



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

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS:  
RELATÓRIO TÉCNICO DE VIVÊNCIAS NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
DO SUS EM FOZ DO IGUAÇU - PR**

**JUAN ESTEFANO VIVEROS GONZALEZ**

Foz do Iguaçu  
2022



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

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS:  
RELATÓRIO TÉCNICO DE VIVÊNCIAS NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
DO SUS EM FOZ DO IGUAÇU - PR**

**JUAN ESTEFANO VIVEROS GONZALEZ**

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

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu  
2022

JUAN ESTEFANO VIVEROS GONZALEZ

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS:  
RELATÓRIO TÉCNICO DE VIVÊNCIAS NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
DO SUS EM FOZ DO IGUAÇU - PR**

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

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Me. Flávia Julyana Pina Trench  
UNILA

---

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

---

Prof. Seidel Guerra Lopez  
UNILA

Foz do Iguaçu, 08 de agosto de 2022.

## TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Juan Estefano Viveros Gonzalez

Curso: Medicina

Tipo de Documento:

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> graduação | <input type="checkbox"/> artigo                                    |
| <input type="checkbox"/> especialização       | <input checked="" type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso |
| <input type="checkbox"/> mestrado             | <input type="checkbox"/> monografia                                |
| <input type="checkbox"/> doutorado            | <input type="checkbox"/> dissertação                               |
|   | <input type="checkbox"/> tese                                      |
|   | <input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais               |
|   | <input type="checkbox"/> _____                                     |

Título do trabalho acadêmico: Internato em Urgência e Emergência do SUS: Relatório técnico de vivências na Rede de Urgência e Emergência do SUS em Foz do Iguaçu – Pr.

Nome do orientador(a): Flavia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: 08 de agosto de 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, 08 de agosto de 2022.

---

Assinatura do Responsável

VIVEROS GONZALEZ, Juan Estefano. **INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS: RELATÓRIO TÉCNICO DE VIVÊNCIAS NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS EM FOZ DO IGUAÇU - PR.** 2021. 82 páginas. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

## RESUMO

O Internato de Urgência e Emergência do SUS do Curso de Medicina tem como objetivo a inserção do discente nos diferentes cenários que compõe a Rede de Urgência e Emergência do SUS na cidade de Foz do Iguaçu, permitindo desenvolver competências, habilidades e atitudes para conduzir situações clínicas com qualidade e eficiência. A estrutura desta Rede é de suma importância para a capacitação do discente, este fornece um cenário prático onde é possível sua participação ativa nas equipes de saúde, nas decisões clínicas ante cada paciente e na melhoria dos serviços de saúde. Por meio da integração do discente nestes serviços foi possível elaborar um relatório com o entendimento sobre a Rede de Urgência e Emergência nas Unidades de Pronto Atendimento e Hospital Municipal Padre Germano Lauck, elaborar 10 casos clínicos que contem fundamentação teórica e relevância na prática médica com o fim de expandir o conhecimento e aprimorar as habilidades médicas, relatos sobre a experiência do discente no cenário da pandemia do Covid 19, procedimentos invasivos realizados ao longo do estágio, e uma proposta de intervenção com o fim de contribuir na melhoria dos serviços, além disso conta com uma reflexão sobre o Código de Ética Médica, o qual é de suma importância seu conhecimento para o formando, permitindo estar respaldado de forma jurídica na sua prática médica. Foi possível no período do estágio desenvolver habilidades médicas como raciocínio clínico, procedimentos invasivos e refletir sobre o papel que o médico tem com a sociedade, com o fim de fornecer o melhor cuidado para nossos pacientes e melhorar a qualidade de atendimento nos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Medicina; Internato; Urgência; Emergência; Covid 19.

VIVEROS GONZALEZ, Juan Estefano. **PASANTIA EN URGENCIA Y EMERGENCIA DEL SUS: RELATÓRIO TÉCNICO DE EXPERIÊNCIAS EN LA RED DE URGÊNCIA Y EMERGÊNCIA DEL SUS EN FOZ DO IGUAÇU** - PR. 2021. 82 páginas. Trabajo de Conclusión de Curso (Graduación en Medicina) – Universidad Federal de Integración Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

## RESUMEN

El Internado Médico de Urgencia y Emergencia del SUS del Curso de Medicina tiene como objetivo la inserción del alumno en los diferentes escenarios que componen la Red de Urgencia y Emergencia del SUS en la Ciudad de Foz do Iguaçu, permitiendo desenvolver competencias, habilidades y actitudes para conducir situaciones clínicas con calidad y eficiencia. La estructura de la Red es de mucha importancia para la capacitación del alumno, fornece un escenario práctico donde es posible su participación en los equipos de salud, en las decisiones clínicas ante cada paciente y en la mejora de los servicios de salud. Por medio de la integración de los alumnos fue posible elaborar un relato con el aprendizaje sobre la Red de Urgencia y Emergencia en las Unidades de Rápido Atendimento y el Hospital Municipal Padre Germano Lauck, elaborar 10 casos clínicos que contienen fundamentación teórica y relevancia en la práctica médica con el fin de expandir el conocimiento y perfeccionar las habilidades médicas, relatos sobre la experiencia en el Covid 19, procedimientos invasivos realizados a lo largo de la pasantía y una propuesta de intervención con el fin de contribuir en la mejora de los servicios, aparte de esto contiene reflexión sobre el código de Ética Médica, el cual es relevante para el médico en formación como respaldo jurídico en su práctica. Fue posible en el periodo de la pasantía desenvolver habilidades medicas como el proceso clínico, procedimientos invasivos y reflexionar sobre el papel del médico con la sociedad, con esto para mejorar el cuidado para los pacientes y la calidad del atendimento en los servicios de salud.

**Palabras-clave:** Medicina; Pasantía; Urgencia; Emergencia; Covid 19.

VIVEROS GONZALEZ, Juan Estefano. **INTERNSHIP IN SUS URGENCY AND EMERGENCY: TECHNICAL REPORT ON EXPERIENCES IN THE SUS URGENCY AND EMERGENCY NETWORK IN FOZ DO IGUAÇU - PR.** 2021. 82 pages. Course Conclusion Paper (Graduation in Medicine) – Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguaçu, 2021.

## **ABSTRACT**

The Urgency and Emergency SUS Medical Internship has as its objective the insertion of students in the different scenarios that make up the Urgency e Emergency do SUS network in the city of Foz do Iguaçu, allowing them to develop competencies, skills, and attitudes to conduct clinical situations with quality and efficiency. The structure of this Network is of great importance for the training of students, it provides a practical scenario where their active participation in the health teams is possible, in the clinical decisions before each patient and in the improvement of the health services. Through the integration of students in these services, it was possible to prepare a report with an understanding of the Emergency and Emergency Network in the Prompt Care Units and Padre Germano Lauck Municipal Hospital, to prepare 10 clinical cases that contain theoretical foundations and relevance in medical practice as in order to expand or know and improve medical skills, stories about an experience in a Covid 19 pandemic scenario, invasive procedures carried out for a long time, and a proposal for intervention as an end to contribute to the improvement of services. He has a reflection on the Code of Medical Ethics, or which is of great importance to be known for or trained, allowing him to be legally supported in his medical practice. It was possible in the period of the stage to develop medical skills such as clinical reasoning, invasive procedures and reflect on the role that the doctor has in society, to provide or better care for our patients and improve the quality of care in our health services.

**Key-words:** Medicine; Internship; Urgency; Emergency; Covid 19

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Portas de entrada para a Rede de Urgência e Emergência.....	16
Figura 2 – Organização da RUE em Foz do Iguaçu.....	19
Figura 3 - Remanejamento no grupo de gestão.....	76



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Medicações usadas para IOT.....	57
Quadro 2 - Indicação de medicamentos para IOT segundo condição clínica.....	58
Quadro 3 - Medicamentos contidos no carrinho de parada.....	59
Quadro 4 - Medicamentos controlados disponíveis.....	60
Quadro 5 - Material para acesso venoso central.....	66
Quadro 6 – Passos para realização de acesso venoso central.....	67
Quadro 7 - Os 7 passos para IOT. ....	69
Quadro 8 - Materiais necessários para sondagem vesical.....	71
Quadro 9 - Procedimento de sondagem vesical no sexo masculino e feminino.....	71
Quadro 10 - Técnica de punção venosa periférica e arterial.....	73

## SUMARIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>1. OBJETIVOS</b> .....	<b>14</b>
2.1 Geral.....	14
2.2 Específicos.....	14
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	<b>15</b>
<b>3. REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS</b> .....	<b>16</b>
<b>4. CASOS CLÍNICOS</b> .....	<b>21</b>
5.1 Caso clínico 1 “Minha mãe caiu no banheiro”.....	21
5.2 Caso clínico 2 “Fui mordido por uma cobra”.....	26
5.3 Caso clínico 3 “Tive epilepsia”.....	29
5.4 Caso clínico 4 “Infecção na urina”.....	33
5.5 Caso clínico 5 “Parei de beber”.....	36
5.6 Caso clínico 6 “Sinto falta de ar”.....	39
5.7 Caso clínico 7 “Vomitei sangue”.....	43
5.8 Caso clínico 8 “Voltei por que não melhorou minha dor nas costas”.....	46
5.9 Caso clínico 9 “Formigamento nos pés”.....	49
5.10 Caso clínico 10 “Tenho alergia”.....	52
5.11 Escolha de medicações para Intubação Orotraqueal (IOT).....	57
<b>5. RELATO VIVENCIAL NA PANDEMIA DA COVID 19</b> .....	<b>61</b>
<b>6. PROCEDIMENTOS REALIZADOS AO LONGO DO MÓDULO</b> .....	<b>65</b>
7.1 Suturas.....	65
7.2 Acesso venoso central (AVC).....	66
7.3 Intubação orotraqueal (IOT) em Sequência Rápida de Intubação (SRI).....	68
7.4 Sondagem vesical.....	70
7.5 Punção venosa periférica / Punção arterial.....	72
<b>7. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....	<b>74</b>

<b>8. CÓDIGO DE ETICA MÉDICA .....</b>	<b>78</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>81</b>

## INTRODUÇÃO

A Rede de Urgências e Emergências (RUE), constitui uma rede de serviços interligadas que proporcionam atendimento pré-hospitalar e hospitalar em pacientes que se encontram em situação de urgência ou emergência, atendendo situações clínicas, cirúrgicas, traumatológicas e saúde mental, organizando os serviços de saúde para o gerenciamento do cuidado destes pacientes com o referenciamento acorde acolhimento inicial e classificação de risco (BRASIL, 2013, p. 13).

A RUE é composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Sistema de Atendimento Móvel a Urgências (SAMU), Serviço Integrado ao Trauma e Emergências (SIATE), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e unidades hospitalares de referência para diferentes situações clínicas. O SAMU e o SIATE funcionam como reguladores dos serviços da RUE, sendo o primeiro contato que deve avaliar a situação clínica do paciente e deslocar uma unidade móvel, após a chegada da equipe de suporte básico ou avançado, o paciente é triado novamente e comunicado ao regulador a condição clínica constatada, o fluxo do paciente dependerá da central de regulação, o qual definiria em qual centro assistencial o paciente será encaminhado, com o fim de fornecer tratamento o mais precoce possível (BRASIL, 2013, p. 25).

O módulo de Urgência e Emergência do SUS (UE), tem o objetivo de desenvolver competências, habilidades e atitudes nos atendimentos das principais condições prevalentes na atenção a urgência e emergência dentro dos serviços que compõem a RUE na cidade de Foz do Iguaçu, foi realizado plantões de 12 horas nos setores de sala amarela e sala vermelha das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) João Samek e Walter Cavalcante, além do setor de Pronto Socorro (PS) do Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), aulas no laboratório de simulações da Universidade Federal da Integração Latinoamericana (UNILA), com o fim de treinar os procedimentos mais realizados nesses locais de estágio, tendo uma aproximação ao cenário real da prática, e discussões realizadas nos distintos plantões com os plantonistas sobre procedimentos, manejo dos paciente e fluxos de encaminhamento.

Foi possível ao longo do estágio a realização de procedimentos, toma de condutas sob preceptoria dos plantonistas e fortalecer o aprendizado nos momentos em que existiam dúvidas, permitindo o estudo das situações clínicas de maior relevância no dia a dia com o fim de estar preparado para agir nestas situações, todos os pacientes admitidos eram avaliados e posteriormente discutido com os preceptores sobre a situação clínica, sempre foi solicitado o consentimento do paciente antes de

cada contato, sendo devidamente explicado o processo da consulta clínica e os procedimentos que serão realizados. Os plantonistas reforçavam pontos positivos e negativos dos atendimentos realizados, fazendo que seja possível ver as principais dificuldades e melhorá-las em próximas oportunidades, garantindo assim uma boa prática médica.

Além do já mencionado, este relatório contém experiências do estágio na RUE no cenário da pandemia da covid 19 e um apartado de reflexão sobre os pontos negativos do serviço com uma proposta de intervenção que pode ajudar a brindar maior qualidade nos atendimentos realizados.

## 1. OBJETIVOS

### 2.1 Geral

Desenvolver competências, habilidades e atitudes para conduzir com proficiência as principais condições prevalentes na atenção de pacientes na Urgência e Emergência nos diversos ambientes da Rede de Urgência e Emergência (RUE) do SUS, respeitando a legislação vigente e o código de ética médico (Pré-hospitalar, Unidade de Pronto Atendimento e Pronto-Socorro).

### 2.2 Específicos

- Estabelecer os aspectos éticos e legais do atendimento da Urgência e Emergência.
- Relacionar os protocolos assistências para as condições prevalentes de atendimento na urgência e emergência sistematizando o atendimento nos diferentes níveis de complexidade.
- Compreender os principais mecanismos fisiopatológicos das síndromes prevalentes na atenção de urgência e emergência.
- Identificar as situações clínicas, mas frequentes que envolvem risco de morte.
- Criar uma adequada revisão bibliográfica dos conteúdos de interesse do discente ou indicado pelos docentes e preceptores, para elaborar com originalidade trabalhos de revisão.
- Trabalhar em equipe com o fim de realizar uma assistência adequada no âmbito pré-hospitalar, de Pronto Atendimento e/ou Pronto Socorro aplicando os conceitos de biossegurança.
- Integrar os conhecimentos da farmacologia aplicada no tratamento das síndromes prevalentes na urgência e emergência.

## **2. METODOLOGIA**

As atividades do Modulo de Urgência e Emergência do SUS consistem na inserção do discente nos serviços de Urgência/Emergência na Cidade de Foz do Iguaçu, acompanhar os serviços das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com o fim de prestar assistência médica nos setores de consultórios, salas amarela e vermelha, também acompanhar o setor de Pronto Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) onde desenvolvera habilidades relacionadas com sua complexidade.

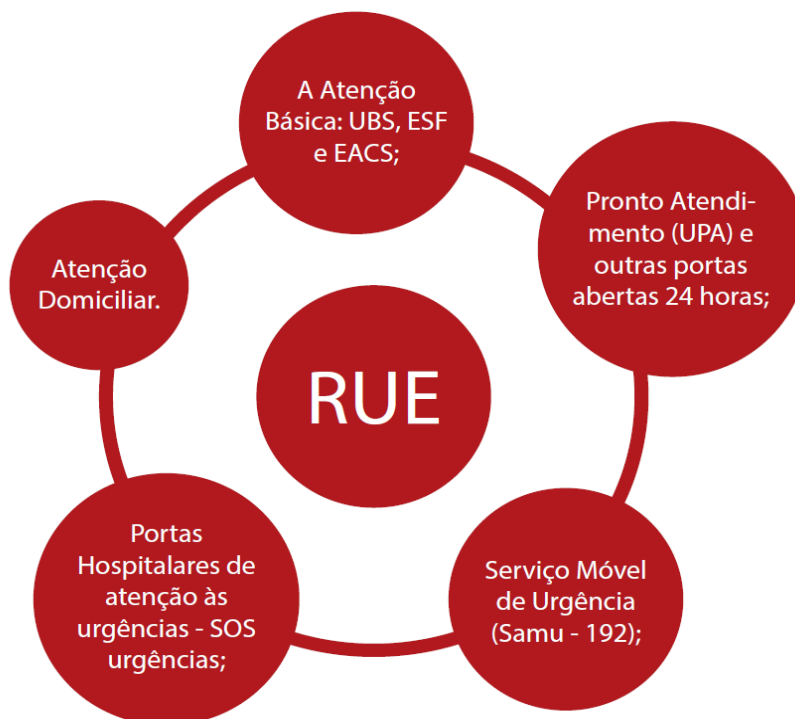
Além dos atendimentos realizados nos setores de Urgência e Emergência, o discente fara um relatório de atividades compondo seu entendimento sobre a Rede de Urgência e Emergência, 10 casos clínicos mais relevantes ao longo do seu estágio contendo discussões e fundamentação teórica, descrever suas experiencias no cenário pandêmico da covid 19, realizar procedimentos invasivos e propor intervenções que possam melhorar o serviço. Para seu desenvolvimento serão realizadas aulas no laboratório de simulação da Universidade Federal da Integração Latinoamericana (UNILA) sob orientações da docente, além de receber orientações para o estudo dos protocolos e fluxos mais utilizados na RUE nos diferentes setores dos serviços.

### 3. REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS

A Rede de Atenção a Urgências e Emergências (RUE) tem como porta de entrada (Figura 1) vários serviços estruturados e comunicados entre si com o fim de funcionar dentro de um fluxo regulado e efetivo para os usuários nas situações de urgência ou emergência, portanto a RUE é acionada por meio de protocolos estabelecidos com o fim de encaminhar os pacientes para uma rápida assistência médica no devido centro de referência, otimizando assim o tempo entre o início dos sintomas e o primeiro contato com a avaliação médica (UFMA, 2015, p. 7).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), urgência é uma situação imprevista de agravo da saúde que põe em risco a vida da pessoa, e emergência sendo a condição de saúde com risco iminente de vida precisando de atenção médica imediata (CFM, 1995), por meio do acolhimento e classificação de risco é possível ativar a RUE acionando os devidos fluxos de encaminhamento, seguindo a estrutura de regulação que é adotado em cada município com o fim de que o paciente receba avaliação médica e tratamento precoce, diminuindo os desfechos e proporcionando uma boa recuperação.

Figura 1 - Portas de entrada para a Rede de Urgência e Emergência.



Fonte: UFMA, Rede de Urgência e Emergência, 2015.



A Portaria N° 1.010, de 21 de maio de 2012, que Redefine as diretrizes para implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e sua Central de Regulação das Urgências, consiste em assistência móvel a pacientes com um agravo a saúde o qual chega de forma precoce até a vítima, para o acionamento desta estrutura de serviços é necessário ligar para o número 192, este envolve o centro de regulações de urgências o qual é composta por um médico que tem como objetivo fazer o acolhimento e classificação de risco do paciente e logo organizar os fluxos e protocolos de encaminhamento (BRASIL, 2012, p. 2), após a escuta inicial é deslocado uma Unidade de Suporte Básico (USB) ou Unidade de Suporte Avançado (USA), conforme indicação da equipe reguladora para prestar o atendimento inicial. Uma vez deslocado uma equipe e seja feito o primeiro atendimento, o socorrista comunica ao regulador o estado de saúde do paciente, e este conforme os fluxos de encaminhamento por classificação de risco, solicita deslocamento da unidade móvel para o centro de referência de maior complexidade que possa atender a vítima, podendo ser Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou hospitais que formam parte da RUE.

O Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE), tem como objetivo prestar atenção à saúde em diferentes ocorrências, acidentes de trânsito, ferimentos por arma de fogo ou arma branca, queimaduras, desabamentos ou soterramento, incêndios e salvamentos/resgate, para aciona-lo é necessário ligar para o número 193, a partir do início da comunicação com a Central de Operações do Corpo de Bombeiros (COBOM), entra em contato o rádio operador ou médico plantonista, o qual analisa a situação pelos dados oferecidos pela sociedade, regulando a estrutura da RUE, organizando suas ferramentas logísticas e tomando as melhores decisões com o fim de otimizar os fluxos de atendimento aos traumatizados. A partir da classificação de risco feito pelo SIATE é deslocado a quantidade necessária de socorristas e equipo logístico conforme a magnitude da ocorrência, com o fim de prestar atendimento pré-hospitalar a todas as vítimas de trauma, após o socorrista ter o contato inicial com a ocorrência e mensurado sua magnitude, este comunica com o COBOM o qual orienta encaminhar a/as vítimas para o atendimento nas UPAs ou hospitais que demandem sua complexidade, sendo assim uma excelente estratégia para diminuir os desfechos que possam causar os diferentes eventos traumáticos no âmbito pré-hospitalar.

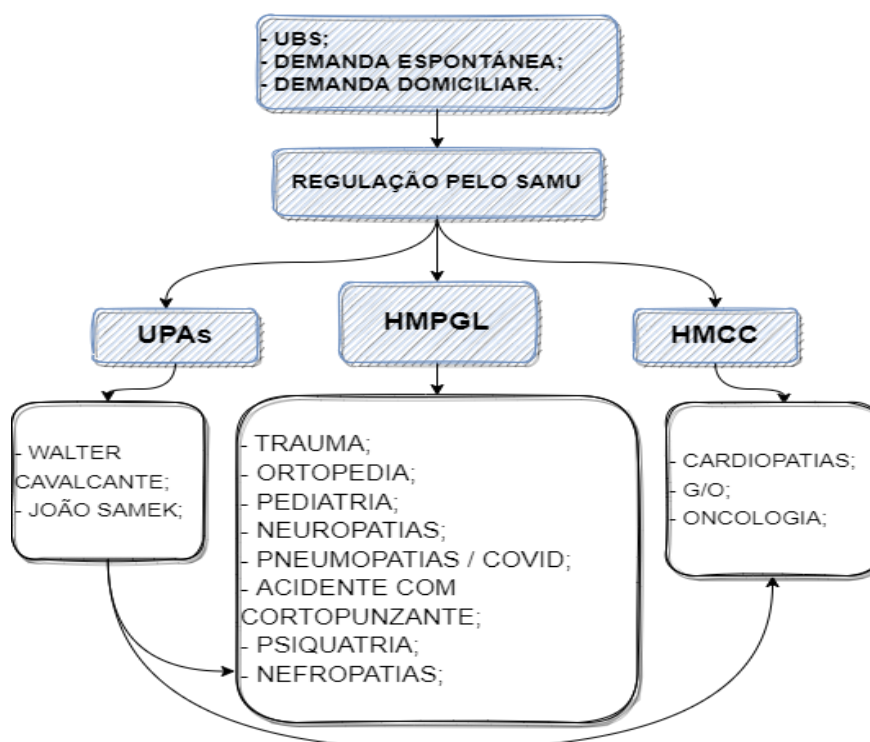
As UPAs são estabelecimentos de saúde de intermedia complexidade que funcionam 24 horas e são parte da RUE, sendo articulado com a Atenção Básica (AB), SAMU, SIATE e atenção hospitalar, o paciente pode procurar atendimento médico por demanda espontânea o por regulação do SAMU/SIATE, após realizado o acolhimento e classificação de risco o paciente é devidamente encaminhado para atenção médica, o objetivo das UPAs é prestar apoio diagnóstico e terapêutico conforme sua complexidade mantendo os pacientes em até no máximo 24 horas para diagnóstico ou estabilização clínica, acionando centros de referência e contrarreferência que formam parte da RUE para serviços de maior complexidade como rede hospitalar, ou encaminhar o paciente para tratamento ambulatorial nas UBS (BRASIL, 2017b, p. 2).

O setor hospitalar compõe a estrutura de maior complexidade na RUE, por se tratar de um ambiente que comporta com grandes recursos técnicos, como exames de imagem e laboratórios, leitos de UTI e ambulatorios, torna-se um ambiente limitado na sua capacidade de brindar atenção médica a todos os doentes, é por isso que foi criado em 2017 o Núcleo Interno de Regulação (NIR) que tem como objetivo a articulação com a RUE com o fim de fornecer tratamento para pacientes que precisam de maior complexidade e regulação dos leitos hospitalares (BRASIL, 2017a, p. 13). A capacidade do hospital deve ser utilizado de forma racional, com o fim de fornecer atenção médica ao maior número de pacientes, deve ser feita uma boa classificação de risco e escolher os pacientes que precisam de vaga hospitalar com maior urgência, previamente é solicitado que o paciente esteja estabilizado antes de ser aceita a vaga de transferência para o hospital, o médico que solicita a vaga deve informar todos os detalhes do paciente, sua situação clínica e seu prognóstico, sendo avaliado pelo NIR e aceitado conforme prioridade (BRASIL, 2017a, p. 19).

Muitas vezes o sistema hospitalar encontra-se saturado, sendo impossível aceitar novos paciente pelas limitações estruturais, entrando assim o conceito de vaga zero, no qual é garantido mesmo assim uma vaga para o paciente em risco de morte, porem este fica sob responsabilidade do médico regulador o qual deve fornecer todos os dados do quadro clínico para o médico da unidade hospitalar, sendo uma vez o paciente estabilizado é encaminhado para outro centro assistencial com vaga disponível por meio da regulação (CFM, 2014, p. 4).

No município de Foz do Iguaçu a RUE funciona conforme Figura 2, a UBS também faz parte da RUE sendo porta de entrada de muitos usuários acamados com complicações da doença de base, demandas como traumas por queda, acidentes com animais peçonhentos e até mesmo situações que possam colocar a pessoa em risco de morte, toda demanda inicial passa pela avaliação da regulação o qual envia uma unidade móvel para a atenção inicial do paciente e referência para o centro assistencial que demande a complexidade da situação. As UPAs na maioria dos casos são os centros pelos quais são referenciados a maioria dos pacientes, sendo a principal porta de entrada encaminhado pelo SAMU, SIATE ou demanda espontânea, após realizado o acolhimento e classificação de risco, este paciente segue o fluxo de atendimento conforme critério medico e no caso de precisar de atenção hospitalar é referenciado para o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) ou para o Hospital Ministro Costa Cavalcante (HMCC) dependendo da condição clínica. Muitas vezes a regulação encaminha os pacientes diretamente para os centros de referência sem passar pela UPA, isto já que o regulador tem a capacidade de avaliar a situação clínica do paciente e encaminhar diretamente para o setor hospitalar com a devida comunicação entre o médico plantonista do setor e confirmação de vaga disponível para o paciente pelo NIR.

Figura 2 – Organização da RUE em Foz do Iguaçu.



Fonte: Autor.

Ao longo do estágio foi possível presenciar como funciona a RUE na prática em Foz do Iguaçu, existe uma estrutura bem consolidada para o atendimento do paciente grave, uma ótima resposta pelo SAMU e SIATE os quais são participe fundamental na atenção pré-hospitalar, encaminhando o paciente o mais rápido possível para seu atendimento hospitalar, as UPAs são as estruturas de complexidade intermedia que funcionam muitas vezes como porta de entrada do paciente, a facilidade de acesso aumenta o número de usuários causando várias vezes largas filas de espera para ser atendido pelo médico, a ampliação da oferta de consultas poderia ser uma alternativa para a alta demanda de pacientes e poucos profissionais de saúde disponíveis no serviço, diminuindo assim o tempo de sofrimento do paciente, atualmente constitui um sistema resolutivo capaz de lidar com a maioria das patologias fornecendo atenção medica gratuita e de qualidade para todas a pessoas.

No âmbito hospitalar as condições de atendimento fornecem um tratamento especializado garantindo uma abordagem integral ao doente, a facilidade de aceder a recursos tecnológicos e laboratoriais para o diagnóstico, fazem que seja otimizado o tempo de resposta no tratamento do paciente, ao decorrer no módulo o local de estágio era o setor do Pronto Socorro (PS) do HMPGL, no qual o serviço era totalmente padronizado em protocolos, para cada situação que chegava no hospital existia um fluxo a ser seguido com a equipe multiprofissional o qual inclui médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e acadêmicos de medicina.

A maior limitação encontrada foi a pequena quantidade de leitos oferecidos para admissão de pacientes, no dia a dia era possível observar que o fluxo de solicitação de vaga hospitalar nas UPAs aumentava muito e andava bem divagar, sendo que muitas vezes pacientes que necessitam atendimento hospitalar, permanecendo nestas unidades por um tempo maior estipulado pela legislação, ficando assim a recomendação de ampliação de leitos hospitalares para melhorar o acesso destes pacientes.

## 4. CASOS CLÍNICOS

Ao longo do estágio foi possível ser participe de diversos atendimentos médicos, participar da coordenação do cuidado acorde a complexidade que demanda cada situação clínica. Este capítulo contém os casos clínicos mais vistos e de maior relevância para a prática médica, sendo estes presenciados várias vezes no decorrer do estágio nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Pronto Socorro (PS) do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, é de suma importância estar empoderado destes conhecimentos para fornecer uma atenção médica de qualidade, que tenha como objetivo diminuir os desfechos da doença e proporcione uma boa recuperação aos doentes.

### 5.1 Caso clínico 1 “Minha mãe caiu no banheiro”

- Anamnese

- Identificação: AAA, feminino, 79 anos, do lar, mora com o filho e a nora, aposentada e sedentária.
- História de doença atual (HDA): Paciente trazida para o serviço após ser encontrada pela manhã cedo pelo filho caída no banheiro há 5 horas atrás, ele refere que ao contatar com a mãe apresentava a parte esquerda do corpo sem força, tontura e a boca desviada para a esquerda, além disso mencionou que na noite anterior não apresentou nenhum sintoma similar, negando outras situações similares anteriormente. No momento difícil comunicação com paciente, porém consegue confirmar por meio de gesticulações ausência de cefaleia, febre, vômitos, sangramentos e sintomas respiratórios.
- História médica pregressa (HPP): Diabetes Mellitus tipo II (DM II). Nega alergia a medicamentos.
- Medicamentos de uso contínuo (MUC): Glibenclamida 5mg 1-0-1; Metformina 500mg 1-0-0.
- Hábitos de vida (HV): Nega tabagismo e uso de álcool.

- Exame físico

- REG, confusa e desorientada, acianótica, anictérica e afebril ao tato, hidratada e normocorada.
- SSVV: PA 175x69 // FC 58 // FR 18 // Tax 35,7°C // SatO2 98% em AA // HGT 108.

- AN: Glasgow 14 (AO 4; RV 4; RM 6). Força muscular e sensibilidade diminuída no hemicorpo esquerdo (grau 3), desvio de rima a esquerda. Escala NIHSS 12 pontos na admissão. Crânio normocefálico, ausência de retrações ou abaulamentos. Face assimétrica. Abertura palpebral ao comando verbal. Pupilas isocóricas e fotoreagentes. Pescoço com mobilidade preservada. Hemiparesia do lado esquerdo do corpo.
- ACV: BCNF, 2T, RR sem sopros. TEC < 3s, pulsos periféricos presentes, regular e simétricos.
- AP: MVUA, sem RA, sem esforço respiratório.
- ABd: Abdome plano, RHA +, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de peritonismo. Murphy e Blumberg negativos.
- Extremidades: Ausência de edema, quentes e perfundidas, sem sinal de empastamento de panturrilhas.

- Diagnóstico sindrômico

- Acidente Cérebro Vascular isquêmico (AVCi).
  - Secundário a trombo ocluindo artéria cerebral média?

- Diagnósticos diferenciais

- Acidente Isquêmico Transitório (AIT);
- Acidente Vascular Hemorrágico (AVCh);
- Síncope por hipoglicemia.

- Exames complementares

- Tomografia de Crânio (TC): Áreas hipodensas na região da artéria cerebral média direita, leve edema local na área de penumbra com pequeno desvio da linha média pelo edema cerebral, ausência de sangramentos e traumas cranianos.
- Radiografia de tórax (Rx): Sem alterações.
- ECG: Ritmo regular e sinusal, sem alterações no complexo QRS.

- Conduta frente ao caso

- Prescrito medidas para AVCi, ASS e clopidogrel;
- Solicitado exames de laboratório, TC de crânio, Rx de tórax, ECG e ecocárdio;
- Controle de sinais vitais, perfil neurológico, hemodinâmico e respiratório;

- Interação em leito de Unidade de Cuidados Progressivos (UCP)
- Reavaliar após resultados de exames complementares.

- Discussão do caso

Este cenário de sinais e sintomas é muito comum na prática clínica, é de forma diária que nos deparamos com esta situação, o AVCi constitui uma das doenças que mais causa morbidade e mortalidade na população, pelo qual é indiscutível a necessidade da Rede de Urgência e Emergência (RUE) ser um bom gestor destes pacientes, já que a rápida atuação médica promove a diminuição dos desfechos da doença, o rápido reconhecimento de potenciais fatores que colocam em risco a vida da população merece uma resposta por meio de fluxos para lograr ser efetivos no tratamento das mesmas.

O AVCi é uma condição de emergência caracterizado pela perda súbita da força muscular ou formigamento de um lado do corpo, face ou extremidades, dificuldade súbita de falar ou fala incompreensível, perda visual súbita de um ou ambos olhos, cefaleia súbita intensa sem causa aparente e tontura com perda do equilíbrio ou coordenação, primeiramente é necessário uma anamnese dirigida aos sintomas recentes, estabelecendo o exato momento do seu início, se o início dos sintomas começaram nas últimas 24 horas ou ao acordar é necessário tomar o tempo no qual o afetado foi visto por última vez sem sintomas, se os sintomas ocorreram de forma súbita no período de 24 horas é definido como AVCi agudo e se o tempo for maior é classificado como AVCi crônico, já quando ocorre a presença destes sintomas e desaparecem em 1 hora é classificado como AIT (BRASIL, 2020, p. 10).

O tempo de início dos sintomas ajuda na tomada de decisões com respeito a conduta clínica a ser adotada, se os sintomas começaram no período menor a 4 horas e 30 minutos, este poderá ser favorecido pela terapia trombolítica endovenoso, o qual desobstrui a artéria afetada restabelecendo o fluxo sanguíneo novamente, e diminuído a área de penumbra. A realização da escala de Cincinnati e a Escala de Coma de Glasgow (ECG) ajudam a identificar o quadro isquêmico agudo, uma vez aplicado estas escalas é necessário excluir outras condições clínicas que possam cursar com os mesmos sintomas, como hipoglicemia, epilepsia, demência ou dependência química (álcool), uma vez descartado estas condições o quadro tornasse muito sugestivo de AVCi, sendo necessário de forma urgente encaminhar o paciente para avaliação clínica (BRASIL, 2020, p. 11).

Uma vez no centro hospitalar o paciente deve ser submetido a uma reavaliação clínica, solicitado exames de imagem como TC, Rx, ou exames como ECG, coleta de parâmetros sanguíneos e estabilização clínica, o exame de TC deve ser feito em no máximo 10 minutos a chegada do paciente e em no máximo 30 minutos laudado e tomado os seguintes passos para o tratamento clínico, este exame é de suma importância para o início do trombolítico e descartar um AVCi. Se o acontecimento isquêmico aconteceu em um tempo menor que 4 horas deve ser realizado a escala do National Institutes of Health (NIH) com o fim de se obter parâmetros do dano causado pelo oclusão arterial e avaliar os critério para trombólise endovenosa com alteplase, os critérios de inclusão incluem o acontecimento isquêmico em qualquer área cerebral, início dos sintomas em tempo menor que 4 horas e 30 minutos, TC de crânio sem hemorragia e idade superior a 18 anos, os critérios de exclusão são vários, dos já mencionados anteriormente o contrário adicionando o uso de anticoagulantes orais com tempo de Pró-trombina (TP) menor que 15 segundos (RNI <1,7), uso de heparina nas últimas 48 horas com TTPa elevado, AVCi ou TCE nos últimos 3 meses, histórico de hemorragia intracraniana, PAS > 185mmHg ou PAD > 110mmHg em 3 medidas consecutivas, melhora completa dos sintomas, presença de varizes esofágicas, coagulopatias (plaquetas <100.000/mm<sup>3</sup>), gravidez ou finalmente Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) nos últimos 3 meses. Podemos ver uma lista imensa de contradições, sendo de suma importância uma boa anamnese antes de tomar as condutas de tratamento (BRASIL, 2020, p. 16).

A Alteplase 50mg/50mL é administrado a 0,9mg/kg com dose máxima de 90mg, 10% do volume deve ser em bolus e o restante em Bomba de Infusão Continua (BIC) no período de 1 hora, se paciente tiver alto risco de sangramento fazer 0,6mg/kg, com 15% do volume em bolus e o restante em BIC em 1 hora. Após iniciado este tratamento o paciente deverá ser devidamente monitorizado, feito ECG, coletar hemograma com atividade de protrombina, tempo parcial de tromboplastina ativada, plaquetas, eletrólitos e perfil renal, estabilizar paciente em casos de hipertensão arterial e se rebaixamento do nível de consciência, ou Glasgow < 8 proceder a Intubação Orotraqueal (IOT) com o fim de proteger as vias aéreas (BRASIL, 2020, p. 18).

Com respeito a situação clínica mencionada, podemos evidenciar que os sintomas iniciais da paciente são fortemente sugestivos de um AVCi, foi de suma importância estabelecer os sintomas iniciais e o tempo transcorrido desde seu início,



este paciente procurou atendimento por demanda espontânea no setor hospitalar, uma vez feito o contato inicial e estimado o tempo de início dos sintomas e descartados outras condições clínicas que possam cursar com os mesmos sintomas, percebemos que infelizmente estava fora da janela do uso do trombolítico, já que a paciente foi encontrada já com estes sintomas sem a possibilidade de evidenciar que ocorreram como mencionado pelo filho, de início há 5 horas atrás, o fato de não poder ser constatado que os sintomas começaram neste período de tempo, fez com que seja tomada a decisão de tomar como tempo de início dos sintomas a noite anterior ao acontecimento, já que a paciente estava sem sintomas naquele momento, sendo difícil descartar se os sintomas iniciaram durante o sono ou após ter acordado.

Foi analisado em conjunto com os preceptores qual seria melhor conduta para este quadro clínico, sendo solicitado então os exames de admissão e ativado o protocolo institucional de AVC para paciente com sintomas maiores que 4 horas, onde foi passado medidas de suporte clínico como hidratação, controle dos sinais vitais, uso de ASS via oral e Clopidogrel com o fim de diminuir a área de penumbra, os exames de laboratório e TC não indicaram critérios de exclusão para o uso de trombolítico, sendo que se estava na janela este seria feito e teria um maior resultado para o manejo deste paciente. O atendimento desta condição clínica me ajudou bastante a tirar dúvidas com respeito ao uso do trombolítico, já que tinha esquecido como dever ser utilizado e quando ser prescrito, os preceptores ajudaram a direcionar os protocolos pelo qual fui acompanhando a paciente, tive que relembrar também a aplicação da escala de NIH, o qual tinha totalmente negligenciado em toda minha condição de estudante, sendo que os preceptores deram uma intensa fundamentação teórica sobre fazendo com que seja possível perceber sua verdadeira importância no manejo dos sintomas do paciente.

O manejo desta paciente me ajudou a estar atento nos próximos atendimentos que cursem com esta patologia, sendo que conhecendo o fluxo interno do hospital e inserido nos cuidados dos pacientes, é possível melhorar o raciocínio clínico seguindo os protocolos já estabelecidos, fornecendo assim ao paciente um melhor tratamento e melhor prognóstico da doença, com certeza nas próximas vezes estarei mais preparado e com as competências mínimas atingidas.

## 5.2 Caso clínico 2 “Fui mordido por uma cobra”

- Anamnese

- Identificação: AAA, masculino, 39 anos, desempregado, mora com a mãe, sedentário.
- HDA: Paciente vítima de mordedura de cobra na região anterior do pé direito a aproximadamente 6 horas, refere que estava caminhando em direção da casa da vizinha quando sentiu que foi picado por uma cobra de cor preta, não forneceu maiores informações sobre o aspecto do animal o qual fugiu. Foi para a UPA onde fizeram atendimento inicial e logo foi encaminhado para nosso serviço. Relata muita dor na região, presença de edema, rubor e sensibilidade ao tato, relatou que teve 1 episódio de vomito antes de ir para a UPA, no momento nega febre, vômitos, diarreia, sangramentos e sintomas respiratórios.
- HPP: Ansiedade, déficit cognitivo. Nega alergia medicamentosa.
- MUC: Fluoxetina 20mg 1-0-0.
- HV: Nega tabagismo e uso de álcool.

- Exame físico

- REG, AAA, corado, hidratado e eupneico;
- SSVV: PA 158x100 // FC 73 // FR 16 // TAX 35,3C // SatO2 98% AA // HGT 123;
- AN: LOTE, Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotoreagentes, sem sinais focais.
- ACV: BCNF, 2T, RR, sem sopros. TEC < 3s, pulsos presentes, simétricos e rítmico.
- AP: MVUA, sem RA, sem esforço respiratório.
- ABd: Abdome plano, RHA +, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal.
- Ext: Quentes e perfundidas, sem sinal de empastamento de panturrilhas. Presença de 4 orifícios de entrada na região anterior do pé direito, associado a sinais flogísticos, dor a palpação e diminuição da sensibilidade local.

- Diagnóstico sindrômico

- Acidente ofídico

Sec a picada de jarara?

- Exames complementares

- Exame de laboratório: Hb 47,12 // Ht 47,20% // Leuco 16.810 // Neutrofilos 92% // Plaquetas 167.000 // Ur 59 // Cr 1,10 // Na 146 // K 4 // PCR inferior a 0,5 // KPTT incoagulável // TAP incoagulável // CPK 507.

- Conduta frente ao caso

- Iniciado suporte clínico e monitorização.
- Feito contato com CIATOX o qual fornece orientações de tratamento.
- Prescrito soro antibotrópico 8 ampolas.
- Vacina de difteria e tétano.
- Solicitado exames de admissão.
- Prescrito sintomáticos.
- Controle de diurese.
- Prescrito corticoide anti-histamínico e analgésicos.
- Mantido em sala de observação.

- Discussão do caso

As serpentes ou ofídicos são popularmente conhecidos como “cobras”, existem aproximadamente 442 espécies e 27 famílias no Brasil, dentre estas apenas 2 tem importância médica, sendo elas Viperidae que engloba o gênero *Bothrops* (Jarara), *Crotalus* (Cascavel), *Laschesis* (sucuru pico de jaca) e a familiar Elapidea com dois gêneros conhecidas como cobras corais verdadeiras (BRASIL, 2021a, p. 5). O veneno contido nestes animais podem causar diferentes sintomas, a nível local da mordedura podem causar inflamação e com isto sinais flogísticos como edema, rubor, calor e dor, podem ocorrer alterações hemorrágicas como sangramentos locais ou sistêmicos, além disso os fatores de coagulação são ativados gerando uma situação similar a Coagulação Intravascular Disseminada (CID), o efeito neurotóxico das toxinas podem causar paralisia motora pelo bloqueio neuromuscular mediada pela inibição da liberação de acetilcolina tanto nos neurônios pré-sinápticos como pós-sinápticos, efeitos miotóxicos também são esperados, a rabdomiólise leva a liberação de enzimas musculares que resultam nefrotóxicas (BRASIL, 2021a, p. 7).

É necessário realizar uma boa anamnese com o fim de obter melhor caráter do animal envolvido, além do exame físico e monitorização do paciente é necessário solicitar exames de laboratório com o fim de mensurar os componentes hematológicos

do paciente, solicitar hemograma, perfil renal, eletrolítico, coagulação, hepático, infeccioso e urina simples. O tratamento para a ação tóxica liberada no veneno dos ofídicos consiste primeiramente na identificação da espécie envolvida, segundo o Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIATOX), é de suma importância identificar de forma correta a espécie envolvida, sendo assim guiado o tratamento do paciente, é necessário estabelecer comunicação com o CIATOX o qual analisará o quadro clínico e orientará as medidas a serem realizadas, nesta situação no qual não foi possível estabelecer de forma correta a espécie envolvida, a orientação foi de estabilização clínica do paciente, seguido da administração de 8 ampolas de soro antiofídico EV com o fim de desativar as toxinas liberadas na mordedura, foi recomendado também a prescrição de hidrocortisona 10mg/kg, prometazina 0,5mg/kg e medidas de proteção gástrica.

Após as medidas iniciais serem realizadas é necessário manter o paciente sempre monitorizado, com o apoio de medicações analgésicas e reavaliações constantes com o fim de identificar possíveis instabilidades hemodinâmicas, neurológicas ou respiratórias. Pessoalmente não conhecia tudo o que envolve o tratamento desta situação clínica, foi um desafio admitir o paciente e coordenar os cuidados junto ao médico plantonista, após ter referido para ele que nunca tive contato com esta condição clínica, ele simplesmente me orientou de forma correta os passos a serem seguidos, após a conversa com o paciente e devolutiva ao plantonista ele recomendou ligar para o CIATOX, surpresa minha que tinha um interno sábado à noite no plantão telefônico, houve uma troca de experiências muito boa, já que ele também estava respondendo para uma preceptora a qual indicava o seguimento do caso, em quando o CIATOX avaliava o caso fui pesquisar sobre o assunto e consegui me empoderar deste conhecimento de forma mínima para conduzir o caso, após a devolutiva e orientações recebidas comuniquei o médico e foi indicado a infusão do soro antiofídico, minutos antes tínhamos olhado os exames laboratoriais os quais mostraram que o TAP e KPTT estavam incoaguláveis, CPK aumentado indicando leve rabdomiólise, marcadores renais levemente aumentados, porém o paciente estava estável e monitorizado, ao infundir o soro repetimos os exames de laboratório e surpresa nossa que o TAP e KPTT estavam próximos aos valores normais, apenas persistiram sinais de inflamação e dano muscular causados pela lesão local, dias após o paciente recebeu alta com encaminhamento para acompanhar de forma ambulatorial, felizmente uma situação concluída com sucesso.

### 5.3 Caso clínico 3 “Tive epilepsia”

- Anamnese

- Identificação: AAA, feminino, 58 anos, do lar, sedentária.
- HDA: Paciente encaminhado da UPA para o serviço hospitalar, segundo relato da acompanhante paciente teve desmaio há 4 dias, associado a perda da consciência sem poder lembrar o que aconteceu, após isto foi para a UPA sendo liberada com alta e tratamento domiciliar, há 3 dias começou com crise febril aferida de 42°C, calafrios e tremores (epilepsia sic), evoluindo para confusão mental após os tremores, discurso desorganizado e alucinações visuais, relata também que seu médico fez alterações nos medicamentos que usa para epilepsia. No momento da admissão paciente nega sintomas álgicos, febre, vômitos e sangramentos.
- HPP: Epilepsia desde os 7 anos de idade. Nega alergia medicamentosa.
- MUC: Gardenal 100mg 1-0-1; Carbamazepina 200mg 1-0-1; Urbanil 20 mg 1-0-1.
- HV: Ex-tabagista, fumou por 30 anos.

- Exame físico

- REG, AAA, hipocorada 1+/4+, desidratada 1+/4+, eupneica em AA;
- SSVV: PA 122x96 // FC 69 // FR 20 // TAX 38,1°C // SatO2 91% AA // HGT 80;
- AN: Confusa, porém colaborativa, Glasgow 14 (AO 4, RV 5, RM 5), diminuição simétrica da força muscular nos membros inferiores, diminuição da força muscular no MSD, sensibilidade tátil e dolorosa preservado em ambas as extremidades, sem sinais focais e sem desvio de rima.
- ACV: BCNF, 2T, RR, sem sopros. TEC < 3s, pulsos presentes, simétricos e cheios.
- AP: MVUA, sem RA, sem esforço respiratório.
- ABd: Abdome plano, RHA +, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal.
- Ext: Quentes e perfundidas, sem sinal de empastamento de panturrilhas e sem edema.

- Diagnóstico sindrômico

- Crise epiléptica

Delirium?

Infecioso? ITU, EAS com nitrito positivo, 80/campo leucócitos.

- Exames complementares

- LAB UPA: Hb 12,20 // Ht 36,80% // Leuco 5.180 // Plaquetas 141.000 // Ur 25 // Cr 0,80 // Na 144 // K 4,3 // PCR 5,3 // CPK 793. Urina I: Proteínas +; Hb ++; nitrito detectado; leucócitos 80/campo- presença de bactérias

- TC de crânio: sem alterações.

- Conduta frente ao caso

- Prescrito sintomáticos

- Solicitado exames de admissão.

- Prescrito ATB terapia iniciado na UPA, Ceftriaxona D4/D7.

- Hidratação EV de horário.

- Profilaxia gástrica.

- Devido agitação psicomotora e humor deprimido (insônia sic paciente) prescrito Diazepam 1cp ao deitar-se SN.

- Prescrito reposição de K oral.

- Mantenho MUC: ácido valproico e fenobarbital.

- Ponderar solicitar RM de crânio e punção lombar.

- Suporte clínico e reavaliação após exames de admissão.

- Discussão do caso

A crise epiléptica é a ocorrência de sinais e sintomas transitórios devido a atividade neuronal anormal, excessiva ou assíncrona no cérebro, a classificação é necessária para o manejo, a convulsão focal sem disfunção cognitiva é composta por crises focais que produzem sintomas motores, sensitivos, autônomos e psicológicos sem interferir na função cognitiva, pode ocorrer alterações sensoriais somáticas como parestesias, destelo luminoso e alucinações elaboradas, a convulsão focal com disfunção cognitiva cursa com alteração transitória da capacidade de manter contato normal com o médio externo, o paciente não consegue lembrar do acontecido antes da crise, normalmente alguma alteração sensorial antecede a crise, sendo conhecido como aura, no momento da crise é possível observar movimento de mastigação, deglutição ou comportamentos mais elaborados como gritar, correr ou sorrir, esta tende a durar de minutos até aproximadamente 1 hora, sendo incapaz de responder a ordens verbais (FMUSP, 2020, p. 746).

As crises tônico-clônicas tem um começo brusco, inicia com contrações musculares das extremidades que pode durar 10 a 20 segundos, logo após começa a fase clônica onde ocorre contrações e relaxamentos superpostos durante até 1 minuto, pode ocorrer do paciente ter liberação do esfíncter vesical ou intestinal, ausência de resposta e flacidez muscular, é comum também queixas de cefaleia, dor muscular e fadiga após a crise. As crises provocadas consistem em disfunção aguda ou transitória da excitabilidade neuronal, este tem um fator identificável como alteração eletrolítica, hipoglicemia ou hiperglicemia, insuficiência hepática, uremia, abstinência alcoólica e por uso de fármacos ou drogas ilícitas, tem causa reversível sendo nulo a recorrência uma vez corrigido o fator causal. Acontecimentos como Traumatismo Cranioencefálico (TCE), ACVi ou AVCh podem causar crises convulsivas no primeiros 7 dias iniciado o quadro, infecções do sistema nervoso, trombose ou infartos venosos também podem causar este tipo de convulsão o qual é definida como sintomática aguda, já a sintomática remota tem início após 7 dias iniciado os quadros clínicos já mencionados (FMUSP, 2020, p. 746).

Deve ser feito uma boa investigação sobre as características que antecedem a crise, assim como os que acontecem depois, com o fim de classificar a crise e tratá-la de forma correta, uma boa anamnese e exame físico neurológico pode afastar várias causas e ajuda a focar o raciocínio para chegar ao diagnóstico etiológico, a solicitação de exames complementares como perfil infeccioso, metabólico, renal, hepático, toxicológico e sorológicos ajudam a direcionar as causas específicas, exames de imagem tendem a mostrar possíveis alterações cerebrais, ou estruturais, que podem estar causando este quadro clínico, a coleta do Liquor muitas vezes é necessário para pensar em uma causa de origem infecciosa cerebral ou neoplasia (FMUSP, 2020, p. 749).

O tratamento consiste em realizar a monitorização do paciente, obter acesso venoso calibroso com coleta de exames e ofertar oxigênio caso seja necessário, se o paciente encontra-se na fase pós-ictal é necessário mantê-lo em observação, caso manifeste algum sintoma sugestivo a crise epilética pode ser iniciado com Diazepam EV 10mg/kg/dose podendo ser repetida até duas vezes, caso não seja possível conter a crise pode ser optado o uso de Midazolam IM 10mg se peso for maior que 40kg, não sendo recomendado repetir a dose por risco de rebaixamento do nível de consciência ou depressão cardiorrespiratória. Para evitar novas crises provocadas até que seja

solucionado a causa de base, pode ser feito Fenitoína em dose de ataque 15-20mg/kg ou em BIC a velocidade de 50mg/min (FMUSP, 2020, p. 754).

Segundo as classificações mencionados anteriormente, a paciente pode ter sofrido uma crise convulsiva focal associado a perda da cognição, sendo os sintomas sugestivos a amnesia lacunar, tremores e alucinações visuais, o manejo inicial realizado consistiu na estabilização inicial do paciente para poder avaliar as causas de base que desencadearam a crise, uma hipótese inicial discutido com o médico plantonista foi que a causa base poderia ser de origem infeccioso de foco urinário, o qual estava presente no resultado de urina da paciente, porem outras causas como a alteração da medição anteriormente a crise feita pelo médico neurologista da paciente poderia ter iniciado o quadro, a paciente foi internada com o intuito de melhor pesquisa da etiologia da doença.

O fluxo de tratamento discutido com a medica foi totalmente apropriado para a paciente, foi feito a estabilização clínica e monitoramento da paciente e logo solicitado os exames de laboratório e de imagem, foi prescrito os principais medicamentos utilizados para conter as crises e continuado o medicamento iniciado para ITU na UPA com o fim de ir diminuindo as possíveis causas infecciosas que possam estar relacionadas com o quadro, por último também foi pensado em solicitar uma RM para analisar com mais detalhes possíveis causas estruturais do cérebro que possam estar relacionados com o histórico de crises desde os 7 anos de idade da paciente. A abordagem integral que fornece o setor hospitalar colabora com o correto manejo dos pacientes, sua complexidade determina o curso da doença e a qualidade do tratamento e do estilo de vida que serão levados em diante.

Cabe mencionar que tive uma experiencia muito construtiva com os médicos plantonistas da UPA com respeito a abordagem da crise epilética, a medica tinha feito várias perguntas sobre o tema e não conseguia lembrar nada sobre meus anteriores estudos, sendo que ela sugeriu preparar uma mini apresentação e compartilhar meus estudos com os internos e outros médicos, conforme solicitado pela medica fui atrais dos meus antigos resumos e preparei o conteúdo a ser ministrado, no seguinte plantão que fiz com ela desde o início começou e me cobrar sobre o tema, e no final do plantão nos reunimos e começamos a discutir sobre o tema, fato que me fez aprender de forma definitiva a abordagem do paciente com crises convulsivas.



#### 5.4 Caso clínico 4 “Infecção na urina”

- Anamnese

- Identificação: AAA, masculino, 56 anos de idade, acamado, mora na casa do filho.
- HDA: Paciente apresenta disuria de início há 15 dias acompanhado de alteração em coloração da urina, aumento da necessidade de micção com sensação de não esvaziamento vesical e com períodos intermitentes de febre, fez uso de Nitrofurantoina há 1 semana sem melhora dos sintomas, vem para o serviço para reavaliação médica. No momento nega febre, vômitos, sangramentos e sintomas respiratórios, relata muito desconforto na zona genital e ardência no canal da urina.
- HPP: Nega HAS, DM 2 e alergia a medicamentos.
- HV: Ex-tabagista, fumou por 20 anos aproximadamente 40 cigarros dia, nega etilismo.

- Exame físico

- BEG, AAA, corado, hidratado e eupneico;
- SSVV: PA 116x62 // FC 52 // FR 19 // TAX 36,6C // SatO2 94% AA // HGT 83;
- AN: LOTE, Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotoreagentes, sem sinais focais.
- ACV: BCNF, 2T, RR, sem sopros. TEC < 3s, pulsos presentes, simétricos e rítmico.
- AP: MVUA, estertores em base pulmonar direita, sem esforço respiratório.
- ABd: Abdome plano, RHA +, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal.
- Ext: Quentes e perfundidas, sem edema e sem sinal de empastamento de panturrilhas.

- Diagnóstico sintomático

- Infecção do Trato Urinário (ITU)  
    Sec a resistência a ATB?

- Exames complementares

- LAB: Hb 10,90 // Ht 34,70% // Leuco 6.300 // Plaquetas 238.000 // Ur 22 // Cr 0,70 // Na 143 // K 4,4 // PCR 3. Urina I: Hb +; nitrito detectado; leucócitos 25/campo; presença de bactérias. Urocultura com antibiograma positiva para E.Coli, sensível para ciprofloxacino e ceftriaxona.

- Conduta frente ao caso
  - Solicitado exames de rotina, hemograma, urina, perfil eletrolítico, infeccioso e renal.
  - Iniciado Ceftriaxona 2mg dia por 7 dias.
  - Prescrito sintomáticos e SVD.
  - Controle de sinais vitais e reavaliação após resultado de exames laboratoriais.
  - Ponderar alta para seguimento do tratamento via ambulatorial se melhora, ponderar solicitar vaga hospitalar caso quadro clínico não melhore.

- Discussão do caso

A ITU é definido pela presença de patógenos microbianos presentes no trato urinário, sua classificação pode ser pelo local onde se encontra a proliferação bacteriana, quando presente no bexiga consiste em uma cistite, quando essas bactérias conseguem progredir pelos ureteres e invadem o rim este quadro clínico passa a ser uma pielonefrite, afetando diretamente os rins e podendo se espalhar por meio do sangue para outros órgãos. A bacteriúria pode ser assintomática como sintomática, o agente mais frequente encontrado em amostras de urina e a *E. Coli*, sendo responsável pela etiologia da maioria dos casos, outros agentes bacterianos envolvidos são a *Klebsiella spp*, estreptococos do grupo B e a *Candida spp*. Os sintomas mais comuns associados a ITU são disuria, polaciúria, dor abdominal e febre, os sintomas graves podem estar relacionados com piúria, febre intensa, vômitos, sinais de sepse, rebaixamento do nível de consciência, sinal positivo para a manobra de Giordano, indicando fortemente uma pielonefrite em curso (FMUSP, 2020, p. 620).

Após o reconhecimento desde sintomas pela anamnese e exame físico, é possível diagnosticar cistite de forma clínica, sendo os exames de laboratório um suporte para guiar o tratamento correto, é necessário solicitar um hemograma, perfil renal, eletrolítico, infeccioso e urocultura com antibiograma com o fim de poder guiar o tratamento com Antibiótico (ATB) específico para o agente patógeno, o exame de urina pode revelar a presença de nitrito sugerindo assim a presença de bactérias na urina. O tratamento pode ser feito de forma empírica sem o resultado da urocultura com antibiograma, de forma a não retrazar o tratamento na espera da mesma, os ATB podem ser Nitrofurantoina 100mg a cada 12 horas por 5 dias; Norfloxaxino 400mg a cada 12 horas por 3 dias; Amoxicilina com Clavulanato 500/125mg a cada 12 horas

por 7 dias; Ciprofloxacino 250mg a cada 12 horas por 3 dias e Ceftriaxona 1 a 2g a cada 24 horas por 7 dias (FMUSP, 2020, p. 642).

Paciente que não melhorar com os medicamento mencionados devem ser referenciados para investigação em unidade hospitalar, sendo oferecido para o paciente um leito de internação com o fim de poder manejar possíveis complicações que possam colocá-lo em risco, além de iniciar terapias com ATB com maiores espectros e ter uma estrutura prepara caso o paciente evolua para um quadro séptico que precise de leito de terapia intensiva.

Após ter analisado o prontuário do paciente foi possível perceber que este recebeu alta do último atendimento sem o resultado do antibiograma, o qual mostrou que somente alguns medicamentos eram sensíveis para combater a infecção, fato pelo qual o paciente voltou a procurar atendimento médico, já que o antibiótico empírico não fazia efeito. No momento do contato inicial com o paciente era possível ver sua preocupação com a situação clínica, foi solicitado para a equipe de enfermagem a sondagem de alívio com o fim de melhorar os sintomas e iniciado medicamentos sintomáticos para diminuir seu sofrimento. O paciente foi mantido em observação após iniciado o novo ATB com o fim de evitar que venha a descompensar no tratamento domiciliar e reavaliado com os exames laboratoriais atualizados, sendo que o tratamento iniciado pela equipe foi de suma importância para diminuir possíveis desfechos no paciente.

É frequente ver pelo menos 1 caso com esta condição clínica de forma diária, que por mas que possa ser fácil de tratar, com um descuido podemos comprometer a qualidade de vida dos pacientes, este foi um dos vários atendimentos pelo qual fui responsável com a equipe na condução do tratamento, sendo que primeira vez me encontrei nesta situação de resistência a ATB, tive que revisar os medicamentos que podem ser prescritos e escolher o melhor para resolver a demanda deste paciente, após reavaliação foi possível perceber a melhora clínica do paciente, sendo liberado de alta para tratamento domiciliar e acompanhamento ambulatorial, com as devidas orientações em caso de piora dos sinais e sintomas.

## 5.5 Caso clínico 5 “Parei de beber”

- Anamnese

- Identificação: AAA, masculino, 48 anos, desempregado.
- HDA: Paciente relata que há 1 semana parou o consumo de álcool de forma brusca, relata ser alcoólatra há 30 anos, consumindo 4 latinhas de cerveja de forma diária, há dois dias atras começou com quadro de tremores de MS e perda da força muscular dos MI, associado a muita ansiedade, sudorese e ânsia de vômito. No momento nega vômitos, sangramentos, diarreia e sintomas respiratórios, reclama de tremores no MS e de muita ansiedade, diurese e evacuações presentes e fisiológicas, boa aceitação da dieta via oral.
- HPP: Nega comorbidades. Nega alergia medicamentosa.
- HV: Estilista há 30 anos, 4 latinhas (aprox 1L) de forma diária, tabagista há 18 anos.

- Exame físico

- REG, AAA, hipocorado 1+/4+, hidratado e eupneico em AA, ansioso e sudorético.
- SSVV: PA 110x70 // FC 60 // FR 19 // TAX 3,9C // SatO2 99% AA // HGT 104;
- AN: LOTE, Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotoreagentes, sem sinais focais.
- ACV: BCNF, 2T, RR, sem sopros. TEC <3s, pulsos presentes, simétricos e rítmico.
- AP: MVUA, sem RA, sem esforço respiratório.
- ABd: Abdome plano, RHA +, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal, Blumberg e Murphy negativos.
- Ext: Quentes e perfundidas, sem sinal de empastamento de panturrilhas, sem edemas. Membros superiores trementes

- Diagnóstico sintomático

- Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA)

- Exames complementares

- LAB: Hb 13,20 // Ht 39,40% // leuco 5.600 // Plaq 320.000 // Cr 0,50 // Na 141 // K 3,9 // Amilase 73 // Lipase 352 // TGO 326 // TGP 106 // Urina I: presença de uratos amorfos ++ e ácido úrico +.

- Conduta frente ao caso
  - Prescrito sintomáticos, Tiamina e Diazepam.
  - Acompanhamento para tratamento em ambulatório na UBS.
  - Reavaliar após resultado de exames.
  - Alta com orientações e medicamentos para controle da abstinência.
  - Orientações sobre sinais e sintomas, retorno se necessário.

- Discussão do caso

A Síndrome de abstinência alcoólica é o conjunto de sinais e sintomas causados pela suspensão abrupta do consumo de bebidas alcoólicas, esta síndrome é caracterizado pelo início de taquicardia, tremores, ansiedade, sudorese, agitação, alucinações e até crises convulsivas, após a suspensão abrupta de pelo menos 6 horas no uso de álcool. O delirium tremens pode iniciar nas primeiras 48 a 96 horas após a interrupção do uso de álcool, podendo durar até no máximo 14 dias, a ingestão aguda de álcool leva a uma liberação de opioides endógenos causando euforia e reforço para seguir continuando seu uso, seguido por ativação de receptores GABA e inibição dos receptores de glutamato, com o uso crônico do álcool ocorre alterações no número e funções dos receptores sendo que a retirada abrupta provoca um estado de desequilíbrio entre receptores inibitórios e excitatórios o que leva ao estado de hiperexcitabilidade neuronal (FMUSP, 2020, p. 1196).

O início dos sintomas pode ocorrer de 6 a 24 horas após o último consumo de álcool, as crises convulsivas podem ocorrer nas primeiras 12 a 48 horas após a última ingestão, a crise mais presente é a de tipo tônico-clônico. É necessário a solicitação de exames de laboratório com o fim de excluir outras situações clínicas que possam ter os mesmos sintomas da crise por abstinência, entre eles um hemograma, glicemia, eletrólitos, ureia, creatinina, sódio, potássio e cálcio. Estes pacientes normalmente têm vários distúrbios eletrolíticos associado à descarga adrenérgica, sendo necessária hidratação venoso para repor estes eletrólitos com 1 a 2 litros de solução fisiológica, deve ser feito também a prescrição de tiamina para prevenir a Síndrome de Wernicke, causado pela deficiência de tiamina nos alcoólatras, a dose recomendada é de 110-200mg IM 1 a 2 vezes ao dia, o Diazepam 5 a 10mg VO a cada 6 horas pode ajudar nas alucinações, tremores e ansiedade, deixando o paciente mais calmo, escalonando as doses sem rebaixar seu nível de consciência (FMUSP, 2020, p. 1201).

A abordagem da SAA deve iniciar com a coleta da história clínica, se possível, e um exame físico com o fim de poder caracterizar de forma correta os sinais e sintomas envolvidos, já que muitas vezes podemos encontrar situações em que o paciente minimiza certos sintomas ocultando a progressão da doença, isto pode acarretar a uma falha do tratamento inicial, o qual pode levar a piora clínica do paciente. A avaliação inicial feita ajudou a caracterizar o quadro como leve já que o paciente estava com tremores, ansiedade e vômito, sem perda da orientação espacial e sem alucinações, após a anamnese e exame físico foi iniciada medidas de hidratação e infusão de medicamentos para amenizar estes sintomas, o uso do Diazepam e Tiamina de forma escalonada proporcionou conforto ao paciente, podendo este referir melhora no quadro após reavaliação. O exame de laboratório não revelou alterações eletrolíticas, pelo qual foi mantido o soro somente para infusões de medicamentos ou correção de desidratação se necessário, além disso os perfis hepáticos estavam levemente alterados, podendo ser sugestivo de hepatopatia alcoólica, pelo qual o paciente deveria de forma ambulatorial dar seguimento ao caso.

Após reavaliações sobre o estado neurológico e hemodinâmico o paciente estabilizou o quadro inicial caracterizado pelo delírio tremes, pelo qual foi de alta com orientações sobre os sintomas, sem ser feito o devido encaminhamento para seguimento ambulatorial e medicação para as possíveis crises que possam acontecer se continuar em abstinência, muitas vezes esta situação é tratada com certa estigma, já que pacientes com esta situação clínica muitas vezes são considerados uma carga de trabalho, porém detraís de cada pessoa existe uma vida e a gente nunca sabe os fatores pelos quais esta pessoa está nessa situação, além do SAA existem outras comorbidades descompensadas, patologias latentes e condição socioeconômica vulnerável, é nosso dever selar pela saúde destas pessoas, sendo uma boa oportunidade para organizar os serviços da RUE com o fim de proporcionar as ferramentas para seu tratamento e sua reinserção social.

## 5.6 Caso clínico 6 “Sinto falta de ar”

- Anamnese

- Identificação: AAA, feminino, 65 anos, do lar, mora com a família.
- HDA: Paciente trazida pelo SAMU após apresentar falta de ar progressivo em repouso de início há 4 dias, há 2 dias apresenta piora do quadro associado a tontura, dor epigástrica e enjoos. No momento nega febre, vômitos, sangramentos e síncope, refere muita falta de ar, pouco comunicativa e confusa.
- HPP: HAS, DM 2, Hipotireoidismo. Nega alergia a medicamentos.
- MUC: Metformina 850mg 1-1-1; Glibenclamida 5mg 1-0-1; Losartana 50mg 1-0-0; Levotiroxina 75mcg 1-0-0; Omeprazol 20mg 1-0-0.
- HV: Nega tabagismo e uso de álcool.

- Exame físico

- REG, AAA, hipocorada 1+/4+, desidratada 1+/4+, taquipneica em AA;
- SSVV: PA 184x85 // FC 124 // FR 22 // TAX 36,6C // SatO2 98% AA // HGT 140;
- AN: Confusa e orientada, Glasgow 14, pupilas isocóricas e fotoreagentes, sem sinais focais.
- ACV: BCNF, 2T, RR, sem sopros. TEC < 3s, pulsos presentes, simétricos e rítmico.
- AP: MVUA, presença de estertores em bases pulmonares, leve esforço respiratório.
- ABd: Abdome globoso, RHA +, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal.
- Ext: Quentes e perfundidas, edema em ambos MI 2+/4+, sem sinal de empastamento de panturrilha.

- Diagnóstico sindrômico

- Insuficiência Cardíaca Descompensada (IC).  
    Sec a Congestão (ICC).

- Exames complementares

- Rx: cardiomegalia presente, sem outras alterações.
- ECG: Ritmo sinusal, regular, sem alterações no complexo QRS em toras as derivações.

- Conduta frente ao caso
  - Iniciado medidas para IC.
  - Monitorização de sinais vitais.
  - Prescrito furosemida e analgésicos.
  - Prescrito medidas broncodilatadoras se necessário.
  - Solicitado ECG, Rx de tórax e sondagem vesical para controle de diurese.
  - Internada em sala de Observação.
  - Reavaliação após exames de laboratório e sinais vitais.

- Discussão do caso

Insuficiência cardíaca é uma síndrome caracterizada pela alteração funcional ou estrutural cardíaca que ocasiona suprimento sanguíneo inadequado, sendo a diminuição do débito cardíaco a qual influencia no início dos sintomas, os sintomas mais comuns são a dispneia que piora de forma progressiva com o tempo, sendo de início a grandes esforços e evoluindo para dispneia em repouso, fadiga, hipotensão e disfunções de órgãos podem estar presentes, no exame físico é possível perceber a presença de estertores pulmonares sugerindo congestão e causado a dispneia com sensação de afogamento, outro sinal de congestão e o edema nas extremidades, o qual pode ser encontrado tanto em membros superiores como inferiores, suas causas são múltiplas e sua investigação etiológica proporciona maior taxa de sucesso no seu tratamento, entre as causas etiológicas podemos encontrar Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), emergência hipertensiva, valvulopatias, taquiarritmias e bradiarritmias, Tromboembolismo pulmonar (TEP), abuso de drogas, álcool e tabagismo, disfunção tireoidiana, diabetes descompensado, lesão cerebral, gravidez e outros, uma causa que destaca é a falta aderência ao tratamento de doença de base, o qual pode precipitar o aparecimento da descompressão (FMUSP, 2020, p. 403).

Para seu diagnostico pode ser utilizado a escala de Framingham o qual envolve os seguintes sintomas, os critérios maiores são dispneia paroxística noturna, distensão jugular, crepitações pulmonares, Rx com evidencia de cardiomegalia, edema agudo de pulmão, reflexo hepatojugular, perda de peso maior que 4,5kg em 5 dias, os critérios menores incluem edema bilateral de membros inferiores, tosse noturna, derrame pleural, dispneia ao esforço e FC maior que 120bpm, a presença de



2 sintomas maiores e 1 menor indica IC. O diagnóstico é clínico baseado na história da doença e no exame físico, exames complementares podem ser solicitados, Rx de tórax, ECG, Creatinina e Ureia, gasometria arterial, D-dímero, Peptídeo natriurético cerebral do tipo B, Troponina, Sódio, Potássio e um Ecocardiograma, o hemograma e perfil de coagulação são essenciais, a solicitação de exame de urina deve ser feita assim como a sondagem vesical com o fim de verificar a volemia e a diurese (FMUSP, 2020, p. 404).

O resultado de BNP < 400pg/mL ou NT-pro-BNP >2000pg/mL tornam o diagnóstico muito provável, a associação dos dados clínicos, exames de imagem ou laboratório e a escala de Framingham podem confirmar o diagnóstico da presença de IC, é necessário investigar a causa base que levou ao paciente a esta alteração hemodinâmica para direcionar o tratamento inicial e lograr estabilização clínica. É possível classificar os pacientes conforme os sintomas apresentados e o grau de congestão e perfusão tecidual, conforme isto também pode ser iniciado o tratamento clínico e estabilização hemodinâmica (FMUSP, 2020, p. 408). O tratamento inicial consiste em monitorar o paciente, fornecer oxigênio se necessário e coletar exames de laboratório, o alvo e prestar suporte ao perfil hemodinâmico com o fim de estabilizar o quadro agudo e fornecer um tempo maior para investigação da causa base.

- A. Quente e seco (sem congestão e boa perfusão periférica): não precisa de internação, titular medicações de IC e considerar tratamento ambulatorial, correção de distúrbios eletrolíticos se necessário.
- B. Quente e congesto (congestão com boa perfusão periférica): Iniciar diuréticos devido a congestão, pode ser feito Furosemida 0,5-0,1 mg/kg/dose, os vasodilatadores diminuem a pré e pós-carga e podem ser utilizados concomitante a IECA, BRA ou Hidralazina, a Nitroglicerina 0,3mcg/kg/min em máximo 200mcg e o Nitroprussiato 0,3mcg/kg/min até 10 podem ser utilizados.
- C. Frio e congesto (congestão com alteração de perfusão periférica): Não utilizar IECA e betabloqueadores em paciente hipotensos, utilizar diuréticos de alça e vasodilatador em caso de hipotensão grave, considerar inotrópicos em caso de oligúria, alteração da consciência e extremidades frias e mal perfundidas, se hipertenso vasodilatadores intravenosos, se choque cardiogênico com hipotensão Noradrenalina 0,2-1 mcg/kg/min, iniciar Pressão Arterial Invasiva (PAM) com alvo de pressão de 65mmHg.

D. Frio e seco (sem congestão, mas com alteração de perfusão periférica): a maioria dos pacientes encontrasse hipovolêmica, a reposição volêmica muitas vezes é necessária para resolver o quadro, em caso de não resposta inotrópicos se necessário, se alterações eletrolíticas corrigir deficiências.

Com respeito ao paciente atendido, segundo a classificação de Framingham o diagnóstico de IC é positivo, sendo que conta com dispneia em repouso, Rx compatível com cardiomegalia, crepitações em bases pulmonares, edema de membros inferiores e taquicardia, seu perfil hemodinâmico então corresponde ao tipo B, quente e congesto, sendo então justificado o início do tratamento com Diuréticos, além disso a paciente encontrava-se hipertensa, pelo qual um anti-hipertensivo também é indicado para controle hemodinâmico, não é necessário a utilização de vasodilatadores, já que o paciente encontrasse hipertensa e o alvo do tratamento e lograr obter valores normais de PA. A sondagem vesical para controle da diurese e a reposição volêmica são essenciais para controlar o débito cardíaco, deve ser feita a ausculta pulmonar conforme o diurético faz efeito com o fim de verificar a persistência da crepitação pulmonar, outro achado é importante verificado é evolução do edema de membros inferiores, sendo esperado que melhore após a infusa do diurético.

Esta situação clínica é cotidiana tanto nas UPAS como no hospital, sendo que de forma diária nos encontramos com paciente cardiopatas, a princípio do estágio nos setores da RUE não sabia como era feito o manejo clínico da IC, sendo que tive que voltar a estudar sobre o conteúdo, após ter visto de forma repetida todas as classificações hemodinâmicas, aprendi como identificar e tratar cada tipo de descompensação hemodinâmica, a ajuda dos preceptores de campo sempre foram necessário, já que chegar até o ponto de identificá-lo de forma rápida e efetiva, tive que passar por várias situações embaraçadoras por não saber conduzir o caso, tudo isto ajudou bastante para meu crescimento e empoderamento deste conhecimento, este caso foi um dos vários conduzidos o qual me fez sentir aliviado ao poder reconhecer de forma objetiva e conduzi-lo de forma correta com os preceptores de campo.

## 5.7 Caso clínico 7 “Vomitei sangue”

- Anamnese

- Identificação: AAA, masculino, 47 anos, trabalha na ponte, mora com a família.
- HDA: Paciente relata que há 1 dia teve episódios de vômitos com sangue, foram 2 episódios com presença de sangue vermelho associado a dor abdominal, relatou também 1 episódio de fezes com sangue de cor escura há 1 dia. No momento nega náuseas, vômitos, diarreia e sangramentos, relata dor abdominal, azia e astenia.
- HPP: HAS sem tratamento. Nega alergia medicamentosa.
- HV: Fumante há 15 anos, faz uso de bebida alcoólica finais de semana.

- Exame físico

- REG, AAA, hipocorado 1+/4+, desidratado 1+/4+ e eupneico, sudorético e ansioso.
- SSVV: PA 103x74 // FC 108 // FR 19 // TAX 35,9C // SatO2 96% AA // HGT 97;
- AN: LOTE, Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem sinais focais.
- ACV: BCNF, 2T, RR, sem sopros. TEC < 4s, pulsos presentes, simétricos e rítmico.
- AP: MVUA, sem RA, sem esforço respiratório.
- ABd: Abdome plano, RHA +, doloroso a palpação no hipocôndrio esquerdo, sem sinais de irritação peritoneal, Blumberg e Murphy negativos.
- Ext: Quentes e perfundidas, sem sinal de empastamento de panturrilhas.

- Diagnóstico sindrômico

- Hemorragia Digestiva Alta (HDA)
  - Sec a úlcera péptica?
  - Sec a varizes esofágicas?

- Conduta frente ao caso

- Solicitado endoscopia digestiva alta, ECG e exames de admissão.
- Iniciado hidratação EV
- Prescrito Omeprazol EV e sintomáticos.
- Controle de sinais vitais.
- Avaliar após reposição volêmica e resultado de exames de laboratório.
- Ponderar encaminhamento para tratamento hospitalar se não melhora.

- Discussão do caso

A HDA é definida como sangramento resultante de uma lesão proximal ao ligamento de Treitz, pode ter origem no esôfago, estômago ou duodeno, é caracterizado por vômitos com sangue ou com aspecto de borra de café, hematêmese ou melena. Sua etiologia pode ser por sangramentos de úlceras pépticas, síndrome de Mallory-Weiss, esofagite, varizes esofágicas e lesões de vasos submucosos. O lavado gástrico por meio de sonda nasogástrica pode orientar a fonte de sangramento, uma boa anamnese e exame físico são necessários para definir a gravidade do caso, o toque retal é necessário para conferir a presença de sangramento, neoplasia ou hemorroidas. A endoscopia digestiva alta é o melhor exame para diagnóstico etiológico do sangramento, deve ser feito em menos de 24 horas desde o contato com o paciente assim que estiver estabilizado, outros exames importantes são o hemograma seriado, função renal, eletrolítica, hepática e coagulograma, com o fim de obter mensuração do desfecho causado pelo sangramento (FMUSP, 2020, p. 815).

A perda de sangue causa hipovolemia, pelo qual é necessário mensurar a quantidade de sangue perdida pelo paciente, a classificação de reposição volêmica em choque hipovolêmico ajuda a estabilizar o perfil hemodinâmico do paciente, esta é dividida em graus sendo a de grau I um sangramento menor que 750mL, grau II 750-1500mL, grau III 1500-2000mL e grau IV maior que 2000mL, caso a reposição volêmica inicial não seja suficiente o paciente precisa de transfusão sanguínea com o fim de manter a hemoglobina maior que 7g/dL. A administração de inibidores da bomba de prótons pode ser utilizada quando suspeita de sangramento por úlcera péptica, sendo infundido Omeprazol 8mg/h EV, a própria endoscopia também proporciona tratamento no momento da sua realização, se o sangramento for por varizes é possível fazer trombose no local do sangramento e acompanhamento até que o perfil hemodinâmico esteja estabilizado (FMUSP, 2020, p. 819).

O quadro clínico deste paciente se encaixa em uma HDA, ele apresenta hematêmese, melena e azia, quadro muito sugestivo de úlcera péptica perfurada, a abordagem inicial consiste no monitoramento de sinais vitais e na estabilização clínica do paciente, após ter realizado a anamnese, exame físico e ter caracterizado a doença, foi realizado a reposição volêmica do paciente com o fim de estabilizar o perfil hemodinâmico, logo após foi feito a administração de Omeprazol para diminuir a hemorragia ativa, e por fim as medidas sintomáticas para evitar o sofrimento do paciente. A investigação etiológica e confirmação da mesma depende da endoscopia,

motivo pelo qual o paciente foi encaminhado para o setor hospitalar com o fim de realizá-lo, enquanto o paciente aguardava o transporte para realização do exame foi evidenciado estabilidade nos sinais vitais e consigo melhora do quadro de dor abdominal, astenia e ansiedade, assim como a leve hipotensão e taquicardia.

Foi iniciado o protocolo de forma correta, logrando que o paciente consiga manifestar melhora clínica, nos antigos atendimentos deste quadro notei que negligenciei bastante o estudo sobre o tema, até que um dia estudei a bibliografia mencionada, o qual me mostrou o qual importante é o devido manejo do paciente com sangramento ativo, a reposição volêmica sem dúvidas é uma das terapias que mais ajuda na estabilidade do paciente não crítico, seu estudo também foi aprofundado já que não sabia corrigir alterações no perfil eletrolítico, sendo este suma importância na prática clínica diária, ao ter empoderamento sobre o diagnóstico e tratamento da HDA consegui conduzir de melhor maneira este quadro, tanto que as vezes que admiti pacientes após o estudo, tive a curiosidade de consultar as evoluções clínicas no prontuário do paciente, sendo que o caso do paciente discutido contava com ulcera péptica perfurada no estômago diagnosticada pela endoscopia, além disso acompanhei este paciente pela consulta de condutas subsequentes realizadas no seu atendimento.

## 5.8 Caso clínico 8 “Voltei por que não melhorou minha dor nas costas”

- Anamnese

- Identificação: AAA, masculino, 39 anos, trabalha como cozinheiro, estudante, sedentário.
- HDA: Paciente relata pedra nos rins, há 4 dias veio para a UPA com dor na parte esquerda das costas de início há 1 semana, de tipo em faixa que irradia para a região anterior do abdome, associado a disuria e polaciuria, há 1 dia voltou para a UPA referindo persistência da dor, relata que teve diagnóstico para litíase renal e que foi dado de alta porque a pedra sairia na urina e melhoraria o quadro de dor, sendo que nega ter expelido a pedra desde então. No momento nega febre, vômitos, sangramentos e sintomas respiratórios, reclama da dor que não melhora com analgésicos, troca de posição e após micção.
- HPP: Nega comorbidades e alergia a medicamentos. Histórico de Litíase renal há 15 anos com resolução via medicamentos.
- MUC: Doxasosina 2mg 1-0-0; Escopolamina 10mg 1-1-1.
- HV: Nega tabagismo e uso de álcool.

- Exame físico

- BEG, AAA, corado, hidratado e eupneico;
- SSVV: PA 128x86 // FC 67 // FR 17 // TAX 36,2C // SatO2 97% AA // HGT 96;
- AN: LOTE, Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotoreagentes, sem sinais focais.
- ACV: BCNF, 2T, RR, sem sopros. TEC < 3s, pulsos presentes, simétricos e rítmico.
- AP: MVUA, sem RA, sem esforço respiratório.
- ABd: Abdome plano, RHA +, doloroso na palpação do flanco esquerdo, sem sinais de irritação peritoneal, Giordano e Murphy negativos.
- Ext: Quentes e perfundidas, sem sinal de empastamento de panturrilhas.

- Diagnóstico sindrômico

- Cólica nefrética.

Sec a Litíase renal.

- Exames complementares

- TC de abdome: presença de cálculo único medindo 0,7cm na região pielocalicial.

- Conduta frente ao caso
  - Iniciado medicamentos sintomáticos.
  - Mantido Doxazosina.
  - Solicitado novo TC de abdome.
  - Solicitado exames de laboratório.
  - Controle de sinais vitais.
  - Ponderar alta com orientações sobre processo de eliminação do cálculo e medicação para tratamento domiciliar.

- Discussão do caso

A cólica nefrética manifesta-se com dor lombar ou no flanco causado por obstrução parcial ou total das vias urinárias, podendo também estar associado com quadro infeccioso e disfunção renal, os paciente que já apresentam cólica nefrética previa tem chances de voltar a senti-lo mais adiante. Sua etiologia começa pela agregação de cristais com proteínas não cristalizas, formando micro cálculos que são normalmente expelidos pela urina sem causar sintomas no paciente, porém quando o tamanho deste aumenta ele causa intensa cólica em todo o trajeto do ureter e uretra, a maioria dos cálculos contem oxalato de cálcio, mas também podem ser formados por cálculos oriundo do ácido úrico e fosfato de cálcio. Existem vários fatores que predispõe na formação de cálculos, entre eles a obesidade, histórico familiar, DM, pH urinário alto, baixa ingestão hídrica, alta ingestão de proteínas, socio e açúcares (FMUSP, 2020, p. 945).

Os sintomas mais comuns são dor unilateral, em cólica na região lombar baixa com irradiação para a virilha ou gônadas, disuria, polaciuria, hematúria e vômitos, a dor pode ser modificada de local por conta da movimentação do cálculo pelo ureter podendo causar náuseas e vômitos pela dor, esta cólica normalmente dura entre 20 e 60 minutos, a presença de hematúria macroscópica pode revelar o passo do cálculo pelo ureter, causando micro lesões no caminho da uretra. A solicitação de exames complementares ajuda da confirmação do diagnostico, sendo os achados de TC compatíveis com a presença do cálculo, exames de laboratório como a de urina I e hemograma, perfil infeccioso, renal, eletrolítico e hepático podem ajudar no direcionamento de possíveis etiologias do cálculo (FMUSP, 2020, p. 946).

Seu tratamento inicial consiste no manejo da dor, e indicado o uso de anti-inflamatórios esteroidais, o Diclofenaco EV ajuda a diminuir a cólica e sua associação com a Dipirona pode ser feita, realizar Ondasetrona 4-8mg EV caso náuseas ou vômitos, normalmente os cálculos menores que 0,6cm são expelidos de forma espontânea, tamanhos maiores que este podem cursar com obstrução e causar cólica nefrética, quando identifica a presença do cálculo e não é expelido em no máximo 4 semanas, devem passar por avaliação cirúrgica. A Tansolusina 0,4mg uma vez ao dia é a medicação mais utilizada como método para ajudar na dilatação do ureter e que com cálculo seja expelido de forma mais rápida e menos dolorosa, presentando benefício com cálculos de até 1cm. Normalmente o paciente é dado de alta com orientações de sinais e sintomas e com medicações de uso domiciliar para poder expelir o cálculo de forma espontânea, porem tem que ser feito a orientações sobre possíveis complicações que podem envolver, intensa cólica, febre, vômitos, queda do estado geral e sangramento das vias urinarias, sendo que devem voltar para o centro assistencial para seguimento do quadro (FMUSP, 2020, p. 948).

Resumindo, o tratamento do paciente consiste na estabilização clínica, monitorização de sinais vitais e conduta expectante na eliminação dos cálculos de forma espontânea, algum pacientes devem receber maior investigação do caso quando existir indicações cirúrgicas, repetição constante do quadro e se piorar para infecções. A medida expectante adotada para o tratamento do paciente, com medicação de uso domiciliar e orientações feitas com respeito da dor e da eliminação do cálculo, seguiram exatamente os protocolos de atendimento, já que o cálculo encontrado na TC era de 0,6 cm, o qual seria expelido de forma espontânea pelo paciente, porem ele voltou mais pela angustia e pela dor causada, sendo que recebeu medicação sintomática novamente, assim como orientações sobre o quadro e liberado de alta com tratamento domiciliar. Este quadro clínico e costume de ser presenciado, já que muitas vezes a dor é a principal queixa dos paciente, fazendo com que voltem para o serviço preocupados e angustiados, uma boa orientação sobre a doença foi suficiente para que o paciente possa entender melhor sobre o processo e que tudo melhoraria se ele utilizara as medicações em casa, sendo somente orientado voltar se o quadro não melhorar em até 4 semanas ou apresentar sinais de infecção.



## 5.9 Caso clínico 9 “Formigamento nos pés”

- Anamnese

- Identificação: AAA, 69 anos, feminino, do lar, mora com a filha, sedentária.
- HDA: Paciente relata que há 1 hora começou com formigamento na ponta dos dedos dos pés, associado há náuseas, sudorese, astenia e visão borrosa, relata que aumentou o uso da insulina porque a glicemia não baixava administrando 20U. No momento confusa, sem queixas álgicas negando vômitos, febre e síncope.
- HPP: DM 2, nega outras comorbidades e alergia a medicamentos.
- MUC: Glibenclamida 5mg 1-0-1; Metformina 500mg 1-0-0; Insulina regular 10U de manhã.

- Exame físico

- REG, AAA, corada, desidratada 1+/4+ e eupneica, sudorética e ansiosa.
- SSVV: PA 98x65 // FC 89 // FR 19 // TAX 37,1C // SatO2 99% AA // HGT 47;
- AN: Confusa, porém orientada, Glasgow 14, pupilas isocóricas e fotoreagentes, sem sinais focais.
- ACV: BCNF, 2T, RR, sem sopros. TEC < 3s, pulsos presentes, simétricos e rítmico.
- AP: MVUA, sem RA, sem esforço respiratório.
- ABd: Abdome plano, RHA +, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal.
- Ext: Quentes e perfundidas, sem sinal de empastamento de panturrilhas.

- Diagnóstico sindrômico

- Hipoglicemia.

Sec a acesso de hipoglicemiante.

- Conduta frente ao caso

- Indicado 2 ampolas de glicose 50%.
- Iniciado hidratação.
- Prescrito sintomáticos se necessário.
- Solicitado exames de admissão.
- Controle de glicemia após 30 min de infusão da glicose 50%.
- Solicitado ECG.
- Avaliar após infusão de glicose e resultado de exames laboratoriais.

- Discussão do caso

A hipoglicemia é definida pela tríade de Whipple composto pelos critério de 1- glicemia menor que 45mg/dL, 2- sintomas adrenérgicos como palpitações, sudorese, parestesias, tremor, ansiedade e taquicardia, muitas vezes pode cursar com cefaleia, confusão mental, irritabilidade, rebaixamento do nível de consciência e até convulsões, 3- resolução dos sintomas após correção da glicemia. Em não diabéticos o valor de glicemia menor a 45mg/dL pode começar os primeiros sintomas, para os diabéticos valores menores que 70mg/dL já podem causar sintomas. A glicemia é mantida estável mesmo em jejum, é possível extrair energia pela gliconeogênese hepática e muscular, porém um jejum de mais de 12 horas utiliza 50% da glicose sérica e se esgota nas 48 horas após o jejum, a manutenção da glicemia em valores de 60-100mg/dL ocorre pela presença da insulina, o qual tem papel na entrada da glicose dentro das células, em pacientes com diabetes, no qual existe uma resistência a insulina, ou seja sua diminuição ou ausência faz com que a glicose não possa entrar nas células, causando assim hipoglicemia no paciente, cabe destacar que outros fatores como uso de drogas, sepse, insuficiência renal, e insuficiência hepática também podem causar hipoglicemia, sendo importante investigar sua causa etiológica, uma causa considerável nos diabéticos e a adequada utilização das medicações, já que algum medicamentos em excesso podem fazer com que a glicose seja acumulado em maior quantidade dentro das células e diminuir seus valores plasmáticos (FMUSP, 2020, p. 953).

É necessário a realização de exames de laboratório com o fim de analisar possíveis causas da hipoglicemia, a função hepática, eletrolítica, glicemia, pancreática e renal são necessários para investigação, assim como um sumário de urina, o qual pode mostrar excreção de glicose. O tratamento da hipoglicemia consiste primeiramente na monitorização do paciente e da realização dos sinais vitais, uma vez diagnosticado hipoglicemia pela dosagem capilar da mesma, pode ser iniciado 15-20g de glicose a 50%, em paciente sem perda do nível de consciência pode ser feito a alimentação por via oral com o fim de repor a falta de glicose, em paciente hepatopatas deve ser feito a glicose em conjunto com a Tiamina 100 a 300mg IM ou EV com o fim de evitar a encefalopatia de Wernicke (FMUSP, 2020, p. 956). Nos diabéticos é importante investigar as causas de hipoglicemia, a mais importante é sobre o uso dos hipoglicemiantes e se estes estão sendo administradas de forma correta com o fim de não desencadear hipoglicemia por excesso do fármaco.

Foi evidente desde o início que a conduta tomada pela paciente foi errada, tomar a medicação além do prescrito fez com que a glicemia diminua muito e acontecem os sintomas relatados, muitas vezes explicar para o paciente sobre o correto uso da medicação faz a diferença, já que deveria de ser advertido para o paciente que já está com as medicações orais e com a soma da insulina subcutânea aumentaria o risco de apresentar hipoglicemia, logo após da infusão da glicose 50% a paciente já apresentou melhora no estado geral, mostrando-se mais comunicativa e colaborativa. Inicialmente foi conversado com a paciente e explicado os riscos de alterar por conta própria as medicações e mantido novamente as doses já prescritas, foi também orientada que caso ocorrer de novo este quadro procurar a UBS mais próxima com o fim de receber avaliação médica e se necessário ser encaminhada para a UPA.

Sem dúvidas este é um dos casos que pode se repetir várias vezes, sendo que é necessário saber tratar a hipoglicemia com o fim de prevenir desfechos no paciente, a princípio não sabia como corrigir a hipoglicemia, a preceptora perguntou sobre e fiquei em silêncio, motivo pelo qual ela explicou o que seria feito com o paciente, ajudando assim a ter uma visão de como é feito este tratamento e seus fluxos a seguir uma vez o paciente estável, uma vez saído do plantão tive que complementar o vivido na prática, sendo estudado o conteúdo e aplicado nos seguintes atendimentos realizados em paciente que procuram ajuda por causa da hipoglicemia.

## 5.10 Caso clínico 10 “Tenho alergia”

- Anamnese

- Identificação: AAA, feminino, 26 anos, trabalha em salão de estética.
- HDA: Paciente relata que há 30 minutos começou com muita coceira nos membros superiores associado ao aparecimento de pequenas bolhas na pele, falta de ar, palpitação e náuseas, refere não ter trocado hábito alimentício, utilizado algum fármaco ou ingerido algum tipo de droga ilícita. No momento nega febre, vômitos, sangramentos e síncope.
- HPP: Nega comorbidades e alergia a medicamentos.
- HV: Nega tabagismo e uso de álcool, refere atividade física diária.

- Exame físico

- BEG, AAA, corada e hidratada, dispneica em AA, ansiosa e agitada.
- SSVV: PA 110x81 // FC 72 // FR 19 // TAX 36,9C // SatO2 96% AA // HGT 102;
- AN: LOTE, Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotoreagentes, sem sinais focais.
- ACV: BCNF, 2T, RR, sem sopros. TEC < 3s, pulsos presentes, simétricos e rítmicos.
- AP: MVUA, presença de sibilos em ambos hemitórax, sem esforço respiratório.
- ABd: Abdome plano, RHA +, indolor a palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal.
- Ext: Quentes e perfundidas, sem sinal de empastamento de panturrilhas. Presença de eritemas nos membros superiores associados a edema local e rubor, indolores a palpação.

- Diagnóstico sindrômico

- Reação anafilática  
    Sec a uso de cosméticos do trabalho?

- Conduta frente ao caso

- Iniciado hidratação com soro fisiológico.
- Administrado Hidrocortisona e Adrenalina EV.
- Solicitado exames de admissão.
- Controle de sinais vitais.
- Avaliação constante do estado geral e resultado de exames de laboratório.
- Ponderar alta médica com orientações se melhora do quadro clínico.

- Discussão do caso

Anafilaxia se refere a manifestações sistêmicas desencadeadas por reações mediadas pela imunoglobulina-E (IgE), após exposição a um antígeno em indivíduos previamente sensibilizados. Variam acorde o local, alimentos, veneno, medicamentos, exercício, associado ao alimento ou de forma isolada, látex, transfusão de plasma. Atopia (presença de rinite, asma, dermatite atópica) nem sempre é fator de risco para anafilaxia, a não ser em casos de anafilaxia a alimentos, látex ou contraste iodado. Anafilaxia é um processo alérgico mediado pelo IgE, caracterizando o mecanismo de hipersensibilidade de tipo I, esta imunoglobulina liga-se em receptores dos basófilos e mastócitos circulantes, sendo produzidos previamente a partir de contato prévio a um antígeno (alérgeno), em uma exposição subsequente ocorre uma ligação entre o antígeno e duas IgE, o qual desencadeia a liberação de mediadores inflamatórios pré-formados estocados nos grânulos das células ao qual já existiu contato prévio com o alérgeno, logo após ocorre a liberação de várias substâncias quimiotáticas, entre elas a liberação de histamina, triptase, heparina, citocinas, prostaglandina D2 e leucotrienos. A fase efetora da resposta imune dependente de IgE e ocorre em três padrões que diferem quanto ao tipo de alérgeno, intervalo, tempo de exposição e aparecimento da reação.

A anafilaxia pode ser dividida em: 1- Reação aguda: minutos após a exposição, especialmente da ação de mediadores pré-formados, 2- reação tardia: aparece horas depois, mesmo sem reexposição ao alérgeno, em geral, quando as manifestações da fase aguda já diminuíram ou desapareceram, os eosinófilos, basófilos, neutrófilos, macrófagos e linfócitos T são recrutados por substâncias quimiotáticas liberadas na fase aguda e passam a influenciar reações locais pela participação adicional de citocinas e substâncias pro-inflamatórias e 3- fase crônica: ocorre em tecidos ou órgãos expostos de forma prolongada e repetida ao alérgeno, sendo responsável por mudanças estruturais e funcionais no local envolvido.

Anafilaxia é caracterizada por manifestações isoladas ou em combinações, envolvendo pele, mucosa oral, olhos, sistema nervoso, trato respiratório, trato gastrointestinal e aparelho cardiovascular, o diagnóstico tem dois pilares, a exposição a um possível desencadeante e pico dos sintomas em média 30 a 60 minutos após exposição.

Os locais que podem gerar reação anafilática e seus sintomas são (FMUSP, 2020, p. 166):

- Tecido cutâneo: eritema, urticaria, prurido, angioedema.
- Ocular: coceira, eritema e edema, lacrimejamento.
- Oral: Coceira em lábios, língua e palato, edema de lábios, língua, úvula, gosto metálico.
- Aparelho cardiovascular: vertigem, síncope, dor torácica, palpitações, arritmias, hipotensão, PCR.
- Trato respiratório: Rinorreia, congestão nasal, espirros, prurido nasal, estridor, rouquidão, dispneia, tosse, broncoespasmo, cianose.
- Trato gastrintestinal: náuseas, vômitos, diarreia, disfagia, dor abdominal.
- Neurológico: Ansiedade, convulsões, cefaleia, confusão, sensação de morte.
- Ginecológico: cólicas uterinas.

Existem critérios para seu diagnóstico (FMUSP, 2020, p. 164):

- **Critério 1:** Doença de início agudo, envolvendo pele, mucosa ou ambos, pelo menos 1 dos seguintes:

- Comprometimento respiratório, dispneia, sibilos, broncoespasmo, estridor.
- Queda da PA ou disfunção orgânica (hipotonia, colapso circulatório, síncope).

- **Critério 2:** Pelo menos 2 sintomas que ocorram minutos a horas após exposição a provável alérgeno:

- Pele e mucosas: urticaria, prurido ou rubor generalizado, edema de lábios-língua-úvula.
- Comprometimento respiratório: dispneia, sibilos, estridor, broncoespasmo, hipoxemia.
- Sintomas gastrintestinais persistentes como cólicas abdominais e vômitos.
- Queda da PA ou hipotonia, colapso circulatório, síncope.

- **Critério 3:**

- Queda da PA em minutos a horas após exposição a um alérgeno:  
PAS < 90mmHg.
- Diminuição > 30% a partir da PAS de base do paciente.

O quadro clínico pode seguir um curso unifásico nos quais os sintomas aparecem e não retornam mais, ou bifásico quando os sintomas reaparecem cerca de 8 a 10 horas após, ou até 72 h após da resolução do quadro inicial, ainda há a anafilaxia prolongada que pode durar horas, dias ou semanas.

Para seu tratamento é possível seguir o seguinte fluxo (FMUSP, 2020, p. 167-169):

- Remover agente causal se paciente ainda estiver exposto.
- Após diagnóstico iniciar adrenalina 0,3 a 0,5 mg, IM no vasto lateral da coxa, a cada 5-15 minutos.
- Colocar paciente em supina com MI elevados.
- Fornecer O<sub>2</sub> 100%.
- Dois acessos venosos periféricos calibrosos, Jelco 14 ou 16.
- Ressuscitação hemodinâmica com cristaloides.
- Monitorar paciente.

Avaliar presença de IRpA ou estridor e realizar IOT ou cricotiroidotomia de urgência se paciente estiver com vias aéreas comprometidas. A seguir avaliação circulatória, se paciente com hipotensão deve receber 5 a 10 mL/Kg de soro fisiológico nos primeiros minutos, e mais fluidos a seguir se necessário 30 mL/Kg na 1ª hora. Em pacientes refratários a adrenalina os quais são usuários de B-bloqueador deve ser utilizado glucagon para reverter os efeitos do B-bloqueador e possibilitar a ação da adrenalina. Paciente com hipotensão persistente após expansão com cristaloides e três doses de adrenalina recebem diagnóstico de choque anafilático, nesses casos adrenalina EV em BIC na diluição de 4 mcg/mL ou 0,004 mg/mL, se ainda for refratário pode-se utilizar vasopressina ou azul de metileno.

- Sintomas cutâneos: anti-histamínicos, não utilizar Prometazina por conta da hipotensão e sedação, utilizar Difenidramina associada a Ranitidina.
- Broncoespasmo: tende a melhorar com adrenalina, pode ser necessário inalação com B-2-agonistas inalatórios.
- Corticoides: papel em evitar resposta bifásica do que reverter sintomas na fase aguda, deve ser mantido na alta por até 5 dias assim como os anti-histamínicos.

Diante do caso apresentado foi possível confirmar a presença de uma reação anafilática aguda em processo na paciente, isto confirmado pela dispneia, sibilos, urticaria e rubor presentes, o fato da paciente procurar atendimento na primeira hora dos sintomas ajudou bastante tanto no diagnóstico e no tratamento na fase aguda do quadro clínico, sendo que o tratamento oferecido foi resolutivo para seus sintomas e liberada com alta para seguimento ambulatorial para pesquisa do agente que causou a anafilaxia. Com o plantonista tentamos identificar o agente causal, porém isto foi difícil pelos dados fornecidos pela paciente, porém nossa hipótese foi baseada na presença de algum produto químico que faz parte do trabalho dela, sendo insistido para a paciente em tentar identificá-lo no seu trabalho se possível.

É importante estar atento aos sintomas apresentados pelos pacientes que vem ao pronto atendimento com suspeita de anafilaxia, já que um edema de glote pode causar uma alteração na função respiratória e levar os pacientes a insuficiência respiratória, além disso o perfil hemodinâmico tem que ser constantemente reavaliado pelas chances de poder ocorrer instabilidade, choque e até mesmo parada cardiorrespiratória. Este quadro clínico foi de muita ajuda para conhecer como é feito o manejo destes pacientes, posso afirmar que não sabia como era conduzido este quadro, porém com a ajuda do plantonista, o qual explicou o fluxo do tratamento, foi possível aprender sobre ele e me apoderar deste conhecimento na prática, porém era necessário maior fundamentação teórica para estar seguro no manejo, fator que fez eu estudar sobre o tema e ganhar esta competência, logrando que meus atendimentos futuros sejam de qualidade e resolutivos.



### 5.11 Escolha de medicações para Intubação Orotraqueal (IOT)

A medicações utilizadas para a IOT com sua apresentação, dosagem e indicações, constam no Quadro 1, nelas são mencionados os fármacos analgésicos, os quais possuem efeito hipotensor e mitigam o efeito simpático da laringoscopia, os hipnóticos, e os Bloqueadores Neuromusculares (BNM), que possuem função de otimizar a laringoscopia relaxando os músculos do paciente, no Quadro 2 podemos ver as indicações de uso para cada tipo de situações clínicas (FMUSP, 2020, p. 11).

Quadro 1 - Medicações usadas para IOT.

DROGA	DOSAGEM DO FRASCO	DOSE POR KG 70-80-100	INDICAÇÕES
Fentanil	1 amp 500mcg/10mL; 50mcg/mL.	70kg: 210mcg (4,2mL); 80kg: 240mcg (4,8mL); 100kg: 300mcg (6mL).	Analgesia
Lidocaína 5%	1 amp 200mg/10mL; 20mg/mL.	70kg: 105mg (5,3mL); 80kg: 120mg (6mL); 100kg:150mg (7,5mL).	Analgesia
Midazolam	1 amp 50mg/10mL; 1 amp 15mg/3mL; 5mg/mL.	70kg: 21mg (4,2mL); 80kg: 24mg (4,8mL); 100kg: 30mg (6mL).	Hipnótico
Etomidato	1 amp 20mg/10mL, 2mg/mL.	70kg: 21mg (10,5mL); 80kg: 24mg (12mL); 100kg: 30mg (15mL).	Hipnótico
Propofol	1 amp 200mg/20mL; 10mg/mL.	70kg: 140mg (14mL); 80kg: 160mg (16mL); 100kg: 200mg (20mL).	Hipnótico
Cetamina	1 amp 500mg/10ml, 50mg/mL.	70kg: 140mg (2,8mL); 80kg: 160mg (3,2mL); 100kg: 2000mg (4mL).	Hipnótico
Succinilcolina	1 amp 100mg/10mL; 10mg/mL.	70kg: 70mg (7mL); 80kg: 80mg (7mL); 100kg: 100mg (10mL).	BNM
Rocuronio	1 amp 50mg/5mL; 10mg/mL.	70kg: 84mg (8,4mL); 80kg: 96mg (9,6mL); 100kg: 120mg (12mL).	BNM

Fonte: FMUSP, adaptado pelo autor.

Quadro 2 - Indicação de medicamentos para IOT segundo condição clínica.

ESTADO DO PACIENTE	PRÉ-MEDICAÇÃO	INDUÇÃO	BNM
Pcte hemodinamicamente limítrofe, hipotenso e hipovolêmico	Nenhuma	½ dose de Etomidato, se PAS < 70mmHg ⅓ da dose	Succinilcolina
Pcte com grave broncoespasmo	Lidocaína	Quetamina; “propofol/etomidato”	Succinilcolina
Pcte com SCA, HAS, dissecação de aorta	Fentanil	Etomidato; “propofol/midazolam”	Succinilcolina
Pcte com AVCh, hipertensão intracraniana	Fentanil Lidocaína	Etomidato; “propofol/etomidato”	Succinilcolina
Pcte em estado epiléptico	Nenhuma	Propofol/midazolam se pcte estável, se choque etomidato/quetamina	Succinilcolina

Fonte: FMUSP, adaptado pelo autor.

É de suma importância conhecer os medicamentos que são ofertados nos setores da RUE, já que por meio delas podemos iniciar nosso tratamento de forma ótima e segura, a seguir são listados os medicamentos contidos no carro de emergência das UPA e do PS do HMPGL (Quadro 3) e as medicações controladas no Quadro 4 fornecidas pelas farmácias satélite nestes setores. Muitas vezes são necessários estas medicações e seu rápido acesso facilita na resposta médica em casos de urgência e emergência, o atraso na prescrição das mesmas não deve retrasar seu uso, deixando a equipe mais ágil no atendimento, após a utilização das medicações contidas no carro de parada é necessário o registro de todo o procedimento no prontuário eletrônico do paciente e comunicar a farmácia satélite com o fim de repor todos os medicamentos utilizados, mantendo em constante atualização para futuros acontecimentos.

Quadro 3 - Medicamentos contidos no carrinho de parada.

EMERGENCIA	QUANTIDADE
Adenosina 3mg/mL, ampola com 2mL	3
Adrenalina 1mg/mL, ampola com 1mL	10
Água destilada ampola com 10mL	10
Aminofilina 24mg/mL, ampola com 10mL	2
Amiodarona 50mg/mL, ampola com 3mL	6
Atropina 0,5 mg/mL, ampola de 1mL	10
Bic de sódio 8,4%, FR com 250mL	2
Bic de sódio 8,4%, ampola com 10mL	5
Cloreto de potássio 19,1%	5
Cloreto de sódio 0,9%	10
Cloreto de sódio 0,20%	10
Deslanosideo 0,2mg/mL, ampola com 2mL	2
Dobutamina 12,5mg/mL, ampola com 2mL	2
Dopamina 5mg/mL, ampola com 10mL	5
Furosemida 10mg/mL, ampola com 10mL	10
Gliconato de cálcio 10 %, ampola com 10mL	5
Glicose 50%, ampola com 10mL	10
Hidrocortizona 100mg	5
Hidrocortizona 500mg	5
Lidocaina 2% sem vaso, FR com 20mL	5
Lidocaina 2% com vaso, FR com 20mL	2
Lidocaina 20mg/g	2
Metoprolol 1mg/mL, ampola com 5mL	2
Noradrenalina 2mg/mL, ampola com 4mL	12
Nitroglicerina 5mg/mL, ampola com 10mL	2
Nitroprusiato 25mg/ml, ampola com 2mL	5
Salbutamol 0,5mg/ml	10
Salbutamol 100mcg/dose	1
Sulfato de magnésio 50%, ampola com 10mL	10
Suxametonio 100mg	2
Terbutalina 0,5mg/mL, ampola com 1mL	10

Fonte: Farmácia satélite das UPA e HMPGL, adaptado pelo autor.

Quadro 4 - Medicamentos controlados disponíveis.

MEDICAMENTOS DE CONTROLE ESPECIAL	QUANTIDADE
Clorpromazina 25mg (5mg/mL), ampola com 5mL	5
Diazepam 5mg/mL, ampola com 2mL	5
Fenitoina 50mg/mL, ampola com 5mL	6
Fentanil 0,05mg/mL, ampola com 10mL	6
Flumazenil 0,5mg/5mL	2
Haloperidol 5mg/mL	5
Midazolam 5mg/mL, ampola com 10mL	8
Midazolam 5mg/mL, ampola com 3mL	4
Naloxona 0,4mg/mL, ampola com 1ml	2

Fonte: Farmácia satélite das UPA e HMPGL, adaptado pelo autor.

## 5. RELATO VIVENCIAL NA PANDEMIA DA COVID 19

O coronavírus (covid-19) é um betacoronavírus descoberto em amostras de pacientes com pneumonia de causa desconhecida na cidade de Wuhan-China no ano de 2019, o coronavírus é transmitida de uma pessoa infectada para outra não infectada por meio de contato direto com o doente, por gotículas que liberam o vírus ao ar após tossir ou espirrar em uma distância de até 1 metro, e a transmissão por aerossol no qual as gotículas liberadas são menores (aerossóis), permanecendo suspenso no ar e sendo levadas a distancias maiores que 1 metro, o período de incubação dura entre 1 a 14 dias, com média de 5 a 6 dias, sendo que o paciente já pode transmitir a doença 48 horas antes do início dos sintomas (BRASIL, 2021b, p. 8).

A infecção pelo coronavírus pode variar de casos assintomáticos, manifestações leves, graves e críticas, sintomas leves mais comuns são tosse, coriza, odinofagia, anosmia, ageusia, febre, cefaleia, mialgia, fadiga e dor abdominal que pode estar associado a diarreia, os casos graves cursam com os sintomas leves associados a intensa dispneia, tosse seca ou produtiva persistente, adinamia, hiporexia e prostração, pode estar presente saturação de O<sub>2</sub> menor que 95%, cianose e desconforto respiratório, os casos graves podem evoluir para críticos podendo estar presente sepse, Insuficiência Respiratória Aguda (IRpA), Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), disfunção de órgãos, pneumonia grave e necessidade de suporte ventilatório com internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (BRASIL, 2021b, p. 10).

O diagnóstico clínico inicial é caracterizado como Síndrome Gripal (SG), uma boa anamnese, exame físico e investigação clinico-epidemiológica ajudam a direcionar o diagnóstico do covid, deve ser considerado contato com caso positivo em um período de 14 dias antes do início dos sintomas, o diagnostico laboratorial é feito por testes de biologia molecular, sorologia ou testes rápidos, o diagnóstico por imagem é feito pela Tomografia Computadorizada (TC), o qual pode revelar um padrão de opacidade em vidro fosco, sugestivo de dano no parênquima pulmonar. O tratamento dependera da situação atual do doente, se os sintomas forem leves ou graves, este deverá passar por avaliação médica com o fim de tratar e notificar a doença, o reconhecimento precoce de possíveis casos graves otimiza o tratamento e ajuda a evitar desfechos desfavoráveis nos doentes com covid (BRASIL, 2021b, p. 11).

A pandemia do covid-19 em Foz do Iguaçu, assim como em outras cidades do país e grande parte do mundo, fizeram que toda a estrutura social, econômica, epidemiológica e sistema sanitário cheguem ao colapso, a sua alta taxa de infecção fez com que o vírus se dissemine de forma abrupta lotando os serviços de Atenção Básica (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Hospitais, o setor de UTI foi o mais afetado em decorrência do aumento de casos graves e foram ampliadas com o fim de suprir a demanda de internação pelo covid, com o aumento diário de pessoas precisando de leitos de internação também veio o aumento da demanda de insumos médicos, recursos humanos e financeiros, sendo optado pelo poder político declarar estado de calamidade pública com o fim de fornecer recursos financeiros para o combate a pandemia nos estados e municípios.

Por se tratar de uma doença com uma considerada taxa de mortalidade, os serviços lotados de doentes e um sistema de saúde que não estava preparada para a demanda exorbitante de casos positivos, veio ao colapso, a falta de insumo médicos e de recursos humanos fez com que a luta pela covid seja um campo de muitas dificuldades, os profissionais de saúde com árdua luta no cenário pandêmico, deram tudo de si para proporcionar um cuidado de qualidade para os doentes. Toda essa situação impactou em mim e em vários colegas de serviço, sendo que o cansaço, estresse, medo e angústia eram sentimentos compartilhados, porém essa carga emocional era parcialmente aliviada quando um paciente evoluía para um quadro clínico estável ou até mesmo se recuperava.

O isolamento social e a redução do funcionamento de serviços básicos influenciaram no processo de controle epidemiológico da doença, porém fatores como condição socioeconômica e de saúde mental tiveram influência diretamente na qualidade de vida de todos, especialmente dos profissionais de saúde os quais são a linha de frente no combate a pandemia. Ao passar do tempo em meio da pandemia foi possível refletir sobre vários aspectos da vida, o valor que compõe a família, os laços afetivos entre colegas de trabalho e amigos, o qual importante é se manter constante para não perder o foco no trabalho e nos estudos, e reconhecer nossos limites e capacidades com o fim de saber o quanto podemos dar, sendo diariamente um desafio atingir habilidades além de nossos limites.

A vacinação massiva dos profissionais de saúde forneceu maior segurança para o trabalho nos setores da linha de frente, após os profissionais de saúde e população de risco serem vacinadas, foi possível começar uma nova parte da história

contra o covid, após ter logrado a quase completa adesão a vacinação destes grupos veio a vez da população por faixas etárias, o qual diminui bastante o número de óbitos e internação em pessoas idosas e adultas, os quais eram bastante vulneráveis e ocupavam grande parte dos leitos de UTI e enfermaria covid do HMPGL, a diminuição de casos graves que normalmente requeriam internação e a rápida diminuição dos casos positivos demonstrou que seguindo as medidas de isolamento social, higiene e imunização é possível combater o coronavírus.

Diferentes projetos surgiram ao longo da pandemia com o fim de melhorar o panorama de saúde no qual nos encontrávamos, um deles foi um projeto desenvolvido pelo Ministério de Saúde e Ministério de Educação, o programa “O Brasil Conta Comigo (BCC)” acadêmico, o qual tinha como objetivo fortalecer o enfrentamento ao coronavírus com o apoio temporário de estudantes da área da saúde, como medicina, enfermagem e fisioterapia, envolvendo os acadêmicos na linha de frente para ajudar na sobrecarga dos profissionais atuantes nos setores de UTI, Pronto Socorro respiratório, triagem inicial de casos suspeitos e confirmados e no controle sanitário da doença por meio da atuação na vigilância epidemiológica. Como acadêmico de medicina não pude falar não para o projeto, desde seu início tentei fazer parte dela, porém houve barreiras que me impediram ser participe desde o começo, isso não foi fator de desistir até consegui-lo, uma vez aprovado todas as matérias do pré- internato e já sendo interno, minha solicitação foi aceita e me alocaram no setor hospitalar, especificamente no setor da Triagem, Pronto Socorro e UTIs.

Uma vez inserido no programa BCC, me encontrei em um setor de enfrentamento contra a covid muito saturada, muitos leitos de UTI, muitos pacientes com sintomas procurando ajuda, pacientes críticos e estáveis, uma correria contra o tempo com o fim de fornecer assistência médica de qualidade para todos. A atuação no serviço por supervisão de preceptores ajudou bastante na minha formação, foi possível aprender bastante com respeito a classificação de risco e triagem inicial, o qual proporciona um direcionamento adequado para os casos leves e graves, os setores de PS respiratório e UTI sem dúvida foram um desafio, a complexidade que compõe estes setores fez muitas vezes ter que chegar em casa e revisar vários conteúdos com o fim de ganhar competências e ser mais resolutivo nos atendimentos, o hospital onde estava inserido contava com a visita diária de uma medico especialista em clinica medica, o qual ajudava nas condutas a serem seguidas para cada situação clinica encontrada nestes setores, fator que construiu um grande aprendizado, já que

ao ter um especialista coordenando o cuidado tudo seguia uma linha de protocolos e fluxos, fortalecendo meus conhecimentos e me empoderando destas ferramentas.

Ao longo da pandemia foi possível aproveitar os diferentes setores da RUE para a realização de procedimentos médicos e de enfermagem, em todo momento com a devida orientação dos plantonistas e preceptores de cada serviço, a discussão e realização de procedimentos ajudou bastante no processo de consolidação da teoria, fortalecendo assim as habilidades médicas que todo formando precisa ter quando estiver atuando como médico, portanto a pandemia teve seu lado construtivo ao fornecer qualificação técnica para os envolvidos nestes setores.



## 6. PROCEDIMENTOS REALIZADOS AO LONGO DO MÓDULO

Ao decorrer do estágio nos serviços da Rede de Urgências e Emergências (RUE), foi possível realizar vários procedimentos invasivos, discutir com os preceptores sobre técnicas e condutas nos diferentes atendimentos realizados tanto no setor hospitalar como nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e consolidar as simulações feitas no laboratório de habilidades da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), sob supervisão da Prof. Flavia Trench. Todos os procedimentos realizados foram supervisionados pelo médico preceptor plantonista e enfermeiras, o qual deram seu tempo para ensinar e reforçar teoria das técnicas e fluxos, em todo momento foi solicitado o consentimento do paciente e explicado cada etapa dos procedimentos. Ao longo do estágio foram realizados vários procedimentos e simulações destas no laboratório de habilidades e nos serviços da RUE, a seguir a lista com o quantitativo e descritivo.

### 7.1 Suturas

A realização de suturas é um procedimento realizado como mínimo 5 vezes ao dia em cada plantão, ao decorrer do módulo foi possível fazer mais de 20 suturas em pacientes vítimas de trauma, cortes ou até acidente com animais, é indicada para promover a homeostase tecidual e ajudar no processo de cicatrização, diminui bastante a taxa de infecção associado a uma boa antissepsia do local. Para a realização da sutura é necessário avaliar a dimensão da ferida e planificar a melhor abordagem para deixar o mínimo de complicações, após isto partir para o consentimento do paciente e a listagem dos materiais necessários, a maioria dos pontos realizados formam os simples, porém teve momentos em que uma intradérmica mostrava maior efetividade e estética para o paciente.

Uma vez planejado o procedimento e o consentimento do paciente, podemos partir para os materiais, os quais incluem fio de sutura, kit de sutura que compõe 1 campo estéril, 1 cubeta, 1 pinça anatômica dente de rato e normal, tesoura, cabo e lâmina de bisturi, porta agulha, em algumas ocasiões o kit traz lidocaína sem vasoconstrictor, é preciso de luvas estéreis e material de antissepsia assim como o EPI. Para a realização do procedimento é preciso higienizar as mãos, calçar a luva estéril, aplicar lidocaína e fazer antissepsia do local da sutura, montar campo estéril e realizar os pontos, após isto verificar a tensão dos pontos e fazer curativo com a respectiva informação de cuidados para o paciente garantindo uma boa recuperação.

## 7.2 Acesso venoso central (AVC)

O acesso central é um dos procedimentos utilizado para a infusão de medicamentos, nutrição parenteral total (NPT), falha no acesso periférico, cateter de hemodiálise e monitorização da pressão venosa central como da saturação venosa central. Por se tratar de um procedimento que mesmo sendo feito por profissionais experientes, pode ocorrer algumas complicações, a intensa fundamentação teórica, prática no laboratório de habilidades e discussões com preceptores dos serviços, fez com que exista uma maior segurança na sua realização, porem ao longo do estágio foi possível fazer este procedimento uma única vez, a experiencia sobre o procedimento já não é a mesma após o contato com o paciente, por se tratar de um procedimento delicado, ganhar a confiança do plantonista e merecer realizar o procedimento após demonstrar conhecimento dela, faz com que seja um ambiente caótico na sua primeira vez, existe uma intensa luta entre a ansiedade e o conteúdo teórico que da impressão que o tempo não passa, porem tudo ocorre bem rápido e seguindo um fluxo previamente planejado, fazendo que diminua os riscos de complicações, aumente a segurança e taxa de sucesso do procedimento.

Antes de iniciar o procedimento é necessário pedir o consentimento do paciente e explicar o que será feito, caso esteja consciente, após isto é iniciado localizando o sítio de punção, o qual pode ser na veia jugular interna, veia subclávia ou veia femoral, de ambos os lados do corpo, seguindo as devidas orientações e indicações para a punção em cada sítio. Podemos observar no Quadro 5 os materiais necessários para a realização do AVC e no Quadro 6 os passos para a adequada realização do procedimento (FMUSP, 2020, p. 95)

Quadro 5 - Material para acesso venoso central.

Kit de AVC: agulha, seringa, dilatador, cateter, fio guia;
Luvas estéreis;
Gaze;
Seringas;
Soro;
Kit de sutura;
Material de assepsia, EPI;
Anestésico local: lidocaína sem vasoconstrictor.

Fonte: FMUSP, adaptado pelo autor.

Quadro 6 – Passos para realização de acesso venoso central.

Checar materiais;
Posicionar paciente e palpar zona de punção;
Lavar mãos e colocar EPI;
Realizar antissepsia com clorexidina e álcool em local de punção;
Montar campos estéreis;
Posicionar materiais para facilitar o procedimento: exemplo tórax do paciente ou mesa;
Anestesiando paciente na zona de punção com lidocaína aprox 5mL;
Iniciar técnica de seldinger VJID: introduzir agulha em 45° direção ao mamilo ipsilateral e aspirar no ápice do triângulo formado pela inserção clavicular e esternal do músculo esternocleidomastoideo até encontrar a veia que fica localizado lateral a artéria carótida comum direita a 1-1,5cm da pele;
Localizado a veia retirar a seringa e inserir o fio guia, não deve haver resistência, deve ser liso ao seu passo, sangue fica pingando;
Nunca soltar fio guia;
Tirar agulha e dilatar uma vez a pele e subcutâneo em movimentos circulares, cuidado reflui muita sangue, comprimir com gaze;
Tirar dilatador e logo preparar cateter para inserção;
O fio guia deve sair pelo orifício externo do cateter antes de ser inserido, logo inserir na pele e na veia;
Uma vez inserido o cateter fazer teste do fluxo e refluxo, aspirar sangue e logo limpar com soro;
Fixar cateter com nylon 3-0 e pontos simples, realizar curativo oclusivo;
Pedir Rx para ver complicações, deve estar localizado no óstio do átrio direito.

Fonte: FMUSP, adaptado pelo autor.

O fato de ter feito uma única vez este procedimento e ter observado várias vezes sua realização, ajudou a ver pontos negativos e positivos que serão reforçados nas próximas vezes que tiver a oportunidade de realizar ou ajudar, em vários momentos era necessário voltar a lembrar os passos do procedimento e consultar o preceptor antes de iniciar, a ansiedade era tanta que tinha dificuldade em estar

seguro do local de punção, uma vez localizada a veia jugular interna direita e iniciado os passos sob orientação do preceptor, percebi que já estava tirando o fio guia e inserindo o cateter, tudo fluindo de forma correta, após chegar ao limite do marcador do cateter e testar o lúmen o preceptor fala que podia continuar com a fixação e realizar o curativo, momento no qual senti muito alívio e segurança de que o procedimento foi bem sucedido, a contínua comunicação com o preceptor passou muita segurança, foi possível perceber que sua experiência e preparação o faziam um excelente profissional. Após concluído o procedimento foi feito o registro no prontuário eletrônico do paciente explicando tudo que foi feito.

### 7.3 Intubação orotraqueal (IOT) em Sequência Rápida de Intubação (SRI)

Consiste em utilizar concomitantemente medicação hipnótica e bloqueador muscular em pacientes pré-oxigenados introduzindo o tubo orotraqueal logrando obter uma via aérea definitiva para fornecer oxigenação nos pulmões, suas indicações são várias, a incapacidade do paciente de proteger a via aérea, falha na oxigenação ou ventilação, saturação de O<sub>2</sub> menor que 95%, Insuficiência Respiratória Aguda (IRpA), Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) entre outros, são critérios a serem analisados acorde a situação clínica do paciente, o qual dependera sua evolução e os passos a serem realizados para seu manejo.

Ao decorrer do estágio foi possível realizar este procedimento duas vezes, como será mencionado a seguir nos passos da IOT, participei somente na laringoscopia e posicionamento do tubo orotraqueal, o restante do procedimento foi previamente planejado pelo médico plantonista, o qual escolheu os medicamentos indicados para o paciente, assim como sua dosagem e diluições de manutenção, foi possível discutir com o preceptor sobre o procedimento, o qual tirou dúvidas com respeito a indicação da IOT em ISR e as medicações que foram feitas.

O treinamento prévio no laboratório de simulação da UNILA, as orientações feitas pela professora do módulo e a discussão com os médicos plantonistas fez com que os procedimentos sejam feitos com sucesso sem comprometer o paciente, treinei tanto que ficou de forma medular os 7 passos para ISR o qual é listado no Quadro 7este inclui os materiais necessários e a técnica em si, a escolha das medicações para cada situação está no apartado de casos clínicos, escolha de medicações para Intubação Orotraqueal (FMUSP, 2020, p. 11).

Quadro 7 - Os 7 passos para IOT.

<p><u>1- Preparação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar: FC, FR, PA, SatO<sub>2</sub>, capnografia;</li> <li>- Acesso venoso calibroso;</li> <li>- Escolher e titular drogas de sedação e manutenção;</li> <li>- Testar luz do laringoscópio, tamanho e tipo</li> <li>- Testar tubo (tamanho e balonete), testar bolsa-válvula-máscara e aspirador.</li> </ul>	<p><u>2- Pré-oxigenação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não ventilar o paciente a não ser que oximetria de pulso este abaixo de 93% no momento da indução da hipnose;</li> <li>- Fornecer O<sub>2</sub> por bolsa-válvula-máscara a 15L/min com FiO<sub>2</sub> de 95-100% por 3 minutos antes da indução hipnótica.</li> </ul>	<p><u>3- Otimização da intubação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Corrigir possíveis fontes de descompensação, hipotensão, pneumotórax, hemotórax, dissecação de aorta;</li> </ul>
<p><u>4- Indução da hipnose e paralisia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infusão das doses previamente calculadas e preparadas, deve ser feita em bolus;</li> <li>- Primeiro hipnótico em seguida BNM;</li> <li>- Após infusão paciente cessará os movimentos respiratórios espontâneos, paciente com SatO<sub>2</sub> maior ou igual que 93% não deve ser ventilado com B-V-M.</li> </ul>	<p><u>5- Posicionamento do paciente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Altura da cama deve corresponder à altura do processo xifóide do intubador;</li> <li>- Elevar a cabeça do paciente, o meato auditivo externo deve ficar na mesma altura do manúbrio do esterno;</li> <li>- Coxim posicionado no occipício do paciente.</li> </ul>	<p><u>6- Posicionamento do tubo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Após flacidez da musculatura facial proceder a intubação;</li> <li>- O tubo deve ser introduzido até que as pregas vocais fiquem na altura da marca preta proximal ao balonete (22 cm), a boca deve ficar em 23 cm;</li> <li>- Em caso de oximetria de pulso com SatO<sub>2</sub> menor que 93% interromper tentativa e ventilar o paciente novamente.</li> </ul>
<p><u>7- Pós-intubação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conectar AMBU e ventilar auscultando epigástrio, base e ápice de ambos hemitórax;</li> <li>- Após passagem do tubo e confirmação pela capnografia ou ausculta deve-se fixar o tubo;</li> <li>- Conectar o VM e estabelecer parâmetros acorde o indivíduo e corrigir instabilidade hemodinâmica SN;</li> <li>- Pedir Rx de tórax e solicitar exames de laboratório.</li> </ul>		

Fonte: FMUSP, adaptado pelo autor.

Após realização do procedimento foi feito o devido registro no prontuário do paciente, onde foi explicado o procedimento em detalhes. A ISR foi um dos procedimentos no qual senti muita confiança na sua realização, foi de muita ajuda a elaboração de resumos e fluxos para não esquecer cada detalhe que envolve organizar toda uma equipe para responder de forma ótima, os preceptores sempre contribuíram com nosso aprendizado, tirando dúvidas e apontado pontos negativos e positivos, fator que contribui com o tempo na melhoria dos planos de resposta nesta situação.

#### 7.4 Sondagem vesical

Ao longo do estágio foi possível realizar o total de 6 passagem de sonda vesical, sendo 2 em paciente masculino e 4 em paciente feminino, por ser um procedimento o qual é mais realizado pela equipe de enfermagem, todos os procedimentos foram devidamente supervisionados e sem complicações, com a ajuda das enfermeiras as quais possuem um próprio fluxo que otimiza o seu trabalho resultando em um procedimento rápido e efetivo, foi possível primeiramente fazer observação da técnica, tirar dúvidas e logo após ter o consentimento da equipe, realizar os procedimentos.

No dia a dia este procedimento é bastante feito, já que suas indicações ajudam a monitorar o volume de urina, resolver retenção de urina e para a própria análise bioquímica, uma vez o paciente cumprindo as indicações o procedimento é recomendado, sendo necessário preparar os materiais e explicar para o paciente o procedimento, garantindo que o paciente não se sinta muito constrangido, especialmente em pessoas de avançada idade os quais requerem bastante delicadeza.

Para sua realização é preciso fazer um check list dos materiais necessários os quais estão incluídos no (Quadro 8) (SOUZA e PRADO, 2017, p. 99). Após ter todos os materiais a disposição é iniciado o procedimento em si, o qual envolve as seguintes etapas conforme o sexo do paciente (Quadro 9) (SOUZA e PRADO, 2017, p. 101-103).

Quadro 8 - Materiais necessários para sondagem vesical.

Sonda de foley calibre 16-20, balão de 5cm <sup>2</sup> ;
Equipe de cateterização estéril com lubrificante hidrossolúvel;
Luvax estéreix;
Solução antisséptica;
Compressas e gazes;
Lidocaína gel;
Seringa com 5mL de soro para insuflar o balão;
Sistema de drenagem e coleta de urina.

Fonte: Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem, adaptado pelo autor.

Quadro 9 - Procedimento de sondagem vesical no sexo masculino e feminino.

Masculino	Feminino
Preparar o campo estéril;	Posicionar paciente;
Fazer a limpeza da glândula e prepúcio com solução antisséptica;	Preparar o campo estéril;
Colocar luvas estéreix;	Fazer a limpeza com solução antisséptica na área periuretral, recesso dos lábios maiores e menores, anterior a região do introito vaginal e posterior ao clitóris;
Segurar o pênis com a mão não dominante e manter com leve tensão;	Colocar luvas estéreix;
Introduzir cateter previamente lubrificado e anestesiado em sentido vertical, leve resistência ao nível da próstata, abaixar o pênis e progredir;	Solicitar cateter e gel;
Introduzir de forma completa, a urina de refluir;	Introduzir 4-5cm na uretra, deve refluir urina;
Se refluir inflar balão com 5-10 mL de soro;	Inflar balão;
Conectar o cateter a sistema fechado de drenagem;	Conectar o cateter a sistema fechado de drenagem;
Avançar a pele do prepúcio e fixar cateter	Fixar cateter.

Fonte: Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem, adaptado pelo autor.

Foi de suma importância o estudo destes procedimentos, os quais são comuns no dia a dia nestes setores, o conteúdo teórico sem dúvidas fortalece a autoestima da pessoa, proporciona segurança no momento da realização do procedimento e seu total sucesso, a repetição tanto do conteúdo teórico como do prático ajuda no controle da ansiedade, medo e insegurança, conseguindo realizar um procedimento com o mínimo de complicações possíveis.

Por se tratar de um procedimento invasivo, o qual deixa o paciente com certo desconforto, foi possível perceber que o fato de explicar para o paciente sobre a necessidade do procedimento, as etapas que incluem a sondagem vesical e seus benefícios, ouve uma maior colaboração e otimização no procedimento, diminuindo assim o seu tempo de realização e aumentando seu sucesso. Após a realização é feito seu devido cadastro no prontuário eletrônico explicando passo a passo a realização do procedimento.

#### 7.5 Punção venosa periférica / Punção arterial

Sem dúvida são procedimentos realizados inúmeras vezes no setor de emergência com o fim de conseguir mensurar parâmetros dos elementos contidos no sangue, tanto arterial como venosa, os parâmetros das hemácias, perfil infeccioso, renal, eletrolítico, hepático, gasometria, entre outros, ajudam no diagnóstico clínico e são necessários muitas vezes para direcionar certos tratamentos, uma boa relação com o médico plantonista e com a equipe de enfermagem assegura ganhar o procedimento.

A realização deste procedimento foi feita mais de 20 vezes, sempre que o paciente é admitido sobre minha responsabilidade e sobre preceptoria de uma equipe, todas as coletas de exames e outros procedimentos invasivos são solicitadas para equipe, o qual se mostrou disposto a ajudar no momento do procedimento, após consentimento do paciente e explicado sobre o que vai ser feito com a coleta de exames, é procedida na técnica de punção venosa periférica ou arterial contida no Quadro 10 (SOUZA e PRADO, 2017, p. 51), e seu registro no prontuário do paciente.



Quadro 10 - Técnica de punção venosa periférica e arterial.

Punção venosa e arterial
Higienizar as mãos;
Reunir materiais (seringa, álcool, luvas, agulhas, tubos, garrote);
Posicionar paciente e localizar zona de punção;
Colocar o garrote e higienizar zona de punção;
No caso de punção arterial, verificar irrigação com o fim de ter vascularização na zona caso ocorrer dano arterial (teste de Allen);
Introduzir agulha horizontalmente com a mão dominante e aspirar a seringa;
Após coleta realizar curativo na zona de punção;
Descartar material.

Fonte: Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem, adaptado pelo autor.

## 7. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Ao longo do estágio foi acompanhado vários setores da Rede de Urgência e Emergência (RUE) no município de Foz do Iguaçu, foi possível perceber vários aspectos positivos e negativos dentro do serviço, o setor que foi acompanhado na maioria das vezes formam as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), sendo um ambiente que compõe vários pacientes com distintas patologias e intenso fluxo de pessoas procurando assistência médica por sua facilidade de acesso a tratamento, existem várias situações que aumentam o sofrimento da população na espera de consulta medica, fazendo muitas vezes as pessoas desistirem de esperar e evadirem sem avaliação medica, ou até mesmo passarem muito mal na sala de espera.

A classificação de risco compõe um excelente sistema de triagem para os serviços de urgência e emergência, é possível classificar os pacientes por gravidade e priorizar atendimento naqueles que estejam com maiores riscos para sua saúde, após avaliados pelo médico é possível seguir o fluxo atendendo as demais classificações de risco, dando assim lugar ao atendimento de casos mais leves e moderados. Muitas vezes os paciente são orientados a procurar Unidades Básicas de Saúde (UBS), com o fim de fazer acompanhamento com o médico de família, porém outros pacientes passam diretamente para os setores de consultórios, sala amarela ou vermelha, respeitando o fluxo interinstitucional com o fim de prestar atendimento para estas pessoas.

Cada estrutura física de atendimento médico conta com seu limite de operação, o qual é estipulada pelo número total de profissionais, insumos, leitos de internação e observação, e pelo espaço físico que compõe sua estrutura civil, sendo assim em diversas situações em vários setores do serviço, encontramos uma maior demanda de pacientes em certos horários do dia, sendo os setores de consultórios e sala amarela os mais afetados pelos horário pico (08am - 23pm), fazendo com que a carga de trabalho destes profissionais sejam muitas vezes saturadas pelo constante fluxo de pacientes, acarretando na demora de atenção medica para os demais na espera.

É possível ver a alta de demanda da cidadania em cada plantão, os leitos quase sempre ocupados em sua totalidade, pacientes aguardando serem atendidos nos consultórios e uma equipe totalmente saturada, cansada e estressada por este fato, é por isso que resulta necessário a elaboração de estratégias para gerar um fluxo corrido de atendimentos e visar a qualidade de vida dos nossos profissionais de saúde. Ao conversar com os profissionais de saúde que compõe esta estrutura, foi

possível avaliar as diferentes situações e ouvir possíveis soluções para os problemas do dia a dia conforme suas perspectivas, sinalando vários pontos que podem ser reestruturados e planejados com o fim de solucioná-los.

Com respeito as longas filas de espera dos pacientes e a saturação do fluxo interno das UPAS, os profissionais que compõe este serviço mencionaram que a estrutura física as vezes não comporta para a demanda da quantidade de pacientes, na maioria das vezes é necessário habilitar leitos nos corredores com o fim de prestar atendimento, os pacientes medicados na sala de espera dos consultórios muitas vezes superam o limite previsto para as poltronas disponíveis, e os médicos que encontram-se com muitos pacientes sob sua responsabilidade colaborando também na demora dos atendimentos.

Muitas vezes podemos pensar em situações obvias, como na ampliação da estrutura física e das equipes medicas, porém este processo demanda de recursos financeiros os quais muitas vezes são limitados e sua solicitação demora muito tempo para ser analisada e posto em prática, sendo uma solução de longo prazo com seu devido planejamento, temos que pensar no que podemos fazer com os recursos disponíveis no momento e reorganiza-los com o fim de diminuir as falhas possíveis, torna-se assim necessário a criação de um grupo de gestão interna o qual possa gerar estratégias para essas situações, remanejando o serviço com o fim de diminuir a carga de trabalho em certos setores.

Caso aconteça que o fluxo esteja saturado ou sua iminência, pode ser acionado por qualquer profissional de saúde que detecte esta situação, o remanejamento de pacientes consiste em realoca-lo em outros setores dentro da UPA nos quais o limite da capacidade não seja superada, com a devida solicitação de vaga para a equipe por comunicação direta entre os coordenadores das equipes e todos estejam de acordo em receber o paciente, outra estadia poderia ser realocar o paciente para o serviço das UBS, fazendo o devido encaminhando após o acolhimento inicial, reduzindo assim os casos leves que podem ser tratados de forma ambulatorial e com maior tempo, além do já mencionado solicitar a transferência para outra UPA mostra-se uma opção favorável, com a devida comunicação entre responsáveis de equipe e orientações sobre a saúde do paciente, descrevendo os motivos estruturais pelo remanejamento.

É possível perceber que uma vez feito o remanejo do paciente, é muito provável que também possa ocorrer o remanejo de profissionais, com isto pode ser solicitado para outras equipes o serviço dos seus recursos humanos, com o fim de diminuir a demanda de pacientes no ponto de estabilizar os serviços, é possível por meio da comunicação entre equipes e analisar a melhor alternativa para diminuir a demanda excessiva em outros setores organizando novamente o fluxo, caso haja forma do profissional se deslocar para outro setor este ficaria sob responsabilidade do coordenador da equipe até que a situação seja resolvida, voltando após a seu serviço diário. Podemos observar na Figura 3 como pode ser feito o manejo pelo grupo de gestão.

Figura 3 - Remanejo no grupo de gestão.



Fonte: Autor.

Uma vez realizado este procedimento é necessário formular um documento que expresse todo o fluxo acontecido e ser entregue para a administração, com o fim de impulsar alternativas para diminuir que novas situações similares aconteçam, este recurso deve ser utilizado somente em situações em que a carga da demanda de pacientes excede ou a iminente saturação dos serviços esteja presente, não sendo recomendado inicialmente uma pratica recorrente por estar sujeito a dinâmica destes serviços, onde pode ser aplicado que não existam condições para acontecer as recomendações mencionadas.

Por se tratar de uma estratégia que pode ser acionado por cada profissional de saúde, este dá o empoderamento a cada um para iniciar a gestão de casos com o fim de garantir o acesso a atendimento de todos os pacientes que solicitam atenção médica no serviço, além disso como não é uma estratégia normativa da instituição, faz com que esteja involucrado muitas vezes o relacionamento entre colegas, a predisposição de ajudar e a mútua concordância entre equipes. Uma vez solicitado a análise deste projeto pela administração e aceito caso seja a situação, a sua implementação dependera de comunicar aos chefes das equipes sobre o fluxo e fornecer capacitação para eles, assim de serem capazes de reproduzi-lo em seu serviço e fornecer feed-back para estar sempre reanalisando o projeto e propondo otimizações.

## **8. CÓDIGO DE ETICA MÉDICA**

O Conselho Federal de Medicina (CFM), no uso da suas atribuições faz público o Código de Ética Médica por meio da Resolução CFM N°2.217/2018, este contém os direitos, deveres e responsabilidades dos médicos na sua atuação clínica, nele constam as normas que devem ser seguidas no exercício da profissão, relacionadas com ensino, pesquisa e administração de serviços de saúde. O alvo do médico é a saúde do ser humano, sendo que deverá agir com o máximo zelo e capacidade no tratamento dos pacientes, ele utilizara seus conhecimentos e progressos científicos para benefício da sociedade e tratara o ser humano com respeito e dedicação. A relação do médico com a equipe deve ser com respeito mútuo, buscando sempre o bem-estar do paciente, ele também será responsável pelos seus atos médicos e estes deveram ser executados sem negligência e com competência (CFM, 2019, p. 15-17).

Sendo o médico uma pessoa indispensável nos serviços de saúde, este devera se responsabilizar pelo setor no qual foi contratado para prestar seus serviços, a figura do médico tem grande impacto no serviço, pois é ele quem coordena o cuidado dos pacientes, estabelece tratamentos e estimula a equipe a realizar atendimentos de qualidade. Com respeito as responsabilidades do médico, este não pode deixar de atender setores de urgência e emergência, afastar-se de suas atividades e deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido, em caso da ausência do médico a administração deve providenciar a substituição, ele também não pode deixar de atender os pacientes em setor de urgência e emergência, sendo total responsabilidade dele comparecer ao setor onde foi alocado (CFM, 2019, p. 21).

A falta do médico no serviço pode acarretar grandes consequências tanto para os pacientes como para a equipe, como mencionado e obrigação do médico zelar pela saúde dos pacientes, sendo sua total responsabilidade o prognostico do doente caso este incumpra suas obrigações, já para a equipe a falta do médico causa uma sobrecarga de trabalho, estresse e reorganização do serviço, impactando novamente na saúde dos pacientes, é necessário que o médico cumpra com estas obrigações com o fim de proporcionar um ambiente de trabalho organizado e estruturado, logrando assim a assistência medica com sucesso nos doentes. Em caso da ausência do médico este pode ter suspenso o exercício da medicina, sendo penalizado pelas suas ações de forma administrativa a não ser que exista uma justificção e este consiga explicá-lo (CFM, 2019, p. 45).

Ao longo do estágio na Rede de Urgência e Emergência (RUE), foram feitos vários plantões organizados em escalas em no máximo 40 horas semanais e plantões de 12 horas, as orientações da docente com respeito a leitura do Código de Ética Médica e sobre as consequências em caso de falta no plantão foram feitas no início do módulo, sendo certificado por ela mesma que todos os alunos estejam de acordo e compreendam sua importância no dia a dia, além disso os alunos foram orientados sobre a convivência com os profissionais nos diferentes setores, atualização sobre normativas administrativas publicadas e sobre nossas atribuições em serviço, sendo de conhecimento de todos os alunos a responsabilidade pelos seus atos que forem em contra das normas estabelecidas.

Cabe mencionar que tive uma experiência que vai em contra das normativas previstas para o bom desenvolvimento do estágio, ela corresponde a uma falta injustificada em 1 único plantão, por questões pessoais não consegui ir para o plantão e também não tinha como informar os colegas minha situação, por me encontrar incomunicável pela falta de internet no celular e fora de casa resolvendo o problema que acarretou a falta injustificada, fui totalmente irresponsável no meu ato, não tendo empatia pelos colegas que estavam no serviço e não zelando pela saúde dos meus pacientes, sendo assim esta situação cabível de avaliação pela docente e aplicado a correspondente sanção conforme sua magnitude. O acontecido foi que ao sair para ir ao plantão estragou meu meio de transporte, já que me encontrava a uma distância considerável da minha casa e sem recursos financeiros para custear o conserto do mesmo e deslocamento no serviço por outros meios, optei por resolver esse problema o mais rápido possível, porém me encontrei com mais condições que não favoreceram meu deslocamento ao serviço fazendo que demore ainda mais a comunicação com a docente e os colegas de serviço.

Ao final do dia foi comunicado para a docente sobre este acontecimento, a qual orientou refletir sobre o acontecido em base ao Código de Ética, sendo totalmente um método de reflexão sobre as possíveis punições pelo qual estou exposto se isso acontecer uma vez sendo profissional de saúde e respondendo de forma administrativa sobre meus atos, após a reflexão do acontecido cheguei à conclusão de que nunca mais faltarei a um plantão de forma injustificada, já que esta situação somente piora minha imagem como estudante e como futuro médico, fato pelo qual me disponho totalmente a responder pela minha ausência naquele dia e melhorar ainda mais aspectos éticos na prática médica.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O treinamento em serviço dos acadêmicos de medicina consiste em inserir o aluno nas estruturas de saúde com o fim de se aproximar com a realidade, é de suma importância preparar os alunos com habilidades e competências para quando formados possam exercer a vida profissional com qualidade e responsabilidade, sendo partícipe como membro de uma equipe e gerenciando ela para obter os melhores resultados para os pacientes.

Ao longo do modulo foi possível estabelecer conhecimento sobre o funcionamento da Rede de Urgência e Emergência (RUE) na cidade de Foz do Iguaçu, conhecer sua estrutura física e se relacionar com as equipes que fazem parte dela, com o fim de treinar e aperfeiçoar habilidades como consultas e tratamento médico, procedimentos invasivos e gestão da equipe. Com certeza esta experiencia contribui na minha formação, sendo de suma importância estar preparado para o cenário real, na prática, e poder responder com qualidade e responsabilidade nos atendimentos de urgência e emergência.

Quero agradecer a Prof. Flavia Trench pela conhecimento passado ao longo do modulo e pelas orientações feitas para a construção deste relatório, a todos os profissionais de saúde que compõe a RUE, tanto nas UPAS como no HMPGL, especialmente as equipes da Sala Amarela da UPA João Samek, que tiveram grande influência no meu aprendizado, permitindo realizar as atividades recebendo uma preceptoría de qualidade, agradecer também a toda a equipe de suporte a estas estruturas, como recepcionistas, radiologistas, faxineiras e transporte, que sempre se mostraram abertos para ajudar e tirar dúvidas.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Portaria N° 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e sua Central de Regulação das URgências, componente da Rede de Atenção às Urgências, Brasília, 2012. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010\\_21\\_05\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html)>. Acesso em: 12 Nov 2021.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, 2013. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf)>. Acesso em: 9 Nov 2021.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Manual de implantação e implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais e Centros de Referência (NIR), Brasília, 2017a. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/images/PDF/2018/marco/28/Manual-NIR---Versao-digital-RGB.PDF>>. Acesso em: 12 Nov 2021.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Portaria N° 10 de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde, Brasília, 2017b. Disponível em: <[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: 12 Nov 2021.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Linha de cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto, Brasília, 2020. Disponível em: <<http://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjAwNg==>>. Acesso em: 05 Nov 2021.

BRASIL. Governo do Estado de Ceará. Secretaria de saúde. Guia de suporte para diagnóstico e tratamento de vítimas de acidentes por animais peçonhentos, Ceará, n. 1, 2021a. Disponível em: <[https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Guia\\_de\\_Suporte\\_Sug\\_PL\\_Acervo\\_CIATOX\\_IJF\\_R evkkc\\_finalizado.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Guia_de_Suporte_Sug_PL_Acervo_CIATOX_IJF_R evkkc_finalizado.pdf)>. Acesso em: 07 Dez 2021.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Guia de vigilância epidemiológica, emergência de saúde pública de importância nacional pelo coronavírus 2019 - Covid-19, Brasília, 2021b. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>>. Acesso em: 25 Out 2021.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.451, de 10 de março de 1995. Estabelece nos Parágrafos I e II do Artigo I as definições para os conceitos de urgência e emergência, a serem adotadas na linguagem médica no Brasil, Brasília, 1995. Disponível em: <[https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1995/1451\\_1995.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1995/1451_1995.pdf)>. Acesso em: 12 Nov 2021.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM N° 2.110/2014. Dispõe sobre normatização do funcionamento dos Serviços Pré-hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, em todo o território nacional, Brasília, 2014. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2014/2110>>. Acesso em: 13 Nov 2021.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM N°2217 de 27/09/2018. Código de Ética Médica. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: 10 Dec 2021.

FMUSP. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Medicina de Emergência, abordagem prática., Manole, São Paulo, n. 14, 2020. Acesso em: 11 Nov 2021.

SOUZA, A.; PRADO, B. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira (FVR). União das Instituições de serviços, ensino e pesquisa LTDA (UNISEPE). Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem, São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://portal.unisepe.com.br/fvr/wp-content/uploads/sites/10003/2018/02/Manual-de-Procedimentos-B%C3%A1sicos-de-Enfermagem.pdf>>. Acesso em: 11 Nov 2021.

UFMA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MARANHÃO. Redes de Atenção à Saúde: Rede de Urgência e Emergência (RUE), São Luís, 2015. Disponível em: <[https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2435/1/UNIDADE\\_4.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2435/1/UNIDADE_4.pdf)>. Acesso em: 11 Nov 2021.