



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

**CURSO DE MEDICINA**

**ADRIANA ZÁRATE MILTOS**

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

Foz do Iguaçu  
2022

ADRIANA ZÁRATE MILTOS

**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<sup>a</sup>. Me. Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu  
2022

ADRIANA ZÁRATE MILTOS

**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<sup>ª</sup>. Me. Flávia Julyana Pina Trench

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench  
UNILA

---

Prof<sup>ª</sup>. Me. Rosana Álvarez Callejas  
UNILA

---

Prof. Dr. Seidel Guerra Lopez  
UNILA

Foz do Iguaçu, \_\_ de julho de 2022

## TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

**Nome completo da autora:** Adriana Zárata Miltos

**Curso:** Medicina

**Documento de identificação** (RG, CPF, Passaporte, etc.): 077.060.351-31

**E-mail:** [adrimiltos@hotmail.com](mailto:adrimiltos@hotmail.com) **Fone:** 45 999172056

### 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

A Deus pela vida e a oportunidade de concretizar um  
dos meus maiores objetivos.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar meu agradecimento a Deus pela vida, pela oportunidade de existir, de encontrar a minha vocação e seguir o curso de medicina, minha única opção desde criança. Obrigada ao universo por conspirar a favor dos meus sonhos, obrigada Pai Celestial por mudar minha vida e pela oportunidade de viver uma experiência humana maravilhosa, muito além do que imaginava.

Obrigada aos meus pais, a Senhora Marlene Miltos e o Senhor Adelio Zárate, sem eles nada seria possível, obrigada pelo apoio incondicional, pela parceria, por ser parte do meu dia a dia e me ensinar que tudo aquilo que me faça feliz, merece o esforço. Meu eterno agradecimento aos meus irmãos Daniel Zárate e Sofia Zárate, são as pessoas mais importantes na minha vida e minha caminhada não teria sentido nenhum sem eles.

Obrigadas aos professores, ao seletivo e exclusivo grupo de Doutores pela vocação de ensinar e oferecer o melhor deles, por ensinar em base a ciência, a experiência, aos princípios e comportamentos de cada um, que juntando dava como resultado uma aula, um seminário, uma palestra incrível. Obrigada por deixar florescer o amor pela educação, pela sociedade, pela medicina.

Obrigada aos meus colegas, em especial a Rebeca Franco, quem foi minha dupla durante o internato, os dois anos mais intensos do curso de medicina, obrigada pela cumplicidade, pela paciência, obrigada por me ensinar que a vida sem amor, sem empatia, nada serve. Obrigada por segurar minha mão nos momentos mais difíceis.

E finalmente, obrigada aos pacientes que me deram a oportunidade de aprender com eles, obrigada a eles que foram meus professores também, com quem fui polindo meu caráter, meu comportamento e minha abordagem com o objetivo de brindar conforme aos pacientes e se sentirem a vontade de conversar comigo e assim fazer a famosa anamnese.

ZARATE, A.M. **Relatório do internato no módulo de urgência e emergência SUS.** 78 pág. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) Universidade Federal da Integração Latino Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

## RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo relatar as experiências durante o internato no módulo de urgência e emergência sus 2021 do segundo semestre. O mesmo teve espaço nos diferentes cenários da cidade de Foz do Iguaçu, como a Unidade de Pronto Atendimento 24h João Samek, Unidade de Pronto Atendimento 24h Morumbi e o Pronto Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Foram vários meses de estágio, onde passamos pelos diferentes setores, como a sala amarela e vermelha da UPA, o PS do hospital, sendo possível abordar os pacientes, tratar com eles e realizar procedimentos sob o controle dos médicos, tais procedimentos eram; suturas de feridas abertas, retirada de objetos estranhos, na conjuntiva como no canal auditivo, troca de curativos, limpeza de feridas e procedimentos mais invasivos como acesso venoso periférico, acesso venoso central e intubação. O trabalho representa a importância do modulo na carreira de medicina e como ele foi um patamar para passar da teoria à pratica e assim vencer os diferentes desafios que isso traz para a vida real, desenvolver a nossa postura, o nosso comportamento em situações complicadas e encontrar o modo de solucionar todas as problemáticas de saúde dos pacientes. Os cenários das UPAs e do hospital exigem maior preparação e habilidade por parte dos profissionais da área da saúde, os atendimentos devem ser mais objetivos e bem direcionados, com o intuito de não perder tempo vital do paciente, é por isso que ele vai formando a nossa postura ante situações sob pressão e maior complexidade de caso clinico de cada paciente.

**Palavras chaves:** internato. Urgência. Emergência. Medicina.

ZARATE, A.M. **Report of the internship in the urgency and emergency module SUS.** 78 pág. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) Universidade Federal da Integração Latino Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

## ABSTRACT

This paper aims to report the experiences during the internship in the module of urgency and emergency sus 2021 of the second semester. It took place in different scenarios in the city of Foz do Iguaçu, such as the 24-hour Emergency Care Unit João Samek, 24-hour Emergency Care Unit Morumbi and the Emergency Room of the Padre Germano Lauck Municipal Hospital. There were several months of internship, where we went through different sectors, such as the yellow and red room of the UPA, the hospital's ER, being able to approach the patients, deal with them and perform procedures under the control of the doctors, such procedures were; open wound sutures, removal of foreign objects, in the conjunctiva as in the ear canal, change of dressings, wound cleaning and more invasive procedures such as peripheral venous access, central venous access and intubation. The work represents the importance of the module in the medical career and how it was a stepping stone to go from theory to practice and thus overcome the different challenges that this brings to real life, develop our posture, our behavior in complicated situations and find the way to solve all the patients' health problems. The scenarios of the UPAs and the hospital require greater preparation and ability on the part of health professionals, the care must be more objective and well directed, in order not to lose vital time of the patient, that is why it will form our posture before situations under pressure and greater complexity of each patient's clinical case.

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

ZARATE, A.M. **Relatório do internato no módulo de urgência e emergência SUS.** 78 pág. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) Universidade Federal da Integração Latino Americana, Foz do Iguazu, 2022.

## RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo relatar las experiencias durante la pasantía en el módulo de urgencias y emergencias sus 2021 del segundo semestre. El mismo tuvo espacio en diferentes escenarios en la ciudad de Foz de Iguazú, como la Unidad de Atención de Emergencia 24h João Samek, la Unidad de Atención de Emergencia 24h Morumbi y la Sala de Emergencia del Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Fueron varios meses de internado, donde recorrimos diferentes sectores, como la sala amarilla y roja de la UPA, la sala de urgencias del hospital, pudiendo acercarse a los pacientes, tratar con ellos y realizar procedimientos bajo el control de los médicos, dichos procedimientos fueron; sutura de heridas abiertas, extracción de cuerpos extraños, tanto en la conjuntiva como en el canal auditivo, cambio de apósitos, limpieza de heridas y procedimientos más invasivos como acceso venoso periférico, acceso venoso central e intubación. La obra representa la importancia del módulo en la carrera de medicina y como fue una etapa para pasar de la teoría a la práctica y así superar los diferentes retos que esto trae a la vida real, desarrollar nuestra postura, nuestro comportamiento en situaciones complicadas y encontrar el camino para solucionar todos los problemas de salud de los pacientes. Los escenarios de las UPA y del hospital requieren mayor preparación y destreza por parte de los profesionales de la salud, la atención debe ser más objetiva y bien dirigida, con el objetivo de no perder el tiempo vital del paciente, por eso formará nuestra postura en el ante situaciones de presión y mayor complejidad del caso clínico de cada paciente.

**Palabras clave:** Internado. Urgencia. Emergencia. Medicina.

“Que seja feita a vontade de Deus”.

Atos 21:14

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|       |  |
|-------|--|
| ABD   | Abdômen                                |
| AIT   | Acidente isquêmico transitório         |
| AVC   | Acesso venoso central                  |
| AVCi  | Acidente vascular cerebral isquêmico   |
| BEG   | Bom Estado Geral                       |
| BNF   | Bulhas Normofonéticas                  |
| BNM   | Bloqueio Neuromuscular                 |
| BPM   | Batimentos por Minuto                  |
| CP    | Comprimido                             |
| DM    | Diabetes <i>Mellitus</i>               |
| DVA   | Droga Vaso Ativa                       |
| ECG   | Escala de Coma de Glasgow              |
| ECG   | Eletrocardiograma                      |
| FC    | Frequência Cardíaca                    |
| HAS   | Hipertensão Arterial Sistêmica         |
| HAD   | História da Doença Atual               |
| HC    | Hospital Cataratas                     |
| HCTZ  | Hidroclorotiazida                      |
| HF    | História Familiar                      |
| HMCC  | Hospital Ministro Costa Cavalcante     |
| HMPGL | Hospital Municipal Padre Germano Lauck |
| HPP   | História Patológica Progressiva        |
| HS    | História Social                        |
| IAM   | Infarto Agudo do Miocárdio             |
| ICC   | Insuficiência Cardíaca Congestiva      |
| IMC   | Índice de Massa Corporal               |
| IOT   | Intubação Orotraqueal                  |
| IRPM  | Incursões Respiratórias por Minuto     |
| ITU   | Infecção de Trato Urinário             |
| LOTE  | Lúcido, Orientado no Tempo e no Espaço |
| MMII  | Membros Inferiores                     |

|      |  |
|------|--|
| MMSS | Membros Superiores                       |
| MV   | Murmúrio Vesicular                       |
| PAS  | Pressão Arterial Sistólica               |
| PAD  | Pressão Arterial Diastólica              |
| PCR  | Parada Cardiorrespiratória               |
| PIC  | Pressão intracraniana                    |
| PNM  | Pneumonia                                |
| PS   | Pronto Socorro                           |
| QP   | Queixa Principal                         |
| REG  | Regular Estado Geral                     |
| RAU  | Rede de Atenção a Urgência               |
| RHA  | Tupidos Hidroaéreos                      |
| RNC  | Rebaixamento de nível de consciência     |
| RUE  | Rede de Urgência e Emergência            |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SNE  | Sonda Nasoenteral                        |
| SVD  | Sonda vesical de Demora                  |
| SUS  | Sistema Único de Saúde                   |
| TC   | Tomografia Computadorizada               |
| UBS  | Unidade Básica de Saúde                  |
| UPA  | Unidade de Pronto Atendimento            |
| VA   | Vias Aéreas                              |
| 2T   | Em dois tempos                           |

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1.</b> UPA 24h Dr. Walter Cavalcante .....                              | 22 |
| <b>Figura 2.</b> UPA 24h João Samek .....   | 22 |
| <b>Figura 3.</b> PS Geral – HMPL .....  | 22 |
| <b>Figura 4.</b> Análise do líquido ascético .....                                | 27 |
| <b>Figura 5.</b> Anatomia da próstata .....                                       | 37 |
| <b>Figura 6.</b> Fluxo intento de suicídio .....                                  | 40 |
| <b>Figura 7.</b> Fluxo comportamento suicida.....                                 | 40 |
| <b>Figura 8.</b> Lesões do MID do paciente.....                                   | 50 |
| <b>Figura 9.</b> fluxograma pacientes com agitação, agressividade e delírios..... | 56 |
| <b>Figura 10.</b> Fluxo uso de drogas .....                                       | 57 |
| <b>Figura 11.</b> PS respiratório – HMPGL .....                                   | 63 |
| <b>Figura 12.</b> Kit AVC.....  | 65 |
| <b>Figura 13.</b> Sonda nasointestinal .....                                      | 66 |
| <b>Figura 14.</b> Anestésico local – lidocaína 1% .....                           | 70 |
| <b>Figura 15.</b> Clorexidina degermante + luvas estéreis + fio sutura 3.0.....   | 70 |
| <b>Figura 16.</b> Anestésico oftalmológico .....                                  | 71 |
| <b>Figura 17.</b> Esquema de organização com itens específicos.....               | 74 |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabela 1.</b> Drogas disponíveis para IOT ..... | 59 |
|--|----|

## SUMÁRIO

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 1      | INTRODUÇÃO .....   | 16 |
| 2      | DESENVOLVIMENTO .....  | 18 |
| 2.1    | REDES DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIA.....   | 18 |
| 2.2    | MANEJO DOS PACIENTES EM TITULARIDADE ESTUDANTIL .....  | 22 |
| 2.2.1  | Caso Clínico – Falta de ar e barriga inchada.....  | 22 |
| 2.2.2  | Caso Clínico – Formigamento no braço .....   | 28 |
| 2.2.3  | Caso Clínico – Dor na barriga.....   | 33 |
| 2.2.4  | Caso clínico – Tomei K-othrine .....   | 38 |
| 2.2.5  | Caso Clínico 5 – Rebaixamento de nível de consciência.....   | 41 |
| 2.2.6  | Caso clínico – dor no ânus.....  | 45 |
| 2.2.7  | Caso clínico – problema na perna .....   | 48 |
| 2.2.8  | Caso clínico – palpitações fortes .....  | 51 |
| 2.2.9  | Caso clínico – surto psicótico.....  | 54 |
| 2.2.10 | Drogas em urgências e emergência .....   | 57 |
| 3      | RELATO VIVENCIAL DO ALUNO E SUA EXPERIÊNCIA PESSOAL NA PANDEMIA COVID-19 .....   | 59 |
| 4      | LISTA DE PROCEDIMENTOS INVASIVOS REALIZADOS PELO ALUNO AO LOGO DO MÓDULO COM RESPECTIVO QUANTITATIVO E DESCRITIVO DA REALIZAÇÃO DOS MESMOS ..... | 63 |
| 4.1    | ACESSO VENOSO CENTRAL .....  | 63 |
| 4.2    | SONDAGEM NASOENTERAL .....   | 65 |
| 4.3    | SONDA VESICAL DE DEMORA.....   | 66 |
| 4.4    | PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA .....   | 67 |
| 4.5    | GASOMETRIA .....   | 68 |
| 4.6    | SUTURAS.....   | 69 |
| 4.7    | EXTRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO NO OLHO .....   | 70 |
| 4.8    | PROBLEMÁTICAS NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIAS .....  | 72 |
| 5      | CONCLUSÃO .....  | 74 |
|        | REFERÊNCIAS .....  | 76 |

## 1 INTRODUÇÃO

Para iniciar este relatório é necessário entender os conceitos de urgência e emergência que segundo o conceito formal do Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM n 1451 (1995) temos que urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata e a emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Este trabalho tem por objetivo relatar as experiências vividas no modulo obrigatório de urgência e emergência do SUS durante o internato de medicina do quinto ano, tendo como maior cenário as Unidades de Pronto Atendimento 24hs e o Pronto Socorro no Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Durante este modulo foi possível realizar vários procedimentos médicos, acompanhar e guiar consultas colocando todo o nosso conhecimento teórico e prático, todo isto com auxílio dos profissionais médicos. Cada caso clinico brindou uma gigantesca experiência no aprendizado para nossa formação como médicos.

O cenário de urgência e emergência tem uma exigência maior em atitudes, habilidades, e competências, o que permite melhorar o nosso desempenho, sendo mais proativos e adquirindo conhecimentos técnicos e práticos, permite desenvolver habilidades relacionadas ao nosso comportamento e à postura no trabalho; como ter equilíbrio emocional para lidar com as pressões e as situações complicadas que enfrentamos dia a dia no PS, a persistir além dos erros e aprender deles, sobre todo à comunicação com os pacientes por meio da empatia que precisam em um estado de vulnerabilidade.

No que refere as Unidades de Pronto Atendimento 24hs como a UPA João Samek e a UPA Dr. Walter Cavalcante, foram os lugares com mais plantões realizados, intercalando entre a sala vermelha com casos de emergências que muitas vezes exigia a realização de uma intubação orotraqueal, a necessidade criteriosa de um acesso venoso central, que são procedimentos mais invasivos e complexos, também a realização de gasometria arterial tanto radial como femoral. Acompanhando os procedimentos da sala vermelha foi possível realizar suturas, limpeza de feridas, retirar corpos estranhos das conjuntivas e do canal auditivo, também tivemos contato

com casos de fraturas ósseas, permitindo diagnosticar traumas leves a moderados. Por outro lado, temos a sala amarela; onde existe uma variedade de casos clínicos, desde os mais simples até os mais complexos, cada um deles ricos em conhecimentos e detalhes que ajudam ao nosso raciocínio como futuros médicos.

Outro cenário de aprendizado foi o Pronto Socorro do HMPGL, pela complexidade do local e a utilização de tecnologia dura, a abordagem dos casos foram mais abrangentes e foi possível dar continuidade aos casos já vistos previamente na UPA. O PS do Hospital Municipal, recebe casos regulados pelo SAMU, provenientes das UPAs. No primeiro momento, os pacientes ficam na sala vermelha de estabilização até ter condições clínicas para ser transferidos na UCP onde seguem os cuidados para melhor tratamento. É importante lembrar que o pronto socorro do HMPGL recebe pessoas adultas e crianças o que acaba sendo um desafio maior.

Espero expor toda minha experiência e aprendizado de qualidade neste relatório tanto as vivências, como os casos clínicos e procedimentos realizados durante o módulo de urgência e emergência como interna de medicina.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 Redes de urgências e emergência

Para entender melhor o funcionamento das UPAs 24hs e a receptividade dos pacientes no PS do HMPGL é necessário explicar sobre a organização da rede de atendimento de urgência e emergência no SUS na cidade de Foz do Iguaçu.

Na cidade de Foz de Iguaçu, a rede de urgência e emergência do SUS é composta pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE), Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Unidades de Pronto Atendimento 24hs (UPAs), Pronto Socorro (PS) do Hospital Municipal Padre Germano Lauck e setores de referência do Hospital Ministro Costa Cavalcante, como o setor de Cardiologia e Centro Obstétrico.

O componente Pré-Hospitalar Móvel: Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), “acolhem os pedidos de ajuda médica de cidadãos acometidos por agravos agudos à sua saúde, de natureza clínica, psiquiátrica, cirúrgica traumática, obstétrica e ginecológica, com acesso telefônico gratuito, pelo número nacional 192, de uso exclusivo das Centrais de Regulação Médica de Urgências do SAMU, de acordo com Decreto da Presidência da República n 5.055, de 27 de abril de 2004” (BRASIL, 2006).

O SIATE – Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência, utiliza uma sua estrutura uma central de operações do corpo de bombeiros, que dá suporte ao sistema na área de comunicações, através do telefone de emergência 193. O SIATE realiza atendimento nos casos de acidente de trânsito (colisão, atropelamentos e capotamentos), ferimentos por arma branca, ferimentos por arma de fogo, agressão, queimaduras, entre outros. No atendimento pré-hospitalar, a ligação é recebida por qualquer telefonista do COBOM e o mesmo repassa ao Médico Coordenador do SIATE, que é responsável pela triagem médica do caso e acompanhamento de tal.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo desses postos é atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços, como emergência e hospitais, mas para a minoria que precisa

de atendimento de maior complexidade, a UBS é a porta de entrada que faz a ponte com os atendimentos de complexidade intermediária como as UPAS.

A Unidade de Pronto Atendimento 24hs (UPA) é considerado um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulando-se com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, a atenção Domiciliar e Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da rede de atenção às urgências.

Assim, segundo a Portaria n 10 de 3 de janeiro de 2017, no Art. 1º Ficam redefinidas as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento - UPA 24h, como componente da Rede de Atenção às Urgências - RAU, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A UPA tem um funcionamento ininterrupto de 24 horas e em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos. O atendimento é feito segundo a classificação de riscos do sistema Manchester (SMCR), com o objetivo de otimizar o atendimento em tempo e qualidade para os pacientes que mais precisem; a classificação está dividida por cores e segundo a necessidade de atendimento, sendo o azul o mais leve, chamado de não urgente, que seriam os pacientes que podem aguardar atendimento em um tempo de 240min. O verde pouco urgente com um tempo de demora de até 120min. O amarelo recebe a classificação de urgente, precisando de um atendimento rápido, mas podem aguardar até 50min. Por outro lado, está a classificação laranja como muito urgente, necessitando de atendimento praticamente imediato, no máximo com uma demora de 10min e finalmente a cor vermelha declarando uma verdadeira emergência, sem tempo de demora.

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

No que refere ao tempo de observação por até 24 horas, é importante descrever que nem sempre funciona assim. Existem pacientes que ficam mais tempo

em observação por diversos motivos como a falta de vaga em outros setores da UPA e a falta de vaga nos setores de maior complexidade o que acaba postergando o tratamento. Por outro lado, existem as pessoas sem condições sociais que não querem abandonar a unidade por encontrar-se confortável lá, recebendo atenção e cuidados básicos, desde uma higiene, um leito e comida para se alimentar.

O Pronto Socorro do HMPGL, também funciona 24 horas e oferece atendimento mais complexo aos casos mais graves, como são as emergências clínicas; AVC isquêmico e hemorrágico, como as emergências cirúrgicas de ortopedia, traumas graves, fraturas expostas, entre outras. Além disso o PS recebe pacientes encaminhados para atendimento com otorrinolaringologista, oftalmologia, vascular, pediatria e coloproctologia.

O HMCC é o setor de referência para pacientes cardiopatas, oncologia, neonatologia e mulheres que precisem de atendimento obstétrico.

Sobre as estruturas físicas das UPAS, podemos reflexionar que a UPA João Samek conta com os ambientes obrigatórios, como uma sala ampla de recepção, a diferença da UPA Dr. Walter Cavalcante que tem uma estrutura menor de recepção e espera. Ambos locais contam com sanitários masculino e feminino coletivo e sanitário para pessoas com deficiência nos diferentes setores das UPAs. Existe uma sala de classificação de risco, onde também é feita a triagem do paciente e encaminhado para o setor de atendimento.

Caso o paciente precise passar por consulta médica, ele aguarda na recepção, logo é chamado ao consultório e se for o caso e o paciente precise tomar alguma medicação, ele pode fazer dentro da sala de aplicação de medicamentos que é a mesma sala de reidratação e de inalação, assim o paciente pode ganhar alta o ser encaminhado à sala amarela para internamento, onde os pacientes encontram-se em leitos, sempre que possível, porque existem casos em que os pacientes devem de aguardar no corredor das UPAS em uma poltrona ou mesmo dentro da sala em poltronas até liberar algum leito e fazer uso.

O atendimento de urgência e emergência na sala vermelha é feito dentro de uma sala com os equipamentos necessários para monitorar os pacientes e em anexo as salas de procedimentos, uma sala de sutura e curativo com os materiais necessários.

É importante lembrar que a UPA atende crianças também, elas passam por consultório pediátrico e conta com um setor para internação pediátrica. Também

existe uma sala para realização de raio x, uma sala para atendimento com um ortopedista que é a mesma sala de redução e fratura, caso não sejam encaminhados ao HMPGL, as salas de farmácias que estão disponíveis 24hs, salas para atendimento odontológico e uma sala de morgue.

As UPAs também possuem assistente social, com a sala respectiva, salas para o setor administrativo com apoio técnico e logístico como centro de abastecimento farmacêutico, sala de distribuição, depósito de material de limpeza, copa de distribuição, almoxarifado, sala de estar para funcionários.

A regulação da RAU segundo a Portaria n 2048 (BRASIL, 2002) define que o médico regulador tem funções gestoras, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar meios de assistência, de acordo com seu julgamento: A competência técnica do médico regulador se sintetiza em sua capacidade de julgar, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes. Toda ligação é gravada e tem que ser preenchido todas as fichas medicas de regulação, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, e o seguimento de protocolos institucionais

O médico regulador tem a potestade de decidir para qual lugar será encaminhado o paciente, inclusive quando “não há vaga”, fazendo uso da vaga zero que é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com riscos de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgência, deste modo deverá fazer contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência, passando o caso clínico e justificando o encaminhamento proveniente da UPA.

O fato de não ter vagas disponíveis é um acontecimento muito comum tanto nas UPAS como no HMPGL, visto que a cidade de Foz do Iguaçu faz parte do tríplice fronteira com o país Paraguai e Argentina, tendo um maior número de paraguaios com documentação brasileira que moram no Paraguai, como paraguaios sem documentação e os brasileiros que moram no Paraguai de igual maneira acabam superlotando o atendimento. É uma situação de difícil controle que teria solução com a ampliação das estruturas físicas das unidades visto que pelo princípio do SUS da universalidade, garante o acesso à saúde a todos os brasileiros sem nenhuma discriminação.

**Figura 1.** UPA 24h Dr. Walter Cavalcante



**Fonte:** Autor

**Figura 2.** UPA 24h João Samek



**Fonte:** Sítio web, acontecemfronteirafoz.

**Figura 3.** PS Geral – HMPL



**Fonte:** Autor

## 2.2 Manejo dos pacientes em titularidade estudantil

### 2.2.1 Caso Clínico – Falta de ar e barriga inchada

#### Anamnese

**ID:** S.R. 77 anos, sexo masculino, casado, mora com a esposa e cuidadora (cunhada), natural de Rio Grande do Sul, precedência Santa Terezinha, religião católica.

**QP:** Falta de ar e barriga inchada.

**HDA:** Paciente admitido no PS (24/08), proveniente da UPA, deu entrada neste serviço após 8 dias de internação na UPA de Santa Terezinha de Itaipu, onde entrou com queixa de dispneia, ortopneia, dispneia paroxística noturna e aumento do volume abdominal. Diagnosticada ascite, realizada paracentese de alívio há 7 dias (15/08), segundo familiar (filha) foi solicitado transferência a este serviço por alterações laboratoriais, em especial hipoalbuminemia (sic). O mesmo relata primeiro episódio de ascite há cerca de 1 ano, e que já realizou cerca de 7 paracenteses de alívio desde então. Paciente nega dor, nega febre, nega tosse, nega coriza, nega cefaléia, nega odinofagia, nega vômitos, nega disúria ou outras queixas urinárias. Refere constipação intestinal crônica, última evacuação há 9 dias (13/08), de consistência dura, nega sangue nas fezes ou coloração mais escura que o habitual; faz uso frequente de supositório e laxante VO, com melhor resposta ao supositório. Diurese presente, de aspecto habitual, em papagaio. Aceitando dieta VO. 5 evacuações nas últimas 24 horas, em moderado volume, pastosas, após uso de supositório de glicerina.

**HPP:** Cardiopata, ICFEr (34%), em uso regular de Carvedilol. Relata que há 9 anos após quadro de náusea e epigastralgia súbitas foi diagnosticado com IAM, realizada Cirurgia de Revascularização 20 dias depois, recebendo alta após 4 dias, em uso de Xarelto por meses. Há 2 anos, em consulta de rotina com o Cardiologista, indicação de urgência para marcapasso. Não retornou ao Cardiologista desde então. Relata uso irregular de AAS.

Nega HAS. Consulta regularmente na UBS, tinha indicação de uso de Losartana, porém só fazia uso quando a mensuração residencial da PA estava elevada.

DM insulínodépendente em tratamento há cerca de 20 anos

Fratura de tibia D, sem indicação cirúrgica, há cerca de 2 anos. 3 meses após, em viagem de carro do RS ao PR, apresentou quadro agudo de dor em MID, sendo internado por 4 dias e diagnosticada Erisipela. Realizou tratamento com ozonioterapia, realizou múltiplos desbridamentos em Foz e Curitiba. Evoluiu com nova lesão de calcâneo, internado no PS do HMPGL para tratamento, mas evadiu contra recomendação médica, evoluindo com piora do quadro ao longo de 15 dias,

retornando ao PS, indicada amputação do MID, realizada em maio de 2020 no HMPGL.

**11/05/2021 ecocardio:** cardiomiopatia dilatada do VE, comprometimento segmentar, disfunção sistólica e repercussão hemodinâmica discreta. Cavidades atriais com importante aumento dos seus volumes. Espessamento valvar mitral e insuf. moderada. **FE 51%**. Refluxo valvar tricúspide discreto. Hipertensão Pulmonar importante. Derrame pericárdico.

**MUC:** Insulina NPH 14UI pela manhã, 14UI à noite; Glibenclamida 1cp por dia; Losartana 25mg 1 cp a cada 12hs; Carvedilol 1 cp por dia.

Nega alergia medicamentosa.

**HS:** Etilismo crônico, de início aos 14 anos, cerveja, com frequência importante, não soube precisar a quantidade. Nega tabagismo.

Trabalhou como caminhoneiro e comerciante (bar), proprietário. Aposentado aos 65 anos de idade.

Reside com a esposa e cuidadora em STI.

**EF:** Refere que mãe era diabética, não lembra se fazia tratamento, faleceu por complicações da DM.

Pai cardiopata, faleceu de IAM.

### **Exame Físico**

**Ectoscopia:** REG, LOTE, desidratado ++/4+, hipocorado ++/4+, icterico ++/4+, acianótico.

**SSVV:** PA 100/60 mmHg; FC 69 bpm; FR 20 irpm; SatO2 90% em AA; Hgt 128 (06:00hs).

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

**Pulmonar:** tórax atípico, MV +, sem RA, sem esforço respiratório, eupneico em AA  
Cardíaco: BCNF em 2T, não ausculto sopros, marcapasso funcionando, tec<3sg.

Abdome: Globoso às custas da ascite; RHA +; Piparote +; indolor a palpação, sem irritação peritoneal; hepatimetria e esplenometria impossibilitadas pelo volume da ascite. Aumento do diâmetro abdominal.

**Urinário:** Diurese espontânea em papagaio. 2300 ml em 24 horas

**Extremidades:** MID amputado; pele fina, sem eritema. MIE pulsos presentes, bem perfundido, edema ++/4+, panturrilhas livres. Lesão ulcerada em face medial do pé E.

Diagnóstico Síndromico: Síndrome da doença hepática crônica agudizada, síndrome icterica e síndrome de insuficiência cardíaca.

**Diagnósticos diferenciais:** Doença de Wilson, Colangite biliar primária, Esquistossomose hepatoesplênica.

**Exames complementares.**

**Exames Laboratoriais:**

**(27/08) Hb:** 9,30 Ht: 28,70 Leuco: 2970 Bast: 0% Plaq: 153.000 ureia: 38 creat: 0,70 Na: 127 K: 4,0 Cl: 95 Albumina: 2,90 Mg: 1,7 PCR: 2,3

**(19/08) Lac** 6,7; amilase < 30; BRs T 0,6 D 0,5, I 0,1. Gama GT 67; Lipase 10; Mg 1,6; PCR 1,7; TGO 24; TGP 9.

**(16/08) Ca** 1,04. LDH 142;

**(15/08) HBsAg** NR; Sífilis TR NR; Anti-HCV NR.

**Exames de Imagem.**

**Ecocardio Transtorácico (20/08):**

Átrios com importante aumento dos seus volumes. VAEi: 72 ml/m<sup>2</sup> VADi: 53 ml/m<sup>2</sup>

Ventrículo direito com discreto aumento

Movimentação paradoxal do septo interventricular

Acinesia dos segmentos septo-apical, médio da parede antero-septal, ínfero-septal, látero-apical, ínfero-apical, ântero-apical, hipocinesia dos demais segmentos do ventrículo esquerdo.

**FE:** 34 % estimada

Valva mitral com leve espessamento das suas cúspides. Abertura e mobilidade conservadas. Colordoppler registrou refluxo discreto.

Valva tricúspide conservada. Colordoppler registrou refluxo moderado.

Derrame pericárdio discreto

**USG de Abdome Total com Doppler hepático (14/08):**

O estudo ultrassonográfico mostrou o fígado com aumento de dimensões, apresentando contornos lobulados e ecotextura heterogênea, achados sugestivos de hepatopatia crônica.

A veia porta tem calibre aumentado, medindo 1,3 cm.

O baço tem dimensões pouco aumentadas (13,1 no maior diâmetro longitudinal), e apresenta área ovalado com ecotextura heterogênea, com áreas hipocóicas de permeio, na topografia do seu terço médio, parecendo ter fluxo apenas periférico ao Doppler colorido, medindo 3,5 x 2,5 x 2,9 cm, com retração capsular

nesta topografia, indeterminada ao método. O estudo de ressonância magnética poderá trazer informações adicionais.

Nas porções identificadas da aorta, o calibre está mantido, com irregularidades parietais hiperecogênicas, relacionadas a aterosclerose.

#### **Condutas:**

- Suporte clínico.
- Mantenho demais prescrições.
- Vigiar padrão ventilatório, hemodinâmico e neurológico.
- Mudança de decúbito a cada 2 horas
- Colchão piramidal
- Aumento dose de furosemida para 3 ampolas
- Mantenho Albumina 2 ampolas
- Controle de perfil renal e eletrólitos de rotina
- Avaliar paracentese
- Mantenho Empagliflozina 10mg. 1 cp ao dia.
- Prescrevo Lactulona
- Mantenho Propatril Nitrato 1/2 cp de 12 em 12 horas; suspender se PA < 100mmHg.
- Repor albumina
- Pesar paciente e medida de circunferência abdominal diário.

#### **Discussão do caso seguindo o protocolo ou não.**

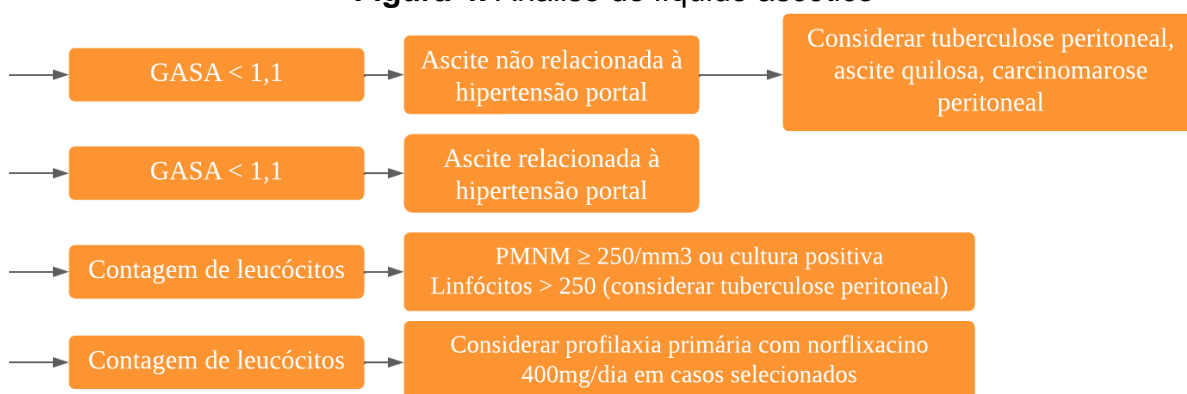
O paciente idoso, de sexo masculino, é um paciente de difícil e complexo controle do quadro, pelo fato de ter uma insuficiência cardíaca diagnosticada muito avançada, que piorou em questão de meses, visto que temos um Ecocardiograma do dia 11/05 com FE 51% que diminuiu para 34% em 3 meses (20/08), associado a um quadro de hepatopatia crônica de etiologia alcoólica descompensada.

O paciente deu entrada no PS do hospital sem queixas álgicas, só reclamando do desconforto abdominal pelo diâmetro aumentado do abdome, devido a uma ascite que é o acúmulo de líquido na cavidade peritoneal superior a 1500ml e edema de MMII, no caso do nosso paciente acontece por uma disfunção hepática grave associada a hipertensão portal que confirmamos pela ecografia de abdome que lauda uma veia porta de diâmetro aumentado, medindo 1,3 cm, e pela vasodilatação no sistema esplâncnico, o mesmo relata que não é a primeira vez que acontece sendo

sometido a mais de 7 paracentese e como sabemos paracentese de alívio sem um tratamento específico, não um tratamento definitivo para um quadro de ascite por cirrose hepática e insuficiência cardíaca.

Podemos classificar a ascite em ascite leve ou grau 1, ascite moderada ou grau 2 e tensa ou grau 3. Esta última sendo a classificação do paciente, assim uma vez diagnosticado recomenda-se paracentese para análise de líquido ascítico (LA) para confirmação da etiologia e mensuração do gradiente soro-ascite de albumina que é conhecido pela sigla GASA = albumina sérica – albumina de LA; ser maior ou igual a 1,1 g/dl é indicativo de presença de hipertensão portal e contagem de polimorfonucleares neutrófilos (PMNN)  $\geq 250$  células/mm<sup>3</sup> é diagnóstico de peritonite bacteriana espontânea (PBE). Também devemos solicitar culturas e hemoculturas.

**Figura 4.** Análise do líquido ascético



**Fonte:** Abordagem inicial da ascite.

O tratamento inicial inclui dieta hipossódica, restrição de líquido (1000ml/dia) e diuréticos, dependendo da magnitude, se for tenso podemos realizar uma paracentese e indicar uso de albumina EV (8 g/L de LA retirado), principalmente na retirada de volume superior a 5l de LA.

Evitar restrição proteica. Manter 1,2 -1,5 g de proteína por kg de peso/dia.

Atentar as descompensações como no caso da dispneia que melhorou após aumento do débito urinário ao uso de furosemida e com o uso de CN 2l/min.

Também o aumento da PA tratar com propranolol e/ou carvedilol, suspender de forma temporária o uso de IECA, BRA e AINEs se resistência a diuréticos, piora da função renal.

Prevenção de encefalopatia com o uso de lactulona 20-30ml VO de 8/8hs.

Prevenção de PBE com ATB que pode ser ceftriaxona 1g EV 12/12hs por 5 dias com possibilidade de escalonar para outros ATBs.

Atentar síndrome hepatorenal, o nosso paciente não tem alterações na função renal, sem histórico de sangramento agudo de varizes esofágicas.

Se refratárias recomendasse shunt intra-hepáticos portossistêmico transjugular (TIPS). Qualquer paciente cirrótico com ascite deve ser avaliado para indicação de transplante de fígado.

Controle dos sintomas e das comorbidades; como a DM indicado o uso de Empagliflozina por ser mais recomendada em paciente com doença hepática.

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

Acredito que o paciente recebeu um bom atendimento e bem completo, foi feito tudo o que tinha que ser feito segundo o tratamento de pacientes com cirrose hepática, foram pedidos todos os exames e foi avaliado a possibilidade de assinar o termo de cuidados paliativos pela falha hepática e insuficiência cardíaca.

Só faltou a medida da circunferência abdominal, com o paciente deitado para acompanhamento do diâmetro e controle da ascite, também não foi possível pesar o paciente em jejum pelo peso do mesmo, pela impossibilidade do movimento, considerando que tem uma amputação do MID, mesmo prescrito não foi feito.

Outro ponto importante é o uso de diuréticos, que foi feito furosemida em repetidas ocasiões, sendo que deviam considerar o uso de Espironolactona por ser mais efetiva em pacientes cirróticos.

O paciente S. foi meu primeiro paciente com caso de doença hepática, considerei muito importante, estudei sobre a patologia, a fisiologia do fígado, as alterações, lesões estruturais que acontecem de forma crônica de etiologia alcoólica entre outras etiologias, a forma de diagnosticar, o tratamento e a forma de paliar em condições de cirrose hepática. Fica minha dúvida em relação ao transplante hepático, durante o módulo de U/E atendi vários pacientes com cirrose hepática e nenhum deles recebeu informações sobre o transplante, só sobre cuidados paliativos. Segundo uma Gastroenterologista da cidade tem vários pacientes transplantados hepáticos, mas só em casos de hepatites virais. Espero que mais pacientes recebam o milagre de uma segunda oportunidade.

### 2.2.2 Caso Clínico – Formigamento no braço

## Anamnese

**ID:** L.C, sexo feminino, 68 anos, aposentada, natural de RS, viúva, mora com a filha em Foz do Iguaçu, religião católica.

**QP:** Formigamento no braço.

**HDA:** Paciente trazida pelo SAMU, proveniente da UPA J. S. acompanhada pela filha, relata que a mãe apresentou disartria aproximadamente às 16h do dia 07/11, que evoluiu com hemiparesia do MSE e desvio de rima às 18h. Paciente havia apresentado pico hipertensivo no período da manhã (PA: 220/110) sic, fez uso das medicações de uso contínuo sem melhoras de hipertensão. Nega cefaleia, tontura, perda de consciência, liberação esfíncteriana e outros sintomas.

**HPP:** HAS, DM, depressão. Com histórico de AVC prévio (2004), CA de mama, com mastectomia à esquerda em 2008 - abandonou acompanhamento (realizado por 8 anos). Histerectomia total em 1994.

**Alergia:** ALERGIA A PENICILINA.

**MUC:** Losartana 0-0-2 // Nifedipina 0-0-2 // Sinvastatina // Metformina 850 mg de uso irregular // Propanolol 0-0-2 // Rivotril 2mg // Amitriptilina // AAS apenas na última semana.

**HS:** Nega tabagismo, nega etilismo.

**HF:** Segundo paciente, irmão teve CA de garganta com 40 anos sem ser tabagista; Mãe (aos 50 anos) e irmã (há 4 anos) apresentaram CA de pele. Pai faleceu de cardiopatia, não sabe mais informações.

## Exame físico

**Ectoscopia:** REG, lúcida, orientada no espaço e desorientada no tempo (2001), Hipocorada +/4, desidratada +/4+, acianótica, anictérica.

**SSVV:** PA 173/92 mmHg /FC: 78 bpm // FR 19 irpm // SPO2 94% em AA

**Neuro:** NIHSS 4, Pupilas isocóricas fotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea. Força muscular diminuída (IV em MSE e III em MIE), s/ desvio de rima. FM em MMII preservada.

**Cardio:** RCR 2T BNF s/ sopros audíveis, TEC < 3 sg.

**Resp:** Cicatriz de mastectomia em mama direita. MVUA s/ RA, sem sinais de esforço respiratório, eupneica em AA.

**Abd:** Globoso às custas de tecido adiposo, RHA+, flácido, depressível, sem dor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias. Evacuações presentes.

**Geniturinário:** Diurese presente em SVD 600ml, não tem registros para realizar BH.

**Membros:** Quentes e perfundidas, sem edemas ou lesões, panturrilhas livres sem empastamentos, pulsos poplíteos, tibial anterior e pedioso cheios e simétricos.

Diagnóstico Síndrômico: Síndrome de Hipertensão Arterial, síndrome extrapiramidal.

Diagnósticos diferenciais: Hipoglicemia, hiperglicemia, uremia, distúrbios eletrolíticos, paralisia facial transitória, tumor cerebral.

### **Exames laboratoriais**

**10/11:** Gasometria: pH 7,357//pCO<sub>2</sub> 48,80//pO<sub>2</sub> 71,60//HCO<sub>3</sub> 26,80 // Hemograma: Hb 12,90 // Ht 40,10% // Leuco 6.630 bas0% // Plaq 254.000 // Ur 28 // Cr 0,50 // Na<sup>+</sup> 142 // K<sup>+</sup> 4,1 // Mg<sup>++</sup> 1,9 // PCR 8,7 // Glicose 224

**09/11:** Colesterol LDL 66 HDL 30// Triglicerídeos 211

### **Exames de Imagem**

- **TC 07/11:** Área de isquemia aguda é observada no território da artéria cerebral posterior esquerda, acometendo as porções posteriores do lobo temporal esquerdo.
- **ECOCARDIO 08/11:** Disfunção diastólica grau 1 do VE. Ventrículo esquerdo com leve remodelamento concêntrico e função sistólica global conservada. Espessamento valvar aórtico e refluxo mínimo.
- **ECODOPPLER 08/11:** Espessamento médio-intimal de carótida comum esquerda.  
Estenose menor que 50% em artéria carótida interna bilateral  
Estenose menor que 50% em artéria carótida externa esquerda

### **Avaliação**

Paciente idosa, contactuante, atenta, sem confusão e com apenas pequena desorientação temporal. Está hemodinamicamente compensada com Nipride 30mL/h, eupneica em ar ambiente. Apresenta níveis glicêmicos constantemente elevados e PCR discretamente elevado (8,7). Possui constipação desde período de internação e mostra abdome hipertimpânico.

### **Conduta**

- Mantenho Nipride conforme tolerância
- Mantenho Clopidogrel por 21 dias (início 09/11/2021)
- Mantenho em leito de UCP
- Aguardar vaga de UTI
- Correção de glicemia conforme HGT

— Avaliar uso de laxante?

### **Discussão crítica do caso seguindo o protocolo ou não**

A minha paciente deu entrada no PS por sinais e sintomas característicos de um acidente vascular cerebral isquêmico que causa um dano estrutural e funcional irreversível, e a zona de penumbra isquêmica, na qual os danos são reversíveis, apresentou os seguintes sintomas; disartria, hemiparesia à esquerda e desvio da comissura labial. Todo isto faz permite a hipótese diagnóstica de acidente vascular cerebral, considerando os fatores de risco que apresenta, como HAS, DM, obesidade, idade > 50 anos e história familiar.

Na primeira hora de atendimento devemos avaliar sinais vitais, determinar o tempo de início dos sintomas, definir pontuação de NIHSS, realizar uma TC sem contraste e controlar glicemia, tudo isto sem perder muito tempo, pela dúvida se seria um AVCi ou AVCh.

O caso da minha paciente com um resultado do score de NIHSS de 4 pontos, permite que eu saiba que realmente não tem muitos déficits neurológico, mas não posso ficar tranquila até observa a TC, embora esta possa não apresentar alterações significativas se tratasse de um AVCi.

Os pacientes que procuram atendimento na UPA primeiramente, demoram mais em serem transferidos até o HMPGL, por isso normalmente perdem a janela de trombólise ou trombectomia mecânica se indicado, já os que chegam direto pelo SAMU tem maiores chances de serem atendidos 100% com todas as medidas, se necessário, considerando que a fibrinólise deve ser realizado em um tempo menor a 3hs em pacientes com AVCi agudo que causam déficit neurológico incapacitante.

A dona L.C, teve melhora espontânea de quase todos os sintomas em um tempo menor a 10hs, o que definiria como um acidente isquêmico transitório, especificamente um AVC menor pela rápida melhora clínica da paciente, e não incapacitante. A mesma durante a avaliação estava acordada, ainda com hemiparesia à esquerda, leve disatrias, mas sem desvio de rima, sem perda visual, nega diplopia. O que é pouco explicado pela área de afeção do cérebro que seria a artéria cerebral posterior esquerda, acometendo as porções posteriores do lobo temporal esquerdo; que é caracterizada por alterações de campo visual, RNC e déficit sensitivo.

Assim a TC veio com uma área de isquemia aguda que relacionado com outros exames, seria de etiologia aterosclerose. Foi solicitado um ECG sem alterações significativas, exames laboratoriais só apresentou elevação do PCR e glicemia de 224

mg/dl. A paciente ficou na sala da UCP para controle da pressão com Nipride e controle hemodinâmico, permanecendo internada no mínimo por 48hs se melhora total do quadro.

É importante o tempo de internação pelo alto risco de AVC recorrente no caso de AIT, por isso iniciamos o tratamento com droga antiplaquetária AAS em dose de ataque 300mg seguida de 50-100mg por dia + clopidogrel dose de ataque seguida de 75mg/dia durante os primeiros 21 dias, reduzindo assim o risco de AVCi recorrente. Não baixar bruscamente a PAS/PAD, controle pressórico ao uso de Nitroprussiato 50mg + sg 5% 250ml.

Evitar fatores que pioram a isquêmica como a assistência ventilatória, controlar hidratação, controlar glicemia e correção de distúrbios hidroeletrólíticos. Manter dieta zero nas primeiras 24hs.

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

A paciente foi corretamente atendida, seguindo o protocolo de AVCi e a classificação pelo score de NIHHS que permitiu ter maior controle da situação, com uma baixa pontuação que significaria baixo déficit neurológico, uma vez diagnosticado um Acidente Transitório Isquêmico, pela pronta recuperação dos sintomas, de forma espontânea, só deixaria como lembrete o pedido de uma nova TC de crânio após 48-72 hs de início do quadro, para ter maior garantia do diagnóstico e deixar registrado.

Promoção à saúde seria manter uma alimentação saudável, ricas em fibras, vegetais, pobre em gorduras saturadas, realizar atividade físico, é comprovado que 30 minutos de caminhada por dia diminui o risco de AVC e IAM. Realizar consultas de rotina com o cardiologista e neurologista com o objetivo de melhorar o cuidado, buscar soluções para a polifarmácia e ter um seguimento do caso.

É incrível a natureza e o corpo humano, que tem a capacidade de reverter quadros graves de saúde, que seria o caso da minha paciente que sendo outro quadro clinico poderia ficar com sequelas irreversíveis, vegetativa, postergando o sofrimento de não ter qualidade de vida.

“Só há duas maneiras de viver a vida: a primeira é vivê-la como se os milagres não existissem. A segunda é vivê-la como se tudo fosse milagre” - Albert Einstein.

### 2.2.3 Caso Clínico – Dor na barriga

#### Anamnese

**ID:** J.J, paciente masculino, 93 anos, casado, mora em Foz do Iguaçu com a esposa e o filho (cuidador), aposentado.

**QP:** Dor na barriga.

**HDA:** Segundo prontuário e informações coletas com o filho durante visita, paciente começou há 1 semana (6/11) com dor abdominal difusa de intensidade leve, associado a disúria, oligúria e inapetência, estava se automedicando com AINES diariamente para alívio algico. Há 2 dias (13/11) houve intensificação da dor abdominal 9/10, localizada em hipogástrio, 3 episódios de diarreia (não soube especificar as características), 1 episódio de vômito amarelo sem sangue, anúrico por 2 dias. Nega febre. Procurou atendimento na UPA, no dia 13/11, houve tentativas de passagem de SVD, sem sucesso. Iniciou uso de ceftriaxona na UPA (D0 13/11)

**HPP:** Informações coletadas com o filho.

Há 4 anos sofreu um acidente com trauma em quadril, mas não realizou cirurgia. Se locomove com andador.

Segundo prontuário RP - câncer de próstata há 10 anos, filho relata que fez tratamento com quimioterapia e faz acompanhamento a cada 3 meses com o Dr. Michel.

Cicatriz para mediana em região abdominal - cirurgia no intestino? há 30 anos (filho não soube especificar)

Realizou cateterismo cardíaco há 30 anos, alta sem MUC.

Perda de visão em olho esquerdo por degeneração macular senil.

ITU de repetição (3 episódios no último ano): Faz uso de uropem há 4 anos por comodidade.

Nega HAS, DM e outros comorbidades.

**MUC:** nega

**Alergias:** nega

**HS:** Nega tabagismo, nega etilismo.

**Antibioticoterapia:** Ceftriaxona (D013/12)

**Urocultura 13/12:** Positivo Escherichia Coli sensível a Ceftriaxona.

#### Exame físico

**Ectoscopia:** REG, LOTE, acianótico, anictérico, hipocorado +++/4, desidratado ++/4, afebril.

**SSVV:** T 36,4° / FC 98 bpm / FR 18 irpm / PA 103/63 mmHg / HGT 84 / SpO2 98 CN  
3L/min

**Dispositivos:** SVD: 50 ml em bolsa coletora sem sinais de hematúria e piúria

**Neurológico:** Glasgow 15/15; pupilas anisocórica E>D (cirurgia prévia), fotorreagente à direita. Força muscular preservada em MMSS e reduzido grau 3 em MMII. Sem déficit focal

**Cardio:** BCRNF, 2T, não ausculto sopros ou extrassístoles. TEC < 3 segundos

**Pulmonar:** tórax atípico, MV reduzido em terço médio e bases bilateralmente, não ausculto RA. Eupneico em uso de CN: 3l/min, sem sinais de esforço respiratório.

**Abdome:** Plano. RH +. Depressível, flácido. Doloroso a palpação superficial e profunda em hipogástrico e epigástrico, não palpo massas ou visceromegalias. Sem peritonismo.

**Membros:** Quentes, pulsos cheios e simétricos. Edema +/+4 e panturrilhas livres.

**Diagnóstico Sindrômico:** Síndrome infecciosa urinaria.

**Diagnóstico Diferencial:** uretrite, prostatite, nefrolitíase, anormalidades estruturais da uretra, síndrome da bexiga neurológica, bacteriúria assintomática.

### **Exames complementares**

#### **Exames Laboratoriais**

**Lab. (14/11/21):** pH 7,27 / pCO2 31,3 / HCO3 14,2 / lactato 15 / Hb 9,3 / Ht 28,9 (anemia macrocítica) / leuco 17.400 sem desvio / plaquetas 270.00 / ureia 194 / creatinina 4,3 / Na 137 / K 6,8 / PCR 29

**Lab. (15/11/21):** pH 7,32 / pCO2 31,1 / HCO3 15,7 / lactato 18,2 / Na 134 / K 6,1 / Ca 8,5 / Mg 2,2

**Lab. (16/11/21):** ureia 194 / creat 5 / Na 133 / K 6,2 / Mg 2,2 / PCR 32,4 / Ferro Sérico 28

#### **Exames de Imagem**

**USG vias urinárias (15/11):** O estudo ultrassonográfico mostrou os rins direito e esquerdo com aumento da ecogenicidade cortical, sugerindo estar relacionado a grau de nefropatia. Cistos simples em ambos os rins, o maior no rim direito no seu terço superior, medindo 5,6 cm, e o maior no rim esquerdo no seu terço inferior medindo 5,2 cm. Não foram observadas imagens compatíveis com cálculos nas projeções renais, ou sinais de hidronefrose. Bexiga com moderada repleção, notando-se conteúdo hipocogênico, sugestivo de conteúdo hemático. Adjacente à bexiga, parece haver líquido heterogêneo, com material ecogênico de permeio, que

sugere natureza hemática, possivelmente relacionado ao procedimento de cistostomia recente.

### **Avaliação**

Paciente colaborativo, hemodinamicamente estável sem DVA, eupneico em uso de CN 3L/min, com função renal prejudicada e hipercalemia em correção, em uso de ATB para ITU. Foi avaliado pela urologia e realizado cistostomia. Em exame de imagem apresenta sinais sugestivos de nefropatia e presença de cisto renais bilaterais.

### **Conduta**

- Dieta: pastosa
- Prescrevo hidratação
- Mantenho sintomáticos e antibioticoterapia (Ceftriaxona)
- Ponderar realizar troca de antibiótico para via oral para tratamento ambulatorial
- Controle de diurese
- Aguarda cinética do ferro, B12, PSA, cortisol
- Solicito exames de rotina
- Paciente em condições de alta para Clínica Médica

### **Discussão crítica do caso seguindo o protocolo ou não**

O paciente J.J deu entrada na upa com sintomas de dor abdominal difusa, disúria, oligúria, inapetência, anúrico nos últimos dois dias, negando febre, com presença de diarreia e vômitos sem sague. Por ser um paciente idoso e com sintomas urinários podemos suspeitar de uma infecção de trato urinário, mesmo sem febre, considerando que os idosos não sempre apresentam febre. Desde a admissão do paciente na UPA devemos coletar exames de sangue e de urina para EAS, cultura e antibiograma, assim iniciar o uso de antibiótico que o mais recomendado se não apresentar resistência bacteriana e pela baixa injúria renal seria ceftriaxona 1gr de 12/12hs, medicação para dor e sintomáticos, considerando que muitas vezes a dor pode provocar os quadros de vômitos ou diarreia, devemos também solicitar uma USG de vias urinárias.

Outra problemática seria o quadro de anúria do paciente, pode ser pela infecção urinária, apresentando um quadro de piúria maciça? Uma estenose na uretra, visto que tentaram passar a SVD, mas não foi possível pela resistência, também podemos pensar no histórico de CA de próstata que tem o nosso paciente, que poderia

dar origem ao quadro de estenose, talvez secundário à CA ou por uma hiperplasia prostática. Todas essas são as nossas hipóteses diagnósticas em relação a anúria do paciente.

O paciente foi transferido ao PS do HMPGL, onde deu entrada sem queixas álgicas, negando vômitos e diarreia no momento, mas continua com o quadro de anúria. No hospital foi tentado novamente a passagem de SVD sem sucesso, pelo qual optaram por realizar uma cistostomia após palpação de bexigoma, teve saída de urina e pus no momento, porém continua anúrico até o momento 12hs depois da cistostomia.

O paciente está orientado em tempo e espaço, queixa-se de leve dor no hipogástrico, mas sem sintomas que acompanhem a dor.

Foram realizados exames de laboratório, o que verificou uma anemia macrocítica, uma leucocitose importante, uma hipercalemia e um perfil renal bastante alterado.

Apesar do quadro ser complexo, sem dúvidas estamos em meio de uma ITU, urocultura positivo para escherichia coli (13/11), sabemos que é o patógeno mais frequente da cistite que é um ITU baixa pelos sintomas de disúria, dor ou desconforto suprapúbico, urina turva e hematúria macroscópica.

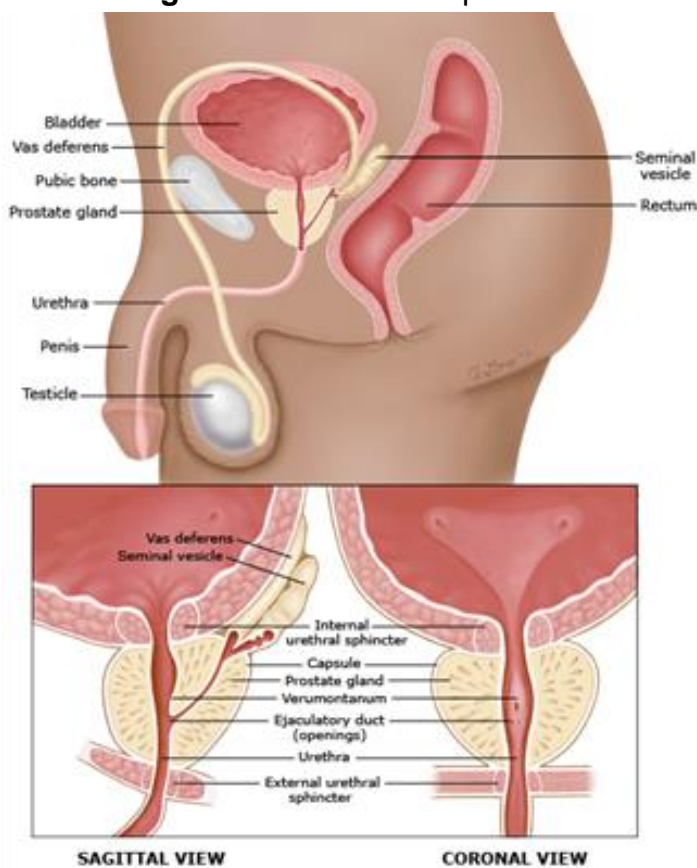
Um dos fatores de risco seria anormalidade anatômica do trato urinário, que pode ser o caso do nosso paciente caso tenha um tumor na próstata ou hiperplasia prostática, o que vai acabar estenosando a uretra do paciente, outro fator de risco é a insuficiência renal, ainda faltam exames e maior seguimento do caso para confirmar o diagnóstico, mas temos uma ecografia descrevendo um grau de nefropatia, isso associado a anúria + exames de laboratórios alterados.

A hipercalemia pode ser a alta administração de K na hipercalemia iatrogênica, excreção prejudicada de K nos casos de insuficiência renal ou bloqueio do sistema renina angiotensina aldosterona que pode ser pelo uso de AINEs, também por uma acidose metabólica.

Outras das nossas hipóteses diagnósticas poder ser a prostatite bacteriana crônica, já que ela apresenta um quadro semelhante à uma ITU. Os achados seriam os mesmos que temos com nosso paciente, uma leucocitose e marcadores inflamatórios, embora podem estar ausentes, para obter mais informações podemos pedir um PSA e verificar se está elevado ou não.

Para confirmar devemos solicitar o teste de espécimes prostático, mas isso não acontece na pratica do PS e menos na UPA, por ser um exame mais especifico e de acompanhamento com urologista.

**Figura 5.** Anatomia da próstata



Fonte: UptoDate, prostatite crônica

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

O paciente recebeu todo o atendimento nos diferentes níveis, desde a UPA até o Hospital, foi feito o primeiro atendimento e solicitado os exames de admissão nas duas instituições confirmando presença de bactéria na urina e correlacionando com a clínica, por isso foi iniciado o uso de antibiótico e aguardando melhora, caso não aconteça podemos escalonar para outro antibiótico ou escolher o mais sensível com o resultado do antibiograma. Dentro do quadro de uma ITU, isto aliviaria os sintomas e diminuiria a infecção até a cura, mas ainda temos o problema da anúria, que mesmo com a cistostomia não tem debito urinário, foi feita hidratação (USG sem evidencias de hidronefroze) para ver si dava algum tipo de resultado e foi solicitada a avaliação do urologista novamente considerando as diferentes hipóteses.

Sobre os distúrbios eletrolíticos devemos tratar a hipercalemia que é a mais grave e pela velocidade de instalação do distúrbio, podendo resultar em manifestações renais como uma insuficiência renal aguda e crônica e resultar em uma FA maligna, entre outras manifestações, assim estabilizar o paciente e continuar investigando.

Da minha parte solicitaria mais uma USG, desta vez da próstata e proceder ao toque retal.

Dias depois visitei o paciente ainda no PS, o mesmo continuava com anúria, por indicações do urologista foi solicitado a lavagem pela cistostomia, onde verificaram a presença de material fecaloide e foi diagnosticado com perfuração das alças intestinais, sendo encaminhado para cirurgia e sucessivamente para UTI.

#### 2.2.4 Caso clinico – Tomei K-othrine

##### Anamnese

**ID:** M.C, sexo feminino, 28 anos, solteira, mora com os pais, religião católica.

**QP:** Tomei K-othrine (inseticida).

**HDA:** Paciente trazida pelo SAMU por ter ingerido 60 comprimidos de Duloxetina 30mg e 60 mL de K-Othrine há cerca de 3 horas por tentativa de suicídio, familiares perceberam a queda do estado geral e ligaram o SAMU. Paciente relata separação do parceiro há 5 meses e desestabilização do quadro depressivo desde então. No momento, relata cefaleia e sonolência, quer ficar internada no centro psiquiátrico.

**HPP:** História de depressão desde os 15 anos. Já tentou suicídio cerca de 7 vezes. Esteve internada no Hospital Cataratas em janeiro.

**MUC:** Lítio 300 (1-0-1), Amitriptilina 25 (0-0-1), Duloxetina (1-0-0)

**HS:** Tabagista há 5 anos (fuma maconha 2 vezes por semana), nega etilismo.

##### Ao Exame Físico

**SSVV:** PA: 105/84 mmHg; FC: 76 bpm; FR: 17 irpm; Sat: 97%

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

**Neuro:** Glasgow 15/15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea.

**Cardio:** BCNF rítmicas, em 2T, não ausculto sopros, tec<3sg.

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

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

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

**Diagnóstico Sindrômico:** Síndrome de transtorno depressivo.

**Diagnóstico Diferencial:** Transtorno esquizofrênico, transtorno bipolar.

**HD:** Tentativa de suicídio.

Intoxicação exógena medicamento + inseticida.

### **Conduta**

- Solicito lavado gástrico som SNG.
- Prescrevo Carvão ativado.
- Prescrevo sintomáticos.
- Entro em contato com CEATOX para orientações de manejo.
- Aguardo.

### **Discussão crítica do caso seguindo o protocolo ou não**

A intoxicação exógena é um problema de saúde muito comum, seja de forma acidental como as intencionadas com o objetivo de autoexterminio.

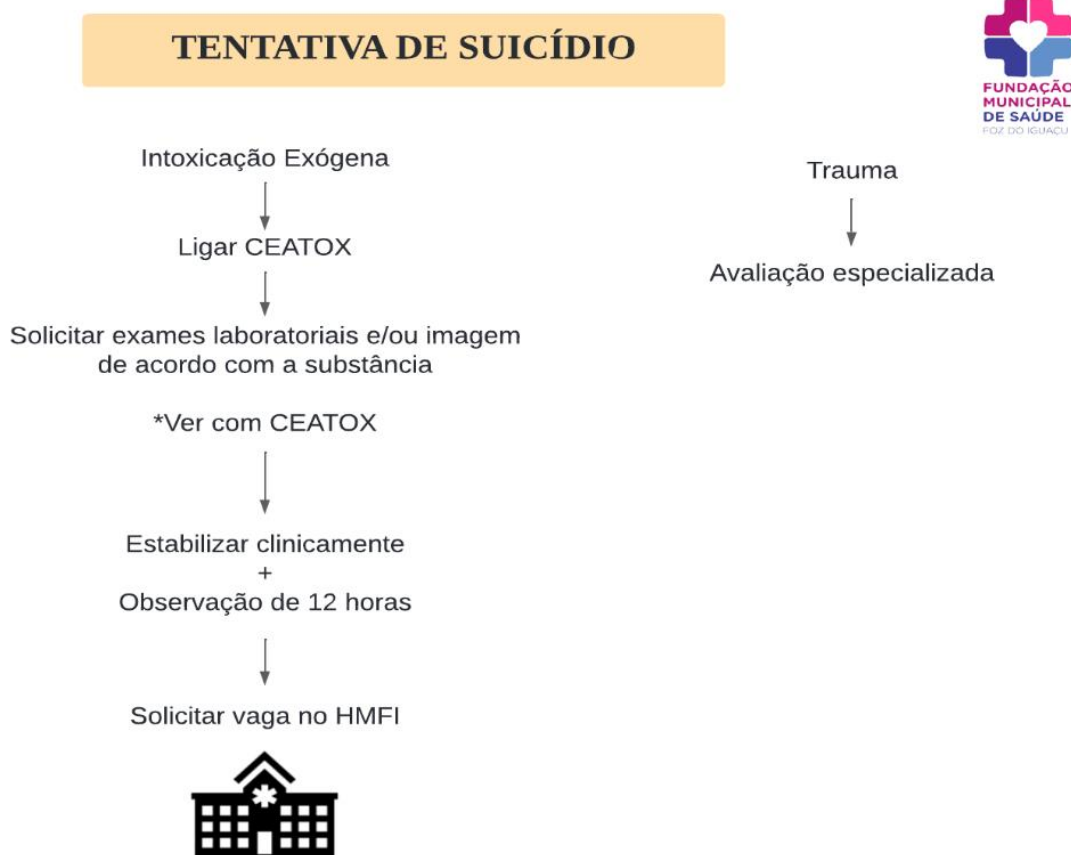
O caso da minha paciente foi via oral, ingeriu 60ml de inseticida e 60 comprimidos de antidepressivos na tentativa de um suicídio há 2 horas, apresentando sinais vitais estáveis o que muda todo o panorama, visto que se chegasse instáveis deveríamos tratar com o protocolo de suporte avançada à vida, independentemente da substância, atentar para os sinais de insuficiência respiratória, estado neurológico, se convulsão ou não entre outras manifestações que podem ocorrer no paciente grave.

Devemos estabilizar primeiramente o paciente e prevenir a absorção do produto. Na literatura é considerado a lavagem pela SNG no intervalo de 1 hora de ingesta em pacientes que ingeriram quantidades ameaçadoras à vida, mesmo critério para o uso de carvão ativado. A minha paciente foi admitida duas horas após a ingesta, mas mesmo assim foi passado uma SNG para eliminação do agente tóxico, e foi prescrito carvão ativado.

O carvão ativado em alto poder adsorvente do agente tóxico, é considerado como antídoto universal. A administração é feita através da SNG com uma dose de 50 g em 250ml de água ou SF.

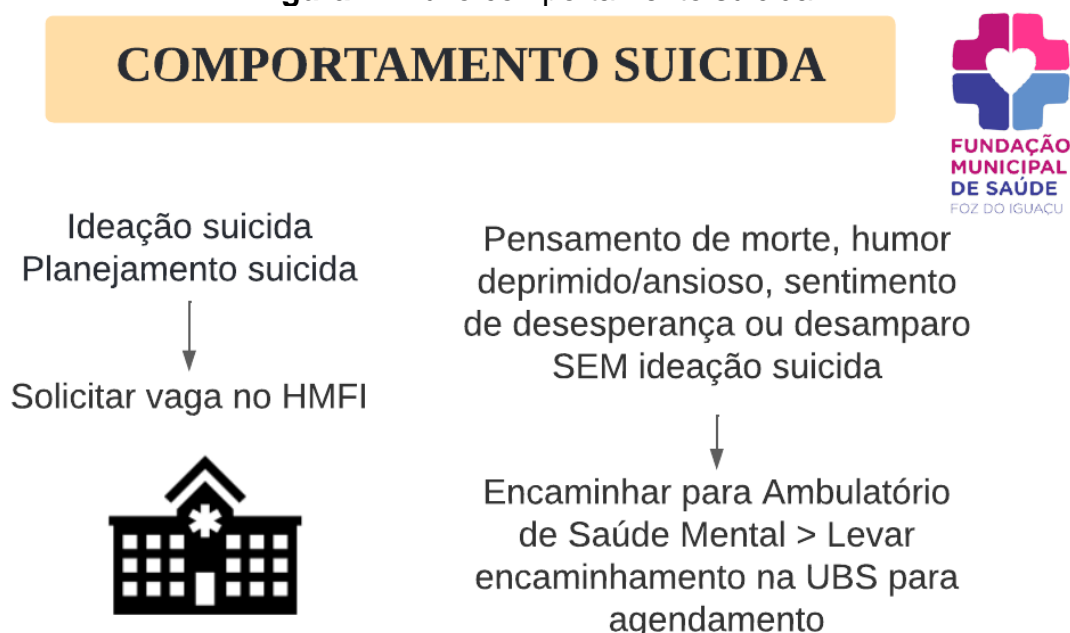
Uma vez realizado este procedimento, devemos monitorar a paciente clinicamente e laboratorial, sem esquecer de solicitar vaga para o HMPGL no setor de psiquiatria.

**Figura 6. Fluxo intento de suicídio**



Fonte: *adaptado* Fundação Municipal de Saúde, Foz do Iguaçu

**Figura 7. Fluxo comportamento suicida**



Fonte: *adaptado* Fundação de Saúde. Foz do Iguaçu

Segundo o fluxo estabelecido nas UPAS, devemos ligar CEATOX para orientações acerca da conduta que devemos tomar, isso aconteceu depois de admitir a paciente e realizar os primeiros cuidados e solicitar o procedimento de SNG e a administração de carvão ativado, acredito que isso pela experiência do profissional e porque é familiarizado com o caso de intoxicação exógena por inseticida e antidepressivos.

A paciente aguardo vaga no leito da sala vermelha com controle dos sinais vitais e foi transferida em menos de 6 horas após estabilização.

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

A paciente foi devidamente atendida, inclusive de forma rápida sem perder o tempo com nada, teve boa aceitação do tratamento da SNG + carvão ativado, permaneceu chorosa e triste depois.

Conversei com a paciente sobre os problemas que enfrenta, de orientações de procurar acompanhamento psicológico, a mesma relata que nunca tem vaga nas UBS e não tem condições de pagar particular. Questionei sobre a religião, sobre o apoio dos pais, mas tudo isso fica pequeno e insignificante na vida da pessoa com depressão que deseja acabar com a vida

Desejo que a cidade de Foz de Iguaçu tenha um maior controle sobre isso, criar campanhas de conscientização, promover consultas com psicólogos, criar fundações de pessoas preocupadas com os outros que desejem ajudar. É triste ver pessoas querendo morrer tudo por não contar com um tratamento digno que faça acompanhamento dos pacientes e não é só uma pessoa nessa situação, são muitos moradores atravessando o mesmo problema todos os dias.

#### 2.2.5 Caso Clínico 5 – Rebaixamento de nível de consciência

Anamnese

**ID:** C. D, sexo masculino, 20 anos, mora no Paraguai com a avó, solteiro, analfabeto.

**HDA:** (Relato pela mãe W.P) Paciente trazido pelo SAMU, encaminhado da UPA Morumbi por RNC e instabilidade hemodinâmica com hipotensão e bradicardia, intubado em VM com parâmetros moderados, sat 99%. Mãe relata que o filho teve

COVID-19 em julho precisando de internamento na UTI por 6 dias, contabilizando um total de 12 dias de internamento no Paraguai, alta com sintomas de tosse e secreção purulenta, mãe refere que o paciente ficou bem sic por 20 dias aproximadamente, voltando ao hospital por disfagia, tosse purulenta (esverdeado), febre e dispneia, sem melhoras, levou o paciente à UPA Morumbi.

**HPP:** epilepsia desde os 14 anos, tratamento regular com Dr. Celso F. Leve transtorno mental sic. Nega outras comorbidades.

**HS:** Nega tabagismo, nega etilismo

**MUC:** fenobarbital 2x/dia, lamotrigina 100mg/dia, gabapentina 1/dia, imipramina 25mg à noite.

**Alergia medicamentosa:** nega

**Exame Físico:**

**Ectoscopia:** acordado, desorientado, fala confusa, hipocorado ++/4+, desidratado ++/4+, anictérico, acianótico, afebril nas ultimas 24hs.

**SSVV:** T: 36.9 // PA: 119/82 mmHg // FC: 67 bpm // FR: 23 irpm

**Neurológico:** Glasgow 11/15 (AO4/RV1/RM6), acordado, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea.

**Respiratório:** tórax atípico, MV+ globalmente audíveis, com roncos difusos, eupneico em AA, sem esforço respiratório.

**Cardiovascular:** BCRNF em 2 tempos, não ausculto sopros, hemodinamicamente estável sem DVA, perfusão periférica preservada <3sg.

**Gastrointestinal:** Abdome plano, RHA+, sem facies de dor à palpação, sem massa palpável, sem sinais de irritação peritoneal. Dieta pela SNE 35ml/h. Evacuações ausentes.

**Renal:** Diurese presente em uropen 350ml/12hs.

**Membros:** Sem edemas, panturrilhas livres, sem empastamento, pulsos poplíteos, tibial anterior e pedioso cheios e simétricos, atrofia de MMII.

**Diagnóstico Sindrômico:** Síndrome do desconforto respiratório,

**Diagnóstico Diferencial:** Pneumonia aspirativa, embolia pulmonar com infarto pulmonar, tumor primário ou metastático.

**Exames complementares:**

- **TC de tórax 07/08:** Múltiplos nódulos centro lobulares alguns apresentando formação de árvore em brotamento observados distribuídos difusamente pelo parênquima pulmonar associado a áreas de consolidação pulmonar esquerda,

a hipótese de alteração infecciosa pulmonar (bronquiolite infecciosa) deve ser considerada, não sendo possível excluir doença granulomatosa (tuberculose miliar). Solicitada TBR em 12/08.

- **EEG 17/09/19:** Realizado em vigília e sono espontâneo, com atividade elétrica irritativa difusa com predominância temporal direita.
- **USG DE ABDOME TOTAL 30/08:** Baço com tamanho aumentado, com ecotextura homogênea (Esplenomegalia). Imagem hiperecogênica medindo 0,4 cm no terço médio do rim direito que pode corresponder a microlitíase. Moderado meteorismo intestinal colônico sobrepõem algumas porções do abdômen. Distensão do reto (constipação?).

### **Conduta**

- Prescrevo sintomático (dipirona; paracetamol; Bromoprida)
- Prescrevo Fenobarbital 100 mg
- Prescrevo Lamotrigina 100 mg
- Prescrevo Rifampicina 150 + Isoniazida 75 + Pirazinamida 400 + Etambutol 275 mg XX 29 dias, após terminar o tratamento iniciado no hospital; começar com Rifampicina 300 + Isoniazida 150 xx 4 meses.
- Mantenho cuidados

### **Discussão crítica do caso seguindo o protocolo ou não**

Paciente jovem de 20 anos procurou atendimento primeiramente na UPA por instabilidade hemodinâmica e sintomas respiratórios, foi encaminhado da UPA para o PS do HMPGL, onde foi estabilizado; normocardico, normotenso, sat 96% por VM. O paciente chegou intubado com parâmetros ventilatórios moderados, foi realizada a IOT na UPA, mas foi extubado em 3 dias. Teve 3 a 4 convulsões no leito do PS por não fazer uso dos anticonvulsivantes diários.

Foi realizado a TC de tórax onde evidenciou uma possível tuberculose *miliar* o que tem relação com o quadro clínico dele que cursou com febre, tosse purulenta, perda ponderal, dispneia e instabilidade hemodinâmica. Considerando que a tuberculose miliar é uma forma mais grave da tuberculose com múltiplos focos granulomatosos pulmonares, normalmente acontece mais em pacientes HIV positivos. O teste rápido de HIV deu resultado negativo.

Tudo isto pode ser resultado da doença prévia com o vírus COVID-19 que deixou o sistema imunológico ainda mais vulnerável com uma instalação da tuberculose que pode ser ativa ou uma reativação, como também adquirida durante o internamento no hospital do Paraguai em contato com pessoas que possuem a doença.

Diante do exame de imagem foi investigado tuberculose, solicitando duas amostras de escarro para baciloscopia (BAAR) e cultura, até uma biopsia de pleura, resultado que demora várias semanas em sair.

Mesmo aguardando o resultado foi iniciado o tratamento para tuberculose, uma vez estabilizado e após conferir os exames de laboratório sem alterações e sem intercorrências clínicas. Optado pelo esquema com associação de Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol por 2 meses, seguido de Rifampicina + Isoniazida por 4 meses até completar um total de 6 meses de tratamento.

O paciente recebeu orientações acerca dos possíveis efeitos colaterais que podem ocasionar os medicamentos como náuseas, vômitos, dor abdominal, urina de cor avermelhada, prurido entre outros sintomas. Também é importante controlar se existe uma perda de peso importante após iniciar o tratamento porque isso vai ajudar a seguir corretamente o tratamento, diminuindo a dose que o paciente deve consumir de acordo com o kg dele.

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

O meu paciente chegou no PS do hospital instável, muito grave e sem muitas informações acerca do quadro, visto que foi abandonado na UPA segundo prontuário, só dias após do internamento foi possível entrar em contato com a mãe quem deu informações acerca da história patológica pregressa dele incluindo que é epilético e que faz tratamento regular.

O C.D ficou dias sem tomar a medicação o que levou a ter várias convulsões em leito. Além disso o paciente apresentava-se hipersecretivo com coloração esverdeada. Todos os sinais e sintomas realmente davam origem a uma tuberculose e segundo a tomografia de tórax, com características de uma tuberculose miliar.

Todo o atendimento do paciente foi integral, foram solicitados todos os exames de laboratório e de imagem para discutir as hipóteses diagnósticas até confirmar e iniciar o tratamento.

O paciente além de ter o problema clínico, sofria de problemas sociais. O mesmo mora com a avó no Paraguai, quem é idosa com dificuldades de deambular e não tem uma renda fixa para sustentar os gastos o que complicaria o tratamento do paciente pelo fato de não ter acesso a uma alimentação saudável nem muito conforto em casa com o objetivo de seguir o tratamento e não abandonar.

Durante as visitas faltou orientar a mãe sobre avaliar os contatos do paciente, se apresentam sintomas nas próximas semanas e procurar atendimento para rastreio da doença.

Uma vez de alta, o paciente tem que fazer acompanhamento na UBS do bairro onde mora, mas no Paraguai não existe o SUS nem atendimento integral o que dificultaria o seguimento do tratamento e o curso da doença, porque mesmo morando no Paraguai acaba sendo um problema de saúde pública para o Brasil pelo fato de estar em uma região de muito movimento de estrangeiros e sabendo que com qualquer complicação o paciente retornaria nas UPAs da cidade.

#### 2.2.6 Caso clínico – dor no ânus

##### Anamnese

**ID:** J. DS, sexo feminino, 36 anos, casada, 2 filhos, trabalha como vendedora, religião evangélica.

**QP:** Dor no ânus

**HDA:** Paciente refere que há 6 meses surgiu abscesso perianal com leve dor local, mas que passava de forma espontânea e piorava no ato sexual, evoluindo há 4 dias para dor intensa anal e glútea, com dificuldade para evacuar devido à dor e saída de secreção purulenta de odor fétido. Há 3 dias cursando com febre sic, porém não aferida, fez uso de dipirona e ibuprofeno com melhora parcial dos sintomas. Fez uso de 1 cp de azitromicina hoje. Refere que está aguardando consulta com o coloproctologista há 4 meses e que faz exames de DTSs com resultado negativo sempre, sic.

**HPP:** Nega HAS, nega DM. Depressão em tratamento regular.

**MUC:** Fluoxetina 1cp de manhã.

Nega alergia medicamentosa.

**HS:** Tabagista desde os 20 anos (fuma maconha todos os dias), nega etilismo.

**HF:** Sem histórico familiar.

### **Exame Físico**

**Ectoscopia:** BEG, LOTE, chorosa, corada, afebril, anictérica, acianótica

**SSVV:** PA: 110/87 mmHg; FC: 75bpm; FR: 19irpm; Sat: 98% em AA;

**Neuro:** Glasgow 15/15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea.

**Cardio:** BCNF em 2T, rítmicas, não ausculto sopros, tec<3sg.

**Pulmonar:** tórax atípico, MV+, sem RA, sem esforço respiratório, eupneica em AA.

**Abdome:** flácido, RHA+, sem dor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias, sem sinais de peritonite. Ao toque retal presença de abcesso perianal, com abaulamento de consistência endurecida em parede retal a direita, drenando secreção purulenta em pequena quantidade de odor fétido, glúteo direito com hiperemia local, doloroso a palpação e de consistência endurecida. Drenagem vaginal por fistula.

**Membros:** sem edemas, panturrilhas livres, sem empastamentos, pulsos tibiais anteriores, poplíteos e pediosos cheios e simétricos.

Diagnóstico Síndromico: Síndrome de abcesso perianal, síndrome de fistulização vaginal?

**Diagnóstico Diferencial:** Fistula anal, Doença de Crohn, Gangrena de Fournier.

### **Exames Complementares:**

#### **Exames de Laboratório:**

Lab. (06/11): Hb: 12,5 Ht: 35 Leuco: 10580 Bast 0% Plaq: 450000 // ureias: 10 creat: 0,50 Na: 142, K: 3,6 PCR 28,6, sem outras alterações

#### **Conduta:**

- Mantenho atbterapia
- Otimização de sintomáticos
- Prescrevo prometazina antes de dormir (após visita da filha, a pedido da pac)
- Solicito lab. rotina
- Atualizo quadro via sistema
- Aguardo vaga em leito hospitalar

### **Discussão crítica do caso seguindo o protocolo ou não**

A paciente D.S apresenta um quadro de abscesso perianal há mais de 6 meses com leves melhoras espontâneas, mas que voltam sempre principalmente após atividades sexuais e necessidades fisiológicas.

Os últimos dias foram os mais intensos, o abscesso aumentou de tamanho e resultou em uma fistula anal-vaginal acompanhado de muita dor de forma persistente que piora aos esforços, movimentação ou defecação.

A paciente nega comorbidades, só começou o tratamento para depressão há 1 ano. A etiologia dessa emergência proctológica pode ser idiopática que seria a principal, também pode ser por imunodeficiência, por alguma infecção abdominal ou pélvica embora a paciente não sinta dor à palpação superficial e profunda, por massa infectada ou uma doença inflamatória intestinal como a Doença de Crohn. É necessário realizar mais investigações para descobrir a causa desse abscesso, mas a paciente tem fatores de riscos como tabagismo e estresse psicossocial.

A paciente deu entrada na UPA pelos sintomas mencionados, tratada com antibiótico e analgesia para aliviar a dor. Foi drenado uma vez com saída de bastante coleção purulenta, a mesma relata leve alívio da dor. Está aguardando vaga no hospital para cirurgia há mais de 5 dias.

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

Acompanhei por vários dias esta paciente e realmente foi muito triste e me senti impotente ao ver o sofrimento de uma mulher, como toda a sua essência se deteriorava, o sofrimento de uma mãe que não podia amamentar sua filha de 8 meses pela dor e pelo desconforto que sentia. Era tanta a ansiedade por conseguir uma vaga no hospital, que causava crises de choro e tristeza na paciente, associado tudo isso com a depressão que enfrenta há 1 ano.

Considero que o hospital e o fluxo de cirurgias têm muitas falhas, na recepção dos pacientes, em aceitar vagas e em transferir pacientes, visto que minha paciente ficou quase uma semana aguardando uma cirurgia que é indicado em caráter de urgência dentro de 24 horas por ser altamente passível de complicações e agravo do caso como sepse pélvica, gangrena de Fournie e fistula ano-vaginal que já apresentava a paciente.

A literatura descreve que após a incisão e drenagem não há indicação de uso de antibiótico pela baixa taxa de sucesso, só de anti-inflamatórios e analgesia, exceto em paciente com próteses valvares, endocardite e transplantados cardíacos.

### 2.2.7 Caso clínico – problema na perna

#### Anamnese

**ID:** O.B, sexo masculino, 69 anos, casado, mora em foz do Iguaçu com a esposa, tem 2 filhos,

**QP:** Problema na perna

**HDA:** Paciente encaminhado da UPA, com história de extensa área de eritema em MID há 7 dias, procurando a UPA por conta do aumento de tamanho do eritema, edema e leve dor em MID com acometimento até próximo ao terço médio da coxa D. Paciente apresentando lesões de pele extensas que segundo paciente se iniciou com vesículas bolhosas com ruptura espontânea. Nega febre, nega calafrios, nega outros sintomas. Paciente permaneceu na UPA realizando tratamento para infecção de parte moles, com ceftriaxona + clindamicina EV. Realizou Doppler venoso com presença TVP tardia no ano de 2020, fazia uso irregular de varfarina 5 mg diariamente. Relata que em 2020 sofreu acidente automobilístico com necessidade de várias abordagens cirúrgicas no MID. Chega ao PS clinico sem queixas no momento.

**HPP:** HAS + DM (diagnosticado durante esta internação)

TVP previa em 2020; Trauma prévio em MID em 2020.

**MUC:** Varfarina 5 mg, furosemida 40 mg, losartana 50 mg.

Nega alergias medicamentosas

**HS:** nega tabagismo, nega etilismo.

**HF:** Não sabe informar.

#### Exame Físico:

**Ectoscopia:** BEG, anictérico, acianótico, afebril nas últimas 24hs, eupneico em AA sat 97%.

**SSVV:** PA: 120/90 mmHg; FC: 56bpm; FR: 19 irpm; Sat 97% em AA

**Neuro:** Glasgow 15/15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea.

**Cardio:** BCNF em 2T, rítmicas, não ausculto sopros, tec<3sg.

**Pulmonar:** tórax atípico, MV+, sem RA, sem esforço respiratório, eupneico em AA.

**Abdome:** globoso às costas de tecido adiposo, RHA+, flácido, sem dor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias, sem sinais de peritonite.

**Membros:** edema MID ++/4+, panturrilhas livres, sem empastamentos, pulsos tibiais anteriores, poplíteos e pediosos cheios e simétricos. Secreção de serosidade por lesões bolhosas em perna direita.

**Diagnóstico Diferencial:** síndrome de wells, fascite necrosante, abscesso cutâneo.

**Exames complementares.**

**Exames de Imagem.**

**USG com Doppler de MID (06/11):** Trombose tardia de tibiais posteriores. Linfedema em tecido subcutâneo de coxa, joelho e perna sugerindo celulite.

**Exames de Laboratório:**

**7/11:** Hb: 12,90 Ht: 38,40 Leuco: 11340 Bast: 1% Plaq: 270.000 // ureias: 34 creat: 0,50 // BT: 1,80 BD: 1,40 BInd: 0,40 // KPTT: 117,7 TAP: 83,80 INR: 10,34 Na:147 // K: 3,1

**Conduta:**

- Solicito exames labs
- Mantenho Ceftriaxona D0: 05/11 e Clindamicina D0: 05/11
- Demais condutas mantidas.

**Discussão crítica do caso seguindo o protocolo ou não**

O paciente deu entranha UPA por eritema, lesões hipercrômicas, escamas, úlceras, edema e dor no MID. Refere que apareceu de forma aguda e que não sofreu nenhum acidente recentemente. Tem como fator de risco DM não tratada.

Foi solicitado exames de laboratório sem alterações significativas e USG, evidenciando uma trombose antiga de 2020 e o pedido de vaga no HMPGL.

Deu entrada no PS do hospital sem queixas álgicas no momento, mas com presença de lesões extensas no MID com o seguimento da antibioticoterapia com uma duração de 10 a 14 dias.

Foram pedidos novos exames de laboratório evidenciando apenas uma leucocitose sem desvio.

Paciente estável encaminhado para UCP e posteriormente setor de clínica médica para acompanhamento do tratamento e verificar melhora dos sintomas em um tempo de 24 – 48 horas após o início da antibioticoterapia, se não melhorar devemos considerar um patógeno resistente.

Atualmente faz uso de Ceftriaxona EV 1g 12/12hs por 10 dias e clindamicina 600mg EV 8/8h por 10 dias.

**Figura 8.** Lesões do MID do paciente



Fonte: Autor. Autorizado pelo paciente.

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

Uma celulite no MI em um paciente diabético, pode resultar em um acontecimento trágico e mais quando o paciente não fazia nenhum tratamento. Foi uma sorte que o paciente procurou atendimento de forma precoce sem repercussão sistêmica. O paciente aguardara melhora clínica para alta e tratamento ambulatorial em casa.

Os casos de celulite são bem comuns no atendimento nas UPAs, devemos conhecer cada caso, se são leves ou complicados, acompanhados de alguma patologia que pode descompensar, solicitar exames de laboratório e de imagens, embora o diagnostico seja clinico é bom ter mais informações que garantem o quadro e o melhor tratamento.

Orientações de lavar com água boricada, elevar o membro e utilizar a pomada de permanganato de potássio são tratamentos para aliviar o desconforto das feridas.

A abordagem realizada no paciente foi adequada, considerando que pacientes com infecção não purulenta como a celulite deve ser tratada com antibioticoterapia empírica para infecção por estreptococos beta-hemolíticos e *Staphylococcus aureus*. As opções mais comuns são cefazolina para terapia intravenosa e cefalexina para terapia oral. Geralmente os pacientes apresentam melhora sintomática em 24 a 48 hs desde o início do tratamento, caso isso não aconteça devemos pensar na resistência bacteriana ou outros possíveis diagnósticos.

## 2.2.8 Caso clínico – palpitações fortes

Anamnese

**ID:** D.R, 38 anos, sexo feminino, casada, 3 filhos, natural de Foz do Iguaçu, religião católica.

**QP:** Palpitações fortes.

**HDA:** Paciente comparece a unidade com queixa de palpitação que começaram hoje (20/11) em horas da manhã. Refere sensação de dispneia associado. Nega quadro semelhante anteriormente. Nega febre, sintomas respiratórios, gastrointestinais e urinários.

**HPP:** Obesidade. Nega outras comorbidades.

Nega alergias medicamentosas.

Nega MUC

**HS:** Nega tabagismo, etilismo social.

**HF:** Pai com colesterol alto.

**Exame Físico:**

**Ectoscopia:** BEG, LOTE, taquipneica, taquicárdica, anictérica, acianótica, hidratada.

**SSVV:** PA 182/120mmHg; FC 105 bpm; FR: 26 irpm; T: 36.5

**Neuro:** Glasgow 15/15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea.

**Cardio:** BCNF em 2T, não ausculto sopros, tec<3sg.

**Pulmonar:** tórax atípico, MV +, sem RA, eupneica em AA sat 98%

**Abdome:** globoso às custas de tecido adiposo, RHA+, sem dor à palpação superficial e profunda.

**Membros:** extremidades quentes, sem edema, panturrilhas livres, sem empastamentos, pulsos cheios e simétricos.

**Diagnóstico Sindrômico:** Síndrome de Hipertensão arterial, Síndrome coronariana aguda.

**Diagnóstico Diferencial:** AVC, Insuficiência Cardíaca Aguda, intoxicação medicamentosa por cocaína, anfetamina, retirada de drogas (álcool, sedativos, anti-hipertensivos)

**Conduta:**

- Solicito ECG
- Prescrevo captopril 25mg + betabloqueador
- Aguardo; ECG taquicardia sinusal
- Mantenho em observação até melhora dos sintomas

### **Discussão crítica do caso seguindo o protocolo ou não**

Minha paciente previamente hígida, sem comorbidades, procurou atendimento na UPA por palpitações associado a um quadro de ansiedade.

No primeiro momento foi solicitado um ECG e a prescrição de captopril 50mg sublingual para baixar a pressão arterial da paciente e aguardar o resultado que deu em uma taquicardia sinusal, sem sinais de IAM e sem sintomas típicos de dor torácica.

O caso clínico é considerado como um caso de crise hipertensiva que é quando a PA > 180/120 mmHg.

Como interna de medicina realizei anamnese na paciente questionando as características dos sintomas se já tinha pressão alta, a mesma negou ter sentido isso antes e referiu que não toma nenhuma medicação para hipertensão.

Possivelmente a causa é uma hipertensão essencial não tratada. A paciente ficou em observação no leito até a PA baixar lentamente e receber orientações de procurar atendimento na Unidade Básica de Saúde para seguimento ambulatorial do tratamento, com alta após.

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

Existem muitos pacientes que procuram atendimento nas UPAS por aumento da pressão sistólica e diastólica, normalmente PAS > 180mmhg, muitos deles

hipertensos prévios, alguns evoluindo para um IAM e outros exacerbados por algum quadro de ansiedade ou crise nervosa.

O caso da minha paciente é que ela está há 1 semana com cefaleia, dor na região occipital e dor retro orbital, o que fez agendar uma consulta com oftalmologista de forma direta no particular.

A D. R nunca teve diagnóstico de HAS e nunca fez um rastreio para isso, a pesar de ter fatores de risco como a obesidade, o sedentarismo e histórico familiar de dislipidemia.

Pela pressão elevada de 182/120 mmHg pertence ao estágio 3 de HAS, segundo as Diretrizes Brasileiras o que poderia dar início ao tratamento e acompanhar na UBS.

Como opções de tratamento temos as drogas de primeira linha e que estão disponíveis no SUS, que pode ser um IECA: enalapril de 5-40mg VO 1-2 vezes por dia; BRA: losartana 25-100mg VO que pode ser ofertado 1 ou 2 vezes por dia; Diuréticos tiazídicos: HCTZ 25mg VO 1cp por dia; bloqueador de canal de cálcio: anlodipino 2,5-10mg VO 1cp por dia.

Se o paciente controla a PA com um desses medicamentos podemos manter e fazer o acompanhamento a cada 6 meses nas UBS e 1 consulta com cardiologista por ano, seguido das orientações de perder peso, mantendo um IMC normal, realizar dieta rica em frutas e vegetais, reduzir o consumo de sódio, bebidas alcoólicas e realizar algum tipo de atividade física.

Em conversa paralela com a paciente foi levantada a questão da alimentação, a mesma refere que não trabalha e o único provedor é o esposo recebendo 2 salários mínimos o que não é suficiente para comprar alimentos de qualidade ou gastar dinheiro com coisas “fitness”, visto que isso custa 3 vezes mais do que os produtos normais e são muitas pessoas dentro de uma casa só.

Realmente é triste a nossa realidade industrial, é mais barato comprar um hambúrguer de Mc Donalds do que comprar duas maçãs boas no mercado.

A hipertensão arterial e a obesidade em conjunto são um problema de saúde pública com origem social muitas vezes. Mesmo com a cesta básica elevada devemos pensar nos benefícios que oferecem uma boa alimentação porque pensando de forma mais drástica é mais barato comer saudável do que ficar sequelado por algum IAM ou AVC.

### 2.2.9 Caso clínico – surto psicótico

**ID:** A. M, sexo masculino, 26 anos, solteiro, mora com os pais, natural de Foz do Iguaçu.

**QP:** surto psicótico.

**HDA:** Paciente trazido pelo SAMU, por surto psicótico. Familiares ligaram o SAMU para encaminhar o paciente, devido a agitação psicomotora e agressividade com os pais. Segundo prontuário é a 3 vez que procura atendimento pelo mesmo quadro clinico.

**HPP:** Internação prévia no HMPGL e HC por agitação psicomotora. Nega comorbidades.

**MUC** nega.

**Alergia** medicamentosa nega.

**HS:** usuário de drogas; cocaína e LSD, etilismo social.

**HF:** sem informações.

#### **Exame Físico:**

**Ectoscopia:** BEG, anictérico, acianótico, afebril, eupneico em AA sat 97%.

**SSVV:** PA: 139/90 mmHg; FC: 75bpm; FR: 21 irpm; Sat 97% em AA

**Neuro:** Glasgow 15/15, pupilas isofotorreagentes e dilatadas, sem sinais de irritação meníngea.

**Cardio:** BCNF em 2T, rítmicas, não ausculto sopros, tec<3sg.

**Pulmonar:** tórax atípico, MV+, sem RA, sem esforço respiratório, eupneico em AA.

**Abdome:** plano, RHA+, flácido, sem dor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias, sem sinais de peritonite.

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

**Diagnóstico Sindrômico:** Síndrome psicótico

**Diagnóstico Diferencial:** Transtorno esquizofrênico, transtorno bipolar.

#### **Exames Complementares:**

Hemograma sem alterações, perfil renal preservado.

#### **Conduta:**

- Prescrevo Midazolam 1 amp
- Solicito vaga na psiquiatria
- Aguardo

### **Discussão crítica do caso seguindo o protocolo ou não**

Os pacientes que chegam na sala vermelha da UPA por agitação psicomotora e agressividade, são internados e estabilizados, precisando de contenção mecânica. Independente da causa; seja por intoxicação ou abstinência de substância ou por doenças psiquiátricas como esquizofrenia, transtornos de personalidade, entre outros.

Mesmo nessa situação devemos procurar realizar uma anamnese e exame físico para obter mais informações acerca do quadro clínico do paciente.

É importante solicitar exames de rotina como hemograma completo, glicemia, eletrolíticos, hormônios tireoidianos, sat de O2 com oxímetro ou gasometria arterial, principalmente quando possível intoxicação com estimulantes como as anfetaminas ou cocaína, pode dificultar a compensação respiratória em casos de acidose.

Normalmente e como disponível nas farmácias das UPAS é administrado Midazolam com o objetivo de acalmar o paciente. Existem três opções: benzodiazepínicos, antipsicóticos típicos (Haloperidol) e antipsicóticos atípicos (Risperidona).

Deve ser comunicado o quadro do paciente para algum familiar, deve ser solicitada a vaga de internação no HMPGL no setor da psiquiatria e continuar monitorando os sinais vitais e o comportamento.

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

Em relação aos pacientes psiquiátricos existe muito, mas muito preconceito, normalmente o atendimento deles é totalmente negligenciado, não passam por uma avaliação médica, ninguém faz anamnese com eles e são sedados desde o começo e se o paciente for refratário às drogas como midazolam e conseguir sair, deixam simplesmente ir embora sem se preocupar com o bem-estar do paciente.

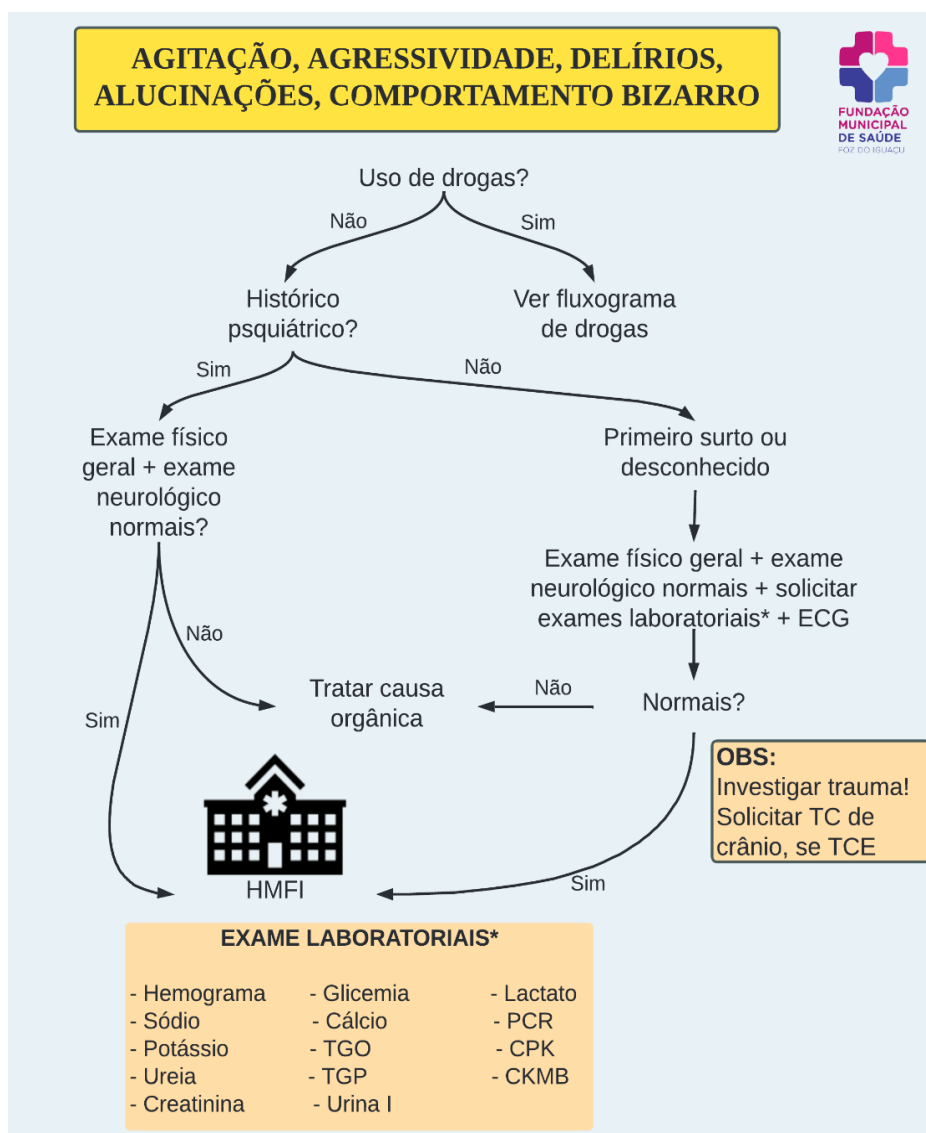
Por experiência própria e pelas vezes que acompanhei pacientes com agitação psicomotora, surto psicótico, a conduta deles é feita em base ao relatório proveniente do SAMU e isso está errado, porque o médico mal avalia o paciente, aguardando vaga para o HMPGL.

Para esses pacientes a UPA funciona como um corredor simplesmente, é triste ver como eles não recebem um atendimento de qualidade e são ignorados pela

condição deles. É importante lembrar que esses pacientes, são doentes, sofrem de uma doença que muitas vezes não conseguem controlar, que seria o caso de pacientes usuários de drogas e álcool.

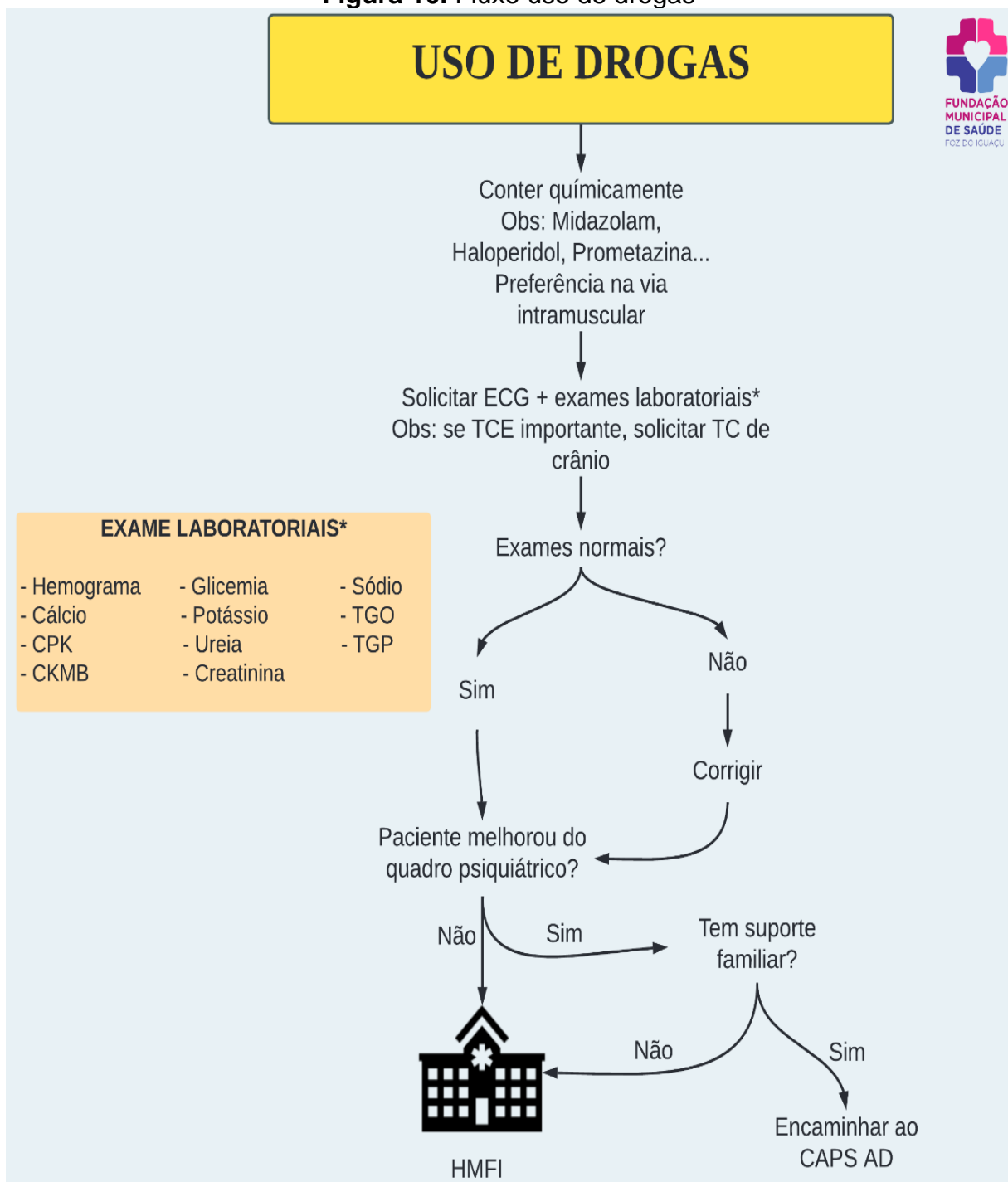
Desde que comecei meu estágio de U/E nas UPAs, foi impactante a quantidade de pacientes psiquiátricos que chegam só para serem encaminhados. Deveríamos considerar a possibilidade de entrar em contato com a especialidade de psiquiatria e todo o ente político com o objetivo de criar um PS psiquiátrico como acontece em outras cidades maiores do Brasil, isso seria de grande ajuda para liberar o fluxo das UPAs, embora as vagas desses pacientes não demorem praticamente nada, mas para conforto do paciente e rápido atendimento no local de referência seria uma ótima ideia perpetuar esse plano.

**Figura 9.** fluxograma pacientes com agitação, agressividade e delírios



**Fonte:** adaptado Fundação Municipal de Saúde, Foz do Iguaçu.

Figura 10. Fluxo uso de drogas



Fonte: adaptado Fundação Municipal de Saúde, Foz do Iguaçu

### 2.2.10 Drogas em urgências e emergência

**IOT com sequência de drogas disponíveis nas salas vermelhas das UPAs e no PS do HMPGL.**

Para realizar a IOT necessitamos realizar analgesia, sedação e bloqueio neuromuscular, para isso contamos com as seguintes drogas:

**Analgesia:** Fentanil (500mcg/ml) ampola 10ml.

Sedação: Midazolam (50mg/ml) ampola c/10ml e Midazolam (15mg/ml) ampola c/3ml

**BNM:** Succinilcolina 500mg/10 ml amp

A farmácia não conta com Etomidato e Quetamina como drogas para sedação; nem propofol (só no PS respiratório).

O **Fentanil** é utilizado para bloqueio da resposta simpática (aumento da FC, PAS, PIC), sendo a melhor opção.

O **Midazolam** age como sedação, relaxante muscular e hipnose. Apesar de ser muito utilizada, é considerado como agente indutor ruim e devemos ter como última opção.

A **Cetamina/Quetamina** fornece analgesia, anestesia e amnésia com baixo efeito no drive respiratório. É uma ótima escolha em pacientes com doenças de VA.

O **Etomidato** age como hipnótico e não possui ação analgésica. Droga ideal para pacientes que não podem sofrer uma variação importante de PA.

O **Propofol** tem propriedades hipnóticas. Possui ação vasodilatadora e depressora miocárdica direta levando a hipotensão. Ideal para pacientes que não apresentam quadro de instabilidade hemodinâmica. Também tem ação broncodilatadora e anticonvulsivante, tornando-se ideal para pacientes intubados por crises convulsivas.

A **Succinilcolina** (ou suxametônio) é o BNM mais utilizado. Ideal pelo efeito rápido de paralisia completa.

#### **Diferença de custos:**

Para analgesia a droga mais utilizada é o Fentanil 0,05pmg/ml amp 10ml com o valor de R\$6,49, é mais indicada do que a lidocaína 2% frasco 10ml, embora tenha um custo menor R\$3,97

Para sedação nas UPAs e no PS do HMPGL a mais utilizada é o midazolam (5mg/ml) ampola 10ml com valor de 16,17 R\$, pela diferença de preço com a cetamina de R\$ 85,21 e o etomidato de R\$ 19,56.

O BNM disponível é a succinilcolina (ou suxametônio) com valor de R\$19,08 a diferença do Rocurônio (10mg/ml amp 5ml) R\$31,27.

Preços consultados no Banco de preços em saúde do Governo Federal. Valor referente à média ponderada dos medicamentos adquiridos por instituições públicas do Paraná. Período: 01/04/2021 - 30/09/2021.

**Tabela 1.** Drogas disponíveis para IOT

|                       | Dosagem do frasco     | Dose por kg de peso | Indicações  | Contraindicações   | Dose calculada ml, pacientes 70-80kg | Dose calculada ml, pacientes 100kg |
|-----------------------|-----------------------|---------------------|---|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Fentanil</b>       | 50mcg/ml ampola 10ml. | 3 a 5 µg/kg.        | Para bloqueio da resposta simpática.                      | Em pacientes hemodinamicamente instáveis.  | 70kg: 4ml<br>80kg: 4,5ml             | 6ml                                |
| <b>Midazolam</b>      | 5mg/ml ampola c/10ml  | 0,2 a 0,3mg/kg      | Para sedação, relaxamento muscular e hipnose do paciente. | Pacientes hipotensos com instabilidade hemodinâmica.   | 70kg: 4ml<br>80kg: 5ml               | 6ml                                |
| <b>Succinilcolina</b> | 10mg/10 ml ampola     | 1,5mg/kg            | Para bloqueio neuromuscular.                              | Paciente com história pessoal ou familiar de hipertermia maligna e presença de miopatias hereditárias. | 70 kg: 70mg/7ml<br>80 kg: 80mg/8ml   | 9ml                                |

**Fonte:** Autor

### 3 RELATO VIVENCIAL DO ALUNO E SUA EXPERIÊNCIA PESSOAL NA PANDEMIA COVID-19

A pandemia pelo vírus covid19 foi uma fase muito difícil para o mundo todo, principalmente para aqueles que perderam algum familiar, os que desenvolveram alguma doença pós-covid e para aqueles que tiveram que enfrentar os problemas psicológicos e psiquiátricos confinados em casa.

Grande parte da pandemia passei no Paraguai com meus familiares, visto que a ponte Internacional da amizade foi fechada em março sem data definida de abertura. Foram 4 meses de isolamento, só podíamos sair para fazer compras no mercado, ir na farmácia e nos postos de gasolina para abastecimento básico. Lembro que a primeira semana foi tranquilo, todo mundo estava na expectativa do que seria o contágio pelo vírus, se realmente seria mortal como todo mundo imaginava ou apenas uma gripe. Assim passou quase um mês e foi vivenciada a primeira morte pela COVID-19, resultando vitima um neurologista da capital do país, a notícia alarmou a população inteira e as medidas de isolamento ficaram mais rígidas. No mês de abril todo ficou mais pesado, as horas não passavam, ninguém tinha uma atividade ou uma obrigação para cumprir, as pessoas passavam o tempo todo assistindo filmes, series e consumindo o que a televisão oferecia, com notícias catastróficas de inúmeras

mortes que aconteciam principalmente nos países da Europa. No mês de maio foram liberadas algumas medidas de restrição, o que aliviou em baixa porcentagem a ansiedade das pessoas, a data comemorativa de dia das mães foi triste para muitos cidadãos que não conseguiram viajar ou visitar as mães deles, mesmo assim no mês de junho para o dia dos pais. Considerando que o número de casos cada vez aumentava mais e a soçobra do povo com ela.

Finalmente no mês de julho muitos comércios reabriram seus locais de trabalho e as atividades ao ar livre estava permitido, isso foi um grito de alívio para muitos. A economia de cada paraguaio foi duramente afetada, as “panelas coletivas” aconteciam em cada bairro, com o objetivo de oferecer um prato de comida para as pessoas que mais precisassem e a história foi se repetindo até novembro de 2020.

Na minha opinião o isolamento durante quase 9 meses não teve nenhuma vantagem, tudo pelo contrário, as pessoas ficaram mais deprimidas, com mais ansiedade, mais doentes sem ter uma garantia para procurar atendimento médico, pessoas passando fome, perdendo empregos, perdendo lojas, casas, empresas por não conseguir manter o salário dos funcionários sem ter um ingresso constante, as famílias com baixa renda passaram a viver em condições sub-humanas, as de média renda como baixa e as de alta como média, mas existia uma classe privilegiada de políticos mandatários que não sofreram os efeitos negativos do vírus COVID-19, tanto no econômico como na saúde, porque como sabemos Paraguai não conta com uma estrutura de saúde boa, nenhum dos hospitais nacionais contam com medicamentos para os pacientes, carecem de insumos, de matérias para exames e até de atendimento. Assim uma classe paralela gozava de benefícios provenientes de fundos econômicos do país, o que foi notícia nacional. O desvio de 1.5 milhões de dólares, com o nome de “empréstimo para insumos de COVID-19” que nunca chegaram a nenhuma instituição do país.

Em novembro de 2020 retornei às atividades da faculdade como aluna de medicina, fui aceita para trabalhar no setor covid19, especificamente na central telefônica por uma semana, mas tive que sair por dar choque de horário com o módulo eletivo da faculdade. Poucos dias depois fui chamada novamente para participar do programa o Brasil conta comigo, mas esta vez no HMPGL com turnos noturnos, foi assim que iniciei o programa trabalhando em distintos setores como triagem, pronto socorro, unidade de cuidados progressivos e UTI covid. Cumprindo 12 horas por dia completando 40 horas semanais.

A primeira semana no setor covid foi aterrador, pensei em desistir desde o primeiro momento, o ambiente era muito pesado, parecia um filme de terror porque numa hora eu estava fazendo anamnese nos pacientes, pouco depois descompensavam e já eram intubados, assim a cada minuto sem cessar. Mesmo assim continuei no estágio primeiro na triagem, onde fazíamos o primeiro atendimento do paciente, ele cadastrava seus dados e passava a ser atendido posteriormente, fazíamos uma lista de perguntas acerca dos sintomas, desde a data de início e quais deles eram, os mais citados; tosse, dor ventilatório dependente, febre, dispneia e mialgia, por muitas semanas esses foram os sintomas mais prevalentes, com o correr do tempo muitos casos tinham a mesma manifestação clínica de dengue, as vezes realmente se tratava de um quadro de covid19, outras eram só dengue e em pouca porcentagem a doença da covid19 era concomitante com dengue. Os pacientes passavam por alunos de medicina e enfermagem para verificar a pressão arterial, a frequência cardíaca, a frequência respiratória, a temperatura, HGT quando necessário e a saturação do paciente.

O exame físico quedava a cargo dos alunos de medicina para posterior avaliação do médico. Muitos deles apresentavam hipertensão, taquicardia, febre, taquipneia e hipossaturando, esses pacientes ficavam numa sala de observação até serem estabilizados, caso contrário permaneciam nas salas de internamento, todos esses pacientes eram suspeitos de COVID-19, mas existia outra sala para os confirmados de COVID-19 que passavam mal e procuravam atendimento.

O PS Respiratório foi um dos cenários mais assustadores que experimentei na minha vida, todos os pacientes chegavam graves tendo como principal sintoma a dispneia e a hipossaturação, foi tal qual como observava nas notícias em casa, pessoas desesperadas por ar, pedindo socorro. Muitos desses pacientes eram intubados na hora, segundo critérios realizavam um AVC e era coletado uma gasometria que sempre viera com alterações significativas, indicando uma acidose respiratória com uma saturação de oxigênio comprometida, esses pacientes ficavam na sala do PS até serem transferidos a UTI ou UTID, por outro lado existiam os pacientes que chegavam instáveis, com dispneia, mas com uma saturação aceitável, assim eram estabilizados e conseguiam alta diretamente de lá.

Toda a equipe trabalhava sem parar para atender todos os pacientes, eu como interna de medicina aprendi bastante com a realidade da pandemia, foi assim que realizei minha primeira intubação, meu primeiro acesso venoso central, coletei

sangue de acesso periférico, coletei gasometria arterial da artéria radial e femoral e ajudava em tudo que era possível. Todos os plantões realizados foram exaustos, não existia um plantão tranquilo, mas todo mundo estava preparado para isso, sabíamos o lugar que estávamos ocupando.

Na UTI e UTDI, tinham o mesmo foco, os mesmos cuidados intensivos para pacientes COVID-19 positivos que estavam intubados, clinicamente graves, em uso DVA e pronar para ver se melhorava a saturação, a expansão pulmonar e conseguiam sair do tubo.

No mês de janeiro de 2021 todos os trabalhadores profissionais de saúde tivemos a oportunidade de ser o primeiro grupo de pessoas vacinadas contra o vírus da covid19 com a vacina CoronaVac, repetindo a dose após 1 mês, eu particularmente não tive nenhuma reação à vacina e desde então nunca fiquei contagiada pelo vírus, mesmo tendo contato próximo com pessoas com covid.

O mês de março foi o mais pesado de todos, foi o mês com mais óbitos na cidade por COVID, eram 12 a 16 óbitos por dia, o hospital lotado de carros fúnebres e os familiares aguardando fora. Presenciar isso foi muito difícil mais sabendo que amanhã poderia ser algum familiar meu e pelo risco de estar exposta a pessoas positivas para o vírus, mesmo assim trabalhei no setor covid abandonando minha família por meses, com o objetivo de protege-los e não passar para ninguém caso esteja contagiada, as poucas vezes que fui na casa do meus pais, fazia o teste PCR COVID previamente, dessa forma cuidava das pessoas próximas. Finalizando meu relato acerca das vivencias durante a pandemia, só posso ressaltar que em meio de uma situação tão complicada para todos, consegui aprender bastante, os procedimentos que realizei hoje me dão mais segurança e consigo lidar melhor com as situações complicadas da vida.

A pandemia deixou lições importantíssimas nas nossas vidas e como diria o terapeuta Robson Hamuche:

### **Lições do COVID-19**

1. A vida é curta.
2. A morte é certa.
3. Os empregos são temporários.
4. Riqueza mesmo é ter saúde.
5. O amanhã não é garantido.
6. Tudo acontece rápido demais.

7. Devemos valorizar nossa família.
8. O mundo precisa de mais empatia.
9. Precisamos ser mais humanos.
10. Sem Deus não somos nada.

Espero que todos sejam cientes do que foi a pandemia pela primeira e segunda variante e que podamos unir forças para não repetir essa trágica história com a nova mutação Omicrôn, reconsiderando nossos planos nas próximas datas comemorativas como o natal, ano novo, carnaval e semana santa, mas principalmente tomando as vacinas que são o principal mecanismo de proteção.

**Figura 11.** PS respiratório – HMPGL



Fonte: Autor

#### **4 LISTA DE PROCEDIMENTOS INVASIVOS REALIZADOS PELO ALUNO AO LOGO DO MÓDULO COM RESPECTIVO QUANTITATIVO E DESCRITIVO DA REALIZAÇÃO DOS MESMOS**

##### **4.1 Acesso venoso central**

Durante o estágio do módulo de urgência e emergência, tive a oportunidade de realizar dois AVCs, as duas na jugular. O AVC é indicado em situações eletivas

como no caso de pacientes que realizam hemodiálise, quimioterapia, e nas emergências para monitorização, antibioticoterapia prolongada e nutrição parenteral total.

Uma vez indicado e visto a necessidade de realizar um acesso venoso central, deve ser repassado para o paciente acerca do procedimento, uma vez que ela estava consciente e orientada.

Foi escolhido o AVC jugular por ser mais calibrosa e mais superficial que a subclávia e pelo menor risco de pneumotórax iatrogênico, que é bem comum, como também pelo baixo risco de falha por profissionais inexperientes.

O cateterismo venoso central é realizado através de uma série de etapas bem definidas que incluem: elevar o leito até uma altura confortável para o médico, colocar o paciente em decúbito dorsal e na posição de Trendelenburg (leito inclinado com a cabeceira para abaixo em 15 a 20 graus) e posicionar o pescoço do paciente em hiperextensão e com rotação lateral da cabeça para o lado contralateral ao da punção que normalmente é na jugular direita e hiperextender o membro superior ipsilateral para melhor visualização da anatomia da veia jugular que encontra-se no triângulo carotídeo, delimitado anteriormente pelo músculo omo-hióideo e posteriormente pelo músculo esternocleidomastoideo que é ponto de maior referência, assim palpamos a artéria de forma mais proximal, sentido o pulso e por anatomia sabemos que a veia fica lateral à artéria, solicitamos os materiais que seriam o campo estéril, gaze estéril, bisturi, kit de cateter central contendo agulha, fio guia, dilatador e catetes intravenosos, agulha e fio para fixação do cateter à pele e curativo transparente estéril. Procedemos à paramentação com o lavado das mãos, vestir o avental cirúrgico estéril e as luvas esterilizadas para realizar a assepsia com clorexidina degermante e aquosa em toda a extensão desde o pescoço, a clavícula e o tórax anterior abaixo do mamilo ipsilateral, fazer um botão anestésico com lidocaína 1% sem vasoconstrictor caso o paciente esteja acordado e preparar o campo. Assim uma vez localizada a veia jugular interna normalmente no ápice do triângulo procedemos a puncionar em um ângulo de 30 a 40 graus em relação à pele, visando o mamilo ipsilateral e aspiramos para verificar o refluxo de sangue, caso aconteça seguir com a incisão do fio guia que no meu caso fiz diretamente na seringa que vem com um orifício de entrada para o fio guia, sem perder o tempo de tirar a seringa da agulha com risco de perder, assim colocamos o fio guia sem resistência deixando a parte distal fora para não perder, retiramos a seringa e a agulha para inserir o dilatador

fazendo um pouco de força com o objetivo de atravessar a pele, retiramos depois e introduzimos o cateter no fio guia, remover o fio guia e comprovar a passagem dentro do canal que pode ser feito com uma seringa de 20ml de soro fisiológico 0.9% aspirando um pouco e confirmando o retorno de sangue e posterior fluxo do soro para limpá-lo, realizando nos dois canais.

Para finalizar devemos realizar a sutura no sistema de fixação, limpar novamente todo excesso de sangue e colocar um curativo oclusivo estéril que seria o curativo de filme transparente.

Segundo a teoria deve realizar-se um RX de tórax para confirmara a posição da ponta do cateter, que se espera este na veia cava superior perto do átrio direito e confirmar que não houve pneumotórax. Isso não acontece na prática se o paciente não tem o quadro clinico e se o procedimento não foi complicado.

**Figura 12.** Kit AVC



**Fonte:** Autor

#### 4.2 Sondagem nasoenteral

Fiz 2 vezes o procedimento de sondagem nasoenteral, fui guiada pela enfermagem e médico de plantão, inicialmente conversei com o paciente explicando

o procedimento, das incomodidades que causaria no começo, mas que é necessário para receber alimentação via enteral, uma vez aceito pelo paciente orientamos a posição que seria sentado ou deitado com a cabeceira do leito elevada a 45 graus, procedo calçando luvas de procedimento e faço a medição da sonda seguindo o lóbulo da orelha até a ponta do nariz e daí até o apêndice xifoide e 25cm mais para migrar até a segunda porção do duodeno ou jejuno, faço uma marcação para saber até onde introduzir e lubrifico o extremo distal da sonda para introduzir pela narina e pedir para o paciente fazer movimentos de deglutição, uma vez atingida a marcação devemos verificar a posição da nossa sonda para isso podemos introduzir 10 a 20ml de ar através da sonda com uma seringa e auscultar abaixo do apêndice xifoide e devemos auscultar o ruído do ar indicando que a parte distal está no estomago. Finalizando devemos fixar a sonda na face do paciente, e pedir um raio x de abdome para confirmar a posição e retirar o fio guia após confirmação. Lembrando que a migração até o intestino ocorre de forma lenta e devemos aguardar umas horas para introduzir a dieta.

**Figura 13.** Sonda nasoenteral



**Fonte:** Autor.

#### 4.3 Sonda vesical de demora

Fiz 1 sonda vesical de demora em um paciente jovem de sexo masculino. O cateterismo vesical é um procedimento estéril que consiste na introdução de um

cateter pela uretra até a bexiga com o objetivo de esvaziar, liberando urina em pessoas que não conseguem aliviando assim a retenção urinária, para controle da produção de urina pelo rim (BRASIL, 2020).

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

O profissional deve comunicar o paciente do procedimento e começar lavando as mãos, calçar um par de luvas de procedimento para verificar a higiene do pênis, normalmente limpar com soro, uma vez feito isso posicionar o paciente em DD, trocar as luvas por uma estéril após lavado das mãos e preparar o campo estéril organizando todos os materiais sobre uma mesa e testar tanto o puff como a válvula da sonda com água destilada numa seringa, depois conectar a sonda no coletor de urina sistema fechado e fechar o clamp de drenagem que fica no final da bolsa.

Iniciamos o procedimento com a assepsia do local em sentido anteroposterior e craniocaudal com clorexidina degermante posicionando o pênis perpendicularmente ao corpo para colocar o campo fenestrado, com a mão não dominante seguramos o pênis e introduzimos o lubrificante anestésico com uma seringa de 10ml pela uretra para aliviar a passagem da sonda pelo canal uretral que no paciente masculino seria de 20cm, assim uma vez introduzida devemos ter o retorno da urina na bolsa coletora. Devemos inflar o balonete com água destilada e tracionar a sonda para verificar se está fixa na bexiga, para isso podemos introduzir mais a sonda para não correr o risco de insuflar na uretra e cometer um trauma de uretra.

Finalmente retiramos todo o campo, limpamos o local, posicionamos o pênis para arriba e pendurar a bolsa coletora abaixo do leito para fazer controle da diurese e observar as características da urina, por último identificar a bolsa coletora.

#### 4.4 Punção venosa periférica

Fiz 8 punções venosas periféricas: ela é indicada para administração de drogas endovenosas, para hidratação venosa, assistência de emergência no paciente grave ou em reanimação, coleta de sangue para exames, administração de sangue ou hemoderivados. A veia a ser puncionada é escolhida por cuidadosa inspeção dos membros, pescoço e, em crianças, do couro cabeludo. As veias superficiais dos MMSS são as mais utilizadas. A veia cefálica na parte lateral do antebraço, as veias do dorso da mão e a veia ulnar no antebraço são os sítios mais fáceis no adulto.

Para realizar a punção a sala deve ser iluminada, primeiramente deve ser comunicado para o paciente acerca do procedimento, o objetivo da punção pode ser para administração de drogas, hidratação e coletar sangue que seria o mais comum, o posicionamento do membro superior a ser puncionado e a utilização de um garrote ou torniquete em porção proximal ao local da punção, com pressão leve para tornar as veias mais dilatadas e visíveis, por isso é pedido ao paciente abrir e fechar a mão.

O profissional que vai realizar deve lavar as mãos, desinfetá-las com álcool, calçar as luvas de procedimento e fazer assepsia do local que normalmente se faz com álcool a 70%, uma vez observada a veia mais ingurgitada pode proceder à punção com cateter plástico sobre a agulha metálica tipo jelco, introduzir a agulha com o bisel voltado para cima, em um angulo inicial de 45 graus com a pele e diminuir para 10 graus até chegar na veia que podemos confirmar com o retorno do sangue, assim mantemos a agulha metálica e introduzimos o cateter flexível para depois retirar a agulha e o garrote que colocamos no começo.

Posteriormente procedemos a coleta de sangue se for o caso ou conectar ao equipo de soro para verificar sua perviedade e finalmente fixar e colocar um curativo estéril.

#### 4.5 Gasometria

Fiz 5 punções arterial: A gasometria é a medição dos gases dissolvidos em uma amostra de sangue arterial por meio de um gasômetro. (LACG, 2018). É solicitado quando o paciente tem um quadro clínico que indica uma anormalidade na oxigenação, na ventilação e no estado acidobásico, pode ser realizada em pacientes respirando AA, pacientes em ventilação mecânica e em uso de oxigenioterapia.

Para realizar a coleta de sangue da artéria o profissional deve preparar os materiais previamente, lavar as mãos e usar luvas de procedimento, assim inicia

palpando as pulsações da artéria, o mais comum seria na artéria radial no MS, limpar o local com algodão umedecido, palpar com os dedos indicador e médio, deixando o ponto de impulso entre eles e realizar a punção com a seringa pré-hepatizada com agulha como se fosse uma caneta, no ângulo de 45 graus aproximadamente e 90 graus em artérias umeral e femoral. Manter a seringa imóvel até conseguir a amostra de sangue 2ml aproximadamente, uma vez feito isso é possível retirar a agulha e pressionar com algodão para parar o sangramento.

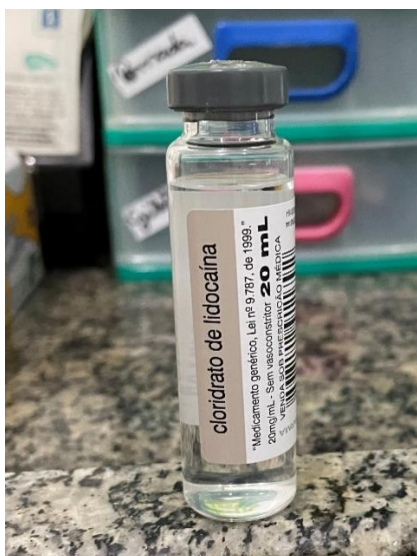
#### 4.6 Suturas

Fiz mais de 20 suturas nas salas de procedimentos das UPAs, todas as lesões, cortes e traumas eram verificadas previamente pelo médico plantonista, nunca realizei uma sutura sem indicação do médico.

Primeiramente oriento o paciente do procedimento a ser feito e realizo a anestesia como primeiro passo para evitar e/ou diminuir a dor do paciente, é feito com lidocaína 1% em uma seringa de 10ml, primeiro com uma agulha maior para extrair o anestésico e depois com uma mais pequena para aplicação perto do local do trauma, uma vez realizada a anestesia faço a lavagem do local com soro fisiológico 0.9% e clorexidina degermante para uma limpeza mais profunda. Preparo os materiais que são usados como a porta agulhas, agulha, fios, pinças anatômicas ou com dentes e tesouras. Calço a luva estéril, observo o corte se é possível aproximar o tecido, considerando que as bordas das feridas devem estar limpas e sem espaço morto e verifico a ausência de corpos estranhos. Preparo minhas porta agulhas com uma agulha nylon número 3 ou 2, dependendo do local e realizo a sutura seja profunda ou superficial, normalmente em massa que inclui todos os planos, deixando um espaço de 0.5cm entre um ponto simples e outro.

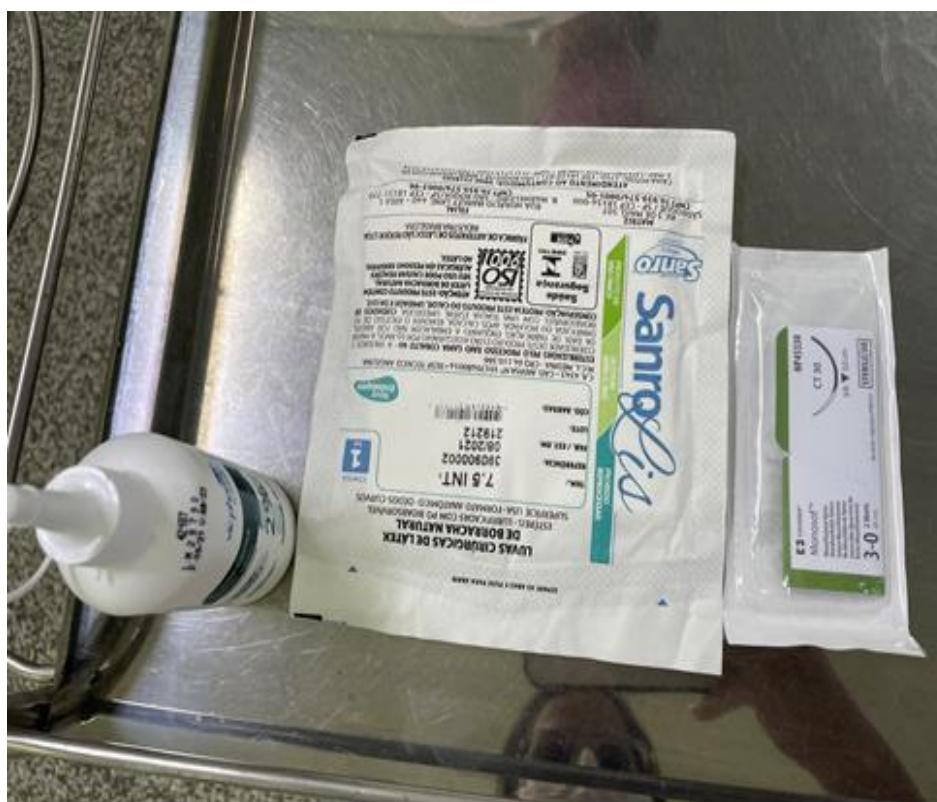
Para finalizar limpo mais uma vez com soro e realizo um curativo. Oriento sobre retirar os pontos de 7 a 10 dias no posto de saúde perto da casa onde mora e entrego a receita com sintomáticos e quase sempre com antibiótico por 7 dias, assim a aplicação da vacina antitetânica se não tem nos últimos 5 anos.

**Figura 14.** Anestésico local – lidocaína 1%



Fonte: Autor

**Figura 15.** Clorexidina degermante + luvas estéreis + fio sutura 3.0



Fonte: Autor

#### 4.7 Extração de corpo estranho no olho

Este procedimento é muito comum nas UPAs, principalmente em trabalhadores que procuram atendimento por alojamento de corpo estranho na conjuntiva ou na córnea.

Durante o estágio fiz 5 extrações de corpo estranho no olho, para realizar primeiramente calçava as luvas e fazia a lavagem com soro e gaze estéril para aplicar 2 gotas de anestésico oftalmológico e deixar atuar por uns minutos. Procedia à remoção do objeto estranho com cotonete estéril baixo uma boa iluminação e finalizava com um curativo oclusivo e entrega de receita com colírio anti-inflamatório.

Os últimos estágios na sala de procedimento da UPA não foi possível realizar a remoção de corpo estranho no olho pela indicação dos médicos, que falaram que isso não era para ser realizado na UPA e que só poderíamos encaminhar para o oftalmologista, visto que esse é o trabalho dele. Pessoalmente fiquei com dúvidas porque acredito que sempre que for possível solucionar ou aliviar alguma situação, terei vontade de realizar confiando nos meus conhecimentos, mas na conversa com os médicos falaram que qualquer procedimento que não compete minha área ou mesmo sendo, poderia receber um processo legal por parte dos pacientes, caso dê algum problema e que era melhor encaminhar eles com o especialista.

**Figura 16.** Anestésico oftalmológico



Fonte: Autor

#### 4.8 Problemáticas na rede de urgência e emergências

Diagnosticar em conjunto com os profissionais que trabalham nas estruturas uma questão-problema do setor e propor uma resolução para a mesma, com fundamentação e argumentação adequada e um possível cronograma de execução.

Uma das problemáticas mais observadas dentro das UPAs e no hospital é o estresse dos médicos e da equipe toda. A quantidade de plantões que realizam por semana e a carga de cada plantão com um número alto de pacientes para atender, reavaliar e prescrever, contando aqueles que instabilizam durante a internação.

A pressão durante o plantão é grande e mais quando os pacientes estão com muitas pendências que o médico acaba se sobrecarregando. A rotina é exaustiva que o médico esquece do autocuidado. É muito difícil sair de um plantão e não sentir-se cansado, fatigado e ainda ter forças e vontade de fazer algum exercício físico para cuidar da saúde porque como todos sabemos, fazer exercício físico ajuda na saúde física e mentalmente através da liberação de endorfinas e outros hormônios durante o exercício ou alguma atividade prazenteira que contribui para o bem-estar da pessoa.

O excesso de trabalho e o esgotamento vai criando um distanciamento mental, sentimentos de negativismo e redução da eficácia profissional, situação que acontece muito e podemos perceber durante o atendimento médico, as anamneses são curtas, direcionadas muitas vezes no diagnóstico base que pode estar errado ou não e não procuram investigar mais, principalmente durante os plantões noturnos que os médicos só seguem a linha de prescrição sem conhecer os pacientes, todas estas situações e os sintomas mencionados definiria a síndrome de Burnout. Por isso o fato mais importante é a quantidade de plantões que realizam os médicos que contribuem para esse estado, desde meu ponto de vista é inadmissível que um médico faça 36 horas de plantão seguido, isso com certeza vai provocar um esgotamento na pessoa e mudar todo o ciclo circadiano dele. Em conversa com o médico plantonista, relatou que trabalhou em um hospital onde não era permitido fazer plantão mais de 12 horas por dia e que isso ajudava para organizar melhor sua rotina e cuidar da sua saúde. Acredito que é possível limitar as quantidades de plantões de cada médico com o objetivo de exigir um melhor rendimento em qualidade de atendimento o que com certeza trará resultados positivos na vida do médico e na vida do paciente.

Outro ponto que observo que favorece o estresse do médico e toda a equipe é a qualidade das comidas oferecidas pelas instituições, já presenciei muitas vezes os técnicos, as equipes de enfermagem, os médicos e no passado os internos reclamando da qualidade da comida, que era inaceitável e muitos acabavam não fazendo a refeição. Esse fato se repetia dias atrás dias, criando ainda mais estresse nos funcionários, acredito que uma solução para isso seria a contratação de uma empresa que realmente faça alimentos saudáveis e em boas condições. As marmitas dos hospitais e das UPAs são ricas em carboidratos, pobre em proteínas e pobre em fibras, o que de fato está errado por não ter os nutrientes necessários e as porções necessárias, eu pessoalmente quando almoçava as marmitas das instituições engordei 5kg, isso tem um impacto muito grande na vida das pessoas, é tanto carboidrato só que a pessoa se torna uma boa candidata para desenvolver DM tipo II pela má alimentação e falta de exercício físico. É um problema atual das instituições que pode ser resolvido facilmente.

Segundo relatos dos médicos e em base as suas experiências existem instituições que fomentam o tempo de lazer e a saúde mental, relataram que em empregos anteriores, antes de iniciar os trabalhos faziam meditação e exercícios físicos de alongamento e que isso realmente tinha um impacto positivo na vida das pessoas que trabalhavam nessa instituição e que as trocas de plantão aconteciam no horário certo sem demoras do próximo profissional, que muitas vezes o plantonista demora 30 a 40 minutos em chegar. Todos esses problemas podem ser resolvidos com uma melhor organização por parte do gerenciamento do local o até por parte de alguém encarregado pela equipe, que é o caso de uma equipe da UPA Morumbi, onde eles chegam e antes de começar os trabalhos fazem uma roda e começam a orar, acredito que todos seguem a mesma religião ou pelo menos observei que todos estavam de acordo com esse estilo de meditação antes de começar o plantão.

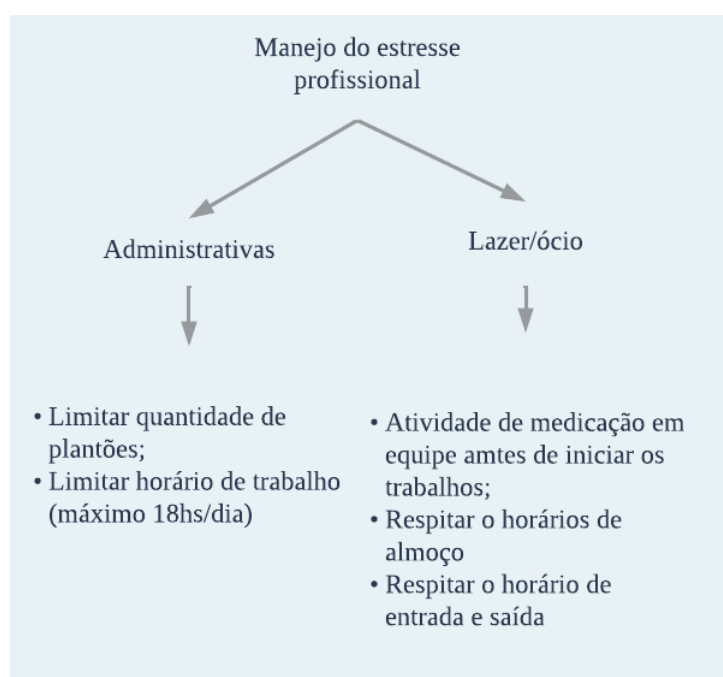
Em vista ao grande estresse dos médicos e a equipe toda, a possibilidade de uma consulta e acompanhamento psicológico seria ótimo dentro das unidades, um consultório para psicologia ocupacional. Existem vezes que os profissionais necessitam desabafar, expor o problema ou a inquietude para poder continuar mais tranquilos. Foi passada a ideia para o coordenador da UPA João Samek e concordou que seria uma ótima ideia para melhora os trabalhos dos médicos.

Também foi levantado como parte do estresse dos médicos, a demora e a falta de aceitação de transferência dos pacientes que precisam ir para um hospital de

referência. Existem pacientes graves ou com casos complicados que realmente necessitam atendimento do hospital de referência, mas isso não acontece, principalmente com os pacientes que são cardiopatas e precisam ir para o Hospital Ministro Costa Cavalcanti, mas não são aceitos passando a receber atendimento em um hospital que não é referência. Isto acontece muito e os pacientes e médicos precisam resolver. Acredito que deve existir maior comunicação entre os reguladores e uma reunião com o Doutor Coordenador, encarregado de aceitar os pacientes ou não, porque são muitos pacientes que não recebem o atendimento que necessitam, na qualidade que deveria pela demora de aceitar o caso e pela negação da vaga.

Todo isso vai gerando mais frustração no médico plantonista, sentindo-se de mãos atadas por não poder realizar com plenitude a seus labores.

**Figura 17.** Esquema de organização com itens específicos



**Fonte:** Autor

## 5 CONCLUSÃO

No presente trabalho foi descrito o fluxo das redes de urgência e emergência na cidade de Foz do Iguaçu- Pr, a importância de saber qual dos hospitais de referência encaminhar os pacientes e o que fazer nos casos graves, qual seria o primeiro atendimento e como acompanhar. Tudo isto foi mais fácil de entender com

os relatos de casos dos pacientes que precisavam ser encaminhados; os pacientes com abdome agudo, quadro clínico mais complexo encaminhados para o Hospital Municipal, os pacientes com alguma cardiopatia crônica descompensada, os pacientes com síndrome coronariana aguda precisam ser encaminhados para o Hospital Ministro Costa Cavalcante, como também as pacientes gestantes, por último os pacientes com doenças ou quadros psiquiátricos para internamento no HMPGL.

O estágio de urgência e emergência foi uma enorme porta à vida real do profissional de saúde, conseguimos aprender de perto com os pacientes internados tanto na sala amarela como na sala vermelha que seriam já os pacientes mais graves que precisam de estar monitorizados e na sala de procedimentos; realizando suturas, limpeza de feridas, extração de corpo estranho entre outros.

Além das habilidades técnicas aprendidas, o conhecimento teórico adquirido foi enorme, passamos da teoria à prática, observar e aprender as condutas, os medicamentos disponíveis nas farmácias, os exames que devem ser feitos e quais estão disponíveis, foram conhecimentos realmente da prática. Tudo isto foi criando confiança em cada um de nós, manejar o fluxo, saber o que fazer no momento exato permitiu ter maior confiança nos atendimentos com os pacientes, sentindo a responsabilidade que tínhamos nesse lugar naquele momento.

Foi o módulo mais marcante em toda a carreira, a pressão nas salas vermelhas e no PS do Hospital, ajudar em uma intubação, realizar AVC, estabilizar o paciente permitiu sentir a adrenalina do momento e entender como o trabalho em equipe é sempre a solução.

Por outro lado; foi escrito o relato acerca da minha experiência pessoal durante a pandemia pelo vírus covid19, que sem dúvidas meu estágio no programa O Brasil Conta Comigo serviu bastante no conhecimento teórico, prático e para humanizar meu caminho na medicina.

## REFERÊNCIAS

RODRIGUES, M. S. *et al.* Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva. **Revista de Medicina**, [S.L.], v. 96, n. 3, p. 187, 29 set. 2017. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/123442/133973>>. Acesso em: 22 jan. 2022.

ROST, N. S. Initial evaluation and management of transient ischemic attack and minor ischemic stroke. **Uptodate**. Cambridge. 10 jan. 2022. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-transient-ischemic-attack-and-minor-ischemic-stroke?search=avc%20isqu%C3%AAmico%20transit%C3%B3rio&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-transient-ischemic-attack-and-minor-ischemic-stroke?search=avc%20isqu%C3%AAmico%20transit%C3%B3rio&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)>. Acesso em: 20 jun. 2022.

BRANDÃO NETO, R. A. Rodrigo Antonio Brandão Neto. **Medicalnet**. São Paulo. jun. 2016. Disponível em: [https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/6773/cirrose\\_hepatica.htm](https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/6773/cirrose_hepatica.htm). Acesso em: 03 abr. 2022.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Hepatologia e Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **Manual de cuidados intensivos em HEPATOLOGIA**. Barueri - SP: Manole, 2014. Disponível em: <[https://sbhepatologia.org.br/wp-content/uploads/2017/10/Manual\\_Cuidados\\_Intensivos\\_em\\_hepatologia.pdf](https://sbhepatologia.org.br/wp-content/uploads/2017/10/Manual_Cuidados_Intensivos_em_hepatologia.pdf)>. Acesso em: 05 fev. 2022.

ANGELI, P. *et al.* EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. **Journal Of Hepatology**, [S.L.], v. 69, n. 2, p. 406-460, ago. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29653741/>. Acesso em: 15 maio 2022.

FOXMAN, B. Urinary Tract Infection Syndromes. **Infectious Disease Clinics Of North America**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 1-13, mar. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.idc.2013.09.003>. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24484571/>>. Acesso em: 21 maio 2022.

RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

HOOTON, Thomas. Infecção aguda complicada do trato urinário (incluindo pielonefrite) em adultos. **Uptodate**. Revisão da literatura atualizada 2021. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults?search=Infec%C3%B3n%20del%20tracto%20urinario&topicRef=8059&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults?search=Infec%C3%B3n%20del%20tracto%20urinario&topicRef=8059&source=see_link)>. Acesso em: 21 maio 2022.

HOOTON, Thomas. Cistite simples aguda em homens. **Uptodate**. Revisão da literatura atualizada 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/acute->

simple-cystitis-in-men?search=Infecci%C3%B3n%20del%20tracto%20urinario&topicRef=16109&source=see\_link>. Acesso em: 21 maio 2022.

VELASCO, Irineu Tadeu *et al.* Medicina de emergência: abordagem prática. Barueri, SP: Manole. 2017.

MEYRIER, A.; FEKETE, T. Prostatite bacteriana crônica. **Uptodate**. Revisão da literatura atualizada, 2021. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/chronic-bacterial-prostatitis?source=history\\_widget](https://www.uptodate.com/contents/chronic-bacterial-prostatitis?source=history_widget)>. Acesso em: 21 maio 2022.

COVISA. Manual de toxicologia clínica. **Orientações para assistência e vigilância das intoxicações agudas**. 1ª Edição. SP: Secretaria Municipal da Saúde, 2017. pag. 465.

HENDRICKSON, R. *et al.* Descontaminação gastrointestinal do paciente envenenado. **Uptodate** Revisão da literatura atualizada. 2021. Disponível em: <[https://www.uptodate.com/contents/gastrointestinal-decontamination-of-the-poisoned-patient?search=carv%C3%A3o%20ativado&source=search\\_result&selectedTitle=2~148&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/gastrointestinal-decontamination-of-the-poisoned-patient?search=carv%C3%A3o%20ativado&source=search_result&selectedTitle=2~148&usage_type=default&display_rank=1)>. Acesso em: 21 maio 2022.

MARTINS, R.; PEREIRA, J. C. **SUPURAÇÕES PERIANAIS ABCESSOS E FÍSTULAS ANAIS**. Lisboa: Rev Port Coloproct, 2010. Disponível em: <[https://www.spcoloprocto.org/uploads/recomendac807\\_o771\\_es\\_supurac807\\_o771\\_es\\_perianais.pdf](https://www.spcoloprocto.org/uploads/recomendac807_o771_es_supurac807_o771_es_perianais.pdf)>. Acesso em: 05 abr. 2022.

TURNER, S. V.; SINGH, J. **Perirectal Abscess**. Ilha do Tesouro: Nih Nlm Logolog In, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507895/>>. Acesso em: 05 maio 2022.

SPELMAN, D. Celulite e abscesso cutâneo em adultos: tratamento. **Uptodate**. 2021. Disponível no site <[https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-in-adults-treatment?search=celulite%20membro%20inferior&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-in-adults-treatment?search=celulite%20membro%20inferior&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)>. Acesso em: 05 abr. 2022.

BOLOGNIA, J. L. *et al.* Dermatologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.

LUPI, O. B. J. *et al.* Rotinas de Diagnóstico e Tratamento da SBD. 2ª ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN; 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica n. 37, Brasília, 2014.

OLIVEIRA, R.C. *et al.* Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. Ciências & Saúde coletiva 24 (1):295-306, 2019.

CORDIOLI, A. V. *et al.* Psicofármacos – consulta rápida. 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

MANTOVANI, C. *et al.* Manejo do paciente agitado ou agressivo. Rev Bras. Psiquiatr. 2010; 32

FRANCO, E. **e-book**. Intubação de sequência rápida. Aprenda como fazer. Sanar, BA, 2019.

BRASIL, Governo do Brasil. Cateterismo vesical de demora. Alagoas, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/cateterismo-vesical-de-demora>>. Acesso em 29 oct. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n 10 de 3 de janeiro de 2017. Brasília, 2017. Disponível no site: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010\\_03\\_01\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html)>. Acesso em 15 oct. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Síndrome de Burnout. Brasília, 2020 Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sindrome-de-burnout>>. Acesso em 18 nov. 2021.

Conselho Federal de Medicina. Portal de legislação. Resolução n 2079 de 14 de agosto de 201, 2014. Disponível no site: <<https://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/228323-unidades-de-pronto-atendimento-upas-24h-e-conguneres-dispue-sobre-a-normatizauuo-do-funcionamento-das-unidades-de-pronto-atendimento-upas-24h-e-conguneres-bem-como-do-dimen.html>>. Acesso em 15 oct. 2021.

FERRADA, P. MSD. Manual MSD Versão para profissionais de Saúde. Como fazer canulação da veia jugular interna. 2020. Disponível no site: <<https://www.msmanuals.com/pt/profissional/medicina-de-cuidados-cr%C3%ADticos/como-fazer-procedimentos-de-inser%C3%A7%C3%A3o-de-cateteres-venosos-centrais/como-fazer-canula%C3%A7%C3%A3o-da-veia-jugular-interna>>. Acesso em 10 oct. 2021.

LOURENÇO, R. Anatomia. Pescoço. Triângulo carotídeo. Ken Hub, 2021. Disponível em: <<https://www.kenhub.com/pt/library/anatomia/triangulo-carotideo>> Acesso em: Acesso em 25 oct. 2021.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada. Regulação Médica das urgências. 1 a Edição. Brasília, 2006.

PEBMED. Enfermeiro: passagem de cateter vesical de demora no paciente masculino, 2020. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/enfermeiro-passagem-de-cateter-vesical-de-demora-no-paciente-masculino/>>. Acesso em 25 oct. 2021.

UNAMUDO, MDRDL. MARCHINI, JS. Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. Medicina, Ribeirão Preto, 35: 95-101, 2002.