



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

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

**VIVÊNCIAS E APRENDIZADOS NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE
FOZ DO IGUAÇU**

César Augusto Lanzoni

Foz do Iguaçu
2021

CÉSAR AUGUSTO LANZONI

**VIVÊNCIAS E APRENDIZADOS NA REDE DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA DE FOZ DO IGUAÇU**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Latino Americano de Ciências da Vida e Natureza da Universidade Federal da Integração Latino Americana, como requisito parcial da obtenção de título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Luis Fernando Boff Zarpelon

Foz do Iguaçu
2021

César Augusto Lanzoni

VIVÊNCIAS E APRENDIZADOS NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE FOZ DO IGUAÇU

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina pela UNILA.

Orientador: Luis Fernando Boff Zarpelon

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Luis Fernando Boff Zarpelon
UNILA

Prof. **NOME DA BANCA**
UNILA

Prof.
UNILA

Foz do Iguaçu, 16 de março de 2023

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): César Augusto Lanzoni

Curso: Medicina

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

Título do trabalho acadêmico: Vivências e aprendizado na rede de urgência e emergência de Foz do Iguaçu

Nome do orientador(a): Luis Fernando Boff Zarpelon

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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

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

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

RESUMO

Implementado no município de Foz do Iguaçu no estado do Paraná, o Internato de Urgência e Emergência do SUS conta com os campos de estágio no pronto socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, UPA Dr Walter Cavalcante Barbosa e UPA João Samek. Este relatório, utilizado como método avaliativo, apresenta a rede de atenção em urgência e emergência do município, discutindo os fluxos de atendimento, regulação de casos, regulação de vaga zero, estruturas físicas e de recursos humanos. É realizado a discussão crítica de casos clínicos acompanhados pelo acadêmico durante o módulo, bem como os procedimentos realizados e sua percepção do atendimento oferecido aos pacientes, acompanhado de proposta de intervenções para melhoria do serviço. Também é discutido a vivência do estudante durante a pandemia de COVID-19.

Palavras-chave: internato; medicina; urgência e emergência; Foz do Iguaçu.

RESUMEN

Implementado en el municipio de Foz do Iguaçu en el estado de Paraná, el Internado de Urgencia y Emergencia del SUS tiene los campos de internado en la sala de emergencia del Hospital Municipal Padre Germano Lauck, UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa y UPA João Samek. Este informe, utilizado como método evaluativo, presenta la red de atención de urgencias y emergencias de la ciudad, discutiendo los flujos de atención, la regulación de casos, la regulación de vacancia cero, las estructuras físicas y los recursos humanos. Se realiza una discusión crítica de casos clínicos seguidos por el académico durante el módulo, así como de los procedimientos realizados y su percepción de la atención brindada a los pacientes, acompañada de una propuesta de intervenciones para mejorar el servicio. También se analiza la experiencia del estudiante durante la pandemia de COVID-19.

Palavras-chave: internato; medicina; urgencia y emergencia; Foz do Iguaçu.

ABSTRACT

Implemented in the city of Foz do Iguaçu on Paraná state, the internship on SUS' urgency and emergency counts with municipal hospital Padre Germano Lauck emergency service, UPA Dr Walter Cavalcante Barbosa and UPA João Samek as internship fields. This report, used as scoring grade, presents the urgency and emergency net on the city, discussing the service flow, regulation, phisycal structures and human resources. There's a critical discussion on the clinical cases followed during the class, as well as the procedures realized and the perception of the service offered to patients, followed by a proposal of interventions to help the service. It is also discussed the interns experience during the COVID-19 pandemic.

Key words: medical internship; medicine; urgency and emergency; Foz do Iguaçu.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. Organização da rede de atendimento de urgência e emergência no SUS Da cidade de Foz do Iguaçu	11
2.1 UPA JOÃO SAMEK	12
2.2 UPA DR. WALTER CAVALCANTE BARBOSA	18
2.3 HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK	22
2.4 SERVIÇOS DE REGULAÇÃO E TRANSPORTE	26
2.5 COLETA DE DADOS	30
3. Casos clínicos atendidos nos cenários de prática	31
3.1 CASO 1	32
3.2 CASO 2	37
3.3 CASO 3	41
3.4 CASO 4	44
3.5 CASO 5	48
3.6 CASO 6	53
3.7 CASO 7	57
3.8 CASO 8	60
3.9 CASO 9	64
4. Relato vivencial sobre a pandemia da COVID-19	68
5. Listagem dos procedimentos invasivos realizados	70
6. Diagnóstico de questão-problema da rede de atenção às urgências e emergências	74
7. REFERÊNCIAS	77

1. INTRODUÇÃO

Com um perfil epidemiológico de óbitos constituído principalmente de doenças do aparelho cardiovascular, neoplasias, acidentes e violência (DUARTE; SILVA; BRITO, 2016), a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Brasil é um dos principais pilares da saúde pública.

Esta rede tem como objetivo intervir rapidamente em diversas situações críticas de saúde, buscando alterar desfechos negativos de causas potencialmente fatais ou que levem a redução da qualidade de vida do paciente. Chamadas de urgências e emergências, o conceito destas categorias de agravos são comumente confundidos, sendo necessária a definição para a atribuição adequada de fluxos e manejos de cada quadro.

Segundo Giglio-Jacquemot (2005), urgência é um quadro que necessita ação com rapidez, sem espera, porém que não apresenta perigo iminente à vida do paciente. A urgência causa grande desconforto e pode, eventualmente, evoluir para uma emergência. Já a emergência é um quadro que apresenta risco iminente à vida do paciente, necessitando intervenção imediata. Como exemplo, uma vítima de trauma que apresenta hemorragia é uma urgência, podendo evoluir a uma emergência caso evolua para um choque hemorrágico.

A RUE atua com serviços de regulação e transporte, como o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), responsável por receber as ligações da população, interpretar as demandas, estabelecer o fluxo de atendimento definindo o serviço em que o paciente deve ser encaminhado e fazendo o transporte do paciente. A partir dessa compreensão e, com auxílios dos protocolos de classificação de risco, o médico é responsável pela gestão do tempo e pela definição de prioridades em seu trabalho dentro de um setor de urgência e emergência.

Tanto os serviços de regulação e transporte quanto os serviços de atendimento devem ter uma boa comunicação entre si, de forma a qualificar e agilizar o atendimento. Ao avaliar o paciente e estabelecer hipóteses diagnósticas, o médico regulador deve compreender o fluxo de atendimento para aquele paciente, buscando realizar o quanto antes as medidas adequadas para estabilizar e preservar suas funções vitais.

Em 2013, o Brasil contava com 352.082 leitos para o SUS, com aproximadamente 50% dessas vagas sendo leitos públicos provenientes dos hospitais de administração pública e 50% de leitos privados, de acordo com o Manual Instrutivo da RUE no SUS do Ministério da Saúde (MS) do mesmo ano. O mesmo documento ainda relata a presença de 17.940 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) disponíveis ao SUS, muitos dos quais são ocupados inadequadamente por pacientes menos complexos ou em quadros clínicos estáveis com necessidade de monitorização.

Esses dados são importantes marcadores sobre a qualidade da saúde no país. Isto se faz claro no momento atual que vivemos, durante a pandemia de COVID-19, onde muitos infectados pelo vírus necessitam de monitoração e intervenções de alta complexidade, como intubação orotraqueal. Estes pacientes necessitam de leitos em UTI, onde podem ser monitorados e acompanhados por equipes multidisciplinares de alta complexidade.

Em Foz do Iguaçu, a RUE conta com a rede de Atenção Primária à Saúde (APS), 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 1 hospital municipal de gestão pública, 1 hospital da rede particular, o SAMU e o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE).

Com base nas experiências vivenciadas durante o Internato em Urgência e Emergência do SUS, este relatório tem como objetivo discutir de forma crítica e individualizada as percepções do discente acerca da organização dos serviços de urgência e emergência, discutindo os fluxos de atendimento, casos clínicos acompanhados, êxitos e falhas observados nos setores e demais vivências marcantes para a formação do estudante.

2. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS DA CIDADE DE FOZ DO IGUAÇU

A cidade de Foz do Iguaçu conta com uma população de 258.248 habitantes segundo a estimativa do IBGE para 2021. Sendo o sétimo maior município do estado do Paraná e o maior de sua região geográfica imediata, o município serve como centro de referência de saúde para municípios vizinhos como Santa Terezinha do Itaipu, São Miguel do Iguaçu, Medianeira, Itaipulândia, Missal, Matelândia e Ramilândia.

A cidade também é localizada em uma área de tríplice fronteira, fazendo divisa com a cidade argentina Puerto Iguazú e a cidade paraguaia Ciudad del Este. Esta dinâmica traz desafios de vigilância epidemiológica, bem como no atendimento de pacientes estrangeiros, já que muitos cidadãos destas cidades vizinhas se tornam usuários assíduos do SUS.

A fim de atender sua população local e as complexidades encaminhadas de toda a região, a RUE de Foz do Iguaçu conta com duas UPAs, um hospital municipal de gestão pública, um hospital de gestão privada, SAMU, SIATE e uma unidade de saúde da família (USF) de atendimento 24 horas, além de contar com o suporte do resto da rede de APS, dentro de suas capacidades e obrigações. A rede ainda conta com centros de especialidades complementares tanto da rede pública quanto da privada, buscando providenciar um atendimento integral. A rede de vigilância em saúde também faz parte da RUE, responsável por monitorar o funcionamento dos serviços de saúde e avaliar a epidemiologia regional, criando propostas e demandando investimentos em setores que enfrentem dificuldades em atender suas demandas.

2.1 UPA JOÃO SAMEK

A UPA João Samek conta com uma sala de emergências, duas salas de observação, uma sala de leitos de isolamento, cinco consultórios de atendimento de baixa complexidade, um consultório de triagem, um consultório de ortopedia, uma sala de procedimentos, uma sala de radiografia, uma sala de medicação, uma sala de vigilância epidemiológica, uma sala de odontologia e uma farmácia.

A unidade possui a estrutura física adequada segundo a portaria nº 2048 de 2002 do MS, no entanto, há falhas em relação aos recursos humanos. O número de médicos clínicos é adequado, mas há apenas dois médicos pediatras dividido entre as duas unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências, quando deveriam ter três devido ao porte do município (considerando porte III por aproximação do número de habitantes, já que o porte III conta com população entre 150.000 e 250.000 habitantes).

A pediatria é uma especialidade de extrema importância, devido as inúmeras peculiaridades no tratamento de crianças. Devido às constantes transformações que o desenvolvimento infantil traz, há preocupações em relação a doses de medicamentos, tolerabilidade, conhecimento das capacidades renais e hepáticas de cada idade, parâmetros de sinais vitais, técnicas de procedimentos invasivos e muitas outras singularidades que são de atribuição do especialista. O clínico geral não possui instrução adequada para manejar todos os quadros pediátricos, sendo fundamental a presença de um pediatra na unidade.

Outra falha observada é em relação ao número de médicos disponíveis para atendimento, principalmente durante o turno da noite. Durante as vivências do módulo, foi presenciado plantões noturnos onde não havia cobertura da sala de emergências, de forma que o médico responsável pelas observações também teve de assumir a sala de emergências e o procedimento (nas UPAs, é estabelecido que a sala de procedimentos é de atribuição do responsável pela sala de emergências).

Esta ocorrência é gravíssima pois sobrecarrega o médico, reduzindo a qualidade do atendimento e possibilitando que ocorram situações onde pacientes de emergência cheguem e não consigam atendimento adequado imediato. Há congestionamento de pacientes necessitando de atendimento no procedimento, além da dificuldade em receber admissões que venham pelos serviços de regulação.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (2021), a unidade é classificada como uma UPA de porte III. Possui 47 leitos implantados, sendo destes 4 leitos de urgência. Apesar de possuir apenas o número mínimo de leitos preconizado para uma UPA de porte III, observa-se que a demanda raramente supera a disponibilidade, já que há comunicação entre as UPAs e o hospital municipal, remanejando pacientes que necessitem de atendimento de maior complexidade.

Os atendimentos da UPA João Samek são encaminhados pelo serviço de regulação do SAMU e do SIATE, bem como demandas espontâneas que são avaliadas na triagem e encaminhadas até o setor responsável. Nos casos de urgência ou emergência, há alguns fluxos possíveis para o atendimento do paciente, conforme descrito a seguir.

Urgências traumáticas são encaminhadas pelo SIATE, de forma que não são encaminhadas à UPA os casos de múltiplos traumas, fraturas expostas, grandes queimaduras, hemorragias extensas e com acometimento de órgão-alvo que levem a rápida instabilidade hemodinâmica ou respiratória. Emergências traumáticas também não são encaminhadas à UPA, já que todos estes quadros devem ser encaminhados para a unidade referência que é o hospital municipal.

A UPA recebe traumas de menor complexidade, já que possui condições limitadas de atendimento. Dentre as capacidades do serviço, estão: diagnóstico radiológico de fraturas, tratamento com imobilização de fraturas, realização de suturas em ferimentos superficiais ou profundos (desde que não haja acometimento de órgãos vitais), analgesia, limpeza de ferimentos, realização de curativos em ferimentos menores e realização de curativos em queimaduras de primeiro grau.

Há atendimento ortopédico capaz de avaliar e dar seguimento ao tratamento, no entanto apenas durante o dia. Durante a noite, o paciente é encaminhado para a sala de observação onde é internado até avaliação ortopédica no dia seguinte. O serviço não é capaz de realizar cirurgias ortopédicas, se limitando a condutas conservadoras.

Já as urgências clínicas são encaminhadas via SAMU ou por demanda espontânea. Nos casos de demanda espontânea, o paciente passa pela triagem e logo é encaminhado à sala de observação ou para sala de emergências. Já os pacientes encaminhados pelo SAMU chegam diretamente na sala de emergências, pela entrada das ambulâncias.

Quando a investigação do quadro do paciente necessita de exames de maior complexidade, o paciente é encaminhado ao hospital municipal para a realização deste e depois volta ao serviço de atendimento não-hospitalar, onde será dada a continuidade do tratamento. Coletas laboratoriais são realizadas na própria UPA, mas o serviço não conta com laboratório próprio, existindo uma organização com o laboratório municipal de horários de visita para o transporte destes materiais. Os resultados de todos esses exames são publicados via internet, permitindo o acesso local imediato, assim que o exame fica pronto.

A partir deste ponto, a regulação do paciente fica a critério do médico da sala de emergências, que avalia o estado do paciente, mantendo-o na sala de emergências caso apresente instabilidade, necessidade de monitorização contínua ou necessidade de procedimentos invasivos. Caso o paciente esteja estável, é possível dar continuidade ao atendimento na sala de observação. O médico da sala de emergências comunica a equipe da sala de observação e o paciente é encaminhado para a internação, avaliação e conduta do médico do setor.

É utilizado então uma versão adaptada do protocolo de Manchester como sistema de classificação de risco no setor de urgências e emergências. Este protocolo utiliza um sistema de cores para identificar a gravidade do paciente, a partir da apresentação clínica do paciente. É um dos modelos mais utilizados no mundo, necessitando adaptações para o contexto sócio-cultural do serviço que o implementa.

O sistema idealiza um tempo de espera aceitável dependendo da gravidade do paciente. Pacientes classificados como “vermelho” devem ser atendidos imediatamente, “laranja” em no máximo 10 minutos, “amarelo” em até 60 minutos, “verde” em até 120 minutos e “azul” em até 240 minutos (Mackway-Jones et al., 2014).

Algumas falhas ocorrem nesse processo. Como o protocolo utilizado na unidade não utiliza parâmetros que avaliem variáveis mensuráveis a regulação do paciente fica a critério da percepção do médico de plantão sobre o quadro clínico presente. É um processo subjetivo que, quando feito por equipes sem treinamento adequado, ocorre de forma discrepante.

Dependendo do perfil do profissional, a retenção de casos de menor gravidade pode resultar na lotação dos leitos, sobrecarregando o serviço e dificultando a admissão de novos pacientes. Pacientes que possam completar seu

tratamento de forma domiciliar devem receber alta, pois a permanência prolongada no serviço aumenta o risco de morbidade e mortalidade associadas, apresentando risco aumentado de desnutrição, depressão, quedas, estados confusionais, infecções, complicações iatrogênicas, dentre outros problemas (Modas e Teles, 2019).

É possível observar alguns casos que acabam sendo negligenciados, sendo encaminhados erroneamente para a sala de observação. Estas situações acontecem por diversas causas: imperícia do profissional, falta de empatia com pacientes de grupos sociais vulneráveis, cansaço devido a alta carga de trabalho e falta de cooperação da equipe.

É observável uma falta de empatia da equipe com grupos minoritários, de forma que há negligência no cuidado com presidiários, moradores de rua, pacientes com patologias psiquiátricas e outros cidadãos com maior vulnerabilidade social. Há falta de interesse no estabelecimento de condutas, na execução da prescrição e na programação da alta do paciente.

As emergências clínicas são estabilizadas na sala de emergências, onde serão realizadas as condutas necessárias para que o paciente não vá a óbito e possa ser dado continuidade no tratamento. O ambiente possibilita a realização de procedimentos como a intubação orotraqueal, acesso venoso central e instalação de drenos. Também é possível monitorizar e controlar instabilidades hemodinâmicas por meio de drogas vasoativas, realizar lavagem gástrica em casos de intoxicação, ofertar volume e eletrólitos de acordo com a necessidade do paciente, medicar quadros neurológicos, além de outras condutas clínicas.

Pacientes críticos que necessitem de intervenção cirúrgica são geralmente encaminhados diretamente ao hospital referência, mas caso sejam encaminhados para a UPA, é realizada a estabilização do quadro, investigação, adoção de condutas necessárias (uso de antibióticos, corticoides, aporte de oxigênio) e então são encaminhados ao serviço de referência. Com exceção de quadros oncológicos, cardíacos e obstétricos, o paciente é encaminhado ao hospital municipal.

As condutas cardiológicas, oncológicas e obstétricas são encaminhadas ao hospital Costa Cavalcante, onde se encontra o centro de referência do SUS para estas áreas. As condutas cardíacas são as mais comuns no atendimento da UPA João Samek, já que há diversas queixas de dor precordial que chegam a este serviço.

Como o ambulatório de cardiologia é um serviço regional e muito requisitado, a regulação do SAMU é responsável por definir o encaminhamento do paciente, sendo o destino muitas vezes a UPA. Ali deve ser feito um eletrocardiograma de entrada, coleta de troponinas cardíacas e iniciadas as medidas adequadas. O serviço está equipado com recursos necessários para lidar com quadros diversos, contando com cardioversão elétrica e química, marcapasso transcutâneo, drogas antiarrítmicas, drogas anti-hipertensivas, inotrópicos, drogas vasopressoras, bloqueadores neuromusculares, drogas sedativas e analgésicas e anticoagulantes.

Em casos de infarto agudo do miocárdio com história de início recente, os procedimentos de reperfusão são realizados no hospital Costa Cavalcante. No entanto, observa-se a dificuldade de encaminhar o paciente dependendo da equipe presente no serviço. Muitas vezes são solicitados mais de um eletrocardiograma e mais de um exame de troponinas cardíacas, de forma a estender a permanência do paciente na UPA e inviabilizar procedimentos capazes de reduzir a área isquêmica.

Segundo a Associação Brasileira de Cardiologia (2015), o tempo desde o início dos sintomas até a instituição do tratamento é diretamente proporcional à ocorrência de eventos clinicamente relevantes. Para realizar a intervenção coronária percutânea, o tempo máximo preconizado é de 120 minutos, enquanto a terapia de fibrinólise deve ser iniciada em até 12 horas, de forma que quanto antes for realizada, melhor o desfecho. O documento também afirma que aguardar o resultado de marcadores de necrose enzimática é contra indicado, já que retarda o tratamento e piora o prognóstico.

Pacientes internados em sala de observação podem completar seu atendimento e tratamento na UPA, mas quando há necessidade de avaliação de especialista ou necessidade de tratamento de maior complexidade, é solicitada a transferência do paciente. As transferências são colocadas em um sistema eletrônico que faz a comunicação direta com os Núcleos Internos de Remanejamento (NIR) dos hospitais, responsáveis por contabilizar o número de leitos ocupados em cada setor do hospital e proporcionar vagas conforme a demanda.

Uma das atividades mais interessantes que este serviço implementou foi a contratação de um médico diarista que avalia todos os casos clínicos que aguardam transferência para o hospital municipal. Este profissional é responsável por acompanhar o quadro clínico dos pacientes, buscando agilizar e priorizar a

transferência de casos graves que necessitam de intervenções de urgência. Ele também oferece suporte clínico para os médicos que atuam em salas de urgência e de observação, discutindo os casos e oferecendo sugestões de tratamento, buscando oferecer um tratamento adequado enquanto o paciente ainda não foi transferido para o serviço de maior complexidade.

Em relação a humanização do cuidado, o tratamento entre funcionários e com pacientes é heterogêneo. Desde a triagem, percebe-se que a forma como são feitas as avaliações e encaminhamentos dependem do funcionário responsável pelo setor, de forma que há dias onde os pacientes são encaminhados para setores errados ou são mal instruídos sobre onde ir.

A unidade possui ampla área, de forma que os profissionais tem a comunicação intersetorial prejudicada, gerando mal entendidos e hostilidade nas relações dos funcionários de setores diferentes. O mal encaminhamento ocorre tanto pela falta de instrução sobre classificação de risco, como pela falta de treinamento para o uso do sistema eletrônico. Essa situação é incomoda quando há um setor sobrecarregado recebendo demandas que deveriam ir para outro setor e gera atritos desnecessários. O problema também afeta pacientes, já que a falta de instrução sobre onde ir ou o que será feito por ele gera confusões e atrasos no atendimento.

Comumente o paciente aparenta confuso a respeito das condutas que são realizadas, já que a comunicação é feita de forma rápida, sem se importar se o paciente está compreendendo as orientações. Isso ocorre tanto em atendimentos de baixa complexidade quanto nos que necessitam de internação. Entre os pacientes internados, há queixas sobre não conhecer seus direitos sobre acompanhante, horários de visitas, condutas adotadas, condutas programadas e condições para alta.

É de direito do paciente compreender seu diagnóstico e participar nas tomadas de decisão, sendo necessário um diálogo claro e esclarecedor sobre as condutas adotadas. O médico deve ser capaz de deixar claro as necessidades de intervenção que o paciente tem, bem como as expectativas de duração do tratamento e condições de estadia na internação. A adoção desta medida é capaz de reduzir o número de evasões e aumentar o contentamento do paciente com o atendimento recebido.

Como ressalva, deve-se dizer que a UPA produz também bons atendimentos, com um cuidado centrado no paciente e onde ele também é inserido nas tomadas de decisão. Percebe-se que há um melhor tratamento por profissionais que assumem menor carga de trabalho e, conseqüentemente, apresentam menor esgotamento físico e emocional.

2.2 UPA DR. WALTER CAVALCANTE BARBOSA

A UPA Dr Walter Cavalcante Barbosa conta com uma sala de emergências, duas salas de observação, uma sala de observação pediátrica, uma sala de procedimentos, uma sala de epidemiologia, 2 leitos de isolamento, um consultório de triagem, uma sala de radiografia, uma farmácia e três consultórios para atendimentos de baixa complexidade.

A unidade também é classificada como uma UPA de porte III, tendo número adequado de leitos de urgência e observação, além de estrutura física adequada de acordo com a portaria 2048 de 2002 do MS. No entanto, a quantidade de leitos não é condizente com a demanda que a UPA apresenta.

Os corredores que interligam os setores de urgência e emergência são utilizados para a colocação de leitos e cadeiras reclináveis que procuram abrigar pacientes que cheguem em momentos de lotação dos leitos de observação. Os leitos são muitas vezes ocupados por pacientes trazidos pelo SIATE, já que estes costumam ser transportados para diversos setores como a sala de procedimentos e a sala de radiografia. Enquanto o paciente passa por atendimento nestas salas, a equipe trabalha para reavaliar os pacientes da observação, buscando vaga entre os pacientes que já apresentam condição de alta.

As cadeiras reclináveis são utilizadas para pacientes com menor gravidade clínica e que apenas necessitam de intervenções simples, com previsão de alta em menos de 24 horas. Ali, os pacientes recebem medicação e tem seus exames coletados, sendo liberados conforme atingem melhora do quadro clínico.

O número de leitos disponíveis é variável, de forma que a equipe sempre necessita “arrumar mais leitos” de acordo com a demanda. A sala de emergências comporta 5 pacientes, enquanto as salas de observação comportam 8 pacientes em cada. A equipe também consegue adicionar três leitos no corredor e até 8 cadeiras reclináveis como local de observação. A sala de observação pediátrica conta com seis leitos, assim como um pediatra de plantão.

Em termos de recursos humanos, encontra-se um problema com a disponibilidade do pediatra. Mesmo sendo preconizado pelo Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (MS, 2002) a necessidade deste profissional durante todos os dias, a unidade nem sempre possui um pediatra de plantão aos domingos.

Ademais, as equipes possuem número adequado de médicos, enfermeiros e técnicos para o número de leitos estabelecido. Há apenas a necessidade de mais técnicos em momentos de lotação, quando há o uso do corredor como ala de observação, devido a sobrecarga do trabalho. Os técnicos são responsáveis por avaliar os sinais vitais, cumprirem a prescrição, limpam os pacientes, coletar exames, arrumar os espaços de internação e muitas outras atividades que dependem de tempo, de forma que o acúmulo de pacientes leva a exaustão e aumenta as chances de que erros ocorram no cuidado com o paciente.

Em relação ao fluxo de atendimento, a UPA Dr Walter Cavalcante possui atividade similar a da UPA João Samek. Suas demandas para o serviço de urgências e emergências são encaminhadas pelo SAMU, SIATE ou por demanda espontânea, seguindo o mesmo sistema subjetivo de classificação de risco utilizando uma versão adaptada do protocolo de Manchester.

Os sistemas de encaminhamento e de realização de exames de maior complexidade também ocorrem da mesma forma, por meio da regulação do SAMU e sistemas eletrônicos como o utilizado no NIR do hospital municipal Padre Germano Lauck (HMPGL). Pacientes que necessitem de cuidados em centros de especialidade de cardiologia, obstetrícia e oncologia são encaminhados ao hospital Costa Cavalcante (HCC), enquanto as demais demandas devem ser encaminhadas ao HMPGL.

Há, no entanto, a necessidade do encaminhamento de pacientes com problemas ortopédicos. Como não há ortopedista de plantão nesta unidade, os pacientes que necessitam de avaliação ortopédica são encaminhados a UPA João Samek durante o turno diurno, onde será decidida entre a conduta conservadora (que é executada no próprio serviço) ou se há necessidade de intervenção cirúrgica, sendo encaminhado ao HMPGL.

Ao contrário da UPA João Samek, este serviço não conta com o médico diarista, responsável por avaliar os pacientes que necessitam de transferência. A contratação de um profissional que faça o intermédio entre o serviço de pronto atendimento não-hospitalar e o centro de referência poderia acrescentar muita qualidade e agilidade ao serviço.

A falta de comunicação com o HMPGL faz com que o tempo de internação nesta UPA aumente, causando congestionamento de pacientes. A contratação de

um médico para este cargo se apresenta como boa proposta de intervenção para a logística de criação de leitos em ambiente inadequado.

A estrutura física da unidade é menor do que da UPA João Samek, com setores mais próximos uns dos outros. Isto aproxima os profissionais, melhorando a comunicação intersetorial. Segundo Santos e Bernardes (2010), a comunicação é uma das competências necessárias para que equipes multiprofissionais atuem com eficiência e responsabilidade, melhorando a qualidade e a organização no atendimento.

Já a comunicação entre equipe e paciente não se dá de forma tão satisfatória. Assim como na UPA João Samek, é comum que o paciente não tenha clareza de seu diagnóstico ou das medidas adotadas para exploração e tratamento de seu quadro. Desde o início da pandemia de COVID-19, não há mais passagem de visita dos médicos com os familiares que visitam seus entes internados no serviço, impedindo que a família compreenda e acompanhe o progresso do paciente.

Além de afetar a compreensão de seu estado integral de saúde, a falta de orientações sobre o quadro do paciente impede que este e seus familiares consigam aplicar mudanças de hábitos de vida que impactem no seu prognóstico. A falta de comunicação das UPAs com a rede de APS também é uma grave falha na continuidade do acompanhamento deste paciente.

Segundo estimativas globais da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021), um pequeno conjunto de fatores de risco modificáveis é responsável pela maioria das mortes por doenças crônicas. Atuando no tabagismo, obesidade e fatores nutricionais relacionados a dislipidemias, seria possível eliminar pelo menos 80% das doenças cardiovasculares e diabetes tipos II.

Sendo responsável por 308.466 óbitos no Brasil em 2007, as doenças cardiovasculares são, há muitos anos, responsáveis pela maior causas básicas de óbito no país. O acompanhamento pela rede de APS é capaz de atuar nesses fatores de risco. Faz-se necessário o trabalho conjunto das RUE com a APS afim de reduzir o número de eventos críticos por meio da melhora da saúde integral da população, atuando na prevenção e promoção de saúde.

Outra crítica sobre humanização do cuidado do serviço ficam em relação à negligência no cuidado de pacientes com vulnerabilidades sociais. Assim como na UPA João Samek, pacientes em situação de rua e com diagnósticos psiquiátricos se

apresentam como desafios para a equipe. A falta de empatia e de paciência com esses pacientes levam a uma assistência sem humanização do cuidado, de forma que o atendimento é feito com o objetivo de “se livrar” do paciente da forma mais rápida possível.

É necessário treinamento da equipe para lidar com esses pacientes, de forma a se respeitar a dignidade do cuidado. Percebe-se um abuso do uso de contenção mecânica, que segundo Rentala et al. (2021) é uma intervenção pensada para proteger pacientes de causar dano a si próprio ou a outros, relacionada a diversas complicações. O estudo correlaciona a educação profissional com melhores resultados no uso da contenção mecânica, melhorando a compreensão de quando e como utilizar esta intervenção, reduzindo os efeitos negativos no vínculo estabelecido entre o paciente e os profissionais que estão realizando o cuidado.

2.3 HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK

O HMPGL conta, em seu pronto socorro, com uma sala de emergências clínicas, uma sala de trauma, uma sala de Unidade de Cuidados Progressivos (UCP), duas salas de observação e duas salas de isolamento.

O hospital não possui a estrutura “porta aberta”, de forma que não são atendidas demandas espontâneas. O serviço se restringe a atender pacientes encaminhados pelos serviços de regulação (SAMU e SIATE). No entanto, percebe-se que há casos onde são abertas exceções, caso um funcionário necessite de atendimento ou algum de seus familiares. Exemplo disso foi um caso de um paciente jovem, parente de um funcionário, com dor precordial após uso de cocaína. O atendimento poderia ser realizado em uma das UPAs ou ter sido chamado o SAMU, sobrecarregando o serviço com demandas de menor gravidade.

Em termos de recursos humanos, o HMPGL é o serviço visitado no internato com melhor estrutura, contando sempre com um médico responsável pela sala de emergências e UCP, um médico responsável por ambas as observações e um médico responsável pelo trauma.

O serviço ainda conta com os residentes da clínica médica e da cirurgia, trazendo uma dinâmica de academicismo no serviço, de forma que vemos que a medicina baseada em evidências se torna mais bem aplicada. A percepção deste que escreve é de que estes são os profissionais que mais auxiliaram em nossa formação durante o internato em urgência e emergência, discutindo casos clínicos e sugerindo referências bibliográficas atualizadas e relevantes para o processo de formação.

O serviço ainda conta com um médico diarista, responsável por passar visita todos os dias e discutir o caso clínico dos pacientes internados. Nessa visita, participam os médicos de plantão, residentes e internos. O caso do paciente é discutido, de forma a procurar formas de melhorar o tratamento, elucidar diagnósticos e sugerir exames necessários. Neste momento, a medicina baseada em evidências também se faz muito presente, buscando na literatura suporte para um tratamento mais adequado.

A equipe de enfermagem também é ampla, de forma que sempre há profissionais disponíveis. Dentre os serviços do internato, este foi o serviço onde os internos encontraram maior resistência com a enfermagem. Em diversos momentos,

escutava-se comentários pejorativos e ofensivos a respeito da presença dos internos, desvalorizando a presença e dificultando o processo de aprendizagem. Há também momentos em que se observa que a equipe de enfermagem se acha capaz de fazer decisões clínicas, demorando para pegar material e se fazer disponível para auxiliar o médico em procedimentos invasivos.

Em termos de classificação de risco, o HMPGL possui uma dinâmica diferente, devido ao serviço receber apenas pacientes encaminhados. Pacientes que chegam ao serviço em estado crítico, são encaminhados diretamente para a sala de emergências clínicas ou traumáticas, onde é realizada a estabilização do quadro. Conforme o paciente apresente melhora clínica, ele é transferido a fim de liberar o leito.

Possuindo apenas dois leitos na sala de emergências, a percepção médica de estabilidade se faz fundamental, uma vez que este leito não pode ser ocupado por muito tempo devido a demanda do município e região. Pacientes que necessitem de monitorização contínua são então encaminhados para a UCP, local equipado com monitores de sinais vitais. Pacientes que apresentam menor gravidade clínica são então encaminhados para as salas de observação.

Em casos encaminhados pelas UPAs para elucidação diagnóstica e tratamento de maior complexidade, o paciente estável também é levado às salas de observação, onde é feito o tratamento cabível e onde o paciente aguarda vaga em outros setores do hospital capazes de suprir as demandas do paciente. Exemplo disso são os casos cirúrgicos que aguardam vaga no centro cirúrgico e clínica cirúrgica.

O hospital ainda conta com médicos especialistas, responsáveis por avaliar os pacientes de acordo com as solicitações dos médicos plantonistas. Após a avaliação, o especialista auxilia nas condutas, dando o encaminhamento correto para o quadro do paciente.

Devido ao grande número de patologias do corpo humano, é necessário que haja auxílio dos especialistas. Muitas das condutas a serem executadas são realizadas pelo próprio profissional, seja em ambiente cirúrgico ou em ambiente ambulatorial. O hospital se torna uma ferramenta para agilizar o tratamento deste paciente, já que há uma demora para o atendimento por especialistas pela rede de APS.

O hospital também conta com laboratório próprio, capaz de agilizar o resultado de exames bioquímicos. Alguns resultados ainda se dão de forma morosa, sendo que as culturas apresentam a maior dificuldade. Geralmente, é necessário três dias para receber este resultado, mas é comum que o resultado final seja inconclusivo, atrasando o diagnóstico.

No entanto, o médico não deve se limitar a cultura e ao antibiograma. Segundo o Surviving Sepsis Campaign (2021), a escolha de antibióticos deve ser feita empiricamente, segundo a epidemiologia do foco infeccioso. Isto deve ser realizado em até uma hora para pacientes em choque séptico e em até três horas em pacientes que não estão em choque.

Em relação a tecnologia, o hospital está equipado com exames de imagem de maior complexidade, como a tomografia computadorizada (TC) e ainda tem a disponibilidade da ressonância magnética via solicitação de exame de alto custo. O uso da TC é bem difundido entre os médicos do serviço, sendo solicitado para a elucidação diagnóstica de diversos quadros. No entanto, a ressonância magnética é raramente solicitada.

Durante as vivências no HMPGL, pouco se vê o uso da ressonância magnética. Muitos médicos desconhecem aonde fica o aparelho, além da sua solicitação ser burocrática e complexa. Esta é a ferramenta mais avançada que o serviço possui em exames de imagem, mas fica a impressão de que há uma desestimulação para seu uso. O aparelho se encontra no HMCC, sendo necessária a solicitação de exame de alto custo e o transporte via SAMU para a realização do mesmo.

Em relação ao fluxo de atendimento, o HMPGL recebe seus pacientes via SAMU ou SIATE. O paciente é admitido na sala de emergências ou na sala de trauma, onde é avaliado pelo médico do setor. Caso haja necessidade de estabilização, o paciente é retido nesta sala e iniciada as condutas necessárias (intubação, uso de drogas vaso ativas, controle de hemorragias, entre outras condutas).

Pacientes com necessidade de monitorização, porém com quadro estável, são encaminhados a UCP. Pacientes estáveis sem necessidade de monitorização são encaminhados para as salas de observação. A partir dali, é avaliada a necessidade de transferência para setores como a clínica médica ou a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

A humanização do cuidado está presente no serviço, com uma diferença importante em relação às UPAs. Neste serviço, o paciente tem direito ao horário de visitas, tendo contato com seus familiares em horário específico do dia. Outros serviços suspenderam este serviço devido a pandemia de COVID-19, inviabilizando o convívio social com pessoas próximas, que é fundamental para a saúde mental do paciente.

O cuidado é feito de forma adequada com pacientes lúcidos e orientados. No entanto, pacientes com quadros neurológicos incapacitantes apresentam desafios no cuidado que a equipe não está preparada para enfrentar. Assim como nas UPAs, muitos pacientes se encontram contidos no leitos. Além disso, percebe-se que a equipe não possui paciência com os pacientes, fazendo piadas pejorativas e negligenciando aspectos do cuidado.

Há necessidade de treinamento da equipe para o melhor manejo de idosos e pacientes com estado cognitivo comprometido, buscando maneiras de aliviar o sofrimento do paciente e melhorar o cuidado daqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade.

2.4 SERVIÇOS DE REGULAÇÃO E TRANSPORTE

Dentre os serviços de regulação e transporte, temos o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência. Seu trabalho consiste em receber chamadas para atendimentos em toda a região, prestando socorro no local e encaminhando o paciente até a referência adequada para a continuidade do atendimento.

Ambos os serviços, ao chegar ao destino, devem informar sobre a chegada do paciente, passando a história clínica e o estado atual do paciente. O médico de plantão deve então aceitar o paciente, caso ele possua disponibilidade de leito e caso ele entenda que o encaminhamento foi realizado de forma correta.

O SIATE é responsável pelo atendimento às vítimas de trauma e conta com a ajuda do corpo de bombeiros para realizar o resgate de pacientes em situações de risco e em locais de difícil acesso. Devido a falta de preparo de profissionais de saúde para retirar pacientes de ferragens em acidente automobilísticos, resgate em incêndios e outras situações comuns ao trauma, o auxílio de profissionais especializados é fundamental.

O serviço é responsável por fazer o atendimento inicial do paciente, utilizando protocolos de atendimento bem estabelecidos como o “ABCDE do trauma”. O serviço tem materiais disponíveis para que seja obtida uma via pérvia, estabelecer oxigenação adequada ao paciente, estabilização hemodinâmica e manejo de ferimentos. Dessa forma, o paciente pode ser transportado com maior segurança, melhorando o prognóstico deste.

O paciente é então encaminhado ao HMPGL, referência em trauma, onde o paciente receberá cuidados do médico da sala de trauma, que geralmente é um cirurgião ou ortopedista. Dessa forma, podem ser feitos procedimentos menores no local, ou transferir o paciente para o centro cirúrgico. Este fluxo ocorre em casos de pacientes graves, que necessitem de intervenções complexas e apresentem instabilidade do quadro.

Em casos menos complexos, o SIATE encaminha o paciente às UPAs, onde poderá ser realizado radiografia para avaliação da estrutura óssea, cuidados com ferimentos (limpeza, curativos, imobilização e suturas) e, no caso da UPA João Samek, avaliação do ortopedista e colocação de gesso em fraturas cuja conduta será conservadora. Acidentes automobilísticos menores com trauma de crânio

podem também ser encaminhados para a UPA para observação do padrão neurológico, avaliando se há acometimento encefálico.

O SAMU é responsável pelo transporte de pacientes clínicos, possuindo fluxo mais complexo. A regulação é feita de acordo com o regulador de plantão, telefonando para os serviços para comunicar a chegada do paciente e checar a disponibilidade de leitos.

Além dos pacientes que telefonam à central do SAMU para atendimento domiciliar ou em casa, o SAMU também é responsável por realizar o transporte de pacientes entre serviços, possuindo estrutura adequada para transportar pacientes em ventilação mecânicas, em uso de drogas vasoativas ou em situações críticas.

O fluxo de atendimento não é bem estabelecido, faltando documentos que expliquem como é feita a regulação. Não fica claro os critérios avaliados para decidir se um paciente deve ser transferido à um dos hospitais ou às UPAs. Provavelmente a gravidade do quadro clínico é critério chave para a escolha, assim como as necessidades de intervenção no paciente, podendo encaminhar este para local com maior ou menor densidade tecnológica.

A falta de critérios no transporte ocasiona situações complicadas, já que há casos onde há necessidade de especialistas, não disponíveis no serviço, para o manejo do paciente. A pediatria é exemplo disso, já que alguns serviços não contam com pediatra em todos os dias e turnos. Ocorre de crianças chegarem no serviço em estado crítico, necessitando intubação e drogas vasoativas. Como já discutido anteriormente, não são todos os médicos que compreendem a complexidade da saúde integral da criança, necessitando do especialista.

Outro problema encontrado é em relação a pacientes psiquiátricos. Com o início da pandemia de COVID-19, houve alteração no fluxo de pacientes psiquiátrico, devido ao uso do setor de psiquiatria do HMPGL para o tratamento dos enfermos com o vírus respiratório. Estes pacientes ocupavam muitos leitos na UPA e com pequena taxa de resolutividade, já que não há médicos psiquiatras nestes serviços. Muitas vezes, o paciente que se apresenta em surto psicótico tem este episódio manejado, buscando a estabilização, mas não é dado seguimento ao cuidado, permitindo que ocorram recidivas e novas internações pela mesma causa.

A regulação não está preparada para avaliar quadros psiquiátricos e acabam encaminhando todos para a UPA, onde será feito o manejo inicial e decidido se é

necessária a internação. Caso o paciente deva ser acompanhado por maior tempo, este então é encaminhado ao serviço de psiquiatria do HMPGL.

Há também dificuldade com vagas de cardiologia no HMCC, sendo feito o encaminhamento de pacientes com dor precordial para as UPAs, de forma que o paciente deverá ser transportado novamente após ser feito o diagnóstico. Além de sobrecarregar o serviço de transporte, isto atrasa medidas necessárias para um melhor prognóstico do paciente. Muitas vezes o serviço que recebe este paciente não possui os materiais e equipamentos necessários para tratar este paciente.

O hospital de referência também não possui critérios claros para o aceite do paciente, de forma que cada médico de plantão no serviço tem suas próprias exigências. O uso de exames como marcadores de necrose miocárdica, enzimas cardíacas e eletrocardiograma são solicitados pela unidade de referência com critérios heterogêneos, de forma a impactar até mesmo na regulação de pacientes de vaga zero.

O conceito de regulação vaga zero, segundo Konder e O'Dwyer (2019), inclui-se quadros clínicos de completa desassistência, representando risco iminente para a manutenção da vida. Há também as situações de assistência inadequada, como na falta de recursos para o tratamento de causas potencialmente fatais porém sem risco imediato para a preservação da vida.

Exemplos disso seriam pacientes em insuficiência respiratória em atendimento em uma unidade básica de saúde, onde não há formas de oferecer o aporte necessário de oxigênio. Ou então pacientes com quadro agudo de hemiparesia, necessitando exames de alta complexidade (tomografia computadorizada) para o diagnóstico e tomada de decisões, já que as condutas para quadros isquêmicos e hemorrágicos não devem ser adotadas sem a certeza da etiologia.

Nem sempre a vaga zero é respeitada pelos serviços que aceitam o paciente. Em casos de pacientes provenientes de municípios na região de Foz do Iguaçu, a regulação se faz mais fácil, já que há tempo para o planejamento de vagas no serviço. Mas regulações de vaga zero que chegam rapidamente no serviço podem encontrar dificuldades na disponibilidade de leitos.

Em teoria, vaga zero é uma admissão que deve ser realizada a todo custo, de forma a movimentar a equipe toda para disponibilizar o atendimento adequado

ao paciente. No entanto, há também casos onde o serviço não dispõe de recursos para o manejo do paciente, de forma que não há aceite por parte da equipe.

Durante a pandemia de COVID-19, houve muitas preocupações no aceite de pacientes respiratórios. Os serviços tiveram de se atualizar e remodelar de forma a estabelecer um fluxo adequado de distribuição dos pacientes. Enquanto isto não ocorreu, era comum a recusa de pacientes em franca insuficiência respiratória pelo risco que este oferece aos outros pacientes e pela gravidades dos quadros que este vírus causa. A infecção, quando em estágio avançado, necessita de formas alternativas de se obter via aérea avançada, bem como o auxílio de fisioterapeutas para o manejo.

Dentre os fluxos mais bem estabelecidos, estão os fluxos de obstetrícia. Sendo o HMCC o único com serviço de maternidade, gestantes são encaminhadas diretamente ao serviço. Já as queixas ginecológicas são inicialmente manejadas em cenário de atenção básica, UPAs e, necessitando maior complexidade de atendimento, são encaminhadas ao HMPGL.

2.5 COLETA DE DADOS

Finalmente, cabe uma reflexão sobre a coleta de dados a respeito dos serviços listados. Não se encontra nos portais da prefeitura informações a respeito do número de funcionários com o qual cada serviço conta, bem como as estruturas físicas de cada serviço. É fundamental a transparência no número de profissionais atuando na rede, número de ambulâncias disponíveis para atendimento e número de leitos em cada serviço da RUE.

Não existem fluxos de atendimento ou documentos que avaliem critérios de internação. Em conversas informais com funcionários dos serviços, todos afirmam não conhecer os critérios utilizados pela regulação para o encaminhamento do paciente, sendo realizado de forma heterogênea, com decisões feitas pelo profissional de plantão.

A implementação de fluxos de atendimento claros e bem estabelecidos é capaz de homogeneizar os atendimentos, encaminhando corretamente o paciente e agilizando o cuidado destes. Esta também é uma forma de objetivar o trabalho dos reguladores e trazer clareza aos médicos das UPAs e dos hospitais sobre os fluxos que são aplicados pela regulação.

3. CASOS CLÍNICOS ATENDIDOS NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA

Os casos clínicos discutidos a seguir são casos clínicos acompanhados por mim durante as vivências do módulo de urgência e emergência. A organização se dará por meio da análise dos dados coletados, discutindo a anamnese, exame físico, exames complementares, hipóteses diagnósticas, condutas e análise crítica do aluno diante do quadro apresentando.

Esta sessão tem como objetivo apontar atendimentos vivenciados pelo estudante e discutir os aprendizados obtidos a partir dele. Todos os casos descritos a seguir trouxeram ensinamentos importantes para minha formação humana e profissional.

3.1 CASO 1

IDENTIFICAÇÃO: I.A.M., 61 anos, feminina, aposentada, residente de Foz do Iguaçu - PR.

QUEIXA PRINCIPAL: “Muita dor nas costas que não consegue andar” há 1 semana.

RESUMO DO CASO: Paciente idosa, hipertensa, renal crônica não-dialítica, refere ter procurado atendimento no dia 12/11 na Unidade de Pronto Atendimento, por lombalgia intensa associada a algia em região infraescapular que a impedia de deambular, associado à astenia, inapetência com piora a cerca de uma semana, além de sensação de náuseas. Relata que no atendimento constataram pico hipertensivo, motivo pelo qual a internaram. Refere oligúria. Nega disúria, hematúria e outras queixas urinárias. Nega febre. Diz que há alguns meses tem apresentado astenia e inapetência e que percebeu piora na última semana devido a maior restrição de movimentação. Negou queda de cabelo e unhas quebradiças. Disse que estava em acompanhamento ambulatorial, porém sem melhora.

HISTÓRIA MÓRBIDA PREGRESSA: Hipertensão arterial sistêmica e doença renal crônica não-dialítica. De acordo com histórico consultado no sistema RP SAÚDE, paciente vem há 2 meses com uma anemia (Hb 9,8), em tratamento com sulfato ferroso oral, e logo depois noripurum EV, não obtendo resposta positiva nos parâmetros hematimétricos). Também foi verificado acompanhamento com urologista por hidronefrose causada por ureterolitíase. Nega alergias, nega tabagismo, nega etilismo.

EXAME FÍSICO: ECTO: Regular estado geral, lúcida e orientada em tempo e espaço, anictérica, acianótica, hipocorada ++/+4, desidratada ++/+4, eupneica em ar ambiente, hemodinamicamente estável, afebril. SSVV: Pressão arterial 120/80; Frequência cardíaca 94 bpm; Frequência respiratória 16 irpm; Temperatura 37 °C; HGT 142; Saturação de O₂ 95% em ar ambiente. ACV: bulhas cardíacas normofonéticas e rítmicas em 2 tempos, não ausculto sopros ou extrassístoles. Tempo de enchimento capilar < 3s. AP: Murmúrio vesicular presente, não ausculto

ruídos adventícios. Ausência de esforço respiratório. Abd: flácido, depressível. Ruídos hidroaéreos presentes. Indolor à palpação superficial e profunda, não palpo massas ou visceromegalias. Sem peritonismo. Giordano negativo. Última evacuação três dias atrás. NEURO: Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Sequela em membros inferiores (contraturas articulares) de poliomielite. MEMBROS: pulsos simétricos, cheios. Ausência de edemas. Panturrilhas livres

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Insuficiência renal.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Insuficiência renal crônica exacerbada + anemia.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Pielonefrite; Nefroesclerose arteriolar hipertensiva; Glomerulonefrite; Doença renal policística; Anemia secundária a hematuria; Obstrução do trato urinário por lítase.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Tabela 1: Exames bioquímicos do caso clínico 1.

Hemograma	Gasometria	Bioquímica	Urina I
Hemoglobina 5,7	pH 7,511	Ureia 199	pH 8,0
Hematócrito 24,6%	pCO2 27,1	Creatinina 6,6	Proteínas +
	pO2 155	Sódio 141	Glicose +
Leucócitos 11.840	Bicarbonato 21,2	Potássio 6,6	Hemácias +++
Bastonetes 6%	SatO2 99,3%	Magnésio 1,6	Hb > 100/campo
Plaquetas 327.000	Lactato 9,10	PCR 19,7	Leucócitos >
		ProBNP 1620	100/campo

Ultrassonografia de vias urinárias: Rins em sua topografia usual, de contornos irregulares e dimensões normais. Há perda da diferenciação córtico-medular bilateralmente, inferindo nefropatia. Moderada dilatação uretero-pielocalicial bilateral, de etiologia a esclarecer. Rim direito - 10,0 x 5,8 x 5,3 cm Cortical - 1,5 cm. Rim esquerdo - 10,4 x 6,3 x 5,8 cm Cortical - 2,1 cm. Bexiga

vazia, com balonete de sonda no seu interior. Não há evidência de líquido livre na pelve.

Tomografia computadorizada de abdome: Estudo tomográfico do abdome superior e pelve mostra rins apresentando no dimensões reduzidas com afinamento do seu córtex no associada a dilatação do sistema coletor bilateralmente, mais evidente no rim direito, sem sinais de fatores obstrutivos identificáveis ao método. Importante atrofia da musculatura do quadril esquerdo. Achados compatíveis com anemia.

CONDUTAS: Solicitado exames de admissão, RT-PCR Sars-CoV, radiografia de tórax, eletrocardiograma e culturas. Prescrito sintomáticos, profilaxias gástrica e para trombose venosa profunda e hidratação. Início medidas para hipercalemia (gluconato de Ca²⁺, furosemida a critério médico). Início antibioticoterapia empírica (ceftriaxona 1g 12h/12h). Controle de diurese. Prescrito 2 concentrados de hemácia devido Hb 5,7.

DISCUSSÃO CRÍTICA: A paciente em questão foi encaminhada via SAMU da UPA João Samek, após atendimento inicial em sala de emergências. A paciente permaneceu no serviço por menos de um dia, sendo solicitada sua transferência para o HMPGL devido à gravidade do quadro. Desta forma, podemos dizer que o fluxo ocorreu de forma correta.

O quadro apresentado é classificado como uma urgência. Não há risco iminente de óbito, no entanto o processo de lesão renal é irreversível e afeta diretamente na qualidade de vida do paciente. Caso não seja feito o manejo adequado do quadro, haverá aumento da lesão do parênquima, reduzindo a capacidade de filtração renal, levando a toxemia significativa, podendo evoluir com óbito. Além disso, o desbalanço iônico sérico pode levar a falhas cardíacas potencialmente fatais.

Na admissão, a paciente se apresentava lúcida e colaborativa, no entanto seu estado era grave. É importante entender que o comprometimento neurológico representa um estágio muito avançado da doença renal, de forma que há outros achados mais importantes para uma avaliação inicial rápida na sala de emergências. Neste caso, é fundamental avaliar o grau de hidratação do paciente.

Durante o módulo consegui observar claramente a melhora clínica rápida de pacientes idosos que recebem volume em quadros de desidratação.

Hipovolemia, hipotensão, infecções e uso de drogas nefrotóxicas são causas importantes de exacerbação da doença crônica renal, por meio de redução da perfusão renal. Essas são causas reversíveis e, aliado a uma boa coleta de dados pela anamnese e exame físico, podemos compreender se há necessidade de hidratar o paciente, iniciar antibioticoterapia, ajustar a pressão arterial do paciente ou interromper o uso de drogas nefrotóxicas como anti-inflamatórios não esteroidais (ABBOUD; HENRICH, 2010).

A paciente se apresenta então com dois problemas a serem solucionados: a insuficiência renal crônica descompensada e a anemia. Apesar da anemia ser provavelmente um problema subjacente a causa base da insuficiência renal, os parâmetros apresentados no hemograma inferem a necessidade de correção.

O processo de insuficiência renal crônica é inicialmente assintomática. Com a gradual perda de parênquima, há diminuição da excreção de ureia e outros componentes tóxicos aos corpos, levando a um estado urêmico capaz de se manifestar com anorexia, náusea, vômitos, pericardite e anormalidades do sistema nervoso central, como letargia, convulsão e coma (DENIC et al., 2017). No caso apresentado, a paciente cursava com astenia, náuseas e inapetência, sugerindo um acúmulo de excretas nitrogenadas.

É fundamental o controle da pressão arterial, de forma que a paciente foi retida para internação devido a apresentação de um pico hipertensivo. Por meio de medidas farmacológicas e também hábitos de vida (alimentação e atividades físicas), é possível reduzir parâmetros pressóricos responsáveis pela lesão renal contínua.

O controle de infecções do trato urinário também é importante. A utilização de antibióticos pode conter a infecção com melhora da perfusão renal, corrigindo uma das possíveis causas bases de descompensação. Me senti com dificuldades neste aspecto, já que a paciente apresentava leucócitos e bastonetes com valores ligeiramente acima daqueles definidos como limite superior de normalidade. A compreensão que tive discutindo a conduta com o médico de plantão é de que, em um paciente grave, com os resultados apresentados, há necessidade do uso de antibiótico afim de evitar uma piora do quadro por avanço da possível infecção.

A redução da quantidade de urina representa um problema clínico importante para o controle de eletrólitos. A oligúria apresentada pela paciente reduz a excreção de potássio, levando a um quadro de hipercalemia. A preocupação com esse acúmulo é o desbalanço entre sódio e potássio, já que estes íons são fundamentais para a atividade muscular. Há possibilidade de paralisia muscular, com foco especial em arritmias cardíacas fatais (POULSEN; FENTON, 2019), justificando a correção com gluconato de cálcio.

Dessa forma, no manejo inicial da paciente foi feito de forma correta, buscando estabelecer volume de líquidos adequado (tanto por hidratação quanto pelo uso de diuréticos caso necessário), solicitação de culturas e início de antibioticoterapia, correção de eletrólitos e transfusão de hemácias. As medidas adotadas foram capazes de estabilizar o quadro, de forma que a paciente foi transferida no mesmo turno para a UCP, onde seu cuidado foi continuado.

O cuidado foi feito em parceria com a nefrologia do hospital, de forma que a maioria das condutas adotadas ao longo da internação do paciente foram definidas pelo especialista. O manejo de um paciente renal crônico deve ser realizado de forma cuidadosa. A incapacidade de realizar a filtragem adequada de líquido e eletrólitos exige cálculos específicos, necessitando da ajuda do especialista. Nesse momento, se faz essencial ter um centro de referência como o HMPGL, com profissionais de diversas áreas e estrutura, como um centro de hemodiálise.

Discutindo o caso com o médico de plantão, percebi a dificuldade que tenho em administrar casos que necessitam de várias intervenções ao mesmo tempo. Neste caso, a paciente necessitava de hidratação, controle pressórico, correção de eletrólitos e concentrado de hemácias. Sinto que não compreendia completamente quais destes parâmetros apresentariam melhora clínica importante quando corrigidos. Dessa forma, a compreensão da necessidade de sistematização e priorização avaliando o benefício foram grandes aprendizados deste caso.

Compreendi que realizar volume é um processo que pode ser feito rapidamente, já apresentando melhora importante do paciente. A correção de eletrólitos pode ser iniciada juntamente com o soro de escolha para reidratação. No momento da admissão, a paciente apresentava parâmetros pressóricos adequados, mas caso apresentasse hipertensão moderada, pode ser feito o uso de drogas anti hipertensivas via oral, com resultado satisfatório. A necessidade de transfusão

também pode ser avaliada de acordo com a clínica do paciente, de forma que não era prioridade iniciar a transfusão antes da correção dos outros parâmetros.

Este quadro também é uma boa representação da necessidade de obter monitorização, oxigenação adequada e acesso venoso como prioridade na admissão, permitindo a avaliação contínua da pressão arterial e o rápido início do uso de volume e drogas para melhora do paciente.

3.2 CASO 2

IDENTIFICAÇÃO: Suposto S.P., 39 anos, masculino, residente de Miami - Flórida, nos Estados Unidos da America (EUA). Turista, apenas fala inglês.

QUEIXA PRINCIPAL: Agressão e furto há 5 horas.

RESUMO DO CASO: Paciente encaminhado via SIATE, recolhido em via pública no bairro Porto Belo. Refere ter sido agredido com soco em face após ser ajudado por desconhecido que o levou até seu hotel, entrou em seu quarto, roubou seu dinheiro e o agrediu na sequência, fugindo do local. Refere dor de intensidade 8/10, latejante, sem irradiação, sem fatores de melhora ou piora em região periorbital esquerda e em cervical. Apresenta letargia notória. Nega êmese, perda de consciência, hemorragia e amnésia. Paciente nega uso de drogas.

HISTÓRIA MÓRBIDA PREGRESSA: Refere uso esporádico de clonazepam e alprazolam devido medo de avião. Nega comorbidades, nega medicamentos de uso contínuo. Nega etilismo. Tabagista com carga tabágica de 15 anos/maço. Nega alergias medicamentosas.

EXAME FÍSICO: ECTO: Regular estado geral, lúcido, porém desorientado em tempo e espaço, anictérico, acianótico, hipocorado +/-4, desidratado +/-4, eupneico em ar ambiente, hemodinamicamente estável, afebril. Apresenta escoriações e edema em região periorbital esquerda. SSVV: Não aferidos. ACV: bulhas cardíacas normofonéticas e rítmicas em 2 tempos, não ausculto sopros ou extrassístoles. Tempo de enchimento capilar < 3s. AP: Murmúrio vesicular presente, não ausculto ruídos adventícios. Ausência de esforço respiratório. Abd: flácido, depressível. Ruídos hidroaéreos presentes. Indolor à palpação superficial e profunda, não palpo

massas ou visceromegalias. NEURO: Glasgow 15, pupilas midriáticas e fotorreagentes bilateralmente. Paciente letárgico e pouco colaborativo. MEMBROS: pulsos simétricos e finos, apresentando dificuldade na palpação. Ausência de edemas. Panturrilhas livres

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Síndrome de dor, síndrome letárgica.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Trauma crânio-encefálico.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Intoxicação por benzodiazepínicos; intoxicação por cocaína; intoxicação por psicodélicos.

EXAMES COMPLEMENTARES: Radiografia de crânio e de cervical sem sinais de fratura. Radiografias não laudadas.

CONDUTAS: Paciente internado em leito de observação para acompanhamento do quadro neurológico. Solicitado radiografia de cervical e tomografia computadorizada de crânio. Prescrito dipirona IV e hidratação.

DISCUSSÃO CRÍTICA: Apesar de ser um caso simples, este caso me marcou devido a negligência no cuidado. Na admissão do paciente, a equipe encontrou muitas dificuldades em se comunicar com o paciente devido a barreira do idioma, deixando para mim a responsabilidade de realizar as conversas com o paciente.

Ao coletar a história, percebi que o paciente se esquivava de questionamentos e alterava a história sempre que eu perguntava novamente. O paciente referia ter sido buscado em seu hotel no centro da cidade, enquanto o SIATE afirmava tê-lo buscado em local diferente. O paciente ainda negava ter feito uso de drogas, mas apresentava midríase e letargia importantes. Apresentava escoriações leves, sugestivas de um trauma improvável de causar alterações neurológicas tais quais ele apresentava.

Ao descrever a anamnese e exame físico para a equipe, houve grande interesse para conhecer a história do paciente como “fofoca”, de forma que estes se demonstraram insatisfeitos com as inconsistências do relato do paciente. Foi

solicitado que eu recoletasse a história três vezes a fim de compreender o que aconteceu com o paciente.

Durante este processo, sugeri que fosse iniciada analgesia devido as queixas de dor do paciente, com demora da execução de alguma conduta por parte do médico e da equipe de enfermagem. Após três horas da admissão, foi tentado puncionar veias do paciente para realizar medicação, mas houve falha por parte de todos os técnicos presentes no plantão, assim como da enfermeira encarregada.

Na impossibilidade de puncionar veias, a equipe não se mobilizou para tentar medicar o paciente por outras vias (poderia ser ofertada analgesia via oral). Não foi solicitado transporte para a realização da tomografia de crânio e a radiografia só foi realizada após 5 horas e meia da solicitação do exame, pois o paciente demonstrava vontade de evadir.

A negligência com o paciente se deu como forma punitiva, devido a insatisfação da equipe com a história, sugestionando que o paciente mentia ou omitia informações. No entanto, os detalhes da história do paciente não eram importantes para a resolução de sua dor e avaliação de possíveis lesões ósseas e neurológicas.

Este caso relata uma falha grave na humanização do cuidado. O julgamento sobre as ações do paciente não devem interferir com a conduta médica, que busca investigar possíveis patologias e lesões, tratando suas queixas e necessidades. Não há importância clínica em compreender os motivos da agressão que o paciente sofreu, de forma que a conduta deve ser executada como forma de respeito e comprometimento com o cuidado dos pacientes.

O contato com J.P. também trouxe aprendizados. Primeiramente em como conduzir a coleta da história clínica com pacientes pouco colaborativos e com história confusa. Foi necessário estabelecer um vínculo com o paciente, demonstrando interesse em ajudá-lo e preocupação com sua saúde, afim de estabelecer confiança e tentar oferecer tratamento adequado.

O paciente estava irritado com as diversas perfurações feitas a fim de puncionar seu vaso sem sucesso, queixando-se de dor e solicitando opioides fortes para analgesia. Mais especificamente, o paciente pedia por morfina, oxicodina, hidrocodona ou fentanil. Neste momento, tentei explicar que a UPA não possui esse tipo de medicação e que com a legislação brasileira seria difícil ele ter acesso a esses medicamentos.

Segundo o relatório White House Commission on Combating Drug Addiction and the Opioid Crisis (2017), o número de prescrições de opioides cresceu em quatro vezes nos EUA desde 1999, com mais de 27 milhões de seus habitantes admitindo fazer uso ilegal recorrente. Considerado um problema de saúde pública nos EUA, o abuso de opioides é também considerado um transtorno de dependência, de forma que vários pacientes voltam recorrentemente ao serviço em busca de remédios para saciar a fissura.

Com este pedido do paciente, comecei a ver a situação de forma diferente. Comecei a dar mais importância à hipótese de intoxicação por drogas, afinal o paciente podia já ter história de dependência. Infelizmente, não foi feito muito pelo paciente, de forma que ele evadiu ao fim do dia.

3.3 CASO 3

IDENTIFICAÇÃO: A.S., 62 anos, masculino, aposentado, residente de Foz do Iguaçu-PR.

QUEIXA PRINCIPAL: “Confuso” há 40 minutos.

RESUMO DO CASO: Paciente admitido por quadro de disartria, confusão mental e hemiparesia à esquerda. Segundo filho, o episódio iniciou há aproximadamente 40 minutos. Paciente foi internado há menos de 30 dias por crises convulsivas e recebeu alta médica no dia 30/10/21.

HISTÓRIA MÓRBIDA PREGRESSA: Diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral isquêmico há 3 anos. Nega alergias medicamentosas. Tabagista e etilista.

EXAME FÍSICO: ECTO: Regular estado geral, anictérico, acianótico, corado, desidratado +/4+, eupneico em ar ambiente, afebril. SSVV: FC 88 bpm; FR 22 irpm; PA 215x115; SpO2 98%; temperatura 36,5°C ACV: bulhas cardíacas normofonéticas e rítmicas em 2 tempos, não ausculto sopros ou extrassístoles. Tempo de enchimento capilar < 3s. AP: Murmúrio vesicular presente, não ausculto ruídos adventícios. Ausência de esforço respiratório. Abd: plano, depressível. Ruídos hidroaéreos presentes. Indolor à palpação superficial e profunda, não palpo massas ou visceromegalias. NEURO: Glasgow 14, NIHSS 12, hemiparesia a esquerda, MSE força grau 4, MIE força grau 4, nistagmo horizontal, olhar desviado para a esquerda. MEMBROS: Extremidades quentes e bem perfundidas. Panturrilhas livres.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Síndrome dos nervos craniano, com paralisia do sexto nervo craniano; Síndrome cerebelar, com nistagmo; Síndrome de rebaixamento de nível de consciência.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Acidente vascular encefálico hemorrágico; Crise convulsiva; Desidratação.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Tabela 2: Exames bioquímicos do caso clínico 3.

Hemograma	Bioquímica	Gasometria
Hemoglobina 13,8	Ureia 24	pH 7,50
Hematócrito 42,2%	Creatinina 1,00	pCO2 35,7
Leucócitos 8.540	Albumina 4,0	pO2 94,1
Bastonetes 1%	Sódio 145	HCO3 27,5
Plaquetas 204.000	Potássio 4,0	
	Fósforo 3,8	
	Magnésio 1,4	
	PCR 1,0	
	KPTT 30,7	
	INR 1,1	

Tomografia computadorizada de crânio: sem sinais de sangramento ou efeito de massa.

CONDUTAS: Solicitado exames de admissão, RT-PCR Sars-CoV, radiografia de tórax, ECG e tomografia de crânio sem contraste. Prescrito fenitoína (devido quadro convulsivo em última internação), tiamina (devido histórico de etilismo crônico) e nupride a critério médico. Caso discutido com neurologia e com familiares. Prescrito alteplase 75 mg (10% em bolus e resto em bomba de infusão contínua em 1 hora). Solicitado vaga de UTI.

DISCUSSÃO CRÍTICA: Não é comum a chegada de um paciente em tempo hábil para trombólise em quadros de AVE isquêmico aqui no município. Durante o módulo, este foi o único quadro trombolizado que pude acompanhar.

O paciente apresentava um NIHSS de 12 na avaliação inicial, com pouca perda da força motora nos membros do lado acometido. Acostumado em ver o

paciente em seu pior momento durante a admissão por AVE, este quadro me surpreendeu. Isto se deu pela possibilidade de observar a perda gradual das funções neurológicas, de acordo com o avanço da área de isquemia e maior acometimento encefálico.

A rápida intervenção foi realizada de forma adequada. Segundo Oliveira Filho e Mullen (2021), em casos onde cabe realizar trombólise para tratamento, é necessário reduzir a pressão sistólica abaixo de 185 e a pressão diastólica abaixo de 110, de forma que o controle pressórico com nipride alcançou o alvo em tempo hábil. O uso de alteplase é considerado a terapia de primeira linha para tratamento de AVE isquêmico. A terapia deve ser iniciada em até quatro horas e meia, com benefício relativo ao tempo de início (quanto antes, menor os riscos de sequela). Após o início das terapias de reperfusão, o paciente já foi admitido em leito de UTI, onde foi mantido monitorado e acompanhado por equipe especializada.

Manejado por uma residente jovem, me admirei muito na tranquilidade que ela apresentou para manejar, bem como o domínio dos protocolos a serem seguidos. São raros os pacientes que obtém o tratamento ideal como neste caso, de forma que o rápido atendimento do SAMU e o encaminhamento correto são de grande proveito para equipe e, principalmente, para o paciente e seu prognóstico.

Pude observar que muitos pacientes não se beneficiam da terapia trombolítica por erros no fluxo de atendimento (encaminhamentos para a UPA com critérios para ser encaminhado à referência), imperícia médica com o uso de alteplase, falta de leitos de UTI disponíveis e falta de conhecimento da população para reconhecimento do quadro (demora a acionar o serviço de regulação e transporte).

Dentre as condutas executadas no caso, apenas uma não apresenta benefício segundo o guideline da American Heart Association de 2018 para tratamento precoce de acidentes vasculares cerebrais: não há evidências de benefício no uso de anti convulsivantes profiláticos no tratamento. Apesar do paciente ter internação prévia por episódio convulsivo, não há diagnóstico de epilepsia para o paciente, podendo ser realizado o tratamento sem o uso da fenitoína concomitantemente.

3.4 CASO 4

IDENTIFICAÇÃO: B.A.D., 29 anos, masculino, construtor civil, residente de Foz do Iguaçu - PR.

QUEIXA PRINCIPAL: “Não consigo andar direito” há 1 mês.

RESUMO DO CASO: Paciente jovem, vem ao nosso serviço, encaminhada da UPA Walter Cavalcanti, por hipótese de síndrome neurológica. Paciente relata que há 02 meses vem com dor constante em região cervical, altura de C7 e lombar, de intensidade 7/10, que melhora ao manter postura ereta, evoluindo com parestesia de membro inferior esquerdo e paresia de ambos os membros inferiores há 1 mes, de forma gradual. Recorda-se ainda de dificuldade de coordenação nos movimentos do membro inferior direito. Lembra também episódios de incontinência intestinal, com dificuldade de controle esfinteriano e dificuldade miccional. Refere episódios de espasmos no MID. No momento, paciente se apresenta consciente e estável hemodinamicamente. Paciente nega ocorrência de aftas, sintomas oftalmológicos (prurido, hiperemia), infecções recentes, internações prévias.

HISTÓRIA MÓRBIDA PREGRESSA: Nega comorbidades. Nega alergias medicamentosas. Nega conhecimento de doenças familiares hereditárias (desconhece família de lado paterno). Nega cirurgias anteriores. Afirma etilismo social. Tabagismo (15 maços.ano).

EXAME FÍSICO: ECTO: Bom estado geral, lúcido e orientado em tempo e espaço, anictérico, acianótico, corado, hidratado, eupneico em ar ambiente, hemodinamicamente estável, afebril. ACV: bulhas cardíacas hipofonéticas e rítmicas em 2 tempos, não ausculto sopros ou extrassístoles. Tempo de enchimento capilar < 3s. AP: Murmúrio vesicular presente, não ausculto ruídos adventícios. Ausência de esforço respiratório. Abd: flácido, depressível. Ruídos hidroaéreos presentes. Indolor à palpação superficial e profunda, não palpo massas ou visceromegalias. NEURO: Marcha ceifante, com dificuldades em MID. Mantém equilíbrio, com sinal de Romberg negativo. MID com força grau 4, força preservada grau 5 em demais membros. Em manobra calcunar-joelho, apresenta dificuldade ao executar

manobra com MID e com olhos fechados, tendo dificuldade em alinhar calcanhar com joelho e dificuldade para executar deslizamento, porém realiza a manobra. Manobra índex-naso sem alterações. Manobra de Stewart-Holmes sem alterações. Reflexo patelar aumentado em MID. Dificuldades para movimentação do pé D, com ausência da flexão dorsal e redução da flexão plantar. Sensibilidades tátil e vibratória preservadas em ambos os MMII e ausência da sensibilidade dolorosa no MID, com sensibilidade comprometida em todo o lado D, até aproximadamente a altura da linha mamilar. Membros superiores com exame neurológico normal. Sinais de Kernig e Lasègue negativos. Babinski positivo. PARES CRANIANOS: 1º par: relata disosmia (sente cheiros de forma distorcida e não consegue reconhecê-los). 2º par: Acuidade e campo visuais preservados. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. 3º, 4º e 6º pares: Motricidades vertical e horizontal preservadas. Observo nistagmo. 5º par: sensibilidades tátil e dolorosa preservadas em ramos oftálmico, maxilar e mandibular. 7º par: sem alterações em região do palato e língua. 8º par: prova de Weber sem alterações. Prova de Rinne com percepção vibratória aumentada no lado esquerdo em relação ao direito. 9º e 10º pares: motilidades palatina e da língua preservadas. Não apresenta disfagia, disfonia ou disartria. 11º par: move ombros e pescoço livremente. Sinal de Lhermitte positivo. MEMBROS: Extremidades quentes e bem perfundidas. Panturrilhas livres. Pulsos radial, cubital, poplíteo e pedial cheios e simétricos.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Síndrome motora-sensitiva.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Compressão medular de etiologia a esclarecer.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Síndrome de Brown-Séquard; Poliomielite; Miosite; Síndrome da cauda equina; Mielite transversa; Poliradiculopatia periférica idiopática; .

EXAMES COMPLEMENTARES:

Tabela 3: Exames complementares do caso clínico 4.

Hemograma	Bioquímica	Urina I	Sorologias
-----------	------------	---------	------------

Hemoglobina 13,4	Ureia 44	pH 5,0	Sífilis NR
Hematócrito 39,7%	Creatinina 1,00	Proteínas +	Hepatite C NR
Leucócitos 6.640	Sódio 144	Glicose ++	Hepatite B NR
Bastonetes 0%	Potássio 4,0	Urobilinogênio ++	HIV NR
Plaquetas 191.000	PCR < 0,5	Oxalato de Ca+ ++	

Tomografia computadorizada de coluna lombar: sem alterações significativas.
(Segundo protuário. Não há laudo disponível)

Tomografia computadorizada de crânio: sem alterações significativas.

CONDUTAS: Solicitado exames de admissão, RT-PCR Sars-CoV, radiografia de tórax, tomografia de crânio, ECG e sorologias virais. Prescrito sintomáticos, profilaxias gástrica e para trombose venosa profunda e hidratação. Solicitado parecer da neurologia. Internação em leito de observação.

DISCUSSÃO CRÍTICA: O paciente do caso foi atendido em leito de urgência, em investigação de quadro neurológico a esclarecer. Com história confusa e pouco específica, o paciente se encontrava no terceiro dia de internação sem condutas de fim elucidativo.

Acompanhando médica formada pela UNILA, fui orientando a fazer exame neurológico completo, com avaliação de pares cranianos, nervos sensitivos e dolorosos, marcha e equilíbrio.

Percebe-se que há dificuldade dos médicos em realizar tal avaliação, seja por falta de conhecimentos ou por falta de tempo. O neurologista também já havia passado pelo paciente, orientando medidas genéricas e pouco resolutivas, sem descrição clara em prontuário dos achados neurológicos no paciente.

A falta de uma avaliação bem coletada, seguida da solicitação de exames sem intencionalidade clara, atrapalharam muito o andamento do caso. O paciente, além disso, teve de aguardar seis dias para realizar a ressonância magnética de coluna e crânio, solicitado pelo neurologia, sendo notado lesão expansiva sobre cordão medular.

O fato do paciente ser jovem e hígido, sem história familiar de neoplasia, afastava esta possibilidade do raciocínio clínico. No entanto, com o achado em

ressonância, o paciente deveria ser encaminhado ao serviço de referência de oncologia para maior investigação e esclarecimento do quadro. O encaminhamento demorou 3 dias.

Sendo as metástases ósseas as principais neoplasias que acometem a medula espinhal e coluna vertebral, somando 95% dos casos (FONSECA et al., 2020), há grande necessidade de encaminhamento para investigação de possíveis neoplasias de base. O prognóstico oncológico está diretamente ligado ao tempo de desenvolvimento do tumor, sendo assim imperativo que não haja demora nos cuidados adequados.

O caso é de extrema complexidade, sendo necessário especialistas para reconhecer e tratar, no entanto, me chama a atenção pela demora que o paciente teve em seu atendimento. Ficando 11 dias no hospital, podemos considerar esta uma internação prolongada, expondo o paciente a riscos como infecções hospitalares, trombose venosa profunda, perda de condicionamento, quedas e depressão (SILVA; PINTO; ALENCAR, 2018).

Também me impressiona a falta de comprometimento com o caso, de forma que é necessário que um interno realize um exame físico completo para elucidação de um quadro neurológico a esclarecer que se mantém internado por três dias, sem qualquer pista diagnóstica. A importância de figuras acadêmicas em um hospital, como são os residentes, mostra o descaso dos profissionais com a atualização de seus conhecimentos.

3.5 CASO 5

IDENTIFICAÇÃO: K.A.F., 31 anos, feminina, residente de Foz do Iguaçu - PR.

QUEIXA PRINCIPAL: “Dor no peito” há 40 dias.

RESUMO DO CASO: História coletada com familiares. Relatam que há cerca de quarenta dias paciente iniciou com dor precordial associada a cansaço e dispneia. Referem ida à UPA por diversas vezes, sem resolução. Houve piora progressiva dos sintomas e hoje (19/12) apresentou episódio de síncope e cianose central. Foi atendida pelo SAMU e encaminhada ao Hospital Costa Cavalcanti devido instabilidade hemodinâmica, taquicardia e insuficiência respiratória aguda, necessitando de intubação orotraqueal. Recebeu trombólise com alteplase após suspeita de tromboembolismo pulmonar no ecocardiograma.

HISTÓRIA MÓRBIDA PREGRESSA: Nega comorbidades. Nega tabagismo. Nega uso de outras medicações contínuas, além do anticoncepcional oral. Alérgica a dipirona. Cirurgia prévia de nefrectomia e esplenectomia.

EXAME FÍSICO: ECTO: Mau estado geral, anictérica, acianótica, corada, hidratada e febril. Sedada e em ventilação mecânica. SSVV: Pressão arterial 112/71; Frequência cardíaca 129 bpm; Frequência respiratória 22 irpm; Temperatura 37,8 °C; HGT 180; Saturação de O₂ 99%. ACV: bulhas cardíacas normofonéticas e rítmicas em 2 tempos, não ausculto sopros ou extrassístoles. Tempo de enchimento capilar < 3s. Hemodinamicamente estabilizada com drogas vasoativas (noradrenalina a 25 mL/h e vasopressina a 6 mL/h). AP: Murmúrio vesicular presente, não ausculto ruídos adventícios. Parâmetros ventilatórios: VCV 410, PEEP 7, FiO₂ 80%, FR 22. Abd: globoso, depressível. Ruídos hidroaéreos presentes. Sem defesa a palpação, não palpo massas ou visceromegalias. Presença de cicatriz cirúrgica em hipocôndrio direito. NEURO: Sedada, RASS -5, pupilas mióticas. MEMBROS: Membros inferiores adequadamente perfundidos. Pulsos pediais palpáveis, filiformes. Panturrilhas livres, sem sinais de empastamento.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Síndrome dispneica, síndrome de dor torácica.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Tromboembolismo pulmonar.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Infarto agudo do miocárdio; Pneumonia; Doença pulmonar obstrutiva crônica; Ansiedade; Neoplasia torácica.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Tabela 4: Exames bioquímicos do caso clínico 5.

Hemograma	Gasometria	Bioquímica
Hemoglobina 13,3	pH 7,190	Ureia 49
Hematócrito 42,5%	pCO2 54,4	Creatinina 2,4
Leucócitos 19.030	pO2 198,4	Sódio 149
Bastonetes 5%	Bicarbonato 20,3	Potássio 5,6
Plaquetas 193.000	SatO2 99,2%	Magnésio 1,8
	Lactato 25,30	PCR 16,8
		KPTT 82,2
		INR 3,44

Ecocardiograma: Hipertensão pulmonar importante. Ventrículo direito dilatado com disfunção sistólica global. Átrio direito dilatado. Ventrículo esquerdo com retificação e movimento paradoxal do septo (secundário a sobrecarga de câmaras direitas). Átrio esquerdo normal.

CONDUTAS: Solicitado exames de admissão, RT-PCR Sars-CoV, radiografia de tórax, eletrocardiograma, tomografia de crânio e angiotomografia. Solicitado vaga de UTI. Passado sonda vesical de demora de três vias. Drogas vasoativas mantidas. Ajuste de parâmetros ventilatórios. Não realizado anticoagulação devido sangramento.

DISCUSSÃO CRÍTICA: A paciente do caso é jovem, com história de nefrectomia por abscesso renal e esplenectomia por abscesso de parede abdominal. Chegou na

emergência em estado crítico, com sedação padrão, vasopressina e noradrenalina, intubada e com sonda nasogástrica.

Seu quadro é atípico para uma paciente de sua idade, bem como sua história pregressa. Ao realizar angiotomografia, o médico de plantão nota presença de trombos em artérias pulmonares direita e esquerda. Devido a instabilidade hemodinâmica, este quadro é então definido como um tromboembolismo pulmonar maciço.

Dentre as condutas desejadas para manejo inicial do quadro, devemos oferecer oxigenação adequada, buscando alcançar saturação de oxigênio adequada. Depois, deve ser realizada anticoagulação, mas como a paciente se apresenta instável, há indicações de iniciar trombólise química.

No caso, a paciente vem encaminhada do HMCC, intubada e já trombolisada com alteplase. Também é realizada estabilização hemodinâmica, buscando reduzir o dano tecidual resultante da hiposaturação e hipoperfusão causada por esta emergência.

As condutas adotadas no atendimento inicial ao paciente foram adequadas para a estabilização do quadro, permitindo o transporte até o serviço de referência, de forma que há possibilidade de continuidade do cuidado da paciente em UTI.

A terapia apresentada, no entanto, possui riscos. O uso de trombólise deve considerar a possibilidade de hemorragias, avaliado o risco-benefício da terapia. A paciente chega ao serviço apresentando sangramento em urina, no entanto este é um desafio aceitável para seu tratamento, já que sem a devida oxigenação e perfusão, há perda gradual de tecido encefálico e risco de óbito em pouco tempo.

A paciente foi admitida em leito de emergência em momento ideal. Não haviam pacientes internados na emergência, de forma que a equipe pode dar atenção total ao quadro que se apresentava, agilizando os exames necessários. A paciente já chega também com quadro estável, de forma que o manejo de emergência se torna mais simples, necessitando basicamente realizar exames de imagem e solicitar vaga de UTI.

Este quadro me mostrou a importância da estabilização dos pacientes críticos, de forma que a equipe pode agir com calma e objetividade no tratamento, já que a paciente não apresentava disfunção de órgãos. A investigação e tratamento de um paciente estabilizado com via aérea avançada e drogas vasoativas pode ser

realizada com maior calma e atenção, buscando a correção das causas base para melhor desfecho do quadro.

Segundo Smith et al. (2016), os principais eventos adversos associados ao tromboembolismo pulmonar são tromboembolismo recorrente, hipertensão pulmonar tromboembólica crônica e morte, de forma que a presença destes está fortemente ligada a presença de comorbidades. Evidências mostram que há risco aumentado de óbito por até 8 anos em pacientes sem comorbidades, enquanto pacientes com doenças cardiovasculares, malignidade e sepse apresentam risco aumentado de óbito por até trinta anos.

Apesar de negar comorbidades, a paciente já foi submetida a extração de seu baço e um de seus rins, com vulnerabilidade aumentada e apresentando maior risco de óbito. Além disso, obesidade, cirurgias recentes e uso de anticoncepcionais orais combinados também são fatores de risco associados a formação de trombos (SMITH et al., 2016), sendo necessário que a paciente tenha mudanças de hábitos de vida após melhora do quadro.

Em idade tão jovem, há preocupações com patologias trombofílicas. O médico de plantão relata preocupação com a presença de uma possível coagulação intravascular disseminada, uma patologia causada pelo desbalanço da cascata de coagulação que cursa tanto com formação de trombos quanto hemorragia. No entanto, há pouco que se possa fazer a respeito durante esta internação. Como a paciente já chegou ao serviço trombolisada, sua cascata de coagulação se encontra alterada, sendo necessário suspender o tratamento e aguardar o retorno de parâmetros hematológicos cotidianos para melhor investigação de trombofilias em ambiente ambulatorial.

Em tempos de pandemia, há também preocupação com a infecção por COVID-19. Em estudo realizado por Amorim, Lima e Costa (2020), notou-se que o tropismo do vírus por pneumócitos tipo II ocasiona inibição enzimática relacionada a produção de angiotensina II que, associado ao quadro de inflamação alveolar e intersticial leva a um processo hipercoagulativo. Estas características do vírus resultam num alto potencial trombogênico em pacientes infectados, aumentando a incidência de quadros de oclusão arterial pulmonar na população em geral.

A avaliação de risco e benefícios de um tratamento ficou mais clara após o manejo deste quadro. Pensando na necessidade de trombólise desse quadro, penso que a possibilidade de hemorragia, apesar de grave, se faz menos importante

do que a anticoagulação. É de fundamental importância obter oxigenação adequada de órgãos alvo, dando destaque ao sistema nervoso central e ao aparelho cardíaco. A perfusão também se encontra prejudicada neste quadro, devido a congestão causada na vasculatura, levando a dilatação das câmaras cardíacas e prejudicando a distribuição sanguínea por todo o corpo.

A presença de hemorragia se torna secundária, de forma que será importante realizar controle dos parâmetros pressóricos e a seriação de hemograma, avaliando a necessidade de transfusões e correção posterior das hemorragias, quando o quadro pulmonar for resolvido.

3.6 CASO 6

IDENTIFICAÇÃO: J.P.S., 85 anos, masculino, aposentado, residente de Foz do Iguaçu - PR.

QUEIXA PRINCIPAL: “Vomitou sangue” há 5 dias.

RESUMO DO CASO: História coletada com o filho (Ramon). Relata que o paciente era previamente acamado devido sequelas de AVC há dois anos. Apesar do imobilismo, mantinha nível de consciência adequado e se alimentava por conta própria. Há 15 dias iniciou queda do estado geral, alteração do nível de consciência, inapetência, dispneia em repouso, tosse seca, náusea e 1 episódio de hematêmese de pouca quantidade. Há cerca de 5 dias apresentou fezes de aspecto escurecido e odor fétido. Nega mudanças do hábito urinário. Nega febre. Nega outros sinais ou sintomas. De acordo com prontuário da UPA, exames laboratoriais demonstraram queda progressiva de hemoglobina e hematócrito durante internamento.

HISTÓRIA MÓRBIDA PREGRESSA: Hipertenso, em uso regular de medicação antihipertensiva (filho não soube relatar quais). Nega outras comorbidades ou uso de outras medicações. Relata dois AVCs nos últimos dois anos. De acordo com prontuário da UPA: ECO TT (2020) demonstrando cardiomiopatia dilatada do VE com disfunção sistólica e moderada repercussão hemodinâmica. Doppler de carótidas apresenta estenose menor que 50% da carótida interna esquerda.

EXAME FÍSICO: ECTO: Regular estado geral, alerta porém pouco comunicativo, emagrecido, anictérico, acianótico, hipocorado ++/4+, desidratado ++/4+, eupneico em ar ambiente, afebril. ACV: bulhas cardíacas hipofonéticas e rítmicas em 2 tempos, não ausculto sopros ou extrassístoles. Tempo de enchimento capilar < 3s. AP: Murmúrio vesicular presente, com crepitações em base pulmonar direita. ABD: escavado, depressível. Ruídos hidroaéreos presentes. Indolor à palpação superficial e profunda, não palpo massas ou visceromegalias. NEURO: Glasgow 14 (O4, V4, M6), pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea. MEMBROS: Panturrilhas livres. Pulsos radial e pedial cheios e simétricos. Hematoma em região de fossa cubital esquerda. Edema em MID ++/4+.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Síndrome gripal; Síndrome hemorrágica; Síndrome do imobilismo. .

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Pneumonia adquirida na comunidade + Hemorragia digestiva alta.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Hemorragia digestiva baixa; COVID-19; Gastroenterite bacteriana; Desidratação;

EXAMES COMPLEMENTARES:

Tabela 5: Exames complementares do caso clínico 6.

Hemograma	Bioquímica	Gasometria
Hemoglobina 8,8	Ureia 69	pH 7,580
Hematócrito 26,7%	Creatinina 0,40	pCO2 31,40
Leucócitos 6.270	Sódio 148	pO2 177,10
Bastonetes 2%	Potássio 2,8	HCO3 28,8
Plaquetas 74.000	PCR 22,7	
	BT 1,00	
	BD 0,50	
	BI 0,50	

Tomografia computadorizada de tórax: Pulmões pouco expandidos. Moderado derrame pleural bilateral, mais proeminente à direita. Consolidação parenquimatosa no segmento posterior do lobo superior direito, porção central e mínima no lobo médio. Atelectasia restritiva da maior parte do lobo inferior direito, com pequena área de consolidação pulmonar associada. Algumas tênues consolidação em vidro fosco no lobo superior e inferior esquerdos. Cardiomegalia. Aorta torácica ascendente ectásica. Estruturas da parede torácica com alterações degenerativas na coluna torácica. Porções incluídas do abdômen evidenciando pequenas imagens nodulares hepática (cistos?). Presença de sonda enteral na topografia do duodeno. Pequeno cálculo no rim esquerdo (0,4 cm).

Tomografia computadorizada de crânio: Área isquêmica antiga observada nas porções posteriores do giro frontal superior esquerdo e direito. Infartos lacunares antigos são observados em ambos os tálamos. Moderada redução volumétrica do parênquima encefálico.

CONDUTAS: Solicitado exames de admissão, RT-PCR Sars-CoV, radiografia de tórax, tomografia de crânio e ECG. Mantenho ceftriaxona D4 e omeprazol 12/12 horas. Prescrito azitromicina e hidratação. Vigiar sangramentos. Controle de hemoglobina.

DISCUSSÃO CRÍTICA: O paciente em questão foi encaminhado ao hospital por queixas de rebaixamento de nível de consciência. Na coleta da história, percebe-se que o paciente apresenta diversos problemas, mas percebe-se que a desidratação, bem como a hipocoloração podem ser fundamentais no raciocínio clínico do quadro em questão.

Temos então dois problemas principais: o quadro gripal, cursando com dispneia ao repouso e tosse, e o quadro hemorrágico, cursando com hematoquezia e melena. Devemos então avaliar a estabilidade hemodinâmica e o padrão respiratório do paciente, sendo estes os principais critérios de emergência.

Apresentando-se sem necessidade de oxigênio, bem como tempo de enchimento capilar satisfatório e perfusão adequada, o paciente pode ser manejado como urgência. Foi realizada hidratação adequada, solicitação de exames para elucidação do quadro e prescrição de antibioticoterapia empírica, devido ao quadro respiratório.

No caso em questão, percebemos que o paciente não tinha fatores de risco para sangramento gastrointestinal. O paciente não apresentava sangramentos anteriores, assim como 60% dos pacientes com sangramento gastrointestinal alto, não era fumante, nem fazia uso crônico de AINES (BARKUN et al., 2019). Este é então um quadro de primeiro sangramento, sendo necessário a exploração por via endoscópica.

Antes de realizar os exames necessários, o médico do caso prescreveu inibidores da bomba de prótons, visando reduzir a agressão gástrica pelo ácido produzido no local. Não foi realizada a lavagem gástrica ou prescrição de

eritromicina, sendo que estas intervenções tem baixa evidência de benefício, quando realizados prévios a endoscopia para melhor visualização.

O paciente também não apresenta critérios para transfusão. Com estabilidade hemodinâmica e hemoglobina acima de 7,0, há possibilidade de manejar o sangramento e aguardar pela melhora dos parâmetros hemáticos. Este paciente também necessita de tratamento para o quadro de pneumonia, sendo possível acompanhar sua evolução e possíveis ressangramentos.

A solicitação de endoscopia foi realizada após dois dias, de acordo com a disponibilidade de profissional do hospital. Não há tempo definido para a adoção desta conduta em casos de pacientes hemodinamicamente estáveis, não trazendo prejuízo ao prognóstico. No entanto, a falta de profissionais disponíveis levaram a desistência do exame, com possibilidade apenas de realizar o exame por vias particulares.

Com maior complexidade de recursos, o hospital traz um ambiente mais adequado para o manejo do paciente. Há disponibilidade de exames mais rápido, mais drogas para o tratamento do sangramento, bem como da infecção e maior complexidade médica, sendo possível solicitar avaliação de especialistas e internamento em leitos de menor complexidade, onde o paciente pode ter acompanhante, tendo profundo impacto em sua saúde mental e prognóstico.

O paciente em questão apresentava grande labilidade emocional, recebendo também apoio psicológico. O estresse causado por estadias prolongadas em serviços de urgência e emergência tem grande impacto no humor e na percepção do paciente sobre o tratamento que tem recebido, sendo importante a transferência de pacientes menos graves para ambulatórios de clínica médica, onde o paciente pode ser tratado, com mais direitos de mobilidade e contato interpessoal.

O paciente apresentou um quadro de simples resolutividade, de forma que as medidas adotadas foram capazes de levar a melhora gradual de seus exames laboratoriais, bem como de sua avaliação geral. A resolução da pneumonia se deu de forma satisfatória, de forma que o antibiograma pode guiar a necessidade da troca da azitromicina por monofloxacino.

3.7 CASO 7

IDENTIFICAÇÃO: A.O.A.G., 85 anos, masculino, aposentado, residente de Foz do Iguaçu - PR.

QUEIXA PRINCIPAL: "Queda da própria altura" há 2 dias.

RESUMO DO CASO: Paciente trazido pelo SAMU, em maca rígida, sem colar cervical, vítima de queda de própria altura. Filho nega alergias. Filho relata que o pai já apresenta rebaixamento de nível de consciência basal, assim como saturação de O₂ de aprox. 82%, em casa. Esteve internado recentemente por pneumonia. Paciente pouco comunicativo, apenas fala árabe.

HISTÓRIA MÓRBIDA PREGRESSA: Paciente hipertenso, diabético, com história de AVEi prévio, DPOC em uso de O₂ domiciliar, arritmia e mal de Alzheimer. Esteve internado mês passado por episódios convulsivos, deixando o serviço sem critérios de alta após familiares solicitaram alta para tratamento e investigação domiciliar com cuidados particulares. Familiares negam alergias medicamentosas. Nega etilismo. Tabagista com carga tabágica 60 maços/ano.

EXAME FÍSICO: ECTO: Regular estado geral, lúcido e orientado em tempo e espaço, anictérico, acianótico, hipocorado +/-, hidratado, afebril. ACV: bulhas cardíacas hipofonéticas e arrítmicas, não ausculto sopros ou extrassístoles. Tempo de enchimento capilar < 3s. AP: Murmúrio vesicular presente, com ronco inspiratório. SatO₂ 85% (semelhante ao prévio) ABD: globoso, depressível. Ruídos hidroaéreos presentes. Indolor à palpação superficial e profunda, não palpo massas ou visceromegalias. NEURO: Glasgow 11 (O4, V3, M4) (semelhante ao prévio), pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea. MEMBROS: Quentes e bem perfundidos. Panturrilhas livres. Sem edemas. Encurtamento do membro inferior direito.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Síndrome do trauma.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura trans-trocanteriana de fêmur a direita.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Fratura de acetábulo; Fratura de cabeça de fêmur.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Tabela 6: Exames complementares do caso clínico 7.

Hemograma	Bioquímica	Gasometria
Hemoglobina 12,5	Ureia 32	pH 7,362
Hematócrito 36,5%	Creatinina 0,60	pCO2 48,40
Leucócitos 12.580	Sódio 134	pO2 72,10
Bastonetes 6%	Potássio 3,2	HCO3 26,9
Plaquetas 180.000	KPTT 36,3	
	INR 1,19	

Radiografia de bacia e coxa direita: notada fratura trans-trocantérica de fêmur a direita.

CONDUTAS: Solicitado exames de admissão, RT-PCR Sars-CoV, radiografia de tórax, tomografia de crânio, ECG e radiografia de bacia e coxa direita. Prescrevo analgesia. Solicito avaliação da ortopedia.

DISCUSSÃO CRÍTICA: O paciente em questão foi acompanhado por mim em internação prévia, em quadro infeccioso respiratório sem resolução a pedidos de familiares. Este caso apresentou peculiaridades na dificuldade de manejo de pacientes com familiares médicos, de forma que as condutas muitas vezes não eram aceitas pelos familiares devido orientações de profissional não especialista e que não tinha contato próximo com o paciente.

Foi muito difícil lidar com as demandas familiares durante toda a internação, sendo que estes solicitavam a possibilidade de ter acompanhante em leito na sala de emergência. Negado o pedido, os familiares queria visitá-lo quatro vezes ao dia, tomando tempo da equipe tentando argumentar a favor do pedido. Familiares também ofertavam alimentos sólidos via oral pro paciente com rebaixamento de nível de consciência, sem entender os riscos de broncoaspiração.

Em início de internação por quadro de fratura, familiares tentaram transferência para hospital particular, mobilizando a equipe e desistindo da transferência após dois dias, quando ficaram sabendo sobre os custos de internação no serviço. Além de criticar o serviço do hospital onde o paciente se encontrava, ainda mobilizavam recursos humanos para necessidades mal compreendidas e mal exploradas.

Com um filho médico habitante de Curitiba, a família não aceitava propostas de tratamento e insistiram, em primeira internação, em tratá-lo em casa. A alta foi concedida, mas o paciente retornou ao serviço em menos de um mês devido o quadro de fratura de fêmur.

Com 85 anos e diversas comorbidades, o paciente necessita de cuidado contínuo e assistência médica e de enfermagem constantemente. A opção de levá-lo para casa, com cuidados reduzidos, aumenta os riscos de quedas e consequentemente de fraturas, como ocorreu no quadro.

Há grande preocupação com estes ocorridos, tendo em vista que a taxa de mortalidade após um ano de fratura de fêmur em pacientes acima de 85 anos é de 40% (KARADEMIR et al., 2015). Como o paciente já tinha movimentação limitada devido AVEs prévios, sua densidade óssea, bem como sua massa muscular estão comprometidas, predizendo pior prognóstico.

Com indicação para cirurgia no primeiro dia de internação, o paciente segue sem realizar o procedimento com mais de 20 dias em ambiente hospitalar. O paciente desenvolveu diversos quadros sépticos, estando grave em UTI em maior parte de sua estadia, de forma que a opção por conduta cirúrgica tem se tornado cada vez mais difícil.

Em revisão de literatura de Rosso et al. (2016), os autores discutem sobre a necessidade de cirurgia em menos de 48 horas após a fratura, de forma que alguns estudos mostram aumento na mortalidade em pacientes que só recebem tratamento cirúrgico após 48 horas. Os autores discutem que não há consenso na literatura, de forma que as comorbidades, bem como o estado de saúde atual do paciente devem ser levados em consideração prioritariamente.

Desta forma, podemos ver a dificuldade tanto no manejo interpessoal das demandas familiares, como nas condutas médicas, tornando-se este um dos casos mais delicados que acompanhei. A paciência e empatia com a família se fez

fundamental na criação de vínculo com esta família, de forma que, no momento atual da internação, o relacionamento com estes se tornou mais fácil e resolutivo.

3.8 CASO 8

IDENTIFICAÇÃO: P.L.S., 100 anos, masculino, aposentado, residente de Foz do Iguaçu - PR.

QUEIXA PRINCIPAL: "Queda do estado geral" há 8 dias.

RESUMO DO CASO: Segundo a filha, paciente há 8 dias iniciou com quadro de inapetência, queda do estado geral, anúria, sendo que ontem ficou arresposivo, hipotenso, sendo acionado SAMU. Paciente da entrada na unidade PA 70/40 iniciado droga vasoativa em acesso venoso central em subclávia direita, administrado medidas correspondentes. Mantém-se grave, com necessidade de droga vasoativa e suporte ventilatório.

HISTÓRIA MÓRBIDA PREGRESSA: Paciente hipertenso, com marcapasso cardíaco, hiperplasia prostática benigna (em uso de sonda vesical de demora).

EXAME FÍSICO: ECTO: Mau estado geral, acianótico, anictérico, hipocorado ++/4+, hidratado, afebril. ACV: bulhas cardíacas hipofonéticas e rítmicas, não ausculto sopros ou extrassístoles. Tempo de enchimento capilar < 3s. PA 110/50, em uso de noradrenalina 30 mL/h. AP: Murmúrio vesicular presente, diminuído em bases, não ausculto ruídos adventícios. SatO₂ 93% em uso de O₂ 3L/min. ABD: flácido, depressível. Ruídos hidroaéreos presentes. Indolor à palpação superficial e profunda, não palpo massas ou visceromegalias. NEURO: Glasgow 9, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea. MEMBROS: Panturrilhas livres. Sem edemas.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Síndrome séptica.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Choque séptico de foco urinário.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Choque séptico de foco pulmonar.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Tabela 7: Exames complementares do caso clínico 8.

Hemograma	Bioquímica	Gasometria	Urina I
Hemoglobina 10,9	Ureia 189	pH 7,331	Hemoglobina ++
Hematócrito 32,7%	Creatinina 3,80	pCO2 40,00	Urobilinogênio +
Leucócitos 10.560	Sódio 142	pO2 83,60	Hb > 100/campo
Bastonetes 0%	Potássio 6,0	HCO3 20,70	Leucócitos > 100/campo
Plaquetas 236.000	CPK 312		
	ProBNP 513		
	Troponina 32		

CONDUTAS: Solicitado exames de admissão, RT-PCR Sars-CoV, radiografia de tórax, ECG e culturas. Prescrito antibiótico (ceftriaxona) e medidas de resgate (realizado volume com soro glicosado, quantidade não descrita em prontuário).

DISCUSSÃO CRÍTICA: O paciente em questão apresenta um grande desafio clínico: o manejo de pacientes com idade muito avançada. O paciente possui como comorbidades apenas hipertensão controlada por medicamentos e hiperplasia prostática benigna, referindo alto grau de independência nos afazeres diários. No entanto, as limitações fisiológicas para manejo de infecções se tornam um grande desafio.

O paciente se apresentou hipotenso, inapetente e rebaixado no serviço, sendo esses sinais inespecíficos, porém altamente sugestivos de infecção ou desidratação em idosos. Seu grau de hidratação na avaliação física por prega cutânea e aparência geral afastavam a possibilidade de desidratação, restando avaliar infecções em órgãos alvo.

Com radiografia de tórax sem achados sugestivos de pneumonia, o paciente apresentava oligúria, sugerindo foco infeccioso urinário, como notado em exame de urina, bem como hematúria importante que sugere lesão renal.

Percebe-se dificuldade da família em perceber o quadro, de forma que o paciente chegou à UPA apenas após 8 dias de evolução do quadro, com provável acometimento sistêmico, logo, sepse. A hipotensão foi refratária a administração de volume, sendo necessário o uso de drogas vasoativas para regularização da pressão, definindo então a presença de choque séptico.

Com demora no manejo e transferência do paciente, há grandes preocupações com o prognóstico no atendimento. Segundo Evans et al. (2021), a demora na transferência de um paciente em choque séptico para a UTI está associada a aumento de mortalidade, aumento da duração de ventilação mecânica e aumento no tempo de hospitalização. A autora ainda refere aumento de 1,5% na mortalidade em UTI para cada hora de atraso para a transferência para o setor de terapia intensiva.

O paciente já se encontrava há dois dias na sala de emergências da UPA, com atraso também de três horas no início do uso de antibióticos. A recomendação é de início dentro de uma hora para pacientes em choque (EVANS et al., 2021), de forma que a conduta do médico de plantão foi de aguardar exames, o que não é recomendado.

Além do foco sépticos, nos exames solicitados foi notado potássio de 6,0. A opção por não tratar esse distúrbio eletrolítico traz grandes riscos ao paciente. Segundo Poulsen e Fenton (2019), há necessidade de correção entre 6 e 12 horas, necessitando diálise se possível, ou manejo com bicarbonato e diuréticos. No entanto, como o plantão dura 12 horas e o médico optou por não realizar as medidas, o paciente apresenta risco aumentado de complicações até a chegada do próximo plantão.

Neste momento, o paciente já apresentava diversos critérios para transferência para o hospital de referência. Sendo um paciente previamente hígido, houve negligência ao não solicitar transferência. O médico, sem consultar os familiares, parece decidir por paliativação do cuidado apenas utilizando a idade do paciente como critério, interferindo no prognóstico.

Infelizmente, a falta de condutas de cuidados paliativos também se fez presente. Não foi realizado analgesia, bem como não foi discutido com os familiares sobre a possibilidade de necessidade de intubação e reanimação. As condutas adequadas foram tomadas pelo plantonista seguinte. Foi prescrito morfina, soro

polarizante buscando correção de potássio, hidrocortisona e solicitada a transferência para o HMPGL.

Acredito que a negligência do cuidado, além de ser extremamente prejudicial para o paciente, também é prejudicial para a equipe. Com grande demanda de atendimentos na UPA, o plantonista, ao receber pacientes mal manejados pelo plantonista anterior, se sobrecarrega por ter de reavaliar toda a conduta realizada e assumir novas condutas buscando a melhora do paciente.

Foi então discutido com a família sobre a gravidade do caso e possibilidade de óbito nos próximos dias, sendo optado a não intervenção com intubação e reanimação caso o paciente viesse a necessitar.

Acompanhei este caso em plantões seguintes, estando presente no momento do óbito. O paciente aparentava ser bem cuidado, com preocupação da família sobre sua saúde. Sua longevidade pareceu fruto de bons cuidados e sua passagem ocorreu de forma serena, sem aparente sofrimento do paciente. Neste momento, acompanhava também o paciente do caso 9, sendo interessante ver a diferença na saúde geral, afeto familiar e estado geral no momento do óbito.

Diferentemente do paciente descrito no caso 9, a família do paciente em questão se fez presente, disponível para a equipe e muito colaborativa. A aparência do paciente não sugeria sua idade avançada e em todo o momento do atendimento após o primeiro plantonista o paciente apresentava-se sem sofrimento. Este caso é um exemplo claro da importância de uma rede de apoio forte e preocupada com o idoso.

3.9 CASO 9

IDENTIFICAÇÃO: G.Q.F., 71 anos, masculino, aposentado, residente de Foz do Iguaçu - PR.

QUEIXA PRINCIPAL: "Queda do estado geral" há 1 dia.

RESUMO DO CASO: Paciente trazido pelo SAMU da residência devido queda do estado geral, hiporresponsividade e hipoglicemia (HGT 45), corrigida pela equipe no domicílio. Converso com esposa que relata que ontem à noite paciente iniciou com redução da responsividade, parou de se comunicar, mantendo olhos e boca abertos, evoluindo nesta manhã com maior queda do estado geral, mantendo hiporresponsividade, com falta de ar e fazendo ruídos respiratórios. Esposa relata que paciente tem Alzheimer há 7 anos, há 5 anos era comunicativo, falando palavras incompreensíveis e chamava pela mãe e pelo nome da esposa, já era confuso e desorientado. Refere urina concentrada e com odor forte. Nega febre ou tosse. Na admissão, paciente não contactuante e caquético, em uso de fraldas.

HISTÓRIA MÓRBIDA PREGRESSA: Alzheimer há 7 anos, redução de força em MSE sem investigação há 5 meses (AVC?), esposa nega outras comorbidades.

EXAME FÍSICO: ECTO: Mau estado geral, sarcopênico, anictérico, acianótico, hipocorado +++/4+, desidratado ++++/4+, afebril, higiene precária. SSVV: PA 77/51, SpO2 85% em AA, FC 96 bpm, FR 16 irpm, Temp 35,8°C, HGT 320. ACV: bulhas cardíacas hipofonéticas e rítmicas em 2 tempos, não ausculto sopros ou extrassístoles. Tempo de enchimento capilar < 3s. AP: Murmúrio vesicular presente, não ausculto ruídos adventícios. ABD: emagrecido, plano, depressível. Ruídos hidroaéreos presentes. Sem defesa a palpação, não palpo massas ou visceromegalias. NEURO: Glasgow 7, pupilas mióticas, isocóricas e fotorreagentes. MEMBROS: Quentes e bem perfundidos. Panturrilhas livres. LPP em ambos calcâneos, com área de necrose à direita e com secreção e necrose à esquerda. Edema em mãos e pés ++/4+. QUADRIL: LPP trocanteriana à esquerda com secreção e necrose.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO: Síndrome séptica; Síndrome consumptiva.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Sepsis de foco urinário.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS: Sepsis de foco pulmonar; Sepsis de foco cutâneo; Desidratação.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Tabela 8: Exames complementares do caso clínico 9.

Hemograma	Bioquímica	Urina I
Hemoglobina 12,7	Ureia 32	pH 6,5
Hematócrito 38,7%	Creatinina 1,00	Proteínas ++
Leucócitos 6.640	Sódio 137	Bilirrubina +
Bastonetes 7%	Potássio 5,1	Hemoglobina +
Plaquetas 122.000	PCR 6,5	Urobilinogênio + Leucócitos 20/campo

CONDUTAS: Solicitado exames de admissão, RT-PCR Sars-CoV, radiografia de tórax, tomografia de crânio e ECG. Solicito troca de sonda nasointestinal, passagem de sonda vesical de demora. Início de dieta padrão por sonda nasointestinal. Suporte ventilatório com O₂. Hidratação rigorosa. Curativos em LPPs.

DISCUSSÃO CRÍTICA: O paciente em questão estava internado em leito de isolamento de emergência da UPA, em estado crítico. Apresentando-se muito emagrecido, o paciente apresentava desafios até para a avaliação física, de forma que a ausculta cardíaca e pulmonar se fazia difícil, já que não havia tecido adequado para posicionar o estetoscópio no tórax.

Claramente ele se apresentava em situação de negligência, com diversas lesões por pressão de tamanho amplo, condição física, situação de higiene e história pregressa. Na coleta da história, foi chamativo ver que o paciente apresentava perda de força em hemitórax esquerdo há 6 meses, sem investigações ou internações por possível AVE.

Apesar do grave estado do paciente, não foi discutido paliatividade devido a falta de familiares presentes. Foram realizadas diversas ligações, mas a família se mostrava pouco colaborativa, demonstrando em ligações o desinteresse pelo quadro do paciente, já que acreditavam que o mesmo “não tinha salvação”.

Com 71 anos, o paciente tinha aparência significativamente pior do que a do paciente descrito no caso 8. Durante o plantão, pude ver as diferenças no cuidado recebido por ambos. O paciente em questão não possuía qualquer acompanhamento médico, não foi informado a equipe sobre comorbidades, bem como não havia prescrição de qualquer medicação para tratamento ou conforto do paciente em casa. Estando acamado há 5 meses, o único registro encontrado em prontuário era de recebimento de fraldas para o paciente.

Com um quadro de tamanho descuido, percebi a dificuldade no manejo. Após avaliação mais aprofundada, a radiografia de tórax do paciente apresentava hipotransparência em hemitórax direito, sugestivo de pneumonia, suas lesões por pressão estavam altamente infectadas e com tecido necrótico, além da presença de hematúria microscópica e leucocitúria, sugerindo foco urinário. A necessidade de tratamento em unidade de terapia intensiva era clara, mas não havia condições de transporte do paciente.

Em relação ao manejo, o paciente permaneceu internado em leito de emergência por 12 horas até serem solicitadas as culturas e iniciado antibiótico. Não foi realizado o uso de drogas vasoativas mesmo diante da instabilidade hemodinâmica do paciente. Foram realizadas medidas de cuidado e alívio parcial.

Diante do quadro, é compreensível a opção por não realizar medidas invasivas. No entanto, ainda é essencial a conversa com familiares para a aprovação legal de tais condutas. A negligência com o cuidado foi continuada no serviço, com notada falta de preparo dos profissionais para atuar em cenários de paliativação do cuidado.

A opção por não realizar medidas invasivas não exclui as necessidades por tratamento de focos infecciosos, bem como medidas de alívio. No momento em que o médico adota condutas paliativas, o paciente merece receber analgesia ou sedação adequada, bem como as demais medidas de alívio que foram adotadas (passagem de sonda vesical de demora e nasoentérica, suporte ventilatório, medidas de higiene). A paliativação não deve ser confundida com a oportunidade de “deixar o paciente ir”, sem que nada seja feito por este.

O paciente faleceu durante o plantão, com cinco minutos de diferença do paciente descrito no caso 8. Foi o primeiro plantão que acompanhei óbitos, me marcando profundamente principalmente no caso do senhor “G.” devido a falta de cuidado da família. Durante o plantão, um de seus filhos chegou para se despedir do pai, apresentando ressentimento pelo estado atual e falta de cuidado.

Acredito que este paciente, com cuidados adequados, poderia ter vivido muito mais tempo, com maior qualidade de vida. Discutindo com os colegas, levantamos a possibilidade de relações familiares frágeis e do paciente ser mau cuidado por ser uma “pessoa difícil”.

A reflexão final que faço é a da necessidade, enquanto profissional de saúde, de oferecer um cuidado integral e dedicado ao paciente, independente de seu quadro e história. Muitos pacientes chegam ao serviço sem rede de suporte, restando a ele apenas os profissionais do cuidado. Em momentos de fragilidade, o paciente merece dignidade, de forma que seu óbito ocorra com o menor sofrimento possível.

Acompanhar esses atendimentos, bem como refletir sobre eles, tem trazido grande crescimento na compreensão do cuidado que quero oferecer aos meus pacientes. Fico muito grato pelo módulo de cuidados paliativos que tivemos durante o quarto ano, que me ensinou muito sobre intervenções voltadas para o conforto e sobre comunicação de notícias difíceis. Vendo a dificuldade de tantos médicos com paliativação do cuidado, vejo na UNILA uma esperança na formação de médicos mais humanos e capacitados para lidar com pacientes em fim de vida em Foz do Iguaçu.

4. RELATO VIVENCIAL SOBRE A PANDEMIA DA COVID-19

No início de 2020, estávamos no início do quarto ano do curso de medicina. Iniciei pelo módulo de Cuidados Paliativos e, ao concluir, fomos informados que a continuidade do curso dependeria da reunião do colegiado que discutiria qual a decisão frente ao crescente números de casos de infecção pelo Sars-CoV 2, o “corona vírus”.

Neste momento, em março de 2020, o curso foi paralisado e em pouco tempo, as figuras políticas iniciaram medidas de isolamento social para frear o avanço do vírus. Deixei de morar sozinho e me mudei de casa, com quatro pessoas que não conhecia bem e tive de decidir se voltaria para a cidade dos meus pais ou se ficaria em Foz do Iguaçu.

No momento, optei por ficar em Foz e ajudar como pudesse no combate a pandemia. Me inscrevi para voluntariar nas barreiras sanitárias, mas logo fui realocado para a central telefônica, onde realizava atendimentos para agendamento dos testes para confirmação da infecção.

De abril até julho, estagiei preocupado com paramentação e limpeza, já que trabalhava no hospital referência para atendimentos de COVID (o HMPGL). Nas salas da antiga COREME, ficávamos em mais de 5 alunos por sala, cada um em seu computador, atendendo as demandas da população. A estrutura do serviço foi feita de forma emergencial, com baixo investimento e com mão de obra voluntária. O serviço conseguiu fones para auxiliar o trabalho, mas ainda havia muitas dificuldades que tivemos que enfrentar.

Enquanto os nossos veteranos atuavam nas linhas de frente, entrávamos em conflito nas passagens de caso, onde entravam na central telefônica aparamentados, colocando a equipe em risco. Além disso, a demanda de pessoas necessitando de teste superavam muito a quantidade de exames que o hospital suportava realizar, sobrecarregando a equipe que também entrava em conflito conosco, pedindo que não agendássemos mais pacientes.

Fora o estresse em tentar agendar todos dentro da janela, ainda tínhamos de lidar com as demandas da população, muitas vezes insatisfeita por conta da demora no atendimento. O telefone tocava durante todo o dia, de forma que tínhamos de silenciá-los para tirar intervalos, para não atrapalhar o atendimento dos colegas com poluição sonora.

Havia dificuldade também em compreender as falas dos pacientes, principalmente aqueles que entravam em contato pelo celular da central, já que o local não tem boa recepção de sinal. Andávamos por todo o setor tentando manter a ligação do paciente, mas muitas vezes era sem sucesso.

Na expectativa de receber a bolsa do Brasil Conta Comigo, me mantive no estágio pelo máximo de tempo que resisti. O contato com os colegas da central também me motivavam, mas após três meses de serviço, deixei o voluntariado.

Neste momento, me isolei em casa. Longe da família e preocupado com a saúde deles, optei por não voltar a Pirassununga. Mês a mês, percebi o impacto do isolamento social na saúde mental minha e de meus colegas de casa. Ficamos todos depressivos, ansiosos pela volta das atividades da vida cotidiana. Até que em outubro, retomamos atividades por via remota, me incentivando a estudar e retomar uma rotina que me incentivava.

Até hoje, sinto que não voltei completamente as atividades cotidianas. Ainda sinto dificuldades em manejar meu tempo, tentando equilibrar lazer com os afazeres da faculdade e da casa. A relatividade do tempo nunca se fez tão clara quanto na volta as aulas, onde as intermináveis 24 horas dos dias durante a pandemia se tornaram em escassas 24 horas da rotina.

Ainda sinto o impacto da pandemia também em hábitos de higiene. Me sinto com medo de confraternizações e me assusta observar as aglomerações formadas em atrações turísticas de Foz ou em festas. O descaso do governo com a atual situação da saúde é objeto de conflitos familiares e me sinto cada vez mais distante deles, mesmo estando a mil quilômetros já há 5 anos.

Dos ensinamentos que a pandemia trouxe, sinto que ao ver tantas pessoas morrendo de forma tão rápida e sofrida, aprendi o valor que tem a vida e como os cuidados de higiene são importantes para preservar esta. Vejo também que o descaso que tínhamos com EPIs em ambiente hospitalar era um erro grave. Apesar de muitos médicos já se sentirem confortáveis em ficar sem máscara no ambiente hospitalar, entendo que nunca mais devemos atender um paciente com uma simples máscara. Tanto por segurança própria como por respeito a saúde pública.

5. LISTAGEM DOS PROCEDIMENTOS INVASIVOS REALIZADOS

Boa parte do módulo ocorreu dentro da sala de procedimentos. Devido a sobrecarga dos médicos do setor de emergências, a ajuda dos estudantes para a realização de procedimentos simples eram sempre bem vindas. Tive a oportunidade de realizar mais de 50 suturas, em diversas regiões do corpo.

Foram realizadas suturas em cabeça, frente, supercílio, lábio, orelha, mento, nariz, mãos, pés, cotovelos, joelhos, pernas e braços. Pude perceber que existem regiões muito mais acometidas por ferimentos cortocotusos, de forma que não me recordo de receber pacientes com ferimento em região de tórax ou abdominal. Os locais de maior acometimento variam de acordo com a faixa etária, sendo muito comum crianças com ferimentos em cabeça, mento e frente. Em adultos, os acidentes de trabalho costumam ocorrer ferindo extremidades, como mãos e pés.

Cada ferida apresenta suas particularidades, de forma que a limpeza abundante e exploração do local por corpos estranhos é fundamental para evitar infecções no local. Deve ser realizada a escolha de fios de sutura de acordo com o tamanho, local e tipo de tecido onde se encontra o ferimento. Pude usar fios de nylon em suturas na derme e catgut cromado para regiões de mucosa, de diversos tamanhos (entre 2.0 e 6.0).

O manejo do ferimento necessita ainda o uso de anestésicos locais, de forma que o uso de lidocaína a 1% sem vasoconstritor injetável foi amplamente utilizada. Também aprendi a importância da lidocaína pomada e spray, que podem ser utilizadas para aliviar a dor de limpeza de escoriações amplamente infectadas e para amenizar a dor de crianças na hora de anestésiar com a lidocaína injetável. Percebi que há heterogeneidade na forma de realização de anestesia, sendo que alguns médicos inserem a agulha por dentro da ferida enquanto outros orientam que devemos sempre introduzi-la pelas bordas. Segundo Martires, Malbasa e Bordeaux (2011), em feridas abertas, devemos colocar algumas gotas do anestésico dentro do ferimento e inserir a agulha por dentro da ferida. No entanto, não há contraindicações de introduzir pelas bordas, na pele intacta. Inclusive é preferível em caso de feridas infectadas que necessitam de limpeza após analgesia.

Dentre os tipos de suturas, foram realizados pontos simples, pontos em U e, em uma oportunidade, realizei Donatti para a aproximação das bordas em região de articulação (cotovelo).

A sala de procedimentos também propiciou o aprendizado de realização de limpeza de ferimentos, curativos, avaliação radiográfica, anestésias locais e orientações sobre vacinação. Hoje me sinto apto a tomar condutas frente a mordeduras por animais, acidentes de trabalho e traumas leves. O número de pacientes que sofreram trauma por colisão ou queda de motocicleta é abundante, propiciando grande número de atendimentos que requerem limpeza de ferimentos, avaliação radiográfica, realização de suturas e curativos e prescrição de sintomáticos e antibióticos, no caso de feridas potencialmente infectadas.

A sala de procedimentos também recebe pacientes que necessitam drenagem de abscesso, de forma que realizei o procedimento duas vezes. Em ambos os casos, o abscesso apresentava ponto de flutuação, sendo realizada a drenagem por expressão manual e necessitando a colocação de dreno de Penrose. O dreno é colocado na incisão do ponto de drenagem, sendo suturado no local para a permanência temporária, auxiliando a saída de pus e sangue do local. O manejo de abscesso também necessita de antibioticoterapia, sendo discutido sempre com o médico de plantão sobre o tratamento domiciliar.

Um tipo de ocorrência que chega no procedimento são queixas oftalmológicas. Devido ao meu grande interesse em oftalmologia, procurei aprender ao máximo com os médicos sobre os procedimentos que poderiam ser realizados no local. Realizei mais de 10 lavagens de globo ocular afim de retirar corpos estranhos, assim como pude diagnosticar infecções conjuntivas em duas oportunidades. Também participei da abordagem inicial de atendimento de vítimas de traumas oculares, sendo necessário o encaminhamento do paciente ao especialista.

Já nas salas de emergência e observação, pude realizar apenas um acesso central. Orientado pela doutora de plantão, realizei a higienização das mãos, paramentação correta, chequei os materiais, realizei assepsia do local de punção, posicionei os campos estéreis, realizei a palpação para definição do local correto de punção e puncionei o paciente. Realizei a punção da veia jugular direita no ápice do triângulo de Sedillot com sucesso, porém o fio guia não progrediu adequadamente. Realizei novamente a punção com sucesso, mas não houve sucesso em progredir o fio-guia. Por ser um paciente com critérios de gravidade para o acesso central (plaquetopenia), neste momento achei mais prudente deixar o procedimento para a

médica. Não foi possível progredir novamente o fio-guia, sendo realizado então o procedimento em veia subclávia direita.

Não tive oportunidades de realizar a obtenção de via aérea invasiva, mas acompanhei em três oportunidade a intubação orotraqueal de pacientes necessitando melhor oxigenação. Em todos os casos, as drogas de escolha foram fentanil, succinilcolina e etomidato. A intubação ocorreu com sucesso e de forma muito rápida. Em algumas oportunidades, não acompanhei o procedimento por estar ocupado em outro setor. Médicos experientes realizam o procedimento com tamanha destreza que é feito em poucos minutos e ao chegar para assistir ao procedimento, ele já tinha terminado.

Os demais procedimentos foram realizados em poucas oportunidades. As sondagens nasogástrica e vesical, bem como punção venosa e arterial são procedimentos realizados pela enfermagem, de forma que estes se mostraram resistentes em ensinar e permitir que eu realizasse mais vezes. Optei por me contentar com o número de procedimentos que realizei, apenas para me certificar de que compreendi a teoria da técnica, e evitar atritos com a equipe.

Realizei uma sondagem nasogástrica, com paciente acordado e colaborativo. Realizei as orientações iniciais, me paramentei adequadamente, chequei os materiais, realizei a medida nariz-orelha-apêndice xifóide e realizar a marcação do tamanho. Após isso, lubrifiquei a sonda com xilocaína em gel e iniciei a progressão da sonda, não encontrando resistências. O paciente foi bem colaborativo e bem humorado, o que facilitou muito o processo. Realizei o teste com fluxo de ar pela seringa, auscultei o som de bolhas, fixei a sonda e terminei o procedimento.

Realizei duas sondagens vesicais, ambas em pacientes homens. As pacientes mulheres se sentiram mais confortáveis em fazer o procedimento com as técnicas mulheres e respeitei seus espaços. Dentre o procedimento de sondagem, consegui anestésiar e lubrificar ambas as uretras sem problema, com passagem tranquila da sonda. Ambos os pacientes foram colaborativos, demonstrando desconforto apenas com o procedimento e não com vergonha. Com a ajuda da equipe de enfermagem, os procedimentos ocorreram sem problemas.

Pude observar também é realização de duas paracenteses abdominais de alívio para pacientes hepatopatas e ascíticos. Este era um procedimento que eu não estava familiarizado, mas o profissional que o realizou foi explicando o passo a passo. Após paramentar-se e higienizar o paciente, é realizado a anestesia no local

de punção, em junção do terço médio e terço inferior da linha imaginária entre umbigo e crista ilíaca esquerda. Realiza-se a punção do local e a opção do médico foi de utilizar um catéter de acesso central, conectado em um sistema estéril para a drenagem contínua do líquido.

Segundo Orman et al. (2014), há contraindicação relativa do procedimento em pacientes com trombopenia, mas geralmente os benefícios superam os riscos apresentados. Em revisão bibliográfica que avaliou 17.711 pacientes, notou-se que 61 por cento dos pacientes com cirrose e ascite receberam paracentese e apresentaram menor taxa de mortalidade intra hospitalar.

Em ambos os casos os pacientes já possuíam doença hepática avançada, com plaquetopenia importante. Há preocupação de punção venosa acidental durante o procedimento, mas não ocorreu, ocorrendo de forma desejável. A drenagem máxima orientada pelo médico de plantão era de 3 litros, buscando não retirar muito volume do paciente. O alívio é instantâneo, melhorando rapidamente o volume ascítico e desconforto gerado por este.

6. DIAGNÓSTICO DE QUESTÃO-PROBLEMA DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Dentre as condutas acompanhadas durante o módulo, algo me incomodou. Há diversos pacientes internados na UPA para tratamento e transferência para serviços de maior complexidade que tem sua permanência prolongada. Há pacientes que ficam internados em leito de observação por mais de cinco dias, aguardando vaga para ambos os hospitais, com baixa resolutividade do tratamento.

A UPA deve ser um serviço de atendimento inicial, buscando auxiliar as RUE no manejo inicial de pacientes, com ações de rápida resolutividade e eficiente transferência de pacientes. Segundo a portaria nº 10 de 2017 do Ministério da Saúde, que redefine o papel das UPAs nas RUE do SUS, a UPA apresenta efetivo funcionamento quando consegue manter seus pacientes em observação por até 24 horas, auxiliando na elucidação diagnóstica e dando continuidade do cuidado de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

A UPA não possui recursos para manter pacientes internados em longas permanências. A estrutura presente, tanto física quanto humana, não permite o acompanhamento do paciente. Muitos médicos trabalham em dias fixos, estando no serviço apenas uma vez na semana e impedindo o acompanhamento do quadro do paciente por vários dias.

Por mais que seja realizado boas passagens de plantão e boas descrições em prontuário, o acompanhamento dos quadros e da disponibilidade de leitos deveria receber atenção exclusiva de um profissional capacitado. Este deve ter compreensão do funcionamento da RUE do município, bem como conhecer os fluxos de atendimento e ter contato direto com o hospital, possibilitando a disponibilização de vagas.

O serviço tem sido executado pelo doutor Eduardo Veras na UPA João Samek, de segunda a quinta feira. As visitas diárias propiciam uma continuidade do tratamento, de forma que o médico responsável pelas visitas acompanha as condutas que estão sendo tomadas e consegue facilitar a comunicação com os hospitais de referência. Apesar de não acontecer durante toda a semana, a presença de um funcionário para realizar a atividade auxilia muito o serviço, tendo em vista que os profissionais das salas de observação são sobrecarregados com grande demanda de pacientes, não possibilitando dar atenção especial para quadros complexos.

O ideal seria a presença do diarista durante toda a semana, dessa forma não teríamos descontinuidade do tratamento. Isto também auxiliaria na observação dos tratamentos ofertados aos pacientes, evitando condutas inadequadas por imperícia ou negligência, como é comum ocorrer no serviço.

Como proposta de intervenção, sugiro a contratação de um médico diarista na UPA Doutor Walter Cavalcante Barbosa, bem como a expansão do serviço na UPA João Samek, por ao menos seis dias na semana. É um serviço que possui flexibilização de horário, bem como carga horária reduzida, sendo também vantajoso ao profissional contratado.

Acredita-se que a implementação desta vaga traz melhorias para a qualidade do serviço, bem como para a gestão financeira da UPA. Apesar dos custos de contratação de um médico, este profissional agrega ao serviço uma facilitação no encaminhamento de pacientes e na efetividade dos tratamentos, que conseqüentemente implica num menor tempo de internação. Os custos do tratamento do paciente para o serviço são reduzidos com a redução do tempo de permanência nas UPAs, justificando o gasto com a contratação de mais um médico.

Em conversa com os profissionais do serviço, fui informado que a vaga existia em ambas as UPAs, porém com o início da pandemia de COVID-19 e o uso da UPA Dr Walter como centro de atendimento de pacientes COVID-19, a carga de trabalho e o risco biológico do serviço se tornou indesejável pelo profissional que ocupava o cargo e não foi possível encontrar médicos interessados em dar continuidade ao serviço.

Em dezembro de 2021, o município de Foz do Iguaçu já possui a maior parte de seus habitantes vacinados contra a infecção viral, contando com uma baixa no número de pacientes internados e óbitos por COVID-19. O atendimento aos casos de infecção pelo vírus foi centralizado no HMPGL, reduzindo a carga de trabalho e o risco biológico que as UPAs apresentavam, permitindo a restituição do serviço, afim de melhorar a assistência prestada na RUE de Foz do Iguaçu.

A construção de um cronograma de execução para a contratação na UPA Dr Walter Cavalcante Barbosa conta com tempo hábil para a gestão de saúde do município disponibilizar um edital de contratação para médicos interessados em monitorar e auxiliar no processo diagnóstico, de tratamento e gestão de leitos das UPAs e realizar as devidas etapas do processo de seleção. Como há a possibilidade do cargo ser por concurso ou contratação de pessoa jurídica, cabe a gestão

municipal avaliar os custos e benefícios de cada modalidade de contratação, executando o projeto segundo a legislação e as possibilidades da prefeitura.

Acredito que, como o cargo já existia no serviço há menos de dois anos atrás, a execução do projeto pode ser realizada em poucos meses, com tempo de execução de acordo com as burocracias e legalidades envolvidas no processo. Há dificuldade em encontrar bibliografias que embasem o cálculo de tal tempo de execução, sendo necessária a avaliação por profissionais da gestão atual da prefeitura.

Já na UPA João Samek, o cronograma envolve apenas a reunião com o médico que já ocupa o cargo, buscando um meio termo entre as demandas do profissional e do serviço para aumentar os dias da semana quando o serviço ocorre. Este processo pode ser realizado em menos de um mês, visando a ampliação do serviço com início em janeiro ou fevereiro de 2022.

7. REFERÊNCIAS

ABBOUD, Hanna; HENRICH, William L. Clinical practice. Stage IV chronic kidney disease. **The New England Journal of Medicine**, v. 362, n. 1, p. 56–65, 7 jan. 2010. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp0906797>.

Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, Laine L, Sung J, Tse F, Leontiadis GI, Abraham NS, Calvet X, Chan FKL, Douketis J, Enns R, Gralnek IM, Jairath V, Jensen D, Lau J, Lip GYH, Loffroy R, Maluf-Filho F, Meltzer AC, Reddy N, Saltzman JR, Marshall JK, Bardou M. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group. **Ann Intern Med**. 2019 Dec 3;171(11):805-822. doi: 10.7326/M19-1795. Epub 2019 Oct 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 25 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017**. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html. Acesso em: 25 dez. 2021.

DENIC, Aleksandar; MATHEW, Jerry; LERMAN, Lilach O.; LIESKE, John C.; LARSON, Joseph J.; ALEXANDER, Mariam P.; POGGIO, Emilio; GLASSOCK, Richard J.; RULE, Andrew D. Single-Nephron Glomerular Filtration Rate in Healthy Adults. **The New England Journal of Medicine**, v. 376, n. 24, p. 2349–2357, 15 jun. 2017. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614329>.

DUARTE, Luciano Tavares; SILVA, Denise Britz do Nascimento; BRITO, Jose Andre de Moura. Análise de paradados do Censo Demográfico 2010: uma investigação de fatores associados a erros não amostrais do levantamento de dados. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 33, n. 3, p. 679–701, 31 dez. 2016. <https://doi.org/10.20947/S0102-30982016c0011>.

Fonseca EPS, Rodrigues JVC, Lopes ES, de Souza AS, Santiago CFG. Gastos públicos envolvidos no tratamento de neoplasias da coluna vertebral e medula espinhal em cidades de Minas Gerais. **Rev. Aten. Saúde**. 2020; 18(64): 52-59.

Karademir G, Bilgin Y, Erşen A, Polat G, Buget MI, Demirel M, Balcı HI. Hip fractures in patients older than 75 years old: Retrospective analysis for prognostic factors. *Int J Surg*. 2015 Dec;24(Pt A):101-4. doi: 10.1016/j.ijssu.2015.11.009. Epub 2015 Nov 10. PMID: 26563486.

MARTIRES, Kathryn J.; MALBASA, Christi L.; BORDEAUX, Jeremy S. A randomized controlled crossover trial: lidocaine injected at a 90-degree angle causes less pain than lidocaine injected at a 45-degree angle. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 65, n. 6, p. 1231–1233, dez. 2011. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2011.04.011>.

ORMAN, Eric S.; HAYASHI, Paul H.; BATALLER, Ramon; BARRITT, A. Sidney. Paracentesis is associated with reduced mortality in patients hospitalized with cirrhosis and ascites. **Clinical Gastroenterology and Hepatology: The Official Clinical Practice Journal of the American Gastroenterological Association**, v. 12, n. 3, p. 496-503.e1, mar. 2014. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2013.08.025>.

POULSEN, Søren B.; FENTON, Robert A. K⁺ and the renin-angiotensin-aldosterone system: new insights into their role in blood pressure control and hypertension treatment. **The Journal of Physiology**, v. 597, n. 17, p. 4451–4464, set. 2019. <https://doi.org/10.1113/JP276844>.

Rosso, Federica; Dettoni, Federico; Bonasia, Davide Edoardo; Olivero, Federica; Mattei, Lorenzo; Bruzzone, Matteo; Marmotti, Antonio; Rossi, Roberto (2016). *Prognostic factors for mortality after hip fracture: Operation within 48 hours is mandatory. Injury, ()*, S0020138316303631–. doi:10.1016/j.injury.2016.07.055

Silva, RP; Pinto, PI; Alencar, AMC; Efeitos da hospitalização prolongada: o impacto da internação na vida paciente e seus cuidadores. **Revista Saúde (Sta. Maria)**. 2018; 44 (3).<https://doi.org/10.5902/2236583424876>

SMITH, Sean B.; GESKE, Jeffrey B.; KATHURIA, Parul; CUTTICA, Michael; SCHIMMEL, Daniel R.; COURTNEY, D. Mark; WATERER, Grant W.; WUNDERINK, Richard G. Analysis of National Trends in Admissions for Pulmonary Embolism. **Chest**, v. 150, n. 1, p. 35–45, jul. 2016. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2016.02.638>.

White House Commission on Combating Drug Addiction and the Opioid Crisis (2017). Second meeting of the president's commission on combating drug addiction and the opioid crisis: Draft interim report. Retrieved 15 November 2017 from <<https://www.whitehouse.gov/sites/whitehouse.gov/files/ondcp/commission-interim-report.pdf>>