



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

CURSO DE MEDICINA

MARCOS PAULO ALVES

**RELATÓRIO DO INTERNATO MÉDICO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
DO SUS**

Foz do Iguaçu
2022

MARCOS PAULO ALVES

**RELATÓRIO DO INTERNATO NO MÓDULO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS
DO SUS**

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

Orientadora: Prof^a. Me. Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu
2022

MARCOS PAULO ALVES

**RELATÓRIO DO INTERNATO NO MÓDULO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS
DO SUS**

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

Orientadora: Prof^a. Me. Flávia Julyana Pina Trench

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof^a. Me. Wilma Nancy Campos Arze
UNILA

Prof. Esp. Gracielle Rodrigues Fiorenzano
UNILA

Foz do Iguaçu, ___ de julho de 2022

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo da autora: Marcos Paulo Alves

Curso: Medicina

Documento de identificação (RG, CPF, Passaporte, etc.): 009.465.899-41

E-mail: marcos000alves@gmail.com **Fone:** (41) 9824-5470

Tipo de Documento

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Graduação | <input type="checkbox"/> Artigo |
| <input type="checkbox"/> Especialização | <input type="checkbox"/> Trabalho de conclusão de curso |
| <input type="checkbox"/> Mestrado | <input checked="" type="checkbox"/> Monografia |
| <input type="checkbox"/> Doutorado | <input type="checkbox"/> Dissertação |
| | <input type="checkbox"/> Tese |
| | <input type="checkbox"/> CD/DVD – Obras audiovisuais |

Título do trabalho acadêmico: Relatório do internato no módulo de urgências e emergências do sus

Nome da orientadora: Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: ____/08/2022

Licença não exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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

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

Foz do Iguaçu, __ de julho de 2022

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a minha família
a qual sempre me apoiou e me
ajudou.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar ao meu pai José Alves Filho (in memoriam) e a minha mãe Madalena Borchert Alves e aos meus irmãos Fábio e Paula.

Aos pacientes, e todos as pessoas que pude ter contato de maneira a me agregar nessa trajetória que contribuíram de forma indireta ou direta talvez de forma mais simples que possam imaginar, como um sorriso amistoso. Nesse montante incluo professores, plantonistas, residentes, funcionários administrativos, da limpeza, alunos, estagiários, acompanhantes.

ALVES, M. P. **Relatório do internato no módulo de urgência e emergência SUS.** 116 pág. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) Universidade Federal da Integração Latino Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

RESUMO

O trabalho aqui exposto é formado por casos clínicos de diversas patologias no qual o acadêmico teve oportunidade de acompanhar durante atendimento no Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), Unidade de Pronto Atendimento João Samek, unidade de pronto atendimento Walter Cavalcante Barbosa. Foram selecionados atendimentos clínicos e casos com realização de procedimentos na qual o acadêmico participou do atendimento de maneira direta ou indireta, dessa maneira, a vivência do atendimento em conjunto com a análise do prontuário eletrônico o qual é constituído de evoluções, admissões, resultados de exames complementares, foram avaliados e confrontados com a literatura para uma discussão crítica avaliando as condutas e detalhes do atendimento como um todo. Como objetivo esse trabalho busca esse confronto entre teoria e prática afim de possibilitar a discussão crítica para enriquecimento da prática médica na qual é permeada por preferências daqueles que a realizam, assim como comportamentos, divergências entre condutas e aquilo que consta nos manuais e fluxogramas para que essa arte da probabilidade e das incertezas seja efetuada da melhor forma e o aprendizado seja construído para benefício daquele que busca atendimento. O estudo foi realizado ao longo do ano de 2021 por meio do atendimento, acompanhamento, análise de prontuário e anotações e um estudo direcionado para entendimento de tudo aquilo que esteve presente nos cenários aqui mencionados. O rico cenário frequentado nesse estágio eclodiu em casos que permeiam diversas especialidades clínicas e cirúrgicas na qual fica evidente a evolução no conhecimento do acadêmico cuja seleção sobretudo de situações frequentes na qual o domínio é essencial para garantir a efetividade e a segurança dos pacientes. Por fim, importante ressaltar o papel do curso de medicina presente nos cenários de urgência e emergência do município de Foz do Iguaçu, seja na figura dos professores, preceptores, alunos e coordenadores os quais estiveram motivados a facilitar com que esses casos fossem explorados e debatidos afim de que o serviço de saúde da cidade sofre uma frequente e periódica revisão contribuindo assim para o aprendizado e também melhorando a assistência para a população.

Palavras-chaves: Internato médico. Urgência. Emergência.

ALVES, M. P. **Report of the internship in the urgency and emergency module SUS**. 116 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) Universidade Federal da Integração Latino Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

ABSTRACT

The work presented here consists of clinical cases of various pathologies in which the student had the opportunity to monitor during care in the Padre Germano Lauck Municipal Hospital (HMPGL), Emergency Care Unit João Samek, Emergency Care Unit Walter Cavalcante Barbosa. We selected clinical care and cases with procedures in which the student participated directly or indirectly in the care, thus, the experience of care in conjunction with the analysis of electronic medical records which consists of developments, admissions, results of additional tests, were evaluated and compared with the literature for a critical discussion evaluating the conduct and details of care as a whole. The objective of this study is to compare theory and practice in order to enable a critical discussion to enrich medical practice, which is permeated by the preferences of those who perform it, as well as behaviors, divergences between procedures and what is in the manuals and flowcharts, so that the art of probability and uncertainty can be carried out in the best way and learning can be built for the benefit of those seeking care. The study was conducted throughout the year 2021 through assistance, follow-up, analysis of medical records and notes, and a study aimed at understanding everything that was present in the scenarios mentioned here. The rich scenario attended in this internship resulted in cases that permeated several clinical and surgical specialties in which it is evident the evolution in the knowledge of the student whose selection, above all, of frequent situations in which mastery is essential to ensure the effectiveness and safety of patients. Finally, it is important to emphasize the role of the medical course present in the urgency and emergency scenarios of the city of Foz do Iguaçu, whether in the figure of professors, preceptors, students and coordinators, who were motivated to facilitate that these cases were explored and debated so that the health service of the city undergoes a frequent and periodic review, thus contributing to the learning and also improving care for the population.

Key words: Medical internship. Urgency. Emergency.

ALVES, M. P. **Informe del internato en el módulo de urgencia y emergencia SUS.** 116 pág. Trabajo de Conclusión de Grado (Graduación en Medicina) Universidad Federal de la Integración Latino Americana, Foz do Iguazú, 2022.

RESUMEN

El trabajo que aquí se presenta consiste en casos clínicos de diversas patologías en los que el alumno tuvo la oportunidad de hacer un seguimiento durante la atención en el Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), Unidad de Atención de Urgencias João Samek, Unidad de Atención de Urgencias Walter Cavalcante Barbosa. Se seleccionaron atenciones clínicas y casos con procedimientos en los que el estudiante participó directa o indirectamente en la atención, de esta manera, la experiencia de atención en conjunto con el análisis de las historias clínicas electrónicas que consta de evoluciones, ingresos, resultados de exámenes complementarios, fueron evaluados y comparados con la literatura para una discusión crítica evaluando la conducta y detalles de la atención en su conjunto. Como objetivo este trabajo busca esta confrontación entre la teoría y la práctica para permitir la discusión crítica que enriquezca la práctica médica que está permeada por las preferencias de quienes la realizan, así como los comportamientos, las diferencias entre las conductas y lo que está en los manuales y flujogramas para que este arte de probabilidades e incertidumbres se realice de la mejor manera y se construya el aprendizaje en beneficio de quienes buscan atención. El estudio se llevó a cabo durante todo el año 2021 a través de la atención, el seguimiento, el análisis de los registros y notas médicas y un estudio destinado a comprender todo lo que estaba presente en los escenarios mencionados aquí. El rico escenario atendido en esta pasantía irrumpió en casos que permean varias especialidades clínicas y quirúrgicas en las que es evidente la evolución en el conocimiento del académico cuya selección especialmente de situaciones frecuentes en las que el dominio es esencial para garantizar la eficacia y la seguridad del paciente. Por último, es importante destacar el papel de la carrera de medicina presente en los escenarios de urgencia y emergencia de la ciudad de Foz do Iguazú, ya sea en la figura de profesores, preceptores, alumnos y coordinadores que fueron motivados para facilitar que estos casos fueran explorados y discutidos para que el servicio de salud de la ciudad pase por una revisión frecuente y periódica contribuyendo así al aprendizaje y también a la mejora de la atención a la población.

Palabras claves: Internato de medicina. Urgencia. Emergencia.

*O encontro (com o outro) me descentra e me convida
a existir, a sair de dentro de mim para viver...*

Boris Cyrulnik

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACV	Avaliação cardio pulmonar
AP	Avaliação pulmonar
ATLS	Advanced trauma Life Support
AVCh	Acidente vascular cerebral hemorrágico
AVN	Avaliação neurológica
BCNF	Bulhas cardíacas normofonéticas
BEG	Bom estado geral
CDC	Diseases Control and Prevention
CHV	Condições e hábitos de vida
CIATOX	Centro de informação e assistência toxicológica
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
ECG	Eletrocardiograma
EU	Urgência e emergência
EV	Endovenoso
FC	Frequência cardíaca
FR	Frequência respiratória
HDA	História da doença atual
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
HPP	História patológica pregressa
ICC	Insuficiência cardíaca congestiva
IOT	Intubação orotraqueal
ITU	Infecção do trato urinário
LOTE	Lúcido orientado em tempo e espaço
MMII	Membros inferiores
MVUA	Murmúrio vesicular universalmente audível
OMS	Organização mundial da saúde
PA	Pressão arterial
PAC	Pneumonia adquirida na comunidade
PCR	Parada cardio respiratória
PCR	Proteína C reativa
QP	Queixa principal

RA	Ruídos adventícios
RCD	Rebordo costal direito
RCP	Ressuscitação cardio pulmonar
REG	Regular estado geral
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Score de sintomas / Recomendações para o tratamento farmacológico da DPOC	35
Figura 2. Escala de gravidade / Recomendações para o tratamento farmacológico da DPOC	35
Figura 3. Tratamento	37
Figura 4. Anatomia de nasal.....	50
Figura 5. Formula de do tratamento de hipernatremia	60
Figura 6. Classificação de Sakita – fases e descrição – Zaterka, Eisig – Tratado de Gastroenterologia.....	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos acidentes ofídicos, segundo o gênero da serpente envolvido Brasil, 1990 - 1993	67
Tabela 2. Acidente Botrópico: classificação quanto à gravidade e soroterapia recomendada	69
Tabela 3. Achados endoscópicos e estimativa de ressangramento conforme classificação de Forrest.....	78
Tabela 4. Classificação de Jonhson para doença ulcerosa péptica gástrica	79
Tabela 5. Diretrizes para o manejo farmacológico de paciente agitado ou violento .	86
Tabela 6. Medicamentos intubação	94
Tabela 7. Acesso venoso central	98
Tabela 8. Procedimentos no módulo	107

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	DESENVOLVIMENTO	18
2.1	Rede de urgência e emergência no município de Foz do Iguaçu	18
2.2	Organização da rede de urgência e emergência em Foz do Iguaçu	18
2.3	Classificação de estabelecimentos: Tipos 1-2-3-4.....	18
2.4	Resolução CFM nº 2.077/2014.....	19
2.5	RDC ANVISA 063/2011	21
2.6	Resolução CFM 2079/2014	23
2.7	Portaria 2048/2002 do ministério da saúde	27
2.8	RESOLUÇÃO CFM 2153/2016.....	30
3	CASOS CLÍNICOS	31
3.1	CASO 1: DPOC exacerbada	31
3.1.1	Anamnese	31
3.1.2	Exame Físico	32
3.1.3	Exames complementares de admissão.....	32
3.1.4	Condutas médicas.....	33
3.1.5	Análise crítica – caso 1	34
3.2	CASO 2: Lesão Oftálmica.....	39
3.2.1	Anamnese	39
3.2.2	Exame físico.....	39
3.2.3	Conduta médica	39
3.2.4	Análise crítica do caso 2	40
3.3	Caso 3: Trauma de face	42
3.3.1	Anamnese	42
3.3.2	Exame físico.....	43
3.3.3	Exames complementares:.....	43
3.3.4	Condutas médicas.....	43
3.3.5	Análise crítica do caso 3	44
3.4	Caso 4: Pneumonia	51
3.4.1	Anamnese	51
3.4.2	Exame Físico	51
3.4.3	Exames complementares de admissão.....	52
3.4.4	Conduta médica	53
3.4.5	Análise crítica do caso 4	53
3.4.6	Complicações.....	56
3.5	Caso 5: Corpo estranho em região anal	61
3.5.1	Anamnese	61
3.5.2	Exame Físico	61
3.5.3	Exames complementares de admissão:.....	62
3.5.4	Condutas médica	62

3.5.5	Análise crítica do caso 5	63
3.6	Caso 6: Acidente ofídico	65
3.6.1	Anamnese	65
3.6.2	Exame físico.....	65
3.6.3	Exames complementares.....	66
3.6.4	Análise crítica do caso 6	66
3.7	Caso 7: Hemorragia digestiva alta.....	72
3.7.1	Anamnese	72
3.7.2	Exame Físico do dia 01/12.....	72
3.7.3	Exames complementares.....	73
3.7.4	Condutas médicas.....	74
3.7.5	Discussão do caso 7	74
3.8	Caso 8: Crise depressiva.....	81
3.8.1	Anamnese	81
3.8.2	Exame físico.....	81
3.8.3	Exames complementares de admissão.....	82
3.8.4	Condutas médicas.....	82
3.8.5	Análise do caso 8	82
3.9	Caso 9: Infecção de sítio cirúrgico.....	87
3.9.1	Anamnese	87
3.9.2	Exame Físico	88
3.9.3	Exames complementares de admissão:.....	88
3.9.4	Condutas médicas.....	89
3.9.5	Análise do caso 9	90
3.9.6	Drogas em Urgência e Emergência – intubação com sequência de drogas	94
4	RELATO VIVENCIAL DO ALUNO E SUA EXPERIÊNCIA PESSOAL NA PANDEMIA DA COVID 19	95
5	PROCEDIMENTOS	97
5.1	Acesso venoso central.....	97
5.1.1	Sutura por planos com fio absorvível e inabsorvível	100
5.1.2	Sutura em região articular	102
5.1.3	Sondagem vesical de demora.....	104
5.1.4	Sondagem Naso-enteral	105
5.1.5	Retirada de corpo estanho de orelha interna	106
5.1.6	Quantitativo de procedimentos realizados em estágio de EU.....	107
6	DIAGNÓSTICO DE POSSÍVEL SITUAÇÃO PROBLEMA	108
	REFERÊNCIAS.....	113

1 INTRODUÇÃO

O Módulo de Internato em Urgência e Emergência representa o início para as atividades do internato em medicina para mim, assim como para outros alunos, ele faz parte dos vários módulos do curso de medicina da Universidade Federal da Integração Latino Americana, representa o estágio obrigatório onde o aluno tem a oportunidade de colocar em prática o conhecimento teórico adquirido em períodos anteriores juntamente com os estudos concomitantes ao módulo de urgência e emergência.

O módulo em questão teve como cenários de aprendizagem o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) e as duas UPA´s existentes no município de Foz do Iguaçu (UPA DR. Walter Cavalcante Barbosa e UPA João Samek).

O internato nesses locais foram realizados em regime de plantões com duração de 12h, podendo ocorrer em plantões noturnos e diurnos. Primeiramente, torna-se necessário conhecer a organização da rede de atendimento de urgência e emergência do sistema único de saúde a partir de legislações vigentes com análise posterior de sua implementação no município de Foz do Iguaçu e por fim comparar e refletir acerca de todo o contexto da rede, suas divisões, estruturas, fluxos e a adequação de toda a legislação com a realidade encontrada nas vivencias práticas.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Rede de urgência e emergência no município de Foz do Iguaçu

O município de Foz do Iguaçu tem em sua composição no atendimento à saúde no âmbito da urgência e emergência uma estrutura formada por 2 UPA's, hospital municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC), serviço móvel de atendimento de urgência (SAMU) e o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE).

2.2 Organização da rede de urgência e emergência em Foz do Iguaçu

O conselho federal de medicina por meio da resolução 1886 de 2008 resolve aprovar as normas Mínimas para o Funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.

2.3 Classificação de estabelecimentos: Tipos 1-2-3-4

Unidade tipo 1: Consultório médico independente de hospital, destinado a procedimentos clínicos ou diagnósticos sob anestesia local, sem sedação (dose inferior a 3,5 mg/kg de Lidocaína.). Sem a necessidade de internação.

Unidade tipo 2: Estabelecimento independente de um hospital. Realiza procedimentos clínico-cirúrgicos de pequeno e médio porte. Uso de anestesia local-regional, com ou sem sedação. Possui condições para internações de curta permanência em salas adequadas. Deve conter com salas de recuperação ou observação de pacientes. É obrigatório ter um hospital de apoio em caso de pernoite, assim como garantir a referência para um hospital de apoio.

Unidade tipo 3: Estabelecimento de saúde, independente de um hospital, destinado a realização de procedimentos clínico-cirúrgicos, com internação de curta permanência em locais adequados a essa finalidade. Realiza cirurgias de pequeno e médio porte, sob anestesia local-regional, correspondente a um tempo de internação por no máximo vinte e quatro horas podendo ocorrer alta antes desse período a critério médico, estas unidades deverão garantir a referência para um hospital de apoio.

Unidade tipo 4: Unidade anexa a um hospital geral ou especializado. Realiza procedimentos clínico-cirúrgicos com internação de curta permanência. Uso de anestesia local-regional, com ou sem sedação. Uso de anestesia geral com agentes de rápida eliminação do corpo humano. Pode utilizar estrutura de apoio do próprio hospital e equipamentos de infraestrutura. Não prevê internações com mais de 24 horas nessa unidade.

Dessa maneira, mesmo não havendo essa classificação direta nos locais de atendimento fora do hospital HMPGL em Foz do Iguaçu, as UPA's possuem salas específicas para realização de procedimentos enumerados nos itens acima. São realizados procedimentos clínico-cirúrgicos de diversas maneiras as quais cabe ao médico responsável o julgamento de casos com resolução local e posterior observação ou mesmo encaminhamento para o HMPGL ou em alguns casos como tenho observado nos plantões o médico responsável estabiliza o paciente e realiza medidas de conforto para uma avaliação posterior de especialistas que estão presentes ou mesmo para turnos posteriores os quais contarão com a presença de um especialista, ao meu entendimento, uma conduta muita das vezes bem empregada a qual não congestiona a referência por se tratar de casos com resolução local. Dessa forma, o paciente fica no estabelecimento de saúde com a supervisão de uma equipe profissional e tem todo o respaldo de um tratamento especializado sem ocupar um leito terciário. Um exemplo muito frequente são os casos de ortopedia presentes na UPA JOÃO SAMEK durante o período noturno onde o médico toma as primeiras condutas e mantém o paciente em observação para a avaliação do ortopedista que se encontra no estabelecimento em horário diurno.

2.4 Resolução CFM nº 2.077/2014

Elenca informações a respeito das normas de funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Contém a descrição do funcionamento ideal de um serviço de urgência e emergência, nela encontramos:

1. Artigo 1 – Pronto Socorros hospitalares, pronto atendimentos hospitalares, emergências hospitalares, emergências de especialidades ou quaisquer outras denominações são serviços de urgência e emergência, exceto serviços de atenção as urgências não hospitalares como UPA's e congêneres.

2. Obrigatoriedade de classificação de risco no acolhimento imediato.
3. Médico no atendimento e médico na alta ou encaminhamento.
4. Determinar o sistema de fluxo dos pacientes.
5. Necessidade da presença do médico coordenador nos fluxos em serviços com mais de cinquenta mil atendimentos ao ano.
6. Garantir a segurança do paciente e do médico pela diretoria clínica e técnica.
7. Tornar obrigatória a qualificação dos profissionais médicos.
8. Passagem do plantão é obrigatória.
9. Registrar a assistência na ficha ou prontuário se identificando.
10. Obrigatoriedade do médico dialogar com o regulador afim de fornecer informações com vistas a melhor assistência ao paciente.
11. O médico de sobreaviso deve obrigatoriamente dar assistência quando solicitado.
12. Após a internação a responsabilidade passa a ser do médico de sobreaviso, ou do médico internista ou de qualquer outro médico responsável pela internação.
13. O paciente tem direito a um médico responsável, sendo proibido a internação em nome do serviço.
14. O tempo máximo de permanência nos serviços de UE é de 24 horas
15. Fica proibido a internação em serviços de EU
16. Responsabilidade do hospital disponibilizar leitos para internação dos pacientes.
17. O plantonista deve acionar o coordenador do fluxo se: haver condições inadequadas/superlotação, falta de leito de UTI e entrada em vaga 0 Paciente de alto risco não deve ficar mais que 4 horas na sala de reanimação.
18. Em caso de superlotação o diretor do hospital deverá notificar a situação para o gestor responsável e ao CRM para que as devidas medidas sejam tomadas.

De acordo com a resolução acima detalhada, notamos a importância em cada seguimento do paciente desde sua entrada no serviço para que o mesmo tenha o melhor atendimento possível dentro de todas as limitações encontradas na prática. Algumas determinações dessa resolução são nitidamente e exemplarmente cumpridas, a minha observação, contudo, pude notar também a dificuldade em manter a excelência em cada um desses tópicos em virtude do excesso de pacientes. O ponto 7 por exemplo posso citar a capacitação que ocorre com o tratamento e a

determinação do fluxo em casos de dengue no serviço, os quais de acordo com o tipo A,B,C ou D recebe um fluxo pelo sistema de saúde do município. A vaga zero representa outro desafio o qual pude presenciar, onde cabe a difícil decisão técnica de encaminhar pacientes nestas condições, assim uma atitude pode ser determinante em casos de morte, ou por outro lado transferir um caso de pacientes os quais a resolução poderia ser realizada no hospital, visto que essa resolução não se aplica as UPA`s, assim podemos citar como exemplo casos de transferência do HMPGL para o hospital Costa Cavalcante de pacientes com emergências cardiológicas ou obstétricas.

O tempo máximo de permanência nos serviços de U/E também se apresenta utópico de acordo com a realidade do município de Foz do Iguaçu e a legislação vigente, entretanto, mesmo em período de pandemia não presenciei falta de atendimento a nenhum paciente por limitação de recursos estruturais ou humanos, ainda nesse sentido, um maior contingente profissional sem sombra de dúvidas poderia modificar a história de vários pacientes, muitos dos quais o tempo de atendimento representa menor sofrimento e melhor prognóstico.

2.5 RDC ANVISA 063/2011

Regulamento Técnico que estabelece os Requisitos de Boas Práticas para Funcionamento de Serviços de Saúde, este Regulamento Técnico possui o objetivo de estabelecer requisitos de Boas Práticas para funcionamento de serviços de saúde, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente elencando atividades e itens a serem cumpridos divididos por seções afim de estabelecer critérios para essas boas práticas dos serviços em saúde, as seções ficam divididas da seguinte maneira:

- Gerenciamento da qualidade.
- Segurança do Paciente.
- Condições Organizacionais.
- Prontuário do Paciente.
- Gestão de Pessoal.
- Gestão de Infraestrutura.
- Proteção à Saúde do Trabalhador.

- Gestão de Tecnologias e Processos.
- Controle Integrado de Vetores e Pragas Urbanas.

O prontuário do paciente nos estabelecimentos de saúde frequentados nesse estágio estão presentes virtualmente dentro de dois sistemas são eles o tasy no HMPGL e o RP SAÚDE nas unidades de pronto atendimento, esse tipo de prontuário possui vantagens de manter um ambiente organizado e informações legíveis, assim como a possibilidade de visualização do prontuário do paciente por todas suas passagens pelo sistema de saúde. Contudo, a quantidade de profissionais presentes nestes serviços juntamente com a presença de alunos estagiários não somente do curso de medicina como também enfermagem torna-se muitas vezes difícil o acesso em virtude da pouca quantidade de computadores presentes nesses serviços, problemática essa que ao meu entendimento tem fácil resolução e baixo custo com a presença de mais computadores podendo assim o aluno contribuir de maneira mais eficiente no estudo de cada caso, revisão do histórico de saúde e uma interação com a equipe no sentido de melhorar diagnóstico e tratamento do cidadão presente no serviço de saúde em questão.

Em relação a gestão da infraestrutura os locais frequentados já citados neste relatório obedecem de maneira geral as condições preconizadas pelas resoluções e normativas, entretanto, percebo que adequações de acordo com a realidade local para o município de Foz do Iguaçu como por exemplo a climatização de ambientes dentro do HMPGL deveriam ser implementadas de acordo com todos os critérios estabelecidos pela legislação em conformidade com a comissão de controle de infecções hospitalares afim de promover um ambiente mais agradável e confortável para a saúde do colaboradores presentes.

Nesse mesmo sentido, a saúde do trabalhador, colocando o estagiário da UNILA aqui como parte integrante da equipe, poderia receber uma atenção da mesma maneira que os funcionários dos serviços com a presença de locais destinados a pausas e descanso com condições mínimas para esse objetivo, além disso, vale ressaltar que mesmo não havendo responsabilidade legal em relação a alimentação do estagiário, muitos desses com o corte da refeição ocorrido durante esse estágio tem prejudicado principalmente aqueles alunos com maior vulnerabilidade social, esses mesmos que estão presentes nos serviços de saúde realizando atividades muitas vezes sem nenhum profissional auxiliando ou preceptores.

Preceptoria que, aliás, tenho discutido com médicos presentes nesses locais de estágio os quais no início me indagaram em relação a presença de médicos com essa finalidade, o que não faz parte da realidade vivenciada por nós alunos da turma 4 do curso de medicina da UNILA.

Referente a qualificação e treinamento vejo que minha presença nesses serviços de saúde tem feito com que eu evolua em questões práticas e teóricas e as lacunas teóricas presentes em nosso curso, com a vivencia pratica tem me motivado a estudar essa teoria nos períodos que me encontro fora do plantão.

2.6 Resolução CFM 2079/2014

Essa resolução dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades. Cito a seguir alguns artigos dessa resolução para posterior análise de acordo com minha percepção presenciando a realidade local das duas unidade de pronto atendimento a qual pude estar presente nesse estágio, desde já registro aqui minha admiração pelo trabalho realizado não somente pelos atores protagonistas que estão em contato direto com o paciente mas também muitas vezes com responsabilidades ainda maiores aqueles que estão atuando nos bastidores do serviço de saúde com a gerencia e gestão de todos os pilares que fazem com que uma unidade de pronto atendimento funcione de maneira a atender a população com suas diversas demandas em todos os horários dos dias, essa gestão desse sistema se faz por contato muitas vezes onde há questões complexas permeando todos as relações interpessoais como vaidade, corporativismo, política, interesses pessoais, e outras diversas demandas do ser humano que possam alterar as relações humanas.

Dessa maneira, mesmo não estando totalmente de acordo com as normas teóricas o funcionamento das UPA's cumprem a função a qual são destinadas até o presente momento em que pude acompanhar, contudo, ao comparar com realidades de outras cidades onde estive presente e pude acompanhar os serviços de unidades de pronto atendimento vejo que a teoria preconizada nas resoluções não são utópicas e que não devemos nos conformar com a realidade local por simplesmente a situação ser perpetuada da mesma forma ao longo dos anos, visto que o comprometimento profissional e a cobrança por parte de diversos atores desse sistema fazem com que

a saúde local evolua e reflita em última análise na melhoria da saúde da população, o sistema de saúde público por ser composto por profissionais concursados ou mesmo funcionários públicos temporários todos esses com queixas trabalhistas e falta de incentivo, percebo que estagnam esse sistema de evolução de maneira involuntária, ainda nesse mesma análise, conheci pessoas que vão além de suas atribuições para que o sistema de saúde evolua e que não medem esforços para que isso ocorra criando assim um sentimento de conjunto no qual todos se unem e se ajudam.

De acordo com a resolução 2079 de 2014 elenco a seguir alguns artigos para compor essa análise teórica:

Art. 1º Esta resolução se aplica às UPAs 24h e a todas as unidades 24h não hospitalares congêneres de atendimento às urgências e emergências, doravante denominadas UPAs.

Art. 2º Define-se como UPA o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde/Saúde da Família e a rede hospitalar, devendo com essas compor uma rede organizada de atenção às urgências.

Art. 3º Tornar obrigatória a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco para atendimento dos pacientes nas UPAs.

Esse acolhimento é realizado por enfermeiro e baseado na classificação de Manchester de acordo com a grau de prioridade. A cidade de Foz de Iguaçu conta com duas unidades de pronto atendimento e um pronto atendimento com características intermediárias a uma unidade básica de saúde e uma UPA, a unidade Padre Ítalo muitas das vezes encaminha pacientes as UPA's ou define o fluxo para hospitais dependendo da situação do paciente em questão.

Art. 4º Todo paciente com agravo à saúde que tiver acesso à UPA saúde deverá, obrigatoriamente, ser atendido por um médico, não podendo ser dispensado ou encaminhado a outra unidade de saúde por outro profissional que não o médico.

Art. 5º Determinar, na forma do anexo desta resolução, o sistema de fluxo dos pacientes e as normas para quantificação da equipe médica necessária para trabalhar na UPA.

Art. 6º As diretorias clínica e técnica, bem como a direção administrativa, devem garantir qualidade e segurança assistencial ao paciente e ao médico na UPA, de acordo com o disposto no anexo desta resolução.

Art. 7º Tornar necessária a qualificação mínima dos profissionais médicos para o trabalho em UPAs, mediante o disposto no Capítulo VII, item 2, alínea B-3 da Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002, capacitação essa de responsabilidade dos gestores, segundo preconizado pela portaria. Parágrafo único. É obrigação do diretor técnico da UPA exigir documentalmente do gestor a capacitação prevista no caput.

Em relação ao artigo sexto vejo que as duas unidades por mim visitadas nesse estágio poderia contar com um contingente de profissionais de segurança pública maior, mesmo estando presente agentes da guarda municipal, a demanda no sentido de garantir a segurança tanto de pacientes quanto de profissionais deixa a desejar, sobretudo, em alguma situação com presença de várias pessoas com um caos instalado o qual acredito que a prevenção seria melhor maneira de realizar essa segurança, pois o deslocamento de forças de segurança pode ser moroso e não impedir grandes problemas que podem ocorrer em uma ocorrência.

Art. 8º É obrigatória a passagem de plantão, médico a médico, na qual o profissional que está assumindo o plantão deve tomar conhecimento do quadro clínico dos pacientes que ficarão sob sua responsabilidade.

Art. 9º É obrigatório o registro completo da assistência prestada ao paciente na ficha de atendimento de emergência/boletim de atendimento/prontuário médico, constando a identificação dos médicos envolvidos no atendimento.

Art. 10. É dever do médico plantonista da UPA dialogar com o médico regulador ou de outra instituição hospitalar sempre que for solicitado ou que solicitar a esses profissionais transferências, avaliações ou internação, fornecendo todas as informações com vistas a melhor assistência ao paciente.

Art. 11. Estabelecida a necessidade de maiores recursos diagnósticos e terapêuticos ou de internação do paciente atendido na UPA, o mesmo deve ter garantido pelo gestor o acesso aos serviços hospitalares para este fim.

O artigo 10 coloca uma questão interessante a ser registrada nesse relatório em relação a comunicação medica para gerenciamento de fluxos, os quais vejo que se tornam enviesados por conceitos pré-concebidos de condições médicas que acarretam em dificuldades em manter o fluxo adequado de pacientes no sistema. A transferência de pacientes psiquiátricos tenho a percepção que representa um problema nesse sentido, pois devidos a questões a qual não consigo nesse momento de minha formação definir, acabam que geram discordâncias entre os profissionais

para tomada da decisão de fluxo em relação ao paciente em questão. Outra problemática que tenho presenciado se refere ao fluxo de pacientes com emergências cardiológicas para o HMCC (hospital municipal Costa Cavalcante) no qual o aceite dos pacientes com definições clínicas e laboratoriais bem respaldadas ainda encontram obstáculos que atrasam a transferência de pacientes em condições onde o tempo representa um fator definidor no prognóstico do paciente.

Art. 12. O tempo máximo de permanência do paciente na UPA para elucidação diagnóstica e tratamento é de 24h, estando indicada internação após esse período, sendo de responsabilidade do gestor a garantia de referência a serviço hospitalar.

Art. 13. Pacientes instáveis, portadores de doenças de complexidade maior que a capacidade resolutive da UPA, em iminente risco de vida ou sofrimento intenso, devem ser imediatamente transferidos a serviço hospitalar após serem estabilizados, se necessário utilizando a “vaga zero”.

Art.14. É vedada a permanência de pacientes intubados no ventilador artificial em UPAs, sendo necessária sua imediata transferência a serviço hospitalar, mediante a regulação de leitos.

Art. 15. É vedada a internação de pacientes em UPAs.

Art. 16. Os serviços de saúde de referência deverão disponibilizar atendimento para os pacientes encaminhados pelas UPAs, inclusive internação hospitalar, não devendo ser criadas barreiras de acesso aos mesmos uma vez constatada a necessidade.

Os tópicos presentes acima a partir do artigo 12 pude ver em campo que não condizem com a realidade das UPA's visto que o sistema de gerenciamento de leitos por conter alta demanda não foi da maneira como consta na teoria, a região de Foz com sua regional abrangendo nove municípios tem uma particularidade que talvez seja única no cenário nacional em virtude de estar presente em uma região de fronteira a qual temos constantemente a presença dos chamados brasiguaios, que não brasileiros que residem no Paraguai e também a presença de cidadão argentinos e paraguaios o que pelas características da política pública nacional visando universalidade, integralidade e acesso irrestrito a saúde recebe e proporciona tratamento a toda essa população, devendo assim por essa característica local ser analisada e ter uma gestão diferenciada. Outro questão a ser analisada a qual não é exclusiva de Foz do Iguaçu, mas que aqui pela grande diversidade étnica e

características populacionais diversas muitas das quais são decorrentes da presença de pessoas de várias regiões do Brasil que se deslocam e residem aqui nesse município para estudar medicina no Paraguai, essas criam relações interpessoais locais e por residirem aqui ocorre o turismo médico o qual é caracterizado por deslocamento populacional para Foz o qual procura atendimento médico de diversas demandas, sobretudo, áreas terciárias de referências no município como oncologia e obstetrícia ambos no HMCC.

Art. 17. O médico plantonista da UPA deverá acionar imediatamente o diretor técnico da unidade quando: a) Forem detectadas condições inadequadas de atendimento na UPA, com superlotação das salas de observação e/ou de estabilização, ou deficiências na estrutura física; b) Houver pacientes que necessitem de unidade de terapia intensiva ou necessidade de transferência para atendimento hospitalar, e não houver leito disponível na Rede; c) O médico plantonista da UPA não conseguir transferir paciente no fluxo do sistema de regulação de leitos. § 1º A “vaga zero” é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências. § 2º O encaminhamento de pacientes como “vaga zero” é prerrogativa e responsabilidade exclusiva dos médicos reguladores de urgências, que obrigatoriamente deverão tentar fazer contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento proveniente da UPA.

A vaga zero teve a oportunidade de várias vezes presenciar esse tipo de fluxo no qual cabe a difícil decisão médica, pois envolve questões técnicas e relações interpessoais com outros colegas onde vieses estão presentes muitos por viés de cognição deixando a questão complexa e de difícil resolução.

2.7 Portaria 2048/2002 do ministério da saúde

Essa portaria traz informações em relação a urgência e emergência detalhando informações referentes aos itens abaixo citados:

- Plano estadual de atendimento às urgências e emergências
- A regulação médica das urgências e emergências
- Atendimento pré-hospitalar fixo
- Atendimento pré-hospitalar móvel

- Atendimento hospitalar
- Transferências e transporte inter-hospitalar
- Núcleos de educação em urgências

O Regulamento aqui colocado elencando acima seus capítulos estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte intra-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área. Em relação ao atendimento pré-hospitalar (APH) mesmo não participando nesse estágio de forma efetiva no acompanhamento do atendimento, pude acompanhar a chegada de pacientes pelo SAMU e pelo SIATE tanto nas UPA's quanto no HMPGL e assistir há passagem de casos para o plantonista assim como acompanhar o atendimento de pacientes nas UPA's que seriam transferidos para o hospital. Essa transferência muitas das vezes pacientes extremamente críticos com risco de morte eminente necessitando de avaliação do médico do SAMU com eletrocardiograma, verificação de vários parâmetros laboratórios e sinais vitais para conseguir transportar ainda que seja o paciente grave de maneira estável. Dessa maneira, a preocupação da equipe se voltou nos casos que acompanhei, para a estabilização hemodinâmica e respiratória do paciente para colocar o paciente na maca e deixá-lo monitorado, muitos desses estavam com respiração por ventilação mecânica onde retira-se o tubo do ventilador e o conecta a um novo aparelho do SAMU com oxigênio agregado a esse sistema no sentido de proporcionar toda aquela estabilidade da sala vermelha em um ambiente móvel.

Ainda com relação a portaria 2048/2002, a qual detalha o atendimento de urgência e emergência, esta representa o documento de grande importância para nós estagiários conhecermos visto que além de gestores da saúde os técnicos atuantes buscaram nesse documento a legislação vigente no tocante ao atendimento pré-hospitalar móvel e de transporte intra-hospitalar o qual estabelece as atuações e responsabilidades de nós futuros profissionais médicos com o paciente, ou seja essa resolução abordo tudo o que se refere ao atendimento pré-hospitalar.

O sistema de gestão deve avaliar características sociais, humanas e de capacidade operacional e dados de mortalidade e morbidade local afim de direcionar o atendimento para melhor suprir a demanda local. Nesse sentido, a cidade de Foz do Iguaçu encontra particularidades, visto que por se encontrar em uma região de fronteira e sendo o segundo município brasileiro mais visitado por turistas, esse atendimento pré-hospitalar deve ser devidamente regulado para cumprir a legislação e praticar talvez aquilo que seja a maior arte médica do APH, a prioridade e classificação única de cada demanda, pois o sistema é limitado por recursos humanos e suprimentos, os quais cabe ao profissional realizar o melhor direcionamento.

O atendimento pré-hospitalar fixo, abordado nesse documento, demonstra a importância que as unidades de pronto atendimento representa dentro do sistema com o acolhimento da população e seu devido destino. Assim, nesse estágio pode vivenciar a solicitação de vaga para pacientes e compreender como o sistema formado em rede deve funcionar a fim de que as prioridades devem obedecer critérios técnicos pré estabelecidos atuando o sistema em conjunto com unidades básicas de saúde e setores hospitalares de assistência terciária de alta complexidade.

Nesse contexto, percebo como se diferencia as condutas de regulação dentro do serviço de saúde de profissionais que possuem formação médica com residência o qual teve vivencia hospitalar e aqueles que trabalham ou trabalharam em atenção primaria, pois a abordagem e o direcionamento do paciente é baseado no seguimento resolutivo, enquanto ao meu ver alguns profissionais dentro do contexto de atendimento pré-hospitalar fixo “apagam incêndios” os quais fazem com que o paciente volte a cair na rede de atendimento de alguma outra maneira.

O atendimento pré-hospitalar móvel sendo ele primário, aquele que pode ser realizado pelo cidadão com um telefonema ao serviço, ou secundário no qual um serviço de saúde busca atendimento para seguir com o paciente para outro local de saúde com maior complexidade para resolução e seguimento dos cuidados. Assim por exemplo, pude acompanhar casos de médicos de unidades básicas de saúde solicitando atendimento via SAMU o qual é regulado para unidade de pronto atendimento ou hospital municipal, dessa maneira, o trabalho integrado se fecha e a população a qual não tem obrigação de conhecer todo essa complexidade da rede, ao buscar o atendimento em uma unidade de saúde de seu bairro seja por mais complexo e ameaçador de sua vida o quadro que se encontra, será atendida e devidamente conduzida ao local no qual sua condição de saúde deve ser tratado.

2.8 RESOLUÇÃO CFM 2153/2016

Essa resolução abrange os quesitos para verificação estrutural dos ambientes em saúde com os itens e demais adequações que o ambiente deva possuir para estar de acordo com a legislação, nesse documento são descritos inúmeros tipos de ambientes desde hospitais a unidades básicas compreendendo as diversas áreas da medicina, dessa maneira de acordo com minha vivência em unidades de pronto atendimento e hospital municipal coloco a seguir os quesitos o qual um consultório médico padrão deve conter, visto que existem inúmeros tipos de consultórios que podem ser verificados nesse documento, assim como diversas estruturas de atendimento.

Consultório médico padrão: a privacidade e a confidencialidade devem estar garantidas.

- 2 Cadeiras ou poltronas-uma para o paciente e outra para o acompanhante;
- 1 Cadeira ou poltrona para o médico;
- 1 Mesa/birô;
- 1 Maca acolchoada simples, revestida com material impermeável / Lençóis para as macas;
- 1 Armário vitrine;
- 1 Balança antropométrica adequada à faixa etária;
- 1 Balde cilíndrico porta detritos;
- 1 Biombo ou outro meio de divisória;
- 3 Cadeiras ou poltronas;
- 2 Cestos de lixo;
- 1 Escada de dois degraus;
- 1 Esfigmomanômetro infantil;
- 1 Esfigmomanômetro adulto;
- 1 Estetoscópio clínico adulto;
- 1 Estetoscópio clínico infantil;
- 1 Lanterna clínica para exame
- 1 Negatoscópio ou outro meio digital que possibilite a leitura da imagem;
- 1 Otoscópio;
- 1 oftalmoscópio;

- 1 Pia ou lavabo / Toalhas de papel / Sabonete líquido.

Nas UPA's pude notar a presença dos itens acima citados, alguns apesar de não ficarem dentro da sala em questão, estão presentes na unidade e são compartilhados entre as salas de atendimento conforme a necessidade. Cito como exemplo a diferença entre as duas unidades de pronto atendimento a sala de procedimentos possuem alguns itens que variam entre as unidades, talvez pelo tipo de demanda ou mesmo pela solicitação do médico presente nessa unidade, com isso a presença de cabo de bisturi e lâmina para o mesmo está presente na unidade Samek e não encontrei presente na unidade Walter.

No tocante a materiais para avaliação de pacientes, instrumentos de monitoramento, materiais utilizados nos atendimentos de RCP vejo que estão compostas as unidades de pronto atendimento de um conjunto de matérias equivalentes.

Na farmácia tanto das UPA's quando do HMPGL pudemos acompanhar uma listagem de medicamentos os quais fazem parte de um arsenal terapêutico que possuem um padrão de acordo com o serviço e algumas drogas as quais são solicitadas pelos coordenadores as quais são implementadas nessas farmácias afim de garantir um estoque para que não possa haver falta, com isso alguns possuem grande estoque como no caso de analgésicos e anti-inflamatórios e outros devido a pouca demanda estão presentes em poucos exemplares para que se houver a necessidade em um caso raro essa medicação se encontra disponível ainda que em número reduzido como no caso de fibrinolíticos que podem ser usados em pacientes com síndrome coronariana aguda os quais possuem critérios de eleição para o uso dessas drogas.

3 CASOS CLÍNICOS

3.1 CASO 1: DPOC exacerbada

3.1.1 Anamnese

Identificação - A.B.L 81 anos, masculino, residente em Foz do Iguaçu

Q.P – falta de ar

HDA – Paciente com dispneia de repouso e tosse não produtiva procura atendimento na UPA onde é conduzido ao isolamento com presença de familiar acompanhante, nega febre, nega alergia a medicamentos

HPP – Paciente portador de DPOC, prostatectomizado por adenoma de próstata, em uso de broncodilatador inalatório, nega HAS, nega DM, nega uso de demais medicamentos.

CHV – tabagista de longa data (aproximadamente 30 anos/maço)

3.1.2 Exame Físico

Sinais vitais - Temperatura : Axilar 36,8 °C, Taxa de Respiração: 18, Pressão arterial: 100 / 80 mmHg, Saturação de oxigênio (SpO₂): 95, Frequência pulso(BPM): 125

Ectoscopia – REG, lote, anictérico, acianótico, hidratado

AC: BCNF, ritmo regular em 2T, sem sopros audíveis, TEC <3sg. Pulsos periféricos cheios e simétricos.

AP: MVUA com crepitações em 2/3 inferiores á direita e 1/3 inferior á esquerda, expansibilidade torácica reduzida, com sinais de esforço respiratório (uso de musculatura acessória e tiragem intercostal), presença também de sibilos bilateralmente

Abd: abdome globoso à custa de panículo adiposo, RHA+, timpânico a percussão, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de peritonites, , fígado palpável 3cm abaixo de RCD

AvN: Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Com força preservada em membros

Membros: quentes e bem perfundidos, com edema +/4+ em ambos MMII. Panturrilhas livres.

Diagnóstico sindrômico – Síndrome respiratória aguda grave

Hipótese Diagnostica – Exacerbação de DPOC

Diagnósticos diferenciais – ICC descompensado, Covid-19, crise asmática, pneumonia, edema agudo de pulmão.

3.1.3 Exames complementares de admissão

Gasometria

Ph – 7,3
pCO₂ – 27,1
pO₂ – 140,1
HCO₃ – 15
Lactato – 45

Bioquímica

Na – 144
Creatinina – 0,9
K – 5,9
Ureia – 143
PCR – 47

Hemograma

Hemácias – 4,8
Hb – 15,4
Leucócitos – 26950
Bastões – 8%
Plaquetas – 127.000

Urinalise tipo 1

Presença de cristais amorfos +, leucócitos (15 por campo)
Nitrito negativo
Bilirrubina ++
Proteínas, corpos cetonicos e hemoglobina não detectados

3.1.4 Conduas médicas

Paciente foi mantido em oxigenioterapia inicialmente com máscara reinalante com fluxo de oxigênio de 3L/min em 100% de O₂ e administrado salbutamol 4 jatos a cada 20 minutos em um total de 3 ciclos de 4 jatos, juntamente a isso também foi prescrito dipirona e hidrocortisona 500mg de oito em oito horas, ou seja, 3x ao dia e após a análise dos exames laboratórios e de imagem introduziu-se antibioticoterapia

com ceftriaxona 1g IM e na sequencia administrações de 1g a cada 12h, assim também foi prescrito profilaxia gástrica com omeprazol via oral na dose de 20mg por dia em jejum.

Nesse atendimento inicial também foram prescritos novos exames são eles:

- PESQUISA DE SARS-COV-2 POR RT – PCR
- PARCIAL DE URINA
- HEMOGRAMA COMPLETO
- GASOMETRIA (ARTERIAL)
- DOSAGEM DE UREIA
- DOSAGEM DE SODIO
- DOSAGEM DE POTASSIO
- DOSAGEM DE CREATININA
- DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA (PCR)
- RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

3.1.5 Análise crítica – caso 1

Paciente segundo seu relato possui uma condição de dispneia a pequenos esforços e faz uso de beta agonista inalatório juntamente com corticosteroide inalatório. De acordo com a anamnese pude notar um padrão de sinais e sintomas os quais já estive contato em outras oportunidades que logo me conduziram a indagá-lo a respeito de hábitos de vida como o tabagismo, o mesmo prontamente disse que foi fumante por 30 anos com uma média de 1 caixinha de cigarros por dia. Dentro dessa anamnese senhor A.B.L diz ter apresentados essas “crises” em outros momentos, contudo, com pouca gravidade as quais eram sanadas com uso de sua medicação inalatória, assim procurou atendimento nessa oportunidade por esses sintomas mesmo com uso de medicação não ter sido suficiente, de acordo com as Recomendações para o tratamento farmacológico da DPOC: perguntas e respostas do jornal brasileiro de pneumologia a dispneia é a principal responsável pela incapacidade na DPOC. Pacientes com o mesmo grau de obstrução ao fluxo aéreo podem ter diferentes graus de dispneia, mesmo sendo bastante simples, a escala de dispneia modificada do Medical Research Council (mMRC) é de fácil aplicação, reproduz a magnitude do impacto do sintoma e é preditora da sobrevida em 5 anos.

Figura 1. Score de sintomas / Recomendações para o tratamento farmacológico da DPOC

Escore	Sintomas
0	Tenho falta de ar ao realizar exercício intenso.
1	Tenho falta de ar quando apresso o meu passo, ou subo escadas ou ladeira.
2	Preciso parar algumas vezes quando ando no meu passo, ou ando mais devagar que outras pessoas de minha idade.
3	Preciso parar muitas vezes devido à falta de ar quando ando perto de 100 metros, ou poucos minutos de caminhada no plano.
4	Sinto tanta falta de ar que não saio de casa, ou preciso de ajuda para me vestir ou tomar banho sozinho.

Fonte: FERNANDES, *et al*, 2017.

De acordo com a escala modificada do medical reserch colocamos esse paciente com uma pontuação de 3 de acordo com a anamnese. Dessa maneira, em conjunto com a tabela abaixo sugerida pelo jornal de pneumologia brasileira o tratamento para este caso inicialmente seria baseado na administração de beta agonistas de longa duração juntamente com anticolinérgico de longa duração. A literatura sugere o tratamento em etapas sendo os broncodilatadores a primeira opção com posterior uso de corticoideterapia e casos refratários onde as características clinicas, laboratoriais e de imagem sugiram seja feita a administração de antibioticoterapia.

Nesse contexto, noto uma pequena divergência entre a terapia utilizada no setor por mim presenciado e na teoria, devido acredito eu, a características do serviço o resgate desses pacientes segue um padrão onde a oxigenioterapia é administrada com os beta agonistas inalatórios com a utilização de espaçador e ao mesmo tempo feito uso de corticoterapia endovenosa e alguns casos pude presenciar também a administração concomitante de terbutalina que vem a ser um agonista adrenérgico com atuação no relaxamento da musculatura lisa, esse é administrado por via subcutânea.

Figura 2. Escala de gravidade / Recomendações para o tratamento farmacológico da DPOC

	Não exacerbador		Terapia dupla broncodilatadora (LABA + LAMA)		
	Monoterapia broncodilatadora (LABA ou LAMA)				
Gravidade	Leve	Moderada	Grave	Muito grave	
Dispneia (Escala mMRC)	0- 1	2	3	4	
Sintomas (CAT)	<10	≥10			
Obstrução (VEF ₁ Pós-BD)	≥ 80	< 80 ≥ 50	< 50 ≥ 30	< 30	
Exacerbações Frequentes (último ano)		Terapia dupla (LABA + LAMA) [#] Terapia Combinada (LABA + CI) Monoterapia (LAMA)		Terapia tripla [#] Associar Roflumilaste [¶] Considerar macrolídeo [#] ou NAC [#]	
≥ 2 exacerbações ou ≥ 1 hospitalização					
# Primeira linha de tratamento * Caso persistir exacerbando após o tratamento de primeira linha ¶ Indicado em pacientes com DPOC e bronquite crônica					

Fonte: FERNANDES, et al, 2017.

O paciente do caso em questão, recebeu o tratamento inicial com oxigenioterapia em cateter nasal com posterior troca para máscara reinalante a pedido do médico plantonista Dr. Franz, o mesmo me mostrou exame de radiografia os quais evidenciavam presença de derrame pleural e infiltrados, assim o uso de terbutalina o qual até então não havia sendo feito e mais corticosteroide hidrocortisona EV e novos puffs de beta 2 agonistas proporcionaram um maior conforto e calma ao paciente que se encontrava sentado no leito devido a ortopneia. Por conter achados radiográficos típicos de pneumonia foi mantido o antibiótico ceftriaxona já iniciado com o mesmo esquema terapêutico. Nesse momento, o paciente se encontrava com a pressão arterial de 160/90, os medicamentos utilizados, sobretudo, os beta 2 agonistas possuem efeito adrenérgico os quais podem causar picos hipertensivos e em pacientes como esse no qual havia suspeita de possuir cardiopatia pode descompensar sua função e causar agravamento da pressão na pequena circulação fazendo um quadro denominado *cor pulmonale*, nesse momento o médico também prescreveu uma ampola de furosemida para controle pressórico juntamente com a passagem de sonda vesical para manter o paciente restrito ao leito, visto que o diurético iria estimular a diurese e esse paciente em questão estava com dispneia em repouso, assim pequenos deslocamentos como uma simples ida ao banheiro poderia complicar seu quadro e causar sofrimento.

Nessa discussão importante também ressaltar que de acordo com Portaria SAS/MS no 609, de 06 de junho de 2013, retificada em 14 de junho de 2013 que

coloca o manual de tratamento DPOC do ministério da saúde deve-se considerar a potencialização do risco de hipopotassemia no uso desses *puffs* de salbutamol que foram administrados nesse paciente com diuréticos e outros agentes que espoliam potássio, contudo, esse paciente apresentava uma hipercalemia de 5,9 podendo dessa maneira ser beneficiado por essa interação medicamentosa.

Figura 3. Tratamento

Antibióticos que podem ser utilizados no tratamento da agudização da DPOC ^{108(D)} .			
Antibiótico	Dose oral	Dose Injetável	Período
Moxifloxacina	400 mg/dia	400 mg/dia	5-7 dias
Amoxicilina	500 mg 3 x dia	1 g 3 x dia	7-10 dias
Levofloxacino	500 mg/dia	500 mg/dia	5-7 dias
Gemifloxacino	320 mg/dia	Não existe	5-7 dias
Amoxicilina/Clavulanato	500/125 mg 3 x dia	1 g 3 x dia	7-10 dias
Ampicilina/Sulbactam	375 mg 2 x dia	1,5 g 6/6 h	7-10 dias
Ceftriaxona	Indisponível	1 g 2 x dia	7-10 dias
Ciprofloxacina	500 mg 2 x dia	400 mg 2 x dia	7-10 dias

Fonte: BRASIL, 2012.

De acordo com a consulta na literatura a tabela acima retirada do manual sobre a exacerbação da DPOC da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia Associação de Medicina Intensiva Brasileira de 2012, e na leitura de outros materiais relacionados ao mesmo tema, vejo que a antibioticoterapia nos casos de agudização ainda parece ser um tema controverso, o entanto, é recomendada em exacerbações moderadas ou graves com a presença de no mínimo duas manifestações cardinais ou a presença de expectoração purulenta, essa antibioticoterapia deve ser mantida por 5 a 7 dias ou mais a depender do antibiótico utilizado, esse paciente do meu estudo, apesar de não apresentar expectoração purulenta possuía imagens pulmonares com infiltrados sugestivos de pneumonia, dessa forma, o uso de antibiótico se apresenta com respaldo. As infecções respiratórias são consideradas como a principal causa de exacerbações de DPOC, apesar do paciente relatar que foi seu primeiro episódio de ida a serviço de emergência para tratamento da crise, poderia esse paciente estar com as vias respiratórias colonizadas durante episódios de agudização de sua doença devido a essa característica epidemiológica, visto que mesmo em fase estável existe a presença de bacteras no trato respiratório, sem que haja sinais de infecção sistêmica, com a aquisição de uma nova cepa pode abrir o caso de agudização. A diferenciação entre infecção por vírus e bactérias pude ter contato com outros estudos no passado,

onde de acordo com características radiográficas, as quais confesso que não consigo ainda diferenciar para poder inferir o tipo de infecção, seria possível diferenciar infecção por vírus ou bactérias, sinais como a presença de escarro purulento e febre também podem conduzir a uma diferenciação no sentido de falar a favor de infecção por bactérias, mas não é uma tarefa fácil.

Por fim, este paciente teve sua vaga solicitada para o hospital municipal para seguir o tratamento de sua condição infecciosa, quando estive presente no plantão o mesmo se encontrava em leito de isolamento. Finalizando o estudo desse paciente, pude observar novas dosagens de parâmetros bioquímicos os quais tiveram melhora como por exemplo o lactato de 23 e sua gasometria arterial com $pCO_2 = 37$, contudo, seus leucócitos ainda apresentavam valores de 24000. Em relação aos exames complementares surgiu algumas dúvidas nesse estudo com esse caso o qual ao consultar a literatura no manual da AMB referenciado ao final pude ver que a sensibilidade de exame de cultura de escarro apesar de alta 90% possui pouca especificidade com 52%, dessa maneira, não se encontra respaldo na literatura realização de culturas de escarro em exacerbações de DPOC, assim como não foi feito nessa unidade de pronto atendimento. O nível elevado de PCR associado a uma cultura de escarro com características pustulentas possui maior acurácia diagnóstica para pneumonias bacterianas. Em última análise ao avaliar os guidelines e as condutas realizadas no atendimento, inicialmente pensei em um tratamento melhor administrado com sequências de classes farmacológicas e reavaliação do paciente para posterior tomada de decisão, contudo, ao avaliar novamente as condutas e a literatura pude compreender que o caminho do tratamento do paciente em questão já exigiria a administração da antibioticoterapia, assim, as drogas iniciais para resgate desse paciente, avaliando todo o contexto de comorbidades e interações e também da estabilidade dos sinais vitais e hemodinâmicos, poderiam conter as drogas utilizadas mesmo não seguindo detalhadamente a sequência das recomendações dos documentos elaborados por especialistas, entretanto, essa análise do “o que é feito na prática” juntamente com a literatura me faz refletir a individualização do tratamento afim de não aplicar “receitas de bolo” visto que cada paciente é único e devemos sempre nos atentar para detalhes e com cautela tratar a dispnéia dessa paciente e conduzir o restante do tratamento para não ficarmos apenas no tratamento do sintoma o qual não identificamos sua causa de descompensação poderia novamente retornar

ao sistema de saúde assim como pude presenciar em vários pacientes que retornam com falha terapêutica.

3.2 CASO 2: Lesão Oftálmica

3.2.1 Anamnese

Identificação – S.E.S, 63 anos, masculino, operário de maquinas

Q.P – dor em queimação nos olhos

HDA – Paciente busca atendimento juntamente com seu filho acompanhante com forte dor em ambos os olhos, sobretudo, no olho esquerdo. Refere ter realizado uso de solda elétrica para consertar equipamento de ferro há aproximadamente 10 horas atrás, o mesmo refere que não teve dor alguma no momento, contudo, hora que estava dormindo 10 horas depois de utilizar a soldagem foi acordado com forte dor e lacrimejamento em ambos os olhos

HPP – Diabético, hipertenso, nega alergia a medicamentos.

3.2.2 Exame físico

Ectoscopia – Lote, orientado, anictérico, acianótico, hidratado

ACV – BNF2T, não ausculto sopros, eucárdico, pulsos simétricos, tec <3s

AP – Murmúrio vesicular universalmente audível, sem ruídos adventícios

ABD – Plano, depressível, sem dor a palpação superficial e profunda, sem massas palpáveis, sem sinais de peritonite

AVN – Glasgow 15, pupilares isofotorreagentes

Olhos – lacrimejamento abundante, dificuldade em abrir os olhos fazendo contração extrema da musculatura orbitaria bilateralmente, relatando extrema dor em ambos os olhos, principalmente no olho esquerdo com presença de hiperemia conjuntival bilateral com ênfase em região esclerótica medial do olho esquerdo

Diagnostico sindrômico – lesão ocular

Hipótese diagnostica – Lesão de córnea por excesso de radiação

Diagnósticos diferencias – Lesão conjuntival por estilhaço, lesão de retina por radiação, lesão térmica em olhos.

3.2.3 Conduta médica

Paciente foi colocado em posição ortostática em maca na sala de procedimentos e realizado a aplicação de colírio anestésico com 2 gotas em cada olho. Após cerca de 5 minutos o paciente conseguiu abrir os olhos onde foi aplicado pomada regencil no olho esquerdo e realizado curativo do tipo tampão ocular, após essa conduta inicial foi prescrito analgesia com dexametasona e dipirona ambos EV em soro de 100mL e mantido o paciente em observação para posterior reavaliação.

3.2.4 Análise crítica do caso 2

Esse caso eu elegi pois vi a necessidade de estudo na condução de condições de urgência e emergências oftálmicas. O modelo de ensino com metodologias ativas ao meu ver não está entre as melhores técnicas de formação profissional, tive a oportunidade de cursar meu primeiro ano de faculdade de medicina na faculdade evangélica em Curitiba com metodologia tradicional e percebo como me faz falta cadeiras com disciplinas sendo ministradas por especialistas, percebo também o grande desafio dos professores aqui presentes no sentido de dentro de suas formações contemplar os diversos conhecimentos que um médico generalista necessita, assim sendo, até o presente momento não tive contato nenhum com o estudo da oftalmologia e de suas urgências, assim como outros temas básicos às várias especialidades medicas que espera-se que um generalista domine.

Na sala de procedimento das UPA's é muito comum a chegada de pacientes com queixas de trauma ocular e outros diversos tipos de lesões oftálmicas as quais devem ser conduzidas com maestria por se tratar de um órgão muito sensível e nobre, tive a oportunidade de acompanhar a condução de alguns casos de lesão por corpo estranho os quais foram conduzidos pelo Dr. Sabbi, dessa maneira, me senti confortável e seguro em realizar o atendimento juntamente com minha colega de plantão na madrugada onde o atendimento inicial foi realizado por nós e na sequência da avaliação e primeira analgesia com solução oftálmica nos conduzimos até o consultório de atendimento para consultar o médico de plantão a respeito da conduta a ser seguida.

De acordo com as informações presentes na literatura do telesaúde da universidade federal do Rio Grande do Sul a qual referenciada ao final desse caso a exposição a solda elétrica pode causar diferentes lesões oculares por corpos

estranhos ou queimaduras na córnea e conjuntiva a qual denomina-se fotoceratoconjuntivite.

Nesse artigo a predominância de sinais e sintomas se enquadra perfeitamente no relato do paciente em questão, as quais são elas: lacrimejamento, dor ocular, hiperemia e fotofobia.

Nos casos de queimadura (fotoceratite ou fotoceratoconjuntivite), as alterações costumam ser bilaterais e aparecem de 6 a 12 horas após a exposição, ocasionados pela absorção da radiação ultravioleta pelo epitélio corneano, levando à inflamação e, em alguns casos, abrasão corneana. Eventualmente pode ser visualizada hiperemia das pálpebras devido à queimadura da pele pela radiação. A acuidade visual pode estar levemente diminuída, a acuidade visual no caso do senhor S.E.S permaneceu inalterada.

O epitélio corneano geralmente se regenera em 24 a 72 horas, sendo necessárias apenas medidas de suporte como uso de pomada oftálmica com antibiótico, colírio lubrificante e analgesia oral. São opções de antibióticos tópicos, por exemplo, ciprofloxacino 3,5mg/g ou tobramicina 3mg/g, sem associação com corticoides, 4 vezes ao dia, por 2 a 3 dias ou até o paciente estar assintomático por 24 horas. Em consulta a aba prescrição no sistema RP notei que tínhamos a opção de antibiótico ciprofloxacino na concentração de 1mg/ml e também de corticosteroides oftálmicos como dexametasona, contudo, essas opções não se encontravam disponíveis na rede para retirada gratuita pelo paciente. Outra opção disponível para analgesia no sistema RP seria o colírio de atropina a 1%, no entanto, o trecho extraído do artigo que coloco a seguir demonstra que o uso de colírios com antibiótico são úteis para prevenir a infecção bacteriana em casos de queimaduras por solda e também deixa claro a não indicação de colírios anestésicos no seguimento do paciente, com exceção do uso no momento da consulta para poder explorar o globo ocular e a cavidade para procura de corpos estranhos, segue abaixo o trecho supracitado.

“Apesar de não termos evidências claras para o uso de antibiótico tópico, no manejo de abrasão corneana, é geralmente utilizado para prevenir superinfecção bacteriana, principalmente se identificado corpo estranho. Não está indicado uso de curativos oclusivos, visto que não acrescentam benefício, podendo retardar a regeneração do epitélio corneano. Anestésicos tópicos podem ser utilizados apenas no consultório médico para viabilizar o exame, e nunca devem ser prescritos para uso pelo paciente pois há risco de piora da lesão e perfuração ocular”. Nesse contexto,

noto que a conduta discutida e aplicada ao paciente seguiu o preconizado na literatura, pois após a aplicação da pomada oftálmica com antibiótico cloranfenicol foi administrado analgesia E.V e o paciente foi encaminhado para avaliação do especialista no HMPGL.

Por fim, em discussão com o médico plantonista da madrugada o mesmo relatou que casos como este podem ser conduzidos ambulatorialmente com prescrições de corticoesteroides e antibióticos tópicos, entretanto, a conduta do médico que assumiu o plantão foi encaminhar ao especialista, mas o paciente se evadiu do local não aguardando a consulta com o oftalmologista.

A reflexão acerca desses casos me fez estudar um pouco melhor as condutas a serem tomadas e o fluxo em casos de emergência oftálmica, pois a conduta que eu pude ver na pratica de alguns médicos não condizem com o recomendado na literatura, um exemplo disso posso citar outros casos que tive a oportunidade de acompanhar de lesão por corpo estranho onde havia a visualização do corpo estranho penetrado na conjuntiva/córnea do paciente e a conduta foi aplicação de pomada regencil e retorno em 24h para reavaliação, casos como este pude compreender pelos imagens presentes na literatura e exame físico por mim realizado na pratica creio que a avaliação de um especialista e sua conduta seriam o melhor seguimento de um paciente que se encontra em uma sala de procedimento de uma UPA.

3.3 Caso 3: Trauma de face

3.3.1 Anamnese

Identificação: G.R.M, masculino, 18 anos de idade.

Q.P: “dor no nariz”

HDA: Paciente dá entrada a UPA João Samek por meios próprios a partir do acolhimento é classificado como condição de risco pouco urgente (verde) e após isso é encaminhado ao consultório com posterior encaminhamento ao procedimento. O mesmo relata ter sofrido acidente de trabalho com gondola de metal com colisão em sua face, dessa maneira possuía quadro álgico com dor o qual classificava na escala como sendo 5. Paciente mantinha toalha em rosto e referia epistaxe com sangramento

volumoso, negou vômitos, náuseas ou perda de consciência. Ao ser indagado a respeito do sangramento refere que o sangue saiu somente do nariz e que não parou de sangrar desde o momento do acidente a aproximadamente 1 hora.

HPP: Nega qualquer patologia, nega uso de medicamentos.

3.3.2 Exame físico

Sinais vitais - Temperatura : Axilar 36,8 °C, Taxa de Respiração: 18, Pressão arterial: 110 / 70 mmHg, Saturação de oxigênio (SpO2): 99, Frequência pulso (BPM): 88 bpm.

Ectoscopia: Bom estado geral, orientado, comunicativo, anictérico, acianótico, hidratado.

ACV: Bulhas normofonéticas, em 2 tempos, sem sopros, ritmo regular. TEC menor que três segundo, hemodinamicamente estável.

AP: Murmúrio vesicular universalmente distribuído, sem ruídos adventícios, eupneico em ar ambiente.

ABD: Plano, depressível. Ruídos hidroaéreos presentes. Sem massas. Sem sinais de peritonite. Sem ascite.

AVN: Glasgow 15, comunicativo. Pupilas isofotorreagentes.

Diagnóstico sindrômico: trauma de face

Hipótese diagnóstica: hemorragia nasal por trauma em região nasal

Diagnósticos diferenciais: tumores intranasais, presença de corpo estranho, deformidades anatômicas, hipertensão arterial (emergência arterial), traumas, cirurgias prévias, inalantes químicos, trauma.

3.3.3 Exames complementares:

Foi pedido uma radiografia de ossos da face com as incidências MN, lateral e hirtz.

3.3.4 Condutas médicas

O paciente após a chegada ao setor de emergência foi de início submetido a um exame de raio x, após essa primeira conduta, foi medicado com analgesia com

tramadol e realizado tamponamento com gaze embebida em adrenalina e mantido o paciente em observação e solicitado avaliação do cirurgião buco-maxilo-facial.

3.3.5 Análise crítica do caso 3

Ao estudar esse caso primeiramente vemos que o fluxo de atendimento pode gerar discussão afim de entendermos o que é preconizado pelos protocolos e o que de fato pode ocorrer. O paciente foi ao atendimento por meios próprios o qual foi acolhido inicialmente pela consulta de enfermagem (de acordo com as normas, pois no capítulo inicial desse relatório vimos que o enfermeiro é o profissional que realiza essa primeira consulta de triagem baseada na classificação de gravidade com o protocolo Manchester). Após essa triagem o paciente em estudo seguiu para consulta médica, em minha opinião esse paciente por se tratar de um caso de trauma segundo seu relato, estando o mesmo segurando toalha em seu rosto para conter sangramento poderia ser encaminhado ao setor de emergência já neste momento, assim o paciente foi levado secundariamente com o médico do consultório verde para a passagem de caso ao médico da sala vermelha. Esse fluxo talvez pode ser influenciado pelas próprias atitudes do paciente podendo eu aqui nessa discussão levantar inúmeras hipóteses que tornariam o paciente elegível a uma primeira consulta em sala verde, contudo, tenho percebido que casos como esse e outros que tive a oportunidade de presenciar podem se agravar dentro da unidade no momento da espera pela consulta, sendo assim a avaliação inicial pela triagem e também a consulta médica da unidade verde um ponto de decisão o qual tem grande impacto nas condições de agravo e melhora do paciente.

A analgesia, uma sessão muito importante no aprendizado da medicina merece aqui também uma análise, sabemos que a discussão atual é de independente do paciente e de sua problemática, desde a entrada do mesmo no sistema de saúde, garantir o seu conforto e bem estar deve ser a prioridade dos profissionais de saúde, esse análise deve ser profunda pois a dor tem papel de grande importância também na identificação da gravidade, nos critérios diagnósticos e na evolução do paciente, com isso a analgesia pode ser discutida em vários aspectos visto que uma cessação de dor pode mascarar sintomas e esconder a gravidade de um doente que necessita de medidas rápidas para seu diagnóstico e tratamento, por outro lado alguns casos de pacientes com dor a qual não são tratados com a devida analgesia podem

desenvolver dores crônicas por falta de analgesia inicial, nevralgias e dores neuropáticas.

O trecho a seguir extraído do artigo do autor PONTE *et al*, “Em situações de internações hospitalares, as principais causas de dores agudas são referentes a fraturas fechadas, fraturas abertas, abrasões e laceração, contusão cerebral, fraturas simples de crânio e luxação de coluna cervical, sendo estas, causadoras de dor de intensidade moderada a grave. A avaliação e o controle precoce e adequado da dor no atendimento evita efeitos prejudiciais desnecessários ao organismo “cita o fato que o controle inadequado da dor pode impactar em efeitos prejudiciais que a analgesia correta poderia evitar ao organismo do paciente.

Para a sistematização dos padrões de analgesia, existe uma escala analgésica da Organização Mundial de Saúde (OMS) que sugere a padronização do tratamento analgésico baseado em uma escada de três degraus de acordo com a intensidade de dor e particularidade do paciente. O primeiro degrau recomenda o uso de medicamentos analgésicos simples e anti-inflamatórios não esteróides (AINE's) para dores fracas. O segundo degrau sugere opioides fracos, que podem ser associados aos analgésicos simples ou AINE's, para dores moderadas. O terceiro degrau, opioides fracos associados a coadjuvantes e não-opioides, e também opioides fortes associados a coadjuvantes e não-opioides. (OMS, 2009). A dor leve, segundo a escala da OMS é comumente tratada com analgésicos não opioides. A dipirona é o seu representante mais empregado. Depois, segue-se o uso do paracetamol e dos anti-inflamatórios não esteróides (AINE's), esse que atualmente está sendo utilizado, de maneira isolada ou associada a outros medicamentos, proporcionando a diminuição do uso de opioides e assim, diminui os efeitos adversos. Dessa maneira, o paciente em questão podemos especular a respeito de algumas condutas comparando com a literatura assim como comparar também com aquilo que é comumente realizado na pratica medica os quais chamamos muitas das vezes de aprender com as “orelhadas”. Esse paciente em questão poderia talvez não ter interpretado corretamente a avaliação da escala da dor talvez por falta de uma melhor explicação pelo aplicador, por outro lado, a aplicação de uma analgesia seguindo os degraus no tratamento da dor em análise do padrão de dor desse paciente com os protocolos presentes em artigos e ministério da saúde poderiam receber uma primeira analgesia diferente daquela que foi realizada com tramadol, podendo inicialmente ser eficaz drogas analgésicas como AINES de poder analgésico alto e antinflamatorio baixo

como dipirona. Diante disso, escalonar o uso de analgesia parece ser uma boa prática, pois gera parâmetros para avaliar o paciente e seguir em seu tratamento, uma conversa que tenho tido com diversos médicos os quais confio em suas respostas eu tenho perguntado a respeito da prática da analgesia no cenário de emergência. Vejo que alguns muito embasados de teoria respondem com verdadeiras aulas, outros seguem padrões de prescrição que segundo os mesmos resolvem a dor do paciente. A analgesia realizada por mais que parece algo banal tem me motivado a pesquisar na literatura e saber detalhes a respeito das drogas mais usadas visto que interações medicamentosas e modificações nos sinais vitais podem surgir fazendo com que o paciente após esse tratamento inicial receba um segundo tratamento para tratar uma condição gerada pela administração de uma primeira analgesia, fato este muitas das vezes reside no fato do desconhecimento de efeitos gerados por analgésicos os quais podem alterar o padrão bioquímico/laboratorial e gerar confusões diagnósticas. Um exemplo disso que vejo rotineiramente é a prescrição de tramadol juntamente com ondasetrona, apesar de a ondasetrona ser uma droga muito boa sua prescrição conjunta com o tramadol pode diminuir sua eficiência. O uso de antieméticos como bromoprida, metoclopramida também é uma rotina que diariamente encontro em meus plantões e essas drogas tem em menor ou maior grau potencial efeito extrapiramidal.

Além dos efeitos adversos relacionados ao sistema motor, pacientes com síndrome extrapiramidal induzida por metoclopramida podem apresentar desordens como ansiedade, depressão maior, psicose, síndrome de Tourette e síndrome das pernas inquietas. Devido a essas alterações, que podem envolver transtornos ansiosos e de humor, o diagnóstico diferencial da síndrome extrapiramidal é complexo e muitas vezes não realizado ou realizado de maneira equivocada pelos próprios profissionais da saúde (REDONDO *et al.*, 2015).

Voltando a falar da analgesia, vejo que principalmente nos cenários de atendimento das UPA's a analgesia muitas das vezes vem a ser a conduta mais praticada, sobretudo, nos atendimentos de consultório (verde) e de fato são as medidas adequadas ao atendimento e resolução dos problemas que os pacientes trazem ao serviço de saúde, dessa maneira, vejo a importância desse tema que me motiva a fazer a mesma pergunta a vários médicos plantonistas “ como você faz analgesia nos pacientes e quais padrões você acha melhor, quais os cuidados de ter, quais problemas você já enfrentou com a aplicação de analgesia, etc... “

A dor moderada tem sido controlada através da associação entre dipirona ou paracetamol, AINH's, opioide fraco, como a codeína e o tramadol. (CAVALCANTE e GOZZANI, 2004) Os opioides são as drogas mais utilizadas para analgesia de forte intensidade, exercem seu efeito terapêutico camuflando a ação dos opioides endógenos, a endorfina, dinorfina e encefalina, sobre os receptores específicos. Mesmo com a sintetização de novos opioides, a morfina permanece como referência neste grupo, sua absorção é imediata a partir do trato gastrointestinal, após sua administração a morfina é rapidamente absorvida pelas suas propriedades de baixa lipossolubilidade. A ação direta sobre neurônios locais ou circuitos intrínsecos de modulação da dor produz o efeito anestésico para alívio da dor de intensidade moderada a grave, porém produzem também efeitos indesejáveis como náuseas, vômitos, pruridos, depressão respiratória, constrição pupilar (CAVALCANTE e GOZZANI, 2004). No caso de dores agudas, a escala é utilizada de forma descendente, ou seja, usar o terceiro ou segundo degrau nos primeiros dias de hospitalização ou após cirurgias/procedimentos dolorosos de acordo e as escalas de mensuração de dor. Nos dias subsequentes ao trauma tecidual, espera-se que a escada analgésica da OMS diminua assim como o quadro algico. Ainda referente à dor aguda, o seu controle requer a administração concomitante de dois ou mais analgésicos com diferentes mecanismos de ação, a analgesia multimodal, visando analgesia mais eficaz e menos efeitos adversos do que a monoterapia. Assim podemos entender que a prescrição de um derivado de opioide como nesse caso analisado de trauma com suspeita de fratura de ossos da face poderia ser interpretado como errôneo de acordo com a escala da dor avaliada em consulta, entretanto, a dor representa uma condição dinâmica que quando eu estive presente com esse paciente também julguei como uma dor de forte intensidade devendo a mesma ter uma analgesia com drogas de um segundo ou terceiro degrau ou mesmo a associação entre essas classes farmacêuticas.

A fratura da na região distal do osso nasal ficou evidente no estudo radiográfico desse paciente, e a conduta tomada pelo plantonista, que ao meu entendimento foi correta, não somente pelo que tenho visto na pratica, mas também porque faz parte daquilo contido nos manuais, ou seja, fraturas ósseas merecem uma avaliação de um especialista. Dessa maneira, por se tratar de um trauma de face com esse tipo de fratura foi encaminhado ao dentista do HMPGL o qual é o profissional referenciado para questões buco-maxilo-faciais de acordo com esse tipo de caso. A

epistaxe desse paciente foi prontamente conduzida com uso de tampão de gaze embebida em adrenalina, essa é uma das práticas que mais tenho visto nos atendimentos em unidades de pronto atendimento. Ao estudar profundamente o tópico epistaxe me deparei com uma imensidão de causas, exames complementares e condutas, sendo casos banais e outros os quais devo me preocupar muito na condução do caso, assim de acordo com Douglas, Skin e colaboradores os quais cito ao final desse caso “a maioria dos sangramentos nasais são de pequena intensidade e cessam espontaneamente ou após medidas simples como aplicação de pressão direta bidigital sobre a porção anterior do nariz e uso de descongestionantes tópicos e gelo na face. Medidas adjuvantes incluem dieta fria, lavagens nasais com soro fisiológico, espirrar com a boca aberta, evitar mexer ou assoar o nariz, eliminar medicamentos (como a aspirina, anticoagulantes, vitamina E e ginkgo-biloba), repouso e tranquilizar o paciente”. Com isso posso avaliar que não seria suficiente no caso do paciente em questão o qual apresentava um considerado sangramento, dessa forma, uma segunda conduta seria aquela que foi realizada pelo plantonista, estando assim de acordo com autores referencias. Uma questão que me vem a cabeça no momento também se refere a análise das referências as quais utilizamos para confecções de nossos relatórios e também na tomada de condutas, visto que desde quando adentrei a essa instituição de ensino universitária muito se fala em artigos científicos, contudo, vejo que a pratica de uma medicina baseada em evidencias merece de fato saber analisar uma boa evidencia, discussões em grupos com alunos trazendo informações contidas em artigos não me fazem a adotar aquela conduta nem mesmo crer nessa informação, justamente pelo fato de saber que milhares de artigos são publicados todos os dias das mais diversas formas em diversos locais sem impacto algum os quais muitos tem somente o objetivo de produzir mais uma publicação em número de acordo com o objetivo pessoal de cada um que publica ou daquele que o orienta. Nesse sentido, continuando a discussão acerca do tamponamento da epistaxe uma grande quantidade de produtos, como Merocel® (acetato hidroxilato de polivinil) com ou sem tubo central, Gelfoam® (esponja estéril de gelatina absorvível), Rapid Rhino® (carboximetilcelulose) com ou sem balão interno, expansíveis com a adição de água, esponjas de Surgicel ou Oxichel, estas geralmente dissolvem-se em 2 a 3 semanas. Materiais como gaze vaselinada, dedos de luva ou preservativos preenchidos por espuma ou gaze podem ser utilizados. O procedimento deve ser realizado em concomitância com medidas gerais como o repouso no leito, cabeceira elevada,

controle da pressão arterial e de Abordagem Atual das Hemorragias Nasais da 52ª Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ entre as quais: possíveis arritmias causadas pela hipovolemia, coleta de sangue para dosagem do hematócrito e hemoglobina de forma seriada e pesquisa de coagulopatias se suspeitadas. Atitudes essas citadas as quais podemos pelo sistema RP do município de Foz do Iguaçu prescrever juntamente com a medicação. O procedimento é desconfortável e deve ser precedido por uma anestesia tópica adequada com solução de lidocaína 2% em spray (a qual não temos presente nos ambientes frequentados nesse estágio). A inexperiência do médico, alterações da anatomia como os desvios septais e materiais com superfície mais áspera como a gaze, podem causar lesões à mucosa do nariz que dificultam a subsequente localização do local do sangramento. O tamponamento anterior que foi aplicado nesse paciente, consta no material aqui referenciado que o mesmo deve ser feito com gaze untada com pomada antibiótica, contudo, o tamponamento anterior que acompanhei no caso desse paciente foi diferentemente realizado com adrenalina dissolvida nessa gaze.

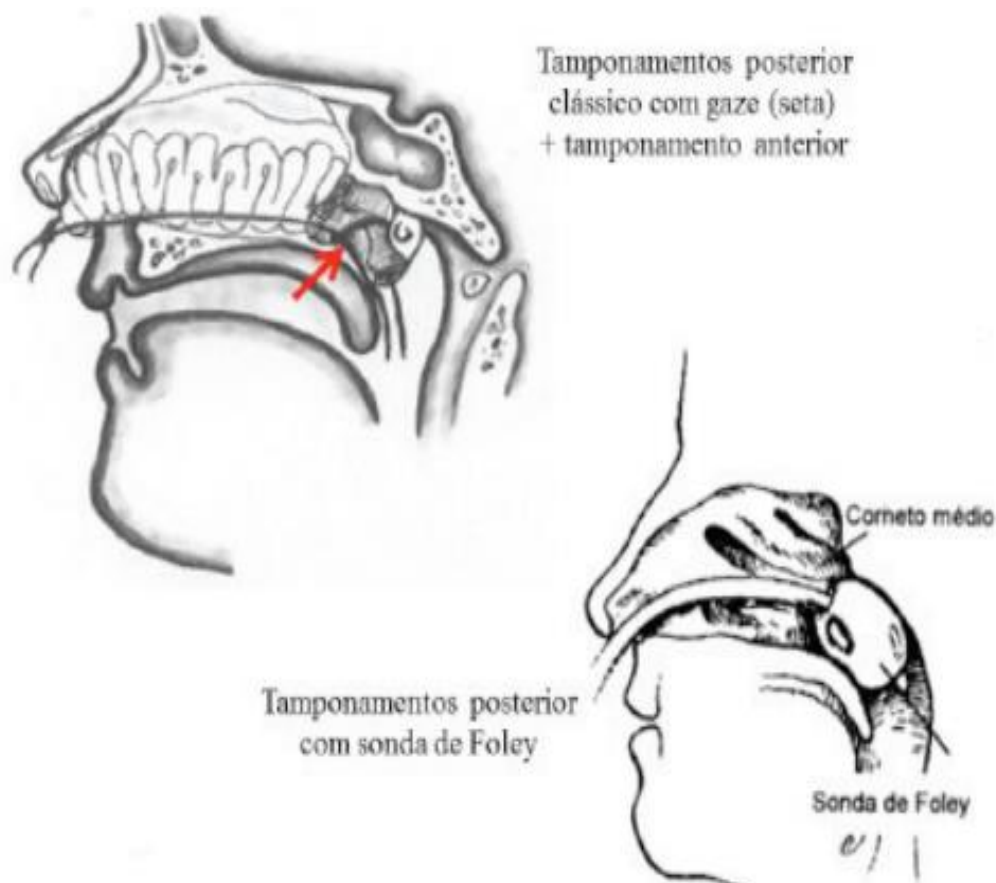
O tamponamento posterior, diferentemente do praticado nessa paciente em estudo possui uma técnica na qual há exteriorização do esquema montado com gaze para a cavidade bucal posterior na região da orofaringe do paciente, portanto, vejo que não seguiu a técnica detalhada na literatura em questão, o tamponamento posterior é feito da seguinte maneira:

É procedimento muito desconfortável e requer, se possível, anestesia geral ou, ao menos, uma anestesia local muito boa. O tamponamento posterior clássico é confeccionado com gaze finamente enrolada amarrada no centro com dois ramos longos e um curto de fio de seda 0 ou linho 2. Passa-se um cateter plástico através da fossa nasal sangrante, exteriorizando-o através da boca. Os dois ramos longos são, então, amarrados à extremidade distal do cateter e puxados através da cavidade nasal até que o tampão esteja em posição adequada na coana. Mantém-se tração nos fios enquanto é realizado tamponamento anterior. A fixação dos fios deve ser cuidadosa para que os mesmos não exerçam pressão nas asas nasais e na columela, porque pode ocorrer necrose da cartilagem rapidamente, causando escaras na ponta do nariz e parte anterior da cavidade nasal. O ramo pequeno é passado através da boca para se recuperar o tampão na hora de sua retirada. O mesmo é retirado 4 a 7 dias após, dependendo da evolução. Essa técnica também já tive a oportunidade de acompanhar em outro paciente na UPA Morumbi onde foi usado uma sonda de Foley,

a técnica deve ser realizada com uma sonda de Foley 12-16 ao longo do assoalho do nariz até que seja visualizada na nasofaringe. O balão é inflado e o cateter puxado anteriormente para colocar o balão na coana posterior. Após a realização do tamponamento anterior, o cateter é fixado com um pedaço de tubo contra o tamponamento anterior. Existem balões infláveis comercialmente disponíveis (como o Epi-stats) que têm um sistema duplo de balonetes que servem como tamponamento anterior e posterior. Os balões são mais facilmente colocados, são menos traumáticos para os pacientes, mas são menos efetivos que o tamponamento clássico, já que a pressão aplicada no interior do nariz não é igual e vão se desinsuflando após algumas horas. Achei bem interessante o conhecimento dessas técnicas as quais podem se valer de matérias facilmente encontrados e com uma eficiência muito boa recomendadas por autores especialistas.

Por fim e não menos importante foi realizada a solicitação de vaga para avaliação do especialista no HMPGL, assim encerrou-se o atendimento na UPA e o mesmo foi transferido ao hospital.

Figura 4. Anatomia de nasal



Fonte: MIERELLES, 2014.

3.4 Caso 4: Pneumonia

3.4.1 Anamnese

Identificação - C. L, 84 anos, dona de casa, natural e residente em Santa Rita-Paraguai.

Q.P – Cansaço

HDA – Paciente proveniente do Paraguai com quadro de astenia, dispneia, cefaleia, confusa, com dificuldade em caminhar, relata que apresentou esses mesmos sintomas juntamente com tosse produtiva há cerca de 5 dias e esteve em tratamento no país vizinho onde iniciou uso de antibiótico (SIC) e oxigenioterapia(SIC) necessitou de internamento por hipossaturação, nega febre, nega vômitos ou outros sintomas

HPP – hipertensão arterial sistêmica em uso de captopril, nega alergia a medicamentos, nega demais comorbidades

CHV – nega tabagismo, nega etilismo

3.4.2 Exame Físico

Sinais vitais - Temperatura : Axilar 36 °C, Taxa de Respiração: 19, Pressão arterial: 139 / 80 mmHg, Saturação de oxigênio (SpO2): 94, Frequência pulso (BPM): 74 bpm.

Ectoscopia – REG, lote, anictérico, acianótico, hidratado

ACV: BCNF RR 2T, sem sopros audíveis, TEC <3sg. Pulsos periféricos cheios e simétricos.

AP: MVUA com crepitações em base pulmonar direita, sem sinais de esforço respiratório

ABD: abdome flácido, ruídos hidroaéreos presentes, sem massas palpáveis, sem sinais de peritonismo.

AVN: Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Com força preservada em membros.

Membros: quentes e bem perfundidos, sem edemas em ambos MMII. Panturrilhas livres.

Diagnóstico sindrômico – Síndrome respiratória aguda grave.

Hipótese Diagnóstica – Pneumonia.

Diagnósticos diferenciais – tuberculose, pneumonia, covid, influenza, bronquite, traqueobronquite, asma brônquica.

3.4.3 Exames complementares de admissão

Covid – não reagente

Lactato – 45

Bioquímica

Na – 141

Creatinina – 0,6

K – 3,5

Ureia – 46

PCR – 60 segundo dia - 8,7

Lactato – 27 segundo dia - 45

Hemograma

Hemácias – 4,6

Hb – 13,6

Leucócitos – 12.450 com 22% de bastões (dia 27-11) 9500 com 8% de bastões (dia 01-12)

Plaquetas – 150.000

Urina tipo 1

Presença de + de urobilinogenio e ++ de hemoglobina

Presença de cristais amorfos +++ e cilindros granulosos ++

TC de tórax 01/12/2021

Atelectasia parcial do lobo médio e lobo inferior direitos, com pequena consolidação associada na pirâmide basal. Atelectasia subsegmentar nos segmentos basal medial e posterior do lobo inferior esquerdo. Moderado derrame pleural livre, bilateral. Coração de tamanho aumentado (cardiomegalia). Saco pericárdico com fino espessamento/derrame. Aorta torácica ascendente ectásica. Aorta torácica com placas de aterosclerose calcificadas esparsas.

Em relação aos exames de imagem consegui nesse caso clinico dar mais importância a revisão meu estudo de imagiologia radiográfica, a incidência de lairel as vezes pode ser definidora de dúvidas em relação a derrames pleurais e nunca tive a oportunidade de visualizar uma incidência dessa nas radiografias solicitadas, nesse

mesmo caso pude contar com a experiência e didática do dr. Mohamed em um plantão do HMPGL no qual me mostrou detalhes a serem analisados nas tomografias.

3.4.4 Conduta médica

Solicitação de exames admissionais como hemograma completo, TGO, TGP, fosfatase alcalina, creatinina, ureia, sódio, potássio, urina tipo 1, PCR, lactato, eletrocardiograma, covid, radio x de tórax. Prescrição do dia 27/11/21 de salbutamol 4 puff por ciclo em um total de 4 ciclos com uma aplicação a cada 20 min om frasco de salbutamol contendo 100 mcg em 200 doses, dipirona 1 ampola a cada 6 horas, metaclopramida se necessário, dexametasona 1 ampola de 2,5ml sendo que a concentração da droga é de 4mg/ml, ceftriaxona 1g a cada 12horas, heparina 5000ui ampola de 0,25ml subcutânea 1 ampola a cada 12horas e por fim o esquema de insulina caso seja necessário com correção por dosagem em unidades conforme hgt e solicitação de aferir HGT 3 vezes ao dia, assim como, hidratação com soro glicosado 50% conforme HGT em caso de glicemia em queda conforme preconizado em prescrição no esquema. No dia 28/11/21 o plantonista que assumiu manteve a ceftriaxona, adicionou a prescrição omeprazol na dose de 40mg via oral comprimido em jejum pela manhã e adicionou também azitromicina comprimidos na dose de 500mg 2x ao dia. Além da solicitação de exames seguindo a rotina de evolução no dia 29/11/21 o plantonista que assumiu notou uma presença de hipernatremia de 152, dessa maneira, prescreveu 1200ml de soro glicosado a 5% para correrem em um período de 24h. A prescrição assim como em todos casos é padronizada de acordo com características individuais sendo que alguns medicamentos como anti-hipertensivos, insulina, soro glicosado, analgesia, antipsicóticos, benzodiazepínicos e outros tantos os quais eu poderia aqui citar recebem a observação em suas prescrições como SN (se necessário) podendo assim ser administrado pela enfermagem caso haja necessidade de acordo com parâmetros determinados dentro da prescrição, ou mesmo com observação redigida de que somente devem ser administrados a critério medico, mesmo que constem em prescrição.

3.4.5 Análise crítica do caso 4

Acompanhando o caso e posteriormente estudando o prontuário, vejo que assim como em outros atendimentos variam o lançamento entre (prescrições,

evoluções, admissões, solicitação de exames) de acordo com a prioridade e o jeito em que cada profissional conduz cada atendimento. Assim, a solicitação de exames dessa paciente seguiu um padrão básico de solicitar exames de admissão com hemograma completo, função renal, função hepática, íons, PCR, lactato, eletrocardiograma, radiografia de tórax, urina tipo 1 de acordo com a queixa da paciente. Notei a falta de uma gasometria arterial por se tratar de uma paciente idosa com queixa de dispneia e com diagnóstico sintromico de uma síndrome respiratória, creio que o diagnóstico sintromico é um ponto importante para guiar o médico na solicitação de exames em um primeiro momento afim de incluir ou excluir patologias prováveis e condições que guiam o tratamento ainda que o tratamento inicial seja baseado em estabilizar o paciente o que de fato representa uma abordagem correta, visto que muitos dos pacientes por mim acompanhado, saem de condições críticas que ameaçam a vida para uma estabilidade mesmo não havendo sequer um provável diagnóstico. Nesse contexto o trecho a seguir extraído do artigo de Levin e colaboradores evidencia a análise de gasometria arterial nos casos suspeitos de pneumonia “Se disponível, a saturação periférica de O₂ deve ser realizada de rotina. Em casos de pneumonia grave ou com SpO₂ < 90%, a gasometria arterial é mandatória e deve orientar quanto à oxigenoterapia e internação hospitalar”.

Na evolução do caso dessa senhora após seu segundo dia de permanência em leito de isolamento, seus parâmetros respiratórios apresentavam melhora assim como os parâmetros laboratoriais, ainda assim, seu raio x de tórax evidenciou um padrão de infiltrado em base bilateralmente com maior predomínio em base direita e discutindo com o médico o mesmo me mostrou que havia um pequeno derrame pleural o qual de acordo com aquela imagem segundo palavras do profissional seria difícil perceber para alguém que não conheça bem o estudo radiográfico, nesse sentido, por se tratar de uma pequena coleção de líquidos, não teria maior importância na tomada de decisões da paciente ainda que aquilo represente algo que corrobora para o diagnóstico na coleção de informações que são utilizadas para diagnosticar.

A heparina prescrita inicialmente foi iniciada na dose de 5000ui de 12 em 12h como profilaxia para TEV e também fazendo profilaxia para TEP e demais complicações consequentes de um processo hipercoagulativo com formação de trombos podendo esse atual no local ou se desprender e impactar á montante, um padrão da prescrição do profissional que não foi repetido pelo substituto no dia posterior. Ao estudar o assunto mais profundamente pude perceber que existem

diversos tipos de anticoagulantes com diversas indicações e vantagens e desvantagens de cada um, a heparina não fracionada tem suas limitações com curta janela terapêutica, relação dose resposta altamente variável o que necessita de um monitoramento laboratorial mais rígido diferente de drogas modernas como por exemplo o xarelto que tem como uma das principais desvantagens seu preço, a heparina não fracionada tem limitação também menor eficácia em pacientes com doenças agudas pois vários dos reagentes inflamatórios de fase aguda são proteínas de ligação a heparina, diminuindo assim sua biodisponibilidade, essa paciente ao ser admitida poderia ser um possível caso de covid, o uso de anticoagulantes em covid vem sendo amplamente estudado por ter uma eficiência na profilaxia de lesões, contudo, sabemos que alguma de suas fases a doença covid possui um processo inflamatório exacerbado o qual em análise nesse conjunto com o uso de heparina poderia ter sua biodisponibilidade alterada não cumprindo, dessa maneira, sua função eficaz.

A monitorização a resposta anticoagulante de uma dose padrão de heparina não fracionada varia amplamente entre os pacientes, e não há informações suficientes na literatura que determinem a modificação da dose inicial de acordo com o perfil hemodinâmico do paciente (peso “seco” X peso “molhado”), sendo necessário monitorar a resposta de cada paciente, utilizando-se o tempo de tromboplastina parcial ativada (PTTa) ou os níveis plasmáticos de heparina. As medições devem ser feitas antes da terapia com heparina, quatro a seis horas após seu início, e quatro a seis horas após qualquer alteração de dose. O valor geralmente aceito como alvo de manutenção da terapia com heparina é de 1,5 a 2,5 vezes a média do valor de controle ou do limite superior do intervalo normal de PTTa.

PTTa basal alargado: A presença de um PTTa basal alargado torna este teste pouco confiável na monitorização da terapia com heparina não fracionada (HNF), sendo necessária a utilização de testes alternativos de monitorização:

Dosagem de anti-fator Xa ou dosagem de heparina séricos (não são afetados pela presença do anticoagulante lúpico ou por deficiência de fator de coagulação);

Se a razão do PTTa é de fato o anticoagulante lúpico, podem ser usados testes de PTTa não sensíveis ao anticoagulante lúpico;

Alternativamente, podemos utilizar um heparina de baixo peso molecular (HBPM), que não exige monitorização pelo PTTa.

Monitorizar contagem de plaquetas: Pelo risco de trombocitopenia induzida por heparina, deve-se monitorizar a contagem de plaquetas diariamente a partir do 4º dia de tratamento com HNF, ou a cada dois a três, também a partir do 4º dia, em pacientes em uso de dose profilática, até o 14º dia ou até que a heparina seja interrompida.

O monitoramento da profilaxia para uso de anticoagulantes que tenho visto na UPA não especificamente neste caso (pois o plantonista que assumiu o caso após a primeira prescrição de heparina não fracionada já não refez a prescrição da medicação) usam o tempo de tromboplastina parcial ativada e o valor do tempo de atividade protrombina.

Administração e Eficácia: A administração de heparina intravenosa é repleta de dificuldades e a prática clínica do uso de uma abordagem de titulação da dose de heparina frequentemente resulta em terapia inadequada (60% dos pacientes tratados falham em alcançar um PTTa adequado em 24 horas). Mesmo com a criação de protocolos de administração, subdosagem, juntamente com a impossibilidade de obtenção de um PTTa adequado durante as 24 horas iniciais, é ainda um problema, especialmente nos pacientes obesos.

3.4.6 Complicações

Sangramento: O manejo da hemorragia em um paciente submetido a heparina depende da localização, gravidade da hemorragia, risco de tromboembolismo venoso recorrente (TEV), e nível do PTTa. Em pacientes com TEV recente e sangramento importante induzido por heparina, deve-se considerar interrupção da anticoagulação e inserção de um filtro de veia cava inferior. Em sangramentos vultuosos, a pronta reversão do efeito da heparina pode ser necessária pelo sulfato de protamina; Trombocitopenia induzida por heparina: Complicação bem reconhecida e potencialmente fatal da terapia com heparina, normalmente ocorrendo dentro de 5 a 10 dias após o início da terapia com heparina; Necrose cutânea: Pacientes afetados desenvolvem anticorpos heparina-dependentes, mas a maioria não experimenta trombocitopenia.

Nesse contexto, a utilização de anticoagulantes deve ser analisada por apresentar complicações as quais podem desestabilizar o paciente já internado talvez por outro motivo, conferindo assim uma iatrogenia, por isso nesse caso ao estudar as

características das indicações desse droga dentro do contexto dessa paciente julguei em um primeiro momento desnecessário, devendo sua introdução ser ponderada em momento de internação hospitalar, visto que de acordo com o escore cumb-65 essa paciente seria elegível a uma vaga hospitalar o que foi realizado com sucesso ainda que a mesma evolui relativamente bem de acordo com os sinais e sintomas que a acompanhou em sua admissão.

Ainda nessa discussão essa paciente de acordo com os critérios estabelecidos pelo protocolo de profilaxia medicamentosa com uso de anticoagulantes da Santa Casa de Belo Horizonte a senhora C. L não teria contra indicações sejam elas absolutas ou relativas de acordo com o texto a seguir:

Contraindicações à profilaxia farmacológica

Absolutas

- Hipersensibilidade às heparinas;
- História pregressa de plaquetopenia induzida por heparina;
- Sangramento ativo – exceto epistaxe leve e sangramento menstrual fisiológico;
- Alto risco de sangramento;
- Punção lombar dentro das últimas 04 horas;
- Punção lombar esperada nas próximas 12 horas;
- Procedimento cirúrgico esperado para as próximas 12 horas;
- O paciente deve receber ou está recebendo anticoagulação terapêutica.

Relativas

- Contagem de plaquetas menor que 50.000 ou menor que 100.000, quando associado a outros fatores de risco adicionais;
- Hipertensão sistólica não controlada: pelo possível aumento de risco de acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCh). Ressalta-se que não há um valor de pressão sistólica que sirva como um ponto de corte. Para a tomada de decisão, deve-se levar em consideração a comparação entre os níveis pressóricos atuais e os que seriam considerados habituais para aquele paciente e/ou se está diante de uma urgência/emergência hipertensiva. Ademais, deve-se buscar a presença de fatores de risco adicionais, principalmente a história pregressa de AVCh hipertensivo.

Outro ponto a ser analisado nesse caso se encontra na dúvida que surge em relação a internação, assim como já tive a oportunidade de acompanhar outro caso de uma ITU a literatura através de grandes estudos estabelece padrões que por meio de escores e presença de certas condições elege o paciente para tratamento ambulatorial ou hospitalar, sendo assim, as fortes evidências científicas fazem com que o paciente receba o melhor tratamento em detrimento a medicina defensiva visto que a permanência de um paciente em internamento gera custos ao sistema e sobrecarrega o mesmo estando esse paciente muitas das vezes elegível a um tratamento ambulatorial. Fato esse que foi devidamente conduzido pelo plantonista ao aplicar a escala curb-65 e prontamente solicitar a vaga de internamento no HMPGL.

Proposto pela British Thoracic Society (BTS), o CURB-65 ou a sua simplificação (CRB-65), é atualmente o índice recomendado para utilização na prática clínica³⁰⁻³². Baseia-se na elaboração de quatro ou cinco variáveis (fatores de risco, em língua inglesa), estabelecendo 1 ponto para cada uma delas: C = confusão mental (escore < 8 no abbreviated mental test); U = ureia > 50 mg/dL; R = frequência respiratória >30 ciclos/min; B = pressão arterial sistólica < 90 mmHg ou pressão arterial diastólica < 60 mmHg; 65 = idade > 65 anos.

- Essa paciente possui mais de 65 anos (1 ponto);
- Apresentou confusão mental a ponto de não reconhecer onde estava (1 ponto);
- Ureia no valor de 46 (não pontua, contudo, é valor limítrofe).

Os 2 pontos que a paciente somou são indicativos de considerar internamento, a mesma possuía também um histórico de perda ponderal que infere uma gravidade maior.

Dentro da lista de exames recomendados para investigação e tratamento da PAC a hemocultura não foi solicitada na unidade de pronto atendimento, existe recomendação para tal conduta, a cultura do escarro, entretanto, é questionável em virtude de sua baixa acurácia dentro desse contexto, pois em quadros com escarro purulento e abundante e um histórico diferente poderíamos pensar em etiologias específicas para a pneumonia como tuberculose necessitando assim além da cultura de escarro testes sorológicos para tal infecção. Essa coleta de hemocultura e cultura de escarro é discutida no trecho do artigo Menendez 2007 da seguinte maneira “Exame de escarro: utilizado para diagnóstico etiológico, na prática clínica sua utilidade é controversa. É realizado para pesquisa de tuberculose pulmonar ou fungos devido à alta prevalência em nosso meio. Hemocultura: Não é indicada para pacientes

tratados ambulatorialmente. Utilizada em pneumonias graves ou com falha de tratamento inicial, devendo ser colhida antes do início do uso de antibióticos ou da mudança terapêutica. Outras técnicas: A coleta de material por aspirado traqueal, broncoscopia ou lavado broncoalveolar é reservado para pacientes com pneumonias em tratamento em UTI, não responsivas ao tratamento antibiótico prévio”. Assim sendo, posso afirmar que a hemocultura seria uma conduta assertiva antes da introdução da ceftriaxone e isso não foi realizado no tratamento dessa paciente, dessa maneira o posterior cultura guia o escalonamento da antibioticoterapia de acordo com os padrões de sensibilidade caso não haja resposta terapêutica, mas ressalto aqui a importância da coleta da cultura antes do início da antibioticoterapia para melhor interpretação do perfil de sensibilidade e o escalonamento das drogas. Essa paciente seguiu com queda em seus parâmetros inflamatório que acompanhei posteriormente a sua entrada hospitalar por análise de prontuário com queda no valor de leucócitos, PCR, lactato e melhora clínica.

Outro ponto que gostaria de ressaltar nessa discussão baseia-se na escolha das drogas para tratamento de pneumonia adquirida na comunidade. O tratamento realizado na UPA segue as recomendações do jornal de pneumologia brasileiro de 2018 para tratamento da PAC onde paciente internados não sendo em ambiente de uti como essa senhora tem boa resposta com a associação feita pelo plantonista que adicionou azitromicina sendo um macrolídeo a uma cefalosporina de terceira geração, no caso aqui a ceftriaxona. O tratamento segue com recomendação do uso da medicação por 5 a 7 dias tendo boa repercussão sem que haja toxicidade e boa evidencia para casos não graves.

O uso de corticoides não foi realizado no tratamento dessa senhora, entretanto, não posso de acordo com meus estudos julgar essa conduta como certa ou errada visto que um importante estudo citado no jornal de pneumologia brasileira de 2018 evidencia que o uso de corticoides em PAC grave mostrou-se benéfico e seguro em diversos desfechos clínicos, assim sugere que sejam realizados novos estudos pois se trata de um ponto importante a ser discutido, sobretudo, em casos graves e ponderar o uso pois a administração indiscriminada não deve ser feita sendo eleito os pacientes com maior grau de inflamação sistêmica o qual pode se valer da proteína C reativa como biomarcador, a qual também não foi dosada nessa senhora.

Por fim gostaria de analisar a conduta para correção da hipernatremia realizada pelo médico plantonista, o mesmo fez o cálculo baseado no peso de 48kg /

água corporal total 21600 mL/ déficit de água de 1851 mL, com a indicação de reposição de 1200 mL em soro glicosado a 5% para correr em 24h com posterior avaliação laboratorial para ditar novas condutas.

A seguir coloco um guia prático de correção retirado do portal pebMed

1º passo: Hidratação (nesta fase administra-se Ringer Lactato ou mesmo o Soro fisiológico 0,9%); a intenção é recuperar o intravascular do paciente.

2º passo: Identificar a causa subjacente de forma a corrigi-la. Neste caso se deu pela perda de água por vômito e diarreia.

3º passo: Cálculo de quanto de solução pode ser administrada para manter a correção sérica de sódio em um valor seguro (Máximo 10-12 mEq/L em 24 horas).

Figura 5. Formula de do tratamento de hipernatremia

$$\Delta \text{Na} = \frac{\text{Na solução} - \text{Na paciente}}{\text{ACT} + 1}$$

ACT: Água corporal total
 Homem jovem: 0,6 x peso corporal (kg)
 Mulher jovem ou homem idoso: 0,5 x peso corporal (kg)
 Mulher idosa: 0,45x peso corporal (kg)

Observação: usaremos como solução na correção do sódio sérico o soro glicosado que tem zero de sódio em sua composição. Portanto o Na solução é zero!

Fonte: CASTILHO, 2018.

Dessa maneira, o sódio na solução fazendo soro glicosado a 5% é zero, com isso na parte do numerador ficamos somente com o valor negativo de 152 que representa o valor de sódio dessa senhora a ser corrigido. Por se tratar de uma mulher idosa multiplicamos seu peso corporal que em prontuário é de 48kg por 0,45 somando esse resultado ao número 1 no denominador da formula. Fazendo o cálculo chego a um valor de -6,7, assim para cada 1000ml de soro glicosado infundido terei uma variação do sódio de 6,70 mEq/litro negativos, assim em tese com a aplicação de 1000ml desse soro saio de um valor de 152 de sódio para aproximadamente 145 de sódio. Concluímos que o valor administrado pelo médico plantonista de 1200ml foi feito de maneira correta afim de manter o sódio do paciente entre 135-145. Lembrando que essa conduta deve ocorrer em 24h pois variações bruscas podem fazer com que haja edema cerebral, da mesma maneira quando tratamos cetoacidose diabética na expansão volêmica antes de administrar insulina conhecendo o valor de potássio

assim prevenimos edema cerebral e hipocalemia que pode gerar também arritmias cardíacas.

3.5 Caso 5: Corpo estranho em região anal

3.5.1 Anamnese

Identificação – M.R

Q.P – “dor no ânus”

HDA – Paciente comparece ao serviço de atendimento da unidade de pronto atendimento João Samek por demanda espontânea com relato que na noite anterior estava reunido com amigos e um desses o fez sentar em cima de um pepino (SIC). No momento da consulta queixa de dor de forte intensidade em região anal e diz ter a sensação de que algo permaneceu dentro da cavidade retal, contudo, não sabe dizer se o vegetal introduzido saiu de sua cavidade retal com o mesmo formato e conteúdo original. Relata também que esteve sóbrio durante o ocorrido, nega vômitos, nega sangramento anal, nega demais comorbidades, nega alergia a medicamentos.

HPP – nega comorbidades, nega uso de medicamentos.

CHV – Tabagista, nega uso de drogas ilícitas, refere uso de etanol socialmente

3.5.2 Exame Físico

Sinais vitais - Temperatura : Axilar ---, Taxa de Respiração: ---, Pressão arterial: 120/80 mmHg, Saturação de oxigênio (SpO2): 97, Frequência pulso(BPM): 88 bpm

Ectoscopia: BEG, LOTE, anictérico, acianótico, hidratado

AC: BCNF RR 2T, sem sopros audíveis, TEC <3sg. Pulsos periféricos cheios e simétricos.

AP: MVUA sem presenças de ruídos adventícios, sem sinais de esforço respiratório

Abd: abdome flácido, ruídos hidroaéreos presentes, sem massas palpáveis, sem sinais de peritonismo, Blumberg negativo, Giordano negativo, Murphy negativo

AVN: Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Com força preservada em membros.

Membros: quentes e bem perfundidos, sem edemas em ambos MMII. Panturrilhas livres.

Toque retal: exame realizado inicialmente pela Dra. Milena na presença da Dra. Camila sem evidência de corpo estranho, não apresenta sangramento em dedo de luva com transferência do paciente para o setor de observação

Toque retal: Por pedido do Dr. Eduardo foi realizado um segundo toque retal pelo interno Marcos na presença do Dr. Eduardo na qual evidencia-se presença de corpo estranho em reto sigmoide com aspecto geométrico com bordas definidas sem sangramento em dedo de luva.

Diagnóstico sindrômico: síndrome traumática

Hipótese diagnóstica: corpo estranho em região retosigmoidal

Diagnósticos diferenciais: fecaloma, transtorno neurovegetativo somatoforme, transtorno fictício, síndrome de Munchausen

3.5.3 Exames complementares de admissão:

- Radiografia de abdome agudo mínima 3 incidências
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR
 - **Técnica:** Realizados cortes helicoidais, antes e após a injeção de contraste iodado.
 - **Relatório:** Fígado de dimensões, contornos e densidade normais. Ausência de dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas. Baço, pâncreas e adrenais sem particularidades. Rins tópicos com dimensões e espessura do parênquima conservados. Ausência de cálculos ou hidronefrose. Aorta e veia cava inferior com calibre conservado.
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME INFERIOR
 - **Relatório:** Planos músculo-adiposos preservados. Alças intestinais visibilizadas de calibre normal e sem espessamento parietal. Não há adenomegalias ou coleções abdominais. Bexiga urinária com boa capacidade, paredes finas e regulares, sem evidência de cálculos. Corpo estranho no reto médio medindo 12 x 5 cm.
 - **Conclusão:** Estudo tomográfico do abdome superior e da pelve mostra corpo estranho no reto médio.

3.5.4 Condutas médica

Paciente recebeu inicialmente analgesia com dipirona e foi prescrito também bromoprida e posteriormente levado ao raio-x para exame no qual não foi observado nenhuma anormalidade, dessa maneira, após a evidencia de corpo estranho por exame de toque retal foi encaminhado ao estudo tomográfico o qual evidenciou presença de corpo estranho. Avaliado novamente pela cirurgia geral do HMPGL por exame de toque retal, assinado termo para conduta cirúrgica e encaminhado ao centro cirúrgico onde o mesmo foi colocado em posição litotômica e sob raquianestesia o corpo estranho foi retirado com sucesso, paciente com alta com prescrição de dipirona, paracetamol + codeína, dimenidrato e omeprazol, orientado a retorno para consulta pela cirurgia geral.

3.5.5 Análise crítica do caso 5

Esse caso no qual tive a oportunidade de realizar o exame de toque retal chama atenção pois conversando com o cirurgião e endoscopista Dr. Celso o qual estava presente no dia em sala vermelha o mesmo relatou que já esteve diante desse tipo de paciente com presença de corpo estranho inúmeras vezes ao longo de sua carreira. Assim, lidar com esse tipo de paciente requer além do domínio da conduta correta uma adaptação ao paciente no sentido de lhe oferecer a melhor forma analisando seu biopsicossocial.

O paciente em minha anamnese apresentava dor mesmo com a prescrição de analgesia, sendo assim avalio a eleição das drogas utilizadas como não eficientes para cumprir uma boa analgesia, dessa maneira, eu além do analgésico dipirona EV administrado faria também um tramadol com bromoprida para seu maior conforto. Percebi ao conversar com o paciente que sua maior preocupação relacionava-se com o fato social que gerava grande constrangimento, assim, procurei tranquilizá-lo no sentido de garantir sua privacidade e notei que o mesmo se sentiu acolhido. De acordo com o artigo da sociedade brasileira de coloproctologia intitulado Instrumentação Anal Erótica: Um Problema Médico-Cirúrgico, o erotismo anal tem como maior frequência observado nesse tipo de evento objetos do tipo lâmpada elétrica, copo, cabo de guarda-chuva, espiga de milho, cenoura, garrafa de refrigerante, semente de manga, pênis torneado em madeira, ponta de dispositivo para ducha vaginal, entre outros. O artigo analisado reuniu 20 pacientes masculinos dos quais 6 tiveram chegaram ao serviço de saúde com o objeto retiro e outros 14 com lesões traumáticas por intercurso

de objetos introduzidos no ânus. Entre as lesões traumáticas por intercurso 10 estavam com o reto perfurado e destes 7 tiveram complicações cirúrgicas nas quais 2 evoluíram a óbito. Os pacientes com objeto em região retal tiveram remoção em bloco cirúrgico com sedação e evoluíram bem, contudo, os que chegaram com lesões sem o objeto presente constituíram os pacientes com complicações. Dentro os óbitos um deles foi relacionado a sepse peritoneal de lesão continuada que culminaram com falência múltipla de órgãos, já o outro paciente que foi a óbito teve complicações de uma síndrome de Fournier. Nesse sentido, notamos aqui nesse artigo que a presença de corpo estranho em região retal se trata de uma condição cirúrgica da qual em avaliação do paciente presente na UPA Samek foi conduzido da maneira correta com a estabilização e analgesia com posterior encaminhamento a cirurgia geral. Segundo relato do Dr. Celdo casos como este necessitam de centro cirúrgico ainda que muitas das vezes somente com a raquianestesia e relaxamento da musculatura a simples colocação de um espelho já traz sucesso a remoção do corpo estranho, a tentativa da retirada ambulatorial não é recomendada segundo o cirurgião em virtude de que há criação de vácuo na tentativa da retirada o que lesa a mucosa, causa grande dor e pode complicar ainda mais a situação.

Por fim, caso não haja sucesso na remoção com essa estratégia inicial em centro cirúrgico após a raquianestesia o paciente é elegível a uma laparotomia exploratória, assim será exposto a uma cirurgia de grande porte sendo exposto a todos os riscos inerentes ao procedimento e ao pós operatório.

Em análise do prontuário as evoluções do HMPGL deixaram evidente o sucesso do procedimento após a raquianestesia sem que houvesse complicações ou necessidade de cirurgia exploradora, com isso tudo consegui compreender a condução completa de um caso desse no qual podemos nos deparar em vários tipos de serviços de saúde. Fato interessante que me chamou atenção nesse caso reside na tomada de decisão por parte do médico como ocorreu com o Dr. Nicolas que prontamente solicitou vaga ao HMPGL, em conversa com colegas internos que estavam no local alguns opinaram que o corpo estranho deveria ser retirado na UPA, com isso fica aqui minha reflexão a respeito daquilo que talvez posso citar aqui como ego ou algo parecido, saber dizer que não sabe o que fazer e consultar a literatura ou mesmo um colega ou estabilizar o paciente em encaminhar a um local com maiores recursos muitas das vezes é a melhor conduta a ser tomada. Muitos são os vieses cognitivos que nos deparamos todos os dias nos plantões e devemos refletir a respeito

disso para que cada caso tenha como maior beneficiário o paciente, dois psicólogos se reuniram e criaram o termo com seus respectivos nomes o qual ficou conhecido como efeito Dunning-Kruger que fala sobre a superioridade ilusória onde a presença de certo conhecimento faz com o profissional se sinta seguro e acredite ter um conhecimento que não existe, assim em contrapartida a síndrome do impostor afeta outro perfil de pessoa que vem a ser aquela que tem muito conhecimento que o seu grandioso conhecimento a faz perceber o quanto seu saber é pequeno em meio a imensidão que vem a ser o domínio de algo, fato esse já concluído no paradoxo socrático que deriva da narrativa de plantão sobre o filósofo Sócrates com a máxima “Só sei que nada sei”.

3.6 Caso 6: Acidente ofídico

3.6.1 Anamnese

Identificação: L.F.Z.B, masculino, 37 anos de idade.

QP: “picada de cobra”.

HDA - Paciente vítima de picada de cobra no pé direito dia 04/11, refere que estava caminhando em direção da casa da vizinha quando sentiu que foi picado por uma cobra de cor preta, não forneceu maiores informações sobre o aspecto do animal o qual fugiu. Procurou atendimento na UPA apresentando vômitos contínuos, diarreia, agitação e confusão, sudorese, pele fria e pegajosa. Segundo prontuário, apresentou na UPA episódio de epistaxe, aumento da equimose e edema no local da picada. Na admissão paciente refere dor intensa em MID, nega febre, vômitos, diarreia, sangramentos e sintomas respiratórios.

HPP: Ansiedade(sic), nega alergia a medicamentos, nega demais comorbidades

CHV – nega tabagismo ou uso de álcool.

3.6.2 Exame físico

Ectoscopia - REG, acianótico, anictérico, corado, hidratado e eupneico em ar ambiente;

Sinais Vitais: PA 140/82 // FC 71 // FR 18 // TAX 36,5C // SatO2 96% AA // HGT 140;

AVN: LOTE, Glasgow 15/15, pupilas isocóricas e fotoreagentes, sem déficit motor;

ACV: BCNF, ritmo regular em 2T, sem sopros. TEC < 3s;

AP: MVUA, sem RA, sem esforço respiratório;

ABD: Abdome plano, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal;

Membros: Quentes e perfundidas, sem empastamento de panturrilhas. Edema em membro inferior direito +++/4+, presença de equimose em dorso do pé direito.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Acidente por animal peçonhento

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: acidente ofídico por Bothrops.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: acidente ofídico por Crotalus, acidente ofídico por Lachesis, acidente ofídico por Micrurus, acidente por Elapídico acidente por aracnídeos, acidente por diplópodes, acidentes por quilópodes.

3.6.3 Exames complementares

Laboratório 05/11 às 00h: KPTT e TAP: INCOAGULÁVEL; plaquetas 167.000; leucocitose (16.810) com desvio; PCR sem alterações, CPK 507; lactato 37,80; amilase 63; TGO 29; TGP 33.

3.6.4 Análise crítica do caso 6

Para iniciar a discussão do caso 6 gostaria de analisar o fluxo ocorrido nesse atendimento, o qual não somente nesse atendimento, mas em todos os plantões que estive presente o fluxo do paciente é talvez o ponto que mais gera discussão e desentendimentos entre os diferentes serviços de saúde que atuam de forma integrada. Poderia aqui levantar inúmeras possibilidades e tentar propor alguma solução para esta realidade, contudo, avalio essa problemática como sendo uma questão estrutural presente no sistema de saúde juntamente com questões humanas as quais muitas das vezes não tem a melhor atitude para que o paciente tenha o melhor atendimento como foco principal e sim questões de relacionamento, hierarquia, vaidade e ego. Dessa maneira, o paciente em questão adentrou a UPA e chegou ao hospital cerca de 4 horas depois, o mesmo apresentava no atendimento inicial epistaxe segundo medico plantonista da UPA, esse paciente poderia assim como outros sofrer as consequências do gap temporal entre a entrada no sistema de saúde e seu atendimento. A vaga solicitada foi prontamente aceita, contudo, como a regulação de leitos não tinha disponibilidade o paciente aguardou a transferência na

unidade de pronto atendimento, uma solução que ao meu ver pode beneficiar o paciente que já teve a oportunidade de presenciar o qual o médico na intenção de intervir positivamente na saúde do cidadão orientou o mesmo em unidade de pronto atendimento a se deslocar por meios próprios ao hospital, com isso para evitar problemas jurídicos potenciais o profissional descreve em prontuário que o paciente se evadiu do local, assim ao procurar atendimento no HMPGL de acordo com a artigo 33 do capítulo 5 presente no código de ética médica, Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo é vetado ao médico o qual pode sofrer as devidas medidas legais, além dos princípios do sus presente na lei 8080/1990 onde de acordo com o princípio da universalidade, todos os hospitais públicos ou conveniados do SUS (nas especialidades garantidas) não poderão negar atendimento a qualquer pessoa, independentemente de sua classe social, sexo, cor, crença, idade ou da localidade do País da qual for originária.

Dando continuidade a discussão do caso 6, vale ressaltar a importância do estudo do caso em questão em virtude do elevado número de ocorrências com animais peçonhentos na região das três fronteiras. Em oportunidade de estágio no centro de zoonoses pude conhecer um pouco mais sobre a epidemiologia desse tema, agora estando nos locais de atendimento de urgência e emergência vejo a importância do conhecimento da epidemiologia local do local onde o profissional de saúde está inserido para que ocorra o devido tratamento empírico baseado muitas vezes unicamente na epidemiologia local, visto que o relato do paciente na anamnese as vezes é confuso para identificação de características fenotípicas do animal a ser identificado não estando o paciente de porte do objeto de acidente.

Tabela 1. Distribuição dos acidentes ofídicos, segundo o gênero da serpente envolvido Brasil, 1990 - 1993

Distribuição	Nº acidentes	%
<i>Bothrops</i>	59.619	73,1%
<i>Crotalus</i>	5.072	6,2
Lachesis	939	1,1
Micrurus	281	0,3
Não informados	13.339	16,3
Não peçonhentos	2.361	3,0

Fonte: FUNASA, 2001. Pág. 10

Ao acompanhar o atendimento com o médico plantonista do pronto socorro no HMPGL o profissional relatou que a maior parte dos acidentes são causados por serpentes do gênero botropico, ao estudar o manual de acidentes por animais peçonhentos da Fiocruz referenciado ao final os dados são compatíveis com a informação do profissional onde o ofídico de maior importância epidemiológica no país, pois é responsável por cerca de 90% dos envenenamentos são serpentes do gênero supracitado.

As lesões locais, como edema, bolhas e necrose, atribuídas inicialmente à “ação proteolítica”, têm patogênese complexa. Possivelmente, decorrem da atividade de proteases, hialuronidases e fosfolipases, da liberação de mediadores da resposta inflamatória, da ação das hemorraginas sobre o endotélio vascular e da ação pró-coagulante do veneno. A maioria dos venenos botrópicos ativa, de modo isolado ou simultâneo, o fator X e a protrombina. Possui também ação semelhante à trombina, convertendo o fibrinogênio em fibrina. Essas ações produzem distúrbios da coagulação, caracterizados por consumo dos seus fatores, geração de produtos de degradação de fibrina e fibrinogênio, podendo ocasionar incoagulabilidade sanguínea. O que de fato ocorreu em primeira solicitação de exames desse jovem paciente ao ser admitido onde foi eficientemente solicitado exames de função renal, coagulograma, íons, hemograma completo com contagem de plaquetas. No arsenal laboratorial descrito no manual da Fiocruz poderia também ocorrer a solicitação de um exame de urina do tipo 1 em virtude de alguns pacientes vítimas de acidentes ofídicos apresentarem também presença de proteinúria, e hematúria, ainda assim, o diagnóstico laboratorial para controle do quadro e monitoramento do paciente obedeceu todos os principais parâmetros citados na literatura. O quadro de alteração na coagulabilidade é semelhante ao da coagulação intravascular disseminada. Os venenos botrópicos podem também levar a alterações da função plaquetária bem como plaquetopenia, fato esse que não ocorreu com esse paciente estando suas plaquetas em número de 167.000 inicialmente.

As manifestações hemorrágicas são decorrentes da ação das hemorraginas que provocam lesões na membrana basal dos capilares, associadas à plaquetopenia e alterações da coagulação, assim o tempo de atendimento discutido no início da análise desse caso é fator importante para a correta condução do caso, já que o paciente pode ter hemorragias disseminadas com repercussões desastrosas.

Outra atitude que ao estudar a teoria eu notei que poderia também ser prescrita já em sua admissão seria a passagem de sonda Foley para quantificação de urina, pois o balanço hídrico juntamente com a função renal em acidentes ofídicos são questões importantes a serem monitoradas.

O quadro clínico presente nesse caso apresentou edema endurecido no local da picada e equimose, contudo, outros sinais potencialmente presentes no local como presença de bolhas, sangramento ou necrose não estiveram presente, esses sinais assim como outros sintomas são definidores da classificação da gravidade do acidente o qual de acordo com essa classificação temos a indicação específica do tratamento, sobretudo, em relação a quantidade de ampolas de soro a serem administradas, pois o restante do tratamento como colocarei a seguir são medidas de suporte geral.

Tabela 2. Acidente Botrópico: classificação quanto à gravidade e soroterapia recomendada

Manifestações e tratamento	Caso leve	Casos moderado	Caso grave
Locais: dor, edema e equimose	Ausentes ou discretas	Evidentes	Intensas
Sistêmicas: hemorragias choque e anúria	Ausentes	Ausentes	Presentes
Tempo de coagulação (TC)	Normal ou alterado	Normal ou alterado	Normal ou alterado
Soroterapia* SAB-SABC-SABL	2 a 4 ampolas	4 a 8 ampolas	12 ampolas
Via de administração	Endovenosa	Endovenosa	Endovenosa

Fonte: FUNASA, 2001.

Outras manifestações que devem ser avaliadas para caracterização do acidente (leve, moderado ou grave) refere-se a sangramentos a distância como gengivas, epistaxe, hematêmese e hematuria. Pode ocorrer também náuseas, sudorese, hipotensão arterial e em casos mais graves o paciente pode evoluir com choque o que pode vir a ser a causa do óbito, o caso analisado teve presença relatada de epistaxe sendo assim juntamente com outros componentes clínicos e laboratoriais foi classificado como moderado e prontamente foi administrado 8 ampolas do soro antiofídico. A comunicação com o CIATOX e passagem do caso com as devidas informações foi compatível com a conduta realizada pelo plantonista, assim, o paciente não precisou esperar mais para a correta administração do soro tendo como confirmação da conduta a comunicação com o CIATOX, seguindo assim corretamente

a condução do caso como é preconizado nos serviços de saúde do município de Foz do Iguaçu.

Algumas complicações locais e sistêmicas irei documentar a seguir, mesmo não acontecendo com o jovem em estudo, contudo, creio que seja importante para meu conhecimento e edificação em um possível atendimento futuro. Entre as manifestações de complicação local a síndrome compartimental apesar de rara representa uma emergência na qual o clínico deve comunicar imediatamente o setor de ortopedia ou cirurgia geral para que haja a descompressão cirúrgica a qual não sendo realizada pode gerar isquemia e levar a avulsão de extremidades por compressão de vasos, a fasciotomia juntamente com miotomia descomprimi a região e faz com o sangue consiga nutrir e levar oxigênio a locais onde estava prejudicado com risco de necrose. Abscessos decorrente da ação proteolítica podem ocorrer favorecendo infecções locais com germes presentes na boca do animal, microorganismos presentes na pele ou da contaminação pela manipulação, casos graves tem como complicação local também a necrose mesmo que não haja síndrome compartimental, pois a ação proteolítica do veneno causa esse processo.

Manifestações sistêmicas graves como choque não estavam presente nesse paciente, o mesmo apresentava boa perfusão periférica, não possuía hipotensão ou outros sinais de choque, contudo, o choque é uma condição grave que devemos sempre nos preocupar pois há liberação de substâncias vasoativas onde a perda de líquido para o terceiro espaço por edema e perdas por hemorragias contribuem para o processo de choque, não entrarei em detalhes dos tipos de choque nessa discussão.

A insuficiência renal aguda tem local de destaque no estudo do caso 6, pode decorrer diretamente da lesão do veneno sobre os rins ou por isquemia renal secundária a deposição de microtrombos nos capilares, somado a um quadro multifatorial com desidratação, hipotensão e choque. O manejo desse paciente incluiu já de imediato após adentrar ao pronto socorro alíquotas de volume de horário com 500ml 6 em 6 horas, ao ser indagado por mim referente a esse esquema o médico plantonista explicou que não deixou prescrito em unidades de 1000ml para que possamos reavaliar o paciente e também a questões de administração pela equipe de enfermagem onde a colocação de unidades de 1000ml as vezes não tem revisão a respeito de sua eficácia na introdução vascular, podendo assim o sistema de gotejamento parar ou ser lentificado e não ser notado pela equipe.

Na análise dos exames solicitados, podemos notar o valor do tempo de coagulação com TAP e KPTT estando com resultado incoagulável, esse resultado gerou alerta de todos presentes, sobretudo, dos internos pois assim como eu nunca tínhamos visto esse resultado descrito em exame. O hemograma apresentou uma leucocitose de 16810 com desvio a esquerda típico desse tipo de acidente como consta em literatura, contudo, o que diferiu da literatura como provável laboratório esperado foi a plaquetopenia na análise do hemograma.

Continuando com o estudo desse caso posteriormente com análise de prontuário no sistema tasy novos exames laboratoriais apresentaram os seguintes valores no dia 05\12 às 15 hs Ureia 72; Cre 1,0. Na 143. k 4,2; CPK 193. EAS sem alterações significativas, com isso podemos verificar que o valor que CPK esteve em queda, o mesmo representa marcador de lesão muscular podendo estar aumentado em acidentes ofídicos, o exame de urina tipo 1 o qual questionei sua prescrição no primeiro momento da admissão no início da discussão desse caso foi solicitado e o mesmo não apresentou alterações significativas. Com isso posso refletir como o trabalho medico é um constante aprendizado e a consulta de colegas assim como a passagem do caso e novas solicitações ou novas condutas são parte do trabalho visando o melhor tratamento para o paciente.

Métodos de diagnostico imunológico para determinação de antígenos do veneno botrópico são descritos no manual da Fiocruz que estudei, contudo, não foi solicitado pelo plantonista, o qual também não foi informado como conduta pelo CIATOX.

Por fim, o tratamento do paciente L.F.Z.B foi realizado com a administração de 8 ampolas de soro antibotrópico por via endovenosa. Ao estudar a teoria pude aprender que na falta do soro específico que o médico faz empiricamente por características epidemiológicas ou mesmo por descrição fenotípica do animal pode ser aplicado soro para outras classes ofídicas em associação neste caso antibotrópico-crotálica (SABC) ou antibotrópicolaquética (SABL). Outra informação importante que pude notar é referente ao controle do coagulograma no qual o tempo de coagulação venha a permanecer alterado 24 horas após a soroterapia, está indicada dose adicional de duas ampolas de antiveneno. Outras medidas gerais podem ser empregadas como manter elevado e estendido o segmento picado, emprego de analgésicos para alívio da dor, manter o paciente hidratado, com diurese entre 30 a 40 ml/hora no adulto, e 1 a 2 ml/kg/hora na criança, antibioticoterapia: o

uso de antibióticos deverá ser indicado quando houver evidência de infecção local, essa antibioticoterapia nesse caso não teve indicação, contudo a indicação para este tipo de lesão tem como drogas o cloranfenicol podendo o mesmo ser associado a clindamicina no tratamento das lesões.

3.7 Caso 7: Hemorragia digestiva alta

3.7.1 Anamnese

Identificação: D.F.O, masculino, 84 anos de idade, natural e procedente de Foz do Iguaçu, aposentado

QP: vômitos com sangue

RESUMO DO CASO

Paciente comparece a UPA Samek no dia 01/12/21 com queixa de epigastralgia, astenia, hematêmese, o mesmo em estudo de prontuário já tem histórico múltiplos atendimentos desde 2018 com queixa de náuseas, hematêmese, epigastralgia. Assim no dia 01/12/21 é medicado, recebe alta em consulta e o médico o orienta a retorno em caso de novos sintomas. No dia 02/12/21 o paciente retorna com queixa de novo episódio de hematêmese volumosa com epigastralgia e tontura, nesse atendimento são prescritos sintomáticos e solicitado exames de imagem e laboratoriais com o paciente mantido em leito de observação e referenciando a UBS. No dia 3/12/21 são solicitados novos exames laboratoriais e solicitada vaga em HMPGL onde é admitido no dia 04/12/21.

HPP: Esofagite de refluxo grau B de Los Angeles, Pangastrite endoscópica exantematosa moderada, relata diagnóstico de H. pylori. Histórico de cirurgia para ressecção de intestino grosso devido a hérnia (sic). Relata diagnóstico recente de hipertensão arterial sistêmica, sem tratamento, nega etilismo.

3.7.2 Exame Físico do dia 01/12

Ectoscopia - BEG, acianótico, anictérico, hipocorado +/4+, hidratado e eupneico em ar ambiente;

Sinais vitais: PA 100/60 // FC 90 // FR 18 // TAX 36,5C // SatO2 95% AA

AVN: LOTE, Glasgow 15/15, pupilas isocóricas e fotoreagentes, sem déficit motor;

ACV: BCNF, ritmo regular em 2T, sem sopros. TEC < 3s; pulsos palpáveis simétricos

AP: MVUA, sem RA, sem esforço respiratório;

ABD: Abdome plano, com ruídos hidroaéreos presentes, timpânico, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal;

Membros: Quentes e perfundidas, sem empastamento de panturrilhas, sem edemas

Diagnóstico Sindrômico: síndrome hemorrágica de trato gastrointestinal

Hipótese Diagnóstica: hemorragia digestiva alta.

Diagnósticos Diferenciais: hemorragia digestiva baixa, sangramento de varizes esofágicas, câncer gástrico, doença ulcerosa péptica, gastrite de estresse.

3.7.3 Exames complementares

Laboratório do dia 02/12

Gasometria

Ph – 7,4

pCO₂ – 32,5

pO₂ – 137,5

HCO₃ – 19,8

Lactato – 25,5

Bioquímica

Na – 147

K – 4,8

Ureia – 143

PCR – 0,5

Hemograma

Hematócrito - 25

Hemácias – 3,0

Hb – 8,1

Leucócitos – 10830

Bastões – 0

Plaquetas – 203.000

KTPP – 33,5

Tap INR – 1

Laboratório do dia 03/12/21

Hematócrito – 19

Hemoglobina - 6

Laboratório do dia 03/12/21

Hematócrito - 17

Hemácias – 2,0

Hb – 5,5

Leucócitos – 72080

Bastões –0

Plaquetas – 131.000

Creatinina – 0,7

Potássio – 4,1

Sódio – 147

Ureia - 117

Laboratório do dia 04/12/21

Hematócrito – 14

Hemoglobina – 4,7

3.7.4 Conduas médicas

Como medidas do primeiro atendimento foram prescrito antiácido hidróxido de alumínio e prescrito omeprazol na dose de 40mg ao dia na primeira semana e posteriormente 20mg ao dia. Após o paciente retornar com os mesmos sintomas o mesmo foi internado com prescrição interna de escopolamina, bromoprida, dipirona, e omeprazol ambos via endovenosa e coletado exames de admissão e raio x de tórax e abdome. Assim as prescrições foram renovadas com essas mesmas drogas e hidratação foi realizada como medida para controle de sinais vitais. Posteriormente, com o paciente em leito hospitalar HMPGL foram realizadas novas solicitações de exames admissionais e prescrito profilaxias, reposição volêmica, omeprazol em dose plena, pedido de solicitação para seriar hemoglobina e transfusão de 3 concentrados de hemácias.

3.7.5 Discussão do caso 7

Esse caso resolvi elegê-lo por ser um típico padrão que vejo se repetir ao longo desse modulo e que devemos saber conduzir da melhor maneira para que o

paciente não sofra maiores complicações. Dessa maneira, início a discussão em relação a primeira conduta ocorrida na UPA em seu primeiro atendimento, visto que por se tratar de paciente idoso com características como astenia, dor epigástrica e hematêmese o mesmo recebeu alta com medicações prescritas e orientações de retorno. Não cabe aqui julgamento de correto ou incorreto e relação a este primeiro atendimento visto que não acompanhei essa consulta em consultório de sala verde, contudo, registro aqui a reflexão em relação a uma possível conduta de mantê-lo em observação e solicitar exames do tipo hemograma por ser um exame que mostraria condições de hemoglobina, hematócrito e leucograma já que o mesmo possuía sangramentos que são compatíveis com queixas de astenia em virtude de que o sangue juntamente com a pequena circulação não estaria fornecendo oxigênio aos tecidos de forma eficiente. Na sequência do desenrolar desse caso com o mesmo internado em unidade de pronto atendimento foram sequenciados exames os quais evidenciaram essa condição acima descrita o qual teve intervenção de suporte clínico e solicitação de vaga hospitalar a qual se encontra de acordo com o escore curb-65 pontuando o mesmo em 2 pontos, quase 3 vistos que sua PA se encontrava limítrofe a considerar mais um ponto, assim pesando ainda mais, ao meu entendimento, a classificação do curb-65.

Em relação as condutas medicamentosas, creio que seguiu o suporte de cessar a dor e as demais atitudes para controle dos sinais vitais, pude ver em alguns atendimentos parecidos com este a passagem de sonda nasogástrica e ao estudar a literatura notei que esse tratamento contem divergências entre matérias em relação a sua indicação no trecho a seguir coloco uma fonte que indica citando detalhes de sua indicação “ A passagem de Sonda Nasogástrica (SNG) é motivo de controvérsia na literatura. Contudo, ainda é uma estratégia recomendada; a lavagem através da SNG facilita a Endoscopia Digestiva Alta (EDA) que será realizada em breve; além disso, o retorno de sangue vivo nos indica pacientes em grande risco de sangramento persistente ou risco de ressangramento após terapia endoscópica. O retorno de líquido claro ou tipo “borra de café” tem melhor prognóstico. Sendo assim, a passagem da SNG deve ser empreendida logo após o início da ressuscitação volêmica, outra fonte presente no artigo de revisão de HDA o qual se encontra referenciado ao final desse caso, essa conduta não tem muito valor terapêutico se mostrando eficiente na identificação de sangue presente em estomago e duodeno para auxiliar o médico em caso de dúvida em virtude de se tratar ou não de um caso de hemorragia digestiva

alta, assim o estudo mostra que não há indicação para a passagem da sonda em casos de HDA o qual pode ter como complicações o fato de a sonda manipular o local de sangramento retirando o coágulo ali presente e piorando o sangramento com risco de reperfusões ainda piores por aumentar a hemorragia. Esse caso não teve tal conduta prescrita, estando assim de acordo com as evidências literárias. Outra conduta que pude notar em alguns casos como este foi a prescrição de vasoconstritores como Octreotide e a terlipressina, em estudo com o fluxograma de emergência do hospital universitário da universidade federal de santa catarina no manejo de casos de HDA em setor de emergência essas drogas são indicadas em casos de suspeita de HDA por varizes esofágicas, com isso esse caso a prescrição interna foi de acordo com essa referência por mim estudada.

Além do fluxograma em estudo o artigo de revisão da revista *Pará reacherh medical journal* evidencia que o uso de octreotide não deve ser utilizado rotineiramente na HDA não varicosa da e a ácido tranexâmico o qual vemos sua prescrição muito rotineiramente em pacientes com sangramento uterino anormal, possuem ação na redução do sangramento local, melhorando os índices de mortalidade, sendo assim uma droga aliada em casos como este, contudo no caso de senhor em estudo não foi também administrado.

A queda da hemoglobina realizada de forma seriada assim como presente no fluxograma supracitado representou um fator preocupante para a pronta transferência do paciente em virtude do mesmo necessitar de transfusão de concentrado de hemácias e realização de endoscopia a qual além de diagnóstica pode ser terapêutica.

Ao adentrar em atendimento hospitalar o paciente prontamente recebeu 3 CH, assim como profilaxias com omeprazol em dose plena, solicitação de exames de admissão, ECG, radiografia de tórax e registro em conduta para seriar hemoglobina e atentar para risco de sangramentos.

Essa transfusão de hemácias me gerou dúvidas em como e quando fazê-la, assim fui questionar o diretor do pronto socorro do HMPGL e consultar a literatura para encontrar a melhor evidência, dessa maneira, o médico me disse que costuma fazer 3 CH em pacientes com hemoglobina abaixo de 8 e que a tendência teórica vem a ser de que a cada 1CH os valores de HB em hemograma subam 1. Em estudo do manual de hemocomponentes do ministério da saúde o mesmo demonstra por meio de estudos referências que o hematócrito não é bom parâmetro para nortear a decisão

de transfundir, uma vez que só começa a diminuir uma a duas horas após o início da hemorragia, sendo a HB um bom parâmetro para hemorransfusão estando em valores de 7 a 10 em conjunto com avaliação e critérios baseados outras diversas condições cabendo ao médico a decisão.

Nesse contexto, reproduzo abaixo o laudo da endoscopia realizado no HMPGL com a análise do mesmo o que me fez estudar além das patologias presentes, os escores que são utilizados para nortear o tratamento e a correta condução de pacientes com esse tipo de condição, visto que existe uma possibilidade de ressangramento por análise de vários critérios assim como o tipo de lesão presente na classificação a qual de acordo com essa a intervenção terapêutica tem respaldo na literatura.

SEDAÇÃO: COM ANESTESISTA + Lidocaína spray 10%

ESÔFAGO: Introdução do aparelho sob visão direta com transposição fácil do esfíncter esofágico superior. Todo o esôfago foi bem visualizado e apresenta forma, calibre e peristalse normais. Mucosa de aspecto normal. Porção proximal das pregas gástricas bem identificada.

ESTÔMAGO: Todo o órgão foi bem visualizado e apresenta distensibilidade normal. Exame á retroversão mostra fundo gástrico com mucosa e vascularização sem alterações e o hiato bem ajustado ao aparelho. Lago mucoso com pouca secreção gástrica clara. Corpo gástrico apresenta pregueado mucoso preservado Antro apresenta peristalse normal e mucosa com enantema moderado. Píloro deformado, presença de ulcera com borda elevada edemaciada fundo com discreto sangramento ativo babando que dificultam a progressão do aparelho ao bulbo duodenal. Realizada esclerose com adrenalina 1/20.000 em orifício pilórico e recesso duodenal superior e inferior.

OBS REALIZADO ESCLEROSE.

CONCLUSÃO:

1. GASTRITE ENANTEMATOSE MODERADA DE ANTRO
2. ULCERA PRÉ PILÓRICA A1 DE SAKITA

Ao analisarmos a conduta diagnostica e seu respectivo tratamento, com estudo de artigo hemorragia digestiva: manejo fundamentado na medicina baseada em evidencias , torna-se claro a endoscopia como padrão ouro no diagnóstico de lesões sangrantes do trata gastrointestinal. Somente os pacientes com achados endoscópicos Ia, Ib, IIa e IIb de Forrest serão submetidos ao tratamento endoscópico.

Em casos de sangramento arterial ativo, a administração de epinefrina na base da úlcera somada a um segundo método (coagulação térmica ou o emprego de cliques metálicos no vaso sangrante) foi mais eficaz que qualquer um destes, isoladamente. Na ausência de sangramento arterial ativo, podemos empregar modalidade única de terapia; nesse contexto, a coagulação térmica ou o emprego de cliques metálicos mostraram-se superiores à epinefrina. O laudo fornecido pelo endoscopista em prontuário não relatou a classificação de Forrest, contudo, pela descrição do exame podemos classificar esse paciente como sendo um Forrest 1B no qual foi empregado o tratamento com epinefrina, em comparação a descrição que encontrei na literatura esse tratamento tem indicação inferior ao emprego de terapia térmica ou cliques metálicos, entretanto, não mesmo procurando o profissional o qual realizou o exame não tive a oportunidade de indaga-lo em relação a metodologia de escolha no tratamento do paciente em estudo.

Tabela 3. Achados endoscópicos e estimativa de ressangramento conforme classificação de Forrest

Classificação	Descrição	Frequência (%)	Risco de ressangramento sem tratamento endoscópico (%)	Risco de ressangramento com tratamento endoscópico (%)
AI	Sangramento ativo em jato	12	90	15 a 30
IB	Sangramento ativo em porejamento	22	50	15 a 30
IIA	Coto vascular visível	10	33	5
IIB	Coágulo aderido	14	10	Não avaliado
IIC	Fundo com pontos hematina	10	7	Não avaliado
III	Fundo limpo	32	3	Não avaliado

Fonte: adaptado de Wilkins T. *et al.*, 2012

As úlceras pépticas podem ser gástricas ou duodenais. Todas as pépticas duodenais apresentam hipercloridria, o que não acontece nas gástricas. Isso impacta principalmente no tratamento, já que não visa anular a produção gástrica, e sim ressecar a úlcera, ainda mais pela existência de risco de malignização da úlcera gástrica, e deve ser, no mínimo, biopsiada. Nesse contexto, apresenta-se a classificação de Johnson:

Tabela 4. Classificação de Johnson para doença ulcerosa péptica gástrica

Tipo 1 Na pequena curvatura baixa, em hipocloridria (mais comum)
Tipo 2 No corpo gástrico, associada a úlcera duodenal, em hipercloridria
Tipo 3 Pré pilórica, em hipercloridria
Tipo 4 Na pequena curvatura alta, em hipocloridria
Tipo 5 Úlceras múltiplas, associadas a AINES

Fonte: MACHINSKI, 2020.

Sendo assim, nos tipos 1 e 4, que ocorrem em hipocloridria, deve ser feita gastrectomia parcial ou subtotal. Nos tipos 2 e 3, o melhor tratamento é pela vagotomia com antrectomia, já que apresentam hipercloridria. No tipo 5, relacionado à utilização de AINES, o medicamento deve ser descontinuado. Em análise do laudo endoscópico conjuntamente com a literatura faço a inferência de que o presente caso possui uma classificação de Johnson do tipo 3, com isso há relação de hipercloridria, devendo o paciente receber uma biopsia para avaliar metaplasia e displasia, assim como estabelecer o diagnóstico da presença ou não de *H. pylori*, essas condutas não estão presentes no prontuário de tratamento desse paciente, dessa maneira, creio que não foram realizadas, podendo assim o mesmo ter omissão de uma possível metaplasia que na maior parte dos casos tem relação com infecção de *H. pylori* podendo assim receber o tratamento antibiótico.

A classificação de Sakita é um dos aspectos mais importantes na caracterização de uma lesão ulcerada quanto a sua fase evolutiva, é fundamental, pois demonstra os diversos estágios de uma mesma doença, nos mostrando, através de seu ciclo evolutivo, que o fato da lesão estar cicatrizada não representa necessariamente a cura da doença, o ciclo de atividade - cicatrização - cicatriz e, novamente, atividade, mostra as recidivas possíveis de uma doença complexa, como é o caso da doença ulcerosa péptica e do câncer gástrico.

É também de suma importância na conduta terapêutica. Através da análise do estágio em que se encontra a lesão, as medidas apropriadas para cicatrizar a

lesão ou para que não ocorra novamente sua atividade, tendo uma abordagem voltada para a terapia.

Figura 6. Classificação de Sakita – fases e descrição – Zaterka, Eisig – Tratado de Gastroenterologia

A1	Base recoberta por fibrina espessa, com restos necróticos ou depósito de hematina. Borda bem definida a pique, escavadas, edemaciadas, com hiperemia. Forma arredondada ou oval. Não há convergência de pregas para a lesão.
A2	Base limpa e clara, recoberta por fibrina. Bordas bem definidas, regulares, sem edema; halo de hiperemia nas margens. Pode apresentar leve convergência de pregas.
H1	Superficial, fina camada de fibrina na base, hiperemia, nitida convergência de pregas. Forma ovalada.
H2	Semelhante à fase anterior, com camada de fibrina mais tênue no centro da área deprimida. Formato fusiforme.
S1	"Cicatriz vermelha": nitida convergência de pregas em retração cicatricial deprimida, hiperemiada e sem depósito de fibrina.
S2	"Cicatriz branca": retração cicatricial esbranquiçada, epitelizada. Nitida convergência de pregas e ausência de hiperemia.

Fonte: Sakita, 1973.

Outros escores presentes na avaliação desse paciente foram a pontuação de escala de rockall e a escala de Blatchford, essas escalas foram avaliadas nesse paciente estando o mesmo em leito de clínica medica. A escala de rochall leva em consideração fatores como idade, estado da volemia, comorbidades, diagnostico do paciente e presença de estigma endoscópico, assim nesse paciente foi pontuado 7/11 classificando-o como risco alto de ressangramento. Na escala de Blatchford obteve valor de 11 sendo classificado como alto risco, dessa maneira pude perceber como a aplicação dessas escalas se torna importante desde a admissão do paciente e posteriormente a realização da EDA sendo ela diagnostica ou terapêutica, pois parâmetros bem estabelecidos em grandes estudos fazem com que o serviço médico local possua embasamento teórico com dados precisos para tomada de decisão oferecendo assim o melhor tratamento ao paciente e também colocando o profissional fora de possíveis complicações jurídicas pois sua pratica medica esteve bem embasada.

Por fim o paciente segue em leito de clínica medica, estável, com prescrição de exames seriados e reavaliações com especialista para ponderar alta ou uma nova abordagem terapêutica seja essa clinica ou cirúrgica já que pacientes submetidos a terapia endoscópica com ressangramento nas primeiras 24h de acordo com o congresso do colégio brasileiro de cirurgiões realizado em 2014 o paciente é eleito a terapia cirúrgica, um nível de evidencia de opinião de especialista, contudo, cabe aqui sua colocação em virtude da análise de artigos para eleições cirúrgicas nesse contexto levam em conta vários critérios os quais não tive acesso.

3.8 Caso 8: Crise depressiva

3.8.1 Anamnese

Identificação: C.F.M, feminino, 35 anos, do lar, morado de Foz do Iguaçu.

QP: “Quero morrer”

Resumo do caso: Paciente trazida pelo SAMU apresentando choro intenso, relata momentos de irritação intensa e vontade de tirar sua vida e de seu filho de 11 anos. Chegou ao atendimento na UPA com relato da equipe do SAMU onde a mesma cortou todo seu cabelo e foi encontrada com uma faca em suas mãos, em anamnese a mesma refere relação difícil com esposo.

HPP: Refere tratamento ambulatorial interrompido para depressão com uso de amitriptilina 25mg e fluoxetina 20mg, relata também tratamento para doença hemorroidária, nega tabagismo, nega etilismo e uso de drogas ilícitas, nega alergia a medicamentos

3.8.2 Exame físico

Ectoscopia - REG, acianótico, anictérico, corado, hidratado e eupneica em ar ambiente.

Sinais vitais: PA:110X80 //FC:63// FR:18// Sat O2:97%AA //HGT:91.

AVN: LOTE, Glasgow 15/15, pupilas isocóricas e fotoreagentes, sem déficit motor;

ACV: BCNF, ritmo regular em 2T, sem sopros. TEC < 3s;

AP: MVUA, sem RA, sem esforço respiratório;

ABD: Abdome plano, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal;

Membros: Quentes e perfundidas, sem empastamento de panturrilhas, sem presença de edemas.

Diagnóstico Sindrômico: Transtorno depressivo.

Hipótese Diagnóstica: crise depressiva.

Diagnósticos Diferenciais: Transtorno disruptivo de desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente, transtorno depressivo induzido por medicamento/substancia, surto psicótico, encefalopatia, trauma cranioencefálico, distúrbios tiroidianos.

3.8.3 Exames complementares de admissão

Dosagem de íons, coagulograma, função renal, função hepática, hemograma completo com contagem de plaquetas, ECG.

K: 4,1

TAP INR: 1,07

Creatinina:1,00

Sódio:146

Ureia: 39

TGO:18

TGP:15

Hb:12,70

leucócitos: 8080

Plaquetas: 274000

3.8.4 Conduas médicas

Paciente inicialmente em agitação psicomotora e choro intenso é contida mecanicamente em leito com solicitação para equipe de enfermagem passagem de acesso venoso periférico, é realizado anamnese e exame físico com posterior prescrição de 1 ampola de Diazepam 10mg e coleta de exames sanguíneos e realização de ECG. Posteriormente, paciente teve contenção mecânica desfeita e mantida em leito de isolamento com prescrições deixadas S/N á critério médico.

3.8.5 Análise do caso 8

Elegi esse caso para registrar neste relatório em virtude da necessidade que senti em estudar e compreender um pouco mais o tema emergências psiquiátricas. Vejo que uma porcentagem significativa dos pacientes que chegam as UPA´s seja pelo SIATE ou pelo SAMU são casos psiquiátricos os qual muitos deles tem posteriormente seu fluxo regulado para o hospital municipal padre germano lauck que no momento é a referência de atendimento desse tipo de paciente no contexto de SUS no município de Foz do Iguaçu.

Primeiramente, pude constatar com a minha vivencia nesse estágio que o atendimento a pacientes psiquiátricos no contexto de UPA se encontra com muitos desafios e muitas das vezes não é o ideal, isso tudo posso inferir em relação a um contexto complexo que vai desde o grande número de pacientes em conjunto com a estrutura que poderia ser melhor organizada, assim como o devido atendimento por profissionais muitos dos quais não possuem o devido treinamento para manejo de casos como este. A psiquiatria ao meu ver representa uma área extremamente complexa no tocante a diagnósticos e tratamentos, isso no contexto de emergências e urgências é ainda mais agravado visto que pessoas muitas das vezes procuram uma unidade de pronto atendimento simplesmente para obtenção de um atestado médico, atitude essa que talvez tenha por traz uma questão psíquica não devendo dessa forma ser vista como uma simples obtenção de vantagem. Nesse complexo contexto a abordagem de emergências psiquiátricas segue um padrão de atitudes e condutas as quais pude notar que tem repetição em muitos pacientes, contudo, ao estudar um pouco mais a teoria percebi que o conhecimento da psicofarmacologia é de extrema importância para o médico nesse atendimento pois pode gerar iatrogenias muitas potencialmente fatais.

De acordo com QUEVEDO 2008 “o local destinado ao atendimento de urgências e emergências psiquiátricas deve oferecer segurança, estrutura física adequada, ausência de objetos potencialmente perigosos, adequação de estímulos sensoriais, sistema de alarme, disponibilidade de medicamentos e equipamentos para contenção, serviço de segurança, e acesso a serviços de diagnósticos e a outros especialistas”. A partir da análise de literatura começamos aqui já na estrutura do serviço podemos perceber que um ambiente de UPA fica muito a desejar no cuidado desse tipo de paciente, onde muitos se evadem, agridem profissionais de saúde que não possuem auxilio para seu manejo. Já pude presenciar em outra ocasião um paciente psiquiátrico que atentou ao ambiente da UPA Walter tentando quebrar os computadores, assim vemos que mesmo toda a equipe tentando fazer o melhor trabalho os desafios são muitos em virtude de problemas estruturais que envolvem má gestão de recursos e um estigma que perpetua implícito no sistema de saúde em relação a psiquiatria.

De acordo com MARCOLAN 2013 a observação, avaliação do cliente e do ambiente e a gestão de riscos são elementos fundamentais para a prevenção do comportamento agressivo. É importante prezar pela segurança do ambiente. O local

do atendimento deve oferecer privacidade, mas ser de fácil acesso para equipe de saúde e de segurança. É necessária estrutura física adequada, indisponibilidade de objetos potencialmente perigosos, adequação dos estímulos sensoriais, sistema de alarme, disponibilidade de medicamentos e equipamentos para contenção, serviço de segurança, e acesso a serviços de diagnósticos e a outros especialistas. Com isso podemos fazer um paralelo que assim como no atendimento pré-hospitalar em um trauma a avaliação do mecanismo de injúria e a segurança de todos envolvidos no acidente e a intenção de cessar o envolvimento de mais vítimas como preconizado nos manuais de ATLS, a prioridade inicial no atendimento de emergências psiquiátricas se coloca na mesma maneira.

De acordo com MANTOVANI 2010, recomenda-se que a contenção seja mantida o mínimo de tempo possível e que o indivíduo seja acompanhado e avaliado continuamente durante a contenção ou monitorado a cada 15 minutos enquanto estiver contido. As contenções podem ter efeitos físicos e psicológicos deletérios sobre os pacientes e equipe. A contenção pode expor o cliente ao risco de sofrer impacto psicológico significativo e experimentar complicações clínicas, tais como redução da perfusão tecidual em extremidades (necrose, trombose e amputação), embolia pulmonar, aspiração e asfixia, lesão de plexo braquial, fraturas, entre outras condições. Nesse sentido, em análise dessa paciente pude perceber que ao meu entendimento sua contenção física excedeu o tempo necessário para sua estabilização e poderia ser retirada antes sem prejuízo a paciente e a equipe, pois ao conversar com a mesma percebi uma fala calma com conteúdo apropriado o qual a contenção física já havia cumprido sua função e em sequência poderia causar efeitos deletérios acima citados.

Nesse atendimento, assim como em outros dessa natureza que pude presenciar, uma conduta que ao meu ver teria somatório na correta condução do caso poderia ser utilizado no momento da anamnese a aplicação da sumula psicopatológica, pois essa ferramenta registra como uma foto as condições em que a paciente se encontrava naquele momento e todas essas documentações são de suma importância em uma especialidade médica que tem como principal ferramenta o conteúdo psíquico que é exteriorizado pelo paciente, podendo o mesmo ser útil em um seguimento ambulatorial visto que as mínimas nuances presentes no prontuário psiquiátrico podem guiar o médico a mudanças de plano de tratamento e alterações diagnósticas.

Uma atitude nesse atendimento que julgo correta e gostaria de registrar aqui se dá na realização de exames laboratoriais, pois muitas condições orgânicas podem gerar delirium, depressão, alucinações, transtornos de ansiedade e mesmo condições de intoxicação exógena e abstinências de substâncias podem produzir sintomas que simulam quadros depressivos, psicóticos, além disso, a monitoração laboratorial serve de parâmetro para a administração de drogas, visto que muitas podem causar discrasias sanguíneas, hepatotoxicidade, nefrotoxicidade, assim o tratamento individualizado levando em conta aspectos comorbidos e características orgânicas conduzem a minimizar possíveis interações e complicações advindas do tratamento de emergência como por exemplo na contenção química.

Em relação a conduta farmacológica inicialmente foi realizado a administração de 1 ampola de Diazepam, o benzodiazepínico Diazepam pode ser realizado de maneira endovenosa, intramuscular ou oral. A via intramuscular deve ser evitada por ter uma absorção errátil podendo o midazolam ter um perfil de segurança maior pois tem menor tempo de meia vida, sendo administrada por via intramuscular aumenta ainda mais sua segurança quando comparada com a via endovenosa. O uso da prometazina que é um agente anti-histamínico tem grande disseminação no uso de casos como este aqui discutido por apresentar antagonismo dopaminérgico e noradrenérgico, a combinação de prometazina com haloperidol pode, na verdade, aumentar o risco de hipotensão e síndrome neuroléptica maligna, o artigo que me baseio na construção desse caso evidencia que seu uso pode ter sido consagrado no Brasil em virtude da não apresentação do lorazepam injetável e também em relação ao custo dos antipsicóticos atípicos em comparação aos típicos. O Haloperidol tem uso há décadas e sua segurança é muito boa, contudo, pode fazer o efeito extrapiramidal com maior probabilidade que os antipsicóticos atípicos.

Por fim ao analisar o artigo citado ao final desse caso da revista brasileira de psiquiatria de 2010 juntamente com conversas em plantões com médicos vejo que a escolha das drogas em agitação psicomotora devem ser avaliadas dentro de um contexto para o melhor tratamento e de acordo com sua disponibilidade no serviço, o artigo evidencia a preferência pela via oral em detrimento as vias parenterais, contudo, muitos dos casos isso não é possível, assim a escolha de drogas e suas associações devem seguir as melhores evidências para sucesso terapêutico, a seguir reproduzo uma tabela que pode servir de auxílio na escolha dessas medicações e um fluxograma que auxilia na condução desse tipo de caso.

Tabela 5. Diretrizes para o manejo farmacológico de paciente agitado ou violento
Diretrizes para o manejo farmacológico de paciente agitado ou violento

-
1. Avaliar clinicamente a gravidade da agitação psicomotora e preferencialmente quantificá-la por meio da pontuação de escalas de gravidade.
 2. Iniciar o manejo da situação de agitação psicomotora por meio de intervenções verbais, atitudinais e comportamentais, sempre que possível.
 3. Estabelecer um plano específico para o manejo da situação. Envolver as equipes de enfermagem e de segurança no manejo da situação.
 4. Na escolha da medicação a ser utilizada, considerar, idade, sexo, provável índice de massa corporal, presença de condição médica geral ou outras complicações clínicas, medicações prescritas anteriormente, ocorrência de efeitos colaterais com tratamentos anteriores e uso de substâncias psicoativas.
 5. Registrar em prontuário as justificativas clínicas para a escolha da(s) droga(s).
 6. Sempre que possível, oferecer medicação por via oral.
 7. Se paciente cooperativo, mas com risco de agitação:
 - Haloperidol 2,5 a 5 mg por via oral OU
 - Diazepam 10mg por via oral OU
 - Haloperidol 2,5 a 5 mg associado a Diazepam 10 mg por via oral OU
 - Risperidona 2 mg, por via oral OU
 - Risperidona 2 mg associado a Lorazepam 2 mg, por via oral
 - Obs.: Se condição médica geral presente, evitar benzodiazepínicos.
 8. Se paciente não cooperativo, agitado, ou com risco iminente de violência ou fuga:
 - Condição médica geral
 - Haloperidol (2,5 a 5 mg) por via intramuscular OU
 - Olanzapina (5 a 10mg) por via intramuscular OU
 - Ziprasidona (5 a 10mg) por via intramuscular
 - Intoxicação por estimulantes
 - Midazolam (5 a 10mg) por via intramuscular OU
 - Diazepam (5 a 10mg) por via endovenosa.
-

Intoxicação por álcool ou outras substâncias psicoativas

Haloperidol (2,5 a 5mg) por via intramuscular

Transtornos psiquiátricos primários

Haloperidol (2,5 a 5mg) por via intramuscular OU

Transtornos psiquiátricos primários

Haloperidol (2,5 a 5mg) por via intramuscular OU

Haloperidol (2,5 a 5mg) associado a Midazolam (5 a 7,5mg) por via intramuscular OU

Ziprasidona (5 a 10mg) por via intramuscular

Gestantes

Haloperidol (2,5 a 5mg) por via intramuscular

9. Reavaliar o paciente a cada 30 minutos e, preferencialmente, quantificar os níveis de tranquilização/agitação por meio da pontuação de escalas de gravidade, bem como aferição de sinais vitais.
10. Em caso de necessidade de medicação adicional, repetir a droga (ou a combinação de drogas) usada inicialmente, na mesma dose.
11. Realizar ECG em caso de administração de Ziprasidona, ou sempre que houver achados clínicos indicativos de alteração cardiovascular.
12. Nas 24 horas subsequentes ao uso de medicação injetável para o manejo de agitação psicomotora deve ser observada e registrada em prontuário a ocorrência de efeitos colaterais e medidas terapêuticas adotadas no manejo destes.

Fonte: MANTOVANI, 2010.

3.9 Caso 9: Infecção de sítio cirúrgico

3.9.1 Anamnese

Identificação: M.G.S, 71 anos, aposentada

Q.P - dor em coto de amputação

Resumo do caso - Paciente com doença arterial obstrutiva periférica tem amputação em MMII esquerdo há 45 dias, procura inicialmente atendimento em UBS com presença de sinais infecciosos em ferida operatória apresentando também deiscência e dor em membro fantasma. Na sequência procura atendimento em UPA com as mesmas queixas sendo medicada para sintomas álgicos e iniciado

ceftriaxona+clindamicina, posteriormente, da entrada no HMPGL onde segue tratamento.

HPP - Paciente portadora de DAOP e HAS.

Medicamentos de uso contínuo: Losartana 50mg 12/12h + HCTZ 25mg/manhã + Cilostazol 100mg após almoço + AAS 100mg/dia + Sinvastatina 40mg/noite + Omeprazol + PACO VO + Tramadol VO.

CHV - tabagista com carga tabagica de 30 anos maço, refere abstinência há 3 meses.

3.9.2 Exame Físico

Ectoscopia - BEG, acianótica, anictérica, corada, hidratada e eupneica em ar ambiente.

Sinais Vitais: PA: 125X85 //FC: 72// FR: 18// Sat O2: 98% AA //HGT: 95

AVN: LOTE, Glasgow 15/15, pupilas isocóricas e fotoreagentes, sem déficit motor, sem sinais de irritação meníngea.

ACV: BCNF, ritmo regular em 2T, sem sopros. TEC < 3s;

AP: MVUA, sem RA, sem esforço respiratório;

ABD: Abdome globoso à custa de panículo adiposo, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal;

Membros: Coto de amputação em coxa esquerda com sinais infecciosos de ferida operatória, com presença de secreção purulenta em curativo, sem empastamento de panturrilha em MMII direito, sem edema em MMII direito com extremidade quente e bem perfundida.

Diagnóstico Sindrômico: Síndrome infecciosa

Hipótese Diagnóstica: Infecção em ferida operatória

Diagnósticos Diferenciais: dor de membro fantasma, infecção fúngica em coto de amputação, infecção bacteriana em coto de amputação, presença de corpo estranho em coto de amputação.

3.9.3 Exames complementares de admissão:

Laboratório do dia 14/12/2021

Hemograma

Hemácias - 3,18

Hematócrito - 26
Hemoglobina - 8,2
Leucócitos - 10520
Metamielócitos - 2%
Mielócitos - 2%
Bastonetes - 17%
Plaquetas - 208000

Bioquímica

Ureia - 57
Creatinina - 1,1
Sódio - 137
Potássio - 5,3
PCR - 5

Laboratório do dia 15/12/2021

Hemograma

Hemácias - 3,0
Hematócrito - 25,3
Hemoglobina - 7,8
Leucócitos - 10800
Metamielócitos - 2%
Bastonetes - 15%
Plaquetas - 194000

Bioquímica

Ureia - 55
Creatinina - 0,7
Sódio - 139
Potássio - 4,7
PCR - 7,7

3.9.4 Conduas médicas

Paciente recebeu inicialmente tratamento com sulfamexazol+trimetropina prescrito por médico em UBS, contudo, sinais infecciosos persistiram e fizeram com que a paciente procurasse atendimento em UPA na qual recebeu

ceftriaxona+clindamicina. Em ambos os ambientes de saúde supracitados, o controle algico foi feito com AINES e opiáceos em associação, assim como medicamentos antieméticos. Com a paciente em ambiente hospitalar, além do controle da dor e antibioticoterapia, foram também prescritas profilaxias gástrica e venosa.

3.9.5 Análise do caso 9

Esse caso me saltou aos olhos e resolvi aqui colocá-lo pois posso estudar nesse momento alguns tópicos que me interessei, além da infecção de ferida operatória o controle da dor de membro fantasma vem a ser um tema intrigante que envolve mecanismos cerebrais de neurotransmissores em um arranjo complexo de controle da dor que pode ser tratada com diferentes medicações em diferentes mecanismos, além do tratamento não farmacológico que contribui significativamente para o controle da dor.

O diagnóstico de infecção de sitio cirúrgico recebeu uma padronização do Center for Diseases Control and Prevention (CDC) nos EUA afim de possibilitar uma maneira de seguir no diagnostico assertivo em diferentes localidades, assim criou definições que mundialmente podem ser usadas, com isso aqui no HMPGL posso de acordo com esses critérios ter um diagnóstico mais assertivo, cabe aqui nessa discussão refletir a respeito de um diagnóstico, já que o diagnóstico é probabilístico, alguns com elementos patognomônicos com grande probabilidade quando esses presentes, outros baseados em evidencias médicas de estudos bem desenhados somam-se todos esses quesitos para uma maior probabilidade de acertar um diagnóstico.

Em relação aos critérios de classificação que o CDC usa para definição de infecção de sitio cirúrgico de maneira superficial segue os seguintes critérios:

Deve ocorrer em 30 dias após o procedimento e envolver apenas pele e tecido subcutâneo e apresentar pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas:

1. Drenagem de secreção purulenta da incisão;
2. Microrganismo isolado de maneira asséptica de secreção ou tecido;
3. Pelo menos um dos sinais e sintomas e a abertura deliberada dos pontos pelo cirurgião exceto se cultura negativa: dor, edema, eritema ou calor local;
4. Diagnóstico de infecção pelo médico que acompanha o paciente.

Já a infecção de sítio cirúrgico incisional profunda obedece a classificação da forma abaixo:

Deve ocorrer em 30 dias após o procedimento se não houver implante ou um ano se houver implante. A infecção deve envolver os tecidos moles profundos (músculo ou fáscia) e apresentar pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas:

1. Drenagem purulenta de incisão profunda;
2. Incisão profunda com deiscência espontânea ou deliberadamente aberta pelo cirurgião quando o paciente apresentar pelo menos um dos sinais ou sintomas: febre, dor localizada, edema e rubor exceto se cultura negativa;
3. Abscesso ou outra evidencia de infecção envolvendo fáscia ou músculo, achada ao exame direto, reoperação, histopatológico ou radiológico;
4. Diagnóstico de infecção incisional profunda pelo médico que acompanha o paciente.

Por fim a classificação possui em relação a órgão ou espaço os critérios abaixo:

Infecção de órgão/espaço Deve ocorrer em 30 dias após o procedimento se não houver implante ou um ano se houver implante. Envolver qualquer outra região anatômica do sítio cirúrgico que não a incisão e apresentar pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas:

1. Drenagem purulenta por dreno locado em órgão ou cavidade;
2. Microrganismo isolado de maneira asséptica de secreção ou tecido de órgão ou cavidade;
3. Abscesso ou outra evidencia de infecção envolvendo órgão ou cavidade achada ao exame direto, reoperação, histopatológico ou radiológico;
4. Diagnóstico de infecção de órgão/espaço pelo médico que acompanha o paciente.

Avaliando a paciente em questão tive a oportunidade de ver a lesão e classifico assim como infecção de sítio cirúrgico superficial, mesmo a paciente ainda não possuindo culturas laboratórios liberadas, de acordo com a classificação do CDC se enquadra nesse perfil.

Em estudo desse tema aprendi que existem inúmeros fatores que poderia aqui me alongar em citar os quais contribuem para essa patologia, contudo, apenas cito alguns como por exemplo fatores relacionados ao ato cirúrgico, fatores presentes no ambiente hospitalar, fatores que são intrínsecos ao paciente em relação aos

cuidados pós operatórios ou mesmo a comorbidades e fatores fisiológicos do paciente em estudo.

A profilaxia cirúrgica diminui o risco de infecções de sítio cirúrgico, contudo, também pode contribuir para a resistência aos tratamentos antibióticos no paciente. Ainda assim, mesmo com a profilaxia as infecções podem surgir e devem ser manejadas de forma eficiente para o sucesso terapêutico.

O tratamento antibiótico desse tipo de lesão é realizado de maneira empírica inicialmente, de acordo com o tipo de lesão e de características farmacológicas dos agentes eleitos para a terapia, pois cito como exemplo antimicrobianos que são nefrotóxicos devendo assim ser selecionados a pacientes que possuem função renal satisfatória para a terapia.

Ao analisarmos os exames complementares juntamente com o a anamnese e o exame físico temos um padrão infeccioso que além da liberação de células granulocíticas imaturas vemos valores de PCR como indicativo inflamatório aumentado e, sobretudo, a história clínica com a avaliação da ferida operatória com drenagem purulenta e demais sinais flogísticos.

Outros escores auxiliam na classificação de risco de infecção cirúrgica como o Índice de risco de infecção cirúrgica do National Nosocomial Infection Surveillance System (NISS), o índice da American Society of Anesthesiologists (ASA), que classifica os pacientes de acordo com seu quadro clínico, o Potencial de Contaminação da Ferida Operatória (PCFO), que representa a classificação pela equipe cirúrgica da ferida operatória em relação à potencial presença de microrganismos e o tempo de duração da cirurgia, todos esses contribuem em classificar o paciente como maior portador de risco no desenvolvimento desse tipo de lesão aqui discutida, podendo dessa maneira, ser acompanhado e orientado de maneira a ter um seguimento com mais atenção podendo ser através de encaminhamento a ambulatório de feridas como temos aqui em Foz do Iguaçu ou mesmo facilitando a comunicação Intermédica em caso de complicações). Outros fatores de risco como: Índice de Massa Corpórea (IMC), tabagismo, procedimentos por vídeo, hemotransfusão, não realização do banho pré-operatório e doença crônica preexistente, também estão relacionados na literatura e foram identificados como associados a infecção de sítio cirúrgico, em estudos sobre a temática. A paciente em estudo tem com doença pré existente a hipertensão arterial sistêmica e também a doença arterial obstrutiva periférica, juntamente com um tabagismo de longa data e

um IMC de obesidade podemos inferir que há um risco aumentado no desenvolvimento desse tipo de infecção.

Em relação a classificação do CDC acima citada tem-se que a infecção de ferida operatória se dá em até 30 dias após a realização do procedimento, dessa maneira, de acordo com a anamnese da paciente podemos notar que se trata de uma infecção de sitio cirúrgico, contudo, o manejo com antibioticoterapia ao meu entendimento, representa o maior desafio e deve ser realizado de maneira assertiva no tempo correto para que não haja evolução com complicações e até mesmo quadros catastróficos podendo a paciente ir a óbito.

Dessa maneira, ao estudar o artigo de SANTOS e colaboradores, um artigo de revisão da literatura que elenca em tabelas os germes mais identificados nesse tipo de lesão podemos ver que *Staphylococcus áureos* esteve presente em quase 40% das feridas investigadas presentes em publicações esse patógeno representa o microorganismo gram positivo mais frequente, já em relação aos gram negativos *Escherichia coli* foi o mais encontrado tendo como prevalência em 30% dos casos, assim A destituição e o crescimento bacteriano são os principais pré-requisitos para desenvolvimento de uma infecção, assim vários patógenos possuem componentes específicos que aumentam a sua virulência, a exemplo das cápsulas de *Klebsiella spp* e do *Streptococcus pneumoniae*, as endotoxinas das bactérias Gram-negativas *Pseudomonas sp*, *Acinetobacter baumannii*, *Bacillus sp*, as exotoxinas dos estreptococos, o biofilme dos *Staphylococcus aureus* e dos *Staphylococcus epidermidis*, que contribuem para a resistência aos antibióticos. Dos patógenos Gram-positivos, o *Staphylococcus aureus* é responsável por muitas das infecções hospitalares que, geralmente, são transmitidas por contato direto ou indireto, da própria flora normal da pele do paciente ou migração durante a consumação dos procedimentos. Em muitos casos também pode apresentar alta resistência a antibióticos. Sua gravidade e ocorrência dependem essencialmente do tríplice relação: susceptibilidade do hospedeiro, resistência e quantidade de microrganismo.

Por fim o tratamento da infecção quando restrita aos tecidos moles o mais importante é a abertura da cicatriz, retirada do material infectado e curativo contínuos até a cicatrização por segunda intenção. Apesar da maioria dos pacientes receber antibióticos no início do diagnóstico de infecção, esta prática tem pouco suporte em evidências científicas. Estudos com abscessos subcutâneos não identificaram benefícios quando a antibioticoterapia foi usada junto com a drenagem. A melhor

conduta é abrir a cicatriz e tratar por via sistêmica quando os sinais locais de inflamação são exuberantes ou o paciente possui sintomas e sinais sistêmicos. Assim, o tratamento instituído segue o preconizado em evidências de forte impacto, foi iniciado antibioticoterapia e até o presente momento na construção desse caso clínico houve a solicitação da avaliação cirúrgica para devida conduta cirúrgica se necessária. Os antibióticos quando envolvem abscesso de subcutâneo são usados clindamicina ou oxaciclina no tratamento hospitalar, lesões envolvendo sítios mais profundos em pelve e endometrite tem como indicação a eleição de ampicilina associada a gentamicina e metronidazol e quando houver pele envolvida pode se fazer uso conjunto de clindamicina com gentamicina. Já em pacientes com insuficiência renal a escolha vem a ser a ampicilina + sulbactam. Com isso ao estudar esse caso pude aprender um pouco mais em relação as complicações pós cirúrgicas e fatores de risco envolvendo tanto o procedimento como as diversas condições que podem contribuir para uma complicação, e o estudo do manejo seja ele de forma cirúrgica ou não com a escolha das drogas e os devidos exames a serem solicitados para possíveis escalonamento de drogas de acordo com culturas e antibiograma, assim como fatores clínicos que podem interferir na escolha de um fármaco em virtude de suas características farmacocinéticas e farmacodinâmicas.

3.9.6 Drogas em Urgência e Emergência – intubação com sequência de drogas

Tabela 6. Medicamentos intubação

MEDICAMENTOS INTUBAÇÃO CARRINHO DE EMERGÊNCIA					DOSES PARA PACIENTES COM:		
Fármaco	Dosagem do frasco	VALOR	VANTAGENS	DESVANTAGENS	70Kg	80Kg	100Kg
QUETAMINA	50MG/ML FRASCO 10 ML	R\$85,21	Possui efeito broncodilatador e representa uma opção relativamente segura em relação a hemodinâmica	DISFORIA E ALUCINAÇÕES	2mL	3mL	4mL
ETOMIDATO	2ML/ML AMPOLA 10 ML	R\$19,56	Droga de início rápido e tempo de ação curto	REDUZ LIMIAR CONVULSIVO	10mL	12mL	15mL
FENTANIL	0,05MG/ML AMPOLA 5 ML	R\$5,13	Ação rápida	HIPOTENSÃO E RISCO DE RIGIDEZ MUSCULAR	1mL	1mL	2mL

FENTANIL	0,05MG/ML FR/AMP 10 ML	R\$6,49	Ação rápida	HIPOTENSÃO E RISCO DE RIGIDEZ MUSCULAR	1mL	1mL	2mL
LIDOCAÍNA	2% FRASCO 20 ML	R\$3,97	Eficaz na prevenção do aumento da frequência cardíaca	BRADICARDIA E INQUIETAÇÃO	5mL	6mL	7mL
MIDAZOLAM	5 MG/ML AMPOLA 3 ML	R\$8,84	INICIO DE AÇÃO LENTO E CURTO	DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA E DEPRESSÃO CARDIOVASCULAR	4mL	4mL	6mL
MIDAZOLAM	5 MG/ML AMPOLA 10 ML	R\$16,17	INICIO DE AÇÃO LENTO E CURTO	DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA E DEPRESSÃO CARDIOVASCULAR	4mL	4mL	6mL
ROCURÔNIO	10MG/ML AMPOLA 5 ML	R\$31,27	Ação rápida e não gera distúrbios iônicos	AUSENCIA DE FASCICULAÇÕES	8mL	9mL	12mL
SUXAMETÔNIO	100MG FRASCO	R\$19,08	EFEITO RAPIDO E CURTO	FASCICULAÇÕES, RISCO DE HIPERTERMIA MALIGNA	7mL	8mL	10mL

Fonte: próprio.

4 RELATO VIVENCIAL DO ALUNO E SUA EXPERIÊNCIA PESSOAL NA PANDEMIA DA COVID 19

A pandemia que teve início ao final do mês de fevereiro do ano de 2020, modificou muitas coisas nas vidas de pessoas pelo mundo todo. Muitas mortes, hospitais lotados, caos se instalaram e modificaram a realidade de muitos que permaneceram vivos. Assim como as duas guerras mundiais de 1914 e 1945 a pandemia do covid-19 trouxe desenvolvimento em vários setores e assim como ceifou algumas atividades e profissionais outras oportunidades surgiram, na saúde a pesquisa em várias áreas da saúde como epidemiologia, infectologia e tantas outras puderam experimentar de investimentos vultuosos e uma evolução que sem a pandemia talvez pudesse demorar muito mais tempo.

Em relação aos impactos e mudanças em meu cotidiano, assim com a interrupção das atividades de minha turma no módulo urgência e emergência do pré-internato me desloquei a casa de minha mãe onde tive a maravilhosa oportunidade de passar vários meses com sua presença. A mesma tem uma condição de saúde que não a permite estar sozinha, assim fiquei em sua companhia até a volta as aulas em Foz do Iguaçu.

Muitos de meus colegas estiveram, mesmo com as atividades universitárias interrompidas, atuando diretamente no atendimento remoto da população através de

toda uma estrutura criada para assistir a população, assim como em barreiras sanitárias com uma atuação essencial na cooperação dessa tragédia que ainda permanece presente em nossas vidas.

Fiquei muito triste de ter as atividades interrompidas, pois ao meu ver aquele período perdido poderia ter acrescentado muito conhecimento, sobretudo, prático para minha formação e também acredito que poderíamos ter contribuído com o atendimento à população, fato esse que ocorreu em todo esse módulo do internato de urgência e emergência e não seria diferente no período da pandemia onde agora ao adentrar ao final desse módulo do internato de urgência e emergência posso avaliar como de fato o interno de medicina impacta positivamente no serviço de saúde pública, pois vejo que os locais de trabalho são muitas vezes insalubres com salários baixos que obriga os profissionais a exercerem carga horária exaustiva para um salário que cumpra com um padrão mínimo de vida, dessa maneira, o aluno de medicina tem um interesse que impacta na atenção ao doente com revisão de condutas, discussões de casos com médicos plantonistas e anamneses e exames físicos que muitos médicos não possuem condições de trabalho de realizar da maneira que mais se assemelha ao ideal, em virtude do excesso de trabalho em um sistema onde a gestão municipal visivelmente não está interessada em oferecer uma melhor qualidade de atendimento à população, falo isso por comparar o sistema local com outros municípios onde já estive inserido no sistema de saúde, contudo, por questões burocráticas e talvez falta de vontade e engajamento de algumas autoridades tanto universitárias quanto políticas esse período que o aluno prestes a adentrar ao internato poderia ter participado de maneira ativa sem que houvesse perda no tempo de formação ficou restrito a trabalho de alguns poucos que se voluntariaram, o que não foi o meu caso.

Ainda assim, acredito que fiz a melhor escolha tanto pessoal quanto profissional, pois pude abordar alguns temas da medicina para melhorar meu conhecimento teórico através de videoaulas e leitura de temas que julgo relevante.

Por fim, como ainda vivemos a pandemia covid-19 nossa inserção no internato proporcionou através do estágio na vigilância sanitária com o serviço de verificação de óbitos ter noção da realidade que foi a pandemia em visitas aos familiares de pessoas que tiveram atestado de óbito com características de infecção por covid-19. Além de até os dias atuais podermos ter contato direto com o manejo de casos suspeitos e confirmados de covid nas unidades de pronto atendimento e no

pronto socorro do HMPGL, assim pude acompanhar a prescrição inicial e o seguimento do paciente com exames de raio-x de tórax e tomografia que juntamente com os médicos estudei os padrões de imagens e suas diferenças de quadros pneumônicos juntamente com as características clínicas e toda a investigação na anamnese para podermos dar diagnóstico e seguir com todos os cuidados que foram instituídos para o tratamento da doença, assim como seu manejo sanitário a fim de que mais pessoas não sejam infectadas. A pandemia do ponto de vista de médico em formação me fez perceber a responsabilidade que vem a ser praticar a medicina, pois exige uma renúncia para se manter atualizado e com as mínimas condições de trabalhar por décadas, o que difere de alguns ofícios na sociedade.

5 PROCEDIMENTOS

5.1 Acesso venoso central

Paciente L.A.A, 68 anos, aposentado, deu entrada via SAMU à sala de trauma do pronto socorro do hospital municipal onde o relato de sua irmã revelou que o mesmo estava “ todo tremendo, virando o olho e babando”. Com isso foi realizado inicialmente uma ampola de Diazepam EV obtendo a estabilização da crise convulsiva do mesmo, onde pude na sequência prescrever as medicações para os cuidados iniciais desse paciente na supervisão do R1 Dr. Alejandro sob orientação do Dr. Arnaldo. Posteriormente a essa prescrição por se tratar de um paciente crítico o qual teria boas chances de ser eleito a uma IOT por apresentar rebaixamento dos parâmetros neurológicos, foi indicado a passagem do acesso venoso central para administração de antibióticos e ponderar a necessidade também de drogas vasoativas, justificando dessa maneira, a realização desse procedimento.

O acesso venoso central possui algumas indicações como podemos citar pacientes que necessitam de nutrição parenteral total, antibioticoterapia, quimioterapia, hemodiálise e pacientes com acesso venoso periférico difícil. Existem também as contraindicações podendo as mesmas ser relativas ou absolutas e dentro do contexto o qual o doente se encontra o médico deve ponderar sua indicação, assim como o local de introdução.

De acordo com informações retiradas do artigo de revisão citado ao final da descrição desse procedimento vemos que a cateterização é geralmente evitada em locais com distorções anatômicas, marcapassos ou stent endovascular. Uma lesão cutânea proximal ao local de inserção representa outra contraindicação relativa. A coagulopatia não é uma contraindicação absoluta, mas o procedimento nestes pacientes deve ser realizado por profissionais experientes.³ A trombocitopenia com contagem de plaquetas inferior a 50.000 micro/L constitui um risco maior do que o tempo de coagulação prolongado. A abordagem da veia subclávia geralmente é evitada em pacientes heparinizados ou coagulopatas, porque o sangramento pode passar despercebido e não é possível tratar com compressão direta. A abordagem da subclávia também é evitada em pacientes com doença unilateral ou bilateral pulmonar grave, que pode ser descompensada na sequência de um pneumotórax iatrogênico.

O paciente em questão, não teve exames anteriores de hemograma e coagulograma realizados para poder indicar ou contra indicar o acesso venoso central, o que ao meu entendimento, juntamente com aquilo que pude ler em teoria, não constitui um erro em virtude da gravidade e do cenário crítico de urgência que se encontrava o paciente. Assim, em conversa com familiar não houve informações a respeito de medicamentos anticoagulantes ou nenhuma outra patologia que pudesse gerar receio na passagem do acesso venoso central. O senhor L.A.A se encontrava taquipneico e de acordo com a anamnese poderia o mesmo estar com um quadro pneumônico por broncoaspiração em virtude de o mesmo encontrar-se em tratamento de pós TCE e com episódios que provavelmente segundo relato da filha seria gasping, onde a mesma relatou que ao tentar alimentá-lo o paciente sofreu engasgos. Com isso, em discussão com o Dr. Alejandro o mesmo optou pelo sítio de punção jugular por esses motivos supracitados e também por ser meu primeiro acesso venoso, assim com maior probabilidade de iatrogenia, e o local eleito de acordo com a literatura tem menor risco de complicações como podemos ratificar na tabela abaixo que elenca vantagens e desvantagens dos diferentes locais de punção.

Tabela 7. Acesso venoso central

Local	Vantagens	Desvantagens
Veia jugular interna	<ul style="list-style-type: none"> • Menor risco de pneumotórax iatrogênico; • Abordagem pela cabeceira do leito; 	<ul style="list-style-type: none"> • Não ideal para acessos de tempo prolongado; • Risco de punção de carótica; • Desconfortável para o paciente;

	<ul style="list-style-type: none"> • Compressão direta da artéria se punção acidental; • Baixo risco de falha por profissionais inexperientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificil manutenção do cateter e do curativo; • Risco de perfuração do ducto torácico, se punção realizada à esquerda; • Dificil identificação anatômica em pacientes obesos ou edemaciados; • Proximidade do cateter da área de abordagem para pacientes com traqueostomia concomitante; • Veia propensa a colapsar em estados hipovolêmicos; • Dificil acesso durante manejo emergencial enquanto a via aérea estiver sendo estabelecida.
Veia subclávia	<ul style="list-style-type: none"> • Fácil de manter o curativo e a fixação; • Mais confortável para o paciente; • Melhor identificação anatômica em pacientes obesos; • Local de inserção acessível durante o estabelecimento da via aérea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Risco aumentado de pneumotórax iatrogênico; • Sangramento relacionado ao procedimento é menos pressão direta; • Menor risco de sucesso com profissionais inexperientes; • Trajeto mais longo da pele até o vaso; • Mau posicionamento do cateter é mais comum; • Cateter afetado por compressões torácicas.
Veia femoral	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso rápido com alto risco de sucesso; • Não interfere nas manobras de ressuscitação cardiopulmonar; • Não interfere na intubação orotraqueal; • Não há risco de pneumotórax. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demora da circulação de drogas durante a ressuscitação cardiopulmonar; • Impede a mobilização do paciente; • Dificuldade de manter o local de inserção estéril; • Risco aumento de trombose.

Fonte: SCHWAN, *et al.* 2018.

Diante disso, iniciamos a técnica seguindo a teoria de seldinger o qual deve seguir rigorosamente uma série de etapas que, anteriormente, a essa minha primeira experiencia, acompanhei visualizando médicos no plantão realizando e notei que mesmo sendo profissionais com vasta pratica médica, esses seguiam o estabelecido em teoria de forma religiosa, pois, sobretudo, a parte de cuidados com a contaminação é muito importante para garantir a assepsia do processo e não expor o paciente que já se encontra muitas vezes critico a riscos somados. Assim seguidos com o preparo do material; a localização da veia; a proteção do profissional – que inclui uso de avental longo, gorro, máscara, óculos de proteção e luvas estéreis (o uso do óculos, principalmente, é algo que pude perceber como essencial tanto em suturas como em punções, visto que em uma punção arterial o sangue pode espirrar e contaminar os olhos, fazendo que o praticante se exponha a doenças contaminantes); limpeza da

pele com solução antisséptica (clorexidina alcoólica a 2%); a colocação dos campos estéreis; infiltração da pele com anestésico local (lidocaína a 2%); a punção com agulha acoplada a seringa; passagem do fio guia; dilatação do trajeto; inserção do cateter; retirada do fio guia; confirmação da posição do cateter dentro da luz do vaso pela presença de refluxo do sangue para dentro do equipo (testado pela colocação do recipiente do soro abaixo do nível do coração do paciente); fixação do cateter na pele; e curativo. Essa confirmação com equipo supracitada, foi feita com seringa de 20mL e água destilada com injeção desta e posterior aspiração, assim pude garantir a presença do cateter em leito vascular.

Não consegui realizar o procedimento sozinho, a parte mais difícil e mais importante, ao meu entendimento, que se trata de colocar a agulha na veia jugular e retirar a seringa fixando a agulha na veia para posterior passagem do fio guia, não consegui, assim Dr. Alejandro em posteriores tentativas obteve sucesso e assim pude completar os restantes passos.

O que pude aprender nessa oportunidade, foi que assim como os demais procedimento que tive a oportunidade de realizar, devemos antes de praticá-lo dominar a parte teórica e seguir todos os passos. A confiança vem com a realização de seguidas vezes e o procedimento se torna mais fácil. Existem casos que pude acompanhar em que mesmo médicos experientes não conseguiram acessar a veia em questão e assim agendaram o procedimento para que fosse realizado posteriormente com auxílio do ultrassom. Por fim, vejo que se trata de um procedimento com potenciais complicações e que devo treinar e acompanhar outras pessoas realizando para que eu consiga crescer nesse sentido no domínio da técnica.

5.1.1 Sutura por planos com fio absorvível e inabsorvível

Paciente G.L.S, 45 anos, operador de máquina, busca espontaneamente atendimento em UBS próxima ao seu local de trabalho com ferimento corte-contuso em região lateral da perna direita, onde é realizado curativo compressivo e encaminhamento do mesmo a UPA Samek.

Elenquei esse caso, o qual tive a oportunidade de atender na sala de procedimento, em virtude de se tratar de um caso que julgo mais complexo, dentre as dezenas de suturas que realizei nesse estágio, as quais tive uma evolução vertiginosa, onde me lembro das primeiras, as quais mesmo treinando em modelos anatômicos,

quando fui realizar suturas que hoje julgo triviais e que nem mesmo me despertam tanto interesse em praticá-las, tive enorme dificuldade e algumas vezes tive que interromper e deixar para que o plantonista executasse em virtude de simplesmente não conseguir realizar a sutura. Contudo, a evolução é constante, e consigo notar também que mesmo em plantonistas experientes, varia o grau de habilidade dos mesmos, os quais alguns casos são encaminhados para o hospital municipal que poderiam ser resolvidos de forma satisfatória em ambiente de UPA. Assim, percebo que o interesse em aprender juntamente com a prática ao longo do tempo conduz a excelência.

Nesse caso em particular, gostei de realizar o procedimento, o qual ao abrir o curativo feito na UBS achei que o médico plantonista Dr. Sabbi, não deixaria o interno realizar por se tratar de um caso em que houve corte profundo com lesões musculares, fáscias e vasos venosos.

Dessa maneira, o médico me orientou e deixou que eu conduzisse todo o procedimento, o qual iniciei com anestesia em lidocaína 2% utilizando uma enorme quantidade, que normalmente não usaria em uma sutura, primeiro pela queixa de dor que o paciente possuía e também para causar um efeito compressivo na região afim de que o sangramento pudesse ser cessado para visualizações das lesões e tomada de condutas, essa anestesia anterior a antissepsia foi essencial para o citado anterior assim como para permitir uma correta antissepsia com clorexidina, visto que não seria efetiva caso fosse realizada nas condições iniciais.

Após um período de limpeza intervalado com momentos de compressão para diminuir o sangramento, pude iniciar a sutura com fio catgut cromado 4,0 fazendo a sutura de uma veia superficial do corte (corte em região lateral da perna direita, por lamina de corte industrial) a qual pude visualizar e pinçá-la com Kelley deixando a extremidade amostra para realização do ponto com amarradura. Na sequência, já com o sangramento diminuído, dei sequência com o procedimento. Nesse intercurso, pensei em solicitar um acesso venoso para realização de um volume de cristalóide na intenção de compensar a perda de sangue do paciente, contudo, o mesmo se encontrava sem sinais de hipovolemia, estando também corado e sem sinais neurológicos alterados. Com isso prossegui na sutura por planos aproximando fascículos do músculo fibular longo e do extensor longo dos dedos, posteriormente, aproximei o subcutâneo com alguns poucos pontos e finalizei na sutura da pele, tudo em ponto simples por se tratar de uma região sem articulações.

Anteriormente a esse processo de sutura, fiz um exame físico minucioso afim de identificar possíveis lesões tendíneas e nervosas através da verificação dos vários movimentos da articulação tíbio-társica e dos podactilos, além da exploração milimétrica da lesão com auxílio da pinça dente de rato para visualizar lesões de nervos e tendões, os quais em caso de identificação o paciente teria indicação de um tratamento com tenorrafia e outras condutas cirúrgicas a depender do caso com o devido encaminhamento ao hospital nas devidas especialidades cirúrgicas.

Por fim, foi realizado um curativo compressivo, prescrita antibioticoterapia profilática, encaminhamento para o setor de epidemiologia para verificação das vacinas (antitetânica), prescrição de analgesia e orientação do paciente.

Alguns casos em que pude acompanhar sempre gosto de questionar o plantonista em relação aos cuidados gerais de pacientes com cortes e medidas de profilaxia e analgesia, visto que em algumas oportunidades pude presenciar o tratamento já iniciado com antibioticoterapia EV em sala de procedimento com cefalotina 1g e outros casos diferentes escolhas da antibioticoterapia, dessa maneira, além da consulta com os profissionais fui ler as recomendações de maior evidencia e percebi que o caso deve ser avaliado unicamente, podendo assim necessitar um antibiótico com maior cobertura do que a cefalexina como o sulfamexazol+trimetropina ou mesmo a mudança do esquema da cefalexina com adição de alguns dias no tratamento usual de 7 dias, fazendo assim uma profilaxia mais efetiva a depender do caso, devendo ser analisado vários aspectos.

5.1.2 Sutura em região articular

Paciente O.P.D 25 anos, trabalhador da construção civil

Corte em região patelar

Paciente busca atendimento em UPA com camiseta amarrada em região patelar direita contendo trauma corte-cortuso com queda da própria altura em solo de aproximadamente 7 cm sendo o mesmo superficial contendo conteúdo arenoso no local da lesão e ao redor, nega alergia a medicamentos, nega demais patologias.

Esse caso resolvi elegê-lo em virtude de se diferenciar do tipo de ponto realizado na sutura, pois a grande imensidão das suturas que realizei nesse estágio foram em ponto simples, o ponto simples pode ser realizado em quase a totalidade de casos presentes em ambiente de pronto atendimento, contudo, alguns casos

merecem atenção especial e um tratamento individualizado por questões de localização, assim regiões articulares como esta que vou detalhar aqui podem ser beneficiadas com sutura em ponto do tipo Donati, onde a pele tem maior fixação e há um menor risco de deiscência. Já regiões como face pode ser eleito o ponto do tipo intradérmico o qual tem um sucesso cosmético melhor, impactando positivamente na saúde biopsicossocial do paciente.

O trecho abaixo extraído do manual de aula pratica da USP, evidencia os detalhes em relação as distancias que devemos respeitar para que o ponto Donati cumpra sua teoria, ouvi de um plantonista que me acompanhou e me ensinou o ponto aqui discutido com o macete “longe, longe, perto, perto” assim, efetuando na pratica com uma lida na teoria acredito que se feche o ciclo do aprendizado onde mesmo com as dicas práticas, os detalhes contidos na literatura, fazem que ao praticar a sutura tenhamos o cuidado para realizar o procedimento da melhor maneira, as complicações são inerentes a todos procedimentos, contudo, uma técnica bem embasada, seguindo a teoria documentada de uma melhor evidencia atualizada, com todos os registros em prontuário, minimiza a chance de complicações e muito além da medicina defensiva, o médico que executa seu oficio dessa maneira, tem a consciência tranquila de que fez o melhor ao paciente.

“Este ponto tem como maior virtude o fato de aproximar o subcutâneo na primeira laçada e, na segunda passada, com a agulha invertida, afrontar exatamente a epiderme, não deixando haver a indesejável invaginação da pele. Para que a sutura fique perfeita a agulha na segunda passada deve interessar a epiderme no seu ponto mais próximo da borda, ou seja, cerca de 1 mm apenas para dentro da incisão. Este é o segredo do ponto. Caso você passe com a agulha mais para dentro, cerca de 2 ou 3 mm, o ponto não fica tão bom. Mas é um ponto que rende. Cerca de 6 ou 7 pontos aproximam corretamente uma extensão grande de uma incisão. Entretanto estes pontos são mais isquemiantes e tatuam mais a pele, pois mantém muito fio em contato com a pele. Como o simples, não deve ser apertado demais”.

Com isso, pude realizar a sutura, prescrever e orientar o paciente para os cuidados em relação a deiscência, nesse caso o atestado médico também, fonte de grande polêmica, cujo conteúdo eu poderia aqui me alongar e adentrar no campo da deontologia passando pela medicina e direito trabalhista, nesse caso tem uma importância muito grande, assim como em outros vários casos, a conversa com o paciente e o entendimento de toda sua problemática, assim como o contexto geral

que este está inserido é essencial para que o médico possa atestar seu afastamento das atividades laborais para sua recuperação e a manutenção de seu tratamento e sua saúde.

5.1.3 Sondagem vesical de demora

M.A.P, 53 anos, do lar, procedente e moradora em Foz do Iguaçu

Q.P – dor no pé da barriga

Paciente busca atendimento com queixa álgica em região hipogástrica com irradiação para dorso, com sintomas de disúria, tenesmo vesical associado à febre e queda do estado geral.

Possui DM e HAS em tratamento regular com uso de metformina 850 duas vezes ao dia, losartana 50mg, nega demais comorbidades, nega alergia a medicamentos.

Ao exame possui febre de 38,2 eupneica em ar ambiente, anictérica, acianótica, desidratada +/4+, com murmúrio vesicular presente, sem presença de ruídos adventícios, bulhas normofonéticas em dois tempos, não ausculto sopros, pulsos preenchidos e simétricos, eucárdica, ruídos hidroaéreos abdominais presentes, com dor a palpação superficial e profunda em região hipogástrica, sem sinais de peritonite, Blumberg negativo, Murphy negativo, Giordano positivo, membros bem perfundidos sem edemas palpáveis. Hipótese diagnóstica de pielonefrite com prescrição de analgesia e ceftriaxona no esquema 1g duas vezes ao dia, paciente necessita de além de todas as medicações e profilaxias em seu internamento, passagem de sonda vesical de demora para quantificar diurese, assim como para uroculturas e exames seriados de análise de urina tipo 1 e sedimentoscopia.

Com isso, me prontifiquei a realizar a passagem da sonda vesical de demora seguindo a teoria estudada previamente iniciando com a explicação do procedimento e de sua importância à paciente, coloquei a mesma em posição decúbito dorsal com as pernas levemente fletidas e iniciei a antissepsia local portando nesse momento luvas de procedimento conforme a teoria por mim estudada. Assim, dei sequência a realização do procedimento com auxílio do técnico de enfermagem Adriano presente na UPA Morumbi, o mesmo me auxiliou em todo o procedimento, onde realizei a antissepsia com clorexidina sabão em região púbica abrangendo uma boa margem de espaço passando pelo períneo e toda lateral dos grandes lábios

vaginais, posteriormente, coloquei campo estéril e luva estéril e dei sequência a antisepsia com auxílio da mão esquerda fiz abertura dos grandes lábios e pegando gaze estéril, embebida em solução de clorexidina , com a pinça Sheron fiz a higienização no sentido púbis-períneo passando pelos grandes lábio, pequenos lábios e vestíbulo vaginal. Iniciei a introdução da sonda previamente testada seu balonete intacto, anterior a sua introdução realizei a lubrificação da mesma com xilocaína pomada para sua melhor introdução e diminuição do atrito, após a completa introdução da mesma fiz o inflamento do balonete com água destilada e para finalizar faço uma leve tração afim de acomodar o balonete e a sonda foley tamanho 16 ser fixada. Alguns pontos importantes que discuti om o técnico e que tive a oportunidade de ler anteriormente foi em relação a essa finalização com a fixação onde devemos fazer de maneira a não deixar solto a sonda e não adentrar novamente para impedir contaminações. Outro ponto por nos discutidos se deve a quantidade de anestésico o qual segundo consta na literatura e ratificado pelo técnico o lubrificante no caso da mulher não precisa ser injetado como no homem que pode ser feito com seringa de 20ml, visto que na mulher o canal é mais curto e a simples lubrificação já faz com que haja conforto em sua introdução, pois o anestésico tanto no caso do homem quanto da mulher não tem função de anestesiar e sim de lubrificar já que o efeito tópico dessa pomada seria encontrado depois de aproximadamente 15 minutos. Outra questão por mim levantada, foi inflar o balonete com água destilada afim de que o mesmo não possa sofrer o risco de cristalização de sais presentes no soro fisiológico a 0,9%, o técnico ali presente reconheceu o risco, disse já ter se deparado com casos como este.

Por fim, fixei ao equipo e o mantive em posição abaixo da paciente para as demais condutas sequencias.

5.1.4 Sondagem Naso-enteral

Paciente J.P.P, 65 anos, aposentada, moradora e procedente de Itaipulândia

Paciente internada em UCP clínica do hospital municipal com quadro de trauma crânio encefálico em região de base cranial sem conduta cirúrgica, em tratamento de suporte com melhoras progressivas tem indicação de iniciar dieta naso-enteral por ainda permanecer em lenta evolução clínica, necessitando de suporte nutricional. Fui auxiliado pela enfermeira Tânia que me mostrou os materiais, os tipos

de sondas e me descreveu a técnica, a qual iniciei com a colocação de luvas de procedimento e organização do material a ser utilizado, a sonda naso entérica tem sua extremidade teoricamente indicada para localização em jejuno, assim devemos medir a mesma com o paciente e demarcar com um esparadrapo. Coloquei a paciente em posição Fowler que vem a ser aproximadamente 45 graus e expliquei o procedimento, assim marcamos o tamanho pelo lóbulo da orelha á ponta do nariz até o processo xifoide somando mais uns 30 cm. Posterior a isso, fiz a lubrificação com lidocaína do material e iniciei a introdução da mesma a qual não obteve resistência em sua passagem e fluiu facilmente até marcação para depois fixarmos. Após esse evento supracitados, fiz o teste com estetoscópio para verificar a presença da sonda em região epigástrica, o mesmo sendo positivo, outros testes os quais estão presentes na literatura como o teste de bolhas em copo de agua poderiam ser utilizados também, contudo, pela experiencia da profissional e de acordo com o que foi realizado a mesma disse que ao havia necessidade, pois antes de iniciarmos a utilização da sonda a paciente seria submetida a um raio x confirmatório após alguns minutos que seriam uteis para que a sonda migrasse para o intestino passando pelo duodeno.

Esse caso, foi interessante, pois já havia estudado sua teoria, e me lembrei que uma de suas contra indicações se refere justamente a casos como este de fratura de base de crânio, que apesar de não ser constatado fratura, a paciente era portadora de um TCE de base de crânio, assim a passagem da sonda pode, ao adentrar pela narina passando pela nasofaringe penetrar tecido encefálico causando graves complicações, contudo, o plantonista, Dr. Ivo ao analisar as imagens e juntamente com a discussão com o especialista ambos disseram que a paciente poderia receber a nutrição pela sonda naso enteral sem contra indicação a sua passagem.

5.1.5 Retirada de corpo estanho de orelha interna

Em um atendimento na sala de procedimentos, recebi L.P.J, 10 anos acompanhada de sua mãe. A menina referia que um mosquito teria adentrado ao seu conduto auditivo e que causava incomodo, ao exame otológico com auxilio do otoscópio visualizei a presença de uma pequena aranha na porção medial do conduto auditivo. De acordo com o estudo do artigo retrospectivo Complicações de corpos estranhos em otorrinolaringologia da revista brasileira de otorrinolaringologia de 2008 em sua 74^o edição aprendi que um enorme arsenal de objetos inanimados e animados

são constantemente encontrados ao exame otológico em pacientes com queixa de corpo estranho nessa região.

De acordo com o estudo o corpo estranho mais encontrado foi o feijão e representou 17,18% dos casos, brinquedos, principalmente, aqueles adquiridos em camelos e importados representam a maior parte dos casos de objetos inanimados depois do feijão e tem relação com o não cumprimento da legislação brasileira onde exige que haja liberação por órgãos fiscalizadores para estar presente no mercado.

Corpos estranhos animados podem penetrar também em região otológica, as baratas foram as mais encontradas, seguidas pela miíase, mosquitos e besouros nesse estudo que analisei. As baratas geralmente penetram o conduto auditivo externo a partir do chão, particularmente em pessoas que têm por hábito (ou por falta de opção) dormir no chão. O quadro clínico é dramático e doloroso, sendo recomendado matar-se previamente o inseto, através da instilação no conduto auditivo externo de substâncias oleosas, álcool ou éter. Corpos estranhos animados são geralmente relacionados a condições higiênicas precárias. A mosca mais frequentemente associada à miíase no Brasil é a *Cochliomya hominivorax*, associada a infestações da orelha e fossas nasais. Nessa criança que tive a oportunidade de atender, por não ter esse conhecimento prévio que obtive ao ler esse artigo, procedi de maneira diferente da recomendada, onde consegui pinçar a aranha e retirá-la da orelha interna da paciente. Posteriormente, avalei novamente o conduto e a membrana timpânica não observando demais alterações significativas, onde procedi com a alta da paciente sem nenhuma prescrição, apenas orientando a mesma a buscar novamente atendimento em caso de notar qualquer alteração que pudesse vir a ocorrer.

5.1.6 Quantitativo de procedimentos realizados em estágio de EU

Tabela 8. Procedimentos no módulo

Procedimento	Quantidade
Acesso venoso central	1
Sondagem nasoenterica	1
Sondagem vesical	1
Suturas	28
Retirada de corpo estranho otológico	1

Fonte: própria

6 DIAGNÓSTICO DE POSSÍVEL SITUAÇÃO PROBLEMA

Como já mencionado no capítulo anterior, a medicina representa mais que um ofício e o profissional que optou em seguir esse caminho tem como obrigação manter-se em constante estudo e atualização afim de no mínimo se manter no mercado. Dessa maneira, Milton Santos, geógrafo brasileiro, talvez um dos maiores cientistas nacionais contemporâneos descreveu o momento em que vivemos como o período tecno-científico-informacional, onde depois do mundo experimentar fixação do homem a terra com as técnicas de plantio no período neolítico que levou o homem a sedentarização passando pela revolução industrial onde máquinas realizavam o serviço de vários homens, os dias atuais vive a revolução da informação onde o conhecimento representa o maior bem. Nesse sentido, o sociólogo polonês Zygmunt Bauman descreve em seu clássico tempo líquidos que esse período em que a sociedade vive é marcado pela liquidez, ou seja, vivemos tempos líquidos os quais as mudanças ocorrem e tudo flui, nada é feito para durar, o que hoje é uma realidade no tratamento de uma patologia amanhã pode ser substituído por uma nova droga ou uma técnica cirúrgica se torna obsoleta e a ciência avança e as coisas mudam. A medicina atual através das startups lança ao mercado aplicativos e metodologias que modificam de forma radical o cenário de atuação do médico, onde já percebemos que títulos de especialidade e currículos lotados de formações em uma realidade nacional que se aproxima de meio milhão de médicos com mais de 350 escolas médicas lançando profissionais todos os anos no mercado não há mais garantia de um mínimo para que o profissional médico possa exercer sua função com dignidade.

Diante do exposto a tecnologia vem sendo empregada cada vez mais no dia a dia do médico nas mais diversas áreas, inovações em diagnóstico laboratorial, imagem, robotização de cirurgias são alguns de vários exemplos que eu poderia aqui me estender. No cenário da que hoje é reconhecida como uma especialidade médica, a urgência e emergência, vem aos poucos sendo cada vez mais valorizada á exemplo do que ocorre nos EUA onde representa uma das especialidades médicas mais bem pagas que atraem muitos profissionais, realidade diferente da encontrada aqui no Brasil onde paradoxalmente uma área definidora de vidas é vista por muitos como um trabalho temporário na carreira, contudo, através do reconhecimento como especialidade e do surgimento de várias residências pelo país com início em fortaleza e em porto alegre o emergencista tem cada vez mais ganhado importância entre as

especialidades e a execução de seu trabalho seja no atendimento pré-hospitalar ou na sala de emergência com as emergências clínicas e o trauma tem ganhado como aliado técnicas diagnósticas de imagem cujo ultrassom representa uma realidade que cada vez mais está presente e acessível ao médico emergencista ou até mesmo a um generalista recém formado dando plantão em uma UPA, pois sua execução é relativamente simples podendo o médico ser treinado rapidamente e dominar sua utilização agregando acurácia ao diagnóstico juntamente com a anamnese e o exame físico, assim como nos casos de trauma, onde a morosidade do primeiro atendimento em uma UPA até a execução de tomografia e a presença do paciente em um centro cirúrgico pode ser abreviada significativamente com uma metodologia que pode estar disponível facilmente com treinamento rápido nas 2 UPAs do município de Foz do Iguaçu.

Em relação as vantagens da implementação desse aparelho no cenário de UPA em Foz do Iguaçu posso citar a ausência de exposição dos pacientes e profissionais à radiação, reprodutibilidade, baixo custo, praticidade de execução, portabilidade, método não invasivo, pode ser usado no auxílio de procedimentos invasivos, como já citado pode contribuir com realização de exames os quais o profissional não iria solicitar o pedido para que o paciente seja deslocado ao hospital municipal e recebe o exame com laudo especializado, pode ser usado durante situações de parada cardiorrespiratória (o que faço aqui uma reflexão visto que em alguns casos de RCP que pude participar, pasmem, foi motivo de dúvida e discussão entre os profissionais o fato de o paciente estar ou não com pulso, ou atividade elétrica do monitor ser proveniente do excesso de drogas vasoativas, ou se de fato o monitor está representando a realidade fisiológica do paciente por apresentar problemas, etc...). Assim de acordo com a teoria abaixo reproduzida do artigo consultado de autoria da sociedade brasileira de clínica medica registro o fato por mim observado:

US pode ser utilizado no diagnóstico diferencial da parada cardiorrespiratória (PCR), especificamente nas modalidades AESP (Atividade Elétrica Sem Pulso) e assistolia. Nestas condições, o retorno à circulação espontânea depende da reversão da causa primária (hipovolemia, hipóxia, hipercalemia, tamponamento cardíaco, tromboembolismo pulmonar). Especificamente na modalidade AESP, o uso do US tem-se constituído em mudança de paradigma, uma vez mais dicotomizando este ritmo em dois subtipos: a verdadeira AESP ou denominada anteriormente como DEM (dissociação eletromecânica) ou seja, a

ausência de contratilidade cardíaca associada à ausência de pulso; e a pseudo-AESP, contratilidade miocárdica presente com ausência de pulso. Esta diferenciação é relevante por ter implicação prognóstica. A implementação desta nova modalidade durante a PCR está no desenvolvimento de protocolos bem desenhados, treinamento adequado e, principalmente, sem interrupção de compressões torácicas. Talvez a inserção de novas tecnologias altere ou melhore a sobrevida extra-hospitalar e hospitalar que, há três décadas, se mantém inalterada. Neste novo e palpitante cenário, Blaivas avaliaram 169 pacientes em PCR não arritmica (AESP assistolia) com a utilização do US durante os esforços de reanimação e demonstraram um valor prognóstico de 100% de mortalidade dos pacientes que apresentavam ausência de movimentação cardíaca (Cardiac Stand Still); outros autores corroboraram com estes achados e sugerem que a ausência de movimentação cardíaca ao US, na PCR não arritmica, seja suficiente talvez para cessar os esforços de reanimação cardiopulmonar (RCP). Com a identificação ágil e mais acurada de uma condição clínica, que se beneficie de uma intervenção particular, talvez se aumente significativamente a probabilidade de recuperação da circulação espontânea. Até o momento dispõem-se apenas de relatos de caso e algumas séries de caso com a utilização do US em PCR. Todavia é um campo inexplorado e com expectativas de serem implementadas em futuras diretrizes.

O uso do ultrassom em passagem de acesso venoso central tem grande importância como redutor de intercorrências, mesmo acompanhando cirurgias experientes no HMPGL já presenciei alguns procedimentos de acesso central com várias punções e intercorrências como pneumotórax sem que houvesse sucesso no procedimento, havendo assim a necessidade de reprogramar para outro momento com auxílio do ultrassom, isso pode ocorrer muitas vezes por variações anatômicas. Pacientes com coagulopatia, obesos mórbidos podem ter o procedimento facilitado com o médico executor devidamente treinado com essa metodologia.

O treinamento é simples, tive a oportunidade de realizar e mesmo com o breve conhecimento que tenho uma tarde de treinamento já me deixou mais seguro para avaliar presença de líquido em cavidade abdominal, presença de líquido em cavidade pleural, punções venosas por padrões presentes nesses achados que mesmo o médico não dominando o profundo conhecimento teórico anatômico e da fisiopatologia que envolve as diversas patologias que cursam com tais achados, esses

padrões de imagens em bandas e linhas típicas, assim como, visualização de líquidos já o permite fazer diagnósticos precisos.

Outros procedimentos que podem ser auxiliados incluem paracenteses, toracocenteses, drenagem de tórax, além de seu uso em exames clínicos em pacientes internados na UPA o ultrassom point of care já tem respaldo nível A na literatura através de vários protocolos para seu uso como BLUE (dispneia), RUSH (avaliação do choque), TRUE (após intubação), FAST, EFAST (trauma), E CASA (durante a parada cardiorrespiratória) o uso do ultrassom no sala vermelha em casos de trauma que a todo momento chegam a sala de emergência pode detectar lesões e líquidos através do protocolo FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) que tem como finalidade detectar presença de líquidos livre em pacientes traumatizados, esse protocolo posteriormente se ganhou mais uma letra e se tornou o eFAST (Extended Focused Assessment with Sonography for Trauma) sendo introduzido no ATLS o que possibilitou a ampliação da avaliação do paciente que antes ficava restrita a cavidade abdominal e a janela cardíaca ganhou a observação também da cavidade torácica, proporcionando detecção de pneumotórax, hemotórax e ruptura diafragmática. Eventos esses os quais de acordo com a regulação médica, muitos tem como destino a sala vermelha da UPA que de acordo com todo o atendimento e a possível transferência do paciente para o hospital poderia ser melhor triado, ou mesmo dependendo do caso auxiliar no tratamento ali mesmo na UPA.

Essa metodologia de exame tem uso também no atendimento pré-hospitalar através de equipamentos portáteis que podem até mesmo utilizar a tela do celular como monitor, essa proposta de intervenção que a princípio discuti com Dr. Nicolas, médico plantonista da UPA poderia também se estender ao atendimento móvel do SAMU e SIATE proporcionando um atendimento mais eficiente que pode resultar literalmente em salvar vidas.

Nessa proposta além das limitações próprias do uso do ultrassom como ser um método operador-dependente, ser limitado a identificar lesões específicas, não identifica lesões retroperitonias, poderia aqui citar várias evidencias de alto padrão com os inúmeros benefícios que o aparelho pode representar no cenário de UPA altamente embasadas em grandes estudos que demonstram maior acurácia diagnóstica, redução de erros em abordagens de pacientes politraumatizados, melhor e mais rápida tomada de decisão em casos críticos.

Ao meu entendimento, citar o custo de implementação e treinamento da equipe com essa metodologia em 2 UPA's em um município do porte de Foz do Iguaçu, não representa uma problemática, o treinamento é rápido e pode ser realizado por próprios médicos que trabalham no serviço. O maior problema reside no descaso que a gestão pública tem com a saúde o que pode não representar um atrativo por motivos que não cabe aqui a discussão.

REFERÊNCIAS

BARRETO, R. F. *et al.* Avaliação de dor e do perfil epidemiológico, de pacientes atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. **Revista Dor**, [S.L.], v. 13, n. 3, p. 213-219, set. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/Xbxjs3QKPyqrC7GjdyzmWtn/?lang=pt>. Acesso em: 25 nov. 2021.

BRASIL, Ministério de saúde. Hospital Santa Casa BH. **Protocolo sobre profilaxia de tromboembolismo venoso**. Bahía, 2018. Disponível em: <http://www.santacasabh.org.br/app/webroot/files/uploads/Protocolo%20sobre%20profilaxia%20de%20tromboembolismo%20venoso.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2021.

BRASIL, Ministério de saúde. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – UFSC. **Protocolo de atendimento de hemorragia digestiva alta**. Florianópolis, 2017.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. . **Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos**. 2. ed. Brasília: Funasa, 2001. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Manual-de-Diagnostico-e-Tratamento-de-Acidentes-por-Animais-Pe--onhentos.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**: relatório de recomendação: protocolos clínicos e diretrizes terapêutica. **Conitec**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 1-87, jun. 2021. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2021/20210623_Relatorio_PCDT_Doenca_Pulmonar_Obstrutiva_Cronica.pdf. Acesso em: 25 out. 2021.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**: exacerbação. **Associação Médica Brasileira**, [s. l], p. 1-32, 20 dez. 2012. Disponível em: https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/doenca_pulmonar_obstrutiva_cronica_exacerbacao.pdf. Acesso em: 25 out. 2021.

CARVALHO, R. L. R. *et al.* Incidence and risk factors for surgical site infection in general surgeries. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 25, p. 1-8, 4 dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/N9R5ZvPR7wzwwgbjBwbqFvJ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 nov. 2021.

CAVERO-REDONDO, I. *et al.* Risk of extrapyramidal side effects comparing continuous vs. bolus intravenous metoclopramide administration: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **Journal Of Clinical Nursing**, [S.L.],

v. 24, n. 23-24, p. 3638-3646, 15 set. 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.12984>. Acesso em: 28 nov. 2021.

CAVICHINI, Q. N. CORPO ESTRANHO NO INTESTINO GROSSO. **Rev. Bras. Coloproct**, [S.L.], v. 14, n. 4, p. 254-258, nov. 1997. Disponível em: https://sbc.org.br/pdfs/17_4/08.pdf. Acesso em: 1 dez. 2021.

CORRÊA, R. A. *et al.* Recomendações para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade 2018. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [S.L.], v. 44, n. 5, p. 405-423, out. 2018. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/labsim/wp-content/uploads/sites/23/2019/01/Recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-o-manejo-da-pneumonia-adquirida-na-comunidade-2018-SBPT.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2021. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/setores/emergencia-clinica/wp-content/uploads/sites/36/2017/02/HDA.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2021.

FERNANDES, F. L. A.; *et al.* Recommendations for the pharmacological treatment of COPD: questions and answers. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [S.L.], v. 43, n. 4, p. 290-301, ago. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/CZ8X59VpDtMjKCb8tHHgxNf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2021.

FIGUEIRED, R. R. *et al.* Complicações de corpos estranhos em otorrinolaringologia: um estudo retrospectivo. **Rev Bras. Otorrinolaringol**, [S.L.], v. 74, n. 1, p. 7-15, fev. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rboto/a/GNMjMBJ98fTdStvbVCTDHrw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2021.

FLATO, U. A. P. *et al.* Ultra-Sonografia em Medicina de Urgência: ferramenta útil para o clínico na Emergência. **Rev Bras Clin Med**, v. 6, n. 1, p. 177-183, fev. 2008. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2008/v6n5/a177-183.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2021.

FORTES, B. G. B. **Quais as principais lesões oculares por exposição à solda elétrica e como deve ser o manejo inicial na APS?**. Rio Grande do Sul, 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/quais-as-principais-lesoes-oculares-por-exposicao-solda-eletrica-e-como-deve-ser-o-manejo-inicial-na-aps/>. Acesso em: 7 dez. 2021.

JACOBS, D. S. *et al.* Photokeratitis. **Uptodate**. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/photokeratitis>. Acesso em: 25 nov. 2021.

LAGOEIRO, B. Principais orientações na prescrição de anticoagulantes. In: **Principais orientações na prescrição de anticoagulantes**. [S. L.], 2016. Disponível

em: <https://pubmed.com.br/principais-orientacoes-na-prescricao-de-anticoagulantes/>. Acesso em: 29 nov. 2021.

MACHINSKI, J. **Doença ulcerosa péptica (DUP) e classificações**. [S. L.], 2020. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/dup-e-classificacoes-colunistas>. Acesso em: 1 dez. 2021.

MANTOVANI, C. *et al.* Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 32, n. 2, p. 96-103, out. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/5sFSTKMhdRN6Vp7WkcbYBJg/?lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2021.

MANTOVANI, C. *et al.* Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, S.L, v. 32, n. 2, p. 96-103, out. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/5sFSTKMhdRN6Vp7WkcbYBJg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2021.

MARCOLAN, J. F. **Técnica terapêutica da contenção física**. São Paulo: Roca, 2013. 228 p. ISBN 9788541202701.

MARTINS, A. A. L. *et al.* Hemorragia digestiva alta diagnóstico e tratamento: uma revisão de literatura. **Pará Research Medical Journal**, [S.L.], v. 3, n. 2, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://prmjournal.org/article/10.4322/prmj.2019.007/pdf/prmjjournal-3-2-e07.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

MEIRELLES, O. **Hemorragia digestiva alta**. Campinas, 2014. 35 slides, color. Disponível em: https://cbcsp.org.br/wp-content/uploads/2016/aulas_curso/hemorragia_digestiva_alta_27_09.pdf. Acesso em: 1 nov. 2021.

MENENDEZ, R. *et al.* Risk factors of treatment failure in community acquired pneumonia: implications for disease outcome. **Thorax**, [S.L.], v. 59, n. 11, p. 960-965, 1 nov. 2004. Disponível em: <https://thorax.bmj.com/content/thoraxjnl/59/11/960.full.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2021.

PINHO, F. M. O; PEREIRA, I. D. OFIDISMO. **Rev. Ass. Med Brasil**, Goiás, v. 47, n. 1, p. 24 - 29, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/PsGWFbY5RwdZdQSMJmHxpSN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 dez. 2021.

PUYANA, J.C *et al.* USET - Ultrassom em Emergência e Trauma. **Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado**, Bogotá, p. 1-192, 24 ago. 2020. Disponível em: <https://www.sbeit.org.br/br/cursos/uset-ultrassom-em-emergencia-e-trauma>. Acesso em: 30 nov. 2021.

QUEVEDO, J.; SCHMITT, R.; KAPCZINSKI, F. Emergências Psiquiátricas. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 440p.

SAMPAIO, L. A. F. *et al.* O uso do ultrassom Point of Care na sala de emergência. **Jornal do médico**, BRASIL, 24 ago. 2020. Disponível em: <https://jornaldomedico.com.br/2020/09/artigo-o-uso-do-ultrassom-point-of-care-na-sala-de-emergencia/>. Acesso em: 30 nov. 2021.

SANTOS JUNIOR, J. C. M. Instrumentação anal erótica: um problema médico-cirúrgico. **Titular da Sociedade Brasileira de Coloproctologia**, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 96-100, jul. 2007. Disponível em: https://sbcp.org.br/revista/nbr271/p96_100.htm. Acesso em: 01 dez. 2021.

SANTOS, W. B. *et al.* Microbiota infectante de feridas cirúrgicas: análise da produção científica nacional e internacional. **Revista Sobecc**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 46-51, 8 jun. 2016. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1414-4425/2016/v21n1/a5576.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2021.

SCHWAN, B. L. *et al.* Acesso Venoso Central. **BVSALUD.org**, BRASIL, p. 1-4, 24 ago. 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/02/879395/acesso-venoso-central.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2021.