÑUSTES

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. Me. Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu

2022

CHARED NICOL GODOY ÑUSTES

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES NO INTERNATO MÉDICO DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS**

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

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof. Dr. Seidel Guerra Lopez
UNILA

Prof. Dr. Ricardo Zaslavsky
UNILA

Foz de Iguaçu, __ de _____ de _____

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Chared Nicol Godoy Ñustes

Curso: Medicina

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

Título do trabalho acadêmico: Relatório de atividades no Internato Médico de Urgência e Emergência do SUS

Nome do orientador(a): Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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

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

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar.

Agradeço a mi família pelo apoio constante, em especial aos meus pais Juan Carlos y Sandra por estarem presentes na minha vida.

Agradeço a minha orientadora Flávia Julyana Pina Trench pelos ensinamentos e guia para desenvolver este trabalho.

Agradeço à Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) pela experiência acadêmica e intercultural, assim como ao curso de medicina por terem permitido desenvolver este trabalho.

Agradeço ao Sistema Único de Saúde e a Fundação Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu por terem disponibilizado suas instalações para a realização do internato.

“Onde houver amor pela arte da medicina, também haverá amor pela humanidade”

Hipócrates

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso apresenta as experiências e vivências registradas ao longo do módulo de Internato em Urgências e Emergências da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), realizado durante o segundo semestre de 2021; este módulo tem como objetivo desenvolver habilidades, competências e atitudes no âmbito de atenção hospitalar por meio de práticas no município de Foz do Iguaçu/Paraná realizadas no Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Para tanto, foi usada como ferramenta de registro das informações um diário de campo híbrido, isto é, algumas informações foram escritas à mão e, em outras ocasiões foram acessadas tecnologias de informação e comunicação. Desta forma foi elaborado o relatório sobre o módulo, incluindo aspectos como a descrição da Rede de Urgências e Emergências (RUE), análise de dez casos clínicos observados na prática e sua correlação com a revisão da literatura, experiência com Covid-19 e uma descrição detalhada de alguns procedimentos médicos realizados. Dentre os aspectos observados ao longo do módulo cabe destacar a existência de brechas em termos de acolhimento das pessoas que enfrentam crises psiquiátricas e, portanto, é apresentada uma proposta de intervenção nesse sentido. A proposta de intervenção é orientada para pacientes que frequentam o departamento de emergências psiquiátricas mais de uma vez e tem como eixo central um programa ou política institucional de educação permanente e continuada em temáticas relacionadas à saúde mental e todas as desordens que possam ser encontradas na clínica psiquiátrica.

Palavras chave: Internato em Urgências e Emergências, Rede de Urgências e Emergências, Emergência Psiquiátrica, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The present Course Conclusion Paper presents the experiences and livings recorded throughout the Urgent and Emergency Boarding School module of the Federal University of Latin American Integration (UNILA), held during the second half of 2021; This module aims to develop skills, competencies and attitudes in the field of hospital care through practices in the municipality of Foz do Iguaçu/Paraná carried out at the Padre Germano Lauck Municipal Hospital. For this, a hybrid field diary was used as a tool to record information, that is, some information was written by hand and information and communication technologies were accessed on other occasions. Thus, the report on the module was elaborated, including aspects such as the description of the Urgent and Emergency Network (RUE), analysis of ten clinical cases observed in practice and its correlation with the literature review, experience with Covid-19 and a detailed description of some procedures performed. Among the aspects observed throughout the module, it is worth highlighting the existence of gaps in terms of welcoming people facing psychiatric crises and, therefore, a proposal for intervention in this sense is presented. The intervention proposal is oriented to patients who attend the department of psychiatric emergencies more than once and has as its central axis a program or institutional policy of permanent education and continued on issues related to mental health and all disorders that can be found in the psychiatric clinic.

Key-words: Urgent and Emergency Boarding School, Urgent And Emergency Network, Psychiatric Emergency, Unified Health System.

RESUMEN

El presente Documento de Conclusión del Curso presenta las experiencias y vivencias registradas a lo largo del módulo de Internado de Urgencias y Emergencias de la Universidad Federal de integración latinoamericana (UNILA), realizado durante el segundo semestre de 2021; Este módulo tiene como objetivo desarrollar habilidades, competencias y actitudes en el campo de la atención hospitalaria a través de prácticas en el municipio de Foz de Iguazu/Paraná realizadas en el Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Para ello, se utilizó un diario de campo híbrido como herramienta para registrar información, es decir, se escribió alguna información manualmente y se accedió a las tecnologías de la información y la comunicación en otras ocasiones. Así, se elaboró el informe sobre el módulo, incluyendo aspectos como la descripción de la Red de Urgencias y Emergencias (RUE), análisis de diez casos clínicos observados en la práctica y su correlación con la revisión bibliográfica, experiencia con Covid-19 y una descripción detallada de algunos procedimientos médicos realizados. Entre los aspectos observados a lo largo del módulo, cabe destacar la existencia de brechas en cuanto al acogimiento de personas que se enfrentan a crisis psiquiátricas y, por ello, se presenta una propuesta de intervención en este sentido. La propuesta de intervención está orientada a pacientes que asisten al departamento de emergencias psiquiátricas más de una vez y tiene como eje central un programa o política institucional de educación permanente y continuada en temas relacionados con la salud mental y todos los trastornos que se pueden encontrar en la clínica psiquiátrica.

Palabras-claves: Internado de Urgencia y Emergencia, Red de Urgencias y Emergencias, Emergencia Psiquiátrica, Sistema Único de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Urgência e emergência.....	17
Figura 2 - Classificação de risco – Triagem.....	19
Figura 3 - Colecistite calculosa aguda	24
Figura 4 - Escala de NIHSS	40
Figura 5 - Escala de NIHSS continuação.....	41
Figura 6 - Protocolo AVCi.....	42
Figura 7 - Fluxograma das medidas de prevenção contra o SARS-CoV-2 propostas pelo Ministério da Saúde em 2020.	55
Figura 8 - Percentual de imunização, conforme tipo de vacina aplicada.....	56
Figura 9 - Acesso venoso central (AVC)	58
Figura 10 – Fio e agulha.....	60
Figura 11 - Acesso Venoso Periférico	62
Figura 12 - Acesso Arterial	63
Figura 13 – Proposta em casos de emergências psiquiátricas	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Componentes da RUE.....	17
Tabela 2 - Locais de referência segundo especialidade	18
Tabela 3 - Rastreamento DM.....	30
Tabela 4 - Etiologias de AVC isquêmico e hemorrágico	40
Tabela 5 - Causas principais de HAS secundária	48
Tabela 6 - Principais drogas utilizadas na OIT.....	53
Tabela 7 – Tópicos considerados nas intervenções de educação permanente.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEATOX	Central de Assistência Toxicológica
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
ILACVN	Instituto Latino-de Ciências da Vida e da Natureza
RUE	Rede de Emergência e Assistência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UPA 24h	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
METODOLOGIA	15
CAPÍTULO 1 - REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	17
CAPÍTULO 2 - CASOS CLÍNICOS	22
2.1. CASO I.....	22
2.2. CASO II.....	25
2.3. CASO III	28
2.4. CASO IV	32
2.5. CASO V	35
2.6. CASO VI.....	38
2.7. CASO VII.....	43
2.8. CASO VIII.....	46
2.9. CASO IX	48
2.10. CASO X	52
CAPÍTULO 3 – COVID - 19	54
3.1. MINHAS PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS	56
CAPÍTULO 4 – PROCEDIMENTOS REALIZADOS	58
4.1. ACESSO VENOSO CENTRAL (AVC).....	58
4.2. SUTURAS.....	59
4.3. ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	61
4.4. ACESSO ARTERIAL.....	63
4.5. INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL.....	64
4.6. Sonda vesical de demora	65
4.7. Sonda nasoenteral – nasogástrica.....	66
4.8. ELETROCARDIOGRAMA.....	67
4.9. COLETA DE EXAMES	67
4.10. HIGIENIZAÇÕES	68
4.11. TROCA DE TRAQUEOSTOMIA	68
CAPÍTULO 5 – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76

INTRODUÇÃO

De acordo com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS, 2015), a organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem o objetivo de vincular e integrar todas as ferramentas de saúde, com o propósito de ampliar e considerar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, por meio do acolhimento com classificação de risco. Dita racionalidade clínica torna a condição clínica do paciente em um ponto fundamental para que o atendimento seja ágil e oportuno conforme determinado pela Portaria n.º 1600, de 2011 (BRASIL, 2011, Art.º 3, Inc. 1º).

Para que esse fluxo assistencial da RUE funcione de maneira harmoniosa é imprescindível que existam protocolos que proporcionem orientações sobre o agir nos agravos mais frequentes do serviço, sempre tendo em mente a realidade local e a capacidade resolutiva dos próprios sistemas e serviços de saúde (UNA-SUS, 2015). O atendimento inicia na “Porta Aberta” da unidade de saúde, seja na porta de atenção básica ou na atenção especializada. Nesse sentido, o acolhimento a ser realizado pela equipe responsável deve refletir numa postura ética e numa aproximação com o paciente, de modo com que este sinta que está sendo incluído no espaço de afeto e sua situação/condição de saúde seja entendida e respeitada. Assim no acolhimento médico é possível avaliar classificação de risco por observação ou explicitação do usuário, além de influenciar na escolha da conduta que pode ser A, B ou C (UNA-SUS, 2015).

Estudos nacionais e internacionais, defendem a importância de se estabelecer o vínculo com o paciente no momento do acolhimento, embora muitas vezes o mesmo fique comprometido pela gravidade ou espontaneidade vista na RUE. Citando, por exemplo, Bucker et al., (2018) nos lembram que, para que o paciente se sinta à vontade de compartilhar/expor a sua vida e as situações que o levaram até a consulta médica, ele precisa sentir que existe acolhimento por parte do médico e, de forma geral, pela equipe de saúde inteira. Entretanto, não é algo fácil de alcançar e, para que o anterior ocorra, o médico (neste caso o interno) deve deixar de lado preconceitos e julgamentos (BARBOSA; BOSI, 2017).

Explicando de forma breve, o módulo de internato Urgência e Emergência SUS tem como objetivo desenvolver habilidades, competências e atitudes no âmbito de atenção hospitalar por meio de práticas no município de Foz do Iguaçu/Paraná realizadas no Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) no setor do Pronto Socorro, na Unidade de Pronto Atendimento Walter Barbosa e na Unidade de Pronto Atendimento João Samek nos setores de

sala amarela e vermelha, além de ter aulas de simulações no auditório do HMPGL e no laboratório de simulações da Universidade Federal de Integração Latino-americana (UNILA).

Trata-se de um ambiente de formação acadêmico-profissional, que permite com que vivências profissionais sejam apercebidas, experimentadas e resolvidas (quando cabível), pelo acadêmico de medicina. Evidentemente, por ser um espaço predominantemente prático, surgem situações nas quais a testagem ou, por assim dizer, a validação dos conhecimentos teóricos absorvidos durante a graduação é questionada.

Diante do exposto, meu objetivo principal neste trabalho é relatar as minhas experiências e as minhas vivências registradas ao longo do Internato em Urgências e Emergências, durante o segundo semestre de 2021. Da complexidade que dita tarefa contempla, surgiram os seguintes objetivos específicos:

1. Investigar os principais aspectos legais relacionados à assistência de urgências e emergências no âmbito do SUS, por meio de consultas a instrumentos jurídico-sanitários, tais como: portarias, decretos, leis e diretrizes técnicas;
2. Descrever a organização e o funcionamento da RUE no sistema local e saúde de Foz do Iguaçu/Paraná, de acordo com as informações mais recentes disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde;
3. Relatar os casos clínicos atendidos no âmbito de urgência e emergência hospitalar, bem como fundamentar os correspondentes aspectos fisiopatológicos conforme a bibliografia da área.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre o Módulo de Internato Médico em Urgência e Emergência da UNILA, desenvolvido durante o segundo semestre de 2021 (de 28 de agosto a 31 de dezembro), na rede pública hospitalar de Foz do Iguaçu/Paraná.

Como ferramenta para o registro das informações, foi empregado o uso de diário de campo híbrido, isto é, algumas informações foram escritas à mão e, em outras ocasiões foram acessadas tecnologias de informação e comunicação. A escolha pelo método se deveu ao interesse de não perder informações essenciais ao longo do módulo, que servissem como base para a elaboração do presente trabalho. Complementarmente, foram utilizados blocos de notas com anotações clínicas que serviram como complemento para o atendimento prestado aos pacientes.

As práticas no módulo de urgência e emergência SUS da Universidade Federal da Integração Latino-americana (UNILA) tem como objetivo incorporar ao estudante na Rede de atendimento do município de Foz do Iguaçu, para que ele se familiarize aos locais de trabalho da rede de urgência e emergência (RUE), o discente se converte num ponto importante nas atividades diárias do serviço nos diferentes setores onde desenvolve suas habilidades.

Para completar as práticas, o discente realizará um trabalho teórico sobre os setores de urgência e emergência pelos que teve contato, demonstrando sua experiência, seus conhecimentos adquiridos e seu entendimento sobre a RUE, nele será constatado, o domínio do estudante para explicar como atua a RUE no município de Foz do Iguaçu, a capacidade do estudante para realizar casos clínicos que detalhem em cada ponto como foi o protocolo feito no mesmo, como foi o fluxo de atendimento e sua conhecimento sobre a doença em questão, além haverá um capítulo da sua experiência COVID-19 neste ano pós-pandemia, outro capítulo sobre os procedimento realizados pelo estudante e pelo que são realizados na RUE e por último um capítulo sobre uma proposta de intervenção para ajudar a melhorar o serviço.

Estruturalmente, o trabalho foi desenvolvido por meio de cinco capítulos temáticos. No Capítulo I é apresentada e discutida a estrutura e organização da RUE do sistema local de saúde de Foz do Iguaçu/Paraná. No Capítulo II são analisados dez casos clínicos dos quais participei, levando em consideração as características dos pacientes, bem como as manifestações clínicas observadas no momento de anamnese. Como complemento, uma revisão

da literatura aporta informações relevantes às situações vivenciadas.

No Capítulo III é destacado o contexto da crise pandêmica provocada pelo novo coronavírus 2019 e suas implicações no âmbito da RUE de Foz do Iguaçu. Nesse espaço, também aproveito para expor as minhas inquietações e meus sentimentos, que muito impactaram a minha formação como médica nesse momento tão crucial que ainda estamos a viver.

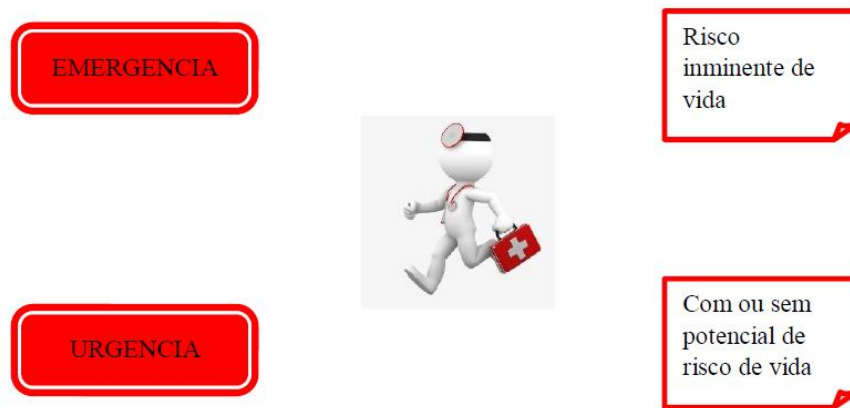
No Capítulo IV é dada relevância às intervenções por mim realizadas ao longo do módulo, aportando uma descrição detalhada dos procedimentos e das recomendações a serem seguidas.

No caso do último capítulo, isto é, o Capítulo V, apresento uma proposta de intervenção no âmbito das emergências psiquiátricas, com o intuito de reforçar as ações realizadas pelas equipes que lidam com esse tipo de desafios hospitalares. Gostaria de dizer que se trata de uma ideia que surgiu ao longo das minhas observações in locus.

CAPÍTULO 1 - REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Os conceitos urgência e emergência bastantes utilizados no cotidiano acabam se confundindo, tornando-se sinônimos, porém, existe uma distinção grande, o termo emergência refere-se a uma situação com risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após sua demonstração, pelo contrário o termo urgência concerne um processo agudo de agravo à saúde sem risco de vida iminente como indicado a Figura 1 (MOURA, 2018).

Figura 1 - Urgência e emergência



Fonte: Moura, 2018.

A rede de urgências e emergências é o centro que integra todas as ferramentas de saúde, para oferecer um serviço humanizado aos pacientes que se encontram nessa situação, os componentes que conformam a RUE são indicados na Tabela 1.

Tabela 1 - Componentes da RUE

COMPONENTES DA RUE
Promoção, prevenção e vigilância à saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192
Sala de estabilização
UPA 24h – Unidades de Pronto Atendimento
Hospitalar – cuidados intensivos
Atenção domiciliar

Fonte: A autora, 2022

Na rede de atendimento de urgência e emergência de Foz do Iguaçu há 5 portas de entrada:

1. Unidade Básica de Saúde (UBS) entrada por demanda espontânea ou consultas agendadas;
2. Unidades de Pronto Atendimento (UPA) entrada por demanda espontânea, encaminhados da UBS, trazidos pelo SAMU e SIATE.
3. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) acionado por médicos das UBS, desde o domicílio ou da rua.
4. Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) acionado por acidentes.
5. Hospital Municipal Padre Germano Lauck; Hospital Ministro Costa Cavalcanti; Hospital e Maternidade Cataratas.

O SAMU e o SIATE jogam um papel importante na RUE, sendo os reguladores principais atendendo a vítima no primeiro contato, por exemplo, uma pessoa liga para o SAMU, o médico regulador da central de atendimento, avalia a situação que está ocorrendo e regula o caso para alguma das portas de entrada citadas anteriormente, dependendo do quadro clínico e a gravidade do caso (classificação de risco) os encaminha conforme especialidade, Tabela 2:

Tabela 2 - Locais de referência segundo especialidade

ESPECIALIDADE	LOCAL DE REFERENCIA
Cardiologia	UPAS – HMCC
Clínica Médica	UPAS – HMCC
Ginecologia	UPAS – HMPGL
Neurologia	UPAS – HMPGL
Obstetrícia	HMCC
Oncologia	HMCC
Pediatria	UPAS – HMPGL
Psiquiatria	UPAS – HMPGL – Cataratas
Trauma	UPAS – HMPGL

Fonte: A autora, 2022

Sempre que estava nos diferentes serviços lembrei das aulas do acolhimento ao paciente, em cada equipe de cada serviço o acolhimento foi diferente, as vezes bom outras vezes ruim. Por exemplo, os pacientes com problemas psiquiátricos as vezes recebiam maus tratos

por meio da fala, gritavam eles ou lhe diziam que foram embora, o mesmo acontecia com os habitantes da rua e idosos que não faziam o que eles diziam.

Após a regulação do caso, o paciente chega ao local de referência, sendo submetido ao acolhimento com classificação de risco, de acordo com o Protocolo de Manchester (classificação por cores) que classifica o paciente conforme a gravidade do quadro, o acolhimento deve ser com muita ética e com uma aproximação empática com o paciente, cada cor tem seu tempo máximo para receber atendimento, para que ele tenha uma boa resolução do seu problema, como indicado na Figura 2.

Figura 2 - Classificação de risco – Triage



O protocolo de Manchester é uma ajuda muito grande, porém, as equipes das UPAS ainda falham muito na classificação de cada pessoa, infelizmente a triagem feita nas UPAS pelos profissionais não é muito específica e podem confundir os casos e até causar desfechos.

Todos os dias vi pacientes buscando a UPA espontaneamente nas manhãs e eu saía na minha hora do almoço e eles continuavam aguardando atendimento médico. O serviço das UPAS sempre está lotado devido à falta de médicos, à demora no agendamento das consultas e até mesmo na falta de matérias na atenção primária, faz com que o paciente procure atendimento nas UPAS, pois sabe que irá demorar, mas, será atendido no transcurso do dia. 13

Essa sobrecarga da equipe de saúde nas UPAS, em grande parte é por causa duma classificação de risco equivocada, a maioria dos atendimentos são classificados como “não urgentes” (verde ou azul) e podem ser manejados nas UBS, porém, os pacientes ficam aguardando causando hiperlotação nesses locais. Também existem os casos em que, o paciente pode ter sinais e sintomas que exigem manejo imediato e são triados como “não urgentes”.

Aconteceu um caso, onde o paciente era idoso, tabagista pesado e tinha diagnóstico de DPOC, ele apresentava falta de ar discreta, tosse seca e fraqueza, no oxímetro a saturação foi de 96%, por ser DPOC a saturação tende a estar um pouco abaixo do normal, e não apresentava sinais de esforço respiratório, foi triado com a cor verde e era num desses dias onde o serviço estava superlotado.

Enquanto aguardava ser chamado, começou com esforço respiratório mais notável com uso da musculatura acessória, já falava mais entrecortado, cianose de aparecimento recente e tosse sem controle, no momento que foi atendido foi encaminhado para sala amarela, sendo estabilizado, ofertando oxigênio em máscara com reservatório, feito RX de tórax que indicou pneumonia da comunidade e cicatriz de tuberculose, a prova de escarro saiu positiva, ficou na UPA em isolamento e logo foi transferido ao HMPGL.

Mas chegando à conclusão, esse paciente foi exposto a uma situação de risco de morte, por causa de uma classificação de risco equivocada neste caso o desfecho fatal foi atendido a tempo, porém sempre está essa situação nos corredores da UPA.

O atendimento da RUE deve ser estratégico e rápido é um pilar muito importante no SUS, por isso é muito importante que o Profissional de saúde (médico, enfermeiro, técnico, etc.) tenha as competências e os atributos que a mesma exige. Além, seria bom que existam aulas de educação aos profissionais de saúde para que entendam a regulação de pacientes para o local de referência, para que saibam que o acolhimento na classificação de risco com dedicação e uma boa anamnese ajuda a salvar vidas e a deixar o serviço um pouco mais leve. Também, estudar os fluxos de atendimento de cada setor é fundamental para ter menos desfechos em saúde e evitando gastos desnecessários ao SUS.

Os cenários práticos foram de bastante ajuda para entender melhor a teoria estudada, tanto o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) MORUMBI e SAMEK auxiliaram a consolidar os conhecimentos adquiridos. Na minha experiência individual tive mais afinidade pelo trabalho das equipes das UPA'S, é um local onde o aprendizado sempre está em constante dinâmica.

Na prática no município de Foz do Iguaçu entendi como atua o SAMU e sua central de regulação das urgências, quando há um paciente com um agravo da saúde, o primordial é chegar rapidamente até a vítima. A equipe na ambulância composta por um enfermeiro, médico e motorista, realiza o primeiro atendimento ao paciente, o médico socorrista comunica ao médico regulador na central e ele quem decide para onde vai encaminhado, se UPA ou

diretamente para os centros de referência como são o Hospital Municipal ou Costa Cavalcanti.

Nas UPAS o paciente é acolhido e classificado por meio da triagem, sé é paciente grave é encaminhado para estabilização clínica e deveria ser dado de alta ou encaminhado para um setor mais especializado por no máximo 24hr, porem sabemos que isso não funciona assim, há casos de pacientes que procuram a UPA e precisam de serviços de maior complexidade e duram até 4 dias internados aguardando vaga no hospital de referência. Há também casos no que os pacientes são estabilizados e podem continuar o tratamento ambulatoriamente na UBS.

O hospital é um serviço de maior complexidade na RUE, é um ambiente limitado para aceitar paciente devido a sua capacidade de leitos de UTI e ambulatórios, além de ser o único setor onde podem ser realizados os exames de alto custo.

Para ter um melhor atendimento de pacientes que precisam de maior complexidade e para ter um bom manejo da regulação dos leitos hospitalares, em 2017 foi criado o NIR (núcleo interno de regulação) para junto com a RUE conseguir tratamento precoce aos pacientes que estejam procurando serviços de alta complexidade. O HMPGL é referência da NONA Regional, ou seja, os pacientes que moram em cidades perto de Foz do Iguaçu e precisem de tratamento complexo pedem vaga para o HMPGL. Nesse processo de pedir vaga, o médico solicitante deve passar o caso explicado e justificando a necessidade da vaga, para ser aceito o paciente deve estar estável, após é avaliado a solicitude pelo NIR e logo é aceito conforme sua prioridade.

Neste contexto também podemos descrever a chamada “Vaga Zero”, ao meu entendimento, é uma situação de exceção, para assegurar o acesso imediato ao serviço a pacientes em risco de morte iminente, assim a equipe local onde o médico regulador encaminhou o paciente deve estabilizá-lo, mesmo que no hospital não haja condições de atendimento, já seja porque esta superlotado ou porque falem profissionais (o que também acontece), ficando o paciente no corredor sem poder ter um atendimento digno e aguardando ser atendido.

Em conclusão, a RUE na cidade de Foz do Iguaçu ao meu parecer é uma rede bem estruturada porem ainda apresenta várias falhas no seu caminho, que precisam ser melhoradas por meio de educação continuada aos profissionais de saúde, para que não se volte um trabalho monótono e continue com os mesmos erros, se não, um trabalho de empatia, de entender que cada paciente é um mundo diferente e precisa de uma atenção especial. Não podemos nos voltar um robô, uma máquina, um automático, devemos ser conscientes da magnitude da responsabilidade nas nossas mãos.

CAPÍTULO 2 - CASOS CLÍNICOS

2.1. CASO I

Identificação: M.D.S, 22 anos, feminino, residente e procedente de Foz do Iguaçu, vendedora.

Queixa principal: “Dor em baixo ventre”

História da doença atual: Trazida pelo SAMU do domicílio por queixa de dor em andar superior do abdome há 1 dia, especificamente no hipocôndrio direito e epigástrico, em cólica, de intensidade 7 (em uma escala de 1 a 10), associada a náuseas e 3 episódios de vômitos, desencadeada, principalmente, após as refeições. Paciente refere sentir dores semelhantes anteriormente, refere também febre não aferida durante a noite anterior. Fez uso de analgésico, mas não teve melhora do quadro. Hoje chega na UPA com piora da dor, tornando-se contínua, com irradiação para a parte inferior do ombro direito e costas, com piora a respiração profunda. Nega icterícia, colúria, acolia e perda ponderal.

História patológica pregressa: Obesidade. Nega cirurgia prévias, internações e traumas. Nega alergias.

Hábitos de vida: Alimentação com predomínio de alimentos gordurosos, sedentarismo e alcoolismo social. Nega tabagismo.

Antecedentes familiares: Mãe hipertensa. Pai hipertenso e diabético com histórico de IAM, 3 irmãos hígidos.

- **Exame físico**

Ectoscopia: BEG, LOTE, fácies de dor, anictérica, corada, febre de 38°, posição antálgica.

Neurológico: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea.

AP: MV +, sem RA, com expansibilidade preservada, eupneica em AA.

AC: BCNF 2T SS, TEC>3seg, pulsos periféricos sem alterações.

ABD: Abdome globoso, ausência de cicatrizes, circulações colateral, estrias, varizes, pulsação, abaulamentos e hematomas. RHA presentes, percussão dolorosa a palpação do hipocôndrio direito e sinal de Murphy positivo.

- **Diagnostico sindrômico**

1. Colecistite aguda?
2. Colelitíase?

- **Diagnostico diferencial:**

1. Pancreatite aguda?
2. IAM?

- **Exames complementares**

Exames laboratoriais: Hemograma apresentou leucocitose com desvio à esquerda, aumento discreto da bilirrubina e fosfatase alcalina moderadamente elevada.

USG de abdome: espessamento da parede da vesícula biliar com presença de líquido pericolecístico e imagens hiperecogênicas, moveis, com sombra acústica posterior, correspondendo a cálculos.

- **Conduta**

1. Prescrito sintomáticos (tramadol, metocloprammida, omeprazol, cetoprofeno, ceftriaxona + metronidazol);
2. Solicitado jejum;
3. Solicitados exames de laboratório, USG de abdome, RX de tórax, ECG;
4. Controle de sinais vitais;
5. Solicitado vaga no HMPGL

Confirmado o diagnóstico de Colecistite aguda com os achados do exame físico em conjunto com os sinais e sintomas apresentados pela paciente (náuseas, vômitos, dor em cólica, que evolui para continua, desencadeada pela ingestão de alimentos gordurosos, febre e sinal de Murphy positivo), a paciente foi encaminhada à cirurgia para realização do procedimento de colecistectomia, além do tratamento de suporte, que visa manter a hidratação, controlar a infecção com antibióticos e aliviar a dor com analgésicos.

- **Discussão do caso**

A Colecistite calculosa aguda é uma inflamação aguda da vesícula biliar, por obstrução do cálculo no infundíbulo da vesícula biliar ou no próprio ducto cístico, causando uma distensão da vesícula e consequente contração, sendo manifestada por cólica.

Além, a produção de substancias que irritam a mucosa leva à inflamação

(GOLDMAN, 2018). É uma das indicações mais comuns para cirurgia abdominal nos EEUU, a colecistectomia de emergência. Em casos leves, a parede da vesícula biliar está espessada, edematosa e hiperêmica. Em casos mais severos, ela é transformada em um órgão necrótico verde-negro, chamada de Colecistite gangrenosa, com perfurações pequenas a grandes (KUMAR 2012). Prevalência em mulheres, obesidade, consumo de alimentos gordurosos, DM, gravidez, hipertrigliceridemia, etc.

Figura 3 - Colecistite calculosa aguda



Fonte: Kumar, 2012

Pelo geral a Colecistite não costuma apresentar icterícia, pelo fato de a obstrução ser predominantemente no ducto cístico, não interferindo na passagem da bilirrubina pelo ducto hepático e ducto colédoco. Lembrar que a USG de abdome é o exame de escolha e como alternativa pode ser solicitada a cintilografia hepatobiliar (KUSMA, 2012).

A paciente em questão era do sexo feminino, obesa, não cuidava da alimentação, comentava que os sintomas eram recorrentes e já consultou por isto anteriormente e tinha resolução com analgésicos, porem neste atendimento, foi tanta a dor que nem os analgésicos “faziam efeito”.

O sinal clássico desta patologia é o sinal de Murphy positivo, na realização desta manobra percebi com o médico que sempre fiz da maneira errada, eu achava que tinha que apertar e rapidamente soltar no ponto cístico e se o paciente se queixava de dor era positivo, porem o Dr. me corrigiu e explicou como era a manobra, pede-se ao paciente que inspire de maneira profunda e se palpa o ponto cístico, o paciente no instante vai parar a inspiração e nesse momento o sinal será positivo, não somente com a reação algica.

Neste caso, ao ser diagnosticada com Colecistite aguda, sabe-se que tem que ir encaminhada para o HMPGL para realizar a cirurgia de retirada da vesícula biliar por apresentar neste atendimento infecção e ser um quadro recorrente, então a paciente entra na fila para aguardar vaga no setor de cirurgia geral. A paciente ficou 2 dias na UPA, segundo os protocolos não podem ficar mais de 24hr, porem, existem muitos casos assim devido ao hospital estar lotado. Como a paciente não apresentava sinais de instabilidade hemodinâmica ou piora dos sintomas atuais, a paciente ficou na UPA o tempo necessário até ser regulado para o HMPGL sempre estabilizada.

- **Melhoraria no atendimento**

O atendimento foi direcionado, rápido e eficaz sempre tendo em mente a dor do paciente e sua incomodidade na UPA, porem a vaga no HMPGL sempre é o mais demorado, já que tem muitos pacientes aguardando vaga, assim os pacientes com problemas para solucionar no centro cirúrgico podem permanecer na UPA e 2 a 3 dias, devido ao fluxo lento da abertura das vagas do HMPGL.

2.2. CASO II

Identificação: J.A.S, 46 anos, masculino, residente e procedente de Matelândia

Queixa principal: ‘tenho uma infecção no pé’

História da doença atual: trazido por transferência de Matelândia para nosso serviço por histórico de amputação do 1º pododáctilo do pé direito após infecção local e necrose da ferida, amputação feita há 15 dias atrás, segundo relatos, coto de ferida com secreção purulenta e fétida pelo qual foi solicitado vaga para transferência. No momento ferida seca e sem sinais flogísticos, paciente nega febre, náuseas, dor e sangramentos.

História patológica pregressa: Diabético em uso de insulina 50U de manhã e 25U a noite. Hipertenso em uso de captopril 2x ao dia. Hipotireoidismo em uso de levotiroxina.

Hábitos de vida: Nega tabagismo e etilismo.

Antecedentes familiares: Mãe hipertensa e diabética. Pai sofreu AVC há 3 anos.

- **Exame físico**

Ectoscopia: LOTE, AAA, corado, hidratado e eupneico em AA.

Neurológico: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea.

AP: MV presente, sem RA, respirando em AA, sem esforço respiratório.

AC: BCNF, 2T, RR, sem sopros. TEC <3seg, pulsos periféricos sem alterações.

ABD: RHA+, abdome globoso a custas de tecido adiposo, indolor a palpação superficial e profunda, sem visceromegalias palpáveis.

EXT: MMII sem edemas, sem sinais de TVP, amputação do 1º pododáctilo do pé direito, secreção purulenta, odor fétido, sinais flogísticos presentes, ausência de necrose.

- **Diagnostico sindrômico**

1. Úlcera isquêmica que evoluiu para gangrena úmida

- **Exames complementares**

- **Exames laboratoriais:** sem alterações.

- **Conduta**

1. Suporte clinico, ceftriaxone + clindamicina
2. anticoagulação plaquetária dupla
3. vigiar padrão hematológico e evidencia de sangramentos exteriorizados.

- **Discussão do caso**

Como mencionado na história clínica do paciente, foi encaminhado do hospital de Matelândia por causa de uma infecção no coto da amputação realizada há poucos dias no 1º pododáctilo. Ao chegar ao HMPGL foi constatado que tinha grande área infeccionada, com secreção purulenta e odor fétido.

Como o HMPGL é centro de referência da nona regional para avaliação do cirurgião vascular, a regulação deste caso foi a correta. Ao chegar ao HMPGL no SAMU o paciente fica aguardando na sala de observação amarela do Pronto Socorro Clinico esperando que seja avaliado pelo médico cirurgião vascular, enquanto aguarda o cirurgião, o médico plantonista faz avaliação e receita segundo os sintomas e sinais que apresente.

Neste caso como estava em estado avançado a infecção foi ligado pro medico cirurgião vascular e avisado que teria um paciente que precisaria de avaliação com urgência, ao mesmo tempo ele receito antibióticos para infecção, analgésicos para a dor e limpeza do local.

A diabetes mellitus sem tratamento adequado tem como complicação o pé diabético, o paciente estava medicado porem não estava seguindo o tratamento corretamente, começou a ter problemas na circulação acompanhada de ulcera isquêmica e infecção e ao final amputação.

A amputação enquanto o tecido se recupera é algo de muito cuidado, porém, o paciente em questão não tinha os cuidados apropriados e começou a ter de novo infecção, desta vez ao ser uma cirurgia de há pouco tempo apresentava edema e já estava ficando outra região adjacente afetada devido á liberação das toxinas das bactérias de invasão.

Segundo BERNE (2010) a gangrena úmida pode espalhar-se muito mais rápido do que a gangrena seca e pode conduzir as complicações risco de vida como choque séptico.

Neste caso ao chegar o médico vascular, ele mesmo revisou a ferida, retirando as ataduras e gazes, ao analisar a área, ele confirmou que tinha necrose de uma região além de apresentar bichos (não lembro o nome técnico) pela falta de limpeza, odor fétido e secreção purulenta.

O vascular decidiu realizar debridamento cirúrgico, por ter uma área extensa de tecido e para evitar uma possível sepse, o paciente ficou aguardando vaga pro centro cirúrgico para realizar o devido procedimento.

O debridamento sempre é um procedimento que se realiza na atenção terciária, ou seja, hospitais de referência. Pode ser tratado cirurgicamente retirando o tecido morto e infectado da área para uma melhor salubridade da ferida ou tratamento com produtos químicos (iodo, clorexidina ou prata).

- **Melhoraria no atendimento**

Os casos deste tipo são comuns no hospital, sempre encaminhados de hospitais de outras cidades e sempre é seguido o mesmo protocolo, acho um protocolo adequado dentro dos parâmetros que temos no HMPGL, porém as vezes o serviço está tão saturado que terminam ficando mais tempo do que deveria, prejudicando a saúde do paciente.

Às vezes é só pela demora do médico especialista que não aparece tal vez porque não é de tanta urgência o caso, fazendo com que o serviço fique mais lento e os pacientes fiquem mais bravos e preocupados.

Acho que sempre devemos de lembrar que, é certo que existem urgências e emergência, porem pensar no paciente, ter empatia com ele e oferecer a importância que ele merece é o que faz que o médico seja mais humano e o serviço fique mais leve para a equipe.

- **Prevenção e promoção a saúde**

O paciente, ao parecer nos dias que foi dado de alta não fez a limpeza adequada no local afetado, o que ocasionou que ficara infectado e começara a ter problemas maiores. Acredito que foi dito como teria que fazer a limpeza, o que teria que aplicar, que teria que tomar pra evitar infecção, porem tem pacientes que não seguem as orientações certo e tem que afrontar as consequências.

2.3. CASO III

Identificação: P.L.C, 60 anos, masculino, aposentado do exército, residente e procedente de Foz do Iguaçu

Queixa principal: ‘‘ estou muito fraco’’

História da doença atual: Paciente comparece á UPA referindo que há 3 anos teve diagnóstico de Diabetes Mellitus após um grande ganho de peso, porém não realiza tratamento adequado nem acompanhamento. Relata que há 2 meses vem apresentando mal-estar, tontura em períodos prolongados de jejum, polifagia, poliúria e polaciúria, perda ponderal de 1kg no último mês, e uma ingesta excessiva de água. Refere problemas familiares que deixam ele muito triste e não se sente na capacidade para achar uma solução, refere que tem depressão (sic) porém não realiza tratamento.

História patológica progressa: DM sem tratamento. Nega HAS, nega outras comorbidades, nega alergias medicamentosas.

Hábitos de vida: Nega etilismo ou tabagismo. Nega dieta ou atividade física. Alimentação baseada em carboidratos, gordura e doces, poucas verduras

Antecedentes familiares: Irmãos diabéticos e com obesidade. Mãe falecida por complicações do DM. Pai diabético teve IAM aos 50 anos, falecido por complicações do evento isquêmico.

- **Exame físico**

Ectoscopia: BEG, LOTE, AAA, região do pescoço e pés com hiperpigmentação (acantose nigricans)

Neurológico: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea.

AP: MV +, sem RA, com expansibilidade preservada, eupneico em AA.

AC: BCNF 2T SS, TEC>3seg, pulsos periféricos sem alterações.

ABD: Abdome globoso, as costas de tecido adiposo, simétrico, flácido, indolor á palpação superficial e profunda. RHA presentes, ausência de massas ou visceromegalias.

EXT: MMII sem edemas, sem sinais de TVP, nega formigamento, nega dor.

- **Diagnóstico sindrômico**

1. Diabetes Mellitus 2 descompensada
2. Acantose nigricans

- **Exames complementares**

Exames de sangue: Glicemia em jejum: 250 mg/dL // Glicemia pós-prandial: 450 mg/dL // Hemoglobina glicada: 9,5% // HDL: 32 mg/dL // LDL: 120 mg/dL // Triglicérides: 175 mg/dL // Creatina sérica: 1,3 mg/dL

ECG: sem alterações

- **Conduta**

1. Prescrito sintomáticos (diclofenaco, cetoprofeno, metoclopramida, omeprazol);
2. Prescrita hidratação e insulina;
3. Vigiar padrão neurológico e hemodinâmico;
4. Controle da HGT de hora em hora;
5. Solicito exames laboratoriais, ECG.

- **Discussão do caso**

Sabe-se que a DM é uma doença metabólica intermediária de etiologia múltipla caracterizada por hiperglicemia, resultante da deficiência na secreção de insulina ou da incapacidade da insulina em exercer seus efeitos (GUYTON, 2015). A maioria dos pacientes são assintomáticos, sendo a hiperglicemia detectada em exames laboratoriais de rotina.

Os sintomas clássicos da DM são: polidipsia, poliúria, polifagia e perda ponderal de peso. Alguns fatores de risco são idade maior 45 anos, obesidade, dislipidemia, história familiar de diabetes, HAS, além do exame físico mostrar que o paciente tem acantose nigricans, sua presença está relacionada com uma resistência periférica à insulina. A diabetes com sintomas clássicos mais uma glicemia maior ou igual a 200mg/dl confirma o diagnóstico de DM tipo 2. Segundo ADA-2019 em pacientes assintomáticos porem, com fatores de risco para DM2, deve

ser realizados exames de rastreio tais como, glicemia de jejum, hemoglobina glicada e TOTG, após de realizar o rastreio a interpretação seria a seguinte:

Tabela 3 - Rastreio DM

EXAME	RESULTADO	INTERPRETACAO	CONDUTA
Glicemia jejum	<100mg/dl	Normal	Rastreio em 3 anos.
HB glicada	<5.7%		
TOTG 2hr após	<140		
Glicemia jejum	100-125mg/dl	Exames limítrofes	Rastreio em 1-2 anos
HB glicada	5.7-6.4%		
TOTG 2hr após	>140 e <200		
Glicemia jejum	>126mg/dl	Diagnostico de DM confirmado	
HB glicada	>6.5%		
TOTG 2hr após	>200mg/dl		

Fonte: A autora, 2022

Neste caso o paciente já era confirmado de portador de DM, porém não fazia o tratamento adequado, a DM sem tratamento pode ser fatal causando retinopatia diabética, nefropatia diabética e neuropatia diabética.

No caso do paciente ele também apresentava problemas psicológicos que exacerbavam essa doença de base, também não realizava tratamento. O paciente procura a UPA por demanda espontânea, passou do consultório para sala de observação amarela para estabilização dos sintomas, não houve a necessidade de acionar serviços de alta complexidade já que na UPA o médico conseguiu estabilizá-lo, a conduta do médico foi prescrever medicação sintomática e insulina subcutânea para abaixar a glicemia, foi orientado sobre consultar com um psicólogo para encontrar uma solução e apoio aos problemas que está tendo.

A UPA é um local onde o paciente não pode ficar mais 24hr (assim isso não aconteça) as estratégias para resolução de problemas mentais e psicológicos é quase nula, poucos médicos se interessam pelo psíquico do paciente, poucos médicos perguntam se ele está bem em casa, neste caso, como eu fui quem fez anamnese dele, o paciente achou que poderia confiar em mim e me contou suas coisas pessoais, eu como futura medica escutei ele e aconselhei sobre alguns pontos, no momento pode ser aliviar, porem se ele quer mudar e resolver esses problemas ele tem que realizar tratamento com psicólogo, ao meu parecer ele entendeu e quando foi de alta foi com outra face de expressão, tipo como se ainda houvera esperança.

Em conclusão a conduta deste paciente principalmente é a mudança no estilo de vida,

desde os problemas psicossociais que tenha por causa da família, até começar a realizar exercício aeróbico por 30min 5x a semana, a atividade física melhora a sensibilidade à insulina no corpo, dieta rigorosa com um nutricionista e acompanhamento por medico UBS para controle da glicemia. O paciente foi dado de alta sem nenhuma intercorrência e com prescrição de insulina por uns dias, porem foi explicado que tem que consultar na UBS para que pelo médico do posto, ao igual foi dito sobre todas as futuras complicações que teria se não começava a se cuidar desde agora tanto na dieta como no exercício.

- **Melhoraria no atendimento**

Os casos assim são muito comuns nas UPAS, porem os pacientes com sintomas que podem ser corrigidos na UBS não podem ficar muito tempo (mais de 24hr) ocupando leito, o médico estabiliza e se não tiver mais alterações continua seu tratamento ambulatorialmente.

Acho que foi um serviço bom na UPA, rápido e conciso, melhorando os sintomas do paciente e solicitando-lhe que compareça à UBS mais perto do bairro para seu devido acompanhamento.

Além de conversar com ele por alguns minutos mais para se desabafar e tal vez entender um pouco melhor a situação pela que ele está passando.

- **Prevenção e promoção a saúde**

O problema de pacientes deste tipo é que não aderem ao tratamento assim saibam que é uma doença que pode ser fatal, o que é realizado na UBS é a busca ativa, isso é ir à casa do paciente falar com ele, perguntar se está realizando o tratamento adequado e se não, agendar uma consulta no posto para que ele possa ser seguido pelo médico.

Por causa da pandemia muitas UBS deixaram de fazê-la, assim foram perdendo contatos de pacientes que precisam que lhes digam o que devem fazer e se estão seguindo as orientações como deve ser. Num caso como este é onde saem a luz os problemas da atenção básica, são vistos nos outros níveis (secundária e terciária) e solucionados também aqui sobrecarregando o pessoal da saúde.

Não sempre a culpa é dos profissionais da saúde, as vezes é do usuário que não se preocupa com a saúde e não acha importante seguir orientações para se cuidar, superlotando os demais níveis de atenção, seria importante dar palestra sobre educação ao paciente, sobre os serviços e sobre como eles funcionam, começar desde a base do problema.

2.4. CASO IV

Identificação: Paciente V.F, 55 anos, masculino, residente e procedente de Itaipulândia.

Queixa principal: “Fraqueza no corpo”

História da doença atual: transferido de Itaipulândia, com relatos de que há 7 dias iniciou com hematúria franca, mal estar geral, tonturas. Agrega ao quadro de que há 1 mês fez cirurgia cardíaca para correção de CIA, no HMCC, recebeu alta com marevan. Há 5 dias consultou no HMCC, suspenso marevan, com orientação de que após 48 horas deveria melhorar tal quadro. Devido não melhora, buscou atendimento na cidade de origem, sendo solicitado vaga para hemotransfusão devido anemia grave com Hb 6.

História patológica pregressa: Hipertenso em tratamento. Nega alergias.

Hábitos de vida: Nega tabagismo e etilismo.

Histórico familiar: Mãe hipertensa. Pai diabético.

MUC: Losartana 50mg 1-0-1 // Carvedilol 6,25mg 1-0-1 // Rosuvastatina 20mg 0-0-1 // Pantoprazol 20mg 1-0-0.

- **Exame físico**

SSVV: FC:70 // PA:139/79 // SAT:99% em AA // FR:16.

Ectoscopia: REG, hipocorado 3+/4, hipoativo, desidratado +/4+, anictérico, afebril, comunicativo, estável hemodinamicamente.

Neurológico: Glasgow 15, pupilas isofotoreativas, sem sinais de irritação meníngea.

AP: MV+, sem R/A, expansibilidade preservada, eupneico em AA.

AC: BNFT, 2T, SS, TEC >3seg.

ABD: Abdome semigloboso, distendido, doloroso á palpação profunda e superficial na região do mesogástrico, RHA+, ausência de massas ou visceromegalias.

EXT: Ausência de edemas, ausência de empastamento da panturrilha, pulsos periféricos presentes.

- **Diagnóstico sindrômico**

1. Hematúria A/E;
2. Anemia grave.

- **Exames complementares**

Exames laboratoriais: Hb:4,0 // Ht:12,70 // Leuc:5,440 // Pla:141000 // Na:147 // K:5,6 // PCR:1,3 // Uri I: prot:+++ billir:+++ hem:++, hemácias >100/campo // KPTT:34,0.

TC de abdome: Veia porta e seus ramos de avaliação prejudicada. Sistemas pielocalicinais e ureteres de aspecto anatômico, notando-se maior opacidade em pelve renal a esquerda (local de sangramento?). Não há evidências de calcificações de conotação patológica. Não há evidências de lesões expansivas nas lojas adrenais. Presença de massa de densidade de partes moles sugestiva de coágulo em interior de bexiga.

- **Conduta**

1. Solicito laboratoriais de admissão;
2. Solicito 2CH -> Hb da origem de hoje 6,3(em queda);
3. Omeprazol dose plena;
4. Mantenho sem profilaxia para TEV;
5. Sintomáticos;
6. Mantenho sem ATB - estava em uso de ceftriaxone no hospital de origem;
7. Reavaliar

- **Discussão do caso**

Não estive no momento da entrada do paciente no HMPGL porem quando li a história clínica e avalie o paciente, notei que já o paciente tinha melhorado um pouco da dor, porem continuava com hematúria e dava para ver na ectoscopia os sinais de anemia que apresentava.

O caso foi o seguinte, paciente com histórico de doença cardíaca congênita realizou cirurgia no HMCC para correção de CIA, foi dado de alta com varfarina, porém começou com sintomas adversos tais como hematúria e melena por 1 semana, foi suspenido o medicamento e continuo com o sangramento.

A comunicação interauricular (CIA) é uma solução de continuidade no tabique interauricular, que causa um curto-circuito de esquerda à direita, ou seja, sabemos que o átrio direito tem maior capacidade de distensão das paredes, há maior complacência do átrio e ventrículo direito e menor resistência vascular pulmonar, então o sangue é desviado do AE para o AD.

Quando as comunicações são pequenas fecham de forma espontânea, porém, quando são grandes, causam sobrecarga auricular e ventricular direita levando a hipertensão pulmonar, elevação da resistência vascular pulmonar e hipertrofia ventricular direita.

Foi dado varfarina, já que as comunicações interauriculares podem permitir que os êmbolos das veias ingressem na circulação sistêmica causando oclusão arterial (AVC) e terminar num desfecho fatal. O paciente ficou internado na UPA de Itaipulândia-PR com os sintomas adversos da varfarina, até ser encaminhado ao HMPGL e tomar uma conduta definitiva. Deu entrada com quadro de anemia grave (6,3 em queda) e hematúria maciça.

As condutas feitas neste caso foram, colocar 2 concentrações de hemoglobina para compensar a anemia, sintomáticos porque queixava-se de muita dor na região do hipogástrio, exames laboratoriais de rotina e TC de abdome e pelve.

No dia que eu passei visita no PS do hospital, o paciente estava hipocorado, hipoativo, porem comunicativo. E nesse mesmo dia saiu o resultado da TC evidenciando que estava com presença de massa (coágulo) no interior da bexiga e continuava com hematúria, foi solicitado avaliação do urologista, o qual pediu evacuação de coágulos no centro cirúrgico.

Chegamos à conclusão com o médico que o caso clínico do paciente foi por intoxicação de varfarina, a qual em doses elevadas pode trazer como consequências, evacuações com sangue, tosse com sangue, sangrado na urina ou em excesso na menstruação, vômitos cor marrom, manchas roxas na pele, etc.

O paciente no transcurso do dia, não se queixava de dor e a ectoscopia estava melhorando, só faltava ele ser encaminhado para o centro cirúrgico para retirada dos coágulos sanguíneos na bexiga, o qual lendo a história clínica, foi feito sem intercorrências e ficou na enfermaria 3 dias após a retirada e para ver como evolucionava.

- **Melhoraria no atendimento**

A regulação feita neste caso acho que foi errada, o paciente fez uma cirurgia cardiovascular, o HMCC por ser hospital de referência para essa especialidade deveria ter resolvido o problema do paciente, já que foi uma consequência dos medicamentos receitados por eles, mas, o paciente foi regulado para o HMPGL e quem fez o procedimento foi o Municipal.

Há muitos casos similares nos que acontece isso, a regulação encaminha pacientes que são do HMCC para o HMPGL e fica saturada a rede e ao esperar a resposta do HMCC para

realizar o devido tratamento o paciente fica aguardando dias e o HMPGL termina realizando o tratamento porque o paciente não pode ficar sem tratamento pela demora da aceitação da vaga.

2.5. CASO V

Identificação: J.K.L, 20 anos, masculino, residente e procedente de Foz do Iguaçu

Queixa principal: “quero tirar os efeitos da medicação”

História da doença atual: Paciente trazido pelo SAMU de casa de abrigo relata que teve uma briga com o coordenador por estar fumando dentro da casa e ser expulso da mesma, relata que foi uma injustiça porque algumas pessoas ficaram dentro de casa e outras foram expulsas, refere que essa causa tomou vários comprimidos de antidepressivos, ansiolíticos e calmantes (14cp em total), refere cefaleia e dor abdominal. No momento da admissão paciente consciente, lucido, orientado, colaborativo, ansioso, relatando que quer cortar os efeitos da medicação ingerida, relata dor de cabeça.

História patológica pregressa: Segundo prontuário em acompanhamento com psiquiatra. Não lembra o nome das medicações em uso.

Hábitos de vida: Usuário de crack, maconha e cocaína há 5 anos.

Histórico familiar: Não sabe referir.

- **Exame físico**

Ectoscopia: BEG, LOTE, AAA, eupneico em AA, corado.

Neurológico: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea, sem déficit neurológico.

AP: MV +, roncosp difusosp bilateralmosp, expansibilidadesp preservada FR:20.

AC: BCNF 2T SS, TEC>3seg, taquipneico 114, pulsosp periféricosp simétricos.

ABD: Abdome plano, flácido, simétrico, indolor á palpaçãosp superficial e profunda. RHA presentes, ausênciasp de massas ou visceromegalias.

- **Diagnósticosp sindrômico**

1. Usuário de drogas ilícitas;
2. Tentativa de autoextermínio com substâncias exógenas.

- **Exames complementares**

ECCG: sem alterações significativas.

Exames laboratoriais: sem alterações

- **Conduta**

1. Prescrito benzodiazepínico, sintomáticos e hidratação;
2. Prescrito carvão ativado segundo CEATOX;
3. Solicitada lavagem gástrica;
4. Solicitado vaga no HMPGL ala de psiquiatria;
5. Solicitados exames de admissão e ECG;
6. Controle dos sinais vitais;
7. Vigiar padrão neurológico e hemodinâmico.

- **Discussão do caso**

Paciente jovem usuário de drogas chega à UPA trazido pelo SAMU por agitação psicomotora em consequência ao uso abusivo de substâncias exógenas. A regulação foi a correta, foi acionado o SAMU, o paciente foi regulado para a UPA para estabilização inicial, daí ele tem que aguardar para entrar na fila de espera para vaga de psiquiatria no HMPGL.

Além de aguardar a vaga, a estabilização inicial visa a proteger o sistema neurológico e hemodinâmico do paciente, foi contatado com a central de CEATOX para comunicar o caso, informar as condutas que iam ser realizadas e pedir orientações para realizar mais condutas.

O CEATOX (central de assistência toxicológica) é uma unidade auxiliadora para casos de intoxicações agudas/crônicas humanas e veterinárias e acidentes com animais peçonhentos. Os médicos costumam acionar o CEATOX para este tipo de casos, neste caso, fui eu quem acionou o CEATOX com a permissão da médica do plantão.

O CEATOX aprovou nossa conduta, e adicionou alguns outros parâmetros:

- Uma dose de ataque de carvão ativado 50g por sonda
- Após 4hr repetir o carvão na dose de 25gr
- Se não souber os medicamentos entrar com tratamento sintomático
- Manutenção dos SSVV

- Hidratação
- Manter em observação (possibilidade de depressão do SNC e respiratória)

O caso foi acompanhado pelo CEATOX até que o paciente foi de alta.

O atendimento nas UPA para pessoas com problemas psiquiátricos não é muito educado, os profissionais principalmente técnicos e enfermeiros as vezes não tem paciência com pacientes com doenças mentais assim que eles acham que podem tratar eles como se não tiveram direitos, é triste e dá impotência.

O paciente chegou agitado e ansioso pelos efeitos dos medicamentos que usou, então só pedia que dessem medicação para ele para cortar os sintomas, o pessoal da enfermaria só falava para ele que era culpa dele o que ia sentir que para que ele tomava isso e comentários assim pelo jeito, até que a medica avaliou ele e deu um calmante.

O paciente nesse dia ficou dormindo todo o plantão, as vezes também as medicações são dadas em excesso, ele ficou aguardando vaga para o HMPGL, no entanto sabe-se que essa vaga só irá ser liberada ao outro dia ou 2 dias depois da entrada. Está muito saturada a rede de psiquiatria no município de Foz e tem que esperar uma longa fila para poder acessar aos serviços oferecidos pelo hospital de referência.

- **Melhoraria no atendimento**

Os atendimentos de doenças mentais têm muito a melhorar, acho que os profissionais de saúde por estarem tão saturados de tantas coisas que tem que resolver nos plantões, quando chega um paciente psiquiátrico já não tem paciência e acham que ele é menos importante, falando que é louco ou simplesmente o sedam em excesso para que fique calmo durante o plantão da equipe.

É triste ver como algo tão importante como a saúde mental, tenha pouco interesse por parte dos profissionais de saúde, não estou falando de todos, porém a maioria nem se importa com falar com o paciente, com perguntar como ele está ou que acontece na cabeça dele, pode ser que eles não tenham a experiência de um psiquiatra, mas pelo menos poderiam tentar escutar o paciente e ter mais empatia com ele.

- **Prevenção e promoção a saúde**

Consulta com psiquiatra regular para este paciente, é jovem, não tem família e é usuário de drogas, seria bom começar tratamento para ele ter um apoio e poder melhorar sua vida.

2.6. CASO VI

Identificação: F.L.G, 50 anos, masculino, residente em Foz do Iguaçu e procedente de Curitiba.

Queixa principal: “perda da força nas pernas”

História da doença atual: paciente acompanhado pela esposa, procura atendimento no HMPGL por busca espontânea, esposa relata que há 1 hora começou a ter um quadro de perda da força do lado direito do corpo, confusão mental, dificuldade para falar. Nega tontura, nega visão embasada, nega perda da consciência, nega dor de cabeça.

História patológica pregressa: Hipertenso em tratamento, em uso de enalapril 20mg 1x/dia. Obesidade. Nega alergia medicamentosa. Nega cirurgias prévias.

Hábitos de vida: Tabagista há 15 anos, 1 maço por dia. Nega etilismo.

História familiar: Pai hipertenso

- **Exame físico**

SSVV: T 36C° // FC 106bpm ritmo regular // FR 16ipm // Sat 96% em AA // PA 135x95mmHg // HGT 100

Ectoscopia: REG, hidratado, corado, acianótico, anictérico, afebril, eupneico em ar ambiente.

Neurológico: Vigil, afasia severa, pupilas isofotoreativas, força muscular +/-++++ em hemicorpo direito, NIHSS 15 (déficit moderado)

AC: BCNF 2T, sem sopros audíveis, TEC 6sg. Pulsos radiais e pediosos cheios e simétricos. Ausência de turgência jugular.

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

ABD: Abdome globoso, RHA+, timpânico a percussão, sem visceromegalias palpáveis, sem sinais de peritonismo.

- **Diagnostico sindrômico**

1. AVCi? → Por trombo na ACM

- **Diagnostico diferenciais**

1. Acidente isquêmico transitório?
2. Acidente vascular hemorrágico?

- **Exames complementares**

Exames laboratoriais: hemograma normal (incluindo plaquetas) // ureia 32mg/dL // creatinina 1mg/dL // sódio 140mmol/L // cálcio 8,8mg/dL // HGT 100 // RNI:1.0 //

Tomografia de Crânio (TC): Áreas hiperdensas na região da artéria cerebral média direita, discreto edema local na área de penumbra com pequeno desvio da linha média, ausência de sangramentos e traumas cranianos.

USG de carótidas: sem alterações.

ECG: sem alterações.

- **Conduta**

1. Prescrito medidas para AVCi;
2. Prescrito profilaxia de trombólise;
3. Realizada escala de NIHSS;
4. Solicitado ECG;
5. Solicitado tomografia de crânio;
6. Solicitado USG de carótidas;
7. Solicitado exames laboratoriais de admissão;
8. Solicito vaga de UTI.;
9. Controle de sinais vitais;
10. Vigiar padrão neurológico, hemodinâmico e respiratório.

- **Discussão do caso**

Casos de AVC são o pão de cada dia nas UPAS e Hospitais de Foz do Iguaçu, devido à alta taxa de doenças crônicas que tem ido em aumento, tais como, hipertensão, DM e hiperlipidemias.

Por isso é tão importante relembrar a definição de Acidente Vascular Cerebral (AVC), o AVC segundo a Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDCV, 2019) pode ser definido como a apresentação de um déficit neurológico súbito provocado por um distúrbio na circulação intracraniana de origem isquêmica ou hemorrágica.

Sinais clínicos no exame físico e exames de imagem ajudam a conhecer a localização anatômica da região disfuncional do SNC e definir se o processo é isquêmico ou hemorrágico.

Tabela 4 - Etiologias de AVC isquêmico e hemorrágico

	Embólico	Cardioembólico Ateroembólico
Isquêmico 87%	Criptogênico	Hipofluxo cerebral
	Trombótico	Ruptura de placa Infarto lacunar Vaso médio calibre
Hemorrágico	Intraparenquimatoso	Ruptura aneurisma Hemorrágica
	Subaracnóideo	Ruptura aneurisma Malformação AV Discrasias sanguíneas

Fonte: A autora, 2022

A TC de crânio é importante para excluir hemorragia e para detecção de achados precoces de isquemia cerebral. Os sintomas do paciente são clássicos da oclusão da artéria cerebral media (ACM), tais como, hemiparesia e parestesia contralateral, principalmente em face e MMSS, afasia, hemianopsia, homônima, apraxia.

Neste caso o AVC segundo o TC de crânio realizado seria do tipo isquêmico e os principais fatores de risco que afetam nosso paciente seriam o sexo masculino (maior tendência ao desenvolvimento de AVC), a hipertensão arterial (há 3 anos), o tabagismo (há 15 anos, já que provoca diferentes alterações no sistema circulatório), a obesidade e o sedentarismo.

Figura 4 - Escala de NIHSS

Escala NIHSS

1a. Nível de consciência	Alerta	0	●
	Sonolento, mas despertável com mínima estimulação	1	
	Sonolento, requer estimulação repetida para responder	2	
	Coma	3	
1b. Orientação (pergunte ao doente o mês e a idade)	Responde a ambas as questões correctamente	0	
	Responde a uma questão correctamente	1	●
	Ambas as respostas são incorrectas	2	
1c. Comandos (abrir e fechar olhos, abrir e fechar mão)	Obedece a ambas as ordens	0	
	Obedece a uma ordem correctamente	1	●
	Ambas incorrectas	2	
2. Olhar (melhor movimento ocular apenas no plano horizontal)	Normal	0	●
	Limitação parcial dos movimentos oculares	1	
	Desvio forçado dos olhos	2	
3. Campos visuais (estímulo visual, ameaça)	Sem déficits campimétricos	0	●
	Hemianopsia parcial	1	
	Hemianopsia completa	2	
	Hemianopsia bilateral (amaurótico, cegueira cortical)	3	
4. Parésia facial (pedir ao doente para cerrar os dentes e fechar os olhos com vigor)	Movimentos simétricos e normais	0	
	Parésia minor (assimetria a sorrir ou dos sulcos nasogenianos)	1	●
	Parésia parcial (paralisia total da face inferior)	2	
	Parésia total de um ou ambos os lados (face inf. e sup.)	3	
5a. Força muscular - Membro superior esquerdo	Normal (estende o braço 90° ou 45° por 10 seg sem cair)	0	●
	Membro começa a cair antes dos 10 seg	1	
	Alguma força contra a gravidade	2	
	Sem força para vencer a gravidade	3	
	Sem movimento	4	
	Não testável (amputação, anquilose)	5	
5b. Força muscular - Membro superior direito	Normal (estende o braço 90° ou 45° por 10 seg sem cair)	0	
	Membro começa a cair antes dos 10 seg	1	
	Alguma força contra a gravidade	2	
	Sem força para vencer a gravidade	3	●
	Sem movimento	4	
	Não testável (amputação, anquilose)	5	
6a. Força muscular - Membro inferior esquerdo	Normal (MI mantém-se a 30° por 5 sec sem cair)	0	●
	Membro começa a cair antes dos 5 sec	1	
	Alguma força contra a gravidade	2	
	Se força para vencer a gravidade	3	
	Sem movimento	4	
	Não testável (amputação, anquilose)	5	
6b. Força muscular - Membro inferior direito	Normal (MI mantém-se a 30° por 5 sec sem cair)	0	
	Membro começa a cair antes dos 5 sec	1	
	Alguma força contra a gravidade	2	
	Se força para vencer a gravidade	3	●
	Sem movimento	4	
	Não testável (amputação, anquilose)	5	

Compreendendo que o caso é neurológico e precisa de imediata atenção, decidi ativar o protocolo de AVC isquêmico, começando pela realização do MOVE que é Monitorização dos sinais vitais, colocação de Oxigênio (que neste caso não foi necessário já que estava saturando bem), Venoclise por meio de cateter venoso periférico e examinei o paciente, após foi realizado o ABCDE mas a maioria das siglas foi realizada no MOVE, A e B é a monitorização respiratória realizada no MOVE na letra O, C é a monitorização cardíaca e de pressão arterial que está no MOVE na letra M e inclui eletrocardiograma e monitorização da PA continuamente, na letra D que é o exame neurológico fiz a escala de NIHSS lançando como resultado 15 pontos demonstrando que nosso paciente estava em um déficit moderado segundo a escala.

Figura 5 - Escala de NIHSS continuação

Escala NIHSS			
7. Ataxia dos membros	Sem ataxia	0	
	Presente em um membro	1	●
	Presente em dois membros	2	
8. Sensibilidade (use alfinete para testar na face, tronco e membros, ver assimetria)	Normal	0	●
	Diminuição de sensibilidade ligeira a moderada	1	
	Perda de sensibilidade severa ou total	2	
9. Linguagem (descrever figuras, nomear objectos)	Sem afasia	0	
	Afasia ligeira a moderada	1	
	Afasia severa	2	●
	Mutismo, afasia global	3	
10. Disartria (lendo palavras)	Articulação normal	0	●
	Disartria ligeira a moderada	1	
	Palavras quase ininteligíveis ou incapaz de falar	2	
	Não testável (entubado ou outro obstáculo físico)	9	
11. Inatenção (use estímulo visual ou sensorial duplo)	Normal	0	●
	Inatenção para estímulo simultâneo bilat. numa das modalidades	1	
	Hemi-inatenção severa ou em mais do que uma modalidade sensorial	2	
Total			
Rubrica			

- Déficit ligeiro. NIHSS < 5
- Déficit moderado NIHSS 5-17
- Déficit grave NIHSS > 17-22
- Déficit muito grave NIHSS > 22

Logo da realização das sequências mnemônicas de monitorização no paciente, solicito a coleta de exames laboratoriais (hemograma, ureia, creatinina, sódio, cálcio, potássio, HGT, ECG, TC crânio com laudo sem contraste), vaga na UTI e aviso o neurologista para a pronta revisão do caso.

A TC de crânio foi feita nas primeiras 3h de internação e não evidenciou nenhuma hemorragia e sim um achado precoce do AVC isquêmico, a artéria cerebral média estava hiperdensa.

Segundo a SBDCV, o sinal da ACM hiperdensa é sugestiva de oclusão arterial naquele local, sabendo que o AVCI tem diferentes etiologias, tais como, embólico, Criptogênico ou trombótico, e sabendo os fatores de risco do paciente, uma conclusão que cheguei foi que teve

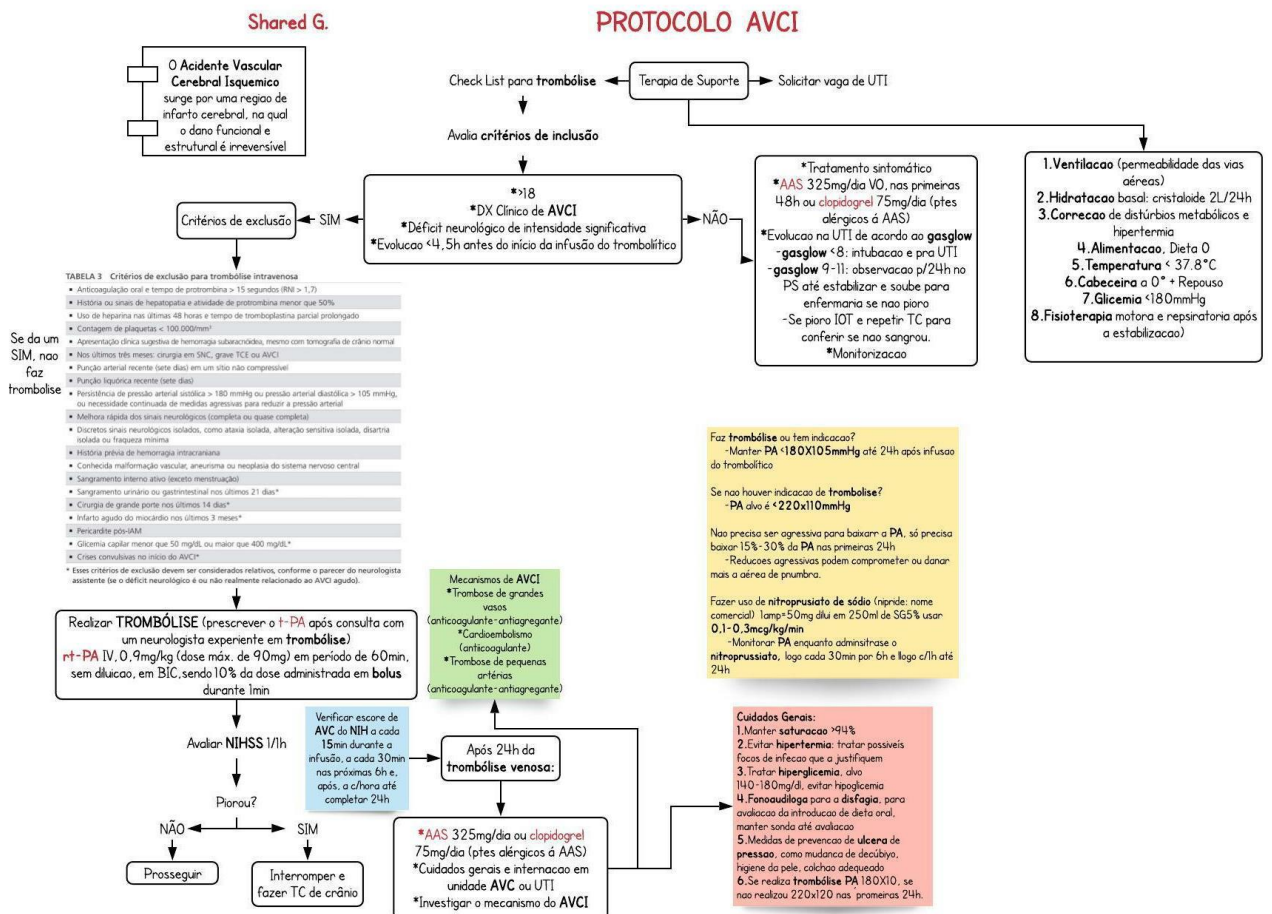
uma ruptura de placa desprendendo um êmbolo que viajou do território carotídeo até a ACM causando o AVC isquêmico.

O neurologista fez a intervenção sobre a possibilidade da terapia trombolítica endovenosa (rt-PA) a decisão é tomada por meio de critérios de inclusão e exclusão. O paciente estava em condições para realizar trombólise seguindo os parâmetros.

Nosso paciente é candidato para a terapia fibrinolítica endovenosa, assim que se realiza o procedimento por meio de um acesso venoso calibroso no membro superior, a dose administrada é de 90mg em período de 60 minutos sem diluição em bomba de infusão continua sendo 10% da dose administrada em bolus.

O NIHSS teve que ser avaliado 1/1h para monitorar alguma alteração negativa, porém o paciente evoluiu bem no transcurso. Para encerrar o caso clínico, nosso paciente foi internado na UTI com administração de AAS 325mg/dia e com cuidados gerais (manter saturação >94%, evitar hipertermia, tratar hiperglicemia, fonoaudiologia, manter a PA <180X100 pela trombólise) para sua pronta recuperação.

Figura 6 - Protocolo AVCi



SHARED NICOLE GODOY ÑUSTES.

2.7. CASO VII

Identificação: C.D.B, 23 anos, sexo masculino

Queixa principal: Acidente automobilístico em moto

História da doença atual: trazido pelo SIATE ao do HMPGL, foi vítima de acidente automobilístico por perda de controle do veículo e colisão contra um poste de luz. Companheiro relata que fizeram uso de álcool e drogas ilícitas. Ambos usavam capacete no momento do acidente. Na avaliação primária paciente politraumatizado, Glasgow 6 (O1; V1; M4), com sangramento no couro cabeludo, na região temporoparietal direita, sendo possível constatar pele quente e corada, anisocoria, sinal do guaxinim bilateral, sinal da batalha bilateral, otorragia, eupneico por médio de ventilação mecânica, já estava com IOT.

História patológica pregressa: Não sabe informar.

Hábitos de vida: Usuario de drogas ilícitas + Etilista, companheiro não sabe referir tempo

Histórico familiar: Pai e mãe hipertensos.

- **Exame físico**

Ectoscopia: MEG, hipocorado, não consciente, não, sudorético.

Neurológico: Glasgow 6 (O1; V1; M4), pupilas anisocóricas, presença de lesão neurológica, sinal dde guaxinim bilateral, sinal da batalha bilateral

AP: MV+, sem crepitações, eupneica em ventilação mecânica, com FR:22 levemente elevada, sem RA.

AC: BCNF 2T SS, TEC>3seg, pulsos periféricos sem alterações.

EXT: fratura em fêmur e tíbia.

ABD: Abdome plano, flácido, simétrico, indolor á palpação superficial e profunda. RHA presentes, ausência de massas ou visceromegalias.

- **Diagnostico sindrômico**

1. Trauma cranioencefálico;
2. Hematoma epidural.

- **Exames complementares:**

TC de crânio: em janela de parênquima evidenciando uma coleção hiperdensa biconvexa

frontotemporoparietal de grande volume, sugestiva de hematoma extradural agudo, com espessura de 1,8 cm. Há presença de hematoma subgaleal adjacente e é possível identificar compressão sobre o parênquima cerebral, com apagamento difuso de sulcos corticais e desvio de linha média para a direita em 1 cm.

- **Conduta**

1. Realizo ABCDE;
2. Prescrevo sintomáticos;
3. Solicito vaga centro cirúrgico urgências;
4. Controle dos sinais vitais;
5. Vigiar padrão neurológico, hemodinâmico e respiratório;
6. Solicito exames de sangue, TC de crânio.

- **Discussão do caso**

Segundo a atualização de PHTYLS 2018, o ABCDE do trauma mudou, agora seria assim XABCDE. Sempre que chega uma vítima de trauma na sala vermelha toda a equipe se prepara para atuar de maneira organizada e rápida, por meio da investigação primária e secundária. Na investigação primária se faz o seguinte:

1. **X hemorragias exsanguinolenta (controle de sangramento externo):** neste passo o pessoal deve realizar a contenção da hemorragia externa grave (se existe), a abordagem desta deve ser antes incluso do manejo das vias aéreas já que, a pesar da obstrução de vias aéreas ser responsável das mortes num curto período de tempo, outro fator que mais tem desfecho fatal são as hemorragias graves. O paciente estava hemodinamicamente instável, apresentava múltiplas fraturas e sangramento externo na região temporoparietal direita, não houve fratura de crânio constatada na TC de crânio. X refere-se a hemorragia externas.
2. **A – Vias aéreas e estabilização da coluna cervical:** avaliação das vias aéreas, garantir via aérea aberta e limpa (permeável), manobras de elevação do mento e tração da mandíbula, estabilização cervical até descartar a existência de lesão (RX). O paciente já estava com IOT realizado pela equipe do SIATE, a coluna estava imobilizada com auxílio do colar, não foi possível realizar radiografia naquele momento porque o serviço estava muito corrido.

3. **Respiração - ventilação e oxigenação:** avaliar a frequência respiratória, a inspeção dos movimentos torácicos, cianose, desviação da traqueia e observar se há uso da musculatura acessória. O paciente estava respirando por meio de ventilação mecânica, recebendo alto fluxo de O₂ com FiO₂ a 100%.
4. **C – circulação e controle da hemorragia:** O paciente estava hemodinamicamente instável, ao parecer o impacto da moto com o poste causou hemorragia toracoabdominal, apresentava múltiplas fraturas, porém não estavam expostas, os pulsos estavam filiformes, foi encaminhado para o centro cirúrgico em razão da possibilidade choque hipovolêmico. C refere-se a hemorragias internas.
5. **Disfunção neurológica:** medida por meio da escala de Glasgow, nosso caso o paciente chegou com Glasgow de 6, dividido assim, nenhuma abertura ocular (1), nenhuma resposta verbal (1) e flexo a dor (4). O paciente apresentava pupilas anisocóricas a D, discreto reflexo fotomotor presente bilateral.
6. **Exposição:** avaliação da extensão das lesões e o controle do ambiente com prevenção da hipotermia. Avaliar signos de trauma, sangrado, manchas na pele. Foram cortadas as roupas do paciente, apresentava lesões traumáticas na cabeça, no MMSS E, no tórax parecia ter fratura de costelas na inspeção do tórax e nos MMII.

Os sintomas que apresentava de guaxinim e da batalha, são sintomas que aparecem quando existe fratura de base de crânio. O paciente foi rapidamente encaminhado para o centro cirúrgico devido a gravidade dos sintomas, eu como estudante só fiquei olhando a situação e todo atendimento e como a equipe se locomovia rapidamente todos em pró do paciente.

Refletindo o médico de plantão e observando o TC, compartilhou comigo seu pensamento e chegamos à conclusão que teve um trauma cranioencefálico com presença de hematoma epidural (entre a dura-máter e o crânio), dado o formato de lente biconvexa. Entendendo um pouco a cinemática do trauma, segundo o PHTLS28, as colisões em moto podem ser frontais ou angulares. Na colisão frontal, o motorista atinge o guidão da moto ou é ejetado e pode apresentar ferimentos na cabeça, tórax, abdome ou pelve, dependendo de qual parte colidir com o guidão. Já na colisão angular, geralmente a moto cai por cima do piloto, o qual é esmagado por ela. Percebe-se que no caso clínico e questão, é provável, pela análise das lesões apresentadas, que a colisão tenha ocorrido de forma frontal.

2.8. CASO VIII

Identificação: Paciente K.L.T, 40 anos, contador

Queixa principal: “dificuldade de caminhar”

História da doença atual: trazido pelo SAMU do domicílio, chega à UPA queixando-se de mal-estar e dificuldade de se manter em ortostase há uma semana, a paciente relata que é “uma coisa ruim que sente no corpo” (sic). Afirma ser portadora de hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, há 10 anos e que utiliza, atualmente, 3 anti-hipertensivos (captopril, HCTZ e atenolol). Relata que teve uma piora no último dia, quando começou apresentar dificuldade para se manter em pé, referindo fraqueza nos membros inferiores. Relata não ter nenhum fator de alívio para a sensação de mal-estar, não conseguindo realizar os serviços domésticos. A pressão arterial no momento da admissão, se encontra em 190/115 mmHg e os exames solícitos mostram uma redução da atividade da renina plasmática e aumento da aldosterona.

História patológica pregressa: HAS há 10 anos de difícil controle, em uso de captopril 50mg 3x ao dia, HCTZ 25mg 1x ao dia e atenolol 100mg 1x ao dia. Nega alergia medicamentosa

Hábitos de vida: Nega etilismo e tabagismo.

Histórico familiar: Família hígida.

- **Exame físico**

Ectoscopia: BEG, consciente, LOTE, AAA, eupneico em AA.

SSVV: PA 190X115, medida nos membros superiores esquerdo e direito obtendo o mesmo valor. FC:86 FR:19 T:36.5.

Neurológico: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea, sem déficit neurológico.

AP: MV+, tórax íntegro e sem RA.

AC: BCNF 2T SS, pulsos palpáveis, simétricos e não se encontra anormalidades.

ABD: Abdome plano, flácido, simétrico, indolor á palpação superficial e profunda, RHA presentes, ausência de massas ou visceromegalias.

EXT: Apresenta fraqueza muscular.

- **Diagnostico sindrômico**

1. HAS secundaria por hiperaldosteronismo primário?
2. HAS secundaria a um hipotireoidismo?

- **Exames complementares**

Exames laboratoriais: Na:142 // K:3,7 // Ca:2,3 // Aldosterona:70 // Renina plasmática:2 // TSH:2,3.

TC de crânio: sem alterações.

- **Conduta**

1. Prescrito sintomáticos (cetoprofeno, tramadol, omeprazol, metoclopramida);
2. Prescrito clopidrogel;
3. Solicito exames laboratoriais;
4. Solicito TC de crânio;
5. Controle dos SSVV;
6. Vigiar padrão hemodinâmico e neurológico.

- **Discussão do caso**

A Hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica não transmissível (DCNT) multifatorial caracterizada por elevação sustentada da pressão arterial (PA), PA sistólica (PAS) ≥ 140 e/ou PA diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, medida em pelo menos 2 ocasiões diferentes, na ausência de medicação hipertensiva (BARROSO, WKS, et al. 2020). 95% dos casos de HAS são classificados como primários ou essenciais, são aqueles idiopáticos que não sabemos identificar a causa específica para o aumento dos níveis pressóricos, sendo resultado da interação de vários fatores de risco tais como, idade, sedentarismo, sexo feminino, pele negra, excesso de sal, fatores genéticos, obesidade, excesso de álcool, etc.

Os 5% dos casos restantes é o que conhecemos como HAS secundaria, quer dizer, existe uma doença de base responsável por elevar os níveis pressóricos (GOLDMAN, 2018). A doença é assintomática e por isso muitas vezes o seu diagnostico acaba sendo feito em consultas com qualquer outro objetivo. Os sintomas que possam cursar são devido a sua doença de base.

A causas principais de HAS secundaria são indicadas na Tabela 5.

Tabela 5 - Causas principais de HAS secundária

Causa	Sintoma
<i>Síndrome da apneia/hipopneia obstrutiva do sono (SAHOS)</i>	Obstruções recorrentes das vias aéreas superiores durante o sono, produzindo episódios de apneia ou hipopneia que levam à hipoxia e aumentam os riscos de desenvolver HAS.
<i>Doença renal crônica</i>	Alteração estrutural/funcional dos rins que diminui a TFG, aumentando a produção de renina e ativação prolongada do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), elevando a PA.
<i>Hipertensão renovascular</i>	Estenose parcial ou total, uni ou bilateral da artéria renal ou de seus ramos, reduzindo a pressão de filtração glomerular e consequente ativação do SRAA
<i>Hiperaldosteronismo</i>	Produção exacerbada de aldosterona que eleva a um aumento da PA
<i>Feocromocitoma</i>	Tumor que acomete as células cromafins das glândulas suprarrenais, que aumenta a produção de catecolaminas e consequentemente a uma crise adrenérgica caracterizada pela tríade: cefaleia, palpitações e sudorese.

- **Melhoraria no atendimento**

Este atendimento foi realizado no HMPGL, foi a primeira vez que peguei um paciente com HAS secundária, foi muito enriquecedor pra mim estudar este tema já que é um síndrome pouco comum e muitas vezes não estudamos tão a fundo as causas verdadeiras de uma HAS descontrolada, acho que a regulação foi acertada, o atendimento do paciente foi sempre a melhor, houveram exames complementares que não faziam no hospital, porem o HMPGL tem convenio com o Laboratório Kairus e assim consegue aprofundar em cada doença base que pode ter como resultado uma pressão alta descontrolada.

2.9. CASO IX

Identificação: M.F.G, 48 anos, feminina, do lar.

Queixa principal: “estou com muita perda de memória”

História da doença atual: Paciente trazida pelo SAMU do domicilio feminino, relata que há 4

dias vem apresentando tontura, fraqueza e tremor discreto em mão esquerda, além de ânsia de vômito. Refere ser Portadora de HIV e ter perda de memória há 2 anos com piora progressiva, familiares e colegas do trabalho já percebem, refere que quando tenta lembrar algo e não consegue começa com tontura e dor na região frontal. No momento da admissão paciente relata fraqueza e ânsia de vômito, perda da força motora e cefaleia. Nega visão turva, nega disartria, nega sintomas respiratórios.

História patológica pregressa: B24. HAS em tratamento. Nega alergia medicamentosa.

Hábitos de vida: Nega etilismo e tabagismo.

Histórico familiar: Família hígida.

- **Exame físico**

Ectoscopia: BEG, consciente, LOTE, AAA, eupneico em AA.

SSVV: PA 110X75, FC:86 FR:19 T:36.5.

Neurológico: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea, sem déficit neurológico.

AP: MV+, tórax íntegro e sem RA.

AC: BCNF 2T SS, pulsos palpáveis, simétricos e não se encontra anormalidades. **ABD:** Abdome plano, flácido, simétrico, indolor á palpação superficial e profunda, RHA presentes, ausência de massas ou visceromegalias.

EXT: ausência de empastamento de panturrilha, ausência de edema em MMSS, sensibilidade preservada, força preservada nos 4 membros.

- **Diagnóstico sindrômico**

1. Fraqueza A/E
2. Sintoma adjacente ao HIV?

- **Exames complementares:**

Exames laboratoriais: HB:14,40 // HT:45,30 // UR:33 // CR:0,90 // K:3,7 // NA:145 // TGO:16 // TGP:20.

ECG: sem alterações.

TC de crânio: sem alterações.

- **Conduta**

1. Prescrito sintomáticos (metoclopramida, omeprazol, diclofenaco, hidratação);
2. Solicitados exames laboratoriais;
3. Solicitado ECG;
4. Solicitado TC de crânio.

- **Discussão do caso**

Neste caso, a paciente procura a UPA por busca espontânea, foi triada como amarela, por causa da tontura que estava apresentando. No consultório do médico da UPA teve uma crise de hipotensão e foi encaminhada para a sala de observação amarela pensando na possibilidade uma AVCi ou AIT, no momento da admissão, a paciente estava com fraqueza, hipocorada, não conseguia levantar o MMSS ou MMII e balbuciava.

Após de prescrever sintomáticos e oferecer 500ml de soro RL, a paciente já estava com sintomas de melhora, conseguimos conversar com ela novamente e nessa conversa nos contou que há 10 anos era portadora de VIH, está em tratamento com o médico do posto, porem hoje, ela sente que entrou numa crise de ansiedade por não conseguir lembrar as coisas que estava fazendo e que isso já vem acontecendo há 2 anos.

O que mais lhe preocupava ela, era essa perda da memória acompanhada da tontura que tinha quando não conseguia lembrar das coisas e acreditava que após apresentava crise de ansiedade. Porem estando no leito da UPA, não teve nenhuma crise de ansiedade, nenhuma tontura e esteve estável.

Nesse caso fiquei curiosa, sabia que não na UPA não poderiam fazer muito, somente prescrever sintomáticos e talvez exames complementares, porem ela tinha que seguir o tratamento com a UBS e não poderia ficar na UPA muito tempo. Quando terminei o plantão, ela seguia aí sem nenhuma instabilidade. Daí fui a estudar o tema de HIV e sua relação com a falta de memória e achei um artigo bem importante que também compartilhe com o médico de plantão:

Segundo estudos realizados, mostram que o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) se encontra no LCR (liquido cefalorraquidiano) desde o início da infecção. Após de afetar o sistema linfático, o Sistema Nervoso é o melhor local de atuação do HIV por ser uma área pobre de penetração para as drogas antirretrovirais pela BHE (barreira hematoencefálica).

Os antirretrovirais não previnem a doença causada diretamente pelo HIV no cérebro, só prolongam a vida e restauram a resposta imune para patógenos não-HIV. O vírus entra no SNC causando:

- Transtorno cognitivo-motor menor associado-HIV;
 - Déficit dos processos mentais: atenção, aprendizado, memória, rapidez do processamento de informações, capacidade de resolução de problemas e sintomas sensoriais e motores;
 - Depressão;
 - Lentidão psicomotora;
 - Diminuição da memória verbal;
 - Demência subcortical (conforme estudos de neuro-imagem e anatomopatológicos);
 - Encefalopatia pelo HIV (25% dos pacientes na autópsia);
 - A demência associada ao HIV é causa mais comum em pessoas com idade <40 anos.
- **Início da demência:** insidioso
 - **Estágios iniciais da demência:** dificuldade de concentração, apatia e lentidão mental.
 - **Estágios mais tardios da demência:** perda de memória, dificuldade de leitura e alterações da personalidade associadas à lentidão motora. Sintomas psiquiátricos como agitação, mania, alucinações e paranoia.
 - **Exame físico:** bradipsiquismo, alterações da motilidade ocular, diminuição da expressão facial, hipofonia, dano na coordenação e equilíbrio e tremor.

DICA: alguns pacientes podem mostrar estabilidade do quadro por meses ou anos com progressão muito lenta.

Dano cognitivo associada ao HIV é dividido em 2 entidades distintas segundo AAN (academia americana de neurologia):

O HIV atravessa a BHE usando macrófagos infectados, invade as células gliais produzindo lesões em todo tecido neural por meio da secreção de neurotoxinas levando á morte neuronal. Segundo a área afetada e sua extensão assim será também o comprometimento cognitivo. “Perda neuronal sobre todo córtex frontal, atrofia cerebral e desmielinização, fundamentalmente nas zonas periventriculares, corpo caloso, capsula interna, comissura anterior e trato óptico”.

Estes déficits cognitivos não são achados em todos os pacientes, deve haver subgrupos de pacientes mais vulneráveis a estas complicações, mas ainda são necessárias pesquisas para determinar estas causas. Sequelas das chamadas “doenças oportunistas” (neurotoxoplasmose, meningite tuberculosa, etc.) são importantes causas de danos cognitivos. O precoce diagnóstico e tratamento destas doenças fará com que o paciente tenha menos complicações neurológicas.

Neste caso a paciente só foi tratada com sintomáticos, não teve nenhum episódio de tontura no local e sempre foi monitorada, ao ler este artigo e compartilhar com o médico, concluímos que a perda de memória pode ser consequência do HIV e as tonturas e cefaleia podem ser do fato dela ficar estressada quando não consegue lembrar-se de algo muito importante.

Paciente teve alta melhorada com sintomáticos e com indicações de realizar agendamento para consultar na UBS, para seguir monitorando o CD4 e também agendar consulta com psicólogo para dicas sobre levar as consequências do HIV como são a perda da memória, a lentidão psicomotora, além da ansiedade que pode apresentar por ficar estressada.

2.10. CASO X

- **Drogas em Urgência e Emergência - Intubação Com Sequência De Drogas**

Para ter um mapa mental sobre as drogas utilizadas na hora da IOT, foi realizado um quadro com o nome da droga, a dosagem do frasco, dose por kg de peso, indicações particulares ou contraindicações e a dose calculado em ml para pacientes de 70-80 e 100 kg. As principais drogas utilizadas na OIT são a analgesia para diminuir as vias de transmissão nervosa, reduzindo a percepção de dor mitigando o efeito simpático da laringoscopia, o hipnótico para indução do sono e os bloqueadores neuromusculares que são responsáveis de relaxar os músculos do paciente.

Tabela 6 - Principais drogas utilizadas na OIT

DROGA	DOSAGEM FR	DOSE POR KG	INDICAÇÕES
FENTANIL	1 amp 500mcg/10mL 50mcg/mL	70kg:210mcg (4,2mL)	Analgesia
		80kg:240mcg (4,8mL)	
		100kg:300mcg (6mL)	
LIDOCAÍNA 5%	1 amp 200mcg/10mL 20mcg/mL	70kg:105mcg (5,3mL)	Analgesia
		80kg:120mcg (6mL)	
		100kg:150mcg (7,5mL)	
MIDAZOLAM	1 amp 50mcg/10mL 1 amp 15mg/3mL 5mcg/mL	70kg:21 mcg (4,2mL)	Hipnótico
		80kg:24mcg (4,8mL)	
		100kg:30mcg (6mL)	
ETOMIDATO	1 amp 20mcg/10mL 2mcg/mL	70kg:21mcg (10,5mL)	Hipnótico
		80kg:24mcg (12mL)	
		100kg:30mcg (15mL)	
PROPOFOL	1 amp 200mcg/20mL 10mcg/mL	70kg:140mcg (14mL)	Hipnótico
		80kg:160mcg (16mL)	
		100kg:200mcg (20mL)	
CETAMINA	1 amp 500mcg/10mL 50mcg/mL	70kg:140mcg (2,8mL)	Hipnótico
		80kg:160mcg (3,2mL)	
		100kg:200mcg (4mL)	
SUCCINILCOLINA	1 amp 100mcg/10mL 10mcg/mL	70kg:70mcg (7mL)	BNM
		80kg:80mcg (7mL)	
		100kg:100mcg (10mL)	
ROCURONIO	1 amp 50mcg/5mL 10mcg/mL	70kg:84mcg (8,4mL)	BNM
		80kg:96mcg (9,6mL)	
		100kg:120mcg (12mL)	

CAPÍTULO 3 – COVID - 19

O ano de 2020 esteve marcado por uma mudança nunca antes vista no mundo inteiro. A concepção que tínhamos da realidade ou, por assim dizer, do comum, mudou muito. Ainda hoje pensar num novo normal parece uma questão simples, porém, os impactos que a pandemia deixou e continua deixando ainda estão a serem vistos.

A síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS-CoV-2), o sétimo vírus coronavírus humano, foi descoberta em Wuhan, província de Hubei, China, durante a recente epidemia de pneumonia em janeiro de 2020. SARS-CoV-2, bem como SARS-CoV e síndrome respiratória do Oriente Médio coronavírus (MERS-CoV) causam pneumonia grave com uma taxa de fatalidade de 2,9%, 9,6% e 36%, respectivamente (CIOTTI et al., 2020). De acordo com Weffort et al., (2020, p. 248) “o coronavírus infecta células humanas por ligações de proteínas das espículas virais a-receptores celulares, como as moléculas da enzima conversora da angiotensina 2 (ACE2) e a serina protease transmembrana 2 (TMPRSS2), ambas com atividade de protease e amplamente expressas em diversos tecidos e órgãos humanos, dentre eles o útero e a placenta”.

A Organização Mundial da Saúde declarou a COVID-19 como pandemia em 11 de março de 2020 e instituiu as medidas essenciais para a prevenção e enfrentamento a serem adotadas. Elas incluíam a higienização das mãos com água e sabão sempre que possível e uso de álcool em gel nas situações em que o acesso à água e ao sabão não fosse possível. Também recomendavam evitar tocar olhos, nariz e boca, e proteger as pessoas ao redor ao espirrar ou tossir, com adoção da etiqueta respiratória, pelo uso do cotovelo flexionado ou lenço descartável (OLIVEIRA; LUCAS; IQUIAPAZA, 2020, p. 3).

Os principais fatores de risco para a hospitalização por COVID-19 são idade maior que 60 anos e a presença de comorbidades como hipertensão, diabetes, cardiopatias e doenças respiratórias, embora outros quadros sejam também relevantes, esses são os fatores que respondem pelo maior número de hospitalizações. Na visão de Bastos et al., (2020) preocupa que a persistência da pandemia de COVID-19, juntamente com os picos de infecção por Influenza, possa sobrecarregar ainda mais o sistema de saúde nos próximos meses, o que justificou a antecipação da campanha de vacinação contra a Influenza no país em 2020 e em 2021 (BASTOS et al., 2020, p. 6).

Figura 7 - Fluxograma das medidas de prevenção contra o SARS-CoV-2 propostas pelo Ministério da Saúde em 2020.



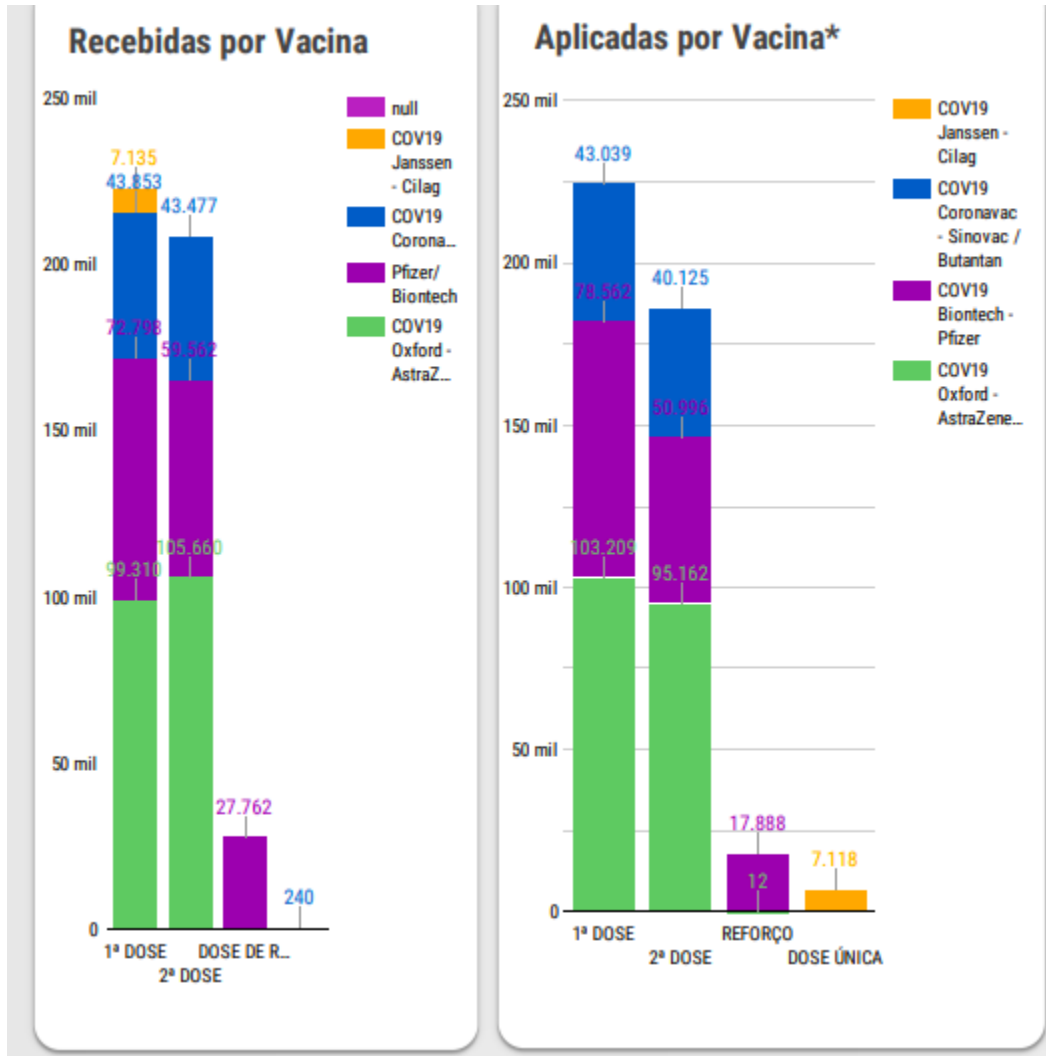
Fonte: Oliveira et al., (2020)

A começos de 2021 foi promulgada a campanha nacional de imunização contra COVID-19 e teve como principal público alvo aos profissionais da saúde que se encontravam trabalhando na linha de frente. Posteriormente e, na medida em que novas doses foram sendo desenvolvidas e recebidas pelo país, foi dada prioridade àqueles grupos de pessoas considerados como alto risco para a doença. Nesse sentido, começou-se por imunizar à população geriátrica e àqueles com doenças crônicas respiratórias e imunológicas. Ao respeito, cabe lembrar que “as campanhas de vacinação vêm sendo utilizadas pelo governo brasileiro como uma estratégia extremamente eficaz de vacinação em massa. Isso é consequência, especialmente, de exitosas campanhas que foram realizadas anteriormente no país, como a campanha de erradicação da poliomielite em 1980” (VASCONCELOS et al., 2020).

Conforme o relatório semanal disponibilizado pela Vigilância Epidemiológica de Foz do Iguaçu, Paraná, em 24/11/2021, o município tinha recebido um total de 459.797 doses imunizantes, sendo que 436.111 já foram aplicadas à população iguaçuense (FOZ DO IGUAÇU, 2021). Os dados também reportam que 97,9% da população adulta já se encontra imunizada e 108,9% conta, ao menos, com a primeira dose farmacológica. Entre os

adolescentes, apenas 6,7% possuem imunização contra COVID-19 e 81,05% já tomou a primeira dose. Na imagem a seguir, pode ser observado o percentual de imunização, conforme tipo de vacina aplicada:

Figura 8 - Percentual de imunização, conforme tipo de vacina aplicada



Fonte: Vigilância Epidemiológica de Foz do Iguaçu, Paraná (2021)

3.1. MINHAS PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS

Para mi o ano 2020 seria um ano no qual entraria no meu internato, seria a interna estrela, porém os prognósticos para que isso acontecera não estavam no mesmo plano que o meu. Aconteceu que eu ia entrar no internato no início de abril, nas férias do 2019, voltei para casa (Colômbia) e ia ficar até abril lá e voltaria ao Brasil a completar meus estudos. Ninguém se imagina que aconteceria uma pandemia. Quando estava prestes a voltar para começar meu

internato, o mundo declara fechar todas as fronteiras!!! Eu não acreditava o que estava acontecendo, achava algo absurdo fazer tanto barulho por esse vírus (não imaginava a magnitude de tal).

Em fim para resumir minha história, as vivências que tive com a COVID-19, foram poucas, o pouco que vivenciei foi na Colômbia e não no âmbito da saúde, foi mesmo como espectadora de todo o que estava acontecendo no mundo. Fiquei todo o ano da pandemia 2020 no meu país, assim que não tive muita experiência com isso. Ao voltar aqui no 2021, as coisas já estavam mais calmas, já não haviam tantas restrições e as pessoas estavam mais relaxadas, porém, foi também a época que mais aconteceram mortes por COVID-19. Eu participei mais no momento da vacinação na Unidade Básica de Saúde, onde os pacientes tinham que ter determinadas características (idade, comorbidades, etc) para poder colocar a primeira dose da vacina.

Foi uma época boa, havia muita esperança na população, as pessoas estavam felizes porque acreditavam que já estávamos no fim da pandemia (e até agora nem sabemos quando que vai acabar isto), porém também havia outros que descreditavam em todo o que os médicos recomendavam, assim, pois todo o dia nos enfrentava aos dois tipos de pessoas e tínhamos que suportar varia comentários e começar a discutir os pros e os contras do por que há que vacinar-se.

Logo, estive no módulo de urgência e emergência especializada e ainda estavam as UTI'S 8 e 9, tinham só pacientes COVID-19, porém não na mesma magnitude que no ano 2020 ou no 2021-1, já as coisas iam se acalmando e as cifras de mortes em queda, os contágios continuavam porém com uma velocidade menor e sem tantos agravantes.

A COVID-19 mudou a vida de todos, já seja pro lado bom ou pro lado ruim, mais de que mudou tudo. Só os que somos resilientes conseguimos aproveitar e refletir sobre este assunto tão importante como é a saúde, a vida e a morte. Aprendemos a ter mais empatia com as outras pessoas e entender sua dor como nossa.

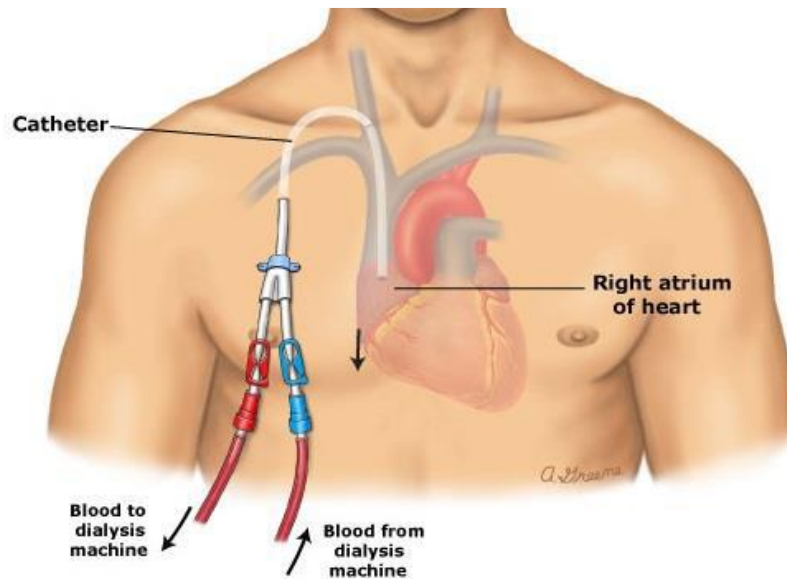
CAPÍTULO 4 – PROCEDIMENTOS REALIZADOS

4.1. ACESSO VENOSO CENTRAL (AVC)

O Acesso Venoso Central ou Cateter Venoso Central também chamado, é um procedimento feito no paciente em estado crítico ou em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O ponta do cateter deve ser localizada no átrio direito do coração, as indicações para sua colocação são:

- Falência de acesso periférico;
- Monitorização hemodinâmica;
- Nutrição parenteral;
- Administração de drogas;
- Hemodiálise.

Figura 9 - Acesso venoso central (AVC)



As contraindicações são:

- Plaquetopenia;
- INR >1,5;
- Infecção na pele.

O fundamental para ter um bom AVC é realizar uma super assepsia, estar num

ambiente estéril e os preparar os materiais necessários sem esquecer nenhum, que são:

- Dilatador;
- Fio-guia;
- Cateter;
- Seringa;
- Agulhas;
- Materiais de fixação.

Paciente em posição de Trendelenberg, realizar assepsia e anestesia local e realizar a técnica de Seldinger. Algumas complicações que há que ter em mente são, pneumotórax, infecções, sangramentos, hemotórax, punção arterial, etc.

4.2. SUTURAS

As suturas são procedimentos que aproximam as bordas da pele lesionadas ou seccionadas. Os fios devem ser bem escolhidos já que eles vão ser responsáveis pela junção dos tecidos que sofreram diérese, algumas características de um fio ideal são:

- Bem visível;
- Elasticidade —> o fio tem que se alongar quando está sob tensão e retornar ao seu comprimento habitual ao fim desta;
- Baixo custo;
- Fácil esterilização;
- Fácil manuseio;
- Adequada força tênsil e mantê-la por tempo suficiente —> força é necessária para que o fio sofra algum rompimento;
- Maleável;
- Não permitir crescimento bacteriano;
- Baixa reatividade tecidual.

Figura 10 – Fio e agulha



Agora falando um pouco sobre a classe de fios, há absorvíveis (de origem biologia - animal ou vegetal- ou sintética):

- Categute (biológica);
- Ac. Poliglicólico (sintético);
- Vicryl (sintética);
- PDS (sintética);
- Monocryl (sintética).

E há inabsorvíveis (de origem biologia -animal ou vegetal- ou sintética):

- Seda (biológica);
- Algodão (biológica);
- Nylon (sintética);
- Aço inox (sintético);
- Prolene (sintético).

- **Suturas realizadas:**

- Paciente de 4 anos acompanhada pela mãe, refere que há 15min teve um trauma na face com as hélices de um ventilador sem tampa. EF: Glasgow 15, paciente chorosa, contactuante com o médico, corte lateral no lado esquerdo e direito no lábio superior com sangramento ativo. Lábio inferior sem cortes. Língua sem lesões abertas. CONDUTA: Realizado sutura com pontos simples de 6cm no lado E e de 3cm no lado D com anestesia local. Dada de alta com antibióticos e antiinflamatórios, receitada creme cicatrizante, indicações para retirada dos pontos na UBS após 10 dias. Sempre que vou realizar uma sutura em uma criança

é um desafio para mim, começando porque eu acho que não sou tão fôfa para ficar mimando-as, porém eu coloco tudo meu esforço. Nesta sutura necessitei ajuda da enfermeira, da mãe e o pai, além de já ter a criança chorando pela dor da anestesia, estavam os pais ansiosos pelo desespero de ver a ferida que ela se causou com o ventilador, então tive que acalmar a criança e aos pais em conjunto, porém todo foi um sucesso. Ansiedade e paciência descrevem a cena.

- Paciente de 2 anos acompanhada pelo tio, refere que há 45min estava correndo e tropeçou com o cachorro da casa, resultando numa queda da própria altura com ferida aberta na região occipital da cabeça. Nega vômitos, convulsões, tontura e perda de consciência. Nega alergia medicamentosa. Refere carteira vacinal ao dia. EF: Glasgow 15, criança ativa, chorosa, contactuante com o médico. Ferida aberta de 5cm na região occipital. CONDUTA: Realizada sutura simples com anestesia local. Dada de alta com antibióticos e antiinflamatórios, indicações para retirada dos pontos no posto de saúde, orientações sobre sintomas de piora para procurar atendimento rápido na UBS ou UPA. Igual do caso anterior, porém nesta criança a menina estava mais calma e só foram umas poucas palavras para ela deixar de chorar pela anestesia, aí, se todas as crianças foram assim seria ótimo!! Tranqüilidade e carinho descrevem a cena.
- Paciente de 35, feminino com quadro de queda no banheiro golpe em região parietal com FCC de aproximadamente 4cm, nega vômitos, nega perda de nível de consciência. HD: ferimento em cabeça. CONDUTA: lavagem e sutura. Nos casos nos que são pessoas adultas fico mais calma e com mais seguridade, já me sinto em mais confiança para falar com eles enquanto realizo a sutura, daí o trabalho fica mais leve, mais bonito e mais emocionante!!

4.3. ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

É um procedimento que permite o acesso ao sistema venoso periférico do paciente através de dispositivos intravenosos (materiais cilíndricos, canulados e perfurantes), destinados à infusão e soluções no interior dos vasos, no sentido do fluxo sanguíneo.

Figura 11 - Acesso Venoso Periférico



São indicados quando:

- Administração de medicamentos, soluções, fluidos e hemocomponentes
- Necessidade de acesso rápido ao sistema circulatório
- Impossibilidade de utilização de medicamentos por outras vias, como a via oral.

Os sítios mais comuns de punção

- Veias cubitais;
- Veia basílica;
- Veia cefálica;
- Veias do dorso da mão.

Os tipos de dispositivos intravenosos

- Dispositivos agulhados

Indicado para infusão de pequenos volumes e por um período curto de tempo.

- Dispositivos flexíveis

Possibilita a permanência por um longo período, em infusão contínua de grandes volumes.

As complicações mais comuns

- Formação de hematomas e/ou seromas;
- Extravasamento de soluções;
- Transfixação do vaso.

4.4. ACESSO ARTERIAL

O acesso arterial por punção é indicado quando há necessidade de:

- Monitorização invasiva da pressão arterial;
- Coletas de amostras sanguíneas para realização de gasometrias arteriais periódicas e/ou seriadas.

Figura 12 - Acesso Arterial



Os sítios de punção mais comum são:

- Artéria femoral comum;
- Artéria axilar;
- Artéria pediosa;
- Artéria ulnar;
- Artéria tibial posterior;
- Artéria radial.

Complicações mais comuns:

- Oclusão arterial com isquemia e necrose de extremidades;
- Embolização arterial - Formação de aneurismas.

- **AR realizado**

- Paciente 60 anos, masculino, chega ao PS torporoso, desidratado, com respiração profunda, pausa inspiratória e aumento da frequência respiratória, nota-se hálito cetônico. Foi pedida Gasometria Arterial, a qual deu como resultado acidose metabólica. No momento do procedimento senti muita ansiedade porem sempre

guardando a calma, senti também dor pelo paciente porque acho um procedimento doloroso, fiz 2 tentativas e na ultima deu certo.

4.5. INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

AIOT é um procedimento que visa preservar a respiração do paciente durante cirurgias ou quadros de complicações respiratórias. Há diferentes dispositivos para ter uma via aérea avançada (presença de um dispositivo com balão insuflado abaixo da glote), o dispositivo mais comum é o tubo orotraqueal. As indicações para uma IOT é:

- PCR;
- RNC (Glasgow <8);
- Anestesia geral;
- Queimados/vítimas de incêndio;
- Risco de broncoaspiração;
- Obstrução.

A técnica mais utilizada para a realização da IOT é chamada de Intubação de Sequência Rápida composta por 7 passos:

1. Preparação

Preparo da equipe;

Organização do local;

Checagem dos materiais □ AMBU, fonte de oxigênio, laringoscópio (checar luz e pila), lâmina 3 e 4, tubo orotraqueal, medicamentos (pré-tratamento, indução, paralisia), carrinho de parada.

2. Pré-oxigenação

Oferecer O₂ a 100% por 3-5 minutos com máscara não-reinalante ou AMBU (sem ventilar)

3. Pré-tratamento

Fentanil 1-3µg/kg EV 3min antes da indução

Lidocaína 1-1,5mg/kg EV 2min antes da indução

4. Indução com paralisia

Etomidato 0,2-0,4mg/kg EV;

Propofol 1,5-2mg/kg EV;

Quetamina 1-2mg/kg EV infusão em 1min;

Succinilcolina 1-1,5mg/kg EV;

Rocuronio 1mg/kg EV;

5. Posicionamento

Colocar um coxim na região occipital do paciente, anteriorizando o pescoço e estendendo a cabeça

6. Passar o tubo

Introdução do laringoscópio, inserção do tubo entre as cordas vocais, insuflar o balonete (cuff), conectar o dispositivo

7. Pós-intubação

Checar posição correta do tubo (descartar intubação seletiva ou do esôfago), fixar o tubo e acoplar a ventilação mecânica, manter analgesia e sedação (midazolam e Fentanil).

4.6. SONDA VESICAL DE DEMORA

cateterismo é a inserção de um cateter, tubo ou sonda nas cavidades corporais com finalidade de diagnóstico ou terapêutica. Inserção de uma sonda através da uretra, até a bexiga urinária. O cateterismo vesical de demora é realizado com o cateter Foley e tem como principais indicações:

- Drenagem vesical por obstrução aguda ou crônica;
- Disfunção vesical (bexiga neurogênica);
- Irrigação vesical;
- Drenagem vesical após cirurgia urológicas e pélvicas;
- Monitoramento do volume urinário em pacientes graves;
- Incontinência urinária;
- Assegurar a higiene e a integridade da pele em região perineal.

Porem se o paciente tiver trauma ureteral, seria uma contraindicação absoluta. Também apresenta várias complicações se não fizer um bom procedimento, tais como:

- Cálculos vesicais;
- Bacteremia;
- Formação de fistula;
- Erosão da uretra – Epididermite;
- Inflamação renal crônica – Pielonefrite.
- **SVD realizado:**
 - Paciente 75 anos, masculino, tabagista pesado, diagnosticado com pneumonia, piorando os sintomas ao passar o dia, evidenciando falta de ar, cianose nas extremidades, respiração agitada, desnaturando. Foi realizado IOT e AVC pelo médico de turno, quando estava já tudo pronto pedi para realizar SVD e deixaram, foi interessante realizar o procedimento, apesar da gente às vezes não se lembrar de cor os passos a passo, o técnico de enfermagem ou a enfermeira são de ajuda, realizando um bom trabalho em equipe.

4.7. SONDA NASOENTERAL – NASOGÁSTRICA

É colocada da narina até o sentido pré-pilórico (no estomago) ou pós-pilórico (no intestino – duodeno ou jejuno). Tem como indicação:

- Alimentação;
- Lavagem gástrica;
- Coleta do conteúdo gástrico;
- Nasoenteral → sonda de Levine, indicado para lavagem ou aspiração gástrica, maior calibre;
- Nasoenteral → sonda de Dobbhoff, alimentação, precisa de fio guia por ser de pequeno calibre, ponta radiopaca.

As contraindicações:

- Fratura base de crânio, cervical, fratura nariz, orofaringe;
- Secreção nasal, sangramento, rinorreia;
- Lesões esofágicas, hemorragia.

- **Confirmação de sonda nasogástrica**

Como falamos anteriormente, a sonda pode ser nasogástrica ou enteral, seja qual for, devemos confirmar que a sonda esteja posicionada no local certo através de um RX de abdome, para poder começar com o tratamento que esteja previsto.

- **SNE realizada:**

- Paciente, realizado passagem de sonda nasogástrica e confirmação com ausculta e logo RX de tórax e abdome para confirmar a localização.

4.8. ELETROCARDIOGRAMA

O mais comum que se vê no dia a dia do médico é solicitar a realização de um ECG, assim o médico não seja a pessoa que realiza o procedimento é importante conhecer como é feito, nunca está demais aprender mais conhecimento. Com a equipe de enfermagem de cada local de estagio realizei o procedimento, aprendi a conhecer as partes do material, as derivações e onde estas devem ser colocadas. Aprendendo em conjunto a realizar o laudo do mesmo.

4.9. COLETA DE EXAMES

A coleta de exame é obrigatória em todo o paciente que chegue na UPA, é importante saber como realizar um acesso venoso periférico e qual é o procedimento para retirar sangue do corpo do paciente, ao igual que saber fazer uma boa assepsia, sabes as cores dos frascos de coleta e as agulhas específicas.

- **Coleta realizada:**

Sempre que ficava com Dr. Gabi da UPA SAMEK, era quem me mandava para realizar coleta de exames, porque eu tinha que aprender de tudo o que é realizado na UPA, sempre gosto de estar ficando coisas e não ficar parada, então meu dia, era paciente que chegava realizava anamnese, passava o caso pra médica e chamava o técnico de enfermagem para que me ajudasse a preparar os elementos para realizar os acessos (nas primeiras vezes), já após de um tempo peguei a técnica e fazia sozinha, pedia ajuda se não consegui na segunda tentativa.

4.10. HIGIENIZAÇÕES

Um fator importante para a prevenção de infecções no âmbito hospitalar é a higienização do paciente, realizei várias limpezas com a equipe de enfermagem nas UPA'S, desde trocar os lençóis das camas até trocar os pacientes de fraldas. Também, na sala de procedimentos realizava limpeza das áreas afetadas por corpos estranhos causando moléstia, hiperemia ou prurido, ou pacientes queimados em qualquer região do corpo.

- Paciente 35 anos, masculino, procura atendimento por acidente com soda caustica, não consegue abrir os olhos, refere dor e ardência. Realizei anestesia e limpeza do local com cotonete pesquisando corpo estranho porem sem evidencia, foi colocado um tampão no olho E que era o mais afetado e foi deixado em observação.
- Paciente 45 anos, feminino, procura atendimento por queimadura na mão esquerda com água quente, apresentou queimadura de 1ro grau, foi realizada higienização da ferida, passado creme e feito curativo.

4.11. TROCA DE TRAQUEOSTOMIA

A traqueostomia é uma forma de via aérea avançada que é mais utilizada em pacientes paliativos ou pacientes que estiveram muito tempo em IOT, algumas vezes ocorrem complicações que devem ser resolvidas no momento, por exemplo, paciente de 70 anos, retirou a traqueostomia por conta própria, como consequência está apresentando secreção em excesso e deve ser colocada novamente no local, a família tentou posiciona-la novamente porem sem êxito. Ao chegar o paciente na sala de emergência, o médico evidenciou que o orifício da TQT estava ficando um pouco fechado e por isso não estava entrando, foi chamado o cirurgião para realizar o procedimento com mais seguridade, foi colocada TQT nº5 e assegurado com bastante firmeza para que o paciente não consiga tira-la novamente.

CAPÍTULO 5 – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Sem sombra de dúvidas, o módulo do Internato em Urgência e Emergência foi uma das experiências mais incríveis que tive durante a minha formação e um dos momentos de aprendizagem que eu mais gostei. Em ocasiões sentia muita pressão, de conciliar a minha vida acadêmica com a minha vida pessoal. Ainda mais considerando o tempo de crise que todos estávamos passando, porém, sempre tive claro que seria uma vivência que eu devia aproveitar ao máximo e, portanto, resolvi dar o melhor que havia em mim, aceitando que nem sempre sabia o que responder e sempre entendendo que meu lugar aí era justamente o de aprender a fazer as coisas bem.

Nada obstante, nesse processo, também entendi que existem muitos desafios que a RUE ainda enfrenta e que, às vezes, ditos desafios podem extrapolar o espaço institucional e criar entraves para que o paciente receba uma assistência resolutiva imediata e integral. Durante minhas observações in locus no elo psiquiátrico e, ainda considerando alguns dos casos nos quais consegui participar, identifiquei alguns comportamentos ideológicos adotados pelos profissionais e alguns fluxos institucionais que acabam por limitar a extensão do cuidado prestado.

Porém, é justo aqui mencionar que percebi coisas muito positivas tanto no ambiente institucional, bem como no trabalho desenvolvido pelos profissionais. Não é um segredo que todas as intervenções realizadas na RUE requerem de uma atuação imediata por parte das equipes. Isso muitas vezes pode significar na resolução do problema/condição apresentada pelo paciente e, no caso contrário, quando os profissionais não estão completamente capacitados para lidar com ditas questões, retardar a resolução. A partir do exposto, começaram a surgir várias ideias de como os problemas que observei na prática de urgências e emergências poderiam ser atendidos. Notei que apesar de os fluxos de atenção à saúde mental estejam sendo respeitados pelos profissionais, ainda existem grandes brechas em termos de acolhimento das pessoas que enfrentam crises psiquiátricas.

Conforme exposto por Kalb et al., (2019) as visitas ao departamento de emergência para fins psiquiátricos são um indicador das necessidades crônicas e agudas de saúde mental não atendidas. Ademais, são caracterizados por uma gestão contínua e crônica de crises ao mesmo tempo em que também tenta fornecer cuidados especializados e de alta qualidade na linha de frente para pacientes quando os recursos que já são escassos têm que cobrir um número

crecente de novos e pacientes que retornam. Para muitos que não têm acesso a outras fontes de cuidados ou recursos, as visitas ao departamento de psiquiatria se transformam em redes de segurança para muitos pacientes (SCHMIDT, 2018).

Uma das coisas que frisei de forma constante é que cada paciente psiquiátrico é muito heterogêneo, embora tenha sido recepcionado pelo mesmo motivo de internação ou de atenção emergencial. Cada um possui uma história de vida e características patológicas divergentes que diferenciam seu quadro clínico dos outros. É nesse momento que nós como profissionais da saúde devemos entender que nossa obrigação é descobrir os motivos que levaram com que esse paciente visitasse nossa sala de urgência e emergência, justamente porque o que almejamos é ser resolutivos, identificar o problema e atendê-lo da melhor forma para que a situação seja evitada numa ocasião futura.

Tive a oportunidade de vivenciar várias situações nas quais o paciente era tratado de forma pouco humanizada. Sua condição mental era sobreposta acima da sua condição de ser humano, e inclusive, muitas vezes eram vistos com preconceitos ainda pelos próprios profissionais. Isso me chocou muito, pois acredito que nós devemos fazer a diferença para este tipo de pacientes. O dito me fez pensar muito nas aulas de humanização em saúde, de saúde coletiva, bioética e de medicina comunitária, nos quais nos é ensinado que a pessoa deve ser o centro de atenção e não meramente a patologia. As doenças são tratáveis, medicáveis e resolvíveis. Entretanto, são as pessoas que vivem como essas situações e, portanto, elas merecem um cuidado diferenciado.

É pelo anterior que considero necessário propor um programa ou uma política institucional de educação permanente e continuada em temáticas relacionadas à saúde mental e todas as desordens que possam ser encontradas na clínica psiquiátrica. Parece banal, até porque qualquer pessoa pensaria que esse é um aspecto já dominado pelas equipes de profissionais da área da psiquiatria, mas não é bem assim que funciona na prática. De fato, no caderno e nas orientações específicas, tudo funciona perfeitamente. Nada foge do controle. Mas, quando vivenciamos o contato com o paciente, no meio de suas crises psiquiátricas, é aí que entendemos que nunca devemos parar de nos aperfeiçoar e qualificar, tanto teórica, como de forma prática.

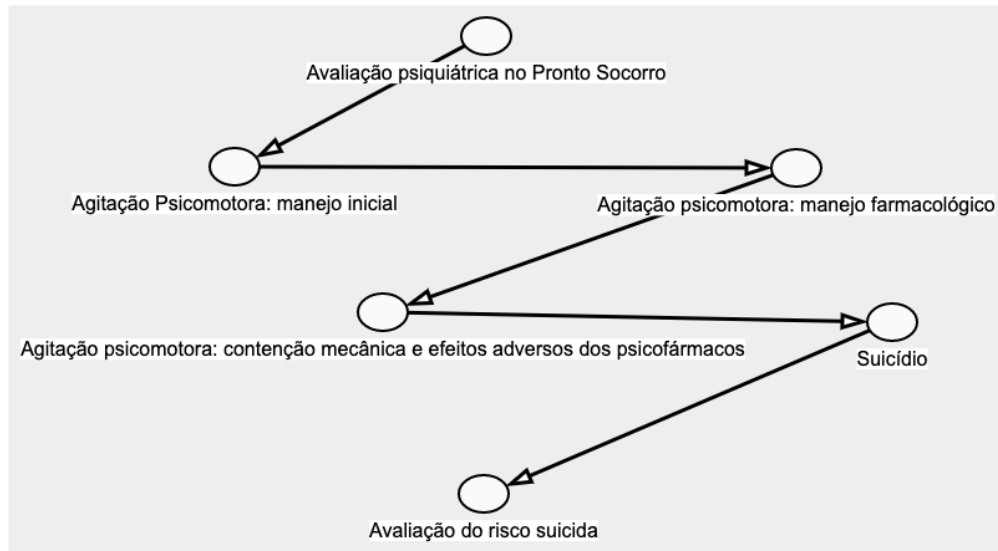
Dita proposta estaria orientada especificamente para abordar aqueles pacientes que frequentam o departamento de emergências psiquiátricas mais do que uma vez, isto é, àqueles pacientes frequentes já conhecidos pelas equipes. Aqui é válido ressaltar que:

As funções dos serviços de emergências psiquiátricas são amplas e extrapolam o simples encaminhamento para internação integral, pois estabilização clínica e suporte psicossocial podem ser alcançados em serviços de emergências psiquiátricas bem estruturados. No Brasil, estas funções foram ampliadas após a Reforma da Assistência à Saúde Mental e a sobrecarga das redes de saúde mental provocadas pelas dificuldades e limitações dos serviços hospitalares e extra-hospitalares (BARROS; TUNG; MARI, 2010, p. 71).

Uma forma de avançar na área seria desenvolver o conceito de visitantes frequentes, realizando estudos qualitativos a partir dos quais poderiam ser obtidas definições qualitativas de visitantes frequentes. Isto poderia permitir uma compreensão profunda dos visitantes frequentes e suas necessidades, o que prepararia o caminho para a desenvolvimento de intervenções psiquiátricas mais eficazes. Outra forma de avançar seria explorar as diferentes dimensões da definição de visitantes frequentes, explorando os pontos de vista de diferentes atores externos.

Isto pode contribuir para uma definição mais holística, pois diferentes perspectivas seriam levadas em conta. Finalmente, poder-se-ia estudar as necessidades específicas dos visitantes frequentes, estilos de vida, comportamento e para desenvolver as intervenções que são necessárias e que poderiam ser implementadas com uma perspectiva de longo prazo. Não só é importante reforçarmos a qualidade assistencial que prestamos a esse tipo de urgências e emergências, mas também se faz relevante que nos mantenhamos atualizados sobre os compostos farmacológicos, as medidas certas, os efeitos contraindicados e tudo que concerne à atenção médica.

É preciso notar o dito por Oliveira et al., (2018), pois acredito que sejam situações experimentadas em quase todos os serviços de emergências psiquiátricas. Os autores lembram da importância da assistência pré-hospitalar, especialmente no caso do SAMU, posto que: “ao atender as urgências psiquiátricas o SAMU pode articular suas intervenções juntamente com qualquer serviço da rede de assistência em saúde. Não faz sentido continuar pensando no hospital psiquiátrico como destino prioritário para os pacientes em crise psíquica”.

Figura 13 – Proposta em casos de emergências psiquiátricas

Fonte: Oliveira et al., (2018)

Esta proposta apresenta benefícios tanto para o paciente, quanto para a rede hospitalar de Foz do Iguaçu/Paraná. Para o paciente, podemos dizer que os benefícios são o diagnóstico correto e a pronta resolução de seu problema. Para a instituição, neste caso, para o hospital, os benefícios podem ser traduzidos na redução da demanda assistencial e os custos atribuídos aos cuidados psiquiátricos em pacientes frequentes. Esses são dois elementos extremamente importantes e que merecem especial atenção por parte da gestão hospitalar. Pensando em cada um dos pontos a serem abordados nas intervenções de educação permanente e continuada, considero essenciais os tópicos indicados na Tabela 7.

Tabela 7 – Tópicos considerados nas intervenções de educação permanente

Eixo	Tópicos que poderiam ser abordados
Avaliação psiquiátrica no OS	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de emergência psiquiátrica • Principais causas de emergências psiquiátricas • Avaliação psiquiátrica direcionada à emergência • Transtorno orgânico x transtorno psiquiátrico • Critérios de internação • Internações voluntária, involuntária e compulsória
Agitação psicomotora: manejo inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de agitação psicomotora • Avaliação de risco para violência/agressividade • Principais causas de agitação psicomotora • Manejo ambiental da agitação psicomotora • Manejo atitudinal da agitação psicomotora • Protocolo de contenção
Agitação psicomotora: manejo	<ul style="list-style-type: none"> • Princípios do manejo farmacológico • Opções farmacológicas e posologia das drogas

farmacológico	<ul style="list-style-type: none"> • Antipsicóticos típicos e atípicos • Benzodiazepínicos • Drogas recomendadas nas principais causas de agitação psicomotora • Conduta em populações especiais (crianças, gestantes, idosos, epiléticos) • Medicações contraindicadas no manejo da agitação psicomotora
Agitação psicomotora: contenção mecânica	<ul style="list-style-type: none"> • Regulamentação da contenção mecânica (CFM e MS) • Princípios da contenção mecânica • Indicações de contenção mecânica • Técnica de contenção • Cuidados médicos com o paciente contido • Riscos da contenção mecânica • Efeitos adversos dos psicofármacos
Suicídio	<ul style="list-style-type: none"> • Definições e epidemiologia do suicídio • Principais transtornos mentais associados • Fatores de risco para o suicídio • “Efeito Werther” • A glamourização do suicídio
Avaliação do risco de suicídio	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterização da urgência • Classificação do risco suicida • Condutas na ideação suicida • Critérios de internação e alta • Conduta na alta médica

Fonte: A autora, 2022

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este modulo foi de muitas experiencias para mim, tanto no âmbito profissional como no âmbito pessoal, foi uma época de muitas emoções e sentimentos encontrados. Estava muito entusiasmada com o início deste modulo, queria começar a sentir a responsabilidade da palavra MÉDICA, queria ter esse sentimento de me sentir como tal ainda sendo estudante.

Percebi que eu gosto de estar ativa e a proatividade é uma característica fundamental do dia a dia do médico, ele sempre tem que estar ativo e atento a todas as coisas que aconteçam no seu ao redor, tentar sempre estar com a mente aberta para o que vier, fazendo com que as atividades fluam de modo mais constante e eficaz.

Até o último minuto aprendi como funciona e se organiza a rede de urgência e emergência de Foz do Iguaçu, estava confundida com alguns fluxos, porém, só faltava organizar minhas ideias, estava com muita bagunça na minha vida pessoal e isso estava afetando um pouco a profissional, no entanto, sempre tentei separar as duas coisas, para não me acostumar a levar os problemas da minha casa para o trabalho ou problemas do trabalho para minha casa, sinto que isso sempre vai ajudar agora e no futuro.

Aprendi e evolui na realização de anamnese bem feitas, na empatia com o paciente e saber dirigir a conversa. Sinto que me desenvolvi bem no raciocínio clínico porem, sei que toda a vida eu tenho que continuar aprendendo e crescendo, as maiores dificuldades neste ano foram as lacunas de conhecimento sobre diagnostico e medicações (farmacologia), contudo, com a rotina de estudos e identificação de situações nas quais não foram bem sedimentadas na pratica vou tentando fechar essas lacunas e consolidar os aprendizados.

Outra coisa, que eu acho que aprendi muito foi a ter paciência com as equipes, eu sei que sou uma pessoa de pouca paciência porem, eu sabia que eu tinha que mudar essa parte de mim, no âmbito do trabalho não da para ficar estressado por qualquer problema mínimo que apareça, então eu guardava a calma quando eu sabia que não estavam fazendo as coisas bem, tomava aire e conversava com as pessoas, porem algumas ficavam nervosas com meu feedback e outras me davam explicações da forma de agir.

Entendi que o médico tem poder nas suas palavras na área de trabalho e ele tem que ser firme nas suas decisões e ser empático com as pessoas com as que trabalha, sempre sendo cordial e conversando com as equipes quando algo não está indo da melhor maneira, assim algumas pessoas não aceitem os comentários construtivos.

Outro ponto que achei difícil, foi ter plantões de 12hr, eu sei que vou trabalhar nisto toda minha vida, mas ter que me acostumar levará muito tempo, porque saía super cansada dos plantões, tinha que conduzir até minha casa que era super longe e ai ficar estudando, eu ficava dormida nos cadernos acima da mesa e nem falar quando era plantão de noite, as vezes chegava em casa na manhã e não tinha sono mas também não conseguia estudar porque estava muito saturada do plantão ou estava tão cansada que dormia mais do que devia e sentia culpa, era uma discussão entre não dormir e dormir e me sentir culpável.

Sobre a construção deste relatório, foi um desafio grande para mim, eu sempre achei difícil falar em primeira pessoa num trabalho por que não sei se estou usando as palavras certas, quando falaram que o relatório era das experiencias vividas, já fiquei preocupada, eu sabia que tinha que falar de como eu me sentia em cada situação, mas as vezes eu fico tão fechada que tenho dificuldade de me expressar e ficou confundida com o que tenho que realizar, não sei é uma coisa estranha.

Após alguns feedbacks da minha orientadora e também de alguns colegas aos quais pedi ajuda, entendendo cada ponto e tentando dar o melhor de mim, cheguei a esta versão final, estive revisando minhas anotações anteriores e sinto que desenvolvi o crescimento esperado. Gostei da rotina de estudo que implementei no modulo e pretendo continuar com ela nos módulos seguintes, sempre relacionando a teoria estudada em casa com os casos clínicos vistos no serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, MIS.; BOSI, MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physics: Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 24, n. 4., 1003-1022.

Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *ArqBrasCardiol*. 2021; 116(3):516-658.

BASTOS, L.S. et al. COVID-19 e hospitalizações por SRAG no Brasil: uma comparação até a 12a semana epidemiológica de 2020. *Cad. Saúde Pública*, vol. 36, n. 4: e00070120, 2020.

BERNE, Robert M.; LEVY, Matthew N. (Ed.). *Fisiologia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. PORTARIA Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [S. l.], 21 set. 2017. Disponível em <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em 16 oct. 2021.

BUCKER, LCG.; FRANCO, L.S.; LEÃO, MOGC.; OLIVEIRA, MR., et a. Comunicação acessível na relação médico-paciente durante a anamnese. *Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico*, Vol. 4, n. 1., 133-142, 2018.

CIOTTI, M.; CICCOCI, M.; TERRINONI, A.; JIANG, W-C.; WANG, C-B et al. The Covid pandemic. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*. <https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1783198>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.451, de 10 de março de 1995. Estabelece nos Parágrafos I e II do Artigo I as definições para os conceitos de urgência e emergência, a serem adotadas na linguagem médica no Brasil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 17 mar. 1995. Seção 1, p. 3666. Disponível em: <http://goo.gl/g9JRpq>. Acesso em: 23 jan. 2015.

FERREIRA, L.A et al. Imunização frente ao contexto da COVID-19. *Research, Society and Development*, vol. 9, n.9, 1-11, 2020.

FOZ DO IGUAÇU. Vigilância Epidemiológica: Reporte de vacinação contra a covid- 19 em Foz do Iguaçu para 24/11/2021. <https://www.amn.foz.br/posts/?dt=24-11-painel-da-vacinacao-contra-a-covid-19-em-foz-do-iguacu-zZCVDE4emZjamh6THR0UXpXSkxGUT09>

GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. *Cecil Medicina*. 25ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

GUYTON, Arthur C; HALL, John E. *Tratado de Fisiologia Médica*. 11. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GUYTON, Arthur C. Fisiologia Humana e Mecanismos da Doença. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

KALB, Luther G et al. Trends in Psychiatric Emergency Department Visits Among Youth and Young Adults in the US. *Pediatrics*, 143(4):1-13, 2019. <https://publications.aap.org/pediatrics/article/143/4/e20182192/76774/Trends-in-Psychiatric-Emergency-Department-Visits#:~:text=https%3A//doi.org/10.1542/peds.2018%2D2192>

Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 7 jul. 2011b. Disponível em: < <http://goo.gl/pZTLII>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

Ministério da Saúde. Portaria N 10, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 3 jan. 2017. Disponível em: Acesso em: 27 out. 2021.

MOURA, Andressa; CARVALHO, João Garcia. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: CONCEITOS E ATUALIDADES. Saude e conhecimento, [S. l.], p. 12-18, 16 maio 2018. file:///C:/Users/vig.trabalhador/Downloads/744-2379-1-PB.pdf

OLIVEIRA, A.C.; LUCAS, T.C.; IQUIAPAZA, R.A. O que a pandemia da covid-19 tem nos ensinado sobre a adoção de medidas de precaução? *Texto & Contexto Enfermagem*, vol. 29(1):1-15, 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106>

OLIVEIRA, E. M. B.; TUNG, T.C.; MARI, J.J. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. *Revista Brasileira de Psiquiatria* • vol 32 • Supl II • out 2010.

Organización Panamericana de la Salud (ed.). PACTO 30•30•30 APS PARA LA SALUD UNIVERSAL. 2019. Disponible enfile:///D:/Documentos_Lenovo/Downloads/Brochure-30-30-30-spa2019.pdf. Acesso el 16 oct. 2021.

Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência - RUE/Marcos Antônio Barbosa Pacheco (Org.). - São Luís, 2015.

Robbins & Cotran - Patologia - Bases Patológicas das Doenças, 8ª ed., Elsevier/Medicina Nacionais, Rio de Janeiro, 2010. ABBAS, A.K.; KUMAR, V.; MITCHELL, R.N. Fundamentos de Patologia - Robbins & Cotran - 8ª ed., Elsevier/Medicina Nacionais, Rio de Janeiro, 2012.

SCHIDMT, M. Frequent visitors at the psychiatric emergency room – a literature review. *Psychiatry Q*, 89(1):11-32.

WEFFORT, V.R.S.; RODRIGUES, B.R.; PRADO, E.O.; CALAPODOPULOS, N.V..; BARBOSA, K.C et al. Transmissão vertical da COVID-19: uma revisão integrativa. *Residência Pediátrica*, vol. 10(2):247-251, 2020. 10.25060/residpediatr-2020.v10n2-343