



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

MEDICINA

**CASOS CLÍNICOS DO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA,
NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU**

MARIA BELEN JEREZ VIDES.

Foz do Iguaçu
2020

**CASOS CLÍNICOS DO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA,
NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU**

MARIA BELEN JEREZ VIDES.

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

Orientador: Prof. Dr. FLAVIA JULYANA PINA
TRENCH

Foz do Iguaçu
2020

MARIA BELEN JEREZ VIDES

**CASOS CLÍNICOS DO INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA,
NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU**

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

BANCA EXAMINADORA

FLAVIA JULYANA PINA

Assinado de forma digital por
FLAVIA JULYANA PINA

TRENCH:72725460930

TRENCH:72725460930
Dados: 2020.10.06 12:49:20 -03'00'

Orientador: Prof. Dr. FLAVIA JULYANA PINA TRENCH
UNILA

Prof. Dr. GERMAN ANDRES PIGNOLO.
UNILA

Prof. Dr. FLAVIA JULYANA PINA TRENCH
UNILA

Foz do Iguaçu, 6 de outubro de 2020

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Maria Belen Jerez Vides _____

Curso: __Medicina_____

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

Título do trabalho acadêmico: _____

Nome do orientador(a): Dr. Flavia Julyana Pina Trench

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, 6 de outubro de 2020.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a meu pai, minhas irmãs e a meus docentes em especial a minha orientadora de TCC.

“A consciência de si mesmo (a apercepção) é a representação simples do eu e se, por ela só, nos fosse dada, espontaneamente, todo o diverso que se encontra no sujeito, a intuição interna seria então intelectual. No homem, esta consciência exige uma percepção interna do diverso, que é previamente dado no sujeito, e a maneira como é dado no espírito, sem espontaneidade, deve, em virtude dessa diferença, chamar-se sensibilidade.” Immanuel Kant

VIDES J, M. BELEN. **Casos Clínicos Do Internato Em Urgência E Emergência**, no Município de Foz do Iguaçu. 2020. 61 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

RESUMO

O seguinte trabalho de conclusão de curso tem como objetivo apresentar o desenvolvimento das práticas clínicas dentro do cenário de Urgência e Emergência no decorrer do ano 2019, expondo detalhadamente diferentes aspectos das atividades, coletas, elaboração e estudo minucioso de dados clínicos verídicos que foram vivenciados durante as práticas. A metodologia qualitativa utilizada para o desenvolvimento das actividades com os pacientes e análise científica, foi por meio da criação de situações problemas, procura de referências bibliográficas atualizadas, revistas indexadas, discussão e planejamento de hipóteses diagnósticas. As atividades foram realizadas de acordo com a Lei n. 11.788/2008 (Lei do estágio), sendo os locais para o cumprimento do Internato em Urgência e Emergência, a rede de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Foz do Iguaçu, quais sejam o Pronto Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), Serviço de Atendimento Móvel a Urgências (SAMU), e as Unidades de Pronto Atendimento João Samek e Dr. Walter Barbosa Cavalcante. Os casos clínicos apresentados neste trabalho serviram como patamar do desenvolvimento do raciocínio clínico, denota-se que num primeiro momento as práticas do Internato em Urgência e Emergência encontram-se intimamente ligadas ao desdobramento do olhar crítico, e, a sensibilização do tato quando estudados, diferente temas, propiciando e fomentando a pesquisa, sendo de grande utilidade no transcurso do ano no desempenho de atividades nos diferentes cenários de prática durante meu internato.

Palavras-chave: Práticas clínicas. Raciocínio Clínico. Estudos de Caso. Internato. Cenários Práticos.

VIDES J, MARIA BELEN. **Clinical Cases During The Urgency And Emergency Internship**, In The Municipality Of Foz Do Iguazu. 2020. 61 pages. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

ABSTRACT

The following end-of-course work aims to present the development of clinical practices within the Urgency and Emergency scenario during the year 2019, exposing in detail different aspects of the activities, collections, elaboration and thorough study of true clinical data that were experienced during practices. The qualitative methodology used for the development of activities with patients and scientific analysis was through the creation of problem situations, searching updated bibliographic references, indexed journals, discussion and planning of diagnostic hypotheses. The activities were conducted in accordance with the Law no. 11,788 / 2008 (Internship Law), being the places for fulfilling the Internship in Urgency and Emergency, the urgency and emergency network of the Unified Health System (SUS) in the municipality of Foz do Iguaçu, which are the Emergency Room of the Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), Mobile Emergency Care Service (SAMU), and the Emergency Care Units João Samek and Dr. Walter Barbosa Cavalcante. The clinical cases presented in this work served as a platform for the development of clinical reasoning, it is noted that, at first, the practices of the Internship in Urgency and Emergency are closely linked to the unfolding of the critical eye and the sensibilization when studied different themes providing and fostering research, being very useful during the year in the performance of activities in different practice scenarios during my internship.

Key words: Clinical Practice. Clinical Reasoning. Case studies. Medical internship. Practical stages.

VIDES J, MARIA BELEN. **Casos Clínicos durante el Internado en Urgencia y Emergencia**, en el municipio de Foz do Iguazú. 2020. 61 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduación en Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguacu, 2020.

RESUMEN

El siguiente trabajo de conclusión de curso tiene como objetivo presentar el desarrollo de las prácticas clínicas realizadas dentro del escenario de Urgencia y Emergencia a lo largo del 2019, exponiendo detalladamente diferentes aspectos, desde el desarrollo de actividades, y por consiguiente la colecta de datos, elaboración y estudio exhaustivo de datos clínicos reales que se vivenciaron durante las prácticas. La metodología cualitativa utilizada para tales actividades y el análisis científico, fue a través de la creación de situaciones problemas, búsqueda de referencias bibliográficas actualizadas, revistas indexadas, discusión y planteamientos de hipótesis diagnosticadas. Las actividades fueron realizadas de acuerdo con la Ley n. 11.788/2008 (Ley de Estagio), siendo los locales para el cumplimiento del Internato en Urgencia y Emergencia, la red de urgencia y emergencia del Sistema Único de Salud (SUS) en el municipio de Foz do Iguacu, los cuales fueron el Pronto Socorro del Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), Serviço de Atendimento Móvel a Urgências (SAMU), las Unidades de Pronto Atendimento João Samek y Dr. Walter Barbosa Cavalcante. Los casos clínicos presentados en este trabajo sirvieron de pilar para el desarrollo del raciocinio clínico, resaltando, que, en un primer momento, las prácticas del Internado en Urgencias y Emergencias se encuentran estrechamente ligadas al desarrollo del ojo crítico y la sensibilización del tacto cuando se estudian diferentes temas, aportando y fomentando la investigación, siendo de gran utilidad durante todo el año en la realización de actividades en diferentes escenarios de práctica durante mi pasantía en el Internado.

Palabras clave: Prácticas clínicas. Razonamiento clínico. Estudios de caso. Internado. Escenarios prácticos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCDE	Airway Breathing Circulation Disability Exposure
AESP	Atividade Elétrica Sem Pulso
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
BNF	Bulhas Normofonéticas
CFM	Conselho Federal de Medicina
CRVM	Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
CVE	Cardioversão Elétrica
DEA	Desfibrilador Externo Automático
ECG	Eletrocardiograma
FTV	Frêmito Tóraco Vocal
GCE	The Glasgow Coma Scale/Score
HCTZ	Hidroclorotiazida
HDA	Histórico da Doença Atual
HEV	Histórico de Estilo de Vida
HGT	Hemo Glucose Test
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
HPP	Histórico Patológico Progresso
ILACVN	Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza
IOT	Intubação Oro-Traqueal
LRA	Lesão Renal Aguda
MIE	Miembro Inferior Esquerdo
MMSS	Membros superiores
MV	Murmúrio Vesicular
PCR	Parada Cardio-Respiratório
QP	Queixa Principal
RCD	Rebordo Costal Direito
REG	Regular Estado Geral
RHA	Ruídos Hidroaéreos
SAMU	Servicio de Atenção Médica de Urgência
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
UFPR	Universidade Federal do Paraná

UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidades de Suporte Avançado
USB	Unidades de Suporte Básico

SUMÁRIO

BANCA EXAMINADORA	3
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	10
1. INTRODUÇÃO	12
2. RELATO DE UMA INTERNA	14
3. CENÁRIOS DE PRÁTICA	20
3.1. SAMU	20
3.2. INTRA HOSPITALAR, PRONTO SOCORRO, UPAS:	22
4. DESENVOLVIMENTO DE ESTUDO E ATIVIDADES	24
4.1. ATIVIDADES	28
5. AVALIAÇÃO DO APRENDIZADO	31
5.1. AUTOCRÍTICA, PENSAMENTOS E AUTO AVALIAÇÃO	31
6. CASOS CLÍNICOS	35
6.1 SAMU SORRIA, ABRACE, SENTE-SE E ESCUTE UMA BOA MÚSICA, E LEIA COM URGÊNCIA; UPA; INTRA-HOSPITALAR.	36
CASO CLÍNICO 1: O CARDIOPATA	36
CASO CLÍNICO 2: HIDRATAR PARA EVITAR UMA PERDA	44
CASO CLÍNICO 3: CORRE...!!! ERGUE O BRAÇO	51
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Sistema Único de Saúde, o cenário que historicamente vem enfrentando problemas é “Pronto atendimento” aos usuários dos sistema. Em 2011 o Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro Brasil, publicou a PORTARIA Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011 que Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), visando que a organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. Diante disso há a necessidade de criar e vivenciar modelo de atenção voltado às condições agudas de saúde e do acolhimento com classificação de risco nessa rede. Assim durante o desenvolvimento do curso de Medicina, o aluno é inserido nos cenários práticos com a finalidade de situar-se frente a situações médicas agudas que necessitam de um pronto e imediato atendimento.

Para fins dimensionais o presente trabalho traz situações clínicas que foram vivenciadas no decorrer do ano 2019, durante a realização do Internato em Urgencia e emergencia, realizado em diversos cenários.

O desenho metodológico, baseou-se sobretudo na autoconcepção de desenvolver habilidades técnicas, cognitivas tanto para o cuidado do paciente quanto para manutenção de postura profissional, em base “Aprendizado Baseado em Problemas”.

Sendo os locais para o cumprimento do Internato em Urgência e Emergência, a rede de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Foz do Iguaçu, quais sejam o Pronto Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), Serviço de Atendimento Móvel a Urgências (SAMU), e as Unidades de Pronto Atendimento João Samek e Dr. Walter Barbosa Cavalcante.

São objetivos deste trabalho expor as vivências pessoais, emoções, expectativas e o desenvolvimento do raciocínio clínico do Interno ser inserido nesses cenários. Também de demonstrar a correlação da prática com o respaldo teórico e os conhecimento aprendidos durante o decorrer do curso de graduação.

2. RELATO DE UMA INTERNA

Elaboração de textos, relatos, frases e até pensamentos foram rabiscadas por interface de um PC com intuito de expandir as experiências, conhecimentos adquiridos, habilidades desenvolvidas, vivências marcantes que o autor experimentou em aproximadamente um ano de práticas nos cenários de Urgência e Emergências, durante o decorrer do primeiro ano de Internato, simulando a atuação de uma médica em “formação” ou melhor de uma Interna em preparação/construção.

Avocando uma poesia, visto-que através da prosa nem sempre é possível explicar todas os pensamentos, o escritor chileno Nicanor Parra, manifesta por meio de um poema a divergência que um “hispanofalante” luta no cotidiano ao sair da zona de *conforto*;

Una vez andando
Por un parque inglés
Con un angelorum
Sin querer me hallé

Buenos días, dijo,
Yo le contesté,
El en castellano,
Pero yo en francés.

Dites moi, don angel,
Comment va monsieur. (PARRA, N)

Essa poesia com mil jeitos de ser explicada por se tratar de um paradoxo, me remete a vários pensamentos, a apropriação de um atuar considerando todas as perspectivas e a diversidade humana, emitir um atendimento delicado, com responsabilidade, a fim de estabelecer uma comunicação fluida, com a finalidade que evitar a “hesitação” que os pacientes têm sobre seu diagnóstico ou se continuarão

internados, justificando a geração de estresse e incertezas sobre o “que acontecerá comigo amanhã”; sabe-se que a comunicação entre o médico e o paciente pode influenciar a adesão ao tratamento. Além disso, o médico não tem sempre notícias boas, pois o mesmo deve de comunicar as notícias difíceis quando precisar e embora a literatura cite o protocolo SPIKES, como um mnemônico passo a passo para que o médico lembre de pontos importantes a serem trabalhados ao longo desse tipo de situação difícil, a comunicação deve ser realizada de forma apropriada, assegurando que o paciente/vítima compreendeu a informação, preocupando-se com sua reação afetiva e com a retenção da informação. A morte como um fascínio ou como um desafio apontado numa frase da prestigiosa Meireles, “Vencendo o tempo, fértil em mudanças, conversei com doçura as mesmas fontes, e vi serem comuns nossas lembranças”, uma polêmica que despertou em mim uma série de questionamentos sobre a grande importância de elucidar embora tendo o tempo em contra.

Uma das principais aquisições que tive durante esse cenário supracitado, apelidado “contra o relógio”, o “setor da morte”, um setor que aprimora a centralidade da vida, estabilizador “das falhas”. Considera-se a morte, óbito de paciente em instituições hospitalares ocorre frequentemente no setor de Urgência e Emergência. Vindo ao encontro do que foi exposto, diz-se que estes eventos tendem a desencadear uma cascata de sentimentos nas pessoas envolvidas, desde profissionais até os próprios familiares que vivenciam diariamente estas situações, surge o questionamento, estamos preparados para lidar com esse peso?, talvez para os leitores seja uma consideração infantil, pouco profissional, porém o autor deste relato no diário viver, e, sendo partícipe desse setor/cenário as vivencio, não sendo capaz de superá-las no início, não que isso se torne com o tempo superável, mas sim se torna um pilar de aprendizado, um tijolo na construção, uma experiência que poucos vivenciaram, algo que motiva a não quer

repetí-lo, na conclusão de dar seu melhor, com dedicação, com estudo, com cuidado, e com a grande esperança de sentir mais leve o peso sabendo que foi dado o melhor.

Por trás das desmedidas horas de estudo refletindo sobre os acontecimentos em todos os cenários, desde o interior de uma Viatura no SAMU acompanhando os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e o motorista, ao serviço de uma “chamada” uma simples “ligação”, correndo contra o tempo, ligeiro como uma rajada de vento, na procura de dar um suporte, o tempo passa, embora se faça até o impossível para detê-lo e ter uma melhor assimilação; na chegada uma criatura, um ser humano está na espera, às vezes desacompanhados, ora acompanhados, ora instável ou estável, precisando de uma via aérea definitiva, ou até uma simples máscara facial de baixo fluxo, uns só precisando de um abraço outros de um DEA Cardiodesfibrilador junto com compressões cardiovasculares, alguns em delirium, outros lúcidos, enfim uma diversidade de atendimentos e contatos; contudo independente das características singulares sobre seu adoecimento/afecção/enfermidade/mal-estar/problema, todos possuíam em comum desde a esperança, sonhos a serem cumpridos, um amanhã que os esperava, uma família no aguardo. Dotados desses momentos, como voltar para casa e esquece-los?, como continuar? onde se aprende a frieza? ela é necessária para se tornar um “bom médico emergencista”? sabido que haverá vidas num futuro dependentes em grande parte da atuação do profissional de Saúde. Desta maneira este relato visa dar uma ideia abrangente sobre as incontáveis vezes que o autor teve a sensação de incerteza percorrida, que ao longo aprendeu a lidar com elas, somando “n” conhecimentos e não simplesmente sobre fisiopatologia, condutas, mas também habilidades, e crescimento como profissional, em cenários extra e intra hospitalares, alguns deles com mais tempo de atuação outros somados na reta final.

De modo algum irá se esquecer o primeiro dia de plantão, comparado ao último (antes da apresentação deste relato), lembrando, era-se um dia 25 de julho sete horas da noite, se apresentando para o plantonista, perdida, com o medo sussurrando no ouvido, apesar disso simulando rosto de autoconfiança; mas não, era um constrangimento, a cada segundo, passo a passo, olhando o marcador do relógio, pensando em milhares de coisas que no momento eram alheias ao meu “saber”, primeiro dia e este autor presenciou uma PCR em assistolia, cinco ciclos, e o paciente não voltava, seis ciclos, e as compressões se tornavam ineficazes, sete ciclos, o pessoal saía da sala voltando às suas atividades, oito ciclos, tempo em que se lhe dedicou a frase “hora da morte 21:15 horas”.

A partir disso, o autor achava que estava apto para poder lidar com uma situação do tipo em ocasiões que poderiam se apresentar pela frente, na espera, passava um, dois, três, sucessivamente um plantão depois outro, por uma PCR, claramente não significa que se deseje alguém sofresse, mas sim com o intuito de pôr em prática o estudado e achado “superado”. No entanto, nesta reta final, um dia, aquele dia onde 21:10 horas da noite só teve uma admissão, uma noite aparentemente tranquila, mesmo local, mesmo cenário, mesma equipe (plantonista médico diferente), um senhor de nome nunca esquecível, era horário de visita e aquele deu um tchau para a família com um sorriso na face, falando podem ir para casa tranquilos que eu “não estou com dificuldade para respirar, estou bem”, minutos após saída de eles, paciente em suporte de oxigênio, cateter nasal, uma máscara sistema venturi, um tubo pela cavidade oro-traqueal, solicita-se ajuda em paralelo às compressões, uma fila de pessoal no lado esquerdo da maca, na espera de um ciclo, ao comando uma Interna e do lado o Médico (Ar....o) de turno, a interna dizia “ergue o braço” a cada três a cinco minutos, nos primeiros dois ciclo não foi escutada, no seguinte assumiu a PCR, simultaneamente

ventilava-oxigenava o paciente e dirigia com supervisão a PCR, seis ciclos e a frase “ergue o braço” e “avalia ritmo” mantinham-se presentes, sete ciclos ainda mantém níveis de satO₂ baixos, não esta seletivo o tubo, oito ciclo, nove ciclos o pessoal voltava a suas atividades, dez ciclos, um residente pergunta qual é a idade do paciente, sessenta e quatro, alguém disse, e foi então que cessaram o suporte com compressões, e pronunciaram “hora da morte 22:10 da noite”, faleceu e as mão desta autora estavam segurando o AMBU, olhando para pupilas midriáticas, na espera de um lençol para cobri-lo e comunicar a notícia para família.

Por último, em “horas disponíveis” após essa jornada de atividade no decurso do plantão, se deparou caminhando pelos corredores sombrios de um hospital de estrutura decrépita sentindo uma frieza única, passo, a passo, refletindo sobre essa sensação, a da “morte de um paciente em mãos”, na tentativa de compreender e assimilar se aquilo se tornaria parte do meu cotidiano, ou se ao transpassar as portas em direção a uma saída poderia deixá-lo para trás, chegou na conclusão que este ano a fez crescer em segurança, habilidades, como já supracitado.

Inspirado nesses relatos, pelos conselhos, apoio direto e indireto de colegas, amigos, médicos residentes, orientadores, e dos próprios Professores Médicos do Módulo, especialistas na área, com palavras e frases marcantes, “Embeber-se naquilo que seja bom, procurar na literatura o que na prática foi confuso”, um bom estudante é aquele que “vivencia, estuda, e questiona”.

E sobre minhas expectativas em relação ao módulo de urgência e emergência, posso dizer que fui surpreendida positivamente, uma vez que esperava encontrar mais dificuldades do que conquistas. Claramente ainda fica um caminho por ser percorrido, e muitas coisas a ser aprendidas, mas este é o primeiro salto, para seguir essa escada.

Os convido a degustar esta prosa, que expressa através de escritos, rabiscos, aquilo que foi o INTERNATO PARA UMA INTERNA INICIANTE.

3. CENÁRIOS DE PRÁTICA

A saúde encontra-se dentre as maiores preocupações da população, tornando se um dos objetivos fundamentais para formação de profissionais capacitados a enfrentar diversos cenários e estarem preparados ante diversas situações. Seguindo o princípio de processo metodológico de inserção do profissional em cenários, o conhecimento adquirido na prática, a busca de conhecimentos, a interpretação, e sentimentos encontrados, é necessário a explicação da vivências de este autor em diversas áreas de prática <<cenários>>.

O desenvolvimento do Internado em Urgencia e Emergencia, foi dividido em plantões no SAMU (serviço de atendimento móvel de urgência), Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Unidade de Pronto atendimento (Morumbi, João Samek).

3.1. SAMU

Ora o autor gosta de lembrar do SAMU como “Sorriso”, “Abraço” e uma linda “Música”, se trata de um setor que o acolheu de uma maneira singular e especial aos internos, a incorporação para dentro do setor, no qual além do autor se sentir com uma certa autonomia durante as atividades, as condutas e atendimento eram realizados com responsabilidade e supervisão, levou seu tempo para acontecer essa incorporação da Interna na equipe, mas no fim obtivemos êxito.

Este autor já tinha vivenciado experiências na área de primeiros socorros, um exemplo, neste ano diversos acontecimentos tem acometido o território amazônico (excluindo as fronteiras), sabido para muitos da população. Durante o período de férias programadas, o autor encontrava-se em território Boliviano, restaurando suas atividades como Integrante de Socorrismo-Desastres da Cruz Vermelha Boliviana, sendo partícipe por não dizer protagonista logística para elaboração de um plano de ação “durante” e

“após” da emergência em base ao <<Programa de Educação Comunitária para Prevenção de Desastres>>, mas e qual a relevância deste relato, a continuação, execução de atividades por meio de protocolos para evitar o reduzir a ameaça à que estávamos expostos, foi um trabalho não tão somente no papel, uma vez que parte do plano contemplava a capacitação dos voluntários cruz vermelhistas, ou seja “fazer o trabalho pesado”, com isso foram montadas e improvisados o material de resgate com o que se possuía no campo, maca improvisadas feitas de paus cordas e folhas, material de imobilização. Com tudo esta experiência, ajudou o autor a replicar o que foi aprendido em outros cenários, embora sabido que o atendimento pré hospitalar (APH) é caracterizado pela assistência adequada à vítima, assim como o traslado para uma unidade de atendimento, a diferença dos primeiros socorros, que são aquelas ações que tem por objetivo manter as funções vitais e evitar agravamentos da situação no que a vítima se encontra, um atendimento inicial na espera de um atendimento pré-hospitalar¹, essas experiências anteriores foram importantes para ter uma sistematização no cuidado, assim como organização e execução de protocolos.

No SAMU, eu realizava o atendimento à determinadas vítimas, com acompanhamento até a entrada do mesmo ao serviço intra-hospitalar, geralmente eu acompanhava as Unidades Avançadas e também às Básica, em meia de saídas por plantão de três a quatro; de forma que tinha que realizar a anamnese direcionado, o exame físico direcionado. As discussões de caso e determinação das condutas, eram feitas ora durante o atendimento e outras vezes após estabilização do caso, eu devia registrar todas as informações na Ficha de Atendimento sistematizado USA/USB sob supervisão do médico, enfermeiro; após chegada da vítima ao destino predeterminado pela Regulação, e passar o caso para o responsável pelo sector.

¹ Informações consultadas da página de internet do SIATE bombeiros da Municipalidade de Foz do Iguaçu, Paraná. <http://www.bombeiros.mg.gov.br/>, Junho de 2019.

Além disso, houve momentos com intercorrências e foi possível acompanhar e realizar procedimentos (auxiliei em uma intubação orotraqueal - instrumentando e ventilando o paciente com dispositivo Ambu – e auxiliei em uma reanimação cardiopulmonar, participando dos ciclos de massagem cardíaca).

3.2. Intra Hospitalar, Pronto Socorro, UPAS:

Se bem o Pronto Socorro que por se tratar de uma área considerada de alta complexidade, no início gerava angústia, frustrações para este autor pela complexidade dos casos admitidos, ora por transferência das UPAs para o setor, demanda espontânea, via SAMU, e SIATE, porém foi considerado como um grande Mestre por abarcar entre a suas paredes o exemplo de aquisição em conhecimentos, habilidade, crescimento e superação. No PS do Hospital, estive responsável ao longo do estágio por vários pacientes, durante os horários de turno/plantão, os quais eu acompanhava – além dos pacientes que apenas fazia admissão no plantão ou dos que eu evolui nos fins de semana.

Neste espaço rico em oportunidades de procedimentos, evolução, prescrição, conduta, discussão, companheirismo, trabalho em equipe, pude inserir-me sem dificuldade e ajudar no trabalho, cooperar, com finalidade de melhorar e deixar o serviço mais equitativo, assim como melhorar meus conhecimentos, e aprendizagem.

Um dos médicos clínicos, disse para uma colega, que deve ser seguido a mantra do interno, “atenção à saúde de qualidade, centrada nas pessoas, efetiva, estruturada com base em evidências científicas, segura, eficiente, oportuna *PRESTADO NO TEMPO CERTO* , equitativa, e oferecida de forma humanizada”, “oportuna” a palavra em destaque neste cenário Pronto Socorro intra-hospitalar, pois por se tratar de um setor

em que o tempo é essencial para uma pronta melhora a seguir pela sequência de bens e condutas para com o paciente e o problema/afeção.

Certamente um dos setores muito enriquecedores para com o desenvolvimento e estruturação do eixo acadêmico e profissional dessa interna.

Houve momentos que a sensação de agonia, esteve presente, em alguns momentos por comentários xenofóbicos de alguns profissionais para com a Interna, de certa forma resultou em insegurança da utilidade pela mesma na prática. Apesar de ter ficado apreensiva no começo, pela grande responsabilidade que nos foi colocada, esta autora percebeu que foi útil, ao cumprir várias tarefas, que lhe estavam destinadas, ocasionando um entendimento de que tudo aquilo que estava sendo feito tinha um sentido e uma utilidade, além de em vários momentos ocasionar certa autonomia em adoção de condutas.

Durante as atividades nas UPAs, o autor conseguiu se colocar em papéis de responsabilidade para com o paciente, fazendo o primeiro contato durante às admissões, como a continuidade quando reavaliação dos casos, uso de tecnicismos, bom trato para com o paciente, talvez houve vários momentos críticos, mas foram levados com responsabilidade e sempre pensando “se aquilo foi o melhor para o paciente”. Crescimento e sabedoria foram requisitados, porém está desenhado na estrada um caminho por continuar percorrendo, absorvendo o melhor e replicando boas condutas, por tratar com pessoas, de toda índole.

4. DESENVOLVIMENTO DE ESTUDO E ATIVIDADES

Metodologia de Estudo O estudo, e criação de uma metodologia, teve um gatilho, o Vínculo com o Paciente, devido a que, ***criar o vínculo com o paciente foi muito importante na motivação e orientação em relação aos estudos, uma vez que conhecer o paciente que possui determinada patologia e estudar o caso dele, é muito diferente de apenas abrir o livro e estudar aquela patologia.*** E cómo surge?

- Estabelecer um problema
- Questionar condutas
- Abrir leque de Hipóteses
- Estabelecer atitudes
- Questionar a abordagem, diagnósticos diferenciais
- Criar um esquema de actividades
- Identificar problema principal e secundário
- Estipular o diagnóstico principal e os secundários
- Auto-reflexão
- Autocrítica
- Aprender de erros, e sempre procurar as bases teóricas práticas.

Os pacientes apresentam problemas que muitas vezes são uma mistura complexa de componentes físicos, psicológicos e sociais, razão pela qual, o médico que atende tem que desenvolver critérios além dos padrões observados numa população específica.

Kassirer e Kopelman (1991) consideram três formas de raciocínio diagnóstico para a elaboração de hipóteses diagnósticas. Elas se encontram em estreita relação com os tipos de lógicas, a saber, a indução, dedução e a lógica conjectural. Na

prática o médico combina de várias maneiras diferentes métodos e raciocínios, o que dá maior força às suas abordagens.

Estudar objetivando a resolução de um problema é mais produtivo do que estudar apenas para realizar uma avaliação ou acumular conteúdo. Por isso, para mim foi muito proveitoso e enriquecedor orientar meus estudos dessa forma, podendo discutir sobre o que eu aprendi com os preceptores e ainda podendo beneficiar os pacientes. Por que na minha concepção, medicina é cuidado; é uma profissão que visa servir o próximo, buscando sua integridade física, mental e até espiritual. Assim, o ato de estudar apenas para fazer avaliações, me passava, inconscientemente, um certo distanciamento desse objetivo; mas estudar para resolver um problema de uma pessoa que está ali na minha frente, faz com que esse cuidado apareça na sua forma mais concreta, o que dá mais sentido aos meus objetivos de estudo e ao que estou exercendo no módulo.

O estágio em URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ocorreu principalmente nos quatro cenários supracitados.

Acompanhar esses pacientes me permitiu estudar, observar e discutir com os preceptores os seguintes temas: Paciente crítico (identificação, classificação, estadiamentos, conduta, etiologias aparentes), Dengue (Fisiopatologia, classificação, conduta, tratamento), TCE (grave, moderado, leve, fisiopatologia, diagnóstico diferencial, tratamento), PCR (identificação, classificação, evolução, atuação, conduta, tratamento), Hipotensão e Choque (Identificação, classificação, diagnóstico e tratamento), Sepses (identificação, diagnóstico, tratamento, conduta, diagnóstico diferencial e identificação do foco), Emergência e Urgência Hipertensivas (Avaliação, etiologia, identificação de lesão de órgão, conduta, tratamento e investigação); Hiperglicemias (Identificação, etiologia, fisiopatologia, mecanismo de ação do tratamento, conduta); Urticária Angioedema (Identificação, Proteção de VA, monitorização, diagnóstico, e tratamento);

Farmacocinética e Farmacodinâmica dos Fármacos comuns e utilizados na Urgência e emergência; Doença pulmonar obstrutiva Crônica (estadiamento, progressão da doença/fisiopatologia e tratamento); Cor pulmonale/ Insuficiência cardíaca (diagnóstico e tratamento); Hipertensão Arterial Pulmonar (fisiopatologia, classificação, diagnóstico e tratamento); Arritmias: Cardioversão elétrica (cuidados gerais, analgesia, sedação, passos para CVE, ajuste de voltagem 100J inicialmente para as melhorias, quando não reversão a ritmo sinusal, a carga deve ser aumentada progressivamente, com energias escalonadas 100-200-300-360J em monofásico, e 100-150-200 J em desfibrilador bifásico), Fibrilação atrial paroxística (critérios diagnósticos, CVE 200J); Encefalopatia hipertensiva (diagnóstico diferencial); Distúrbios Hidroeletrólíticos: Reposição de potássio (quando e como repor); Rebaixamento do nível de consciência (identificação, classificação, etiologia, conduta), Sarcopenia e caquexia (tratamento e manejo de pacientes idosos); Broncopneumonia aspirativa (esquema de antibioticoterapia); Cuidados paliativos na emergência (medidas de conforto e dignidade: dieta, analgesia, manejo do esforço respiratório, controle do trato gastrointestinal, etc.); Comunicação de Notícias Difíceis (Protocolo de SPIKES, (observei o residente aplicar o protocolo e depois discutimos cada item do protocolo)), Infecção laríngea por paracoccidiodomicose (epidemiologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento); Síndrome Consumptiva e desnutrição (tratamento e mudanças no estilo de vida); Infecção do trato urinário (manifestações clínicas e tratamento – empírico e guiado por cultura); Lombalgia (diagnóstico diferencial, conduta); Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (etiologias – especialmente em pacientes jovens, diagnósticos diferenciais, manifestações clínicas/ exame físico, suporte clínico através de monitorização, suporte de oxigênio se necessário, acessos venosos, controle pressórico, complicações (edema cerebral), conduta); Síndrome coronariana aguda (diagnóstico, diagnósticos diferenciais e

manejo/tratamento imediato, iniciar o protocolo e solicitar regulação); Pielonefrite (diagnóstico e tratamento); Síndrome de Raynaud (etiologia/ patologias associadas, fisiopatologia); Vasculites (classificação, exames diagnósticos, diagnósticos diferenciais, exacerbação da doença base (Lúpus eritematoso sistêmico/ Esclerose múltipla/ dermatomiosite), tratamento); Súmula psiquiátrica/ escala hospitalar de ansiedade e depressão/ MINI-PLUS (aplicação da súmula e escalas e avaliação da paciente para determinar conduta); Hemorragia digestiva alta (etiologias, diagnóstico e manejo/ tratamento); Doença renal crônica (estadiamento/classificação, manifestações clínicas e tratamento); Cirrose hepática (etiologias, estadiamento e tratamento); Síndrome hepatorenal (diagnóstico) Hipertensão portal (diagnóstico e tratamento); Intoxicação por cocaína (efeitos agudos durante a intoxicação, surto psicótico associado, efeitos deletérios sobre a função cardíaca e função renal – necrose tubular aguda, rabdomiólise, tratamento medicamentoso no momento do surto e na abstinência, solicitar acompanhamento psiquiátrico); Distúrbios hidroeletrólíticos (quando e como tratar – hipomagnesemia, hipo/hipercalcemia hipocalcemia e hipernatremia); Trombofilia (etiologia, exames diagnósticos, diagnósticos diferenciais, manejo); Síndrome de Guillain Barré (diagnóstico, manifestações clínicas, diagnósticos diferenciais e tratamento); Lesão por pressão (classificação, manejo/tratamento); Pé diabético (auxiliar na debridação com Residente de cirurgia); Insuficiência renal aguda (etiologias, diagnóstico, estadiamento, tratamento, síndrome nefrítica e nefrótica); Sífilis (diagnóstico, classificação/estadiamento, tratamento); Hepatopatia crônica/ ascite / hepatite autoimune (etiologia, diagnóstico/ diagnóstico diferencial, manejo da ascite); Pneumonia adquirida na comunidade/ Sepsis de foco pulmonar (diagnóstico e antibioticoterapia); Herpes zoster/ neuralgia residual (identificação da lesão de pele, tratamento); Dislipidemia (diagnóstico laboratorial e tratamento); Pneumonia associada à ventilação mecânica

(antibioticoterapia); Choque elétrico de baixa tensão (fisiopatologia – alterações sistêmicas, manejo/ tratamento, complicações de grandes queimados e sepse associada); Laudo do eletrocardiograma (como laudar, ECG normal e alterações/ patologias). Além disso, foram aprimorados os estudos de vários procedimentos médicos e de enfermagem, alguns realizados outros auxiliando.

Após a admissão e alta dos pacientes do ambiente de unidade de pronto atendimento, foi possível constatar a importância do acompanhamento longitudinal do mesmo na Unidade Básica de Saúde (UBS), pois foi possível observar que vários possuíam um prontuário eletrônico muito bem desenvolvido, observar a eficácia ou fracasso de tratamentos prévios, além de compreender evolução e possíveis complicações das patologias. Um exemplo bastante interessante sobre o fluxo na Rede de Urgência e Emergência.

Foi muito importante participar dessa dinâmica e conseguir identificar quando o paciente está apto ou não à alta e acompanhamento ambulatorial e quando o paciente pode receber alta do ambulatório e seguir na atenção primária. Dessa forma, eu tentei discutir os casos com os preceptores presentes, sempre que possível; procurava saber a história dos pacientes pelo prontuário após fazer a minha admissão/evolução do mesmo, e assistia a passagem de visita e troca de plantões; mudança de condutas de um plantão para outro, também houve momentos nos quais foi possível observar procedimentos, como por exemplo, a execução do Protocolo de Morte Encefálica. Em geral, eu aproveitava o tempo nas UPAS e SAMU para estudar e discutir os casos e ler artigos, diretrizes, protocolos e outros materiais com informações pertinentes.

4.1. Atividades

Sobre como realizava minhas atividades, eu sempre tentei fazer o exercício de não ler as evoluções antes de fazer a minha admissão, para coletar a minha própria história e fazer as minhas hipóteses diagnósticas. Assim, quando eu voltava ao prontuário após ter feito a anamnese e exame físico, eu sempre comparava meu raciocínio e tentava observar as informações que faltavam na minha história ou que eu havia coletado, mas não estavam no prontuário, ou ainda, que estavam distintas. Quando isso ocorria, eu sempre voltava até o leito, para colher as informações que faltavam ou me certificar sobre as discrepâncias. Acredito que minha dificuldade maior nesse aspecto, tenha sido quanto à abrir o leque de hipóteses diagnósticas. Sempre que fazia uma admissão, era a parte que mais tinha dificuldade, mas eu sempre tentava criar minhas hipóteses e questionar as que já estavam no prontuário; algumas vezes eu até consegui mostrar outras opções ou ampliar o raciocínio em discussão com os preceptores, de modo que acataram minha opinião. De forma geral, eu pensava apenas em uma ou duas possibilidades e mesmo que estivessem de acordo com o que os médicos pensavam, ainda me sinto limitada no conhecimento sobre diagnósticos diferenciais. Por isso, ao longo do módulo, comecei a fazer o exercício de mesmo com o diagnóstico confirmado, questionar: e se não estivesse confirmado? o descrito acima sobre como se desenvolve o meu raciocínio clínico, e a metodologia de estudo. No entanto, eu demorei a criar esse raciocínio, assim é algo que gostaria de explorar mais daqui pra frente; e penso que o módulo teria sido melhor aproveitado se fizesse isso desde o início. Tentei ainda, ter a postura de sempre questionar todas as coisas. Questionar as minhas concepções, as dos meus preceptores, de outras pessoas da equipe e de outros médicos de outros setores. Não no sentido de julgar, mas de reconhecer que todos podem se equivocar ou não fazer o suficiente, especialmente eu

mesma. E ter esse senso crítico, tentando ver as coisas sob outra ótica, é muito produtivo para observar erros e oferecer um atendimento qualificado. Assim, cada vez que eu terminava de registrar uma anamnese, eu sempre imaginava alguém corrigindo-a, questionando e passei a aplicar esse exercício em vários momentos e sempre que redigia minhas evoluções. Em relação às condutas, a cada dia, quando encontrava alterações nos exames de imagem ou laboratoriais, nos sinais vitais, no exame físico ou pelo aparecimento de novas queixas, eu tentava me adiantar e pensar em uma conduta antes de passar o caso para o plantonista. Mas demorei um pouco pra conseguir fazer isso sempre. No entanto, percebi que ao longo do módulo, eu tinha menos dúvidas sobre o que poderia ser feito ou como fazer e o fato de passar o caso para os Médicos responsáveis com uma ideia de conduta, fazia com que a discussão fosse mais produtiva; uma vez que eu já tinha uma ideia de conduta, eu podia expor minha opinião e questionar porque estava certa ou errada e isso enriqueceu muito meu aprendizado. Entretanto, muitas vezes minha insegurança não me deixou expor tanto minha opinião durante essas passagens, mas o fazia depois apenas para algum residente, individualmente. De qualquer forma, eu nunca deixava de fazê-lo, seja na admissão, seja de forma individual ou com os residentes.

5. AVALIAÇÃO DO APRENDIZADO

5.1. Autocrítica, pensamentos e Auto Avaliação

Sinto que em alguns momentos eu tive muita insegurança, o que gerou dúvidas sobre meu conhecimento e minha avaliação sobre os casos, o que fez com que eu me omitisse em certos casos ou que deixasse que minha análise fosse ignorada. Em um momento específico, pude comprovar que eu deveria ter sido mais incisiva, pois eu estava certa na minha análise, mas não tinha segurança para ser mais enfática sobre minha opinião e apenas no dia seguinte tomaram a conduta que eu já havia sugerido no dia anterior. Mas aprendi com esse momento e outros que foram similares, e agora sei que conduta devo tomar, mesmo nesses momentos de insegurança e como abordar a questão e expor minha opinião, ou seja, agora aprendi como posso me fazer ser ouvida de uma forma firme, mas branda, que não desrespeite meus preceptores, mas que os faça levarem em conta outros prismas da situação.

A insegurança apareceu também em outros momentos, como nos achados do exame físico, que poucas vezes eram conferidos pelos preceptores (ao menos que fosse uma alteração grave) e no momento de fazer a admissão/evolução, no sentido de não esquecer informações importantes, de estar registrando o suficiente, entre outras coisas. Mas senti que fui melhorando nesses âmbitos ao longo do módulo.

E mesmo com todos esses episódios de insegurança, esse módulo foi o momento no curso onde mais me senti segura. Acredito que seja pelo acúmulo de conhecimento até o momento, pelo amadurecimento, desenvolvimento de habilidades, facilitação na comunicação com o paciente e equipe e pelos feedbacks positivos que recebi.

Apesar de ter ficado apreensiva no começo pela grande responsabilidade que nos foi colocada, eu pude me perceber útil, pude me ver conseguindo cumprir as

tarefas que me estavam destinadas e pude perceber que eu estava entendendo o que estava fazendo que tudo aquilo tinha um sentido e uma utilidade, além de eu ter uma certa autonomia. Dessa forma, a sensação era de que o que eu estava fazendo era importante, não só pelo fato de eu ser útil para os pacientes, mas porque eu não estava apenas cumprindo ordens de forma automática e mecânica, o que eu fazia me exigia esforço, raciocínio, boa relação interpessoal, empatia, busca ativa de informações e quando eu me via conseguindo executar todas essas coisas, pude me sentir satisfeita comigo mesma. Estou ciente de que ainda há muito a melhorar em relação ao conhecimento, habilidades, postura, segurança e raciocínio clínico. Mas consigo perceber as melhorias que preciso realizar sem estar frustrada ou desanimada. Percebo que durante esse módulo, ganhei uma base que me permitirá avançar e me aprofundar nas esferas que ainda não alcancei. Pude perceber dia a dia minha evolução, e agora no fim do módulo, olhando em retrospectiva, posso ver que a evolução foi grande e considero que a maior mudança foi a forma como eu me vejo dentro da medicina. **Antes eu cumpria um papel de agente passivo e observador, hoje me sinto como agente ativo, ainda em aprendizagem, mas transformador.** E muito disso, se deve ao fato como se estruturou o módulo, onde tivemos a possibilidade criar vínculos com alguns pacientes podendo acompanhar a evolução, intercorrências os resultados. Isso ampliou muito meu raciocínio clínico, me fazendo estar mais atenta aos detalhes, as especificidades de cada paciente, assim como as características de cada condição/patologia e suas interações com os medicamentos e interações das medicações entre si. Pude perceber o caso de cada paciente de uma forma mais ampla, observando o quadro clínico e o paciente como um todo, observando de forma biopsicossocial sim, mas focada em detalhes que devem ser integrados.

Apesar de ter me sentido útil em muitos momentos, houve outros muitos em que me senti impotente. Por não saber o que fazer pelo paciente, por saber que não havia mais o que fazer, por não saber como confortar o paciente ou como consolar o familiar. Foram muitos momentos em que me senti incapaz, mas que me serviram para me lembrar que sou humana; especialmente quando observava alguns erros, erros de omissão quando deveria ter falado/agido ou de esquecer algum detalhe de algo que deveria ter sido feito. Mas aprendi muito com essas coisas e percebi que a cada dia, eram menos coisas que eu deixava passar, até que no fim, recebi alguns elogios por ser responsável, cuidadosa e aplicada. Aprendi que mais importante que os erros, é a forma como você lida com eles: a humildade para reconhecê-los, o que se faz para corrigi-los, o que se aprende com eles e como se vai agir dali em diante.

Tive muitos momentos onde tive que lidar com o estresse, não o cotidiano, mas o gerado por importantes agentes estressores. Condutas questionáveis, profissionais displicentes que faziam as coisas sem zelo, e muitas vezes o trabalho que eu tinha realizado ser ignorado. Isso me deixou muito frustrada e me fazia sentir muito aflita pelo o que aquilo poderia causar para o paciente. E como interna, eu não tinha poder nenhum de corrigir tais condutas ou questioná-las; isso me causava uma sensação muito grande de impotência ou até inutilidade. Mas tive que aprender a lidar com isso e a encontrar formas de dialogar com essas pessoas; mas em outro momento, tudo o que consegui fazer foi me afastar e ir trabalhar com outras pessoas, felizmente eu tinha autonomia para fazer essas trocas.

Como melhorias a serem feitas, acredito que eu poderia ter me aprofundado mais nos casos dos meus pacientes, ampliando o estudo para condições relacionados ou diagnósticos diferenciais. Sinto que deveria ter buscado maior autonomia e não esperado tanto pela conduta ou orientação dos preceptores, no sentido de sim

fazer tudo o que foi decidido por eles, mas que o que fora decidido já tivesse sido pensado por mim também. Gostaria de ser sido mais pró-ativa em alguns momentos e buscado mais pela realização de procedimentos; eu só aceitei o que me ofereceram para fazer, não fiquei buscando no início, porém no fim acabei dirigindo uma PCR.

Ainda tenho um caminho longo de aprendizados.

6. CASOS CLÍNICOS

A narrativa de caso deste relatório foram produzidos de maneira individualizada, desde sua elaboração, estrutura e o jeito da exposição; buscou-se integrar e correlacionar às informações clínicas mais importantes com respeito a diagnóstico, história pregressa, achados clínicos, tratamento, evolução sobre dos parâmetros mais importantes durante e depois do tratamento, condutas adotadas e comparadas com a literatura; estes casos clínicos foram escolhidos por criarem no autor uma discussão crítica da observação feita; considerando e ligando o estado geral do conhecimento “médico” da Interna em relação à doença e seu tratamento.

Alguns relatos de casos foram representados em prosa, ora conversas e experiências, ora mera exposição dos fatos utilizando a anamnese, exame físico e exames adicionais que o imprescindível livro de Semiologia Médica (PORTO & PORTO 2019) expõe.

**6.1 SAMU Sorria, Abrace, Sente-se e escute uma boa música, e leia com urgência;
UPA; Intra-hospitalar.**

CASO CLÍNICO 1: O CARDIOPATA

Identificação: Pega um livro e Vai-ler, 72 anos, Masculino, “vítima”.

- A enfermeira exclamou - O cardiopata teve síncope!
- E o médico- Mas no início do plantão, gente!!!

Sobe sobe rapido interna, fecha a porta, mas ,com força.

Saímos com as sirenes a todo volume, apertando o acelerador sem pensar no freio, não ouve luz vermelha de semáforo que nos parasse, quebra mola então, nem falar.

- Segura bem o cinto, uma voz
- Posso confiar em ti estagiária?, Disse o médico.

Dize- Sou Interna, meu nome é Belen.

Mas claro que sei seu nome, como esquecer da Belém do Pará.

Passaram menos de 4min, e estamos perto, a três quarteirões, ainda na correria.

- Põe a luva! me exclamou a Enfermeira.
- (momento de silêncio)
- (mais momento de silêncio)

O médico, vociferou.

- (risos, risos, risos)
- Imagina, chegássemos lá e o cara teve síncope pelo calor, ou tomou viagra e não aguentou!
- A enfermeira oh loco!, o cara foi dado de alta ontem/hoje da UCO do HMCC.

O médico

- Mas pensa qual é a primeira coisa que tu faz/quer fazer após "sobreviver"? (Risos, risos, risos). (Humor negro?)

Estamos, perto dobrando a esquina e vê-mos pessoas de fora de uma casa, fazendo sinalização para a gente parar.

- Chegamos, disse, baixei a cara, e escutei no silêncio, apertando o cinto com a mão direita e com a outra rasgando a banca.

- Desce!!! interna, escutei no ouvido, uma voz fria, e com força. Corremos, e fomos até a sala da casa. Nos deparamos com a vítima, ele deitado num sofá, com dois travesseiros no occipito com a cabeça fletida.
- O que aconteceu com o senhor? O senhor tá na pior posição que pode existir, disse o médico.
- Vamo sentar, assim será melhor.

Logo começou um conversa, era mais um bate papo, a família do lado, com rostos de susto, com bolsos nas mão, e as receita de medicamentos que fazia espalhados na mesinha do lado.

- A vítima responde, então Dr desmaiei, me deu uma “tontura”, perdi a “consciência”, acho que minha "PA" caiu.
- Sai hoje de alta do HMCC fizeram em mim, duas angioplastias há cinco dias e uma nova a tres dias.
- Mas o senhor tá sentindo Dor? pergunta o médico.
- Não, to bem,eu me sinto bem.

Logo repentinamente, a vítima, aperta as mão, estica o corpo e exclama.

- vai dar, vai vir!!!

De repente virou os olhos, contraiu os MMSS, babou um pouco, sudoreico, midriático, pulso filiforme, palidez cutânea, no desespero o médico a suporte hiperextendendo o pescoço com a mão direita sobre o pescoço baixo a mandíbula (Mento fechado, vasos grandes apertados, mas e qual é o verdadeiro manejo das VIAS AÉREAS me questionei).

Me questionei, o que eu faria ao invés, estando no ambiente pré-hospitalar?, talvez iniciar por sentir medo,insegurança, seguido, um fixar no olhar, analisar, e seguir a sequência A (airways) e B (breathing) inicialmente, classifiquei o paciente com Rebaixamento do nível de consciência recordando a susceptibilidade do mesmo a evoluir com uma obstrução, geralmente pela queda da língua. Faria uso de algumas manobras, aquela a do “chinês” e do amigo “alemão” denominadas de *chin lift* (elevação do mento) e *jaw thrust* (anteriorização da mandíbula).

Mas e se isso não tivesse resolvido, talvez podia tentar outras medidas de desobstrução efetivas, a famosa e “procurada” intubação endotraqueal, pelos internos e R1, sabido que a intubação endotraqueal é o padrão ouro para proteção de vias aéreas no ambiente pré-hospitalar.

A tudo isto, disse sobre Rebaixamento do nível de Consciência, e não o classifiquei segundo a GCE. Procurei na literatura, utilizando palavras chaves, “medo”, “ficar calmo”, “lembrar do já estudado” achei alguns estudos, uns de natureza descritiva, outros sobre avaliação do nível de estresse em profissionais na área, a partir, soube que não existia uma receita, como aquelas que um pega na internet de como preparar passo a passo um bolo, que deveria correr atrás, e afirmar a segurança por aquilo já estudado e praticado, é para isso que estou aqui na prática. -Tudo isto voou na minha mente, em segundos, pensei e disse, Dr posso ajudar!

Segurei a cabeça elevando o mento causando uma leve abertura das bordas labiais, hiperextendi a cabeça apoiada na beira do sofá.

De repente, nossos olhos viram como a cor rosa avermelhada voltava, como o pulso forte pulsava em nossos dígitos, de repente uma mão encostou na minha.

- E disse já, Passou! Olhei e era a vítima que tinha aberto os olhos logo de menos de 20 segundos “convulsionando”.
- O que aconteceu? perguntou a vítima
(entre o nervosismo, a gota de transpiração caindo pela frente do médico, enfermeira e motorista), entre vozes de sussurro, e um grito sobressaiu no meio.
- Traz a maca!!!
- Vamo levar ele.
- Na ambulância, Monitoriza ele, entre falas, tá "infartando", "síndrome de baixo débito", "FV", "os neurônios não receberam o sangue suficiente e ele convulsionou?", disse o médico.

A monitorização cardíaca por interface de eletrodos, com três vias, com cabeceira neutra.

- Tá vendo, disse a enfermeira, apontando com o dedo ao monitor, a derivação V1 "suprada"?, ta muito estranho, bradicardia?.

Mientras eu, no canto escutando e tentando entender, procurando até no mais profundo dos meus conhecimentos sobre, não via nada diferente, pensei talvez porque a viatura estava em andamento quando se analisava o monitor, ou porque durante o percorrido não se realizou um ECG com 12 derivações.

- Tá vendo Interna disse o Médico dessa vez
- Este é um clássico síndrome de baixo devido, olha a derivação (a única que aparecia no monitor) V1 ta certinho.

Vítima acoplado à máscara facial simples, não veda em sua totalidade, a velocidade de fluxo 10L, com sistema umidificado sem soro. (Continuo sem entender!).

Mas e como deveria ser feita a monitorização da vítima no meio pré-hospitalar? O ocorrido trata-se de uma complicação pós revascularização miocárdica? Após desmedidas horas de estudos na procura de complicações frequentes e infrequentes no pós-operatório, os estudos apontam que dentre as complicações 44,8% dos pacientes são acometidos, sendo que desse total, 23,5% apresentaram complicações cardiovasculares, seguida de pulmonares, renais e neurológicas, ordem respectivamente descendente.

As complicações cardíacas apresentaram como síndrome de baixo débito cardíaco, infarto agudo do miocárdio.

Mas e no ambiente pré-hospitalar, a monitoração dos sinais vitais, pronto reconhecimento na alteração da pressão sanguínea, a glicemia, e resguardo das Vias Aéreas seria uma abordagem rápida e ampla, para abranger as CRVM, e administração de medicação conforme o necessário.

ABORDAGEM INICIAL À VÍTIMA COM REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

Abordagem da vítima pela equipe, teve como foco a rápida mobilização de este para um centro especializado, o análise deste comportamento não com fins de julgar muito menos como desmerecendo a conduta adotada.

O que foi feito, desde a chegada à cena já foi expressado nos primeiro parágrafos. Dentro da ambulância foi feita a monitorização cardíaca, glicemia, e da Sat de O2, avaliado uma derivação no monitor cardíaco, suporte de O2 com *máscara facial simples à 10L em baixo fluxo*, cabeça neutra, e uma conversa com frases repetitivas de “fique calmo já estamos chegando”.

E se esse fosse o diagnóstico sindrômico? Qual seria a conduta?

Vivenciar os cenários de emergência e urgência, neste caso pré-hospitalar, seja observando, ajudando, perguntando ou não perguntando, fez este

autor destacar a importância que tem cada milésimo de segundo, pois do preparo que leva ser médico, as condutas serão direcionadas se há um bom respaldo teórico-prático, como dizia um professor “**só se diagnostica o que se sabe**” ora certa, ora errada, sempre deixando uma janela aberta para os inúmeros diagnósticos diferenciais, não entanto todo preparo é pouco perto do que é necessário para “salvar vidas” Em diversos momentos , ao fim e durante os plantões, me via como no filme “.

E se o Médico a cargo do plantão fosse Eu, Autor deste relato?

Acredito que a abordagem tivesse seguido uma sequência, como um *check list* já que é um método que me dá segurança, pois pretendo não deixar de lado nenhuma coisa. Procura-se na primeira abordagem, não direcionar a conduta para um diagnóstico etiológico e sim de fazer uma abordagem sindrômico, é por isso a escolha de abordar a vítima em duas situações, primeira como diagnóstico sindrômico principal Rebaixamento do nível de consciência e secundário arritmia cardíaca em paciente estável hemodinamicamente.

Segue a conduta que seria adotada. Lembrar claro está do ABCD primário e o secundário, seguido de uma rápida estabilização das funções vitais paralela à monitorização de PA, FC, e Sat O₂, brindar suporte de oxigênio se necessário, manter uma veia calibrosa disponível, para possível administração de medicação, glicemia capilar.

Citando o que foi acompanhado durante abordagem dessa vítima oferta suplementar de oxigênio com *máscara facial simples à 10L em baixo fluxo*, mesmo que a vítima esteja saturando 97% a ar ambiente, comunicativo, sem rebaixamento do nível de consciência aparente, sem queixa de desconforto respiratório, a literatura nos mostra que a oxigenação suplementar deve ser ofertada apenas se o paciente apresenta-se com SatO₂ <90% (<94%). Tal saturação corresponde a uma Pressão Arterial de O₂ (PaO₂)>

60 mmHg, quando avaliar a oferta de O₂ precisa-se considerar a permeabilidade das vias aéreas, o drive respiratório se presente ou ausente, nível de consciência, se a saturação de O₂ melhora após suporte, paciente/vítima com condição retentora de CO₂. É a partir de então, a escolha do dispositivo deve obedecer aquele que ofereça a melhor fração inspirada de O₂ (Fio₂) tendo por objetivo principal uma saturação de O₂ >90%. Nesse ponto é importante dar atenção especial aos dispositivos e as diversas maneiras de oferta de O₂, dependendo do fluxo requerido, e a capacidade de controlar Fio₂.

Na prática, costumamos ver a tentativa prejudicial de manter a satO₂ dessas vítimas, talvez por medo a uma piora abrupta ou mesmo pela falta/segurança de conhecimento sobre.

São disponibilizados equipamentos que outorgam uma FiO₂ controlada e outros aproximada, desde aqueles denominados de Baixo fluxo como é o caso do Cateter nasal que oferece velocidade de fluxo de 1L-5/6L, com FiO₂ que varia de 21-24% a 41-44% dependendo do L que for mensurado, indicado para aqueles com hipoxemia leve, paciente consciente, com respiração espontânea, leve desconforto respiratório.

Seguido da Máscara simples com sistema de baixo fluxo com velocidade de fluxo de 6-10L indicações iguais às do cateter, cobrindo a boca e nariz, sendo o corpo da máscara que armazena O₂ entre a inspiração e expiração, outorga FiO₂ de 60% a 100% se acoplada a uma bolsa reservatória que o tornaria de alto fluxo denominada de Máscara com Reservatório de Oxigênio indicado em situações de importante desconforto respiratório porém manter respiração espontânea, continuando com os dispositivos de alto fluxo, encontra-se a Máscara facial acoplado ao sistema Venturi com FiO₂ determinado de acordo à cor do pinos desde um azul com 24%- laranja 50%. Está a Bolsa-máscara-válvula com capacidade de assumir respiração total do paciente, e sem

deixar de lado a IOT quando há indicação ou falha com outro suporte. Claro está que a adoção da conduta vai depender da nossa capacidade e do quadro da vítima.

Além desse suporte, obter obter ECG de 12 derivações e avaliar se QRS classificar se for estreito ou largo.

- Se QRS estreito ($< 0,12$ seg.) - avaliar a regularidade do ritmo.
 - Ritmo regular: realizar as manobras vagais (manobra de Valsalva ou massagem do seio carotídeo) e observar se há reversão².
 - Ritmo não reverteu: administrar Adenosina 6 mg em bolus IV rápido, seguido de 20 mL de soro fisiológico *Flush*- usar dose de 3 mg nos pacientes em uso de Dipiridamol ou Carbamazepina e nos transplantados cardíacos, não usar em asmáticos.
 - Se TSV não reverter em 1 a 2 minutos: administrar a 2ª dose de adenosina, de 12 mg em bolus IV seguida de 20ml de SF, *Flush*.
 - Se TSV não reverter ou houver recorrência: pode ser considerado a 3ª dose de adenosina 12 mg, se houver persistência, usar bloqueador, para controle da frequência Metoprolol 5 mg IV, a cada 5 minutos – 1 ampola = 5 mL = 5 mg , dose máxima: 15 mg - não deve-se usar se paciente tiver função ventricular comprometida, doença pulmonar (asma) ou distúrbio cardíaco de condução grave, caso suspeito de nossa vítima.
 - ○ Se o Ritmo irregular o que indicaria uma provável fibrilação atrial, deve se controlar a frequência com β -bloqueador, Metoprolol 5 mg IV, a cada 5 minutos 1 ampola = 5 mL = 5 mg.
- Se QRS largo ($\geq 0,12$ seg.) - da mesma forma avaliar a regularidade do ritmo.

²Revertem cerca de 25% das taquicardias supraventriculares - TSV

- Ritmo regular: controlar a frequência com Amiodarona 150 mg IV em 10 min. Repetir, se necessário, até a dose total de 450 mg.
- Ritmo irregular: controlar a frequência com Amiodarona 150 mg IV em 10 min. Repetir, se necessário, até a dose total.

Se presença de Torsades de Pointes, uma TV polimórfica com mudança do eixo de QRS, deve-se administrar sulfato de magnésio 2 g em bolus seguido de *Flush 20mL*. Por fim realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

Continuando o relato do caso.

- O médico - preciso que o senhor fique calmo-, fique totalmente calmo e respire através da máscara facial.
- Entre sussurros, MEU DEUS ele ia, ele apagou, que sorte ele voltou sozinho. Médico, enfermeira, motorista.
- Ufa! Chegamos no HMCC.
- Vamos trocá-lo de maca.

Seguido de relato de caso de médico-para médico, de enfermeira-para enfermeiro, relato do caso.

Di tchau e um melhoras para o Seu "***Pega um livro e Vai-ler***".

Pode ficar tranquilo que vou fazê-lo.

CASO CLÍNICO 2: HIDRATAR PARA EVITAR UMA PERDA

Cenário: **UPA** Morumbi Foz do iguaçu.

Caso motivador; um estudo em busca da etiologia da doença, baseada na valorização dos sinais e sintomas clínicos e evidência da importância da anamnese.

Identificação: C.D.B, 42 anos, natural, de Foz do iguaçu, masculino.

QP: “muita moleza no corpo”.

HDA:

Paciente, deu entrada por busca espontânea nas imediações da UPA no horário noturno, o mesmo relata que a oito dias fez “mal jeito”, um esmagamento após levantamento de peso durante as atividades no trabalho; e que após isso vem apresentando fraqueza muscular. Relata que há sete dias vem apresentando mudança na cor e odor da urina ficando mais escura e odorosa, acompanhado de mialgia, apatia, vômitos esporádicos pós alimentação e tremor em membros inferiores, nega sintomas como febre, diarreia, síncope, paralisias focais. Teve piora progressiva dos sintomas.

HPP:

“Hipercolesterolemia” em tratamento com sinvastatina 40mg/dia; Perda de peso 5kg no último mês, alega que teve muitas “cãibras em todo corpo” de começo há três meses. Nega outras comorbidades, ou cirurgias prévias. Nega alergias medicamentosas, há 3 meses internação na UPA por “dano no fígado”, há 15 dias internado no mesmo por “inchaço na bochecha”.

HEV:

Ocupação atual, carregador de saco de cimento, ainda continua trabalhando 8h/dia. Etilista “05 garrafas de pinga/semana”, Fumante 10 ano/maço

Exame Físico:

REG, Apatia, emagrecido, tremor essencial em MMSS, anictérico, acianótico, marcha lenta, hipocorado ++/++++, face etílica, estável hemodinamicamente, responsivo, orientado em tempo e espaço.

Sinais vitais: 200/140 mmHg; FC: 83 bpm; FR: 15irpm; Temperatura axilar 36,2; HGT: 120; Sat 96% ar ambiente.

Aparelho Cardiovascular: BNF, RR, 2T, sem sopros, ausência de turgência jugular, pulsos centrais cheios e simétricos.

Pulmonar: Expansibilidade torácica simétrica bilateralmente, ausência de esforços respiratórios visíveis -uso de musculatura acessória, MV som claro pulmonar audíveis em todos os campos, ausência de ruídos adventícios; FTV preservado.

Abdome: Globoso, RHA+ em todos os quadrante; som maciço à percussão peri umbilical, traube livre, hepatimetria 3 dedos abaixo o RCD; depressível e indolor a palpação superficial, indolor à palpação profunda; Giordano negativo.

Membros: Tremor essencial em membros superiores; espasmos musculares à palpação; leve dor a manipulação de membros inferiores; panturrilhas livres, pulsos periféricos (radial, cubital, poplíteo, tibial, pedioso) palpáveis cheio e simétricos.

Neurológico: GCE 15; deambulante, marcha lenta, pupilas isofotorreagentes, ausencia de sinais de irritação meníngea, tonus muscular aumentado “involuntario” em MMII, trofismo muscular preservado.

Apesar da grande evolução do conhecimento médico, a prática clínica ainda se torna muito dependente da habilidade profissional de elaborar um diagnóstico correto e, a partir desse direcionar uma consulta adequada. Em vários momentos do Internato, questionei-me muitas das atitudes que adotei durante à abordagem do paciente desde um primeiro contato até durante a conduta e acompanhamento. Um dos grandes inquéritos a serem questionados foi o “ERRO DIAGNÓSTICO”.

- Como adquirir estas competencias?
- Desenvolvimento do raciocínio clínico, através de resolução de problemas?

- Será? que há algum material que me permita a compreensão desta fascinante etapa, raciocínio clínico?
- Nestas alturas do jogo, ainda é permitido que tenha essas dúvidas antes de estabelecer um diagnóstico?
- Alguma vez teremos a certeza de que o diagnóstico foi o correto, e o que foi feito para o paciente é o melhor?

Após evolução de cada caso deparado durante as “longas horas” de plantão, me interroguei, sobre qual método utilizar para a resolução desses problemas em curso? -a medida em que iria coletando novas informações estabeleci os problemas, e a partir deles gerar hipóteses, e com isso passaria a aceitá-las ou rejeitá-las.

Escavar até chegar num diagnóstico mais provável. Ao mesmo tempo sei que a performance diagnóstica varia de acordo com o “conhecimento” e a “experiência” prévia, ou seja, esses fatores são determinantes para o desenvolvimento do raciocínio clínico, por tanto passei a apreciar o verdadeiro significado de estar NO INTERNATO.

UM APRENDIZADO ATRAVÉS DA PRÁTICA.

Conduta adotada pela equipe:

Internação em sala de observação “amarela” (paciente estava em observação masculina numa poltrona, falta de leitos), com soro fisiológico 1L correr em bolus, logo manter 1L em 2 horas, Reavaliação após resultado de exames laboratoriais (CKMB,CPK, Creatinina, uréia, Na+, K+, Ca+, Mag+, TGO, TGP).

Reavaliação dos exames: Uremia, Creatinina 2x o valor referência, CPK, CKMB elevados 5x valor referência, TGO e TGP elevados.

Conduta após reavaliação: Furosemida 2 ampolas em duas horas 2ml/20mg, manter hidratação com 1L de soro, reavaliação após 3 horas.

Reavaliação do paciente pelos Internos, paciente apresenta melhora parcial dos sintomas, ainda mantém quadro de mialgia, astenia, e cansaço, a urina mantém-se

escura e odorosa, tremor em membro superiores alega sentir dor moderada (segundo a classificação de dor 1-10) em região precordial sem irradiação.

Paciente não foi reavaliado durante toda a noite, até saída do platão. Disse que não lhe foi comunicado o status no momento e estava sem diagnóstico alega não saber o motivo pelo qual foi internado, acredita que pelo “fígado”. Um plantão lotado devido a uma alta demanda e ausência de leitos.

O cenário de urgência e emergência, aborda casos diversos passíveis de diversos desfechos. A classificação e identificação do PACIENTE CRÍTICO é um dos pilares que vem na minha memória durante a prática.

Nesse ponto durante todos os momentos interno-paciente durante o plantão, é o reconhecimento e manejo do paciente crítico. Cujas abordagens devem ser feitas rapidamente e esquematicamente, com o objetivo de chegar a um diagnóstico sintomático o mais breve possível, ou seja, tempo contra relógio. A escala de triagem é considerada um ramo por não dizer tronco da classificação de pacientes quando há uma grande demanda e ausência de leitos, com o objetivo de otimizar o fluxo.

Sistematicamente avalia-se o nível de consciência, determinando a responsividade ou arresponsividade do paciente tanto ao estímulo verbal quanto doloroso, avaliando-se itens como resposta verbal, motora, e ocular com interface da escala de coma de Glasgow, pontuando o valor máximo obtido pelo paciente, adicionando a resposta pupilar para tornar uma avaliação mais completa, realizado paralelamente à avaliação diagnóstica, devendo-se priorizar vias aéreas, respiração e circulação, assim como excluir a etiologia glicêmica. Lembrando que em pacientes etilistas pesados, caso ilustrado acima, pode-se empiricamente realizar um bolus endovenoso de glicose hipertônica precedido por reposição de tiamina para evitar encefalopatia de Wernicke³, se ausência de material para aferição de glicemia capilar.

³ Caracterizada por confusão mental, ataxia e alterações de motricidade ocular, choque e até coma.

Cabe ressaltar que na abordagem inicial se inclui exame clínico dirigido na abordagem de aspectos importantes da história que incluem os sintomas recentes, histórico de doenças, cirurgia ou tratamentos recentes e histórico de medicamentos, seguindo uma sequência, o paciente ilustrado encontrava-se com respiração espontânea sem sinais de obstruções, à monitorização dos parâmetros PA 200/140, eletrocardiograma ritmo sinusal dentro da normalidade, oximetria 97% a ar ambiente.

Avaliando os qualificadores para classificação de risco, entre os itens PAS ≥ 220 ou PAD ≥ 130 mmHg sem sintomas, o paciente é candidato para observação amarela no que se refere a PA, até reavaliação do mesmo a cada iniciar rapidamente a conduta por se tratar de uma Urgência Hipertensiva, crise sem lesão de órgão-alvo, dentre as condutas que podem ser adotadas para o ilustrado anti-hipertensivos orais, como captopril 25-50 mg VO (repetir em 1 hora, se necessário); Nifedipina 10-20 mg VO, fazendo uma observação por perto.

Considerando isso, temos alguns passos iniciais quando chega um paciente na emergência ou quando recebemos um chamado para atendimentos de vítimas.

Os passos serão detalhados posteriormente em tópicos específicos; Se no caso o paciente fosse classificado como crítico, deve-se chamar ajuda, em quanto refer ao termo *CHAMAR AJUDA* implica em chamar a equipe de emergência, solicitar que tragam o carrinho de emergência, contendo desfibrilador e as drogas adrenérgicas, paralelamente transferir o paciente para a sala vermelha, a fim de poder otimizar a monitorização e estar preparados ante eventos possíveis, isso no ambiente intra Hospitalar. Já no extra-hospitalar, implica em chamar o Suporte Avançado de vida, o SAMU 192 ou o SIATE 193, se estando no SAMU regular rapidamente e estabilizar.

Por fim, o paciente foi abordado como uma Urgência Hipertensiva e após resultados dos exames como “possível Injúria Renal”, sendo hidratado como mencionado acima. Durante horas de estudo reflexionando, raciocinando e aprofundando sobre o caso, formou-se uma sequência de achados que levavam a um diagnóstico além de sintomático, etiológico.

Paciente etilista, usuário de etanol, determinado como uma das causas mais comuns dentre as drogas e toxinas que causam rabdomiólise. O mecanismo pelo qual atua é através da inibição do acúmulo de cálcio no retículo sarcoplasmático, agride as membranas celulares dos miócitos e inibe a bomba Na-K-ATPase, que mantém a integridade celular. Assim como o paciente referiu que encontrava-se em jejum prolongado por inapetência alimentar, porém mantinha uso de etanol, o que poderia haver potencializado o seu efeito. Outra circunstância refere ao uso de Estatinas pelo paciente, somando-se como uma das causas de rabdomiólise.

Conduta que seria adotada:

Devido ao risco de complicações como hipercalemia logo PCR é indicado para paciente iniciar tratamento no departamento de emergência, sala amarela como reavaliação a cada 15 minutos.

Avaliação do exame de urina com fita reagente (dipstick) Urinálise (dipstick + microscopia) espera-se este positiva para sangue; entretanto, na avaliação microscópica não há a presença de eritrócitos.

Solicitar eletrocardiograma (ECG) 12 derivações, devido ao risco de hipercalemia. Exames Hidroeletrólíticos Ureia/creatinina, sódio, potássio, cálcio, fósforo e ácido úrico, devido a que o dano muscular causa liberação de potássio e fósforo na corrente

sanguínea, causando elevações nos níveis séricos desses eletrólitos, usualmente transitórias, uma vez que se segue a sua excreção renal.

Laboratoriais, função e lesão hepática, TGO, TGP, Albumina, Hemograma completo, CPK. Controle de diurese, através de uma sonda de demora.

Hoje, a maioria dos autores considera como critério para o diagnóstico de rabdomiólise a presença de lesão em órgão-alvo, como lesão renal, acompanhado da história clínica. A literatura e estudos prospectivos sobre dados clínicos ou laboratoriais preditores do desenvolvimento de Lesão Renal Aguda (LRA) ou necessidade de terapia de substituição renal nos pacientes com rabdomiólise, com o intuito de identificar pacientes de alto risco e que mereceriam um suporte terapêutico mais agressivo. Sendo o objetivo primário do tratamento, a prevenção de fatores que causam LRA, para tanto são necessários: Hidratação agressiva, com 10/14L/dia, 1-2 L/hora até a obtenção de débito urinário adequado (200-300 mL/hora) e estabilização hemodinâmica, com SF ou RL, porém sempre estar atentos com a quantidade de K⁺ mEq que possui a solução, para evitar uma condição hipercalemica; Alcalinização da urina manter >6,5 pH urinário com bicarbonato a 4%, diminuindo a toxicidade dos pigmentos musculares no túbulos renais.

Relembrando que foi optado por utilizar Furosemida como primeira conduta, Não entanto a literatura mostra que os diuréticos de alça: não apresentam impacto positivo ou negativo no desenvolvimento e nos desfechos da LRA.
Orientado em caso se hipervolemia.

Por fim, estar atentos a possíveis complicações, avaliar critérios de transferência para Terapia Intensiva.

CASO CLÍNICO 3: CORRE...!!! ERGUE O BRAÇO

Cenário: PS Hospital, situação plantão noturno, uma hora após início do plantão, corredor do PS, “sem leitos disponíveis”, chegada do paciente via SAMU por Vaga zero, entrada pela sala de emergência.

Identificação: Paciente J.A.V 64 anos, masculino.

QP: “Falta de ar, sufocamento”

HDA:

Há quatro dias, relata início súbito de dispneia, piora progressiva acompanhado de dor (7/10 classificação de dor) retroesternal inspiro dependente, melhora a respiração superficial, nega sintomas como febre, sangramentos, vômitos, astenia, prostração. Paciente alega que dias prévios teve um quadro único de febre 40 C (não sabe identificar quantos) e que vinha apresentando tosse seca com piora a decúbito dorsal.

No momento alega dispneia piora a inspiração profunda, melhora em ortostase, nega sintomas como febre, sangramentos, rebaixamento do nível de consciência.

HPP:

HAS, DM, em uso contínuo de losartana, HCTZ, metformina, glibenclamida, (não sabe referir posologia) acompanhamento ambulatorial na UBS, nega outras comorbidades, nega alergias, nega internações prévias, o mesmo informa que teve um quadro de erisipela (sic) há 30 dias em região dorsal do MIE com tratamento ambulatorial de antibiótico com melhora total.

HEV:

Nega etilismo, ex-tabagista 15 anos/maço parou há >10 anos. Trabalhador de motorista de caminhão há mais de doze anos.

Revisão teórica do caso clínico

O que é a terrível, “VAGA ZERO?”, durante o decorrer do internato, ouvimos essa palavra, durante aulas, durante a própria prática, nas UPAs, muitas vezes a escutei mas não sabia a repercussão da mesma, essa “vaga zero” como muitos a pronunciaram é nada mais do que um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências.

Como o significado implanta, não deve ser utilizada cotidianamente, mas e porque, será talvez, que gera um problema para quem recebe a solicitação no entanto torna se uma possível solução para quem precisa.

A solicitação de Vaga Zero é competência do médico Regulador, ela visa garantir atendimento de urgência em setores de internação que sejam referência para os cuidados que necessita o paciente, mesmo não havendo leitos disponíveis. O encaminhamento de pacientes como “vaga zero” é prerrogativa e responsabilidade exclusiva dos médicos reguladores de urgências, que deverão, obrigatoriamente, tentar fazer contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência ou porta de urgência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento.

O paciente supracitado do caso, foi encaminhado da UPA via SAMU e deu entrada no PS do hospital porém o mesmo não chegou com informações detalhadas em relação ao quadro clínico do mesmo, pelo médico solicitante, sim houve a comunicação do regulador, não entanto foi “omitida essa informação”.

Segundo a Resolução 2077 do CFM em caso de transferência de pacientes de unidades de saúde para hospitais de maior complexidade em “vaga zero”,

as informações detalhadas em relação ao quadro clínico do paciente deverão ser encaminhadas, por escrito, pelo médico solicitante do serviço de saúde de origem.

Mas o que acontece com a equipe que irá receber o paciente, não tendo leito disponível - seja por falta de equipamentos suficientes ou por falta de equipe suficiente essa equipe durante a jornada fica em estado de estresse e, do outro lado, a equipe do serviço que não possui suporte adequado para a permanência do paciente, também vivencia um estresse enquanto o paciente não é encaminhado ao local de referência. Uma Sensação Desestabilizadora.

Em alguns momentos ouvimos “boatos” de que tinham que pedir vaga zero ao regulador pois o hospital de referência tinha vagas mas não “queria” aceitar. Segundo a portaria 2.048 de 2002, o serviço precisa acatar a determinação do regulador. Continuando o caso clínico:

Exame Físico:

REG, anictérico, acianótico, hipocorado +2/4+, hidratado, taquipneico, responsivo, orientado, lúcido, GCE 15.

Sinais vitais: Temperatura axilar 36,2; HGT: 120; Sat 88% ar ambiente. FC 58 bpm, FR 27 irpm, PA: 140/90, Sat 89 em ar ambiente, enchimento capilar 2 seg. Aparelho Cardiovascular: BNF, RR, sem sopros com desdobramento de segunda bulha, sem ingurgitamento jugular, presença de ictus palpável maior a duas polegadas, pulsos centrais cheios e simétricos.

Pulmonar: Expansibilidade torácica simétrica bilateralmente, ausência de esforços respiratórios visíveis (uso de musculatura acessória), MV som claro pulmonar audíveis em todos os campos, presença de crepitanes finos (estertores inspiratórios) em bases de ambos hemitórax; FTV preservado.

Abdome: Globoso, RHA+ em todos os quadrante; traube livre, hepatimetria 3 dedos abaixo o RCD; depressível e indolor a palpação superficial, indolor à palpação profunda; Giordano negativo em visceromegalias.

Membros: Panturrilhas livres, pulsos periféricos (radial, cubital, poplíteo, tibial, pedioso) palpáveis cheio e simétricos. Pulsos de membros inferiores presentes porém finos, presença de edema bilateral com cacifo +2/+4.

Neurológico: GCE 15; pupilas isofotorreaagentes, ausência de sinais de irritação meníngea, tônus muscular preservado, e trofismo muscular preservado.

Revisão teórica do caso clínico

Todo paciente grave ou potencialmente grave na unidade de urgência-emergência, se está responsivo, começa sendo abordado com a monitorização dos sinais vitais, suplementação de O₂ e realização de acesso venoso periférico e HGT. O objetivo dessa conduta é que as próximas condutas possam ser tomadas no menor tempo possível. Desse modo, o MOV se compõe em:

- M: monitorização cardioscópica, de oximetria de pulso e de PA: alguns sinais vitais alterados são indicativos de instabilidade hemodinâmica e guiam conduta:
- Frequência respiratória >30 ou < 8 rpm
- Saturação Arterial de Oxigênio (SatO₂) < 90%
- Frequência Cardíaca (FR) >100 ou < 50 bpm
- Pressão Arterial Sistólica (PAS) <90 mmHG ou PAM <65 mmHg
- Tempo de enchimento capilar (TEC) > 3 segundos

Na prática, o MOV é realizado pela equipe de enfermagem enquanto o médico plantonista realiza o AMPLA e ABCD.

A abordagem do paciente supracitado, foi abordado inicialmente com MOV E (eletrocardiograma), foram estabelecidas hipóteses diagnósticas, como diagnóstico principal exacerbação DPOC, insuficiência cardíaca (classificado com a classificação de forrester Quente e húmido), a oferta de oxigênio (O de MOVE) devido a que a saturação encontrava-se valores inferiores aos esperados, a SatO2 avalia a proporção de hemoglobina à qual há O2 ligado, mensurada não invasivamente por oximetria de pulso, não entanto por ser um paciente ex-tabagista com carga pesada de tabaco, pode-se suspeitar que o limiar de oxigênio pode ser menor (SatO2 88-92%), porém para isto deve se fazer uma sistematização de exames para diagnóstico doença pulmonar crônica.

Conduta adotada pela equipe

Sala vermelha, com suporte de oxigênio, máscara de O2 sistema venturi bico laranja, ainda se avalia uso de VNI. Solicitação de exames de imagem ecocardiograma, gasometria venosa, solicitado BNP e Pro BNP, solicitado retirar SVD, “Suporte Clínico”, “Vigiar padrão ventilatório nível de consciência, frequência cardíaca e curva térmica”.

Não foi avaliado o recurso de IOT. Paciente recebeu durante horário de visita a família, onde ele comentou que não estava se sentindo mal, que a “falta de ar” tinha sumido, que agora está com leve desconforto, mas se deveria por estar nessa “maca desconfortável”. Terminou o horário, e os profissionais, estavam “tranquilos” em quanto ao quadro do paciente.

Reavaliação pelos Internos

Paciente em uso de Máscara de O2 a sistema Venturi, com fluxo de 12L bico laranja, sem uso de antibioticoterapia, culturas de admissão em andamento, gasometria em andamento, outros exames em andamento, RX de tórax em andamento. Não está em uso de droga vasoativa, conectado ao monitor cardioscópio, em

monitorização de SatO₂ (84%), eletrocardiograma não mostrou alterações aparentes (laudado em ajuda do residente); desconforto respiratório respiração abdomino-torácica. Foram passadas as informações para o residente plantonista e o médico plantonista responsáveis, a conduta adotada a partir, manter suporte de oxigênio, reavaliação após exames.

Discussão com os Médicos e Internos: Aparentemente mantém saturação “estável”, não há pioras porém também não a uma melhora total, pode se tratar de um basal do mesmo.

Porém durante a avaliação, do paciente, foi avaliado com intuito de identificar que o mesmo não esteja sofrendo uma parada respiratória iminente, ou que fosse a evoluir para a mesma. Ainda assim uma hora após a entrada do paciente à unidade, e minutos vinte após a visita dos familiares, ocorreu um fato defasto.

Reavaliação do paciente pelos Internos, Solicitaram avaliação conjunta com médico Residente, e, Médico Plantonista.

Avaliação do paciente: cianose de lábios, desconforto respiratório grave, em uso de musculatura acessória afundamento de fúrcula, fala entrecortada, taquipnéia 27 irpm, Sat 75% rebaixamento do nível de consciência, o monitor cardioscópio mostra aparente taquicardia 120bpm.

Paciente evoluiu para via aérea definitiva IOT com cuff, em eminente PCR AESP. Solicitado apoio e o carrinho, inicio de compressões cardiotorácicas 30:2 até chegada de ajuda e carrinho, acionado o protocolo de PCR paralelamente, vários ciclos, dez ciclos e foi cessado as manobras de ressuscitação, paciente foi para óbito, “hora da morte 22:10 da noite”.

Solicitado comunicação com os familiares, para se apresentarem no PS hospitalar, após chegada dos mesmos, comunicação do óbito pelo residente com presença dos Internos.

Este caso clínico, motivo e desmotivou-me em vários aspectos, devido ao qual foi escolhido como o “Caso motivador”, ressaltado entre todos os vivenciados.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este ano foi, considerado como um salto enorme, e que o módulo de Urgência e Emergência, me fez aprimorar muitas coisas, me deu um entendimento da verdadeira prática, neste período “longo” porém curto aprendizado qualificado. Desenvolvimento de habilidades, raciocínio, competências, reconhecimento de falhas e dificuldades, superação de medos e inseguranças, percepção auto-crítico e auto avaliação com mais clareza. Execução de minha empatia emocional nas relações interpessoais/interdisciplinar, para com os pacientes, e com os integrantes da equipe, com aquisição diária não só do conhecimento técnico teórico, também de novos relacionamentos, apreciação do cenário e da calidez humana com o que tratamos em nossas práticas. Mas do que isso, pode, utilizar a ferramenta teoria na prática, aplicar as experiências e individualidades. No início do ano, crie expectativas sobre o módulo, devido a prévia interação no Pré-Internato, pois é uma área do meu agrado e gosto, dentre as expectativas criadas, várias delas foram atingidas, e outras superadas, em fim fui surpreendida positivamente, uma vez que as dificuldades se tornaram conquistas.

Acredito que ainda há muitas coisas a serem melhoradas no meu crescimento como “Médica”, mas estou ciente que irei por trás de isso, mantendo aquelas boas qualidades que me foram faladas e dedicadas por preceptores e colegas, durante o decorrer do internato, os Feedback positivos há para com minha pessoa.

Muitas vezes subestimar meus conhecimentos, porque não consegui vê-lo concretizado na minha atuação na prática, mas o módulo foi um forjador no meu aprendizado, assim como a vivência com a equipe técnica, preceptores, médicos, residentes, técnicos em enfermagem, enfermeiros, outros internos, e amigos do próprio curso, etc, que me ajudaram a organizar e esquematizar aquilo que possuía de informação, da mesma forma o relacionamento com eles, fez do internato um cenário de

resolução de conflitos, trabalhar em companheirismo, aprendizagem compartilhada e compressão.

De forma geral, nós ajudamos muito e aprendemos muito uns com os outros. Dessa forma, com vários escalões a mais de segurança, sinto que tenho uma postura mais profissional e que aprendi a me posicionar, a expor minha opinião de forma mais clara e concisa. Aprendi muito sobre diversos conteúdos da medicina, mas também sobre ser médica. Confiante, acredito que todo o aprendido, vou levar, e vai me ajudar a encarar o restante do internato, igual crescimento de uma árvore uma semente é o início para a criação de um tronco seguido de ramos, flores e no fim darão frutos, que serviram na construção desta médica em formação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2a edição, 2016.

CRESPO, A.R.P.T. et al. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado**. Comitê do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT) em cooperação com o Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. Elsevier Editora, 2004

ELO, M. C. B.; SILVA, N. L. C. **Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2011. 141 p.
GUIMARÃES, H. P; LOPES, A. C.; LOPES, R.D. Tratado de Medicina de Urgência e Emergência. São Paulo: Ed Atheneu, 2010.

GOMES, R.; BRIN, R. D. F. **Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica**. Aquilante, A. G., & Avó, L. R. D. S. D. Revista brasileira de educação médica, 33(3), 433-440. 2009.

HELTON, S. M. BRANDÃO, R. A. VELASCO, I. T. **Medicina de Emergência: abordagem prática**. 13o Edição Revisada e atualizada.

HELTON, S. M. BRANDÃO, R. A. VELASCO, I. T. **Medicina de Emergência: abordagem prática**. 12o Edição Revisada e atualizada.

KASSIRER J.P. KOPELMAN R.L. **Learning clinical reasoning**. Baltimore : Williams and Wilkins, p.1-332. 1991.

MACDONALD, R Loch; A SCHWEIZER, Tom. **Spontaneous subarachnoid haemorrhage**. The Lancet, [S.L.], v. 389, n. 10069, p. 655-666, fev. 2017. Elsevier BV.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)30668-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30668-7).

MONIZ, S. M. et al . **Rabdomiólise como manifestação de uma doença metabólica: relato de caso**. Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo , v. 29, n. 1, p. 111-114, Mar. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2017000100111&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Agos. 2019.

_____. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2011a. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>.

Acesso em: 5 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20170016>.

OLIVEIRA, F, A. E. ; SOARES F. L. ; ARAÚJO M. ; GARCIA P.T. (org.) Redes de atenção à saúde: **Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde**. São Luís: EDUFMA, 2018.

PORTO & PORTO , C.C. **Semiologia médica**. 8 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2019

RESOLUÇÃO **CFM** **nº** **2.077/14.** Disponível em:
<<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf> > Acesso em: 21 de maio de 2019.

RIELLA, M. C. **Princípios da Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos**. 5a Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 1068p. 5. ACARINI, MT; STARLING, SV. Manual de Urgências em Pronto Socorro. Salvador: Ed GBK, 2014.

UMUTOGLU, T. et al . **A influência das manobras de suporte das vias aéreas sobre a visibilidade da glote em fibrobroncoscopia pediátrica**. Rev. Bras. Anesthesiol., Campinas , v. 65, n. 5, p. 313-318, Oct. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942015000500313&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjane.2014.09.016>.