



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

MEDICINA

**O CENÁRIO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS EM FOZ DO IGUAÇU
A VIVÊNCIA NO SETOR DE U/E DURANTE O INTERNATO**

LUÍSA D'AREZZO MAESTRELLI

Foz do Iguaçu
2020



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

MEDICINA

**O CENÁRIO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS EM FOZ DO IGUAÇU
A VIVÊNCIA NO SETOR DE U/E DURANTE O INTERNATO**

LUÍSA D'AREZZO MAESTRELLI

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

Orientadora: Prof. Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu
2020

LUÍSA D'AREZZO MAESTRELLI

O CENÁRIO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS EM FOZ DO IGUAÇU

A VIVÊNCIA NO SETOR DE U/E DURANTE O INTERNATO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Arte, Cultura e História da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Antropologia – Diversidade Cultural Latino-Americana.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof. German Andres Pignolo
UNILA

Prof. Dr. Alessandro Da Costa Machado
UNILA

Foz do Iguaçu, 10 de julho de 2020.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Luísa D'Arezzo Maestrelli

Curso: Medicina

Tipo de documento:

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

Título do trabalho acadêmico: O cenário da urgência e emergência no SUS em Foz do Iguaçu - A vivência no setor de u/e durante o internato.
Nome do orientadora: Prof. Flávia Julyana Pina Trench
Data da Defesa: 14/07/2020

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.
- c) 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.
- d) 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, 10 de julho de 2020.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a
minha família e amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha professora orientadora prof. Flávia Julyana Pina Trench pela constante orientação neste trabalho, e sobretudo pela paciência e incentivo em todos os momentos tornando possível a conclusão deste trabalho.

Aos professores da banca pelas orientações, por seus ensinamentos e transmissão de conhecimento ao longo das supervisões de minhas atividades.

Ao meu preceptor de Saúde Primária Dr. Pedro Matias de Araújo que foi um grande exemplo de médico e ser humano em minha formação e toda sua equipe do Serviço de Atendimento Domiciliar de Santa Terezinha de Itaipu, principalmente Carol, Camila e Bruna.

A minha família que sempre está do meu lado me acompanhando e me apoiando, sobretudo durante a suada jornada da medicina, principalmente a minha mãe Lícia Maria, ao meu pai Nelson, ao meu irmão Pedro, aos meus tios Rosane e Francisco e por fim, a minha avó Yvonne.

A minha colega de curso Maria Belén, minha melhor amiga, que me ajudou e esteve ao meu lado independente da situação, aos meus colegas Juan Martín, Diego, Gabriel e Jonathan que além de amigos se tornaram parte da minha família.

Ao meu companheiro Juliano e a sua família Elisabeti e Célio que nos últimos anos estiveram presentes me apoiando.

Por fim, agradeço a todos os pacientes que estiveram presentes e disponíveis ao longo de minha formação médica com enorme paciência, aos funcionários do HMPGL, do HMCC, do SAMU, das UPAs e das UBS de Foz do Iguaçu e Santa Terezinha de Itaipu.

*Os nossos pais amam-nos porque
somos seus filhos, é um fato inalterável.
Nos momentos
de sucesso, isso pode parecer
irrelevante, mas nas ocasiões de
fracasso,
oferecem um consolo e uma segurança
que não se encontram em qualquer outro lugar.*

Bertrand Russell

MAESTRELLI, Luísa D'Arezzo. O cenário da urgência e emergência no SUS em Foz do Iguaçu - A vivência no setor de u/e durante o internato. 2020. 71 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso traz como tema as situações vivenciadas no setor de Urgência e Emergência Médicas no decorrer do ano de 2019, durante o cumprimento do Internato da UNILA, as quais ocorreram no Pronto-Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), no Serviço de Atendimento Móvel a Urgências (SAMU), na Unidade de Pronto-Atendimento João Samek e a Unidade de Pronto-Atendimento Dr. Walter Cavalcante Barbosa. Como objetivos, este trabalho busca analisar as situações vivenciadas pela acadêmica consideradas mais complexas para aprimorar o desenvolvimento do raciocínio clínico e do manejo do paciente, bem como o fluxo dos pacientes na rede. Além disso, pretende averiguar o conhecimento teórico em livros, artigos e portais de evidência clínica, os quais sustentem a conduta proposta pela equipe de saúde, para que assim a acadêmica possa construir de forma adequada sua vivência prática e futuramente realizar o trabalho de médica emergencista. Objetiva, ainda, expor a experiência pessoal em cada situação vivenciada, considerando as questões biopsicossociais, mostrando dificuldades e sentimentos que possam ter auxiliado ou atrapalhado no momento do atendimento, bem como realizar autoavaliação de forma coerente com o aprendizado adquirido ao longo do estágio.

Os casos clínicos expostos no presente trabalho tiveram participação da acadêmica durante o atendimento a pacientes nos cenários pré-hospitalar e hospitalar, além da realização de procedimentos médicos sob supervisão dos preceptores. O estudo foi desenvolvido ao longo do ano de 2019, por meio de diversas anotações sobre os casos clínicos vivenciados, atividades desenvolvidas e levantamento de pontos a serem revisados. Denota-se que muitas atividades foram desenvolvidas ao longo do estágio, sendo perceptível o crescimento intelectual e prático da acadêmica, sempre tentando relacionar esses dois pontos. Faz-se de extrema importância salientar que a medicina necessita de uma enorme dedicação e estudo constantes, tendo a acadêmica se esforçado para que isso acontecesse e continue acontecendo da melhor forma possível.

Palavras-chave: Urgência. Emergência. Internato médico. Paciente grave.

MAESTRELLI, Luísa D'Arezzo. Urgency and emergency in Public Health in Foz do Iguaçu – An internship experience. **2020**. 71 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

ABSTRACT

This paper is about the situations experienced in the Medical Urgency and Emergency sector during 2019 by an internship student from UNILA. It happened in the Emergency Room of the Padre Germano Lauck Municipal Hospital (HMPGL), at the Ambulance Service (SAMU), at the João Samek Emergency Care Unit and the Dr. Walter Cavalcante Barbosa Emergency Care Unit. As objectives, this work analyze the situations experienced by the academic considered more complex to improve the development of clinical reasoning and patient management, as well as the flow of patients in the network. In addition, it intends to investigate the theoretical knowledge in books, articles and portals of clinical evidence, which support the conduct proposed by the health team, so that the academic can properly build their practical experience and perform the work of an health emergency in the future. It also aims to expose personal experience in each situation experienced, considering biopsychosocial issues, showing difficulties and feelings that may have helped or hindered at the time of service, as well as conducting self-assessment in a manner consistent with the learning acquired during the internship. The clinical cases exposed in the present study had the participation of the academic during the assistance to patients in the pre-hospital and hospital scenarios, in addition to the performance of medical procedures under the supervision of the preceptors.

The study was developed throughout 2019, through several notes on the clinical cases experienced, activities developed and survey of points to be reviewed. It is noted that many activities were developed throughout the internship, with an intellectual and practical growth of the academic being noticeable, always trying to relate these two points. It is extremely important to point out that medicine needs enormous dedication and constant study, with the academic striving to make it happen and keep it happening in the best possible way.

Keywords: Urgency. Emergency. Medical internship. Patient care.

MAESTRELLI, Luísa D'Arezzo. El escenario de urgencia y emergencia en el SUS en Foz de Iguazú - La experiencia en el sector de u/e durante el internado. **2020**. 71 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguacu, 2020.

RESUMEN

El presente documento de conclusión del curso se centra en las situaciones experimentadas en el sector de Urgencias Médicas y Emergencias durante 2019, durante la finalización de la pasantía de UNILA, que tuvo lugar en la sala de emergencias del Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), en el Servicio Móvil de Emergencia (SAMU), en la Unidad de Atención de Emergencia de João Samek y en la Unidad de Atención de Emergencia del Dr. Walter Cavalcante Barbosa. Como objetivos, este trabajo busca analizar las situaciones experimentadas por el académico considerado más complejo para mejorar el desarrollo del razonamiento clínico y el manejo del paciente, así como el flujo de pacientes en la red. Además, tiene la intención de investigar el conocimiento teórico en libros, artículos y portales de evidencia clínica, que respalden la conducta propuesta por el equipo de salud, para que el académico pueda construir adecuadamente su experiencia práctica y realizar el trabajo de un médico de emergencias en el futuro. También tiene como objetivo exponer la experiencia personal en cada situación experimentada, considerando problemas biopsicosociales, mostrando dificultades y sentimientos que pueden haber ayudado u obstaculizado en el momento del servicio, así como realizar una autoevaluación de manera consistente con el aprendizaje adquirido durante la pasantía. Los casos clínicos expuestos en el presente estudio tuvieron la participación de los académicos durante la atención de pacientes en los escenarios prehospitales y hospitalarios, además de la realización de procedimientos médicos bajo la supervisión de los preceptores. El estudio se desarrolló a lo largo de 2019, a través de varias notas sobre los casos clínicos experimentados, las actividades desarrolladas y la encuesta de puntos a revisar.

Se observa que se desarrollaron muchas actividades durante la pasantía, con un notable crecimiento intelectual y práctico de lo académico, siempre tratando de relacionar estos dos puntos. Es extremadamente importante señalar que la medicina necesita una dedicación enorme y un estudio constante, con el esfuerzo académico para que esto suceda y para continuar haciéndolo de la mejor manera posible.

Palabras clave: Urgencia. Emergencia. Pasantía médica. Paciente serio.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Rede de Urgência e Emergência - SUS	19
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Cronograma das Atividades	24
Tabela 2 - Situações Plantão 1	26
Tabela 3 - Situações Plantão 2	28
Tabela 4 - Situações Plantão 3	31
Tabela 5 - Situações Plantão 4	32
Tabela 6 - Situações Plantão 5	34
Tabela 7 - Situações Plantão 6	35
Tabela 8 - Situações Plantão 7	37
Tabela 9 - Situações Plantão 8	39
Tabela 10 - Situações Plantão 9	40
Tabela 11 - Situações Plantão 10	42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 DESENVOLVIMENTO	17
2.1 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	17
2.2 OS CENÁRIOS DA REDE	19
2.2.1 SAMU	20
2.2.2 UPA's	21
2.2.2.1. Sala de Estabilização	21
2.2.2.2 Deverão ser observadas as seguintes diretrizes:	22
2.2.3 ATENÇÃO HOSPITALAR	22
2.3 A DINÂMICA DO APRENDIZADO	23
2.4 CASOS CLÍNICOS.....	23
2.4.1 CASO CLÍNICO 1	25
2.4.2 CASO CLÍNICO 2	27
2.4.3 CASO CLÍNICO 3	30
2.4.4 CASO CLÍNICO 4	32
2.4.5 CASO CLÍNICO 5	33
2.4.6 CASO CLÍNICO 6	35

2.4.7 CASO CLÍNICO 7	36
2.4.8 CASO CLÍNICO 8	38
2.4.9 CASO CLÍNICO 9	40
2.4.10 CASO CLÍNICO 10	41
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

1 INTRODUÇÃO

O trabalho contempla as atividades desenvolvidas nos ambientes de prática médica: Pronto Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck (PS do HMPGL), Serviço de Atendimento Móvel (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento João Samek e Unidade de Pronto Atendimento Walter Barbosa Cavalcante (UPA Samek e UPA Walter).

Durante o período de fevereiro a dezembro, a acadêmica realizou um plantão por semana, de 12 horas de duração, em sua maioria das 19 horas as 7h, salvo um mês de férias, o mês de julho, em que não foram desenvolvidas atividades relacionadas a faculdade. Nos atendimentos dentro da rede de Urgência e Emergência, a acadêmica foi orientada por profissionais como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, entre outros e teve a oportunidade de reconhecer o fluxo da rede, auxiliar nos atendimentos e muitas vezes, realizá-los sob supervisão.

Os objetivos estão correlacionados com o processo cognitivo de aprendizagem baseado em três pilares: teoria - em casa estudando, professor como suporte para sanar as dúvidas e, prática, que seria a vivência nos cenários do PS - HMPLG, SAMU e UPAs. Sabe-se que estabelecer o link entre os três pilares para concluir o processo de aprender e alcançar os principais objetivos da acadêmica é essencial, sendo:

- Revisar os conteúdos estudados no pré internato em urgência e emergência, sobretudo os protocolos;
- Aprofundar os estudos do pré internato por meio de artigos científicos, vídeos, cursos, simpósios, congressos, entre outros;
- Sanar as dúvidas que surgirem com os professores, preceptores e coordenadores do módulo de U/E;
- Continuar produzindo resumos e materiais que auxiliem a entender o fluxo e a rede de U/E, o paciente crítico, as principais patologias e suas evoluções na U/E;
- Correlacionar a teoria com a prática sempre que possível;
- Aproveitar as oportunidades das práticas para melhorar e/ou aprender

procedimentos médicos;

- Inserir-me no cenário de U/E para aprender como funcionam, quais os problemas e a organização de cada um dos locais, inclusive como se relacionam.

Este trabalho de conclusão de curso, portanto, descreve as atividades desenvolvidas pela acadêmica do 5º ano de medicina, 1º ano de internato, suas reflexões, percepções, atividades vivenciadas, manejos dessas atividades, autoavaliação e procedimentos realizados, com o objetivo de expor as suas experiências, aprendizados e progresso profissional

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Inicialmente deve-se compreender o funcionamento e a organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) que tem a função de atender a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, saúde mental, entre outras.), sendo composta por diferentes pontos de atendimento, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica, para o melhor atendimento das afecções de saúde. A implementação de uma RUE é de extrema importante para articular e integrar todos os equipamentos de saúde, com o objetivo principal de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência, de forma rápida e ágil. Seguindo as diretrizes que norteiam a implementação da RUE, no nosso município de Foz do Iguaçu, temos alguns cenários de prática, no qual tivemos a oportunidade de aprender a forma de organização da rede.

As Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) que norteiam a sua implementação são:

- Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
- Ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção;
- Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação;
- Classificação de risco;
- Regionalização da saúde e atuação territorial;
- Regulação do acesso aos serviços de saúde;

- Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- Organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares;
- Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias;
- Centralidade nas necessidades de saúde da população;
- Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
- Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada;
- Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transi- tório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas;
- Articulação interfederativa;
- Participação e controle social;
- Qualificação e assistência por meio de educação permanente em saúde para trabalhadores e gestores.
- Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco- obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
- Ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção;
- Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação;
- Classificação de risco;
- Regionalização da saúde e atuação territorial;

Figura 1 - Rede de Urgência e Emergência - SUS



Figura 1 - Rede de Urgência e Emergência - SUS

Fonte: UNASUS, 2019.

2.2 OS CENÁRIOS DA REDE

Segundo o RESOLUÇÃO CFM no 2.077/14 Define-se como Sala de Reanimação a área física do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência onde são atendidos os pacientes com iminente risco de vida ou sofrimento intenso, necessitando de intervenção médica imediata. Sala de Observação de Pacientes com Potencial de Gravidade a área física do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência onde são mantidos os pacientes que necessitem vigilância constante e possível intervenção imediata. Sala de Observação de Pacientes sem Potencial de Gravidade a área física do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência onde são mantidos os pacientes que necessitem vigilância e acompanhamento médico intermitente.

2.2.1 SAMU

Segundo a PORTARIA No 1.010, DE 21 DE MAIO DE 2012, o SAMU é um componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências. A Central de Regulação das Urgências é uma estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção.

As unidades móveis para o atendimento de urgência podem ser:

- Unidade de suporte básico de vida terrestre (USB) – viatura tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;
- Unidade de suporte avançado de vida terrestre (USA) – viatura tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;
- Equipe de aeromédico – aeronave com equipe composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;
- Equipe de embarcação – equipe composta por no mínimo 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/ técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida;
- Motolância – motocicleta conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para

condução de motolância; e Veículo de intervenção rápida (VIR) – veículo tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro. No município de Foz do Iguaçu, o SAMU tem a localização na Rua Edgard Schimmelpfeng, 2800, conta com 7 ambulâncias, sendo 2 unidades de suporte avançado (ALFA) e 5 unidade de suporte básico (USB). Além disso, o SAMU inseriu uma nova localização para atender melhor a população das áreas distantes.

2.2.2 UPA's

As unidades de pronto atendimento 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e a rede hospitalar, devendo funcionar 24h por dia, todos os dias da semana, e compor uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contrarreferenciá-los para os demais pontos de atenção da RAS, para os serviços da atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população. As UPAs que foram utilizadas como cenário de ensino foram a UPA Dr Walter e UPA João Samek, neste contexto tive a oportunidade de comparar as duas unidades entre si e comparar a legislação em vigor.

2.2.2.1. Sala de Estabilização

Define-se por Sala de Estabilização (SE) o equipamento de saúde que deverá atender às necessidades assistenciais de estabilização do paciente grave/ crítico em municípios de grandes distâncias e/ou isolamento geográfico, bem como lugares de difícil acesso considerados como vazios assistenciais para a urgência e emergência. Deverá se organizar de forma articulada, regionalizada e em rede. A SE poderá estar alocada em serviços de saúde, públicos ou filantrópicos, em hospitais de pequeno porte (HPP) com no máximo 30 (trinta)

leitos e fora da área de abrangência de UPA 24 horas, podendo também ser instalada em outras unidades, tipo unidade básica de saúde (UBS) e unidade mista, além de HPP, desde que garantidas as condições para o seu funcionamento integral por 24 horas em todos os dias da semana.

2.2.2.2 Deverão ser observadas as seguintes diretrizes:

- Funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana;
- Equipe interdisciplinar compatível com suas atividades;
- Funcionamento conforme protocolos clínicos, acolhimento, classificação de risco e procedimentos administrativos estabelecidos e/ou adotados pelo gestor responsável.

2.2.3 ATENÇÃO HOSPITALAR

O Componente da Atenção Hospitalar (AH) na Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do SUS foi instituído pela Portaria MS/GM no 2.395, de 11 de outubro de 2011. O Componente da Atenção Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências é constituído por:

- Portas hospitalares de urgência e emergência;
- Enfermaria de retaguarda clínica;
- Unidades de cuidados prolongados e hospitais especializados em cuidados prolongados;
- Leitos de terapia intensiva; e
- Organização das linhas de cuidado prioritárias:
 - LC do infarto agudo do miocárdio (IAM);
 - LC do acidente vascular cerebral (AVC);
 - LC da traumatologia.

São objetivos da Atenção Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências:

- organizar a atenção às urgências nos hospitais de modo que atendam à

- demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade;
- garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade, procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de cuidados prolongados e de terapia intensiva para a Rede de Atenção às Urgências;
 - e
 - garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias em articulação com os demais pontos de atenção.

O Hospital Municipal Padre Germano Lauck conta com o Pronto Socorro (PS) local onde chegam os casos de Urgência e Emergência. A ala do PS conta com a sala de observação masculina e feminina, a UCP, a sala vermelha da clínica, sala vermelha do trauma, e sala amarela.

2.3 A DINÂMICA DO APRENDIZADO

Em geral durante os plantões foram realizadas admissões, evoluções, e conduta dos pacientes, por meio do prontuário eletrônico e posteriormente, o preceptor, em geral o plantonista, fazia suas análises e considerações sobre o caso. Isso normalmente ocorria em todos os ambientes de plantão com exceção do SAMU que a dinâmica é diferente.

Além disso, houveram diversas oportunidades de realizar e observar procedimentos médicos e de enfermagem, no qual foi possível colocar em prática todo conhecimento adquirido no ano, como suturas, acesso venoso central, acesso venoso periférico, intubação orotraqueal, drenagem de tórax, sonda nasogástrica, sonda nasoenteral, sonda vesical de alívio e de demora. Foi perceptível o progresso da acadêmica em realizar uma anamnese, observar as alterações no exame físico dos pacientes, reconhecendo padrões. Assim como a capacidade de leitura de exames laboratoriais e de imagem, correlacionando a clínica aos exames complementares.

2.4 CASOS CLÍNICOS

Tabela 1 - Cronograma das Atividades

Plantão Nº	Data	Horário	Local
1	26/02/2019	19h - 7h	HMPGL
2	12/03/2019	19h - 7h	HMPGL
3	26/03/2019	19h - 7h	HMPGL
4	31/03/2019	7h - 19h	SAMU
5	02/04/2019	19h - 7h	SAMU
6	11/04/2019	19h - 7h	SAMU
7	16/04/2019	19h - 7h	SAMU
8	19/04/2019	19h - 7h	HMPGL
9	30/04/2019	19h - 7h	SAMU
10	02/05/2019	19h - 7h	HMPGL
11	07/05/2019	19h - 7h	HMPGL
12	16/05/2019	19h - 7h	HMPGL
13	28/05/2019	19h - 7h	SAMU
14	30/05/2019	19h - 7h	HMPGL
15	04/06/2019	19h - 7h	HMPGL
16	18/06/2019	19h - 7h	HMPGL
17	20/06/2019	19h - 7h	SAMU
18	25/06/2019	19h - 7h	HMPGL
19	08/08/2019	19h - 7h	HMPGL
20	15/08/2019	19h - 7h	UPA SAMEK
21	22/08/2019	19h - 7h	SAMU
22	29/08/2019	19h - 7h	UPA WALTER
23	05/09/2019	19h - 7h	HMPGL
24	12/09/2019	19h - 7h	UPA SAMEK
25	19/09/2019	19h - 7h	SAMU
26	24/09/2019	19h - 7h	SAMU
27	26/09/2019	19h - 7h	UPA WALTER
28	28/09/2019	19h - 7h	UPA SAMEK
29	01/10/2019	19h - 7h	SAMU
30	08/10/2019	19h - 7h	UPA SAMEK
31	10/10/2019	19h - 7h	UPA SAMEK
32	15/10/2019	19h - 7h	UPA SAMEK
33	17/10/2019	19h - 7h	SAMU

34	22/10/2019	19h - 7h	HMPGL
35	24/10/2019	19h - 7h	UPA WALTER
36	28/10/2019	19h - 7h	SAMU
37	31/10/2019	19h - 7h	SAMU
38	05/12/2019	19h - 7h	UPA SAMEK
39	10/12/2019	19h - 7h	UPA WALTER
40	12/12/2019	19h - 7h	SAMU
41	17/12/2019	19h - 7h	SAMU
42	19/12/2019	19h - 7h	UPA WALTER
43	26/12/2019	19h - 7h	HMPGL

Fonte: Do autor.

2.4.1 CASO CLÍNICO 1

Identificação (ID): IMS, 76 anos, feminino, branca, residente de Foz do Iguaçu.

Paciente deu entrada no PS/HMPGL com HD de sepse com foco A/E, com AVC em subclávia direita apresentando rebaixamento do nível de consciência e dispneia.

História da Doença Atual (HDA): filha relata que a paciente começou com mialgia com diminuição da força em MMII há cerca de 13 dias. Procurou a UPA, foi medicada e liberada (SIC). Continuou a evoluir para polimialgia há 6 dias e confusão mental ficando em observação na UPA, logo então apresentou quadro de diarreia volumosa líquida por 2 dias. Foi realizada TC de crânio e tórax sem alterações significativas (SIC). Foi internada na UPA há 2 dias por evolução do quadro sendo transferida hoje para o PS/HMPGL com HD de sepse com foco AVE. Chegou em maca pela sala amarela com AVC em subclávia D e SVD apresentando urina concentrada com grumos.

História Mórbida Progressiva (HMP): paciente com HAS e DM2. Faz uso de losartana 50 mg 12/12h + HCTZ 25 mg 24/24h + sinvastatina 20 mg 24/24h + metformina 850 mg 12/12h + glibenclamida 5 mg 12/12h. Apresenta urecemia crônica sem uso de medicação (SIC).

Exame Físico (EF): paciente MEG, torporosa, febril (38,4oC), desidratada, taquicárdica e dispneica. Neurológico: ECG 10 AO3 RV2 RM5, pupilas isocorofotorreativas.

ACV: paciente hemodinamicamente estável PA 110/80; FC 102; RCR, bulhas hipofonéticas em 2T, perfusão periférica preservada.

AR: MV diminuído em bases com roncos esparsos bilaterais e sibilos 26 irpm.

ABD: globoso, flácido, depressível, RHA + sem massas palpáveis.

Impressão diagnóstica: paciente grave com redução do nível de consciência, hemodinamicamente estável, taquipneica e febril.

Hipótese Diagnóstica (HD): sepse de foco abdominal? pulmonar?

Conduta (CD):

medidas broncodilatadoras

exames admissionais com culturas

inicio ATBterapia com ceftriaxona + metronidazol

Tabela 2 - Situações Plantão 1

SITUAÇÕES VIVENCIADAS	MANEJO DAS SITUAÇÕES
Sutura de nariz e glabella	Observei a Dra. Luiza fazendo
Acesso Venoso Central	Observei o R1 Dr. Allisson fazendo
IOT	Observei a Dra. Luiza fazendo
IOT	Observei a Dra. Luiza fazendo
Gasometria Arterial	A Dra. Luiza me explicou como fazer

A partir desse meu primeiro plantão percebi como funciona a rotina do PS e senti a necessidade de relembrar sobre: fluxo da rede de U/E em Foz do Iguaçu, classificação de risco para saber priorizar o atendimento de cada paciente, paciente crítico, procedimentos médicos como acesso venoso central, IOT, gasometria arterial e sutura, sepse: clínica, causas, diagnóstico, fisiopatologia, tratamento, protocolo.

Gostei bastante do meu primeiro plantão, pois o R1 Allison estava aprendendo tanto quanto eu e a Dra. Luiza nos orientou sobre tudo que devíamos e poderíamos fazer. Me senti útil e percebi que meus conhecimentos do pré internato em U/E foram extremamente úteis, pois eu fui capaz de fazer anamneses satisfatórias, bem como exames físicos. Já as admissões fiz com ajuda, porque achei bem difícil mexer no Tazy, da mesma forma as evoluções que observei a Dra. Luiza fazendo. O pessoal do PS foi receptivo e me senti animada, acredito que eu goste de U/E, porém percebo que com os conhecimentos que tenho hoje é bem difícil manejar um PS, pois eu teria que ter experiência para realizar procedimentos e saber priorizar os pacientes mais críticos. Observando a Dra. Luiza notei que ela se organiza extremamente bem o plantão e presta muita atenção em cada um dos pacientes (inclusive adorei o papelzinho que ela faz com o nome de cada um, o número do atendimento e o leito).

Quando eu comecei a ir pro HMPGL nos primeiros anos da faculdade eu me lembro de conhecer a Dra. Luiza como residente da Clínica Médica e várias vezes a encontrei chateada pelos corredores. Nesse meu primeiro plantão dei a sorte de fazer com ela como preceptora e notei sua evolução. Ela parecia outra pessoa, segura e feliz. Fiquei pensando que muitas vezes nós sofremos bastante durante a nossa formação profissional, eu já pensei em desistir, já presenciei diversas situações que me desanimaram, mas ao mesmo tempo aprendi que devemos parar pra analisar como evoluímos e aprendi a me valorizar por isso. É importante lembrar dos nossos passos durante essa longa construção.

Estou feliz com o meu primeiro plantão. Imaginei que seria complicado passar a noite no PS, que ficaria nervosa ou que me sentiria como uma barata tonta sem saber pra onde ir e o que fazer, porém eu fui melhor do que isso. Obviamente não posso tirar o mérito da Dra. Luiza que me orientou super bem e fez com que eu me sentisse a vontade para tirar minhas dúvidas, porém acredito que também tive parte do mérito por ter me empenhado muito durante o módulo de U/E do pré internato, que me norteou nesse plantão.

2.4.2 CASO CLÍNICO 2

ID: IAS, 49 anos, feminino, residente de Foz do Iguaçu.

Paciente admitida nesse serviço por busca espontânea, acompanhada por familiares, portando encaminhamento do Acesso Saúde com história de dispneia, inapetência, perda de peso excessivo em um período de 15 dias, dor abdominal, náuseas e vômitos. Na chegada apresenta HGT 406mg/dL sem conseguir deambular. Paciente diabética de longo prazo, porém com baixa aderência ao tratamento e a dieta.

HMP: DM em tratamento irregular. Familiares não sabem referir medicações de uso contínuo.

EF: REG, AAA, hipocorada +/4+, desidratada ++/4+, discretamente dispneica em suporte de O2, hemodinamicamente estável.

AC: RCR 2T BNF SS AP: MV+ sem RA

ABD: depressível, RHA +, sem VCM, doloroso à palpação sem sinais de peritonismo. MMII: sem edema, pulsos palpáveis.

HD: Cetoacidose diabética CD:

Reponho BIC e K e solicito exames de controle

Mantenho monitoração

Vigiar nível de consciência # Otimizo hidratação

Solicito vaga em UTI e central de leitos

Tabela 3 - Situações Plantão 2

SITUAÇÕES VIVENCIADAS	MANEJO DAS SITUAÇÕES
Acesso Venoso Central	Observei a Dra. Luiza fazendo
Acesso Venoso Central	Observei a Dra. Luiza fazendo
Sutura de falange proximal do segundo metacarpo	Observei R1 da Ortopedia Dr. Kassen Ali fazendo
IOT	Observei a Dra. Luiza fazendo
Acesso Venoso Central	Observei a Dra. Luiza fazendo

A partir desse plantão percebi a necessidade de relembrar sobre:

psiquiatria - lembrar o que aprendemos no pré internato, anestesia - bloqueio anestésico, tratamento de DM em APS, cetoacidose diabética - clínica, causas, diagnóstico, fisiopatologia, tratamento, protocolo, estado hiperosmolar hiperglicêmico - clínica, causas, diagnóstico, fisiopatologia, tratamento, protocolo.

Mais um plantão de sorte, pois cheguei e encontrei a Dra. Luiza. Fui junto com ela e o médico que estava passando o plantão em cada leito conhecer os pacientes, suas respectivas patologias, as condutas já realizadas, os exames que eram necessários conferir, etc. Logo após a passagem de plantão iniciamos as condutas evoluindo quem era necessário (nesse momento eu estava acompanhando a Dra. Luiza, observando o que ela fazia e interrompendo para fazer perguntas). Depois disso fui fazer admissão de um paciente psiquiátrico que havia chegado pelo SAMU e notei que ao passarem o caso, a equipe do SAMU não tinha muitos detalhes a respeito do paciente, pelo contrário, notei um certo sarcasmo na situação. Enfim, fui até o leito realizar anamnese no paciente e em seguida admiti-lo conforme a Dra. Luiza já havia me ensinado. Percebi que o módulo de psiquiatria do pré internato também foi extremamente importante, porque meus conhecimentos nessa área eram bem escassos e durante essa admissão eu já fui capaz de realizar uma súmula psicopatológica razoável, o que deixou a Dra. Luiza muito satisfeita (ela até se espantou quando viu o que eu estava fazendo).

Sinceramente me incomodou hoje o fato de não existir um psiquiatra ou um plantonista residente de psiquiatria durante o plantão, porque eu percebi que esses pacientes são tratados com um certo descaso pela equipe como um todo. Comentei com a Dra. Luiza sobre isso e ela me contou que já pensaram em colocar os residentes de psiquiatria em rodízio nos plantões de U/E, porque há uma grande quantidade desses pacientes.

O plantão estava um pouco parado e eu pedi para a Dra. Luiza se poderia acompanhar o atendimento da sala de trauma, ela me incentivou a ir e ali realizei um procedimento, o que me deixou feliz, sobretudo porque notei que os procedimentos que venho fazendo na UBS estão me ajudando a ser mais rápida e ter mais segurança.

2.4.3 CASO CLÍNICO 3

ID: GGDS, 44 anos, masculino, residente de Santa Terezinha do Itaipu.

Paciente trazido pelo SAMU proveniente de STI. Familiar refere que há um mês apresentou desconforto abdominal na região do flanco direito, nega febre, vômitos e diarreia. Procurou atendimento em consulta privada, onde foram realizados exames laboratoriais e de imagem (ultrassom) constatando no laboratório leucopenia 3.500 ferritina 585,9 ferro sérico 50 gama GT 54 e no ultrassom mostrou início de cirrose. Começou tratamento para cirrose com FortFig. Há 15 dias refere perda de apetite e emagrecimento, isso foi o que o levou a consultar na UBS. Na UBS foi solicitado teste rápido resultando soro positivo para HIV. Passou por consulta com infectologista duas vezes e está em tratamento com fumarato de tenofovir dosoproxila + lamifudina 2 comprimidos ao dia. Familiar refere que há 2 dias o paciente escorregou e fez trauma de crânio na região occipital. Familiar refere mudança de comportamento e desorientação sendo levado a UPA de STI. Na UPA foi realizado radiografia de crânio e exames laboratoriais, em que mostrou infecção urinária tratada com Ciprofloxacino 500 mg. Paciente alcoólatra há mais de 20 anos, tabagista e usuário de crack. Nega interações prévias e doenças crônicas. Ausência de evacuação há 2 dias.

EF: REG, confuso, desidratado, anictérico, acianótico, temperatura de 37,5 oC, pulso 73 FR 20 PA 103/78 HGT 212 Sat. O2 98 ECG 14

ACV: RR BNF 2T sem sopro, TEC < 3 segundos

AP: murmúrio diminuído em hemitórax direito sem ruídos adventícios.

ABD: plano, sem presença de circulação colateral, ruídos hidroaéreos positivo, hepatimetria 2 cm abaixo do rebordo costal, dor em palpação profunda de fossa ilíaca direita.

SVD: presença de colúria.

MMII: sem sinais de edema, sem sinais de TVP

HD: HIV, Confusão mental, Doenças oportunistas do HIV ?

CD:

#Suporte clínico #Exames de admissão #Cultura
 #Profilaxia
 #TC de crânio
 #Ponderar antibiótico após exames
 #Discutir caso com CCIH amanhã durante a rotina
 #Reavaliação clínica

Tabela 4 - Situações Plantão 3

SITUAÇÕES VIVENCIADAS	MANEJO DAS SITUAÇÕES
Acesso Venoso Central	Observei o R1 Dr. Cleiton fazendo
Acesso Venoso Central	Observei a Dra. Luiza fazendo
Sutura de falange distal do segundo metacarpo	Observei o R1 Dr. Cleiton fazendo
IOT	Observei a Dra. Luiza fazendo
Acesso Venoso Central	Observei o R1 Dr. Cleiton fazendo

O que esse caso me instigou a estudar? HIV, AIDS.

Amei meu plantão hoje. No plantão passado senti que trabalhamos bastante no início da noite, porém depois já não havia nada para fazer, ao contrário desse plantão que fiz muitas coisas, pois andei grudada com o residente Cleiton que é muito gente boa. Me senti super bem com ele, pude fazer qualquer pergunta, subi na clínica médica para acompanhar alguns pacientes que precisaram durante a noite, enfim, foi proveitoso. Além disso, mais uma vez estive com a Dra. Luiza que me deixa extremamente a vontade e tranquila. Dessa vez achei interessantíssimo observar os dois médicos que eu acompanhei durante a noite realizando acessos venosos centrais, porque a Dra. Luiza já fez diversos, enquanto o Dr. Cleiton não tinha tanta experiência, contudo, conseguiu realizar o procedimento. Fiquei imaginando como sempre dizem que no quesito procedimentos conta muito a quantidade de vezes que o médico já realizou, então nada melhor do que a prática e a oportunidade diárias sob supervisão como ocorre na residência para ter segurança e conseguir fazer o que é necessário.

Me peguei pensando sobre os médicos que não fazem residência e

realizam plantão na área de U/E logo após formados. Eu sei que estou no início do internato, mas mesmo assim me parece que a residência deveria ser quase que obrigatória para se fazer plantão em algumas áreas, sobretudo quando se trata de U/E que é necessário um raciocínio rápido, condutas certas, procedimentos bem realizados, entre outras situações que acredito serem complicadas dependendo do local em que se trabalha.

Esse plantão foi o ó. Pela primeira vez aprendi a fazer uma admissão na clínica médica, que por sinal é bem mais complexa do que as admissões feitas no PS. Fui muito bem recebida na clínica médica também, percebi claramente a diferença entre os pacientes que estão no PS e os que estão internados nos quartos, como nota-se diferente um paciente crítico de um paciente estável. Dessa vez fui dormir mais cansada do que as outras vezes na salinha dos residentes de cirurgia, que sempre está vazia, mas bem animada.

2.4.4 CASO CLÍNICO 4

ID: MM, 57 anos, feminino.

Paciente com histórico de astenia, hiporexia, febre, internada por anemia + leucocitose + plaquetopenia + 29% de blastos. HD: Leucemia

Conduta: transferência da Clínica Médica Leito 507 HMPGL para Oncologia do HMCC.

Tabela 5 - Situações Plantão 4

SITUAÇÕES VIVENCIADAS	MANEJO DAS SITUAÇÕES
Em Unidade de Suporte Avançado	Transferência de paciente
Em Unidade de Suporte Básico	Transferência de paciente
Em Unidade de Suporte Básico	Paciente alcoolizado levado para UPA
Em Unidade de Suporte Básico	Transferência de paciente
Em Unidade de Suporte Avançado	Transferência de paciente

O que esse caso me instigou a estudar? Cuidados paliativos, CA de modo

geral e básico, leucemia.

Eu estava meio ressabiada nesse primeiro plantão, pois alguns colegas já haviam comentado sobre o SAMU e principalmente sobre situações desagradáveis, contudo fui com a cara e a coragem. Imaginei que faria a minha parte bem feita como já havia feito no PS em outros plantões e que tudo sairia bem. Foi exatamente isso que aconteceu. Aproveitei bem as saídas que fizemos e também discuti com a Belén Tajan sobre as saídas dela, foi interessante trocarmos.

Não gostei nem desgostei do meu primeiro plantão no SAMU. Sinceramente achei bem parado, pois só saímos durante as ocorrências e quando estávamos na base eu aproveitei para estudar e dar um up no meu relatório de APS. Foi ótimo ter um tempo para mim durante o plantão e a melhor parte foi estar razoavelmente descansada para atender na UBS na manhã seguinte.

Eu não sei se poderia me autoavaliar nesse caso, porque notei que a equipe do dia nos deixou no nosso canto e nós respeitamos isso, obviamente. Falei bem pouco, me ative somente aos casos, mas mesmo assim senti que não fui útil, pois durante os atendimentos eu tentei agir, discutir ou perguntar sobre o caso, porque eu não entendia bem o que falavam no rádio, porém não me deram atenção e eu só posso dizer que tentei fazer algo, mas talvez eu tenha parecido mais um fantasma que levantava e subia na ambulância..

2.4.5 CASO CLÍNICO 5

ID: ADS, 43 anos, feminino, residente de Foz do Iguaçu.

Paciente com histórico Transtorno de Personalidade Esquizoide com ideação suicida relatada pelo marido.

HD: esquizofrenia paranoide ?

Conduta: conversa com a paciente e com a família, pois a paciente já encontrava-se fora do surto quando chegou o SAMU.

Tabela 6 - Situações Plantão 5

SITUAÇÕES VIVENCIADAS	MANEJO DAS SITUAÇÕES
Em Unidade de Suporte Avançado	Suposta PCR
Em Unidade de Suporte Avançado	Transferência de paciente
Em Unidade de Suporte Básico	Paciente com ideação suicida levado para HMPGL
Em Unidade de Suporte Básico	Transferência de paciente
Em Unidade de Suporte Básico	Paciente com Alzheimer levada para UPA

O que esse caso me instigou a estudar ? Psiquiatria: esquizofrenia, protocolo de RCP, cuidados pós PCR, protocolo de encerramento dos esforços.

Dessa vez eu desgostei bastante do plantão no SAMU, pois eu já estava desanimada por achar que não valeria a pena em relação aos conhecimentos adquiridos, porém valeria o tempo na base para melhorar e acrescentar casos clínicos nos meus relatórios de APS e de U/E (este aqui). Fiz o plantão junto com outra dupla de mulheres e a equipe tratou a gente bem mal, sobretudo em relação ao fator de sermos mulheres. Eles não paravam de fazer piadas conosco extremamente constrangedoras, percebi um ambiente bem complicado, desagradável e eu só queria ir pro meu carro dormir junto com minha dupla. Me concentrei nos relatórios nos momentos que pude, contudo, durante as saídas das ambulâncias fui bem desanimada, sem vontade de ser pró ativa, como costume. Eu sinceramente não sei qual o objetivo de transformar um ambiente de trabalho em um local tão desagradável, em que as pessoas se tratam de uma maneira rude, sem respeito. Acredito que tudo em nossas vidas depende de nós mesmos para tornarmos a situação boa ou ruim (em alguns casos não tão ruim) e me parece que essa equipe com quem estive hoje no plantão faz questão de transformar uma situação tranquila, boa e que seja benéfica, em uma situação pesada. Não sei pra que algumas pessoas gastam tanta energia para gerar uma situação ruim. Por mim esse plantão poderia não ter existido, que seria bem mais útil para a minha vida e com certeza para a vida dos profissionais que estavam no SAMU na noite de ontem. Acredito que eles não gostem de mulheres ou de estudantes/estagiários, sinceramente eu não sei, mas não foi proveitoso do ponto de vista acadêmico, eu fui uma completa inútil para eles durante os

atendimentos, porque fui excluída de toda situação possível. Pra que isso?

2.4.6 CASO CLÍNICO 6

ID: EST, 60 anos, masculino, suspeita de novo AVC. Na chegada da ambulância de suporte avançado paciente em PCR, iniciado protocolo de RCP.

HD: dissecação aórtica

Conduta: Paciente foi entubado pelo Dr. Ivan e reanimado pela equipe, após 6 ampolas de adrenalina retomou ritmo sinusal. Foi a óbito durante a transferência para o HMPGL por PCR em assistolia devido à dissecação aórtica na região cervical, provavelmente. Paciente chegou no HMPGL e foi levado para o serviço de verificação de óbito.

Tabela 7 - Situações Plantão 6

SITUAÇÕES VIVENCIADAS	MANEJO DAS SITUAÇÕES
Em Unidade de Suporte Avançado	Transferência de paciente + PCR + óbito
Em Unidade de Suporte Básico	Paciente com suspeita de AVC isquêmico
Em Unidade de Suporte Básico	Paciente acamado com suspeita de broncoaspiração transferido de casa para Unimed
Em Unidade de Suporte Avançado	Transferência de paciente com suspeita de IAM com SST
Em Unidade de Suporte Básico	Transferência de paciente da UPA Samek para HMPGL com ITU
Em Unidade de Suporte Básico	Paciente em crise convulsiva
Em Unidade de Suporte Avançado	Transferência de paciente com TVP + infecção secundária do HMPGL

	para UTI HMCC
Em Unidade de Suporte Avançado	Transferência de paciente da UPA Walter pro HMCC com suspeita de IAM sem supra

O que esse caso me instigou a estudar ? AVC: clínica, causas, diagnóstico, fisiopatologia, tratamento, protocolo, IAM: clínica, causas, diagnóstico, fisiopatologia, tratamento, protocolo, TVP: protocolo, ITU: clínica, causas, diagnóstico, fisiopatologia, tratamento, protocolo.

Jamais poderia imaginar que teria um plantão ótimo como esse no SAMU. Tive a oportunidade de conhecer o Dr. Ivan, que tem uma paciência enorme, muita calma e gosta bastante de nos ensinar. O plantão foi proveitoso de todos os pontos de vista, pude conversar e tirar várias dúvidas a respeito do SAMU e dos plantões anteriores ali realizados. Foi um plantão agitado, cansativo, porém muito animador.

Notei que o Dr. Ivan conduziu calmamente o RCP que fizemos, a equipe do SAMU é bem organizada e me pareceu estar acostumada com a situação. Gostei bastante da experiência de participar de uma RCP assim, bem diferente de outras que já havia participado.

Mais um plantão que foi o ó. Estou feliz, animada e agradecida, por ter conseguido participar das ocorrências da noite e ter sido útil para a equipe do SAMU. Saí satisfeita, aprendi no cenário de prática e notei que sou pró ativa mesmo nas situações que me deixam tensa.

2.4.7 CASO CLÍNICO 7

ID: Paciente não identificado, masculino, residente de Foz do Iguaçu. Paciente supostamente alcoolizado com trauma em face por acidente de bicicleta.

HD: Trauma raquimedular ? TCE ?

Conduta: Transporte do paciente da UPA Walter para o HMPGL para realização de Tomografia de Crânio e Tomografia de Cervical.

Tabela 8 - Situações Plantão 7

SITUAÇÕES VIVENCIADAS	MANEJO DAS SITUAÇÕES
Em Unidade de Suporte Avançado	Suposta PCR
Em Unidade de Suporte Avançado	Transferência de paciente
Em Unidade de Suporte Básico	Paciente com ideação suicida levado para HMPGL
Em Unidade de Suporte Básico	Transferência de paciente
Em Unidade de Suporte Básico	Paciente com Alzheimer levada para UPA
Em Unidade de Suporte Básico	Paciente com AVCi levado para UPA
Em Unidade de Suporte Básico	Paciente com mordida de cobra levado para HMPGL
Em Unidade de Suporte Básico	Paciente com trauma em face transportado da UPA Walter para HMPGL para realização de TC de crânio e de cervical

O que esse caso me instigou a estudar? TCE, TRM, relembrar alguns assuntos de cirurgia que tivemos no pré internato, conduta em casos de mordida de animais peçonhentos.

A animação do plantão passado com o SAMU durou pouco, mais um plantão desagradável, porém nenhuma novidade pra quem já tinha presenciado essa situação anteriormente. Me ative aos pacientes e em observar os casos clínicos da noite. Observei bastante a forma como se passam os casos clínicos, como se conduz quando chegamos a um local de atendimento, bem como quando chegamos ao local de atendimento fixo para internar o paciente até então de responsabilidade da unidade móvel.

Notei a enorme importância dos reguladores de U/E nessa noite. Não sei se por experiência ou falta dela, ou cansaço, mas os reguladores se confundem algumas vezes e nessa noite ocorreram várias situações assim, inclusive gerando atendimentos com a USA que talvez deveriam ter sido com a USB.

Mais uma noite em que eu fui igual a um fantasma durante os

atendimentos. Porém, foi interessante ver os casos que tivemos durante a noite para lembrar alguns assuntos dentro da medicina que fiquei animada para estudar.

2.4.8 CASO CLÍNICO 8

ID: CTP, 56 anos, masculino, branco, residente de Foz do Iguaçu.

Resumo do caso: Paciente trazido pelo SAMU de seu domicílio com início de quadro súbito de perda de força em braço esquerdo e adormecimento da face sem disartria nem alteração em MIE há 1 hora da admissão. Relata sequela de AVCi prévio com lesão motora em hemicorpo direito em recuperação lenta desde outubro de 2017. Previamente hipertenso e diabético, sequela de AVCi em 2017, IAM com angioplastia previa 2 stents em 2010 e 2015. Cirurgias de nefrolitíase em 1988, apendicite em 2016. Relata internamento prévio por H1N1, diversas transfusões sanguíneas, colonização por KPC em 2013 já com swab negativo na última internação em 2018. Nega alergias. Medicações em uso: Metformina, AAS, Losartana, Atensina, Propanolol, Hidroclorotiazida, Brasart. Ex tabagista por 15 anos, cessou uso em 2010; Ex estilista por 10 anos, cessou uso em 2010. Histórico familiar - nada digno de notas.

Subjetivo: Paciente relata dificuldade de falar, adormecimento da face e do braço esquerdo.

Objetivo: BEG, obeso, LOTE, corado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril, hemodinamicamente estável sem DVA, eupneico em AA, hipertenso PA 250x150 mmHg, FC 65 Sat. 94% ACV RCR BNF sem sopros AR MVUA sem RA ABD globoso, sem sinais de irritação peritoneal, indolor a palpação, eliminações sem alteração MMII sem edemas, pulsos palpáveis. Neuro: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes, sem disartria, sem desvio de rima, perda de força em MSE, MMII sem alterações em força e sensibilidade.

HD: AVCi

Plano Terapêutico: Mantenho em sala de estabilização até melhora da PA monitorizado, mantenho medicações para PA de uso contínuo, mantenho protocolo de AVCi, solicito TC de Crânio, avaliação do neuro, laboratório de admissão, Rx de tórax + ECG + EAS e avaliar necessidade de Nepride.

Tabela 9 - Situações Plantão 8

SITUAÇÕES VIVENCIADAS	MANEJO DAS SITUAÇÕES
IOT	Observei a Dra. Luiza fazendo
Acesso Venoso Central	Observei a Dra. Luiza fazendo
IOT	Observei a Dra. Luiza fazendo
IOT	Observei a Dra. Luiza fazendo
Admissão de paciente	Fiz sob supervisão da Dra. Luiza
Admissão de paciente	Fiz sob supervisão da Dra. Luiza
Admissão de paciente	Fiz sob supervisão da Dra. Luiza
Admissão de paciente	Fiz sob supervisão da Dra. Luiza
Evolução de paciente 29	Fiz sob supervisão da Dra. Luiza

O que esse caso me instigou a estudar? AVCi: clínica, causas, diagnóstico, fisiopatologia, tratamento, protocolo (relembrar), procedimentos: IOT, acesso venoso central (relembrar).

Mais um plantão no PS do HMPGL e mais uma vez com a Dra. Luiza que eu tanto gosto e aprendo. O plantão foi calmo, no entanto, tiveram alguns casos bem interessantes e difíceis. Eu percebi que a equipe é bem respeitosa com a Dra. Luiza e entre si. Isso me agradou bastante, porque facilita o trabalho e me pareceu muito eficiente durante os procedimentos (houveram vários).

Dá orgulho de participar de um plantão bem conduzido. Eu percebo que me sinto muito melhor quando estou em um ambiente em que vejo pessoas agindo como eu imagino que agiria. Torna-se um lugar mais confortável. Conversei com a Dra. Luiza sobre como eu poderia me tornar uma boa médica e plantonista, caso fosse necessário e ela basicamente me disse que a forma como eu me importava com os pacientes já era mais de meio caminho andado. Ela explicou que no começo tinha muita dificuldade em conduzir um plantão,

porque eram muitas coisas pra fazer e terminava tudo tarde e cansada, contudo, foi assim que foi aprendendo a ser cada vez mais eficiente. Ela explicou que perdia um bom tempo pensando na conduta de cada paciente mais complicado dos plantões que fazia quando era residente e que essa preocupação em fazer as coisas corretas e com carinho que a levaram a ser quem ela é hoje.

Hoje fiz um bom plantão. Não havia residentes, então ajudei a Dra. Luiza em tudo que pude e ela me deixou realizar várias admissões sozinha, me ajudou a evoluir alguns casos mais simples e analisou junto comigo alguns exames, me explicando.

2.4.9 CASO CLÍNICO 9

ID: ACM, 61 anos, masculino, residente de Foz do Iguaçu.

Paciente com histórico de HAS, DM e hipercolesterolemia com queixa de dispneia. Aos sinais vitais: PA 90/70 mmHg; HGT 123 mg/dL; Sat.O2 90%

HD: DPOC ? Insuficiência Respiratória Crônica Agudizada ? Insuficiência Respiratória Aguda ? IAM ? Pneumonia ? Derrame Pleural ? Pneumotórax ? Anemia ? Asma ? Ansiedade ?

Conduta: Transporte em Unidade de Atendimento Móvel (USB) da casa do paciente para UPA Walter.

Tabela 10 - Situações Plantão 9

SITUAÇÕES VIVENCIADAS	MANEJO DAS SITUAÇÕES
Em Unidade de Suporte Básico	Paciente com dor lombar levado para UPA Walter
Em Unidade de Suporte Básico	Paciente com hipertensão levado para UPA Walter

Em Unidade de Suporte Básico	Paciente com dispneia levado para UPA Walter
Em Unidade de Suporte Básico	Transferência de paciente
Em Unidade de Suporte Básico	Paciente com ideação suicida levado para HMPGL

O que esse caso me instigou a estudar? Pneumonia, DPOC, insuficiência respiratória, anemia, asma, dispneia, dor torácica: protocolo, psiquiatria: ideação suicida, crise de ansiedade.

O plantão dessa vez foi extremamente parado, não saiu nenhuma USA a noite toda, desse modo, participei dos casos de USB, que costumam ser de menor complexidade. Tenho a impressão de que os casos de USB do SAMU são casos muito mais parecidos com os que atendo em APS na UBS, porém, como as unidades de serviço básico já não funcionam a noite, os pacientes chamam o SAMU por não saberem o que fazer em casos de doenças crônicas agudizadas.

Após esse plantão eu fiquei pensando sobre a estrutura do SUS: sobre como e porque pensaram na rede de atenção como ela existe atualmente, porque, por exemplo, talvez muitos atendimentos do SAMU ou das UPAs pudessem ser evitados ou transferidos para um serviço de menor complexidade, no entanto que funcione em horários estendidos e/ou 24h como os serviços de U/E que existem. Dessa forma, possivelmente os serviços que temos hoje como referências não ficassem tão saturados com casos de menor complexidade e pudéssemos conduzir melhor os casos de maior complexidade que necessitam de maior atenção.

Mais um plantão fantasma com a querida equipe que fica as terças feiras no SAMU. Porém, aprendi a aproveitar a parte que posso (e devo). Fiquei lendo aquelas folhas que ficam dentro da ambulância sobre todos os medicamentos e materiais que existem ali, anotei dois casos e passei para a central um deles - foi interessante.

2.4.10 CASO CLÍNICO 10

ID: NAP, 57 anos, feminino, residente de Foz do Iguaçu.

Paciente trazido pelo SAMU por hipossaturação com melhora após aspiração de via aérea. Familiares (filha e genro) referem que a paciente apresenta falta de ar e dor ao urinar há 1 semana.

HPP: Esclerose Lateral Amiotrófica + Atrofia de Múltiplos sistemas dificultando a respiração espontânea

Subjetivo: Familiares referem eliminações fisiológicas preservadas.

Objetivo: Paciente REG, acianótica, anictérica, dispneica com saturação de 91% em máscara de O₂, afebril, ACV RCR 2T BNF sem sopros, AP MVUA sem RA ABD sem alterações, MMSS e MMII sem alterações.

HD: Pneumonia, ITU

Tabela 11 - Situações Plantão 10

SITUAÇÕES VIVENCIADAS	MANEJO DAS SITUAÇÕES
Anamnese + EF + Discussão da Conduta	Dr. Arnaldo nos orientou
Anamnese + EF + Discussão da Conduta	Dr. Arnaldo nos orientou
Anamnese + EF + Discussão da Conduta	Dr. Arnaldo nos orientou
Anamnese + EF + Discussão da Conduta	Dr. Arnaldo nos orientou
Anamnese + EF + Discussão da Conduta	Dr. Arnaldo nos orientou
Anamnese + EF + Discussão da Conduta	Dr. Arnaldo nos orientou
Anestesia de bloqueio do terceiro metacarpo	Fiz com a ajuda do Dr. Nelson
Sutura de falange proximal do terceiro metacarpo	Fiz com a ajuda do Dr. Nelson

O que esse caso me instigou a estudar ? Anestesia: assuntos gerais, suturas (relembrar os tipos), ITU: protocolo, antibióticos intrahospitalares,

pneumonia: antibióticos intrahospitalares, ELA.

Nesse plantão mostrei trabalho, mostrei que posso ser eficiente e fui (fiquei bem feliz). Foi meu primeiro plantão com o Dr. Arnaldo e ele foi bem gente boa, nos deixou a vontade para perguntarmos sobre qualquer assunto e para realizarmos admissões, condutas, discutir exames, pedir exames, realizar o tratamento e mexer no Tasy.

Fiquei bem reflexiva sobre os pacientes portadores de esclerose, tanto ELA, quanto as outras. Trata-se de uma doença emocionalmente complicada para os cuidadores e para o paciente. Atendo pacientes com esclerose (ELA e sistêmica) na UBS e percebo como a evolução dessas doenças pode ser mais rápida ou mais lenta, no entanto o sofrimento que causa é avassalador.

Fiz um bom plantão, me senti orgulhosa de mim, acho que estou evoluindo bastante ao longo do semestre, tanto em APS, quanto em U/E. Me parece que estar nos cenários de prática cotidianamente acrescenta um absurdo na nossa formação. Estou feliz com o meu empenho e o resultado disso na prática.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes do início desse primeiro semestre de internato a acadêmica estava apreensiva e ansiosa a respeito de como seria, quem seriam seus supervisores durante os plantões, entre outras dúvidas. No primeiro plantão basicamente a acadêmica acompanhou a Dra. durante toda a noite aprendendo a mexer no Tasy, a fazer admissões, prescrever, evoluir e dar alta aos pacientes.

Conforme seguiram os outros plantões e cenários de prática tornou-se mais independente para realizar as tarefas e foi possível notar que esse módulo se mostrou como um importante desafio, não apenas por conta do trabalho intenso, mas também pela forma de lidar com os outros profissionais e as equipes.

Ao longo do ano, a acadêmica percebeu que progrediu com relação às prescrições no que dizem respeito a dosagem, posologia e escolha da melhor opção terapêutica de acordo com as peculiaridades de cada paciente. Aos poucos, por meio de estudo e repetição foi melhorando bastante com relação a esses aspectos. Outros pontos como anamnese, exame físico, a evolução, conduta (melhor escolha terapêutica, hipóteses diagnósticas, solicitação de exames complementares, etc) foram evoluindo com relação ao início do módulo, pois além de discutir e pedir ajuda aos residentes e atendentes - vale frisar que estes são excelentes também e isso contribuiu demasiadamente para o processo de formação - aproveitava as dúvidas para estudar mais sobre determinados déficits, isso aliado a uma prática constante, cheia de vivências e experiências. Além do mais, como já citado anteriormente, nada melhor do que ver a realidade de forma participativa, ativa e atuante, podendo deparar-se com as dificuldades do dia-a-dia e incentivando-se a estudar e melhorar conforme as necessidades. A acadêmica acredita que todos esses elementos colaboraram grandemente no preenchimento positivo de suas falhas, erros e dificuldades.

Por fim, esse módulo foi muito enriquecedor, pois foi possível aprender em todos os aspectos possíveis, não apenas associados a conduta e manejo de pacientes no cenário de urgência e emergência, mas também fatores sobre a perspectiva da ética e moral da prática médica e da relação médico-paciente.

Sua evolução mostrou-se gradativa e rápida, aliando a prática aos conhecimentos prévios teóricos. Os plantões foram uma ferramenta importante de consolidação de conhecimento, além de contribuírem para a própria identidade como futura médica.

O aprendizado durante os plantões de U/E no Hospital Municipal provavelmente foi o maior de todos no sentido da medicina técnica, pois ali foi possível realizar a maior quantidade de procedimentos, de admissões, evoluções, tratamentos, anamneses, exames físicos. Além disso, participar de cirurgias, acompanhar pacientes admitidos na UTI e na Clínica Médica.

Infelizmente o cenário de prática do SAMU não foi muito positivo em muitos sentidos e talvez por isso toda a prática médica foi prejudicada.

As UPAS de um modo geral trabalham com uma dinâmica intensa, onde há um fluxo de inúmeros casos clínicos em um mesmo plantão, o que contribuiu muito para a dinâmica do trabalho em U/E. Foi necessário atuar com inteligência priorizando os casos mais graves, prestando atenção para não deixar passar situações importantes quando o cansaço prevalecia. Na UPA Samek, o trabalho ocorria de uma maneira mais tranquila quando comparado com a UPA Walter devido ao espaço físico ser melhor distribuído. Esse fator tornava os plantões menos cansativos, mais organizados, enfim, melhores de uma maneira geral.

Na UPA Walter ocorreram os plantões mais difíceis desse ano. O fluxo intenso, os pacientes presentes durante toda a atuação interrompendo a acadêmica em meio as admissões, prescrições, análises de exame de imagem, etc, a dificuldade de um local mais privativo para atender os pacientes

Por fim, vale ressaltar que este contribuiu de maneira inexplicável a formação da acadêmica, não apenas pela prática médica, mas também ensinamentos éticos dentro do campo de trabalho, das leis que regem o sistema, enfim, de tudo que compõe a rede e seu funcionamento.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p.
2. BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria No 1.010, de 21 de maio de 2012**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
3. MARTINS, H. S.; BRANDÃO NETO, R. A.; SCALABRINI NETO, A.; VELASCO, I. T; **Emergências**.
4. **Clínicas: abordagem prática**; 11ª Ed. São Paulo: Manole, 2016.
5. LEMOS, T.E.; OLIVEIRA, S.A; Manual prático para urgência e emergências clínicas; 1ª Ed. Sanar, 2016. NAEMT. **Atendimento pré-hospitalar ao politraumatizado - PHTLS**. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2012.
6. SANTANA, H. V.; TAVARES, M.C.F.; SANTANA, V.E. **Nadar com Segurança**. 2003.
7. ALBERTO, Sara Folgado et al. Insuficiência hepática aguda. **Acta Med Port**, Lisboa, v. 6, n. 22, p.809-820, out. 2009.
8. MARTINS, H. S.; BRANDÃO NETO, R. A.; SCALABRINI NETO, A.; VELASCO, I. T; **Emergências Clínicas: abordagem prática**; 11ª Ed. São Paulo: Manole, 2016.
9. LONGO, Dan L. et al. **Medicina interna de Harrison**. 18.ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. 2 v.
10. ANVISA. **AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**. Farmacopeia Brasileira, volume 1. 5a Ed. Brasília, 2010b.
11. CARDOSO, J.L.C; **Animais peçonhentos no Brasil: biologia, clínica e terapêutica dos acidentes**. 2. Ed. São Paulo: Sarvier, 2009.
12. Kaplan & Sadock. **Compêndio de Psiquiatria**, 11ª ed. Editora Artmed. 2

