



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS, VIDA E NATUREZA (ILACVN)
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

RELATÓRIO DO INTERNATO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS

VANESSA MAYTA POCOACA

Relatório desenvolvido no âmbito da disciplina de Urgência e Emergência no SUS, em cumprimento parcial às exigências acadêmicas, sob a orientação da: Dra. Rosana Alvez Callejas

**FOZ DO IGUAÇU
2025**

RESUMO

O presente relatório internado em Urgência e Emergência no SUS, correspondente ao curso de Medicina, foi concebido para que os estudantes acessem os diferentes cenários que conformam a Rede de Urgência e Emergência (UE) do SUS. A passagem foi levada a cabo em dois ambientes clínicos, localizados nas cidades de Foz do Iguaçu e São Miguel do Iguaçu. O objetivo principal desta passagem foi compreender o funcionamento da Rede de Atenção em diversas cidades, além de desenvolver habilidades, competências e atitudes essenciais para a atenção clínica eficiente e de qualidade. Para isso, a rotação incluiu vários cenários práticos, permitindo uma visão integral da Rede da UE. Esses cenários abarcam as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), o Hospital Municipal Padre Germano Lauck, a base e o serviço de regulação do SAMU em Foz do Iguaçu, assim como o Complexo Hospitalar Municipal Pronto Atendimento 24 horas em São Miguel do Iguaçu. A passagem se desenvolveu entre os meses de dezembro até março de 2025. O relatório é estruturado em vários capítulos, os quais abordam o conhecimento sobre a Rede de Urgência e Emergência, experiências médicas baseadas em casos clínicos, a realização de procedimentos invasivos, e uma reflexão sobre o Código de Ética Médica, destacando sua importância na prática profissional. Além disso, inclui um guia de boas práticas nas redes sociais para médicos e uma análise de um problema identificado em um serviço, junto com possíveis soluções. Durante o período de prática, os estudantes tiveram a oportunidade de desenvolver habilidades médicas fundamentais, como o raciocínio clínico, além de refletir sobre o papel do médico na sociedade. Tudo isso com o objetivo de contribuir para uma atenção sanitária de maior qualidade para a população.

Palabras claves: SUS, Internado, Urgencia y Emergencia.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

- Figura 1 – Componentes da RUE e suas interfaces
- Figura 2 – UPA Joao Samek
- Figura 3 – Classificação Mancherter
- Figura 4 – Classificação da UPA Walter Cavalcanti
- Figura 5 - Ritmo de Fibrilação ventricular
- Figura 6. Causas e condutas especificas em pacientes em atividade sem pulso
- Figura 7 – Avaliação do ritmo AESP
- Figura 8 – Algoritmo sugerido para atendimento a pacientes sem pulso
- Figura 9 – Material de para fazer sondagem
- Figura 10 – Realização de acesso venoso central
- Figura 11 – realização de sondagem vesical
- Figura 12 – realização de acesso venoso periférico
- Figura 13 – Realizacao de sutura simples

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -

Tabela 2 -

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atención Primaria da Salud
ACV	Acceso Venoso Central
ATLS	Suporte de Vida Avanzado en el Trauma
CFM	Conselho Federal de Medicina
DM II	Diabetes Melitos II
ECG	Eletrocardiograma
HAS	Hipertensão arterial
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcante
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
IAM	Infarto Agudo do Miocardio
IGU	Foz do Iguaçu
OTI	Intubação Orotraqueal
PS	Pronto Socorro
RAU	Red de Atención Urgente
RAS	Redes de Atención a Saude
SUS	Sistema Único de Saúde
SAMU	Atendimento Móvil a las Urgencias (SAMU),
SIATE	Servicio Integrado de Atendimento a Trauma em Emergencia
SUS	Sistema Único de Salud
UBS	Unidades Básicas de Salud
UPA	Unidades de Pronto Atendimento 24

SUMARIO

	pag.
CAPITULO 1. A INTEGRAÇÃO DO SUS NAS REDES DE ATENÇÃO	
1.1 Organização de redes de urgência e emergência em Foz do Iguaçu, vivência acadêmico.....	8
1.1.2 Unidades Básicas de Saúde (UBS), Atenção Básica.....	9
1.1.3 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas de Foz do Iguaçu... 	10
1.1.3.1 Classificação de risco das UPAs.....	14
1.1.4 Vaga Zero	18
1.1.5 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Central de Regulação Médica de Urgências.....	20
1.1.6 Rede Hospitalar	22
2 CAPITULO 2. CÓDIGO DE ÉTICA ARTIGO 26.....	24
3 CAPITULO 3. REFLEXÕES SOBRE AS REDES SOCIAIS NA PRÁTICA MÉDICA FUTURA: UM MÉDICO EM ERA DIGITAL.....	26
4 CAPITULO 4.....	28
4.1 CASO 1	28
4.2 CASO 2.....	34
4.3 CASO 3.....	50
4.4 CASO 4	58
4.5 CASO 5	72
5 CAPITULO 5.....	80
6 CAPITULO 6.	84
6.1 VIA AÉREA INVASIVA.....	84
6.1.1 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL.....	84

6.1.2 ACESSO VENOSO CENTRAL.....	88
6.1.3 SONDAGEM VESICAL DE DEMORA.....	92
6.1.4 PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA.....	94
6.1.5 DRENAGEM TORÁCICA.....	99
6.1.6 SUTURAS DIVERSAS	101
7 CAPITULO 7.....	104
7.1 PROPOSTA DE RESOLUÇÃO: OTIMIZAÇÃO DO ATENDIMENTO E REDUÇÃO DO TEMPO DE ESPERA NA UPA WALTER.....	104
7.1.1	
Introdução.....	104
7.1.2 Fatores que Contribuem para o Aumento do Tempo de Espera.....	105
7.1.3 Impactos do Longo Tempo de Espera.....	105
7.1.4 Propostas de Solução.....	106
7.2 Otimização da Força de Trabalho.....	106
7.2.1 Análise detalhada da demanda.....	106
7.2.2 Readequação do dimensionamento da equipe.....	106
7.2.3 Parcerias com instituições de ensino.....	107
7.3 Revisão e Padronização dos Processos de Atendimento.....	107
7.3.1 Identificação de gargalos e otimização dos fluxos internos.....	107
7.3.2 Implementação de protocolos clínicos.....	107
7.4 Capacitação e Desenvolvimento Profissional.....	107
7.5 Ampliação da Oferta de Serviços e Alternativas de Atendimento.....	107
7.6 Melhoria da Comunicação com os Usuários.....	107
7.7 Cronograma de Implementação.....	107
7.8 Monitoramento e Avaliação.....	108
8 Conclusão.....	109

CAPITULO 1. A INTEGRAÇÃO DO SUS NAS REDES DE ATENÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações multidimensionais que integram múltiplos serviços de saúde, interconectados por uma missão comum, objetivos compartilhados e ações colaborativas e interdependentes. Essas redes podem garantir a prestação de cuidados contínuos e integrais à população, em um modelo de coordenação que promove a humanização da atenção e também pode assumir a responsabilidade sanitária e financeira para toda a comunidade (MENDES, 2010).

"As Redes de Atenção à Saúde (RAS) representam uma abordagem integral e colaborativa na prestação de serviços de saúde. Sendo organizações multidimensionais – que integram diversos serviços de saúde –, a RAS é fundamental na cooperação entre equipes e entidades, com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade da atenção. A 'missão comum' e os objetivos compartilhados são essenciais para criar um sistema de atenção organizado, eficiente e humanizado."

"A interdependência entre os diferentes atores dentro dessas redes – como hospitais, unidades de saúde e serviços móveis de urgência – permite uma resposta mais ágil e adequada diante das necessidades de saúde da população. Em situações de urgência e emergência, a classificação de risco e a coordenação entre os níveis de atenção são elementos importantes."

Os médicos desempenham um papel crucial no atendimento a pacientes em situações de urgência, mas, além de conhecer protocolos, é essencial entender o funcionamento do sistema de saúde em que atuam. No contexto do SUS, a integração entre diferentes serviços é fundamental para um atendimento eficaz. As práticas de internato – em Foz do Iguaçu e São Miguel do Iguaçu – oferecem aos estudantes da UNILA uma oportunidade única de vivenciar essa rede, aprendendo não apenas técnicas médicas, mas também a dinâmica de uma assistência coordenada e humanizada... Isso contribui para a formação de médicos mais preparados e conscientes das 'necessidades' do sistema.

1.2 Organização de redes de urgência e emergência em Foz do Iguaçu, vivência do acadêmico.

O município de Foz do Iguaçu (IGU) está localizado na região Oeste do estado do Paraná, no Sul do Brasil. Limite com os municípios de Itaipulândia, São Miguel do Iguaçu e Santa Terezinha do Itaipu, e com as fronteiras do Paraguai e Argentina. Segundo o censo de 2021, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE), a população de Foz do Iguaçu tem 258.971 habitantes.

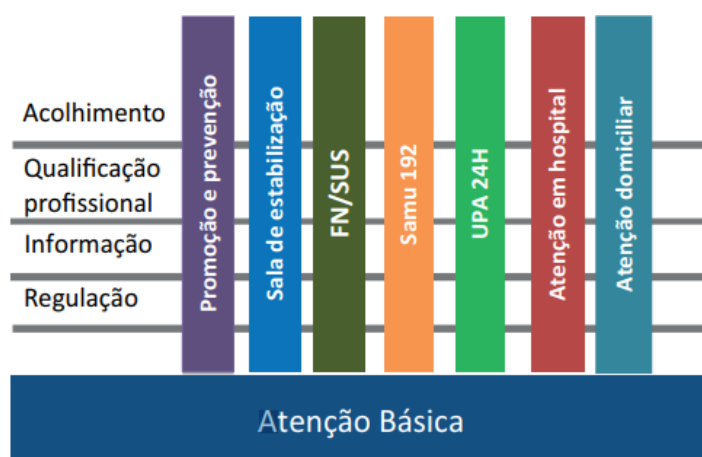
São Miguel do Iguaçu, também localizado no estado do Paraná, outro município onde se realizam práticas de internamento com uma população de 27.696 habitantes.

No estado do Paraná, ambos os municípios se beneficiam de uma política específica dentro da Rede de Atenção Urgente (RAU), conhecida como Rede Paraná Urgência, estabelecida em 2011. Esta política abriga uma série de ações e serviços projetados para responder a às necessidades de saúde da população em situações de urgência e emergência em todo o estado. As diretrizes destacam a implementação da classificação de risco de Manchester em todos os níveis de atenção, a definição de critérios de atenção com base no tempo de resposta e a atribuição de competências específicas para cada nível de atenção no cuidado da saúde.

Para que esses serviços e ações sejam desenvolvidos de forma organizada, a Portaria 1.600/2011 estabelece a composição da Rede de Atendimento a Urgências (RAU) em Foz do Iguaçu. Esta rede inclui Unidades Básicas de Saúde (UBS), das Unidades de Saúde Pronto Atendimento 24 horas (UPA Dr. Walter Cavalcante e UPA João Samek), dos hospitais terciários (Hospital Municipal Padre Germano Lauck e Hospital Ministro Costa Cavalcante), o Serviço de Atenção Móvel a Urgências (SAMU), o Serviço Integrado de Atenção ao Trauma em Emergências (SIATE) e uma Central de Regulação a Nível Estadual.

Estou realizando as primeiras práticas de este módulo no Hospital de São Miguel Arcanjo do Iguçu, neste local mostram como é organizada a Rede de Atenção Urgente (RAU), que inclui as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Serviço de Atenção Móvel a Urgências (SAMU), o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências (SIATE) e o Complexo Hospitalar Municipal.

Figura 1 – Componentes da RUE e suas interfaces



Fonte: BRASIL, 2013.

A seguir, descrevemos de forma individualizada os componentes que integram a Rede de Atenção Urgente (RAU):

1.1.2 Unidades Básicas de Saúde (UBS), Atenção Básica.

A AB desempenha um papel central no fortalecimento da RAS, garantindo que o atendimento seja acessível, eficaz e centralizado nas necessidades dos indivíduos. Como porta de entrada, possibilita o rastreamento adequado e o direcionamento dos pacientes a diferentes níveis de atenção, otimizando os recursos e promovendo maior eficiência no sistema. Ao assumir funções, como a coordenação e a organização das redes, a AB não apenas melhora a continuidade do cuidado, mas também contribui para uma abordagem mais integrada e resolutiva – essencial para a sustentabilidade e a equivalência.

No ano de 2024, enquanto realizava o módulo de APS 1 na Unidade de Saúde de Campos do Iguaçu, tive a oportunidade de aprender diversos aspectos relacionados à Rede de Atenção Urgente (RAU).

Lembro que, naquela ocasião, um dos casos que atendi junto com um médico foi de um paciente de 15 anos que veio à consulta com queixa de urinar muitas vezes ao dia e sentir uma sede excessiva. Inicialmente, a médica pensou em uma possibilidade de uma infecção urinária, mas os sintomas não fecham com esse diagnóstico devido à intensa sede falado pelo paciente. Durante a anamnese, o paciente relatou ser portador de diabetes tipo 1 e que iniciou o tratamento há alguns meses. Suspeitando de uma possível baixa adesão ao tratamento, solicitamos um exame de glicemia capilar. Pouco depois, uma enfermeira nos informou que o paciente apresentava uma glicemia de 450 mg/dL. O quadro começou a nos preocupar, pois ele passou a exibir sinais de taquicardia, comprometimento do estado geral e mucosas secas. Diante do quadro, a médica determinou o início imediato de hidratação intravenosa com solução fisiológica (0,9% NaCl) a 1 litro/hora. Com suspeita de cetoacidose diabética, foi ligado para o SAMU para solicitar a transferência do paciente via ambulância, para continuidade do atendimento na UPA.

Uma semana após o primeiro caso, atendemos outro episódio marcante envolvendo um paciente de 58 anos com histórico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Ele foi trazido para o UBS pela esposa após sofrer uma queda súbita em casa, causada por um piso molhado. A esposa relatou que, após uma queda, o paciente começou a apresentar dificuldade para falar e fraqueza no lado direito do corpo, sintomas que surgiram há cerca de uma hora.

Durante a avaliação inicial e o exame físico, identificamos fala arrastada (disartria), assimetria facial com queda no lado direito e sinais claros de déficit motor no mesmo lado. Diante desses achados, levantamos a suspeita de um Acidente Vascular Cerebral (AVC). No entanto, sabemos que às limitações de recursos da UBS – que não dispõe de exames especializados, como tomografia computadorizada – e à urgência em confirmar o diagnóstico e iniciar o tratamento adequado, optamos por encaminhá-lo imediatamente à UPA. Para garantir uma

transferência rápida e segura, acionamos o SAMU, com o objetivo de que o paciente fosse submetido a exames avançados.

Dias depois, ao refletir sobre o caso, identifiquei algumas falhas no manejo do protocolo de AVC. Primeiramente, o paciente foi encaminhado à UPA, quando, no nosso contexto, o plano mais adequado teria sido transferido diretamente para o hospital via SAMU. O hospital local possui recursos para diagnóstico e tratamento imediato, como neurologistas, tomografia e suporte para trombólise ou cirurgias cirúrgicas. Dessa forma, seria possível iniciar o tratamento definitivo sem atrasos, otimizando uma janela terapêutica.

Outro ponto de atenção foi a falta de visão clara da janela terapêutica durante a condução do caso. A esposa relatou que os sintomas surgiram cerca de uma hora antes, o que colocava o paciente dentro da janela ideal para intervenções, como a trombólise, caso o AVC fosse de natureza isquêmica. Uma avaliação mais criteriosa teria possibilitado decisões mais assertivas e, ambientalmente, um melhor resultado clínico para o paciente.

Algo que notei em relação aos dois pacientes relatados é que um deles optou por aguardar o SAMU para ser transferido à UPA Walter. Um preferiu seguir por meio de transporte privado, pois, segundo os familiares do paciente, o SAMU costuma demorar bastante para chegar. E eles queriam um atendimento rápido.

"É essencial que os profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) conheçam a relação da RUA com a UBS e, assim, realizem um acompanhamento adequado do paciente. Dessa forma, os pacientes não devem ser encaminhados apenas para a atenção imediata, mas também para uma avaliação exaustiva, que permita determinar se há necessidade de transferência para um nível de atenção mais avançado, como a UPA ou o hospital. Essa transferência deve ser baseada em uma avaliação rigorosa dos riscos."

1.1.3 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas de Foz do Iguaçu

Figura 2 – UPA Joao Samek



Fonte: foto de Google.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) se estabeleceram como uma estratégia chave dentro da Política Nacional de Urgências, com o objetivo de melhorar a organização do cuidado, coordenar os serviços de saúde e definir fluxos adequados para a resolução. As UPAs são unidades de atenção pré-hospitalar de nível intermediário, operando 24 horas por dia, 7 dias por semana. Estas instalações contam com uma equipe multidisciplinar capacitada para atender situações de urgência e emergência (BRASIL,2013). Criadas para funcionar como porta de entrada para os serviços de urgência e emergência. Dependendo de cada caso atendido, as situações podem ser resolvidas no próprio local, estabilizadas para sua posterior derivação para hospitais ou serviços.

Em Foz do Iguaçu, contamos com duas UPAs: a UPA João Samek e a UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa. Essas unidades são as referências de nível intermediário onde realizamos nossas práticas do internato de Urgência e Emergência. Os pacientes podem acessar a UPA de duas maneiras: por meio do serviço móvel pré-hospitalar (SAMU e SIATE) ou por transporte próprio. Ao chegar, passam todos pela recepção para registrar documentos e relatar suas reclamações. Em seguida, são submetidos à triagem, onde um profissional

qualificado, com formação superior, utiliza uma escala de risco para priorizar os casos com maior potencial de gravidade, garantindo uma atenção.

1.1.3.1 Classificação de risco das UPAs

Figura 3 – Classificação Manchester



Fonte: foto de Google

Figura 4 – Classificação da UPA Walter Cavalcanti



Fonte: foto da autora

Nas UPAs de Foz do Iguaçu, nas UBS e no Complexo Hospitalar de São Miguel do Iguaçu, é utilizada uma escala de classificação muito semelhante à Escala de Manchester. No entanto, há uma diferença de minutos na área de classificação verde, denominada “Pouco Urgente”. Em Foz do Iguaçu, o tempo

de espera para essa categoria é de até 240 minutos, enquanto na Escala de Manchester original é de 120 minutos. Já na classificação azul, a Escala de Manchester estabelece um tempo de espera de até 240 minutos, enquanto em Foz do Iguaçu, essa categoria indica apenas “atendimento na UBS ou aguardar atendimento”.

Essa triagem é realizada por enfermeiros por meio de uma avaliação inicial que inclui a queixa principal do paciente, verificação de sinais específicos, anamnese e exame físico. O objetivo é identificar os casos mais graves que exigem atendimento imediato, diferenciando-os aqueles que podem aguardar. A classificação está feita por meio de cores:

Neste mês ainda não passei pela UPA mais durante minha experiência no pre-internato, observei como a classificação de risco, integrada ao sistema RP de saúde, desempenha um papel crucial na organização e priorização dos atendimentos. Esse sistema garante que os pacientes sejam chamados para os consultórios de acordo com a gravidade de suas condições, permitindo um fluxo mais eficiente e ágil. A partir dessa classificação, os pacientes podem seguir caminhos diferentes, dependendo da urgência orientada, o que reflete diretamente na qualidade e na rapidez do atendimento prestado. Pude observar também o funcionamento dos consultórios, onde são atendidos pacientes que não apresentam queixas ameaçadoras à vida. O médico responsável avalia cada caso e, dependendo da necessidade, pode adotar diversas condutas: prescrever medicação e realizar reavaliações, solicitar exames laboratoriais complementares, administrar medicamentos administrados, indicar internação na sala vermelha ou amarela em situações mais graves ou, ainda, encaminhar o paciente para a UBS para acompanhamento.

Também acompanhei a sala de procedimentos da UPA, o atendimento a pacientes de diferentes idades, tanto crianças quanto adultos, que foram vítimas de traumatismos externos, como cortes, mordidas de cachorro e corpos estranhos nos olhos. "Esses casos frequentemente envolviam a realização de exames radiográficos e a administração de medicamentos específicos para a condição clínica apresentada. Além disso, era nesse setor que realizávamos as transferências para o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) quando as radiografias identificavam fraturas, garantindo um manejo mais

especializado. Também lidávamos com notificações para controle epidemiológico em casos de violência ou acidentes de trabalho, bem como com a aplicação de profilaxias, como a vacina antitetânica, quando necessário. Essa vivência reforça a importância da organização."

É importante destacar que, dentro das UPAs, o único serviço de apoio diagnóstico disponível no momento é o exame de raio-X. Outros exames de imagem, como ultrassonografias e tomografias computadorizadas, foram agendados e realizados no Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL). Isso implica que muitos pacientes atendidos nas UPAs precisam ser transferidos para o hospital para a realização desses exames e, em seguida, retornar à UPA para que o médico plantonista consulte o laudo online e defina as condutas terapêuticas adequadas. Essa logística, apesar de funcional, evidencia a necessidade de integração eficiente entre os serviços de saúde e pode gerar atrasos nos diagnósticos e na implementação de tratamentos. O processo nos leva a refletir sobre como a agilidade no acesso aos exames e a comunicação entre os serviços podem impactar diretamente na qualidade do atendimento.

A sala amarela é destinada a pacientes que apresentam situações clínicas que excluem um tipo de atenção diferente, ou que não estão em condições de alta, necessitando de observação contínua e reavaliação pela equipe médica ou derivação para HMPGL ou ao HMCC.

Já a sala vermelha é reservada para pacientes em estado clínico crítico, que estão em risco iminente de morte. Nesses casos, a prioridade é a estabilização e o monitoramento constante do paciente, já que é aqui que são realizados procedimentos de maior complexidade, como a intubação orotraqueal e o acesso venoso central. Essas salas fechadas pela equipe médica não são apenas habilidades técnicas, mas também uma enorme capacidade de lidar com situações de alta pressão e decisões rápidas.

Minha experiência na UPA João Samek no começo foi um pouco difícil por que eu era uma pre-interna ainda, e naquele mês não tinha nenhum interno na escala. Inicie o primeiro serviço junto a uma enfermeira, estava com muito medo das coisas darem erradas mais no mesmo tempo pensava quanto havia estudado e praticado as suturas e não podia dar errado, já na sala de

procedimentos comecei a atender aos pacientes de acordo a sua classificação de risco, fazíamos a evolução principal no RP de saúde, onde podia solicitar radiografias para aqueles pacientes que apresentam sintomas de possíveis fraturas, sempre com a o consentimento do médico. Também podia realizar diversos procedimentos, como suturas, lavagem ocular e retirada de unhas, entre outros. Cada um desses procedimentos envolve apenas habilidades técnicas, mas também a necessidade de manter uma abordagem cuidadosa e respeitosa com o paciente, para assim poder garantir que receba a atenção adequada. Esta experiência me permitiu entender a importância de atuar de maneira rápida e precisa em situações de urgência, bem como a relevância de uma boa comunicação com a equipe da enfermagem para que todos os pacientes recebam a atenção.

O tempo que passei na UPA, observei de maneira presencial o grande fluxo de pacientes que chegam à clínica. Foi interessante notar que alguns deles ainda não compreenderam bem o significado de sua classificação de risco, já seja azul ou amarela. Às vezes, enquanto suturava um paciente, outros entravam sem tocar a porta, e sem esperar, começando a falar se podiam ser atendidos para o exame de eletrocardiograma, ou outros procedimentos.

Para mim isso era como uma falta de respeito, pois, como parte do protocolo e o respeito mútuo, primeiro deveriam ter tocado a porta e esperado que eu ou a enfermeira pudesse abrir a porta. Este tipo de situação me fez refletir sobre a importância de educar aos pacientes.

Na minha experiência, a transferência para o HMPGL (Hospital Municipal Padre Germano Lauck) é realizada principalmente em casos de fraturas visíveis nas radiografias, como foi o caso de uma criança de 2 anos com caída do carrinho que apresentava fratura do osso do úmero, quando casos assim aconteciam, o procedimento de solicitação de traslado ao hospital era levado a cabo através do sistema RP de saúde onde primeiro registrava sinais vitais do paciente, escala de Glasgow, saturação, pressão arterial, entre outros. Depois na mesma tela ia onde diz transferência, selecionava o local onde o paciente ia ser encaminhado junto a isso a justificativa. Uma vez que a solicitação era aceita, o SAMU organiza o traslado em ambulância, levando o paciente ao HMPGL para que seja avaliado por um especialista. Ou caso

contrário esperamos as orientações do profissional para determinar a próxima conduta a seguir.

A UPA Dr. Walter ainda não foi parte da minha experiência prática, mas, para compreender melhor o funcionamento do serviço, conversei com colegas que estão realizando estágio nessa unidade. Eles me informaram que o fluxo de pacientes em relação à realização de procedimentos é menor, mas que há um número maior de admissões e também transferências de pacientes internados para a atenção terciária.

1.1.4 Vaga Zero

De acordo com o Conselho Federal de Medicina, regulamentado pela Resolução 2077/2014, o artigo 17 define a 'vaga zero' como um recurso essencial para assegurar o acesso imediato a pacientes em risco de morte ou com sofrimento intenso. Essa medida deve ser tratada como uma situação de exceção e não como uma prática rotineira no atendimento de urgências. A decisão sobre a transferência de pacientes como 'vaga zero' é uma prerrogativa e responsabilidade exclusiva dos médicos de urgência (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014).

A "vaga zero" deve ser solicitada pelo médico de plantão, com um documento detalhado sobre o caso clínico e justificativa. Também é necessário contatar o médico da clínica de destino para confirmar a transferência.

Um exemplo de vaga zero na UPA Dr. João Samek no ano 2023 no pre-internato, foi a seguinte:

História clínica: Paciente trazido pelo SAMU apresentando crise asmática aguda com dispneia intensa, sibilos, uso de musculatura acessória e dificuldade para falar em frases completas.

Antecedentes pessoais: História prévia de asma moderada persistente, sem controle adequado. Uso irregular de corticoide inalatório. Nega alergias e outras comorbidades.

Exame físico:

Geral: Estado geral moderadamente comprometido, ansioso, taquidispneico, sem cianose, afebril.

Pulmonar: Presença de sibilos difusos bilaterais, murmúrio vesicular diminuído em bases, uso de musculatura acessória.

Cardiovascular: Bulhas normofonéticas, rítmicas, sem sopros. Tempo de enchimento capilar <3s.

Abdome: Plano, RHA+, indolor à palpação, sem sinais de peritonismo.

Neurológico: Glasgow 15, lúcido e orientado.

Extremidades: Pulsos palpáveis, sem edemas.

Intervenções iniciais: Administração de broncodilatadores inalatórios, corticoide sistêmico e oxigenoterapia com cateter nasal a 3 L/min.

História da doença atual: Paciente com crise asmática grave e resposta parcial ao tratamento inicial

Necessitando transferência para unidade de atenção terciária com suporte avançado.

Enquanto a médica analisava o caso, decidiu solicitar uma vaga no HMPGL. No hospital municipal, foi requisitado um documento detalhado sobre o caso clínico e sua justificativa. A médica explicou que a paciente não estava respondendo adequadamente às medidas realizadas na UPA e que poderia necessitar de ventilação mecânica não invasiva (como CPAP ou BiPAP) ou, em casos mais graves, intubação orotraqueal. Esses recursos são disponibilizados em hospitais de atenção terciária. Além disso, destacou que as complicações de risco, como acidose respiratória, hipoxemia grave ou até parada cardiorrespiratória, poderiam ocorrer, e que o suporte avançado seria essencial para um manejo eficaz, com uma equipe multidisciplinar qualificada.

Algo interessante que observei foi como o documento detalhado facilita o trabalho dos colegas que receberão o caso, fornecendo informações claras e organizadas. Outra prática interessante que percebi foi o uso de ligações por alguns médicos, permitindo uma explicação mais detalhada e direta sobre o

caso. Após essa etapa, restava apenas o envio dos documentos completos para formalizar a solicitação de vaga zero.

1.1.5 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Central de Regulação Médica de Urgências

O SAMU 192 é um dos principais pilares da Política Nacional de Atenção às Emergências, instituída em 2003. Seu objetivo central é proteger vidas e garantir a qualidade do atendimento prestado no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política está fundamentada em cinco ações estratégicas.

Organizar o atendimento emergencial em unidades de saúde, como salas de emergência, unidades básicas de saúde e equipes do Programa Saúde da Família;

Estruturar o sistema de atendimento pré-hospitalar móvel por meio do SAMU 192;

Reorganizar os serviços de urgência e os setores de emergência hospitalares;

Garantir suporte hospitalar adequado para pacientes atendidos em emergências;

Desenvolver e implementar uma rede de cuidados pós-hospitalares.

Já imaginou enfrentar uma situação de emergência a qualquer hora do dia ou da noite?

"O serviço de atendimento SAMU funciona 24 horas por dia, com equipe especializada composta por médicos, enfermeiros, auxiliares e socorristas, preparados para atender casos traumáticos, clínicos, pediátricos, cirúrgicos, ginecológico-obstétricos e de saúde mental. Seja em sua casa, no local de trabalho ou na via pública, a assistência chega onde é necessária. O serviço começa com uma chamada gratuita para o 192. Do outro lado da linha, um técnico da Central de Regulação identifica rapidamente a emergência e contata

um médico regulador. Este profissional avalia a situação em tempo real, orienta imediatamente sobre as primeiras ações e aciona o atendimento para garantir uma resposta eficaz e oportuna." É uma experiência que alia rapidez, profissionalismo e cuidado humano nos momentos mais críticos (MINISTERIO DE SAUDE,2016).

Vivenciar uma emergência em Foz do Iguaçu é ter um sistema de atendimento preparado e eficiente. Os segundos dias de estagio passei também pelo SAMU onde consegui fazer um análises sobre nossa cidade. Foz de Iguaçu conta com cinco ambulâncias da Unidade de Suporte Básico de Vida (USB), cada uma tripulada por um motorista especializado e um técnico ou auxiliar de enfermagem, além de duas ambulâncias da Unidade de Suporte Avançado de Vida (EUA), equipadas com um motorista, um enfermeiro e um médico.

As ambulâncias estão estrategicamente distribuídas: uma base operacional no bairro Parque Presidente centralizada no Porto Meira. Este último faz a diferença nos momentos mais críticos, pois a sua localização estratégica permite-nos reduzir os tempos de resposta e ampliar a cobertura do serviço. Numa emergência, cada segundo conta, e este sistema garante que a ajuda chega de forma rápida e eficaz, salvando vidas quando é mais necessária.

Durante meu estágio na base do SAMU e na área de regulação, tive a oportunidade de observar de perto o funcionamento das ambulâncias que chegavam à UPA. Algo que me chamou a atenção foi a eficiência com que o SAMU realiza os transportes inter-hospitalares. Por exemplo, as transferências entre UPAs e hospitais são gerenciadas com ambulâncias de Suporte Avançado. A rapidez e a precisão com que essas transferências são realizadas impressionam: em menos de 30 minutos da liberação de uma vaga, o paciente já foi retirado de um serviço e internado em outro.

Também observei como as ambulâncias de Suporte Básico (SB) são utilizadas principalmente para transferências rápidas dentro da mesma rede. Um caso comum é quando um paciente precisa ser transferido da UPA para o HMPGL para um exame, como uma tomografia computadorizada. A ambulância chega rapidamente, leva o paciente e o devolve sem demora ao local.

Foi uma experiência enriquecedora que me permitiu compreender a importância de uma logística eficiente no atendimento emergencial e como o trabalho coordenado do SAMU faz real diferença no atendimento ao paciente.

1.1.6 Rede Hospitalar

Ainda não tive a oportunidade de passar pelo HMPGL, mas a experiência que vou relatar é do módulo de Emergência que fiz em 2024. Durante minha vivência no sistema de pronto atendimento de Foz do Iguaçu, pude observar a forma como a rede de serviços hospitalares está interligada para atender às emergências. O Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), com seu Pronto Socorro (PS), desempenha um papel crucial no sistema de saúde da cidade. Este hospital conta com uma infraestrutura robusta, equipamentos especializados, uma equipe altamente capacitada e uma ampla gama de serviços de atendimento emergencial.

O que mais me impressionou foi como o HMPGL se tornou centro de referência para as mais complexas emergências, tanto clínicas quanto cirúrgicas. Além dos leitos de retaguarda e de terapia intensiva, contam com laboratórios e serviços de imagem, o que permite uma resposta rápida e eficaz à demanda dos pacientes, tanto para atendimento espontâneo quanto de referência. A coordenação com os demais componentes da rede que garante que os pacientes recebam o atendimento adequado de maneira fluida e eficiente, demonstrando como cada peça desse sistema é vital para salvar vidas.

No sistema de pronto atendimento de Foz do Iguaçu, observei a importância crucial do PS do HMPGL no atendimento a pacientes encaminhados pelas UPAs e pelo SAMU/SIATE. Esses pacientes demandam cuidados em diversas especialidades, como traumatologia, cirurgia geral, otorrinolaringologia, oftalmologia, vascular, pediatria e psiquiatria.

O que mais me chamou a atenção foi a constante sobrecarga do hospital, com a maioria dos leitos ocupados, o que leva os pacientes a aguardarem por muitos dias nas UPAs até que surja uma vaga hospitalar. Essa situação resulta em atrasos desnecessários, já que muitos desses pacientes,

que não precisam de internação, poderiam ser atendidos diretamente nas UPAs por especialistas, sem a necessidade de ocupar leitos hospitalares. Essa experiência me proporcionou uma visão mais clara da complexidade do sistema e da necessidade urgente de uma gestão mais eficiente dos recursos, para agilizar o atendimento e reduzir os tempos de espera.

Além disso, o HMPGL também atende pacientes com demandas espontâneas relacionadas a situações de urgência, como casos de exposição ao VIH, onde é essencial o início imediato da profilaxia para garantir a eficácia da intervenção (BRASIL,2018).

Minha visita ao setor de socorro imediato, vivi momentos interessantes. Por um lado, foi uma experiência incrivelmente enriquecedora enquanto interno de medicina, pois pude testemunhar e participar em contextos clínicos que só aquele ambiente poderia oferecer. Tive a oportunidade de conhecer profissionais que compartilharam seus conhecimentos e me deram conselhos valiosos. Participar ativamente de evoluções da clínica dos pacientes no PS e tive a oportunidade de discutir os casos com os residentes.

Como estagiária de medicina, recebemos pacientes através do sistema Tasy, utilizado pelo HMPGL, que permite a cada aluno realizar a evolução do paciente ou as internações de quem chega. No meu caso, como Interna, o médico sempre revisava tudo que eu escrevia, e se faltava alguma coisa, ele completava no sistema. Embora hoje, como Interna, ainda não tenha tido a oportunidade de passar pelo HMPGL como interna do 5to ano para olhar este modulo desde outra perspectiva, como interna do 6to ano minha experiência foi incrível.

Tive a oportunidade de conhecer o Complexo Hospitalar Municipal de São Miguel do Iguaçu, instituição pública ligada ao SUS que funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana. Este hospital é considerado uma "porta aberta" para atendimento de emergência e urgência, oferecendo uma variedade de serviços.

Observei atentamente os leitos do hospital e o centro cirúrgico, que atende tanto cirurgias eletivas quanto emergências de pequeno e médio porte. Também pude conhecer a maternidade, um espaço fundamental para o atendimento às gestantes. A experiência me permitiu entender como esse

hospital desempenha um papel fundamental no atendimento à população, prestando atendimento em momentos críticos e oferecendo suporte fundamental dentro do sistema de saúde municipal.

Conheci de perto a infraestrutura do hospital, que inclui serviços de diagnóstico por imagem, como raios X, ultrassom (USG) e tomografias computadorizadas (terceirizados). Além disso, pude observar os laboratórios de bioquímica que permitem a realização de exames essenciais para o diagnóstico e tratamento dos pacientes. Essa estrutura completa e eficaz é essencial para o atendimento à população da região, pois oferece uma gama de serviços de diagnóstico que permitem uma resposta rápida e eficaz em situações de emergência e urgência.

"No meu estágio no Hospital de São Miguel, tive a oportunidade de atender emergências, realizar visitas, acompanhar pacientes internados na clínica médica e prescrever tratamentos. Além disso, pude dar seguimento a consultas não sérias, o que me permitiu adquirir uma vasta experiência no tratamento de diversos tipos de casos. Também observei como o hospital mantém um relacionamento intermunicipal com o HMPGL e o HMCC, encaminhando, via SAMU, casos clínicos que requerem atenção em unidades de terapia intensiva — algo que não pode ser oferecido neste centro."

CAPITULO 2. CÓDIGO DE ÉTICA ARTIGO 26

Durante meu estágio na UNILA como estudante de medicina, tive a oportunidade de observar diferentes locais, como a UPA de Foz do Iguaçu e os Hospitais. Nesses cenários, os médicos assistentes assumiam a responsabilidade de serem preceptores, supervisionando nossas atividades práticas. Isso foi fundamental para o nosso aprendizado, pois recebemos orientação e supervisão durante os estágios, o que nos permitiu vivenciar em primeira mão a autonomia inerente à profissão médica no sistema de atendimento de emergência.

O que mais me impressionou foi a variedade de abordagens e personalidades dos médicos com quem trabalhei. Em alguns plantões, tive a sorte de encontrar profissionais com verdadeira vocação para o ensino, sempre dispostos a compartilhar seus conhecimentos, enquanto em outros momentos, a carga horária e as longas horas de serviço deixavam alguns médicos mais cansados, o que gerava uma experiência diferente.

Além disso, durante essas práticas, aprendi que em situações que envolvam o pudor do paciente, a supervisão médica é essencial, conforme estabelece o artigo 26 do código de ética, que reforça a importância de sempre haver a presença de um médico na realização de exames que possam comprometer a privacidade do paciente.

Em quanto passava pela UPA João Samek pude observar a importância da supervisão médica estabelecida no Artigo 26 do Código de Ética Médica. Na unidade, os médicos de turno lideravam a sala de procedimentos, supervisionando cada procedimento que fosse realizado.

Antes de delegar qualquer procedimento que fazia, o médico avaliava minha preparação e me brindava orientações e supervisão das minhas ações, garantindo a segurança do paciente e fomentando meu aprendizado. Esta abordagem destacou a relevância da supervisão na formação médica, garantindo o equilíbrio entre ética e segurança.

Da minha perspectiva como estudante de medicina, um ponto crucial em nossa formação: é a necessidade de atuar sempre sob a supervisão médica e com um alto nível de responsabilidade ética. O Artigo 26 estabelece que o médico deve avaliar cada caso e supervisionar as atividades realizadas por estudantes em formação.

Um problema que pode surgir durante a prática pode ser: alguns estudantes, impulsionados pela urgência do turno ou pelo desejo de adquirir experiência, realizar procedimentos sem o conhecimento ou autorização do médico de turno. Mesmo que essas ações possam parecer bem intencionadas, como evitar que um paciente espere por uma vaga em um serviço de referência, viole as normas éticas e legais, expondo ao estudante as sanções administrativas, civis e até mesmo penais.

Como futuros médicos, devemos estar conscientes de que cada situação clínica é uma oportunidade para desenvolver habilidades técnicas e éticas. Respeitar as diretrizes do código não protege apenas os pacientes, mas também fortalece nossa formação profissional, ensinando-nos a atuar com prudência e responsabilidade.

CAPITULO 3 REFLEXÕES SOBRE AS REDES SOCIAIS NA PRÁTICA MÉDICA FUTURA: UM MÉDICO EM ERA DIGITAL

As redes sociais representam uma ampla oportunidade para a prática médica, oferecendo ferramentas inovadoras para conectar profissionais, educar pacientes e compartilhar informações relevantes. No entanto, essa interação no ambiente digital requer uma análise criteriosa e uma postura responsável. A facilidade de comunicação e a velocidade de disseminação de conteúdo podem colocar em risco princípios fundamentais da profissão, como a ética médica e o sigilo profissional. Assim, é essencial que os médicos e estudantes de medicina utilizem essas plataformas de forma consciente, equilibrando os benefícios do alcance e do engajamento com o compromisso de proteger a confidencialidade e a integridade da relação médico-paciente.

O uso de plataformas como o WhatsApp para comunicação entre médicos e pacientes, bem como entre profissionais de saúde, transformou a prática médica moderna. Essas ferramentas permitem compartilhar dados, esclarecer dúvidas e facilitar o trabalho em equipe em grupos cerrados de especialistas ou pessoais clínicos. No entanto, sua utilização deve ser estritamente alinhada com princípios éticos e legais, pois todas as informações transmitidas devem ser mantidas sob absoluta confidencialidade. É crucial que os dados não ultrapassem os limites do grupo para evitar violações de privacidade ou mau uso da informação. Este marco planta um desafio constante para os profissionais, que devem equilibrar a eficiência tecnológica com o cumprimento rigoroso da ética médica e da proteção do paciente.

Em minha experiência prática, observei como ferramentas modernas como WhatsApp e Gmail foram integradas de maneira crucial na comunicação dentro dos serviços de saúde. Essas plataformas são utilizadas para consultas rápidas com especialistas, como cardiólogos e pediatras e outros especialmente para a interpretação de exames como eletrocardiogramas e radiografias. Também são essenciais para a coordenação da atenção, como a priorização de pacientes graves na transferência para hospitais de terceiro nível. Embora essas práticas sejam informais, facilitam uma tomada de decisões mais rápida e eficiente em situações urgentes. No entanto, é fundamental que seu uso seja gerenciado de maneira ética e responsável por proteger a confidencialidade.

Um aspecto relevante que quero destacar é minha experiência pessoal durante o ano de 2020, em plena pandemia de COVID-19. Naquele momento, eu estava no Brasil, mas queria muito retornar ao meu país. Lamentavelmente, tive uma queixa, e como sabemos, nessa época qualquer sintoma gripal poderia se confundir com o COVID-19. Para sair de casa, recorri à plataforma WhatsApp para me comunicar com profissionais de saúde. Através deste meio, me orientaram sobre as medidas a tomar, incluindo a realização do teste de COVID-19. Toda essa orientação foi fornecida exclusivamente pelo WhatsApp, demonstrando como esta ferramenta foi convertida em algo muito útil.

Algo muito interessante que escutei nos jornais na pandemia, foi que as unidades de terapia intensiva (UTI), onde os familiares não podiam visitar os pacientes devido às restrições, foi implementado o uso do WhatsApp para realizar videochamadas. Isso permitiu que os familiares vissem e se comunicassem com seus seres queridos, aliviando em parte a dor da separação. Muitos expressaram seu profundo reconhecimento por esta iniciativa, já que, nos casos em que o paciente faleceu, esta oportunidade de conexão se converteu em um último adeus em circunstâncias tão difíceis.

No entanto, também é fundamental ter em conta os princípios éticos que devem registrar seu uso. Apesar de sua vantagem, as redes sociais não devem ser utilizadas para compartilhar informações pessoais dos pacientes ou imagens ou vídeos que possam comprometer sua privacidade. É crucial manter a confidencialidade médica em todos os momentos, e que os profissionais não se envolvam em situações que possam colocar em risco a reputação de seus

companheiros. Em resumo, as redes sociais devem ser empregadas com responsabilidade, sempre com o objetivo de melhorar a atenção, mas respeitando os limites éticos.

Por essas razões, quando as publicações violam o Código de Ética Médica, os profissionais podem enfrentar sanções. Por isso, o Conselho Federal de Medicina (CFM), através de diversas publicações e documentos oficiais, dedica-se a promover as boas práticas nas redes sociais, destacando como a publicidade médica, quando se maneja de maneira responsável, pode desempenhar um papel fundamental no benefício da sociedade.

Para acabar algumas recomendações: que os profissionais de saúde estejam sempre atentos às diretrizes do Código de Ética Médica ao utilizarem redes sociais. Publicações que violam essas normas podem levar à avaliação. O Conselho Federal de Medicina (CFM) tem trabalhado para promover boas práticas nas plataformas digitais, ressaltando que, quando a publicidade médica é feita de forma responsável, ela pode trazer um impacto positivo significativo para a sociedade.

CAPITULO 4.

4.1 CASO 1

Consulta realizada dia 04/01/25 no Poli Ambulatório Padre Ítalo, entrada de emergência.

Anamneses

Identificação da paciente (ID): J.R.L. 28 anos, masculino, comprometido, sem filhos, natural de São Miguel de Iguazu. Motorista de Camiões.

Queixa principal: Dor ao urinar há 10 dias.

Histórico do problema atual: J.R.L. veio ao consultório acompanhado da sua atual namorada M.B.A., solicitando atendimento. No momento da consulta relatou que há cerca de 16 dias bem apresentando desconforto uretral,

acompanhado de corrimento de aspecto “amarelado” com piora nos últimos 5 dias, dizendo que no começo só sentia ardência miccional em relação ao corrimento com aspecto claro. No caso a namorada M.B.A. negou ter sintomas ginecológicos, na qual relatou ter realizado exame citopatológico de colo uterino nos últimos doze meses. Neste então momento, por causa de constrangimento a pedido do J.R.L. foi solicitado para à acompanhante M.B.A. se retirar do consultório, para que o paciente J.R.L. realizasse o exame físico. Ao ser questionado, pela Medica sobre seus casos de ralações sexuais, onde tenha relatado que há cerca de três semanas manteve um caso de relação sexual desprotegida, com a ex-namorada. Diante isso, a 6 dias após o paciente J.R.L. percebeu o iniciou dos sintomas geniturinários.

História Patológica Progressiva (HPP): Nega comorbidades prévias, não faz uso de medicações, nega alergias medicamentosas.

História social: Nega tabagismo, etilismo esporadicamente. Esquema vacinal sem a presença da Hepatite.

História familiar: Não informado

Exame físico:

Sinais Vitais: PA: 120/80 mmHg // Peso: 79kg // Estatura: 1,90 m // Temperatura: 36.6°C // FR: 19 rpm // FC: 75bpm

Ectoscopia: Bom estado geral, corado, hidratado, eupneico, anictérico, acianótico e afebril.

Neurológico: Glasgow 15, lucido e orientado em tempo e espaço, pupilas isocóricas e foto reagentes, ausência de déficit focais, ausência de sinais de meningismo.

Sistema Respiratório: MV + simétricos s/ RA, sem sinais de esforço respiratório.

Sistema Cardiovascular: ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas em 2 tempos; pulsos palpáveis e simétricos, tempo de enchimento capilar (TEC) < 3

Mucosa orofaríngea: sem edemas, sem placas, sem particularidades.

Extremidades: Sem edema, pulsos palpáveis simétricos. TEC < 3, Planta e palma das extremidades sem lesões aparentes.

Órgão genitais: Observou-se discreta hiperemia em glândula. Foi solicitado ao paciente que ordenhasse a glândula. Se identifico a presença de secreção purulenta.

Região anorretal: sem particularidades

Avaliação: Paciente com quadro de ISTs, há cerca de 10 dias, apresentando ardência miccional no pênis e com corrimento de aspecto claro e o desconforto uretral, com aspecto amarelado, com piora há 5 dias.

Diagnóstico sintomático: Corrimentos “como não dispomos de bacterioscopia no serviço, por conta disso a síndrome clínica que mais assemelhou foi o corrimento uretral a ser tratado”

Hipóteses diagnósticas: Clamídia Trachomatis?

Diagnósticos diferenciais: Tricomoníase, Clamídia, Gonorreia, Candidíase, Vaginose bacteriana

Conduta inicial:

Ciprofloxacina 500 mg, 1 comprimido, via oral, dose única e Azotromicina 500 mg, 2 comprimidos, via oral, dose única.

Conforme o protocolo para a prescrição e tratamento de Infecções Sexualmente transmissíveis no Poli Ambulatório Padre Ítalo, a primeira opção de tratamento, considerando a sintomatologia descrita do paciente, além disso sem disponibilidade de bacterioscopia, a indicação inicial é tratar Clamídia e Gonorreia.

Foi solicitado e aconselhado: Vacinar contra Hepatites B. Aconselho, oferecer anti-HIV, VDRL, Hepatites B e C si disponível. Enfatizar se houve adesão ao tratamento, notificar e convocar e tratar os parceiros.

Porque eu decido fazer este caso clínico?

Ao vivenciar essa situação clínica, podemos refletir e aprender sobre aspectos fundamentais no atendimento ao paciente, tanto em consultas em UBS

quanto em situações de urgência. Embora esse caso não seja dos mais comuns em emergências, muitas vezes não recebe muita atenção, especialmente entre pacientes do sexo masculino, que, por diversos motivos, tendem a adiar a busca por assistência médica, seja por vergonha ou falta de educação em saúde sexual. Acredito que esse aspecto teórico da formação médica é essencial para o debate nesta sessão.

Diante disso, esta discussão tem como objetivo abordar a assistência em casos de aumento do nível de consciência e os desafios para estabelecer diagnósticos precisos.

Discussão Crítica

J.R.L. apresentou um quadro de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) compatível com corrimento da Clamídia, caracterizado por ser uma bactéria, a transmissão se inicia pelo contato sexual, acometendo ambos sexos. Nos homens o período de incubação é de 14 a 21 dias, no caso do nosso paciente já se encontrava no decimo sexto dia da evolução do quadro “período de incubação”. Uma das coisas que aprendi neste caso foi que observar o exame físico em ISTs em homes, diante disso, a médica foi me explicando como o corrimento no homem geralmente se apresenta com presença de secreção na uretra anterior, além disso, em muitos casos esse quadro vem acompanhado de desconforto e disúria uretral, na qual se assemelha as mesmas características falada pelo nosso paciente. No momento do exame não havia presença de secreção, pedimos ao paciente para ordenhar o pênis. (O pênis deve ser comprimido da base a glândula). Como sabemos que nosso paciente tem uma acompanhante. Portanto, tínhamos que saber também sobre os possíveis casos de relações sexuais da acompanhante, assim para ter uma base de informação se os casos que de relação sexuais foram desprotegidas. Já maioria dos casos os homes sem tratamento adequado podem ser infectado o infectar, a parceira sexualmente e desenvolver o quadro de DIP.

“As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)” são doenças causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos... que podem ser transmitidos principalmente por meio do contato sexual desprotegido – seja ele vaginal, anal ou oral. Essas infecções podem se manifestar de diversas formas... com sintomas variados, como: “corrimento”, “feridas”, “coceira” ou “dor”. No entanto também podem ser assintomáticas, dificultando o diagnóstico precoce!

Além disso, algumas das ISTs mais comuns incluem: (Sífilis; Gonorreia; Clamídia; HPV; Herpes genital; HIV). A prevenção envolve: o uso correto de preservativos, a testagem regular e, em alguns casos a vacinação – como contra o HPV e a hepatite B. A fisiopatologia central da ISTs pode ser conformada por um ciclo de: transmissão, colonização, inflamação, disseminação e possíveis complicações sistêmicas, independente do agente etiológico (bactéria, vírus, fungos ou protozoário).

A médica começa a explicar, que há um número grande de pessoas que adquirem esse quadro de Infecções Sexuais, são consideradas um problema de saúde pública e que a forma de poder combater é quebrando as cadeias de transmissão. Para que assim, para prevenir as novas ocorrências dos casos mais comuns das ISTs, como os casos de presença síndrome (ulceras genitais, verrugas e os corrimentos).

Úlceras genitais: A manifestação clínica das úlceras exige um diagnóstico adequado para poder realizar um tratamento correto, porque determinadas doenças podem variar de aspecto e etiologia, saber o tempo da evolução estado e idade do hospedeiro, o que pode trazer consigo dificuldade no diagnóstico etiológico. Podendo até se apresentar com uma aparência vesicular mais poderia estar associada ao vírus ou a bactérias, essas mesmas pode ser do Herpes ou mesmo ser lesões. Os agentes infecciosos mais encontrados na maioria dos casos e que podem causar úlceras genitais são: Vírus Herpes, Sífilis e Cancro mole.

Verrugas: Infecções do Papiloma Vírus Humano (HPV). Existem 100 tipos de vírus, dos quais 20 são os que infetam o trato genital, podendo se dividir em alto e baixo risco, olhando sempre o grau de oncogenicidade.

Corrimentos: Os corrimentos pode acometer tanto homens como mulheres, nos homens é caracterizado por uma secreção na uretra anterior, as vezes acompanhada de disúria. O exame físico que se realiza quando não temos presença de secreção é (Ordenha da uretra) está se realiza comprimindo o pênis da base a glândula.

A fisiopatologia das ISTs podem ser adquiridas por contato com fluidos corporais que estão contaminados como exemplo (secreção vaginal, sêmen, saliva, secreção vaginal, etc.) ou também pode se dar por ter um contato direto com lesões que estão infectadas. As portas de entrada comuns: a pele e as mucosas de genitália, reto, boca, e olhos. O patógeno se fixa a diferentes células da mucosa ou da pele, os patógenos usam estruturas especializadas por exemplo: Pili (na bactéria), proteína de adesão (em vírus), essa estrutura especializada impede a eliminação imediata pelo sistema imune, junto com isso a sua multiplicação local. Fazendo uma invasão tecidual e resposta inflamatória tanto as (bactérias, vírus e protozoários), depois seguem com a disseminação no sistema em alguns casos, como a sífilis podendo se espalhar ao sistema nervoso, pele e órgãos internos. HIV pode atacar os linfócitos CD4, conseguindo um sistema imunológico fraco, predispondo para nosso paciente infecções oportunistas. HPV pode se alojar no DNA levando a displasia o talvez câncer. Das manifestações clínicas em resposta a uma inflamação local e sistêmica pode gerar sintomas como: (CORRIMENTO gonorreia, tricomoníase, gonorreia), (ÚLCERAS GENITAIS Herpes genitais, sífilis), (DOR PELVICA E FEBRE Doença inflamatória pélvica DIP causada por Clamídia/Gonorreia), (IMUNOSSUPRESSAO HIV), LESÕES VERRUCOSAS HPV). Algumas ISTs podem chegar a se tornar crônicas e com isso levar complicações como: infertilidade como (gonorreia, clamídia); câncer de anus, útero e orofaringe (HPV); Neuro-sífilis (Sífilis avançada); AIDS (HIV).

Os sinais de alarme apresentados por J.R.L. como presença de secreção na uretra anterior, e o desconforto e disúria uretral. Si o paciente houvesse retornado após ser tratado (de 7 a 10 dias), mesmo sendo para gonorreia ou clamídia a parceira M.B.A, teria que ser tratada para agentes menos frequentes como (micoplasma, ureaplasma, T. vaginalis).

Temos que ter em conta a atenção integral do paciente nosso caso, J.R.L. Aconselhamos a nosso paciente ser vacino contra a Hepatites B e os não imunizados, sempre enfatizando se houve adesão ao tratamento, aconselhamos sobre IST e comportamento de risco. Indicamos sobre os exames anti-HIV,VDRL,Anti-HCV e HBsag se disponível no postinho. O paciente foi informado que a parceira ou parceiro sexuais devem ser tratados (as). Com um retorno de 7 dias se os sintomas persistissem. Falar o uso dos preservativos nas relações sexuais.

Indivíduos como nosso paciente J.R.L. apresentando Síndrome do corrimento masculino é de notificação compulsória nacional, conforme Portaria 2.472 de 31 de agosto de 2010, apresentando o corrimento uretral ao ordenhamento (mucoide, mucopurulento, purulento). Foi verificado o prepúcio retraído, foi notificado, preenchido o formulário padronizado com a finalidade de conhecer o perfil epidemiológico do caso, considerando as parceiras sexuais com quem o paciente manteve relações sexuais entre 30 a 90 dias, conforme Ministério da Saúde, 2010 corrimento uretral/uretrite (gonorreia e clamídia) devem ser informados que últimos contatos sexual até 60 dias (2 meses) antes do início do quadro.

4.2 CASO 2

Consulta realizada dia 15/09/2024 no HMGL, paciente apresentando sonolência da entrada na emergência.

Anamneses

Identificação da paciente (ID): I, T, P 53 anos, Masculino, branco, sem filhos, Confeiteiro, natural de Foz de Iguaçu.

Queixa principal: Ausência de pulso

Histórico do problema atual: Paciente foi admitido via SAMU para realização de uma tomografia, ao chegar para o hospital, teve que ser ingressado a sala de emergências, paciente sonolento evoluiu com queda da

consciência e apresentando no momento ausência de pulso, iniciando RCP. Paciente tinha sido ingressada na UPA por inapetência, tosse seca, náuseas e vômitos.

História Patológica Progressiva (HPP): Hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca, DM.

Medicações de uso contínuo: Espironolactona, Furosemida, Rivaroxabana, Fluoxetina, Metformina glibenclamida.

Hábitos de vida: Toma cerveja esporadicamente

História familiar: não informado

Exame físico:

Sinais Vitais: PA: 115/80 mmHg // Temperatura: 36.1°C // FR: 17 mrpm // FC: 46bpm// SatO2 88%

Ectoscopia: Regular estado geral, avermelhado, anictérico, acianótico, desidratado ++/4+, e afebril no momento.

Neurológico: Pupilas isofotorreactivas, sem signos de irritação meníngea

Sistema Cardiovascular: ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas em 2 tempos; pulsos palpáveis e simétricos, tempo de enchimento capilar (TEC) < 3

Sistema Respiratório: MV + simétricos s/ RA. Em uso de 2L de oxigênio, sem esforços respiratórios.

Abdome: Abdome globoso flácido, presença de ruídos hidroaéreos, indolor a palpação superficial e profunda, sem massas palpáveis.

Extremidades: Panturrilhas livres, sem sinais de empastamento, sem edema, pulsos palpáveis simétricos. TEC < 3.

Diagnostico sindrômico: Síndrome Cardíaca, Síndrome Coronariana

Hipóteses diagnósticas: Descompensado o da insuficiência cardíaca?
TEP?

Diagnósticos diferenciais: Derrame pleural bilateral- Cardiogênico.

Conduta inicial:

Começar com o protocolo de ressuscitação cardiorrespiratória, eletrocardiograma, acesso venoso central, IOT, provas laboratoriais da admissão.

Discussão crítica:

Desde que o SAMU tinha chegado foi um caos, o paciente tinha chegado um pouco sonolento, mais evoluiu para queda da consciência, apresentando-se sem pulso. Lembro que o paciente mesmo sonolento ele estava conseguindo responder algumas perguntas para mim, e naquele momento não tinha necessidade de oxigênio, sem AVC. Ao começar a evolução da paciente o exame físico do paciente percebi que não estava conseguindo escutar bem o coração. E chamei meu médico já que estava assustada. O médico falou que o paciente estava em parada, foi minha primeira vez acompanhando uma parada cardíaca em EU no Internato, foi por esse motivo que eu quis trazer essa discussão e as medidas que foram utilizadas. O tema que falaremos mais será a parada cardiorrespiratória e o manejo no PS.

Em casos de parada cardiorrespiratória, o tempo é um fator crítico. Lembrei, naquele momento, de um paciente que eu estava acompanhando e que apresentou choque hipovolêmico. A rapidez com que os sinais clínicos revelados foi semelhante a deste caso. Nessas situações, a localização do paciente muda em questão de milissegundos, a pressão arterial começa a cair e o nível de consciência se deteriora rapidamente. As medidas devem ser ágeis, e com este paciente não foi diferente. É fundamental ressaltar que, em um protocolo avançado de suporte vital e parada cardiorrespiratória, estão envolvidos a reanimação cardiopulmonar de alta qualidade, a desfibrilação, o manejo avançado da via aérea com oxigênio, o acesso venoso para administração de medicamentos e, quando disponíveis, dispositivos de especificações mecânicas e oxigenação por membrana extracorpórea. No entanto, esses dois últimos recursos estão além da realidade dos serviços de saúde de Iguazu. Além disso, consideramos essencial a preparação adequada da equipe para lidar com essas emergências.

Retomando o caso, após o início das compressões torácicas, foi realizado o primeiro ciclo de dois minutos de massagem cardíaca de alta qualidade. Em seguida, foram verificados o ritmo cardíaco e o pulso. Nesse momento, as transações que o paciente apresentava atividade elétrica sem pulso (AESP), uma condição em que há atividade elétrica cardíaca organizada, mas paciente sem pulso. Diante desse quadro, o protocolo do ACLS recomenda a administração imediata de adrenalina, uma vez que se trate de um ritmo não desfibrável. Como há atividade elétrica não há necessidade de descarga.

Durante uma parada cardíaca, o desfibrilador pode detectar diferentes ritmos, que se dividem em desfibriláveis e não desfibriláveis. A conduta adotada varia conforme o ritmo identificado. Por exemplo, se o paciente apresentasse fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular sem pulso (TVSP), após dois minutos de massagem cardíaca, a desfibrilação seria indicada. Nesse caso, o paciente receberia um choque elétrico, seguido de outro ciclo de compressões. Caso o ritmo persistisse ou evoluísse para um ritmo não desfibrável, a administração de adrenalina seria realizada após a segunda descarga).

Se o paciente estava em um ritmo não desfibrável, como a assistência – que era o caso em discussão –, a administração de adrenalina deveria ocorrer o mais precocemente possível, sendo realizada logo após o primeiro ciclo de compressões. É importante lembrar que, nesses ritmos, não há indícios de choque nestes ritmos.

Nos ritmos desfibriláveis, por outro lado, há uma alternância entre administração de adrenalina e amiodarona. Já nos ritmos não desfibriláveis, apenas a adrenalina é utilizada.

No contexto apresentado, acredito que o médico realizou o protocolo do ACLS de forma eficiente. A cada ciclo de massagem cardíaca, ele verificava o pulso e analisava o traçado cardíaco no desfibrilador para avaliar a necessidade de choque. Como o paciente estava em um ritmo não desfibrável – no caso, AESP –, não houve indicação de desfibrilação. Diante disso, o médico administrou uma dose de adrenalina o mais rápido possível, logo após o primeiro ciclo de compressão.

SOPORTE BÁSICO DE VIDA

É importante destacar que a divisão entre suporte básico de vida, suporte avançado de vida e cuidados pós-parada é essencialmente didática. Ela serve para descrever um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que, na prática, podem ser aplicadas de forma sequencial ou simultânea no manejo de pacientes em parada cardiorrespiratória (PCR). Dessa forma, essa separação nominal é apenas uma maneira sistematizada de ensinar e organizar o aprendizado. No contexto clínico, porém, há uma sobreposição entre essas etapas, pois a transição de uma fase do atendimento para a outra ocorre de maneira dinâmica e integrada.

O suporte avançado de vida envolve:

1. Reanimação cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade
2. Desfibrilação
3. Suplementação de oxigênio e uso de dispositivos avançados para via aérea.
4. Acesso venoso ou intraósseo para fármacos
5. Utilização de dispositivos de compressão mecânica
6. Emprego de dispositivos de oxigenação por membrana extracorpórea.

A evidência do benefício real do que conhecemos como suporte avançado de vida é limitado. Das 250 recomendações apresentadas na principal diretriz de reanimação cardiopulmonar, o Advanced Cardiac Life Support (ACLS), publicado pela American Heart Association (AHA), apenas uma pequena parte demonstra impacto significativo

Nesse contexto, é fundamental considerar que o prognóstico do paciente é determinado, sobretudo, pela duração da RCP sem assistência, pela realização de compressões torácicas de alta qualidade, pela desfibrilação precoce e pelos cuidados pós-parada cardiorrespiratória.

Fisiopatologia

A parada cardiorrespiratória (PCR) pode ser dividida em três fases distintas: elétrica, hemodinâmica e metabólica.

- Fase elétrica: corresponde aos primeiros 4 a 5 minutos da PCR, geralmente caracterizada por fibrilação ventricular (FV). Nesta fase, a desfibrilação imediata e o RCP de alta qualidade são fundamentais para melhorar a sobrevivência.

- Fase hemodinâmica: ocorre entre 4 e 10 minutos após o início da PCR. Nesse período, há um esgotamento progressivo dos substratos necessários para o metabolismo celular adequado, como o oxigênio. A desfibrilação e o RCP de alta qualidade continuam sendo medidas essenciais.

- Fase metabólica: inicia-se após 10 minutos de PCR e é marcada por acidose metabólica acentuada e disfunção celular grave. Nessa fase, os cuidados pós-parada cardiorrespiratória, como a hipotermia terapêutica, podem ser incorporados ao tratamento. No entanto, não há retorno da circulação espontânea (RCE) nesse estágio, pois as chances de sobrevivência diminuem drasticamente.

Diagnostico

A ausência de resposta e a falta de pulsos centrais são os principais critérios para o diagnóstico de parada cardiorrespiratória (PCR), que deve ser realizado no contexto do suporte básico de vida. A identificação imediata do ritmo cardíaco durante a CA tem impacto direto tanto no tratamento quanto no prognóstico do paciente.

Fibrilación ventricular y taquicardia ventricular sin pulso

Os ritmos desfibriláveis incluem fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular sem pulso (TVsp). Ambos são manejados de forma semelhante à PCR, pois geralmente resultam dos mesmos mecanismos e resposta da mesma terapia. A desfibrilação precoce é a principal intervenção nesses casos. No entanto, enquanto o desfibrilador não estiver pronto para a aplicação do choque,

é fundamental manter um RCP de alta qualidade. Além disso, em casos refratários às medidas iniciais, a administração de medicamentos vasopressores e antiarrítmicos torna-se necessária.

A fibrilação ventricular (FV) é a principal causa de morte súbita e parada cardiorrespiratória não traumática no atendimento pré-hospitalar, sendo, na maioria dos casos, decorrente de isquemia miocárdica.

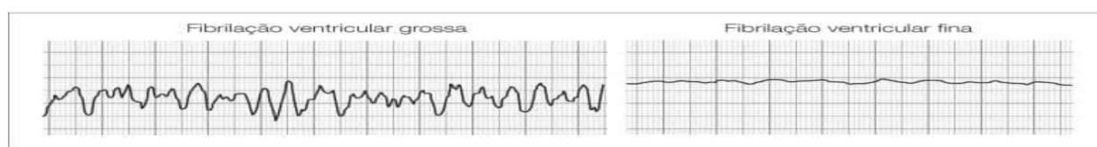
No eletrocardiograma, o FV é descrito por um traçado caótico, sem a presença de complexos QRS identificáveis. É importante destacar que a fibrilação ventricular pode se apresentar de duas formas: FV grosseira (com ondas mais amplas) ou FV fina (com ondas menores). Em ambos os casos, a desfibrilação é indicada.

Na taquicardia ventricular sem pulso, a frequência cardíaca é controlada por um foco ectópico localizado no ventrículo, gerando traçado eletrocardiográfico com QRS ampliado. Quando esse ritmo não é capaz de gerar débito cardíaco suficiente para produzir um pulso central, o ritmo spTV é estabelecido e o paciente será submetido à RCP.

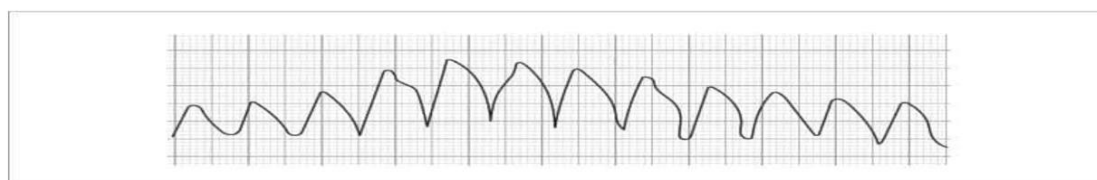
Atividade elétrica sem pulso

A atividade elétrica sem pulso (AESP) é definida pela ausência de pulso palpável na presença de atividade elétrica cardíaca organizada e engloba inúmeras causas. Este ritmo pode ser a causa inicial da PCR ou pode ser devido a esforços de reanimação. RCP prolongada, especificamente após desfibrilação. A AESP pode ser dividida em duas grupos: "pseudo-AESP" e AESP verdadeiro.

Figura 5 - Ritmo de Fibrilação ventricular



▷ FIGURA 1 Ritmos de fibrilação ventricular. (A) Grossa e (B) fina.



▷ FIGURA 2 Ritmo de taquicardia ventricular.

Fonte: medicina de urgência- USP, 2022

Figura 6. Causas e condutas específicas em pacientes em atividade sem pulso

▷ TABELA 1 Causas e condutas específicas em pacientes em atividade elétrica sem pulso

Hipo/hipercalcemia	Hipocalcemia: KCl 19,1% (25 mEq/10 mL) 8 mL em 3 min, seguido por 4 mL a cada 5-10 min Hipercalcemia: 1. Estabilização de membrana: gluconato de cálcio 10% 30 mL ou cloreto de cálcio 10% 10 mL em <i>bolus</i> 2. Diminuição do potássio: glicose 50% 20 mL + insulina regular 5 U; bicarbonato de sódio 8,4% 50 mL em 5 minutos	Tóxicos	Antagonista específico Considerar prolongar RCP (tóxicos podem sofrer depuração e paciente ter RCE)
Hipóxia	Oferecer suporte ventilatório adequado com oxigênio a 100%	Tamponamento cardíaco	Pericardiocentese
Hipovolemia	Perda de fluidos corporais: reposição volêmica com cristaloides Hemorragia: transfusão de hemocomponentes	Trombose coronariana (IAM)	Intervenção coronariana percutânea (angioplastia coronariana) Trombólise (benefício questionável)
Hipotermia	Cobertores/mantas térmicas; SF aquecido; considerar irrigação peritoneal e pleural com SF aquecido; considerar ECMO como primeira escolha, se disponível	Tromboembolismo pulmonar	Trombólise com alteplase 0,6 mg/kg (máx. 50 mg) em 15 minutos Considerar prolongar RCP se realização de trombólise
H ⁺ (acidose)	RCP de alta qualidade; bicarbonato de sódio 8,4% 50 mL em 5 minutos	Tensão pulmonar (pneumotórax)	Punção de alívio e posterior drenagem de tórax

ECMO: membrana de oxigenação extracorpórea; IAM: infarto agudo do miocárdio; RCE: retorno a circulação espontânea; RCP: ressuscitação cardiopulmonar.

Fonte: Medicina de Urgencias- USP,2022

“Pseudo-PEA” é caracterizada pela ausência de pulso central palpável em um paciente sem resposta, mas a presença de uma contração cardíaca visualizada no ultrassom (POCUS). Normalmente produz taquicardia com ondas P e complexos QRS. Dele gestão varia de acordo com a opinião de especialistas: enquanto alguns sugerem continuar com o Medidas de RCP, outros sugerem priorizar medidas de tratamento para choque circulatório graves, como expansão de volume e administração de vasopressores e inotrópicos. Na AESP verdadeira, não palpamos os pulsos centrais e não visualizamos o contrações

cardíacas na USG (um conceito conhecido como parada cardíaca). A AESP verdadeiro geralmente produz bradicardia com QRS largo e sem ondas P. Se não for tratada, a. A “pseudo-PEA” pode evoluir para PEA verdadeira, que tem pior prognóstico. As etiologias e consequentes comportamentos na PEA podem mudar dependendo do Complexo QRS exibido no monitor. Ressaltamos que esta abordagem é uma generalização didática, atualmente questionável e não definitiva para facilitar a pensamento rápido na hora do AC.

Figura 7 – Avaliação do ritmo AESP

▷ TABELA 2 Avaliação do ritmo AESP com base na manifestação eletrocardiográfica

QRS estreito (alteração mecânica)	QRS largo (alteração metabólica)
▪ Tamponamento cardíaco	▪ Hipercalemia
▪ Tromboembolismo pulmonar	▪ Intoxicação por bloqueador de canal de sódio
▪ Pneumotórax hipertensivo	▪ IAM (falha de bomba) – parede anterior
▪ Hiperinsuflação mecânica	▪ Acidose metabólica
▪ IAM (ruptura miocárdica) – parede inferior	▪ Hipotermia

IAM: infarto agudo do miocárdio.

Fonte: Medicina de Urgências – UPS, 2022

AESP com complexo QRS estreito: sugere causas mecânicas e alguns estudos sugerir expansão volêmica como medida inicial, seguida de avaliação ultrassonográfica para descartar ou confirmar etiologias, como tromboembolismo pulmonar (TEP), tamponamento cardíaca, pneumotórax hipertensivo e hipovolemia.

AESP com complexo QRS largo: sugere causas metabólicas (por exemplo, hipercalemia, acidose, hipotermia e envenenamento por bloqueadores dos canais de sódio). Nestes casos, se a suspeita de hipercalemia for alta, recomenda-se a administração de cloreto de cálcio ou gluconato de cálcio. A evidência é limitada, mas presume-se que a administração pode estabilizar a membrana miocárdica e reverter a arritmia. Embora não Existe uma recomendação formal da AHA, a administração da solução pode ser considerada de glicose e insulina e bicarbonato de sódio.

A ultrassonografia no local de atendimento (POCUS) pode ser usada na investigação de a etiologia da AESP, desde que não interfira nas medidas convencionais de RCP, especialmente compressões torácicas. A *Cardiac Arrest Sonographic Assessment* (CASA) é um protocolo criado para avaliar, com alto rendimento, as causas da PCR reversível em pacientes em PEA. Consiste em três avaliações, realizadas em menos de 10 segundos sequencialmente no momento da verificação do pulso (Figura 4). Recomenda-se contar o tempo em voz alta, para que não ultrapasse o tempo máximo estipulado. As imagens adquiridas eles devem ser registrados para revisão e análise enquanto o ciclo de RCP está sendo realizado.

- A primeira avaliação visa identificar tamponamento cardíaco (por exemplo, pericárdico com colapso diastólico do ventrículo direito).
- A segunda avaliação visa identificar tromboembolismo pulmonar (ventrículo direito aumentado, maior que o ventrículo esquerdo).
- A terceira avaliação visa identificar a presença ou ausência de atividade mecânica cardíaca (parada cardíaca). A verdadeira PEA implica uma pior prognóstico, com altas hospitalares inferiores a 1%.

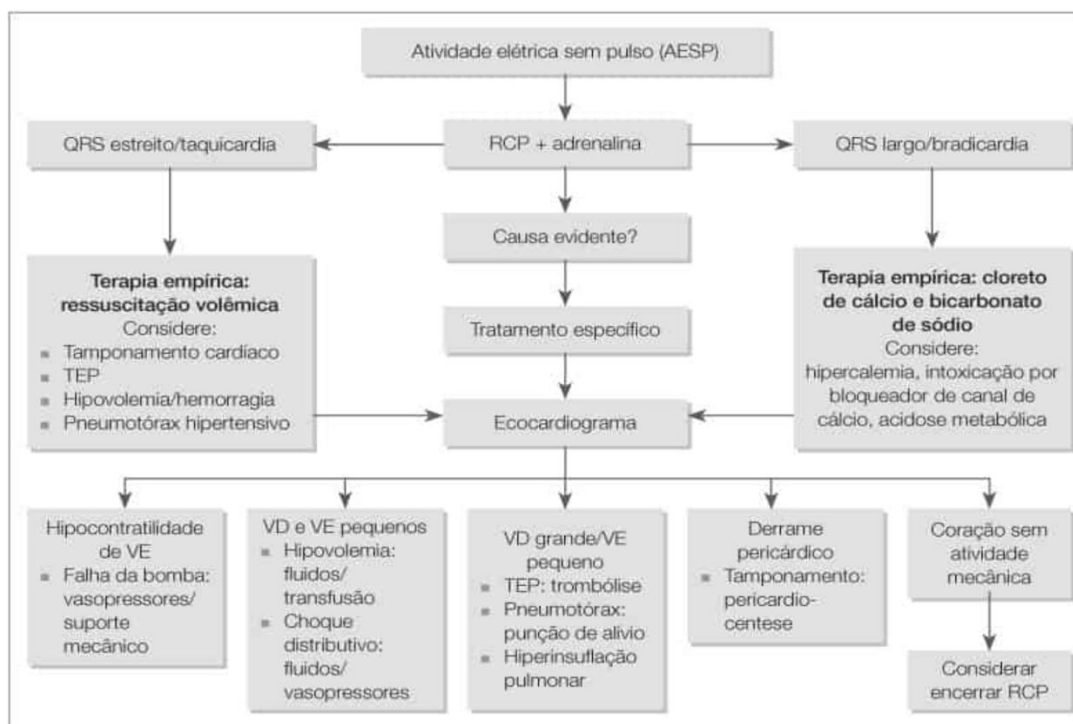
Como complemento a essas avaliações, a presença de pneumotórax hipertensivo e, se suspeita de ruptura de aneurisma da aorta abdominal usando FAST (Focused Assessment with ultrassonografia para trauma) pode ser investigada concomitantemente na região anterior do tórax.

Asistolia

Assistolia representa a completa ausência de atividade elétrica miocárdica. Para que Geralmente, reflete o estágio final da AC não tratada ou refratária. O primeiro passo diante de um paciente em assistolia é confirmar a ausência de qualquer ritmo, uma vez que existe a possibilidade de um ritmo organizado ou uma FV fina ocorrer em um certa derivação como assistolia (se o vetor resultante do ritmo for perpendicular ao vetor resultante da derivação). Assim, inicialmente o “protocolo em linha reta” que consiste em:

- Verifique cabos e conexões. Aumente o lucro. Mude a liderança.

Figura 8 – Algoritmo sugerido para atendimento a pacientes sem pulso



▷ FIGURA 3 Algoritmo sugerido para o atendimento a pacientes em atividade elétrica sem pulso. Considerar adaptações de acordo com a epidemiologia do serviço. RCP: ressuscitação cardiopulmonar; TEP: tromboembolismo pulmonar; VD: ventrículo direito; VE: ventrículo esquerdo. Fonte: Adaptada de Littmann L, et al. A simplified and structured teaching tool for the evaluation and management of pulseless electrical activity. Med Princ Pract 2014;23:1-6.

- Após este check-up inicial e confirmação de assistolia, o protocolo continuar com RCP e medicamentos de alta qualidade, mas o prognóstico geralmente é reservado.

Fonte: Medicina de Urgências – USP, 2022

TRATAMENTO

Reiteramos que antes do início das manobras de Suporte Avançado de Vida já deve ser implementaram o Suporte Básico de Vida.

Disposição do equipamento

No pronto-socorro, o atendimento à PCR deve ser realizado por uma equipe de alto desempenho quem conhece o protocolo e equipamentos de atendimento institucional disponível, liderado por um médico de emergência capaz de comunicar e monitorar a eficácia de intervenções terapêuticas.

Via aérea avançada

À luz das melhores evidências, o estabelecimento de uma via aérea avançada não deveria ser uma prioridade na fase inicial da parada cardíaca. Existe apenas uma indicação absoluta para obter via aérea avançada em parada cardíaca: ventilação ineficiente com dispositivo de bolsa-válvula-máscara.

Se a intubação for indicada, ela deverá ser realizada sem interromper as compressões torácico. Para confirmação do posicionamento correto do tubo endotraqueal, o padrão ouro permanece capnografia quantitativa contínua de forma de onda. Os dispositivos supra glóticas continuam sendo uma alternativa benéfica à intubação, pois minimizam as interrupções nas compressões, pois são rápidas e fáceis de colocar (ver Capítulo 2, “Trato respiratório”).

Após estabelecer uma via aérea avançada, as compressões torácicas devem ser realizadas ininterruptas e ventilações entregues por 1 segundo, com 1/3 do volume do AMBU, conectado à fonte de oxigênio a 15 L/min, a cada 6 segundos.

Via de administração de fármacos

A aquisição de acesso venoso é necessária visto que as correções de possíveis causas reversíveis dependem de medicamentos ou volume. O acesso venoso periférico é a primeira opção como via de administração de medicamentos, por ser mais estudado e acessível. Além disso, a biodisponibilidade de drogas intravenosas. No entanto, não foi demonstrado que a obtenção de acesso veia venosa periférica para administração de medicamentos melhora o resultado da CA extra-hospitalar (ExH-PCR),

provavelmente devido a interrupções na RCP, falta de eficácia do medicamento ou ambos.

Após infusão do medicamento pelo AVP, deve-se realizar lavagem com 20 mL de solução cristalóide e o membro deve estar sempre elevado.

Existem outras formas de administração de medicamentos como: Acesso venoso central (ACV), Acesso intraósseo e Acesso via tubo endotraqueal.

Medicamentos

Adrenalina: A adrenalina (ou epinefrina) é um hormônio simpaticomimético que atua nos receptores alfa e beta adrenérgicos. A dose de adrenalina recomendada pela AHA é 1 mg por via intravenosa a cada 3 a 5 minutos. Em ritmos não desfibriláveis, o mais rápido possível, enquanto em ritmos desfibriláveis é usado após um segundo choque sem RCE.

Vasopressina: A vasopressina é um hormônio neuroléptico não adrenérgico que atua nos receptores V1 das células musculares lisas, causando vasoconstrição periférica, coronariana e renal, aumentando a perfusão orgânica sem os efeitos beta adrenérgicos do adrenalina. A vasopressina foi incluída nas diretrizes anteriores da AHA como uma alternativa à primeira ou segunda dose de adrenalina. No entanto, nas suas últimas orientações, a AHA já não recomenda o medicamento em substituição ou em associação com adrenalina, justificado pela maior custo da vasopressina associado à falta de benefício no RCE e às taxas de alta hospitalar em comparado à adrenalina.

Corticosteroides: Os níveis de cortisol são baixos durante e após a parada cardíaca. A resposta do corpo à PCR envolve um aumento nas citosinas, a liberação de endotoxinas, coagulopatia e insuficiência adrenal, que contribuem para o choque subsequente para RCP.

Amiodarona: o objetivo da administração de antiarrítmicos não é reverter farmacologicamente uma arritmia, mas sim auxiliar a desfibrilação para restaurar um ritmo normal. Perfusão organizada. Portanto, não há indicação para uso de antiarrítmicos em ritmos irregulares. Desfibrável (assistolia ou AESP), reservando seu uso para ritmos de FV e TVSP. A evidência mostra que,

principalmente nesses casos, os antiarrítmicos aumentam as chances de RCE e alta hospitalar. A amiodarona faz parte dos antiarrítmicos classe III, mas tem características de todas as classes Vaughan-Williams. Atua nos canais de potássio, sódio e cálcio, mas também possui propriedades bloqueadoras alfa e beta, promovendo vasodilatação arterial periférica e coronariana. Está indicado para pacientes que apresentam FV ou TVSp após falha da desfibrilação inicial, ou seja, após o terceiro choque, quando não há RCE. Deve ser utilizado na dose de 300 mg por via intravenosa, em bolos, seguido de 150 mg, se necessário.

Lidocaína: A lidocaína é um medicamento antiarrítmico de classe I que bloqueia de sódio e aumenta o limiar de despolarização da membrana miocárdica. A dose: 1 a 1,5 mg/kg IV para a primeira dose ou aproximadamente 3 a 5 mL de lidocaína a 20% IV em um paciente de 70 kg. A segunda dose é de 0,5 a 0,75 mg/kg. Nas suas últimas orientações, a AHA também recomenda lidocaína ou amiodarona como antiarrítmicos usados em RCP.

Sulfato de magnésio: O magnésio é um cofator de inúmeras reações enzimáticas, mas também tem ação vasodilatadora e antiarrítmica, regulando o transporte de sódio, potássio e cálcio entre as membranas celulares. Nos casos de TVP polimórficas, especialmente caso haja aumento do intervalo QT, além da desfibrilação imediata, administração de sulfato de magnésio em bolos IV de 1-2 g.

Esmolo: Esmolo é um betabloqueador antiarrítmico classe II da classificação de Vaughan-Williams. O objetivo do esmolol durante a RCP é tentar acabar com a tempestade que geralmente acompanha a FV refratária.

Supervisão:

É recomendável utilizar parâmetros fisiológicos, como capnografia quantitativa de onda, pressão arterial diastólica e saturação venosa central, para monitorar e otimizar a qualidade da RCP, orientar a terapia vasopressora e detectar o retorno da circulação espontânea (RCE).

O dióxido de carbono ao final da expiração (ETCO₂) é um parâmetro confiável para avaliar o débito cardíaco durante a parada cardiorrespiratória

(PCR), tornando-se a melhor ferramenta para monitorar a eficácia das compressões torácicas. Além disso, o ETCO₂ apresenta uma forte correlação com a pressão de perfusão coronária (PPC) e a perfusão cerebral. Idealmente, a capnografia deve manter valores acima de 10 mmHg, indicando compressões torácicas adequadas. Valores inferiores a esse limite devem alertar o médico de emergência sobre a necessidade de ajustar a frequência ou a profundidade das compressões, garantindo também um retorno torácico completo. Por fim, a capnografia é considerada o padrão-ouro para confirmar a correta posição do tubo endotraqueal após a intubação oro traqueal.

Finalização de esforços

A decisão de interromper os esforços de ressuscitação é complexa e deve ser baseada na avaliação individualizada juntamente com o julgamento clínico. Embora existam escalas que possam orientar esse processo, cada caso exige uma avaliação particular. Mesmo em pacientes com mau prognóstico, é fundamental considerar a possibilidade de continuar a reanimação com o objetivo de preservar e colher órgãos para transplante.

Conclusão do caso

Após revisar a literatura, este caso foi bastante impactante. Desde o momento em que a paciente deu entrada na sala de emergência, a médica identificou a presença de pulso tanto carotídeo quanto femoral. Imediatamente, toda a equipe foi mobilizada para iniciar as compressões torácicas, seguindo rigorosamente o protocolo do ACLS.

Fiquei responsável por monitorar o tempo, coordenar os revezamentos das compressões e indicar os momentos adequados para a administração de medicamentos por acesso venoso periférico. O tratamento incluiu apenas adrenalina na dose de 0,01 mg/kg, administrada a cada 3 a 5 minutos, alternando entre os ciclos. Além disso, a ventilação da paciente foi mantida por meio do uso do AMBU.

Durante a reanimação, estiveram dois médicos atendendo à parada cardiorrespiratória, juntamente com um residente do R2, perfazendo um total de três médicos presentes. A primeira parada durou 16 minutos, após os quais o paciente recuperou pulso e ritmo. Os cuidados pós-parada foram imediatamente iniciados e a intubação foi realizada devido à diminuição do nível de consciência. Posteriormente, ao final do procedimento de acesso venoso central, o paciente retornou à parada. Em resposta, toda equipe e equipamentos foram novamente mobilizados para reanimação, conseguindo recuperar o pulso e o ritmo após aproximadamente 10 a 12 minutos.

Após a segunda parada no pronto-socorro, os médicos tentaram interromper o acesso venoso central. Porém, cinco minutos depois, o paciente sofreu nova parada cardiorrespiratória. Neste ponto, a situação tornou-se especialmente complexa. Dois médicos indicaram que todos os esforços para ressuscitá-la e estabilizá-la foram esgotados, mas após mais de 30 minutos de manobras, a paciente continuou a entrar em RCP. Lembro que naquele dia a decisão de não continuar com a reanimação não foi tomada por um único médico, mas sim coletivamente: todos os profissionais presentes concordaram que não havia intervenções mais eficazes a serem realizadas.

Foi a primeira vez que presenciei uma morte enquanto estava no pronto-socorro do HMPGL. Naquele momento, senti um nó na garganta e tive vontade de chorar, principalmente quando vi os familiares reunidos no corredor próximo à UTI, cheios de esperança, perguntando se o paciente estava melhor. Meia hora depois, passei novamente pelo mesmo local e o cenário mudou completamente: todos os seus familiares choravam.

Foi uma experiência chocante. Apesar de seguir à risca o protocolo, o paciente não conseguiu recuperar a estabilidade. Não sei ao certo por que ela não foi encaminhada ao HMPGL pelo sistema vaga zero, considerando a gravidade do seu quadro, ou o que exatamente aconteceu na UPA antes de sua transferência. Também não tivemos acesso a um histórico detalhado sobre o motivo de seu ingresso na UPA, apenas alguns relatos fragmentados. Não afirmo que o resultado pudesse ter sido evitado, mas acredito que, se ele tivesse chegado ao hospital mais cedo, o seu estado poderia ter sido mais estável durante a internação.

4.3 CASO 3

Consulta realizada dia 14/01/2025 no Poli ambulatório em emergência, paciente pediátrico apresentando febre e dor no ouvido há dois dias.

Anamneses

Identificação da paciente (ID): M.F.S 2 anos e 6 meses, masculino, natural de Foz de Iguaçu.

Queixa principal: Dor de ouvido há dois dias

Histórico do problema atual: Paciente pediátrico chega a consulta trazida pela mãe, relata que a criança vem apresentando dor de ouvido a direita de forte intensidade (a dor faz chorar bastante), a mãe diz que há dois dias, acompanhada de irritação e febre de 39 °C, também é informado que a criança apresentou um quadro de resfriado a cinco dias antes do início da otalgia. No momento a criança se encontra com dor no ouvido e chorosa.

Antecedentes pessoais: A mãe relata que a criança recebeu aleitamento materno exclusivo até os três meses de idade. Aos oito meses, precisou de internação hospitalar devido a um quadro de bronquiolite viral aguda. Até os dois anos, teve múltiplas idas à emergência pediátrica por episódios recorrentes de cansaço e sibilância.

Atualmente, apresenta obstrução nasal e rinorreia hialina com frequência, especialmente diante de mudanças climáticas ou exposição à poeira, o que favorece quadros recorrentes de infecção das vias aéreas superiores (IVAS). Também costuma dormir de boca aberta para facilitar a respiração, estando em investigação para hipertrofia de adenoides. A Caderneta de Saúde da Criança está atualizada com o esquema vacinal completo.

História social: Reside em uma casa pequena e pouco ventilada com os pais, três irmãos e a avó materna. Frequenta a creche desde os seis meses e é exposta ao tabagismo dos pais

História familiar: Os pais de M.F.S têm rinite alérgica, porém não realizam tratamento específico, utilizando apenas medicamentos sintomáticos durante as crises.

Exame físico: Bom estado geral, irritada, consciente, orientada, eupneica, febre.

Sinais Vitais: Peso: 14 kg (Percentis 50 e 97peso/idade) // Estatura: 87cm (percentis 10 e 50 altura/idade) // Temperatura axilar 40 °C // FR: 20 rpm // FC: 100bpm

Pele e Mucosas

Mucosas hidratada e normocoradas, sem outras alterações.

Tórax

- Ausculta cardíaca: ritmo regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros.

- Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular presente, sem estertores ou outros ruídos adventícios.

- Abdome: plano, depressível, indolor à palpação, sem visceromegalias ou massas palpáveis.

Otorrinolaringológico

- Orofaringe: hiperemia, com aumento do volume das amígdalas principalmente a direita.

- Cavidade Nasal: rinoscopia anterior presença de secreção esverdeada edema e hiperemia de mucosa.

- Otoscopia: abaulamento, hiperemia e opacidade de membrana timpânica a direita.

Avaliação: Paciente com quadro de IVAS, febre, Otite media aguda (OMA) há 2 dias,

Diagnostico sindrômico: Abaulamento da membrana timpânica direita, hiperemiada, opaca, com aumento da vascularização.

Hipóteses diagnósticas: OMA

Diagnósticos diferenciais: OMA, IVAS, OMR. OMS

Conduta inicial: A prescrição dada para a criança foi de Amoxicilina na dose de 50 mg/kg dia por 5 a 7 dias. Também foi prescrito analgésicos como Paracetamol 200 mg/ml 14 gotas de 6 em 6 horas.

Foi solicitado e aconselhado: Foi recomendado aplicar soro para lavagem nasal quando necessário, também foi orientado para os pais evitem fumar na presença da criança, outra orientação foi retornar em dois a três dias para observar a evolução.

Discussão Crítica

A história familiar de rinite alérgica não deve ser vista como um problema em si, mas sim como um fator de risco para atopia. Todos os demais problemas são evidenciados pela história.

Na avaliação da orelha da criança, a membrana timpânica normal deve estar na posição neutra, com uma aparência transparente e um cor pérola-acinzentada. No entanto, se a criança estiver chorando, essa membrana pode ficar um pouco avermelhada. Já na otite média aguda, a membrana timpânica apresenta sinais importantes de inflamação: fica abaulada (empurrada para fora), muito avermelhada, opaca e com vasos sanguíneos mais evidentes. Dentre esses sinais, o abaulamento é o mais importante para o diagnóstico. Se houver interferência da membrana timpânica, geralmente ela é pequena e difícil de visualizar, pois pode ficar coberta por transtornos e edema, o que é comum em casos de otite.

Definições sobre a Otite Media

Otite media aguda (OMA): É uma infecção na orelha média caracterizada pelo acúmulo de ocorrências, relatada pelo surgimento rápido de sinais e sintomas de inflamação, como dor de ouvido, febre e irritabilidade.

Otite Média Recorrente (OMR): Ocorre quando a criança apresenta três episódios de otite média aguda em um período de seis meses ou quatro episódios ao longo de um ano.

Otite Média Secretora (OMS): Caracteriza-se pela presença de líquido na orelha média, sem sinais evidentes de infecção ativa, e com a membrana timpânica preservada.

Secreção ou Efusão da Orelha Média: Refere-se ao líquido acumulado na orelha média como consequência da otite. Esse líquido pode ter características diferentes:

- Seroso: Fino e fino.
- Mucoide: Espesso e viscoso.
- Purulento: Contendo pus, geralmente associado à infecção.
- A investigação pode surgir tanto após um episódio de otite média aguda quanto em casos de otite média secreta.

Fonte: Duncan,2013.

Manifestações clínicas da Otite media aguda:

O diagnóstico de otite média é baseado na história clínica e no exame físico, mas a confirmação definitiva só é possível por meio da otoscopia.

Na avaliação da história, é importante investigar fatores ambientais que podem contribuir para o desenvolvimento da doença, como a posição em que uma criança é alimentada, exposição à fumaça de cigarro, presença de irmãos com histórico de otite média recorrente e frequência em creches. Além disso, deve-se registrar os dados de início dos sintomas, tratamentos anteriores e o grau de adesão a esses tratamentos.

O exame otorrinolaringológico completo é fundamental para identificar condições associadas ou predisponentes à otite média, como obstruções nasais ou anomalias craniofaciais que afetam a orelha média.

Crianças com otite média aguda (OMA) podem apresentar sintomas inespecíficos, como febre (embora febres altas, acima de 39,5°C, sejam raras, exceto em casos com bacteriemia), irritabilidade, cefaleia, anorexia, vômitos e diarreia.

Para suspeitar de OMA, a criança deve apresentar pelo menos um dos seguintes sintomas: Otolgia (dor de ouvido) – o sintoma mais comum; Febre ou Irritabilidade de início recente. A presença de dor de ouvido aumenta em 3 a 7,3 vezes a probabilidade de OMA em comparação com crianças sem esse sintoma. Além disso, a suspeita relacionada pelos pais aumenta a chance de diagnóstico em 3,4 vezes. Em crianças com infecção de vias aéreas superiores (IVAS), o sintoma mais fortemente associado à OMA é dor de ouvido. O risco relativo de desenvolver OMA na presença de otalgia é 8,5 vezes maior em crianças menores de dois anos e 47 vezes maior em crianças acima dessa idade. No entanto, o índice de falso positivo pode chegar a 15%.

Fonte: Duncan, 2013

Fatores de risco para desenvolver OMA:

A otite média ocorre devido à combinação de diversos fatores de risco, que podem influenciar seu desenvolvimento. Entre eles, se destaca:

- Infecções – podem ser causadas por vírus ou bactérias.
- Fatores anatômicos – alterações como disfunção da tuba auditiva, fenda palatina e fenda palatina submucosa.
- Imaturidade e deficiência do sistema imunológico – crianças pequenas ainda não possuem.
- Alergias – processos alérgicos podem contribuir para inflamações
- Características individuais – fatores como a idade, predisposição familiar, amamentação, sexo e raça.
- Ambiente e condições sociais – crianças que frequentam a creche, crianças perto de fumantes passivos.
- Estação do ano
- Hipertrofia e infecções das adenoides
- Refluxo gastroesofágico
- Uso de chupeta

Em crianças com otite média aguda (OMA) que não recebem tratamento, persistem nas primeiras 24 horas em cerca de 41% dos casos. Além disso, entre

o segundo e o sétimo dia, 13% das crianças continuam apresentando dor e febre. O uso de antibióticos tem um efeito limitado na redução das primeiras 24 horas, mas sua ação se torna mais significativa entre o segundo e a sétima dia. Além disso, os benefícios ajudam a encurtar a duração da OMA e reduzem o risco de progressão para otite bilateral. Alguns fatores indicam maior gravidade da doença e piora do bem-estar da criança. A presença de febres acima de 37,5°C, vômitos e vômitos no primeiro dia de OMA está associada a um aumento nos episódios de desconforto e alterações no sono até o terceiro dia. O tratamento imediato com antibióticos nesses casos pode reduzir esses sintomas. A introdução precoce de antibióticos, nas primeiras 24 horas, também contribui para um tempo menor de doença, menos distúrbios noturnos e menor necessidade de analgésico, como o paracetamol. Sem tratamento, 22% das crianças apresentam piora clínica entre o quarto e o sétimo dia. Por outro lado, o uso de descongestionantes e anti-histamínicos não é recomendado para o tratamento da OMA, pois seu benefício é pequeno e o risco de efeitos adversos é maior. Além disso, anti-histamínicos e corticoides associados a antibióticos não melhoram os resultados terapêuticos e, no caso dos anti-histamínicos, ainda podem prolongar a presença de líquido na orelha média, piorando a condição da criança. Por fim, é essencial orientar os pais sobre os malefícios do tabagismo passivo, pois a exposição à fumaça do cigarro pode aumentar o risco e a gravidade das infecções do ouvido na infância.

Os episódios de otite média devem ser classificados em otite média aguda (OMA) ou otite média secreta (OMS), pois o manejo clínico é diferente para cada condição.

Tratamento que norteia OMA

No caso da OMA, o tratamento com antimicrobianos está indicado, mas o diagnóstico exige a presença de supervisão na orelha média associada a sinais ou sintomas locais ou sistêmicos de infecção aguda. Para crianças maiores de dois anos, que apresentam sintomas leves, podem-se optar pela observação inicial sem o uso imediato de antibióticos, desde que seja possível uma reavaliação em 48 horas. Em casos de OMA não complicados, o tratamento

pode ser feito por 5 a 7 dias, dependendo do perfil do paciente. No entanto, em crianças menores de dois anos, o risco de falha terapêutica é maior, por isso o tratamento deve ser prolongado por 10 dias. O antibiótico de primeira escolha para o tratamento da OMA é a amoxicilina, na dose de 50 mg/kg/dia a cada 12 horas. Essa escolha deve ser um fato de ser um medicamento seguro, bem tolerado, de baixo custo, com bom espectro de ação, boa abrangência na orelha média e baixa taxa de efeitos adversos.

Antibióticos de amplo espectro devem ser reservados para casos de falha terapêutica ou situações de alto risco. Após o tratamento da OMA, pode haver colaboração persistente na orelha média, mas isso não exige nova antibioticoterapia, pois tende a se resolver espontaneamente. O uso de antibióticos como forma de prevenção (profilaxia) deve ser evitado, pois favorece o aumento da resistência bacteriana. Esse tipo de conduta só deve ser adotado em situações especiais e por um período curto tempo. Além das antibióticos, o tratamento da OMA deve incluir analgésicos e antitérmicos quando necessário. Corticoides, anti-histamínicos e descongestionantes não devem ser usados, pois não trazem benefícios e podem até prolongar a presença de líquido na orelha média.

Continuando com nosso caso, em relação a febre que teve a criança, o médico me ofereceu orientar a mãe:

- Respeitar os intervalos mínimo de cada medicamento
- Colocar roupas leves, manter o ambiente ventilado
- Saber que a redução de apetite é inevitável
- Tomar banho de imersão e das compressas mornas
- Foi explicado que os antitérmicos ajudaram para alívio e desconforto causado pela febre
- Dar líquidos com uma maior frequência
- Foi orientado como deve ser verificado a temperatura no termômetro

Também falamos que não existe orientações sobre as compressas frias com adição de álcool.

No retorno da criança na consulta, mãe referiu que a criança teve melhora após o tratamento referindo melhora na irritabilidade, assim como a cessação da febre. Apresentando temperatura axilar de 36°C, e uma FC de 91bpm, apresentando ausência das secreções nas cavidades nasais. No Exame físico Otoscopia: tinha uma diminuição do edema e do abaulamento da membrana timpânica, porém a opacidade mantém-se, podendo-se visualizar a secreção na orelha média. Discutindo junto com o médico foi decidido interromper a antibioticoterapia, pois apresentava melhora clínica. Continuando com a discussão do caso da criança com o médico me foi explicado que podemos encerrar o tratamento com antibióticos, pois a criança tem mais de dois anos e apresentou melhorias após cinco dias de uso. Dessa forma, não há necessidade de trocar o antibiótico nem de prolongar o tratamento, pois o quadro evoluiu de forma favorável.

Caso a criança tivesse piorado ou não melhorado temos que saber que se faz um seguimento em relação a Otite média aguda:

Após o início do tratamento, a criança deve ser reavaliada entre o quinto e o sétimo dia para decidir se o tratamento pode ser encerrado ou se precisa ser prolongado. Com a medicação adequada, espera-se uma melhora dos sintomas em 48 a 72 horas. Caso os sinais e sintomas piorem ao invés de melhorar, deve-se considerar a possibilidade de que a infecção seja causada por um germe produtor de beta-lactamase ou por uma cepa resistente de *Streptococcus pneumoniae*. É fundamental acompanhar a evolução dos casos de OMA para verificar a resolução da emissão no ouvido médio. Mesmo com o tratamento adequado, cerca de 10% das crianças ainda podem apresentar efusão persistente por até três meses, sendo necessário monitoramento contínuo. Os antibióticos não devem ser usados no tratamento da otite média secretora (OME), pois em 80% a 90% dos casos de efusão desaparecem espontaneamente sem necessidade de intervenção. No entanto, se a efusão persistir por mais de três meses, pode-se considerar o uso de antibióticos, embora a taxa de resolução espontânea ainda seja alta. O uso profilático de antibióticos deve ser restrito a casos de OMA recorrentes, que afetam entre 15% e 30% das crianças. A OMA recorrente é definida como: mais de três episódios bem documentados em seis meses, ou mais de quatro episódios em doze

meses. Nesses casos, a decisão sobre o uso de antibióticos profiláticos deve ser bem avaliada, considerando os riscos e benefícios da terapia.

4.4 CASO 4

Consulta realizada dia 18/01/25 no São Miguel, entrada de emergência.

Anamneses

Identificação da paciente (ID): M.B. Masculino 64 anos de idade, descendência Italiana casado, com 5 filhos, morador de São Miguel.

Queixa principal: Dor no peito

Histórico do problema atual: Paciente diabético e hipertenso apresenta dor precordial com irradiação para o epigástrio e região cervical, associada à ansiedade, com duração de 8 horas. Refere piora da dor aos esforços e quebra com o descanso. Nega outras queixas.

História Patológica Progressiva (HPP): HAS, DM2, Hipercolesterêmia. Nega alergias.

Medicamentos de uso contínuo: nega

História social: tabagista, nega etilismo.

História familiar: Não relatada

Exame físico:

Sinais Vitais: PA: 131/90 mmHg // Temperatura: 36.6°C // FR: 22 mrpm
// FC: 67bpm // SatO2 97% //HGT 237 mg/dl

Ectoscopia: Paciente em estado geral regulado, orientado em tempo e espaço, fácies de dor, normocorado, acianótico, anictérico, perfundido, hidratado.

Neurológico: Glasgow 15, lucido e orientado em tempo e espaço, pupilas isocóricas e foto reagentes, ausência de déficit focais, ausência de sinais de meningismo.

Sistema Respiratório: MV + simétricos s/ RA, sem sinais de esforço respiratório.

Sistema Cardiovascular: ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas em 2 tempos; pulsos palpáveis e simétricos, tempo de enchimento capilar (TEC) < 3

Sistema Gastrointestinais: Abdome plano, depressível a palpação, dolorosa a palpação superficial e profunda da região epigástrica, não se palpa viceromegalias, ausência de peritonismo.

Extremidades: Sem edema, pulsos palpáveis simétricos. TEC < 2, Planta e palma das extremidades sem lesões aparentes.

Avaliação

Paciente diabético, hipertenso, com hipercolesterolemia e quadro de ansiedade, apresenta dor precordial com irradiação para o epigástrico e região cervical.

Diagnóstico sindrômico: Síndrome de dor torácica, síndrome coronariana aguda, politemia, leucocitose com neutrofilia.

Diagnósticos diferenciais: Angina estável (Aneurisma ventricular esquerdo; Repolarização precoce; Transtornos de ansiedade; Estenose aórtica; Cardiomiopatia dilatada; Miocardite; Esofagite, doença do refluxo e dispepsia; Dissecção aórtica; Pericardite aguda; Tromboembolismo pulmonar; Angina vasoespástica)

Conduta inicial:

Foi solicitado um eletrocardiograma (ECG), que evidenciou supradesnivelamento do segmento ST em V2, V3, V4 e DII.

Além disso, foram solicitados exames laboratoriais, incluindo:

Hemograma completo; Dosagem de ureia (UR); Troponina; Transaminase glutâmico-pirúvica (TGP); Transaminase glutâmico-oxalacética (TGO); Fração de; creatinoquinase MB (CK-MB); Creatinoquinase total (CPK); Creatinina (Cr); Bilirrubina total e frações (BT); Amilase Como condução inicial, foi realizada hidratação venosa, administração de morfina 10 mg EV, metoclopramida 5 mg EV e dupla antiagregação plaquetária. O paciente foi mantido sob monitoramento cardíaco e de sinais específicos. Diante do quadro clínico, foi providenciado encaminhamento imediato (vaga zero) para o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC) para realização de cirurgia de reperfusão.

Resultado dos exames laboratoriais.

Exames	Resultado
Hemácias	6,06
Hb	17,7
Ht	51,40%
Leucócitos	13400 /uL
Neutrófilos	12060 /uL
Plaquetas	215000 /uL
Ur	50 mg /uL
TGP	178 U/L

TG	50 mg/L
Cr	0,70 mg/Dl
CKMB	113 U/L
BT	1,29 mg/dL
BD	0,42 mg/dL
BL	0,87 mg/dL
Amilase	63 U/L
CPK	1040 U/L
Troponina I	14860 ng/L

Fonte: Tabela criada pelo autor

Discussão crítica: O caso apresentado descreve um paciente com múltiplos fatores de risco para doença arterial coronariana (DAC), incluindo diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensão arterial sistêmica e hipercolesterolemia. Ele apresenta dor precordial irradiada para o epigástrico e região cervical, com piora ao esforço e intervalo com descanso, características clássicas de angina do peito, sugestivas de síndrome coronariana aguda (SCA). Embora não haja um histórico de etilismo ou tabagismo, a presença dessas comorbidades já configura um risco cardiovascular elevado. A abordagem de um paciente como M. B. com suspeita de SCA, exige uma avaliação detalhada e abrangente, que considere desde a fisiopatologia da doença até o manejo clínico adequado, integrando sintomas, sinais e o contexto individual do paciente.

A síndrome coronariana aguda (SCA) engloba um conjunto de condições resultantes da redução do fluxo sanguíneo coronariano, configurando um evento isquêmico no miocárdio devido ao desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio. A fisiopatologia do infarto agudo do miocárdio (IAM) envolve três mecanismos principais de desestabilização da placa aterosclerótica:

Ruptura da placa (70% dos casos)

Fenômeno erosivo (25%)

Formação de nódulo calcificado (5%)

A ruptura da placa é o mecanismo mais comum no IAM com supra desnivelamento do segmento ST (IAMCST) e ocorre devido a um desequilíbrio entre a síntese e a manipulação do colágeno. Nesse processo, os macrófagos desempenham um papel central na produção de enzimas que degradam o colágeno e a elastina, enfraquecendo a estrutura da placa. As placas visíveis são caracterizadas por uma capa fibrótica fina, acúmulo de macrófagos e um lago lipídico, fatores que favorecem a formação de trombos após a ruptura.

Além da aterosclerose, o infarto agudo do miocárdio (IAM) pode ocorrer por outras causas, mesmo na ausência dessa condição. Entre os mecanismos não ateroscleróticos, destacam-se doenças coronarianas não ateroscleróticas, traumas, distúrbios metabólicos, estreitamento luminal por outros fatores,

embolia coronariana e condições hematológicas, como policitemia vera, trombocitose, coagulação intravascular disseminada (CIVD) e púrpura trombocitopênica trombótica. Outros fatores também podem desencadear o IAM, incluindo o uso de cocaína, contusão miocárdica e infarto em pacientes com artérias coronárias normais, frequentemente associadas a complicações de cateterização coronariana. O tratamento imediato é essencial para limitar a necrose miocárdica e melhorar os resultados clínicos. A presença de circulação colateral coronariana pode oferecer proteção ao território afetado, reduzindo o dano isquêmico. No entanto, uma oclusão coronariana prolongada resulta em necrose do tecido miocárdico, com alterações microscópicas progressivas, como relaxamento das miofibrilas, distensão mitocondrial, consumo de glicogênio, e, posteriormente, necrose de coagulação, inflamação e fibrose. A gravidade das complicações do IAM, como choque cardiogênico e arritmias fatais, está diretamente relacionada à disfunção sistêmica grave e ao aumento dos níveis de catecolaminas.

Em pacientes diabéticos e hipertensos com hipercolesterolemia, como M.S.A, a disfunção endotelial, o estresse oxidativo e a inflamação sistêmica para a hidratação do processo aterosclerótico. Esses fatores aumentam significativamente o risco de ruptura de placas ateroscleróticas e subsequente formação de trombos. Esse risco é ainda mais crítico em pacientes como M.B, nos quais o metabolismo alterado e a disfunção endotelial agravam a progressão da doença coronariana, promovendo alterações cardiovasculares adversas.

O quadro clínico apresentado por M.B. é altamente sugestivo de um evento coronariano agudo, possivelmente um infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCST), considerando uma dor precordial irradiada, exacerbada pelo esforço e aliviada com o repouso. Essa manifestação é característica de angina instável ou de um IAM em evolução, como evidenciado pelo ECG. O supradesnivelamento do segmento ST nas derivações V2, V3 e V4 sugere lesão na parede anterior, geralmente associada à interferência da artéria descendente anterior. Essa localização é particularmente preocupante devido à extensa área de miocárdio sob risco de isquemia. A identificação precoce e o manejo adequado da síndrome

coronariana aguda (SCA) são fundamentais para reduzir a mortalidade e a morbidade associada, garantindo melhores resultados clínicos.

A dor precordial, ou angina, é o principal sintoma da síndrome coronariana aguda (SCA) e resultante da isquemia miocárdica causada pela redução do fluxo sanguíneo coronariano. Esse processo leva ao acúmulo de metabólitos dolorosos, como adenosina, íons hidrogênio e lactato, que estimulam os nervos aferentes cardíacos. A dor pode irradiar para o braço esquerdo, pescoço, mandíbula, costas ou epigástrico, refletindo a distribuição do sistema nervoso autônomo que inerva o coração.

Além da dor, a SCA pode apresentar outros sintomas, como dispneia, que ocorrem devido à incapacidade do coração de bombear sangue de forma eficaz. Isso leva ao aumento da pressão nas veias pulmonares, resultando em congestão pulmonar. A ativação do sistema nervoso simpático, em resposta à dor e ao estresse da isquemia, provoca a liberação de catecolaminas, desencadeando sudorese profusa, vasoconstrição periférica e palidez. Esses mecanismos buscam otimizar o fluxo sanguíneo para órgãos específicos, como o coração e o cérebro. Náusea e vômito podem ocorrer devido à ativação do sistema nervoso simpático à liberação de catecolaminas em resposta ao estresse isquêmico. Além disso, a dor intensa pode estimular diretamente o centro do vômito no cérebro. A ansiedade intensa e a sensação de morte iminente são comuns durante episódios de SCA, sendo parcialmente mediadas pela ativação do sistema nervoso e pelo desconforto físico associado à isquemia. Embora menos frequente, a síncope pode ocorrer caso a SCA leve a arritmias cardíacas graves, resultando em redução do subsídio cardíaco e da perfusão cerebral. Outros também sintomas como tontura e distensão abdominal podem estar presentes.

No exame físico de pacientes com suspeita de infarto, alguns resultados podem indicar especificações específicas.

- Turgência jugular pode sugerir hipertensão no coração direito.
- Sinal de Kussmaul pode indicar infarto do ventrículo direito.
- Sons cardíacos abafados podem ser um indicativo de disfunção grave do ventrículo esquerdo.

- Quarta bulha (B4) é comum e reflete um aumento da atividade atrial.
- Terceira bulha (B3), menos frequente, sugere disfunção significativa do ventrículo esquerdo.
- O sopro de regurgitação mitral pode ocorrer devido à disfunção do músculo papilar ou, em casos raros, à sua ruptura.
- O edema geralmente está ausente, a menos que haja disfunção ventricular significativa.
- Cianose e extremidades frias podem ser sinais de baixo subsídio cardíaco.

Esses achados auxiliam na identificação precoce de complicações associadas ao infarto e orientam o manejo clínico adequado.

Como observado no caso de M.B, os pacientes nem sempre apresentam todos os sintomas clássicos, especialmente em idosos, homens e pacientes com diabetes mellitus, que têm maior tendência a não manifestar dor torácica. Estima-se que até 25% dos infartos sejam identificados no ECG de rotina, sem um episódio agudos que possa ser determinado.

Diante de um paciente com dor torácica, a abordagem diagnóstica deve ser rápida e focada na exclusão da possibilidade de síndrome coronariana aguda (SCA). Caso a SCA seja considerada como hipótese ou confirmada, é crucial que o tratamento terapêutico seja iniciado imediatamente, sem que a realização de exames adicionais postergue essa intervenção essencial. O eletrocardiograma (ECG) é uma ferramenta fundamental e deve ser realizado nos primeiros 10 minutos após a admissão do paciente, sendo repetido conforme necessário para identificar características específicas do SCA, especialmente a elevação do segmento ST, que requer ação imediata para reperfusão. Além do ECG, é necessário realizar exames laboratoriais básicos, incluindo marcadores de dano miocárdico (que, nos casos de SCA sem elevação do segmento ST, podem inicialmente ser negativos), hemograma completo, avaliação da função renal e eletrólitos, testes de coagulação, proteína C-reativa, perfil lipídico e, em casos de hipoxemia ou edema pulmonar agudo, gasometria arterial para avaliar a necessidade de instruções específicas. Marcadores cardíacos específicos, como CK-MB, troponina altamente sensível, troponina I convencional e troponina

T, são úteis para detectar infarto do miocárdio entre 4-6 horas após o início dos sintomas, com níveis elevados por 8-12 horas. As troponinas são particularmente mais sensíveis e específicas do que o CK-MB, sendo essenciais na confirmação do diagnóstico de infarto.

Os modernos ensaios de troponina apresentam sensibilidade elevada, permitindo a detecção de infartos em até 3 horas devido à variação de seus níveis. No entanto, as troponinas podem permanecer elevadas por 5-7 dias, o que limita a sua utilidade na identificação de reinfartos precoces. Nesse caso, o CK-MB, que se normaliza em cerca de 24 horas, é mais indicado para essa avaliação. A radiografia de tórax pode revelar sinais de insuficiência cardíaca, embora tenha sensibilidade inferior aos sintomas clínicos. Ela também é útil para identificar sinais de dissecação aórtica, como o aumento do mediastino, oferecendo uma alternativa diagnóstica importante. A ecocardiografia é um exame essencial, que pode ser realizado à beira do leito, para avaliar a função do ventrículo esquerdo (VE), tanto global quanto regionalmente. Ela é particularmente útil para identificação de investigações mitral pós-infarto e discinesias segmentares. Em casos de suspeita de choque cardiogênico ou condições hemodinâmicas críticas, pode-se considerar o uso de cateter de pressão arterial ou cateterismo do coração direito, embora seu uso deva ser restrito a situações graves.

Os resultados laboratoriais de M.B. revelam leucocitose, o que sugere uma resposta inflamatória aguda ao evento isquêmico, além de elevações graves nos biomarcadores cardíacos (CK-MB e troponina I), que corroboram o diagnóstico de lesão miocárdica. A elevação da CK total também indica dano muscular extenso. A policitemia pode ser secundária a fatores de risco cardiovascular do paciente, como hipóxia crônica devido a doença cardiovascular, ou pode estar associada a um distúrbio mieloproliferativo. É importante ressaltar que o diabetes mellitus e a hipercolesterolemia graves para o perfil de risco elevado de M.B, não apenas para a doença arterial coronariana (DAC), mas também para outras complicações vasculares.

No caso de MB, um homem de 64 anos, com histórico de diabetes, hipertensão e hipercolesterolemia, apresentando sintomas de ansiedade acompanhados de dor precordial irradiando para o epigástrico e região cervical,

a solicitação de um eletrocardiograma (ECG) é uma decisão clínica prudente, dada a presença de condições pré-existentes que aumentam o risco de doenças cardiovasculares. Este perfil do paciente já indica uma predisposição para eventos cardíacos graves, e a descrição dos sintomas, particularmente a dor irradiando de forma tão característica, fortalece a suspeita de síndrome coronariana aguda (SCA). O eletrocardiograma é uma ferramenta crucial na avaliação de pacientes com suspeita de SCA e deve ser realizado idealmente nos primeiros 10 minutos após a internação hospitalar. O exame deve ser repetido conforme a evolução clínica do paciente, com especial atenção aos casos com suspeita de infarto na parede inferior, em que as derivações direitas (V3r e V4r) devem ser obtidas. O objetivo principal deste procedimento é detectar sinais de isquemia aguda, bem como alterações crônicas que possam indicar um risco de aumento de doença isquêmica, incluindo arritmias, dilatações cavitárias e bloqueios de condução.

No caso do paciente M.B, infelizmente, não tive acesso ao traçado do ECG solicitado, pois não estava disponível nem no prontuário físico nem no sistema RP Saúde. Vale destacar que o sistema utilizado em São Miguel do Iguaçu é diferente do de Foz do Iguaçu, o que pode ter dificultado a busca pelo exame. No entanto, consegui obter o laudo do exame, que indicou supradesnivelamento do segmento ST nas derivações V2, V3, V4 e DII. Esse achado é altamente sugestivo de isquemia miocárdica, principalmente de um infarto agudo do miocárdio (IAM) na região anterior do coração, considerando o envolvimento das derivações V2 a V4. Além disso, a alteração observada em DII sugere uma extensão possível inferior do infarto. Esses achados reforçam a suspeita de síndrome coronariana aguda (SCA) e exigem uma intervenção imediata. O supradesnivelamento dos segmentos ST é um determinante para indicar a necessidade de terapias de reperfusão emergenciais, como angioplastia primária ou trombólise, sem necessidade de aguardar os resultados dos marcadores de necrose para confirmar o diagnóstico de IAM. Além disso, a presença de comorbidades, como diabetes, hipertensão e hipercolesterolemia, torna o caso mais complexo, exigindo uma abordagem multidisciplinar e criteriosa para melhorar o tratamento e minimizar complicações.

Essas condições crônicas não apenas elevam o risco de desenvolvimento de doença isquêmica do coração, mas também podem impactar a seleção e a eficácia das terapias de reperfusão. Além disso, a ansiedade manifestada pelo paciente pode ser uma resposta natural ao desconforto físico, mas também pode ser um sinal precoce de um evento cardíaco, reforçando a necessidade de uma avaliação psicológica e de suporte emocional como parte do tratamento.

Um aspecto crucial na análise do eletrocardiograma é a identificação de elevações típicas do segmento ST, acompanhadas de sintomas clássicos de dor torácica, que indicam a necessidade de intervenção imediata com terapias de reperfusão, como angioplastia ou trombólise, sem aguardar os resultados dos marcadores de necrose para confirmar o diagnóstico. Além disso, é fundamental realizar derivações posteriores (V7-V9) para identificar acometimentos específicos das artérias circunflexas, que podem causar elevação do ST limitado na região posterior. A presença de elevação do ST em AVR, acompanhada de depressão difusa, indica a necessidade de coronariografia de urgência, embora não seja classificada como SCA sem supradesnivelamento de ST. As principais alterações a serem observadas incluem elevação do segmento ST no ponto J em pelo menos duas derivações contíguas, com valores específicos de elevação que variações de acordo com idade, gênero e localização:

- $\geq 2,5$ mm para homens abaixo de 40 anos nas derivações V2 e V3;
- ≥ 2 mm para homens acima de 40 anos nas mesmas derivações;
- $\geq 1,5$ mm para mulheres em V2 e V3;
- ≥ 1 mm nas demais derivações;
- $\geq 0,5$ mm em V3r, V4r, V7 e V8.

Alterações dinâmicas da onda T, depressão do segmento ST e elevação do segmento ST em oito ou mais derivações, associadas à elevação em aVR e/ou V1, sugerem lesão significativa da artéria descendente anterior ou lesão multivascular.

Depressões do segmento ST em V1 a V3, junto com elevações em V7 e V8, indicam um infarto de parede posterior. Pacientes apresentando dor torácica com um possível novo bloqueio de ramo esquerdo (BRE) são tratados como

potenciais portadores de SCA com elevação do ST. Situações com bloqueio completo de ramo direito (BRD) exigem consideração para coronariografia/angioplastia se a dor persistir. Esses parâmetros destacam a importância do eletrocardiograma não apenas como ferramenta diagnóstica, mas também como guia para intervenções terapêuticas urgentes, enfatizando seu papel crítico no manejo de pacientes com condições cardíacas agudas.

Diante de um ECG mostrando supradesnivelamento do segmento ST significativo como o caso em questão, é essencial iniciar imediatamente o tratamento para infarto agudo do miocárdio, independentemente dos níveis de troponina. A pronta ação inclui a monitorização cardíaca do paciente, estabelecimento de um acesso venoso e administração de medicamentos para dupla antiagregação plaquetária. Deve-se avaliar a necessidade de oxigênio suplementar se a saturação de oxigênio for inferior a 90%, e a gestão da dor deve ser realizada com nitrato, morfina, e betabloqueador. Inicialmente, recomenda-se o repouso no leito, com uma progressão para deambulação após 24-72 horas, se bem tolerado. A alta hospitalar pode ser considerada após 4 dias para pacientes sem complicações.

O nitrato sublingual deve ser a primeira opção, evoluindo para administração endovenosa se necessário. Embora os nitratos não melhorem a sobrevida ou reduzam desfechos cardiovasculares adversos graves, eles são úteis no controle da pressão arterial, insuficiência cardíaca e alívio dos sintomas anginosos. É importante notar a contraindicação de nitratos em caso de infarto do ventrículo direito ou uso recente de inibidores da fosfodiesterase-5, principalmente no caso de paciente de sexo masculino, idoso e hipertenso, diabético como M. B. Para o manejo da dor e o tratamento do infarto agudo do miocárdio, a abordagem inclui diversas opções medicamentosas e de suporte. Analgésicos como dipirona 1g EV a cada 6 horas e morfina 2-5 mg EV conforme a necessidade são empregados. A administração inicial de ácido acetilsalicílico (150-325 mg VO mastigado) seguida de uma dose de manutenção diária (75-100 mg VO) é crucial. Para antiagregação, pode-se utilizar clopidogrel, prasugrel, ou ticagrelor, com doses ajustadas de acordo com o contexto clínico e a idade do paciente. Vasodilatadores coronarianos, como a nitroglicerina, são utilizados para alívio sintomático, ajustando a dose para evitar hipotensão,

principalmente em pacientes que não devem receber esses medicamentos, como aqueles com infarto de ventrículo direito ou uso recente de inibidores da fosfodiesterase-5. Betabloqueadores são indicados para controle da PA e taquicardia, com atenção às contra indicações. A anticoagulação é realizada com enoxaparina, heparina não fracionada, ou fondaparinux, dependendo da situação clínica e da função renal do paciente. Estatinas de alta potência são prescritas para gestão lipídica. Em cenários onde a angioplastia não é viável imediatamente, a trombólise pode ser considerada, escolhendo o agente mais apropriado. Inibidores da ECA ou bloqueadores dos receptores de angiotensina são recomendados para todos os pacientes com disfunção ventricular esquerda, hipertensão, ou diabetes.

Em alguns casos, antagonistas mineralocorticoides são adicionados ao regime.

Além do ECG e os exames laboratoriais, Pacientes com IAMCSST devem realizar uma radiografia de tórax para avaliar outras causas de desconforto torácico e para avaliar as complicações do IAM (por exemplo, edema pulmonar), conduta que não foi realizada na UPA, como eu não tenho mais informações sobre o paciente depois do encaminhamento, não sei relata sobre a conduta realizada no HMMSMA onde foi encaminhado para realização da terapia de reperfusão.

A angioplastia primária é considerada mais eficaz para reperfusão, oferecendo melhores resultados e um menor risco de reinfarto ou isquemia residual, em comparação com a terapia fibrinolítica. No entanto, quando o paciente está em um local que não dispõe de recursos para angioplastia primária, a escolha entre transferir para um centro especializado ou iniciar a fibrinólise no local depende do tempo estimado de transferência. Se o tempo desde a chegada do paciente ao primeiro serviço de saúde até a realização da angioplastia no centro especializado for inferior a 120 minutos, a transferência é a opção recomendada. Caso contrário, e na ausência de contraindicações, deve-se optar pela fibrinólise no local. Após a administração do fibrinolítico, é aconselhável que o paciente seja avaliado por cineangiocoronariografia dentro de 24 horas. A terapia fibrinolítica pode alcançar resultados semelhantes à angioplastia se o tratamento for iniciado nas primeiras 2 a 3 horas após o início

dos sintomas, especialmente em pacientes com risco de morte de leve a moderado, grande área de miocárdio em risco, sem ondas Q no ECG e sem dúvidas quanto ao diagnóstico. Fonte USP,2023.

A decisão pela conduta inicial, incluindo hidratação, administração de morfina, metoclopramida, terapia antiagregante e monitoramento cardíaco, está alinhada com as diretrizes de tratamento para SCA, visando alívio da dor, estabilização hemodinâmica e prevenção de complicações imediatas. O encaminhamento para cirurgia de reperfusão reflete a necessidade urgente de restauração do fluxo sanguíneo no contexto de IAMCST.

A avaliação inicial de pacientes que apresentam Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST (IAMCSST) engloba a análise de condições que podem necessitar de intervenções adicionais ou influenciar a estratégia de tratamento do IAMCSST. Entre estas condições, está o choque, em que é vital a identificação de evidências e características que possam indicar sua presença e tipo, seja cardiogênico ou distributivo, através de sinais como extremidades frias e distensão venosa jugular. Além disso, todos os pacientes devem ser examinados quanto a indicativos de insuficiência cardíaca, que incluem sintomas como ortopneia, distensão venosa jugular e edema pulmonar. A dissecação aórtica, apesar de rara, também deve ser considerada em pacientes com IAMCSST devido às suas implicações no tratamento; sinais incluem dor torácica intensa, pulsos assimétricos, novos sopros cardíacos e alargamento mediastinal em radiografias. Ademais, é crucial avaliar o risco de coagulopatia e trombocitopenia, visto que o tratamento padrão para IAMCSST eleva o risco de sangramento. Isso envolve verificar o uso de medicamentos anticoagulantes ou antiplaquetários, histórico de distúrbios hemorrágicos ou de coagulação, e a presença de anormalidades nos exames de coagulação. Avaliar cuidadosamente estas condições é fundamental para otimizar o manejo e os desfechos do tratamento de pacientes com IAMCSST.

A transferência imediata para o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC) foi essencial, dada a necessidade crítica de atendimento especializado e infraestrutura apropriada para enfrentar a emergência cardiovascular apresentada pelo paciente. A capacidade da Unidade de Pronto Atendimento de seguir rigorosamente o protocolo era limitada, tornando-se inadequada para

gerenciar possíveis complicações devido à sua menor capacidade tecnológica, o que representaria uma conduta de risco para a vida do paciente. Importantes medidas de intervenção já haviam sido tomadas; contudo, a severidade da situação exigia que o paciente não esperasse pelos resultados dos exames laboratoriais para a alocação de uma vaga, especialmente considerando o evidente infarto do miocárdio (IAM) indicado pelo ECG e pela elevação de enzimas cardíacas. Condições como IAM e arritmias agudas com instabilidade hemodinâmica requerem encaminhamento direto para atendimento especializado, neste caso, para o HMCC, referência em tratamentos cardiovasculares em Foz do Iguaçu. A limitação de recursos na Unidade de Pronto Atendimento sublinha a urgência de transferir o paciente para um centro de referência onde ele possa receber os cuidados necessários sem demora, evitando a deterioração de seu estado ou o risco de óbito durante a espera. Felizmente, o paciente foi regulado para o HMCC através da modalidade de vaga zero, garantindo seu atendimento imediato.

A complexidade do caso de M. B, exige uma consideração cuidadosa dos **diagnósticos diferenciais**. Enquanto a SCA é a hipótese diagnóstica primária, é vital considerar e excluir outras causas potenciais de dor torácica aguda, como dissecação aórtica, pericardite aguda, tromboembolismo pulmonar, e até condições gastrointestinais como esofagite ou doença do refluxo, embora estas últimas sejam menos prováveis dadas as características da dor e os achados do ECG.

- A angina estável surge como um diagnóstico provável, dada a característica da dor que melhora com repouso e se agrava com esforço, alinhada aos fatores de risco do paciente, como diabetes, hipertensão e hipercolesterolemia. Contudo, a ausência de um padrão de dor aguda e súbita somando a ausência de assimetria de pulsos ou diferença de pressão arterial entre os membros torna a dissecação aórtica menos provável, apesar de seu perfil de risco. Pericardite aguda poderia explicar a dor e a ansiedade, mas a melhora específica na postura sentada, característica dessa condição, não foi relatada. O tromboembolismo pulmonar (TEP) também é considerado, embora a estabilidade dos sinais vitais e a ausência de dispneia sugiram outra origem para a dor.

- Angina vasoespástica, enquanto possível, geralmente se apresenta sem relação clara com o esforço e teria manifestações noturnas, o que não se encaixa perfeitamente aqui. Aneurismas ventriculares esquerdos e repolarização precoce são menos consistentes sem sinais de insuficiência cardíaca ou evidência eletrocardiográfica. Transtornos de ansiedade podem exacerbar ou mimetizar a dor torácica, mas a presença de fatores de risco cardíaco sugere uma causa orgânica primária. Estenose aórtica e cardiomiopatia dilatada requerem manifestações clínicas e exames específicos que não foram detalhados, tornando o diagnóstico incerto sem mais avaliação. Miocardite poderia se apresentar com sintomas similares, mas a falta de sinais típicos de infecção ou insuficiência cardíaca aguda minimiza sua probabilidade.
- Por fim, condições gastrointestinais como esofagite ou doença do refluxo poderiam explicar a dor que irradia para o epigástrio, porém a especificidade dos sintomas cardíacos e a ausência de sintomas gastrointestinais primários sugerem outra etiologia. Portanto, embora a angina estável seja um diagnóstico diferencial primário, a complexidade dos sintomas e a presença de múltiplos fatores de risco exigem uma avaliação cardiológica detalhada, além de considerar avaliações gastrointestinais e psicológicas, para uma conclusão diagnóstica abrangente.

4.5 CASO 5

21/01/25 Atendimento realizado em domicílio junto com a equipe do SAMU base.

Anamneses

Identificação da paciente (ID): H.M. 90 anos, feminina, aposentada,

Queixa principal: Obstrução da Sonda nasogástrica (SNG)

Histórico do problema atual: A filha, HM, relata que, na última semana, sua mãe tem permanecido no leito por períodos mais longos do que o habitual,

o que foi comprovado no comprometimento da integridade da pele. Observa-se hiperemia local, especialmente nas regiões de maior proeminência óssea, como os trocânteres, a região escapular e os calcâneos. Além disso, ela menciona dificuldades relacionadas à sonda nasogástrica (SNG), que apresenta obstruções ocasionais, comprometendo tanto a alimentação do paciente quanto a administração de medicamentos.

História Patológica Progressiva (HPP):

- Histórico de acidente vascular encefálico (AVE) há cinco anos, com sequelas de hemiplegia à direita e disfagia.
- Hipertensão arterial sistêmica (HAS) acende há 11 anos. Ex-etilista e ex-tabagista, fumava cerca de 20 cigarros por dia até suspender o hábito após o AVE.
- Revisada a Caderneta do Idoso, consta registro de três doses da vacina dupla tipo adulto (dT), sendo a última em 2005. Recebe anualmente a vacina contra influenza sazonal.
- Nega alergias medicamentosas.

Medicações em uso: AAS 100mg, 1cp/no almoço; Propranolol 40 mg 1cp/2x ao dia; hidroclorotiazida 25 mg 1 cp/dia; Captopril 25 mg 1cp /2x ao dia

História social: A filha faz cuidados desde que a paciente sofreu o AVE, recebe auxílio de seu filho e nora que moram perto da casa da senhora H.M.

História familiar: mãe era hipertensa e obesa, morreu aos 90 anos de causa natural, pai HAS e DM2, tendo morrido aos 75 anos por AVE

Exame físico:

Sinais Vitais: PA: 130/90 mmHg // Temperatura: 36.8°C // FR: 16 mrpm // FC: 60bpm, Peso: 80 kg // Altura 171 cm // IMC: 28,31 Kg/m²

Ectoscopia: Bom estado geral, desidratada, eupneica, anictérica, acianótica e afebril.

Uso de sonda nasogástrica.

Neurológico: Glasgow 14, lucido e orientado em tempo e espaço, pupilas isocóricas e fotorreagentes, ausência de déficit focais, ausência de sinais de meningismo. Hemiplegia a direita.

Sistema Respiratório: MV diminuído, acompanhado de crepitanes em base

Sistema Cardiovascular: ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas em 2 tempos.

Cabeça: Faz uso de prótese dentaria tanto superior e inferior, apresentando má higienização da cavidade oral.

Pele: Região sacral, calcâneos e maléolos apresentando hiperemia.

Abdome: Globoso e rígido, doloroso a palpação, faz uso de sonda nasogástrica.

Extremidades inferiores: Com edema+/++++

Avaliação: Paciente com quadro de obstrução da sonda nasogástrica obstruindo a alimentação, bem como a administração dos medicamentos, paciente vem permanecendo no leito por mais tempo que o habitual, resultando em epiderme, hiperemia no lugar,

Hipóteses diagnósticas: Obstrução da sonda nasogastrica

Diagnósticos diferencias: Sedentarismo

Conduta inicial:

Foi injetado com uma seringa, 20 ml de agua fria fervida com a paciente sentada e com a cabecearia elevada.

Foi solícito e aconselhado: Para evitar a obstrução da sonda, deve-se injetar como uma seringa de 40 ml de aguda fria, filtrada ou fervida, a administração pode ser antes e após, em caso que haja obstrução em casa injetar levemente como uma seringa de 20 ml de agua filtrada ou fervida morna. Sempre que realize estas procedimentos coloque ao paciente sentado ou como a cabeceira elevada durante a administração da dieta. Esta orientação é importante já que evitara uma regurgitação e uma possível aspiração do

conteúdo gástrico. As capsulas gelatinosas precisam ser furadas e diluídas em água; as capsulas devem ser abertas e misturadas com água; a dieta que é preparada e caseira deve de ser liquidificada e coada.

Porque eu decide fazer este caso clinico?

No momento que me falaram que tínhamos que sair da base do SAMU os auxiliares de enfermeira me ensinaram como seria o cenário no contexto domiciliar me começaram a explicar, o manejo da sonda nasogástrica (SNG) se torna ainda mais desafiador, pois a assistência direta da equipe de saúde é limitada, e a responsabilidade recai principalmente sobre os familiares e cuidadores. Nesse cenário, nós, como futuros médicos, não precisamos apenas saber lidar com o SNG, mas também orientar e capacitar especificamente aqueles que cuidam do paciente em casa. E tudo isso me fez pensar que muitas vezes, os cuidadores enfrentam dificuldades com a obstrução da sondagem, administração de alimentos e medicamentos ou até mesmo com o desconforto e a satisfação do paciente. Se não forem bem instruídos, esses problemas podem levar a complicações, como desnutrição, aspiração e até a necessidade de reinternação. Portanto, além do conhecimento técnico, devemos desenvolver uma abordagem empática e didática, garantindo que os familiares compreendam como manter a sonda funcionando corretamente, reconhecendo sinais de alerta e buscando ajuda quando necessário. O cuidado domiciliar exige um olhar mais atento e humanizado, pois o suporte que oferecemos pode fazer toda a diferença na qualidade de vida do paciente e na segurança do tratamento.

Discussão Critica

A técnica de sondagem nasogástrica ou nasoentérica pode ser realizada pelo enfermeiro ou pelo médico. O tempo de utilização da sonda é indeterminado, ficando a troca a critério do enfermeiro. Alguns autores relatam que a sonda deveria ser trocada dentro de 30 dias, mas se estiver em boas condições seu uso pode ser por tempo indeterminado. Dreye et al., 2011.

Técnica de sondagem Nasogastrica / Nasoentérica

Figura 9 – Material de para fazer sondagem



Fonte: Imagem de Google

Procedimento para inserção da sonda:

- Explicar e orientar o paciente sobre a importância e a necessidade do uso da sonda, garantindo sua compreensão e colaboração no processo.
- Posicionar o paciente atualizado, mantendo-o sentado ou em decúbito elevado a 45° para reduzir o risco de aspiração e facilitar a passagem da sonda.
- Medir a extensão da sonda a ser afetada: Posicionar a extremidade distal da sonda no lóbulo da orelha, estendendo-a até a ponta do nariz e, em seguida, até o apêndice xifoide. Se o posicionamento para gástrico, acrescente 2 cm antes da introdução. Para posicionamento na segunda ou terceira porção do duodeno ou no jejuno (nasoenteral), acrescente entre 20 e 25 cm para permitir uma migração espontânea com o estímulo peristáltico. Marque o ponto exato de inserção com esparadrapo, garantindo maior precisão e segurança durante o procedimento.
- Deve ser determinada a porção da sonda que será introduzida, devemos umedecê-la com água ou com uma pequena quantidade de anestésico local, podendo ser colocada na narina para diminuir o desconforto.
- Introduza a sonda delicadamente por uma das narinas, deslizando-a ao longo do septo nasal e da superfície superior do palato duro. Orientar o

paciente a relaxar os músculos musculares e, ao sentir que a sonda atingiu a garganta, instruí-lo a inspirar profundamente e engolir com força para minimizar a sensação de náusea causada pela passagem da sonda na faringe. Se o paciente estiver consciente, ofereça pequenos goles de água para facilitar a deglutição e a progressão da sonda.

- Caso encontre resistência durante a introdução, verifique se a sonda já atingiu o estômago. Isso pode ser feito por meio de: Aspiração do suco gástrico com uma seringa de 20 ml (seringas menores não são recomendadas, pois geram pressão excessiva, podendo danificar a sonda e lesionar a mucosa gástrica). Introdução de 10 a 20 ml de ar na sonda e ausculta com estetoscópio logo abaixo do apêndice xifoide; a presença de um ruído audível indica que a extremidade da sonda está corretamente posicionada no estômago e pérvia.
- Após a confirmação do posicionamento, fixe a sonda na face do paciente para evitar deslocamentos.
- Para confirmar a localização da sonda nasoentérica, deve-se realizar um exame radiográfico ou analisar o pH do líquido aspirado.

Fonte: Vaina et al 2011

Ao chegarmos à casa, a família solicita a retirada da sonda, acreditando que ela era a causa do estado do paciente. E tivemos que explicar os motivos pelos quais a remoção da sonda só poderia ser considerada após uma avaliação cuidadosa.

Avaliação da sonda gástrica (retirada):

Diante do pedido da família para a retirada da sonda nasogástrica, é necessário explicar que essa decisão deve ser avaliada cuidadosamente para garantir a segurança do paciente. O primeiro passo para essa avaliação é realizar um teste de deglutição. Para isso, a sonda nasogástrica é removida e o paciente coleta pequenas quantidades de água para ingerir. O teste consiste em oferecer 5 ml de água em uma colher de chá, repetindo o processo até completar 10 colheradas, observando atentamente a resposta do paciente. Inicialmente, o paciente apresentou dificuldade na deglutição e escape de água para fora da

boca. No entanto, ao repetir o procedimento, procure-se uma melhoria progressiva na deglutição, com redução do escape de líquido e ausência de sinais de complicações respiratórias ou dificuldades na fala. Diante da evolução progressista, o paciente pode tentar permanecer sem uma sonda nasogástrica. A família deve ser orientada a iniciar a alimentação por via oral com dieta pastosa. Além disso, se disponível no município, é conveniente solicitar uma avaliação odontológica para a adaptação da prótese dentária e encaminhar o paciente para um fonoaudiólogo, que poderá auxiliar no aprimoramento da função de deglutição.

Lembremos que nossa paciente apresentou AVC há 5 anos atrás, então no caso da dona H. M. temos que fazer um rastreamento de disfagia.

Outras das coisas que foram observadas na paciente era que apresentava hiperemia na região sacral, calcâneos e maléolos. As orientações que foram faladas para os familiares foram:

- Mudar de decúbito a cada 2 horas
- Hidratar e lubrificar a pele
- Uso de superfícies para redistribuição da pressão
- Inspeção diária
- Alívio periódico da pressão

A úlcera por pressão (UPP) é uma lesão localizada na pele e/ou no tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, causada pela pressão isolada ou combinada com cisalhamento e fricção. Embora outros fatores possam estar envolvidos no seu desenvolvimento, seu papel ainda não está totalmente esclarecido. A incidência da UPP aumenta proporcionalmente à presença de fatores de risco, como idade avançada e restrição prolongada ao leito. A manutenção da integridade da pele em pacientes acamados baseia-se no conhecimento e na aplicação de medidas preventivas relativamente simples. Muitas das recomendações para avaliação da pele e prevenção de lesões são universais, ou seja, válidas tanto para evitar UPP quanto para prevenir outros tipos de lesões problemáticas. A UPP é uma preocupação significativa, pois impacta não apenas a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, mas

também o sistema de saúde, devido ao aumento da necessidade de cuidados e tratamentos. As estratégias de prevenção devem ser aplicadas a todos os indivíduos vulneráveis, independentemente da faixa etária. Além disso, é essencial que todas as pessoas envolvidas no cuidado de pacientes em risco — seja em ambiente hospitalar, unidades de cuidados prolongados ou domicílio — adotem práticas adequadas para minimizar o desenvolvimento dessas lesões, independentemente do diagnóstico ou das necessidades específicas de cada paciente.

Continuando com o caso, outras coisas que foram explicadas para os familiares foram as complicações que o imobilismo pode causar:

- Enfraquecimento, obstrução venosa, deformidades devido ao imobilismo.
- Mobilização previne as complicações
- Podendo ser realizada de forma ativa, assistida ou passiva.

É importante revisar todos os cuidados necessários para garantir a segurança e o bem-estar do paciente em casa. Como ele apresenta alto risco cardiovascular, devido à hipertensão arterial, e cerebrovascular, por já ter tido um AVE isquêmico, precisamos estar atentos a sinais de descompensação, como alterações na pressão arterial, fraqueza súbita ou dificuldades na fala.

Além disso, ela faz uso de uma sonda nasogástrica para alimentação. Isso exige cuidados diários para evitar obstruções, infecções e outros problemas. A higiene adequada das sondas e a observação de qualquer sinal de complicação são fundamentais.

Outro ponto essencial é a prevenção de úlceras por pressão, já que ele permanece longos períodos no leito. Para isso, é necessário mudar sua posição regularmente, manter a pele sempre limpa e hidratada e usar superfícies específicas para reduzir a pressão em áreas vulneráveis, como as proeminências ósseas. Com esses cuidados, conseguimos manter a qualidade de vida do paciente e reduzir o risco de complicações.

CAPITULO 5

A experiência que tive como interna durante o módulo de Urgência e Emergência foi, a mais enriquecedora para mim. Minha resposta para essa afirmação é simples: cada plantão noturno e diurno que fiz trouxe um novo aprendizado. Até mesmo os conhecimentos básicos, que eu poderia ter adquirido apenas na teoria, mudaram pensamentos e perspectiva de vida como médico. São aspectos que por minha conta própria talvez não poderia haver considerado.

Um exemplo marcante ocorreu quando percebi que não sabia exatamente como funcionava o protocolo de atendimento do SAMU em caso de parada Cardíaca. No entanto, nas saídas com a equipe, tive a oportunidade de acompanhar um caso suspeito de Parada Cardiorrespiratória (PCR) no domicílio.

Ao chegarmos ao local, o paciente se apresentava PA sem pulso, rígido e cianótico. A medica iniciou os primeiros socorros que não tiveram efeito. A medica questionou a esposa sobre o paciente, a esposa mencionou que ele havia ingerido uma grande quantidade de medicamentos que pertenciam a ela. Diante dessa nova informação, o procedimento mudou. Perguntei ao enfermeiro que procedimento continuava depois que acontecia este tipo de acontecimentos, aí ele me explicou que tínhamos que ligar para a polícia militar, já que tínhamos que descartar outras possíveis causas de morte e assim poder abrir uma investigação adequada. Quando a polícia chegou a medica explicou o caso do paciente, que aparentemente tinha acontecido uma suspeita de suicídio.

No momento em que observei o cenário, muitos pensamentos passaram pela minha mente sobre como, ao longo da nossa formação, vamos nos preparando diariamente, tanto psicologicamente quanto profissionalmente, por meio das práticas nos diferentes campos. Lembrei das aulas de Cuidados Paliativos com a Dra. Fabiana Aidar e percebi o quanto aqueles ensinamentos foram essenciais para lidar com essa situação. Durante as aulas, uma das reflexões propostas pela Dra. Fabiana foi: Como estamos nos sentindo? Ela nos incentivou a compartilhar experiências marcantes e a refletir sobre como lidamos com situações difíceis, questionando também os desafios que enfrentamos em

nossa própria vida, como questões familiares, saúde mental, transporte e tantas outras preocupações.

Entre os aprendizados mais importantes, ficou a lembrança de que, ao lidar com familiares que buscam esclarecimentos sobre pacientes graves, é fundamental não se distanciar da nossa própria humanidade. Manter um equilíbrio entre um distanciamento saudável e a empatia é essencial para garantir uma atuação profissional eficaz sem perder a conexão com o paciente e seus entes queridos. Além disso, o protocolo **SPIKES** se mostrou uma ferramenta valiosa para conduzir conversas difíceis com sensibilidade e respeito.

O que significa SPIKES? É um protocolo de sete etapas para poder comunicar má notícias.

- **S** – Preparação: Criar um ambiente adequado, garantindo privacidade e preparando-se emocionalmente.
- **P** – Percepção: Avaliar o entendimento da família sobre a doença e os exames.
- **I** – Invitação: Convidar o paciente ou família para o diálogo.
- **K** – Conhecimento: Comunicar a notícia de forma clara, utilizando pausas e permitindo o silêncio.
- **E** – Emoções: Acolher e reconhecer os sentimentos, incentivando a expressão emocional.
- **S** – Sumário: Reforçar as informações principais e esclarecer dúvidas.

Com esses aprendizados, a médica esperou que todos saíssem do quarto e, então, me autorizou a dar a informação sob sua supervisão. Busquei o momento mais adequado para iniciar uma conversa com a esposa do paciente. Expliquei a ela o que havia acontecido e a possível causa que levou seu esposo a tomar essa decisão. Ela compartilhou comigo tudo pelo que ele estava passando, e foi nesse momento que compreendi melhor a situação. Após acalmá-la, pedi que fosse forte. Em resposta, ela começou a desabafar, dizendo o quanto seria difícil morar sozinha, pois ele era seu companheiro de vida. Depois de um momento de silêncio, percebi que ela estava um pouco mais tranquila em comparação ao estado em que a encontramos ao chegar ao local.

O que senti que faltou foram aulas práticas em salas de simulação. Gostaria de ter, mesmo que por poucas horas na semana, esse tipo de treinamento para aprimorar minhas habilidades e ganhar mais experiência além dos plantões, especialmente em situações específicas. Um exemplo claro foi quando precisei realizar um acesso venoso central. Naquele momento, eu tinha apenas o conhecimento teórico, mas, com o apoio dos residentes, consegui executar o procedimento. No entanto, percebo que a prática em simulação teria facilitado ainda mais o aprendizado e me preparado melhor para minha futura vida profissional. Além disso, houve temas que ainda não consegui acompanhar ou praticar, pois tive contato apenas com a teoria.

Quanto à minha relação com os colegas de outra turma, foi limitada. Durante as aulas presenciais com o Dr. Guilherme, conheci poucas pessoas, mas, nas poucas vezes em que nos encontramos, todos se mostraram muito dedicados e agradáveis. Já as práticas nos diferentes campos me proporcionaram uma aproximação maior com minha colega Suellem. Ela me ajudou a me desenvolver melhor no trabalho em equipe, já que sou uma pessoa tímida. Além disso, com ela, aprendi sobre a cefaleia do trigêmeo uma condição com a qual ela lida diariamente e sobre a qual me autorizou a falar neste relatório.

Outro aprendizado importante foi compreender que, em algumas situações, médicos podem precisar trocar de plantonista por diversos motivos e que é essencial ter empatia nesses momentos. Essa percepção veio da convivência com minha colega e se tornou uma lição valiosa para minha prática profissional. A relação que tive com minha colega Suellem, foi uma experiência muito positiva. Ela se mostrou uma pessoa extremamente agradável e, ao mesmo tempo, com um vasto conhecimento para compartilhar em cada plantão. Nos demos muito bem, o que facilitou nossa comunicação e criou um ambiente de confiança mútua. Trocamos de plantão apenas duas vezes, a pedido dela, pois ela convive com a doença de cefaleia do trigêmeo. Com o tempo, fui compreendendo melhor a situação pela qual ela passava. Durante todo o período, nós ajudamos mutuamente da melhor forma possível, o que fortaleceu ainda mais nossa parceria.

Devido ao tempo disponível durante o estágio, minha colega e eu concordamos em estudar os temas que surgiam na prática e compartilhá-los

entre nós para uma melhor compreensão. Em alguns dias, também aproveitávamos para esclarecer dúvidas diretamente com o médico, e as correções que recebíamos contribuíam significativamente para o nosso aprendizado. Graças ao apoio dos médicos preceptores, que foram nossos guias ao longo do estágio, conseguimos compreender melhor as diferentes situações vivenciadas por cada paciente e seus familiares.

Um dos casos mais difíceis de assimilar foi acompanhar um paciente paliativo que faleceu enquanto eu auscultava seu coração. No momento em que ele deu seu último suspiro, percebi que não conseguia mais ouvir seus batimentos cardíacos e fiquei assustada. Como se tratava de um paciente paliativo, não havia mais intervenções a serem feitas. Senti uma tristeza profunda, pois ele me lembrava muito o meu avô. Além disso, fiquei comovida pela esposa, que estava sozinha, sem filhos ou qualquer rede de apoio. No dia seguinte, procurei a psicóloga do hospital municipal, que me ajudou a lidar com essa experiência, evitando que isso impactasse minha estabilidade emocional. Posso dizer que esse momento me fez crescer tanto pessoal quanto profissionalmente. Ele fortaleceu minha determinação em aprender mais e me preparar melhor, para que, em situações futuras, eu possa atuar com mais segurança e estar ainda mais apta a ajudar meus pacientes.

Falar sobre os plantões noturnos é um desafio para mim, pois não foi algo fácil. Não estou acostumada a ficar acordada por tanto tempo, e em algumas ocasiões, tive dores de cabeça, o que tornou ainda mais difícil lidar com a rotina de 2 a 3 plantões noturnos por semana. Pessoalmente, não gosto desse tipo de plantão, mas reconheço que eles trouxeram aprendizados valiosos. Durante esses turnos, quando o fluxo de pacientes era menor, os médicos com quem acompanhei dedicavam mais tempo para ensinar com calma e me ofereciam maior autonomia para auxiliar em casos complexos, sempre sob supervisão. Quando não me lembrava de algum procedimento ou não me sentia totalmente segura para continuar um atendimento, solicitava ajuda, o que me permitiu aprender com mais confiança e ganhar experiência a partir do conhecimento dos médicos.

Mesmo conseguindo lidar com os plantões, percebo, assim como muitos de meus colegas, que o tempo é um fator crucial. A dedicação ao estudo e à

preparação individual é o que realmente define um estudante de medicina. Dessa forma, sempre que surgiam dúvidas que não podiam ser resolvidas apenas com os livros, eu aproveitava cada estágio para perguntar e aprofundar meu conhecimento, dependendo da disponibilidade do médico. No entanto, isso representou um desafio, pois nem todos os médicos atuam como preceptores. Ainda assim, essa dificuldade não chegou a comprometer significativamente meu aprendizado.

Da mesma forma, os aprendizados com os professores durante o pré-internato foram valiosos. No entanto, acredito que poderíamos ter aproveitado mais as aulas teóricas com eles, pois senti falta de uma orientação mais específica sobre como abordar certos temas. Também senti a necessidade de tirar mais dúvidas pessoalmente. Mesmo assim, procurei aproveitar ao máximo os conselhos de todos os professores, com o intuito de utilizar essas orientações para aprimorar minha formação.

CAPITULO 6

Listagem dos procedimentos invasivos realizados pela aluna ao longo do modulo, incluindo quantidade e a descrição de cada um.

6.1 VIA AÉREA INVASIVA:

6.1.1 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL:

A intubação orotraqueal é um procedimento médico fundamental, especialmente em casos de urgência e emergência. Sua principal função é manter as vias aéreas desobstruídas, garantindo que o paciente consiga respirar adequadamente. Além disso, permite a ventilação mecânica, que é essencial para casos em que a respiração espontânea está comprometida. Embora seja um procedimento invasivo, sua realização pode ser decisiva para salvar vidas.

Indicações:

Insuficiência respiratória: Quando o paciente não consegue manter trocas gasosas adequadas espontaneamente.

Proteção das vias aéreas: Necessário em casos de risco de aspiração, como em pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou refluxo gastroesofágico.

Facilitação da ventilação mecânica: Permite ventilação controlada e monitoramento dos gases sanguíneos.

Procedimentos cirúrgicos: Indicado em cirurgias que exigem anestesia geral e relaxamento muscular.

Contraindicações:

Obstrução da via aérea superior: Presença de tumores, corpos estranhos ou queimaduras extensas.

Trauma facial severo: Fraturas de mandíbula ou maxilar que dificultam a intubação.

Coagulopatias: Maior risco de sangramento durante o procedimento.

Infecções das vias aéreas superiores: Aumenta o risco de complicações infecciosas.

Material Necessário:

Laringoscópio com lâminas adequadas ao paciente; Tubos endotraqueais de diferentes tamanhos; Seringa para insuflação do balonete do tubo; Fita adesiva para fixação do tubo; Estetoscópio; Fonte de oxigênio; Ventilador mecânico (se necessário); Medicamentos para sedação e analgesia; Equipamentos de proteção individual (EPI).

Técnica de Realização da Intubação Orotraqueal

Preparo do Paciente:

O paciente deve ser posicionado corretamente em decúbito dorsal (deitado de costas) com a cabeça em posição de "sniffing", que consiste na leve flexão do pescoço e elevação do queixo, facilitando a visualização das cordas vocais.

Oxigenação e Pré-Oxigenação

Antes de fazer a intubação, é bom garantir uma boa oxigenação para o paciente. Feito administrando oxigênio através de uma máscara facial, prevenindo a hipóxia durante o procedimento.

Laringoscopia

O laringoscópio é introduzido pela boca, permitindo a observação das cordas vocais, importante para um procedimento seguro e preciso.

Intubação

A intubação é feita através das cordas vocais e posicionado até a marcação pré-determinada, garantindo que esteja na profundidade correta para uma ventilação eficaz.

Insuflação do Balonete

O balonete deve ser insuflado com ar para criar uma vedação eficiente, impedindo vazamentos e garantindo a ventilação adequada.

Confirmação do Posicionamento

Para garantir que o tubo foi corretamente inserido na traqueia e não no esôfago, são realizadas algumas verificações:

- Ausculta pulmonar: Avaliação dos sons dos pulmões respiratórios em ambos os pulmões.
- Observação da condensação de água no tubo: Indica a passagem de ar pelo tubo.
- Capnografia: Mede a quantidade de CO₂ expirado, confirmando se o tubo está corretamente posicionado.

Fixação e Identificação

Fixação: O tubo é preso à boca do paciente com fita adesiva, garantindo que ele permaneça estável e evitando deslocamentos ou angulações.

Identificação: Deve-se marcar a profundidade de inserção do tubo e registrar a data do procedimento.

Registro em Prontuário

As seguintes informações devem ser registradas no prontuário para fins de acompanhamento e segurança do paciente:

Indicação: Motivo pelo qual a intubação foi realizada.

Material utilizado: Tipo, tamanho e marca do tubo.

Profundidade de inserção: Medida em centímetros a partir dos lábios.

Horário da intubação.

Complicações (se houver), detalhando os eventos ocorridos.

Tratamento pós-intubação: Medicamentos administrados, como sedação e analgesia, além de parâmetros da ventilação mecânica.

Complicações e Manejo

Podem ocorrer concorrências, exigindo intervenção rápida:

Obstrução da via aérea: Se o tubo estiver obstruído, pode ser necessário removê-lo e reintubar ou utilizar outra via aérea.

Intubação seletiva (esofágica): Se o tubo for inserido acidentalmente no esôfago, ele deve ser retirado imediatamente e a intubação refeita corretamente.

Hipoxemia: Caso o paciente apresente queda na oxigenação, pode ser necessário aumentar a FiO_2 (fração inspirada de oxigênio) e ajustar os parâmetros do ventilador.

Barotrauma: Para evitar lesões pulmonares por pressão excessiva, a pressão do pico inspiratório deve ser ajustada.

Infecção: A higiene oral rigorosa e a troca regular do tubo ajudam a prevenir complicações infecciosas.

Normas de Controle de Infecção

Para garantir a segurança do paciente algumas medidas preventivas devem ser seguidas:

Higiene das mãos: Lavar as mãos antes e depois do procedimento.

Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI): Luvas, máscara, óculos de proteção e gorro devem ser utilizados.

Assepsia: O campo operatório deve ser mantido limpo e seco.

Troca regular do tubo: Recomenda-se a substituição a cada 48-72 horas ou conforme necessidade clínica.

Cuidados com a interface paciente-ventilador: A limpeza e desinfecção dos equipamentos devem ser feitas regularmente para evitar contaminações.

6.1.2 ACESSO VENOSO CENTRAL

O acesso venoso central (AVC) é um procedimento invasivo que possibilita a administração de medicamentos, fluidos, nutrição parenteral, transfusões sanguíneas e monitorização hemodinâmica em pacientes que necessitam de terapia intensiva ou tratamento prolongado.

Indicações

O procedimento é indicado nas seguintes situações:

Administração de medicamentos vesicantes: Como quimioterápicos e soluções hiperosmolares, que podem causar lesões se administrados por via periférica.

Nutrição parenteral total: Quando a alimentação via oral ou enteral não é possível ou suficiente.

Transfusões sanguíneas massivas: Especialmente em pacientes com dificuldade de acesso venoso periférico.

Monitorização hemodinâmica: Para avaliação da pressão venosa central e cateterismo venoso para hemodiálise.

Uso de medicamentos por longos períodos: Como antibióticos de amplo espectro e imunoglobulinas.

Contraindicações

O procedimento deve ser evitado em certas condições, como:

Infecção no local da punção: Aumenta o risco de disseminação da infecção.

Distúrbios da coagulação severos: Elevado risco de sangramento.

Trombose venosa profunda: Pode aumentar o risco de embolia pulmonar.

Sepse: Pode disseminar a infecção para a corrente sanguínea.

Materiais Necessários

Kit de punção venosa central (agulha, fio-guia, dilatador, cateter, etc.); Anestésico local; Antisséptico (clorexidina); Luvas estéreis; Campo cirúrgico; Fixador de cateter; Seringa com solução salina; Equipo de infusão; Material para curativo.

Técnica de Realização (Método de Seldinger)

O método de Seldinger é o mais utilizado para inserção do cateter venoso central, seguindo as seguintes etapas:

Preparo do paciente: Posicionamento adequado e antisepsia da pele.

Anestesia local: Infiltração no local da punção para minimizar a dor.

Punção da veia: A agulha é introduzida com o bisel voltado para cima, aspirando para confirmar o posicionamento.

Introdução do fio-guia: Após confirmação do acesso venoso, o fio-guia é inserido.

Dilatação da veia: Uso do dilatador para facilitar a introdução do cateter.

Introdução do cateter: O cateter é avançado sobre o fio-guia até a profundidade correta.

Fixação do cateter: O dispositivo é fixado com adesivo ou sutura.

Radiografia de tórax: Confirmação da posição adequada do cateter.

Fixação e Identificação

Fixação: Utilizar fixador específico para evitar deslocamento do cateter.

Identificação: Registrar tipo, calibre, data de inserção e nome do profissional responsável.

Registro em Prontuário

Indicação do procedimento, Local de inserção (veia utilizada), Calibre e tipo do cateter, Data e hora da inserção, Nome do profissional responsável, Complicações (se houver), Cuidados de enfermagem.

Complicações e Manejo

Algumas complicações podem ocorrer, exigindo medidas corretivas imediatas:

Hematoma → Aplicação de compressão local.

Pneumotórax → Remoção do cateter e drenagem torácica.

Arritmias cardíacas → Monitorização e ajuste medicamentoso.

Infecção → Remoção do cateter e antibioticoterapia.

Trombose venosa → Uso de heparina.

Embolia pulmonar → Tratamento trombolítico ou cirúrgico.

Normas de Controle de Infecção

Higienização rigorosa das mãos antes e após o procedimento; Uso adequado de EPI (luvas estéreis, campo cirúrgico); Antissepsia da pele com clorexidina alcoólica; Troca regular do curativo a cada 24-48 horas ou conforme protocolo; Monitorização de sinais de infecção (febre, eritema, dor, secreção); Remoção do cateter o mais cedo possível, assim que não for mais necessário.

Figura 10 – Realização de acesso venoso central



Fonte: foto tirada pela autora

6.1.3 SONDAGEM VESICAL DE DEMORA

A sondagem vesical de demora é um procedimento invasivo que consiste na introdução de um cateter através da uretra até a bexiga, permitindo a drenagem contínua da urina. Embora seja um procedimento comum, é fundamental realizá-lo de forma asséptica para prevenir complicações.

Indicações

Retenção urinária: Quando o paciente não consegue esvaziar a bexiga.

Incontinência urinária severa: Nos casos que comprometem o bem-estar do paciente.

Monitorização da diurese: Em pacientes críticos ou com desequilíbrio hidroeletrólítico.

Cirurgias pélvicas e abdominais: Para evitar distensão da bexiga e facilitar a cicatrização.

Impossibilidade de micção espontânea: Devido a obstruções ou lesões.

Contraindicações

Infecção uretral ativa: Pode aumentar o risco de infecção ascendente.

Trauma uretral: Risco de lesões adicionais.

Hemorragia uretral ativa: Pode piorar o sangramento.

Neoplasias uretrais: Podem obstruir o fluxo urinário.

Materiais Necessários

Sonda vesical de demora (Foley) de calibre adequado; Seringa com água destilada; Luvas estéreis; Campo fenestrado; Antisséptico (clorexidina);

Lubrificante estéril; Espéculo vaginal (para mulheres); Coletor de urina; Fita adesiva hipoalergênica.

Técnica de Realização:

- **Explicar o procedimento ao paciente:** Posicionar em decúbito dorsal e higienizar a região perineal.
- **Organizar o material** em uma mesa auxiliar.
- **Lubrificar a sonda** para facilitar a inserção.
- **Introduzir a sonda pela uretra até a bexiga**, observando o retorno de urina.
- **Insuflar o balonete com água** destilada para fixação.
- **Conectar ao coletor de urina.**
- **Fixar a sonda à coxa** para evitar tração e desconforto.

Registro em Prontuário

- Data e hora da inserção.
- Tipo de sonda utilizada.
- Volume de água no balonete.
- Quantidade de urina drenada.
- Condições do paciente antes e após o procedimento.

Complicações e Soluções

Infecção urinária → Troca da sonda, higiene adequada, antibioticoterapia.

Lesão uretral → Uso de lubrificante e técnica cuidadosa.

Obstrução da sonda → Verificação de torção ou coágulos.

Normas de Controle de Infecção

- Higienização das mãos antes e após o procedimento.
- Uso de técnica asséptica.
- Troca da sonda conforme prescrição médica.
- Monitorização da urina (cor, odor, presença de sangue).

Figura 11 – realização de sondagem vesical



Fonte: foto tirada pela autora

6.1.4 PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

A punção venosa periférica é um procedimento amplamente utilizado na prática clínica para facilitar a administração de medicamentos, a reposição de fluidos, a realização de transfusões sanguíneas e a coleta de amostras laboratoriais. Trata-se de um procedimento relativamente simples, porém, requer técnica adequada e atenção aos detalhes para garantir a segurança do paciente e a eficácia do tratamento.

Indicações

A punção venosa periférica é indicada para:

Administração de medicamentos intravenosos, incluindo antibióticos, analgésicos e outros fármacos; Reposição de líquidos em casos de desidratação, choque hipovolêmico ou suporte hemodinâmico; Transfusões sanguíneas e administração de hemoderivados; Coleta de amostras sanguíneas para exames laboratoriais; Monitorização hemodinâmica em pacientes que necessitam de acompanhamento contínuo.

Contraindicações

Embora seja um procedimento seguro, a punção venosa periférica deve ser evitada em determinadas situações, como:

Infecção local: Presença de sinais inflamatórios no local da punção pode aumentar o risco de disseminação da infecção.

Flebite: Inflamação prévia da veia compromete a eficácia do procedimento e pode levar a complicações.

Edema: O inchaço da região pode dificultar a visualização e palpação da veia, tornando a punção menos precisa.

Queimaduras ou lesões cutâneas: A integridade da pele comprometida aumenta o risco de infecção e dificulta a fixação do cateter.

Extremidades com comprometimento circulatório: Em pacientes com distúrbios vasculares, como trombose venosa profunda, a escolha do local da punção deve ser criteriosa.

Material Necessário

Para a realização da punção venosa periférica, são necessários os seguintes materiais:

- Luvas de procedimento para garantir a assepsia.

- Garrote para facilitar a dilatação da veia.
- Algodão embebido em álcool 70% para antissepsia do local.
- Seringa com agulha para coleta de sangue ou administração de medicamentos.
- Cateter venoso periférico de diferentes calibres, conforme a necessidade do paciente.
- Fita adesiva para fixação do cateter.
- Curativo estéril para proteção do local da punção.
- Recipiente adequado para descarte de material perfurocortante.

Técnica de Realização

A realização da punção venosa periférica segue uma sequência de etapas essenciais para garantir o sucesso do procedimento:

Preparo do material: Reunir todos os insumos necessários e verificar a validade dos produtos.

Higienização das mãos: Realizar a higiene das mãos com água e sabão ou utilizar álcool gel antes do procedimento.

Identificação do paciente: Confirmar a identidade do paciente e verificar a prescrição médica.

Escolha do local: Preferir veias calibrosas e de fácil acesso, como as do dorso da mão ou do antebraço.

Preparo da pele: Realizar a antissepsia da região utilizando álcool 70%, em movimentos circulares do centro para a periferia.

Aplicação do garrote: Posicionar o garrote cerca de 10-15 cm acima do local da punção para facilitar a visualização da veia.

Punção venosa: Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima, em um ângulo de 30 a 45 graus. Ao observar o refluxo sanguíneo, avançar o cateter e retirar a agulha.

Fixação do cateter: Garantir a imobilização do cateter com fita adesiva para evitar deslocamentos.

Curativo: Cobrir o local da punção com curativo estéril para proteção contra infecções.

Identificação: Etiquetar o cateter com data e hora da inserção, calibre utilizado e nome do profissional responsável pelo procedimento.

Fixação e Identificação do Cateter

A fixação adequada do cateter é fundamental para evitar deslocamentos e prevenir complicações como infiltração e extravasamento de líquidos. Além disso, a identificação do dispositivo permite um melhor controle do tempo de permanência do cateter e facilita a rastreabilidade do procedimento.

Registro em Prontuário

Após a punção venosa, é essencial registrar todas as informações relevantes no prontuário do paciente, incluindo:

- Data e hora da inserção do cateter.
- Veia utilizada para a punção.
- Calibre do cateter inserido.
- Nome do profissional que realizou o procedimento.
- Condições do paciente antes e após o procedimento.
- Presença de possíveis complicações.

Complicações e Manejo

Infiltração: Ocorre quando o líquido infundido extravasa para os tecidos ao redor da veia. Solução: Interromper a infusão, remover o cateter e aplicar compressas quentes.

Flebite: Inflamação da veia, caracterizada por dor, vermelhidão e endurecimento do trajeto venoso. Solução: Retirar o cateter, aplicar compressas quentes e notificar o médico.

Trombose venosa: Formação de coágulo dentro do vaso sanguíneo, podendo levar à obstrução venosa. Solução: Suspender o uso do cateter e encaminhar o paciente para avaliação médica.

Infecção local: Caracterizada por sinais inflamatórios como dor, calor, edema e presença de secreção purulenta. Solução: Retirar o cateter, coletar cultura do local e iniciar antibioticoterapia conforme orientação médica.

Normas de Controle de Infecção

Para reduzir o risco de infecção associada ao uso de cateter venoso periférico, devem ser seguidas algumas medidas essenciais:

- Higienização das mãos antes e após o procedimento.
- Uso de técnica asséptica em todas as etapas da punção venosa.
- Troca do curativo conforme necessidade e protocolo institucional.
- Monitoramento diário do local da punção para detectar sinais precoces de infecção ou complicações.

Figura 12 – realização de acesso venoso periférico



Fonte: foto tirada pela autora



Fonte: foto tirada pela autora

6.1.5 DRENAGEM TORÁCICA

A drenagem torácica é um procedimento cirúrgico utilizado para remover ar, líquido ou sangue da cavidade pleural, restaurando a pressão negativa intratorácica e permitindo a expansão pulmonar.

Indicações

- **Pneumotórax:** Presença de ar na cavidade pleural.
- **Hemotórax:** Acúmulo de sangue na cavidade pleural.
- **Empiema:** Presença de pus na cavidade pleural.
- **Quilotórax:** Acúmulo de linfa na cavidade pleural.
- **Pleurisia:** Inflamação da pleura com acúmulo de líquido.

Contraindicações:

- **Coagulopatia não controlada:** Risco aumentado de sangramento.
- **Sepse grave:** Maior risco de infecção sistêmica.
- **Choque:** Instabilidade hemodinâmica que pode comprometer o procedimento.

Materiais Necessários

Kit de toracostomia; Anestésico local; Bisturi; Pinça hemostática; Tesoura; Fio cirúrgico; Dreno torácico; Sistema de drenagem fechado com frasco de água selado; Gaze estéril; Luvas estéreis; Campo cirúrgico estéril

Técnica de Realização

- **Preparo do paciente:** Posicioná-lo em decúbito lateral, com o braço do lado afetado elevado.
- **Anestesia local:** Infiltrar o local da incisão com anestésico.
- **Incisão:** Realizar uma pequena incisão na pele, músculo e pleura parietal.
- **Introdução do dreno:** Inserir o dreno na cavidade pleural e fixá-lo à pele com pontos de sutura.
- **Conexão ao sistema de drenagem:** Ligar o dreno ao sistema fechado de drenagem.

Fixação e Identificação

- **Fixação:** Suturar o dreno à pele e cobrir com curativo oclusivo.
- **Identificação:** Etiquetar o dreno com nome do paciente, data da inserção e tipo de drenagem.

Registro em Prontuário

- Data e hora da inserção.
- Local de inserção.
- Calibre do dreno.
- Tipo de sistema de drenagem.
- Volume e características do líquido drenado.
- Avaliação radiográfica pós-inserção.
- Evolução diária da drenagem.
- Complicações e Manejo

Complicações e Solução

- **Pneumotóax persistente:** Aumento da drenagem aérea
Verificar conexões e ajustar o nível da água no frasco selado
- **Hemorragia:** Sangramento profuso pelo dreno Aumentar a sucção e notificar o médico
- **Infecção:** Febre, dor local, secreção purulenta Troca do sistema de drenagem e antibioticoterapia
- **Obstrução do dreno:** Redução ou ausência de drenagem Irrigar com soro fisiológico

Normas de Controle de Infecção

- Assepsia rigorosa durante o procedimento.
- Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI).
- Higienização adequada das mãos.
- Troca diária do curativo.
- Monitoramento contínuo da drenagem.
- Retirada do dreno conforme indicação médica.

Remoção do Dreno

- **Indicações:** Cessação da drenagem, pulmão completamente expandido, ausência de vazamento de ar ou líquido.
- **Técnica:** Pinçar o dreno, remover a sutura e retirá-lo rapidamente, aplicando um curativo oclusivo.

Observações Finais

A drenagem torácica é um procedimento invasivo que exige técnica adequada e monitoramento rigoroso para evitar complicações. Acompanhar a evolução do paciente é essencial para um tratamento seguro e eficaz.

6.1.6 SUTURAS DIVERSAS

Técnicas de Sutura

Existem diversas técnicas de sutura, cada uma indicada para diferentes tipos de tecidos e feridas. As mais utilizadas incluem:

- **Ponto simples:** Técnica básica, em que a agulha atravessa os tecidos para unir as bordas da ferida.
- **Ponto em U horizontal (colchoeiro):** Oferece maior aproximação das bordas, proporcionando suporte adicional.
- **Ponto em X:** Confere maior segurança e resistência ao fechamento da ferida.
- **Sutura contínua:** Realizada com um único fio que percorre toda a extensão da ferida, formando uma linha contínua.

Indicações

A sutura é indicada para:

- Fechamento de feridas cirúrgicas e traumáticas;
- Controle de sangramento (hemostasia);
- Aproximação de bordas para favorecer a cicatrização;
- Fixação de tecidos durante procedimentos cirúrgicos.

Contraindicações

A sutura não deve ser realizada em casos de:

- Infecção ativa na ferida;
- Presença de tecidos isquêmicos ou necróticos;
- Tensão excessiva nas bordas da ferida;
- Pacientes com distúrbios de coagulação sem tratamento prévio.

Materiais Necessários

- Luvas estéreis;
- Campo cirúrgico estéril;
- Pinças hemostáticas;
- Porta-agulhas;
- Tesoura;
- Material de sutura (fio e agulha);
- Anestésico local (se necessário);
- Solução antisséptica;
- Gaze estéril;
- Fita adesiva;
- Material para curativo.

Técnica de Realização

Preparo

- Lavar as mãos e realizar antissepsia da área.
- Aplicar anestesia local, se necessário.
- Limpar e preparar a ferida com solução antisséptica.

Execução da Sutura

- Aproximação das bordas: Utilizar pinças hemostáticas para alinhar os tecidos.

Inserção da agulha: Introduzir a agulha em um dos lados da ferida, atravessando os tecidos e emergindo no lado oposto.

Amarração do nó: Passar o fio pela alça formada e dar nós firmes para fixação.

Repetição do processo: Continuar a sutura até o fechamento completo da ferida.

Fixação e Identificação

- Fixação: Prender as extremidades do fio com fita adesiva para evitar tensão excessiva.
- Identificação: Registrar no prontuário o tipo de fio, número de pontos, data do procedimento e profissional responsável.

Registro em Prontuário

Os seguintes dados devem ser registrados:

- Tipo e localização da ferida;
- Tamanho da lesão;
- Tipo de anestesia utilizada;
- Material de sutura empregado;
- Número de pontos realizados;
- Data do procedimento;
- Nome do profissional responsável;
- Orientações fornecidas ao paciente.

Complicações e Manejo

- Infecção Higiene adequada da ferida, antibioticoterapia e remoção dos pontos, se necessário.
- Hematoma Aplicação de compressão local e, se necessário, drenagem.
- Deiscência Reaproximação das bordas da ferida.
- Reação alérgica ao material de sutura Remoção dos pontos e substituição por outro tipo de material.

Normas de Controle de Infecção

- Assepsia rigorosa durante todo o procedimento;

- Esterilização adequada do material;
- Uso obrigatório de luvas estéreis;
- Troca de campos cirúrgicos em caso de contaminação;
- Orientação ao paciente sobre os cuidados pós-sutura.

Figura 12 – realização de sutura simples



Fonte: foto tirada pela autora

CAPITULO 7

7.1 PROPOSTA DE RESOLUÇÃO: OTIMIZAÇÃO DO ATENDIMENTO E REDUÇÃO DO TEMPO DE ESPERA NA UPA WALTER

7.1.1 Introdução

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Walter, em Foz do Iguaçu, enfrenta desafios significativos devido à alta demanda por atendimentos e à insuficiência de profissionais de saúde. Esse cenário resulta em longos tempos de espera, sobrecarga da equipe e impactos negativos na qualidade da assistência prestada.

Diante desse problema, é essencial adotar uma abordagem estratégica para otimizar a força de trabalho e melhorar a eficiência operacional da unidade. A seguir, apresentamos uma análise detalhada dos fatores que contribuem para o aumento do tempo de espera, as consequências desse problema e propostas de solução viáveis para aprimorar a assistência à população.

7.1.2 Fatores que Contribuem para o Aumento do Tempo de Espera

Diversos fatores influenciam diretamente o tempo de espera nas UPAs, tornando esse um problema multifatorial. Entre os principais aspectos que agravam essa situação, destacam-se:

- **Alta demanda por atendimentos:** O crescimento populacional, o envelhecimento da população e o fácil acesso às UPAs elevam o número de pacientes que buscam atendimento.
- **Deficiência de recursos humanos e materiais:** O número insuficiente de profissionais de saúde, somado à limitação de equipamentos e insumos, gera gargalos no atendimento.
- **Aumento da complexidade dos casos:** A maior incidência de doenças crônicas e comorbidades exige mais tempo para consultas, diagnósticos e tratamentos.
- **Falta de integração com a rede de saúde:** A ausência de comunicação eficiente entre os diferentes níveis de atenção dificulta a transferência de pacientes, sobrecarregando a unidade.
- **Ineficiência nos processos internos:** Procedimentos burocráticos e mal estruturados contribuem para atrasos e reduzem a capacidade de atendimento.
- **Ausência de planejamento estratégico:** A falta de previsibilidade e adaptação à demanda, considerando picos de atendimento e variações sazonais, compromete a eficiência do serviço.

7.1.3 Impactos do Longo Tempo de Espera

A demora excessiva para o atendimento nas UPAs gera consequências negativas tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde e para o próprio sistema. Entre os principais impactos desse problema, destacam-se:

- **Prejuízo à qualidade do atendimento:** O excesso de atendimentos em um curto período pode comprometer a precisão dos diagnósticos e a segurança do paciente.
- **Insatisfação dos usuários:** Pacientes frustrados com a espera prolongada podem buscar assistência em locais inadequados ou até mesmo evitar procurar atendimento quando necessário.
- **Sobrecarga da equipe médica e de enfermagem:** A demanda excessiva gera esgotamento físico e emocional nos profissionais, aumentando o risco de erros e reduzindo a qualidade da assistência.
- **Elevação dos custos para o sistema de saúde:** O tempo de espera prolongado pode levar ao agravamento de quadros clínicos, resultando na necessidade de exames mais complexos, internações hospitalares e aumento das despesas do SUS.

7.1.4 Propostas de Solução

Para reduzir o tempo de espera e aprimorar o atendimento na UPA Walter, propomos um conjunto de ações estratégicas focadas na otimização da equipe, modernização dos processos e ampliação dos serviços prestados.

7.2 Otimização da Força de Trabalho

7.2.1 Análise detalhada da demanda: Realização de um estudo para identificar os horários e especialidades com maior volume de atendimentos.

7.2.2 Readequação do dimensionamento da equipe: Definição da quantidade ideal de profissionais necessários para suprir a demanda de forma eficiente.

7.2.3 Parcerias com instituições de ensino: Estabelecimento de convênios com universidades e escolas técnicas para ampliar a presença de estagiários e residentes na unidade.

7.3 Revisão e Padronização dos Processos de Atendimento

7.3.1 Identificação de gargalos e otimização dos fluxos internos: Redução da burocracia e digitalização de registros para acelerar o atendimento

7.3.2 Implementação de protocolos clínicos: Padronização das condutas médicas para agilizar a triagem, diagnóstico e tratamento dos principais casos atendidos.

7.4 Capacitação e Desenvolvimento Profissional

Treinamentos periódicos: Atualização constante dos profissionais para aprimorar a eficiência no atendimento e reduzir desperdícios de tempo.

Uso de tecnologias para otimização do trabalho: Capacitação para o uso de ferramentas digitais que acelerem a triagem e a tomada de decisão clínica.

7.5 Ampliação da Oferta de Serviços e Alternativas de Atendimento

Expansão da telemedicina e teleconsultoria: Atendimento remoto para casos de menor gravidade, reduzindo a demanda presencial na UPA.

Desenvolvimento de canais de orientação: Serviços via telefone ou aplicativo para esclarecer dúvidas e evitar deslocamentos desnecessários até a unidade.

7.6 Melhoria da Comunicação com os Usuários

Informação sobre tempos estimados de espera: Transparência no atendimento para reduzir a frustração dos pacientes.

Esclarecimento sobre critérios de prioridade: Educação dos usuários sobre o sistema de classificação de risco e a ordem de atendimento baseada na gravidade dos casos.

7.7 Cronograma de Implementação

A implementação das ações propostas deve seguir um planejamento estruturado, com prazos e metas bem definidos para garantir a eficácia das mudanças.

Etapa	Ação	Prazo	Responsáveis
Fase 1	Levantamento da demanda e dimensionamento da equipe	2 meses	Coordenação da UPA, Secretaria de Saúde
Fase 2	Revisão e otimização dos processos internos	3 meses	Equipe técnica e administrativa
Fase 3	Capacitação profissional e implementação de protocolos	4 meses	Coordenação médica e equipes assistenciais
Fase 4	Implantação de telemedicina e melhorias na comunicação	6 meses	Gestão da unidade, setor de TI e equipe médica
Fase 5	Monitoramento contínuo e ajustes conforme necessário	Permanente	Todas as equipes envolvidas
Elaboração pela autora			

7.8 Monitoramento e Avaliação

A eficácia das medidas adotadas deve ser acompanhada continuamente, por meio de indicadores que permitam avaliar o impacto das ações. Entre os principais indicadores a serem monitorados, destacam-se:

- Tempo médio de espera antes da triagem e do atendimento médico.
- Índice de satisfação dos usuários com base em pesquisas periódicas.
- Taxa de resolutividade dos casos atendidos na unidade.

- As avaliações devem ser realizadas regularmente, permitindo ajustes na estratégia conforme necessário para garantir a melhoria contínua dos serviços.

8 Conclusão

A redução do tempo de espera nas UPAs exige um planejamento eficiente e ações coordenadas para otimizar a equipe, modernizar os processos e ampliar as opções de atendimento.

Com a implementação das estratégias propostas, espera-se não apenas a melhoria da experiência dos pacientes e da qualidade da assistência prestada, mas também a valorização dos profissionais de saúde e a redução do impacto financeiro sobre o sistema.

A participação ativa da equipe multiprofissional e o monitoramento contínuo dos resultados serão fundamentais para garantir o sucesso das mudanças, contribuindo para um sistema de saúde mais eficiente, acessível e humanizado para a população de Foz do Iguaçu.

Bibliografia:

ACLS – American Heart Association, Suporte Avançado de Vida Cardiovascular – Manual para profissionais de saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.472 de 31 de agosto de 2010

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2a edição, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2a edição, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites virais. 2018. Disponível em <https://telelab.aids.gov.br/>. Acesso em 19 out. 2022

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, Mauro Luiz de Britto Ribeiro. Resolução CFM no 2.077/14. 2014.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidência. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.

DREYER, E. et al. **Nutrição enteral domiciliar**: manual do usuário: como preparar e administrar a dieta por sonda. 2. ed. rev. Campinas: Hospital de Clínicas da UNICAMP, 2011.

Thomas SJ, Rothman AL. Dengue virus infection: Pathogenesis. [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (acesso 24 Fevereiro, 2024).

VIANA, R. A. P. P. et al. Efetividade da sondagem pós-pilórica usando guia magnético. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 23, n. 1, p. 49-55, 2011.