



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

CURSO DE MEDICINA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: VIVÊNCIAS DE
UMA ACADÊMICA CADEIRANTE EM CAMPOS DE ESTAGIO**

AMPARO ANALI LUGO GUILLEN



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

CURSO DE MEDICINA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: VIVÊNCIAS DE
UMA ACADÊMICA CADEIRANTE EM CAMPOS DE ESTAGIO**

AMPARO ANALI LUGO GUILLEN

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

Orientadora: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench.

Foz do Iguaçu
2020

AMPARO ANALI LUGO GUILLEN

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: VIVÊNCIAS DE
UMA ACADÊMICA CADEIRANTE EM CAMPOS DE ESTAGIO**

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

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof. Luis Fernando Boff Zarpelon
UNILA

Prof. Roberto de Almeida
UNILA

Foz do Iguaçu, 25 de setembro de 2020.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo da autora: Amparo Anali Lugo Guillén

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

Título do trabalho acadêmico: INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: VIVÊNCIAS DE UMA ACADÊMICA CADEIRANTE EM CAMPOS DE ESTAGIO.

Nome da orientadora: Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: 25/09/2020

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.

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, 25 de setembro de 2020.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho, bem como todas as minhas demais conquistas aos meus pais, professores, preceptores e amigos.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, pela fortaleza e coragem durante toda esta longa caminhada.

Aos meus pais, por acreditarem e investirem em mim, não mediram esforços para que chegasse até esta etapa da minha vida, sem vocês o sonho de me tornar Médica não seria possível.

A minha querida professora e orientadora Flávia Julyana Pina Trench que desde o início do curso foi como uma segunda mãe para mim, sempre me brindou seu apoio, confiança e foi fundamental para que possa atravessar todas as barreiras no trajeto do curso. A minha formação, inclusive pessoal, não teria sido a mesma sem a sua pessoa.

Aos professores da banca pela paciência e orientações durante a defesa deste trabalho.

A todos os professores que me acompanharam durante a graduação, foram muito importantes na minha vida acadêmica e para o meu desenvolvimento pessoal, profissional; me mostraram o quanto a medicina é apaixonante.

Aos preceptores de todos os cenários de prática que frequentei, pela paciência, empatia e ensinamentos ao longo das supervisões das minhas atividades.

Aos amigos e companheiros de curso, pelo incentivo, paciência e apoio constante durante estes seis anos.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, muito obrigada.

Só se pode alcançar um grande êxito quando nos mantemos fiéis a nós mesmos...

Friedrich Nietzsche

LUGO GUILLEN, Amparo Anali. **Internato em urgência e emergência: vivências de uma acadêmica cadeirante em campos de estagio**. 2020. 40 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

RESUMO

O presente trabalho traz como tema: “Internato em urgência e emergência: vivências de uma acadêmica cadeirante em campos de estagio”. Expõe a experiência pessoal da acadêmica durante o módulo de Urgência e Emergência do Internato e como cumprimento obrigatório para a formação. Contempla como campos de estágios o Pronto-Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), a base do Serviço de Atendimento Móvel a Urgências (SAMU), a Unidade de Pronto-Atendimento João Samek e a Unidade de Pronto-Atendimento Morumbi em Foz do Iguaçu. Objetiva apresentar as situações vivenciadas pela acadêmica mostrando dificuldades e sentimentos que possam ter auxiliado ou atrapalhado no seu desenvolvimento nos cenários de prática, comentar alguns casos clínicos onde tiveram participação da aluna com seu referente raciocínio clínico e manejo do paciente, bem como realizar autoavaliação de forma coerente com o aprendizado adquirido ao longo do estágio, apontando para fatores de crescimento e habilidades que ainda precisam ser melhorados. A prática e o estudo foram desenvolvidos ao longo do período do Internato, a través de anotações sobre os casos clínicos vivenciados, atividades desenvolvidas e temas a serem revisados.

Palavras-chave: Internato. Urgência. Emergência. Acadêmica cadeirante.

LUGO GUILLEN, Amparo Anali. **Internship in urgency and emergency**: experiences of an academic in a wheelchair in internship fields. 2020. 40 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

ABSTRACT

The present work has as its theme: “Internship in urgency and emergency: experiences of an academic in a wheelchair in internship fields”. It exposes the academic's personal experience during the Internship Urgency and Emergency module and as mandatory compliance for training. It includes as internships the Emergency Room of the Padre Germanno Lauck Municipal Hospital (HMPGL), the base of the Mobile Emergency Care Service (SAMU), the João Samek Emergency Care Unit and the Morumbi Emergency Care Unit in Foz do Iguaçu. It aims to present the situations experienced by the academic showing difficulties and feelings that may have helped or hindered their development in the practice scenary, comment on some clinical cases where the student participated with their referring clinical reasoning and patient management, as well as conducting self-assessment consistent with the learning acquired during the internship, pointing to growth factors and skills that still need to be improved. The practice and study were developed throughout the internship period, through notes on the clinical cases experienced, activities developed and themes to be reviewed.

Key words: Internship. Urgency. Emergency. Academic wheelchair

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Protocolo de Manchester para classificação de risco.....	15
Figura 2: Escore de Wells	29
Figura 3: Fluxograma de investigação de TVP.....	31

LISTA DE SIGLAS

BEG- Bom estado geral

DM- Diabetes Mellitus

DVA- Droga vasoativa

ECG- Eletrocardiograma

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

HMPGL- Hospital Municipal Padre Germano Lauck

LOTE- lúcida orientada em tempo e espaço

MEG- Mal estado geral

PS- Pronto Socorro

REG- Regular estado geral

RUE- Rede de urgência e emergência

Rx- Raio-X

SAMU- Serviço de atendimento móvel de urgência

SIATE- Serviço de atendimento ao Trauma em Emergência

SUS- Sistema Único de Saúde

TC- Tomografia Computadorizada

TVP- Trombose Venosa Profunda

UE- Urgência e Emergência

UPA- Unidade pronto atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 DESENVOLVIMENTO	
2.1 REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE- REDE DE URGENCIA E EMERGENCIA	
VIVENCIAS DA ACADEMICA	14
3 CASO CLINICO 1	25
4 CASO CLINICO 2.....	33
5 SOLUÇÃO DE PROBLEMAS OBSERVADOS.....	37
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E AUTOAVALIAÇÃO	37
7 REFERENCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho traz as vivências de uma acadêmica cadeirante nos campos de estágios durante o Internato no módulo de Urgência e Emergência.

A realização do estágio foi procedida nos serviços que compõe a Rede de Atenção às urgências e emergências vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) de Foz de Iguaçu- PR sendo estes: Pronto Socorro (PS) do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) João Samek, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Dr. Walter Cavalcante Barbosa e o Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). Fazem parte também da Rede o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC) onde se situam a UTI coronária, serviço de obstetrícia, neonatologia, oncologia, além do serviço de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE). A Atenção Primária a Saúde (APS) também tem um papel importante como porta de entrada para agravos da saúde, sendo o ponto inicial de muitos fluxos de atendimento dentro da Rede.

Objetivam em este trabalho: descrever as vivências da acadêmica nos vários cenários de prática, apontando as dificuldades e sentimentos que possam ter influenciado de forma positiva ou negativa durante as práticas; correlacionar a teoria com a prática a través dos casos clínicos, procedimentos médicos nas quais a acadêmica teve participação; revisar protocolos e matérias vistas anteriormente para assim poder analisar e avaliar se a conduta por parte do serviço foi o correto ou não e dessa forma a acadêmica possa construir adequadamente sua vivência prática; aprender o fluxo do sistema de atendimento do hospital e sua rede; realizar autoavaliação de forma coerente com o aprendizado adquirido ao longo do estágio, analisando fatores de crescimento e conhecimentos e habilidades que ainda precisam ser melhorados.

Este trabalho está estruturado da seguinte forma: Introdução, fazendo uma breve explicação do tema; Desenvolvimento, relatando as vivências nos vários cenários de prática; Casos Clínicos, descrevendo a correlação da teoria com a prática e breve reflexão e conclusão referente a cada caso; Solução de problemas observados, dissertando possíveis soluções para melhorar situações negativas; Considerações finais e autoavaliação e Referências Bibliográficas.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE: REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. VIVÊNCIAS DA ACADÊMICA.

As portas de entradas para o acesso no serviço de saúde de pacientes em situações de urgência e emergência são: UBS, UPA, SAMU/SIATE, Pronto Socorro e Demanda Espontânea.

UNIDADE BASICA DE SAUDE: A UBS faz parte do componente pré-hospitalar, que é descrito como aquele responsável pelo atendimento em primeiro nível de atenção aos usuários cujas demandas caracterizem-se por quadros que necessitam de pronto atendimento ou estabilização imediata ou mediata. A atribuição da Atenção Básica é fazer o acolhimento das urgências de baixa gravidade ou complexidade. Deve também, depois de fazer a classificação de risco, acionar a central de regulação com o serviço de atendimento pré- hospitalar para que o paciente possa ser encaminhado ao local adequando conforme seu quadro clínico (PACHECO, 2015).

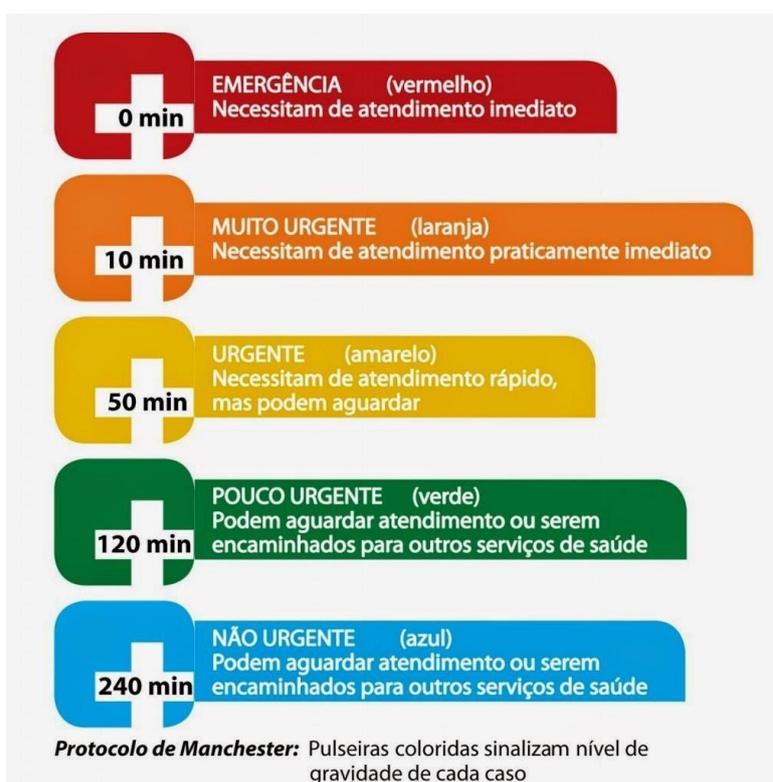
Durante o internato, além do módulo de Urgência e Emergência teve o módulo de Atenção Primária a Saúde onde a estagiária teve a oportunidade de acompanhar as consultas do preceptor, e conforme o passo do tempo foi ganhando a confiança do preceptor já podendo realizar sozinha algumas consultas. Os casos mais vistos foram pacientes hipertensos crônicos com crises hipertensivas, diabéticos com crises de hiperglicemia, crianças com febre alta que não baixavam mesmo depois de serem realizadas as medidas básicas, gestantes em situações de aborto espontâneo, pacientes com dificuldade respiratória moderada a grave; estes pacientes são encaminhados ao serviço de maior complexidade para estabilização clínica, porém a aluna observou que muitos destes pacientes poderiam ser estabilizados na própria UBS, mas a maior dificuldade para isso é a limitação de estoque de medicamentos, e os médicos e a própria equipe de saúde sentem-se com as mãos atadas por não possuírem as medicações necessárias como, por exemplo, insulinas, tramadol, entre outros. Na maior parte dos casos, as UBSs onde a estagiária fez estágio, seguiam corretamente os protocolos de acolhimento, classificação e encaminhamento de pacientes em situações de urgência. Aprendeu também a como fazer o contato com o serviço móvel de atendimento de urgência. Nas UBSs onde a aluna fez os estágios não teve dificuldade em quanto à acessibilidade como, por exemplo, os consultórios, recepção, banheiros eram amplos, confortáveis; também os funcionários em geral

não demonstraram nenhuma discriminação, rejeição, ao contrário, foram bastante solidários, cálidos, empáticos, isso foi fundamental e ajudou bastante a estagiária para que possa se desenvolver e realizar suas práticas sem intercorrências.

UPAs: JOÃO SAMEK E DR. WALTER CAVALCANTE BARBOSA (UPA MORUMBI).

Consideram-se como o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade, ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (PACHECO, 2015). As UPAs do Município de Foz do Iguaçu tem porte tipo II e tipo III, também faz parte de uma das portas de entrada de pacientes que procuram o serviço tanto por demanda espontânea (eles mesmo procuram o serviço por conta própria) e chegando á UPA são acolhidos e classificados segundo a estratificação de risco através do protocolo de Manchester, como assim também dão entrada com o SAMU/SIATE.

Figura 1: Protocolo de Manchester para classificação de risco



Fonte: www.hvc.com.br

Durante a vivência da acadêmica nas UPAs observou que a equipe de saúde deve estar muito bem capacitada para poder fazer a classificação de risco, porque a demanda nesse cenário é muito alta por conta de que muitos pacientes procuram o serviço por condições clínicas agudas não graves, traumas muito leves, enfermidades crônicas agudizadas, entre outros que não levam a risco de vida, mas muitos destes pacientes não querem aguardar o atendimento e exigem a rápida solução de sua condição, as vezes chegando a ser agressivos verbalmente com o profissional que trabalha nesse cenário. Os pacientes não críticos realizam a consulta em consultórios com um médico obrigatoriamente e depois de ser feito o procedimento adequado para cada caso são dados de alta. Além disso, estão os pacientes críticos, que geralmente chegam com o SAMU ou SIATE que já fazem a classificação e são encaminhados para a sala vermelha ou amarela para a sua estabilização rápida.

Também notou que o funcionamento nesse cenário não segue corretamente a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.079/14 que dispõe sobre a normatização do funcionamento das UPAs.

Alguns médicos plantonistas não faziam o diálogo com o médico regulador ou de outra instituição hospitalar, deixavam o trabalho para a enfermeira, ato considerado incorreto segundo a Resolução do CFM supracitado, Artigo 10, o que levava a atrasos de transferências de pacientes para os serviços de referência por falta de dados, o caso não era corretamente comentado ao médico regulador ou de outra instituição e como consequência desse ato também não era possível cumprir adequadamente o Artigo 16 da mesma resolução. Outras das consequências também do incumprimento da Resolução do CFM supracitado foram que muitos pacientes ficavam internados por mais de 4 horas na sala vermelha, sendo que essa ação é totalmente vedada, já que um paciente não pode ficar mais de 4 horas na sala vermelha após estabilização; sobre o internamento dos pacientes na Unidade, é vedada essa ação, o tempo máximo de permanência é de 24 horas para elucidação diagnóstica e tratamento segundo os Artículos 12 e 15, mas que nesse cenário é quase impossível por conta da sobrecarga do sistema e da falta de cumprimento correto dos protocolos.

Experiência Positiva e Negativa na UPA João Samek.

A interna teve um pouco de dificuldade na UPA João Samek. No primeiro e segundo plantão o médico plantonista foi muito acolhedor, prestativo, querido; explicou como funcionava o atendimento na sala de observação e na sala vermelha, tirava as dúvidas, ensinou a fazer as evoluções, deixava ter o contato com os pacientes, fazer as anamneses, exame físico para depois debater os casos e realizar a conduta, mas a equipe de enfermagem não foi muito acolhedora no primeiro dia, sentindo-se assim a aluna um pouco incomoda nesse ambiente por conta de que achava que estava sendo discriminada; no segundo plantão, foi se adaptando e também a equipe de enfermagem com ela sendo o ambiente de trabalho mais confortável. Depois do segundo plantão, esse médico trocou de dia, e no dia de plantão da interna ficou outro médico que era muito desagradável, ele não respondia verbalmente as perguntas feitas pela aluna, só respondia com a cabeça, a mesma pedia para fazer as reavaliações dos pacientes ou as admissões e ele não falava nem sim nem não então a interna ficava sem saber o que fazer ante essa situação, sentindo-se ignorada, muito mal e isso dificultava bastante realizar o plantão com sucesso e ter um bom aprendizado por mais que a predisposição para aprender e trabalhar estavam presentes. Então, depois de dois plantões com esse mesmo médico, a estagiária decidiu acompanhar um médico que já conhecia na sala de consultório fazendo as consultas com ele, não era o orientado pelos coordenadores do módulo, mas era impossível ficar 12 horas de plantão com uma pessoa com esse caráter, quem tinha tudo a perder era a aluna já que não tinha como aprender. Com o restante da equipe da UPA não houve nenhum tipo de problemas, foram muito acolhedores e amáveis. Também não houve problemas enquanto a acessibilidade física no local de estágio.

Experiência positiva na UPA Walter Cavalcante Barbosa.

A UPA Morumbi foi um cenário de prática que a aluna gostou muito, mas muito mesmo. Desde o primeiro contato toda a equipe foi muito receptiva, os médicos plantonistas da sala vermelha e amarela foram muito gente boa, predispostos a ensinar, respeitosos, não a faziam se sentir inferior a eles, ao contrario, a tratavam já como uma colega. No primeiro plantão, ensinaram para ela como funcionava o fluxo em ambas as salas, mostraram como trabalhar no sistema e tudo o necessário

para fazer o plantão ao ritmo deles. Em todos os plantões, permitiram a interna fazer as reavaliações de pacientes que já estavam internados, as admissões de pacientes que chegavam por demanda espontânea ou por SAMU/SIATE, deixando-a fazer a anamnese, exame físico, escrever no prontuário eletrônico com o usuário do plantonista aberto dando total confiança a sua pessoa; a mesma fez as prescrições, altas, sendo sempre liberadas depois da supervisão do médico plantonista. Em cada plantão era impressionante o numero de pessoas que se encontravam aguardando reavaliação, porque o médico plantonista anterior simplesmente deixavam as reavaliações para o turno da noite, e somado com as admissões sobrecarregavam o sistema. É neste cenário de prática onde realmente a aluna se sentiu útil, aproveitou bastante cada momento das 12 horas de plantão, aprendeu conhecimentos teóricos como assim também a melhorar a relação médico-equipe multiprofissional e médico-paciente. Foi muito emocionante, gratificante quando cada paciente ou familiar de paciente falavam “obrigada Doutora”, quando o médico plantonista percebia o esforço e proatividade da estagiária, cada final de plantão falava “parabéns, você é uma ótima interna, vai ser uma grande profissional no dia de amanhã”.

Intubação Oro traqueal

A primeira Intubação de sequencia rápida (ISR) da acadêmica foi na UPA Morumbi.

Identificação: I.R.L, 77 anos, feminina, residente em Foz do Iguaçu.

Queixa Principal: “Falta de Ar”

Historia da Doença Atual: Paciente relata que ha uma semana vem apresentando dispneia aos pequenos esforços, tontura, mal estar geral. Havia história prévia de gripe há 1 semana, evoluindo com tosse produtiva e prostração nas últimas 24 horas. Deu entrada na UPA Morumbi trazida pelo SAMU torporosa, com esforço respiratório e uso de musculatura acessória cervical mesmo com oxigênio suplementar por máscara de venturi.

Historia Medica Progressa: Hipertensa em uso de losartana 50mg 2x ao dia. Nega alergias medicamentosas.

Histórico Social: Nega tabagismo. Nega etilismo.

Exame físico:

Sinais vitais: PA 130x90mmHg FC113 bpm FR 32irpm Sp 85% com O2 suplementar, Tax 38,5°C

Ectoscopia: Paciente em MEG, sonolenta, desconforto respiratório com máscara de O₂ 6Lxmin, anictérica, normocorada, desidratada +/4+, reenchimento capilar normal.

ACV: Ritmo cardíaco regular 2 tempos, bulhas hipofônicas, sem sopro aórtico. Hemodinamicamente estável sem DVA.

AR: Murmúrio Vesicular diminuído em ambas as bases pulmonares com crepitações.

Abdome: globoso, sem dor a palpação, RHA positivos.

Neuro: Glasgow 11/15, pupilas isofotoreativas.

MMII: edema de membros inferiores +/4+, panturrilhas livres.

A radiografia de tórax em incidência AP mostrava consolidação pulmonar.

Hipótese Diagnóstica: Insuficiência Respiratória aguda.

Diagnóstico Diferencial: Pneumonia comunitária.

Conduta:

Foi prontamente atendida, tendo recebido 2000ml de solução cristalóide e realizado a intubação oro-traqueal e adaptado ao ventilador mecânico em modo A/C VCV com FiO₂ 100%.

O médico plantonista da sala vermelha recebeu a paciente, a aluna encontrava-se na sala amarela terminando uma reavaliação e foi à sala vermelha para pedir a assinatura e carimbo do médico quando ele perguntou a ela sobre os passos da ISR, respondendo a mesma corretamente a pergunta, então o médico falou que a aluna iria intubar a paciente que tinha acabado de chegar, e, sem duvidar a estagiária falou sim. Primeiramente a acadêmica lavou as mãos, enquanto a equipe estava preparando o posicionamento da paciente que fosse mais adequado e confortável para ela e também os materiais a serem utilizados; o médico estava fazendo a verificação dos materiais. Colocou as luvas e máscara, se posicionou, verificou os parâmetros, se era uma via aérea difícil ou não, a paciente estando já monitorizada; concluiu que não era uma via aérea difícil, então pediu ao enfermeiro a pré-oxigenar a paciente por 5 minutos com o AMBU acoplado a O₂ 15L/min, simultaneamente a isso pediu para fazer o pré-tratamento com fentanil 4ml EV e a indução com midazolam 5mg/ml 3ml, o técnico de enfermagem colocou um coxim na região occipital e ajudou a posicionar em hiperextensão a cabeça da paciente, uma vez que estava tudo pronto para laringoscopia, pediu o laringoscópio, pegou com a mão esquerda e começou a introduzir desde a rima bucal direita, afastando a língua a esquerda e prontamente já visualizou a valécula e cordas vocais.

Sem perde-lo de vista, pediu o tubo, introduziu, e o enfermeiro insuflou o cuff com 20ml de ar, acoplou rapidamente ao AMBU e o médico plantonista fez a verificação da posição do tubo nos cinco campos confirmando a posição adequada. Logo depois o técnico de enfermagem fez a fixação do tubo e o acoplamento ao ventilador mecânico. A equipe ajudou retirando os materiais e a aluna procedeu à lavagem das mãos, observou como o médico colocava os parâmetros ventilatórios e ele solicitou a mesma para fazer o registro no prontuário e solicitar Rx de tórax. A monitorização hemodinâmica da paciente era contínua e foi solicitado vaga na UTI.

A acadêmica ficou muito feliz e grata com o médico por ter dado a ela essa oportunidade que estava esperando tanto, ele e a equipe toda acompanharam a mesma em todo momento, ajudaram e ficaram felizes com ela por ter feito um bom procedimento. Quando o médico pediu para fazer a intubação no a aluna no seu interior teve medo, mas não podia também perder essa oportunidade porque no HMPGL sempre que tem intubação para fazer a estagiaria não conseguia por conta do pequeno espaço da sala e da grande quantidade de pessoas na equipe. Conseguiu aplicar na prática o que tinha aprendido na teoria e é muito satisfatório poder fazer essa conciliação.

Observou também como a equipe esta apta para tal procedimento, a organização que possuem, cada um já sabia o que devia fazer e como fazer, se comunicavam entre si, com o médico e com a aluna. Foi uma experiência maravilhosa que a mesma nunca vai esquecer, porque a fez sentir que também podia fazer o que os demais alunos faziam, com um pouco mais de ajuda claro, mas que não era impossível.

Conclusão: trabalhar nas UPAs ajudou muito a acadêmica para melhorar seu contato com os pacientes, saber entender as diversas patologias, ampliar sua visão para poder pensar nas hipóteses diagnósticas, diagnósticos sindrômicos, diagnósticos diferenciais, saber trabalhar em equipe e treinar a tolerância, paciência com pessoas intratáveis. Ajudou também a ela a amadurecer como pessoa, como estudante e futura profissional de saúde, porque conseguiu perceber que os médicos não dão a suficiente importância a alguns pacientes não críticos, capaz pela alta taxa de demanda e que devem atender a maior quantidade possível, passando por alto alguns detalhes que parecem não importantes, mas para o paciente é sim, então visualizando isso, a aluna é mais atenta com os pacientes e familiares. Muito grata com toda a equipe das UPAs pelos ensinamentos.

SAMU: Têm 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, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

Particularmente a acadêmica não participou dos atendimentos/plantões com a equipe do SAMU por conta da limitação física dela. Realmente a mesma teria gostado muito de poder ter feito esses plantões de atendimento pré-hospitalar, porque é uma área que gosta muito, desde a adolescência sempre quando ela assistia televisão sobre filmes ou series de médicos ficava muito empolgada, animada e falava a si mesma que gostaria de fazer esses tipos de atendimentos. Também quando escutava os relatos dos companheiros de curso sobre suas experiências no SAMU ficava um pouco triste. Então a aluna não pode relatar nenhuma experiência, vivência em este cenário de aprendizado porque não fez parte dele.

HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK

O Hospital Municipal Padre Germano Lauck, está inserido na rede de estabelecimentos de saúde, vinculados ao SUS, sob a gestão da Fundação Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu. A instituição é a maior do extremo oeste do Paraná, atendendo os nove municípios da 9ª Regional de Saúde; pacientes advindos da Tríplice Fronteira, assim como também é referência em emergência e trauma aos turistas brasileiros e estrangeiros sem seguro. É referência para atendimento a pacientes com quadros: neurológicos, ginecológicos, pediátricos, trauma, clínico, psiquiátricos, UTI adulto.

Os casos clínicos de emergência que a estagiária mais viu no PS foram AVC, TVP, sepses pulmonares, cutâneos, urinários, pé diabético, transtornos psicóticos. Na emergência de trauma as maiores porcentagens são por acidentes automobilísticos (motocicleta na maior parte), queda da própria altura.

Particularmente para a aluna no internato foi mais fácil se adequar à equipe de enfermagem, médicos plantonistas por conta de que já os conhecia e já estava familiarizada desde o pré-internato.

Como o trabalho no pronto socorro era de fazer admissão e tudo o que isso abrange, reavaliação de pacientes, estabilização e monitorização de pacientes, entre outros procedimentos, e como a acadêmica estava ganhando experiência nas UPAs, não teve dificuldades para realizar essas atividades, claro que nos primeiros tempos os médicos plantonistas não confiavam muito na mesma, ficavam observando como trabalhava, corrigiam quando cometia algum erro, mas quando eles perceberam que tinha muita proatividade e vontade de aprender, de trabalhar, já confiaram e começaram a lhe ensinar a manipular o prontuário eletrônico do hospital o TASY, os protocolos e já a deixavam fazer os trabalhos sendo supervisionada por eles. Pouco a pouco conseguiu ganhar autonomia e autoconfiança.

Ponto Negativo do Pronto Socorro.

A maior dificuldade da aluna para ampliar as atividades no PS foi o espaço físico. As salas da UCP, a sala vermelha e de trauma eram muito apertados, pequenos, quando tinha muitas pessoas dentro já quase não dava para a mesma se mobilizar. Por isso sempre que havia um procedimento como passar acesso venoso central, intubação ela não conseguia fazer, porque no caso de IOT tinha muita gente da equipe dentro da sala e nem dava para mexer muito as macas do lugar, algumas das macas não eram flexíveis para subir o baixar mais a cabeceira, a cadeira de rodas não conseguia entrar ou ficar numa posição adequada para que a aluna possa realizar o procedimento de IOT ou passar acesso venoso central. Isso a deixava triste porque teria gostado de fazer, para treinar, mas não teve a oportunidade, e não era por conta de que não sabia teoricamente como fazer o procedimento ou porque o médico não a deixava fazer, era simplesmente porque o espaço físico não era adequado e outro interno fazia então o procedimento e a acadêmica ficava observando em um cantinho distante para não atrapalhar. Por conta disso, a mesma ficou fazendo durante todo o estagio atividades com pacientes não críticos como os que estavam em observação e na sala de UCP que se encontravam estabilizados hemodinamicamente.

Ponto Positivo do Pronto Socorro.

A primeira sutura.

A primeira vez que a aluna realizou uma sutura em um paciente foi na sala de trauma do PS, em um paciente masculino, 28 anos, vítima de trauma por colisão moto com carro onde o paciente teve laceração do couro cabeludo bem extenso, sem fratura óssea. No módulo de cirurgia já teve treinamento básico de sutura e também a mesma participou em dois workshops sobre suturas em pele de porco. No dia do procedimento o médico plantonista perguntou quem queria fazer e a estagiária falou que queria treinar, mas que se ele poderia observar orienta-la. O médico teve muito boa predisposição a ensinar, então a aluna se preparou para fazer o procedimento lavando primeiramente as mãos, calçou as luvas, colocou máscara, enquanto isso o técnico de enfermagem já fazia a assepsia do local de sutura; depois o médico aplicou o anestésico na seringa e a aluna se posicionou atrás da cabeça do paciente que encontrava-se deitado, estável, monitorado; depois o médico indicou onde tinha que ir colocando o anestésico e a estagiária fazia conforme ele falava. Uma vez que o anestésico fez o seu efeito, procedeu a fazer a sutura. Em total a cabeça do paciente precisou 42 pontos.

Quando a aluna começou a fazer a sutura tremia muito, suave, custava pegar a agulha com o porta-agulhas, a utilização em si dos materiais era complicado e encontrava-se um pouco nervosa, porque não é a mesma coisa suturar uma pele humana do que a de um porco, mas conforme foi fazendo os pontos começou a pegar o jeito e foi se relaxando mais, culminando o procedimento em duas horas. O médico verificou o trabalho depois de terminar e falou que ficou muito bom para a primeira vez dela e deu os parabéns. A aluna ficou muito feliz por ter dado tudo certo e pela oportunidade que o médico a brindou. A equipe de enfermagem também ajudou muito preparando os materiais e retirando eles depois de finalizar o procedimento.

Outras atividades que também fez no PS com a equipe de enfermagem que em todo momento sempre estiveram dispostos a ensinar, foram: coleta de gasometria arterial, acesso venoso periférico, medicações EV, banho no leito. Fez muitas admissões de pacientes e reavaliações.

Conclusão: Trabalhar no PS do HMPGL ajudou a interna a entender que nem sempre é possível seguir os protocolos corretamente assim como aprendido nos livros por conta da falta da estrutura adequada e dos recursos, fazendo com que muitas vezes

os profissionais de saúde sintam-se impotentes e tentando dar o melhor de si com os recursos disponíveis para a melhor atenção ao paciente. Percebeu também que os médicos e a equipe de saúde toda são muito comprometidos com seu trabalho, observava como os técnicos de enfermagem tratavam bem os pacientes, eram sérios com seus trabalhos. Em este cenário pouco a pouco foi ganhando confiança, a se comportar com responsabilidade, aprendeu bastante com as orientações e ensinamentos dos médicos e da equipe de enfermagem, cometeu erros que foram observadas pelo médico e tentou corrigi-los, ampliou sua capacidade de pensar, raciocinar sobre os casos clínicos, suas complexidades graças a que com alguns médicos os casos eram debatidos. Foi uma experiência bastante enriquecedora e produtiva para estagiária.

3 CASO CLINICO 1

Cenário: PS HMPGL

Identificação: F.O., 79 anos, Masculino, residente em Foz de Iguaçu.

Queixa Principal: “Inchaço da perna esquerda”.

Historia da Doença atual: Paciente refere que aproximadamente ha 20 dias percebeu inchaço da perna esquerda e dor na virilha esquerda. Nega outras queixas.

Historia Médica Progressa: hipertenso ha 15 anos. Nega alergia medicamentosa.

Hábito social: Nega tabagismo, nega etilismo e uso de drogas ilícitas, nega cirurgias anteriores e trauma.

Medicações de uso atual:

-caltren 20mg 1 cp a noite.

-valsartasana 320 mg 1cp pela manhã.

-furosemida 40 mg 1cp de manhã.

-beclometasona 200mcg 1 puff de manhã e 1 a noite.

Exame físico:

Ectoscopia: Paciente em BEG, LOTE, eupneico em Ar Ambiente, afebril, anicterico, normocorado, desidratado +/-, reenchimento capilar normal.

ACV: Ritmo cardíaco regular, 2 Tempo, bulhas hipofoneticas, com sopro aórtico.

Hemodinamicamente estável sem Droga vasoativa.

AR: Murmúrio Vesicular Universalmente audível sem Ruídos Adventícios.

Abdome: globoso, sem dor a palpação, Ruído Hidroaéreo positivo.

Neuro: Glasgow 15/15, pupilas isofotorreativas.

Membros Inferiores: perna esquerda com sinal de bandeira positivo, dor a palpação, pantorrilha empastada, edema +++/4+ com leve sinal de cacifo, presença de varizes em ambos os membros

Perna direita sem alterações.

Exames Laboratoriais: Ureia 163; Cr 12,6; Na 130; K 5,9; Hb 12,7; Leucócitos 6.418 sem desvio; Plaquetas 197.000; TP 100%; RNI 1,0; TTPa 30,3.

O Paciente já possuía uma USG DOPPLER VENOSO DO MEMBRO ESQUERDO (foi solicitado na UPA João Samek dois dias antes do internamento no HMPGL): o estudo ultrassonográfico com Doppler do membro inferior esquerdo mostra trombose venosa profunda envolvendo a veia femoral comum, femoral superficial, femoral profunda e veia poplítea.

Diagnostico Sindromico: Síndromes venosas.

Hipótese Diagnostica: TVP proximal.

Diagnóstico Diferencial: Celulite. Erisipela. Picadura de animais peçonhentos. Insuficiência venosa periférica. Trauma.

Conduta feita no PS:

A acadêmica junto com o médico plantonista da noite aplicaram o protocolo de admissão de pacientes do HMPGL que são: classificar se é paciente crítico ou não, anamnese, exame físico, solicitação de exames laboratoriais de admissão sendo eles hemograma completo, ureia, creatinina, TGO, TGP, eletrólitos; coagulograma, Rx de tórax e ECG.

Depois que a aluna avaliou o paciente, comentou o caso com o médico, debateram, colocaram a hipótese diagnóstica, viram o exame de imagem que o paciente já possuía e então prescreveram anticoagulação plena com enoxaparina subcutânea 80mcg cada 12 hs e varfarina 5mg.

Reconciliação medicamentosa com as medicações que ele já tava usando e solicitaram a avaliação do especialista vascular como indica o protocolo do Hospital para saber qual conduta específica realizar com este paciente.

Resultados de exames de imagem: Rx de tórax apresentou índice cardiotorácico dentro da normalidade, sem demais alterações.

ECG apresentou ritmo sinusal, sem presença de arritmias.

Discussão do caso:

Primeiramente em uma sala de emergência deve-se classificar se um paciente é crítico ou não.

Este paciente é crítico?

NÃO.

Entende-se por paciente crítico quando o paciente possui a partir de uma afecção nos três grandes sistemas cardiovasculares, respiratórias e neurológicas. Em este caso pode se afirmar que o paciente não é crítico porque ele tinha os sinais vitais estáveis, não tinha desconforto ou dificuldade respiratória e encontrava-se lúcido, orientado. Então a classificação do paciente foi correta.

Como deve ser abordado este paciente?

Como já é sabida, a TVP caracteriza-se pela formação de trombos dentro de veias profundas, com obstrução parcial ou oclusão, sendo mais comum nos membros inferiores – em 80 a 95% dos casos. As principais complicações decorrentes dessa doença são: insuficiência venosa crônica/síndrome pós-trombótica (edema e/ou dor em membros inferiores, mudança na pigmentação, ulcerações na pele) e embolia pulmonar (EP). Esta última tem alta importância clínica, por apresentar alto índice de mortalidade.

Os principais fatores diretamente ligados à gênese dos trombos são: estase sanguínea, lesão endotelial e estados de hipercoagulabilidade. Portanto, idade avançada, câncer, procedimentos cirúrgicos, imobilização, uso de estrogênio, gravidez, distúrbios de hipercoagulabilidade hereditários ou adquiridos, constituem-se como fatores de risco para TVP. A sua incidência aumenta proporcionalmente com a idade, sugerindo que esta seja o fator de risco mais determinante para um primeiro evento de trombose. **Em este caso, a idade do paciente é o fator de risco já que na anamnese negou possíveis outras causas da TVP e no exame laboratorial não foi demonstrado distúrbios de coagulação.**

Para efeitos didáticos, os fatores de risco podem ser classificados como:

-Hereditários/Idiopáticos: resistência à proteína C ativada (principalmente fator V de Leiden); mutação do gene da protrombina G20210A; deficiência de antitrombina; deficiência de proteína C; deficiência de proteína S; hiperhomocisteinemia; aumento do fator VIII; aumento do fibrinogênio.

-Adquiridos/Provocados: síndrome do anticorpo antifosfolípido; câncer; hemoglobinúria paroxística noturna; idade > 65 anos; obesidade; gravidez e puerpério; doenças mieloproliferativas (policitemia vera; trombocitemia essencial etc.); síndrome nefrótica; hiperviscosidade (macroglobulinemia de Waldenström; mieloma múltiplo); doença de Behçet; trauma; cirurgias; imobilização; terapia estrogênica.

No caso de este paciente, foi chegado à conclusão de que é TVP adquirido apontando pela idade avançada do paciente e por ser o primeiro evento.

Depois de avaliar os fatores de riscos do paciente, a classificação da sua condição clínica, o médico plantonista recomendou à aluna abordar o paciente ignorando o ECO DOPPLER que já possuía e que já confirmava o diagnóstico, para que assim ela possa treinar e conciliar seu conhecimento teórico de abordagem de TVP.

Como se faz o diagnóstico da TVP?

O diagnóstico é feito por:

-Exame Físico: O quadro clínico, quando presente, pode consistir de: dor, edema, eritema, cianose, dilatação do sistema venoso superficial, aumento de temperatura, empastamento muscular e dor à palpação. *O paciente no caso apresentava dor, edema do membro acometido e empastamento da panturrilha.* Nenhuma avaliação clínica isoladamente é suficiente para diagnosticar ou descartar a TVP, pois os achados clínicos se relacionam com a doença em apenas 50% dos casos. **A literatura existente recomenda a anamnese e o exame físico, combinados com a realização de testes laboratoriais e exames de imagem.** O sistema de predição clínica de TVP mais bem estudado é o escore de Wells.

-Escore de Wells: É um modelo de predição clínica, baseado em sinais e sintomas, fatores de risco e diagnósticos alternativos, estimando a probabilidade pré-teste para TVP. Essa classificação tem se mostrado útil na abordagem inicial do paciente com suspeita de TVP. Em sua primeira versão, categoriza os pacientes com probabilidade baixa, moderada ou alta. Este escore deve ser usado em combinação com meios diagnósticos adicionais, como o eco Doppler colorido (EDC) associado à compressão de todo trajeto venoso troncular do membro inferior (pacientes com alto escore) e a mensuração do D-dímero (DD) (pacientes com baixo escore). A combinação EDC negativa seguida de DD negativo permite descartar com segurança a hipótese da TVP. Metanálise elaborada por Geersing GJ et al., define que, com escore de Wells ≤ 1 e DD negativo, a probabilidade de existência de TVP é menor que 2%, podendo excluí-la com segurança, em diferentes grupos de pacientes, com exceção de condições como o câncer e TVP recorrente.

Figura 2: Escore de Wells

Característica Clínica	Pontuação
Câncer ativo (paciente recebeu previamente tratamento para câncer pelo menos a 6 meses ou atualmente recebendo tratamento paliativo)	1
Paralisia, Paresia ou Imobilização da extremidade inferior	1
Imobilidade no leito por 3 dias ou mais, ou cirurgia maior nas últimas 12 semanas com anestesia geral ou regional	1
Dor localizada ao longo do trajeto do sistema venoso	1
Perna inteira edemaceada	1
Perna edemaceada, pelo menos 3 cm maior do que lado assintomático (medida realizada 10 cm abaixo da tuberosidade da tíbia)	1
Edema depressível na perna sintomática	1
Veias tributárias ectasiadas (não varicosas)	1
TVP prévia documentada	1
Diagnóstico alternativo pelo menos os parecidos com sintomas TVP	-2

Pontuação de 2 ou maior indica que a probabilidade de TVP é moderada a alta

Pontuação menor que 2 indica que a TVP é de baixa probabilidade

Fonte: www.sbacv.org.br

Foi aplicado o escore de Wells no caso?

SIM. Foi aplicado o escore de Wells no caso e o paciente tinha pontuação maior de 2, então a sua probabilidade de TVP era de moderada a alta.

- **Eco Doppler colorido (EDC):** O EDC venoso é o método diagnóstico mais frequentemente utilizado para o diagnóstico de TVP em pacientes sintomáticos. Apresenta menor acurácia em veias distais, em veias de membros superiores, e em pacientes assintomáticos. É o exame de escolha para o diagnóstico de TVP com sensibilidade de 96% e especificidade de 98- 100%.

Foi solicitado Eco Doppler no caso?

NÃO. No PS não foi mais solicitado este exame de imagem por conta de que o paciente já tinha feito na UPA quando ficou internado antes de ser transferido no HMPGL, quer dizer que a hipótese diagnóstica feita na UPA foi também de TVP por isso conduziram o caso como tal solicitando esse exame.

-Teste D-dímero (DD): é um dos produtos da degradação da fibrina, está presente em qualquer situação na qual haja formação e degradação de um trombo, não sendo, portanto, um marcador específico de TVP. Apresenta alta sensibilidade, mas pouca especificidade para o diagnóstico da TVP; seus resultados geralmente são divididos em grupos: negativo (500 ng/mL), intermediário (351-500 ng/mL), e positivo (>500 ng/mL).

Foi solicitado o D-dímero no caso?

NÃO. A aluna perguntou ao médico plantonista se solicitariam o DD ao paciente, mas ele explicou que lamentavelmente o Hospital não conta com o recurso para pedir esse exame laboratorial, que é um exame caro e que essas faltas de recursos fazem com que os protocolos de abordagem dos pacientes não possam ser seguidos corretamente, mas que mesmo assim devemos sempre estudar e entender a abordagem ideal dos casos clínicos e que também em este caso o paciente tinha alta probabilidade de TVP pelo escore de Wells e confirmação do diagnóstico com Eco Doppler, então solicitar D-dímero já não era necessário.

Quais são as recomendações para diagnóstico de TVP nas veias proximais de membros inferiores?

Em pacientes pelo escore de Wells com probabilidade moderada e alta recomenda-se:

- a- EDC;
- b- Dosagem DD;

Recomenda-se iniciar a investigação com EDC.

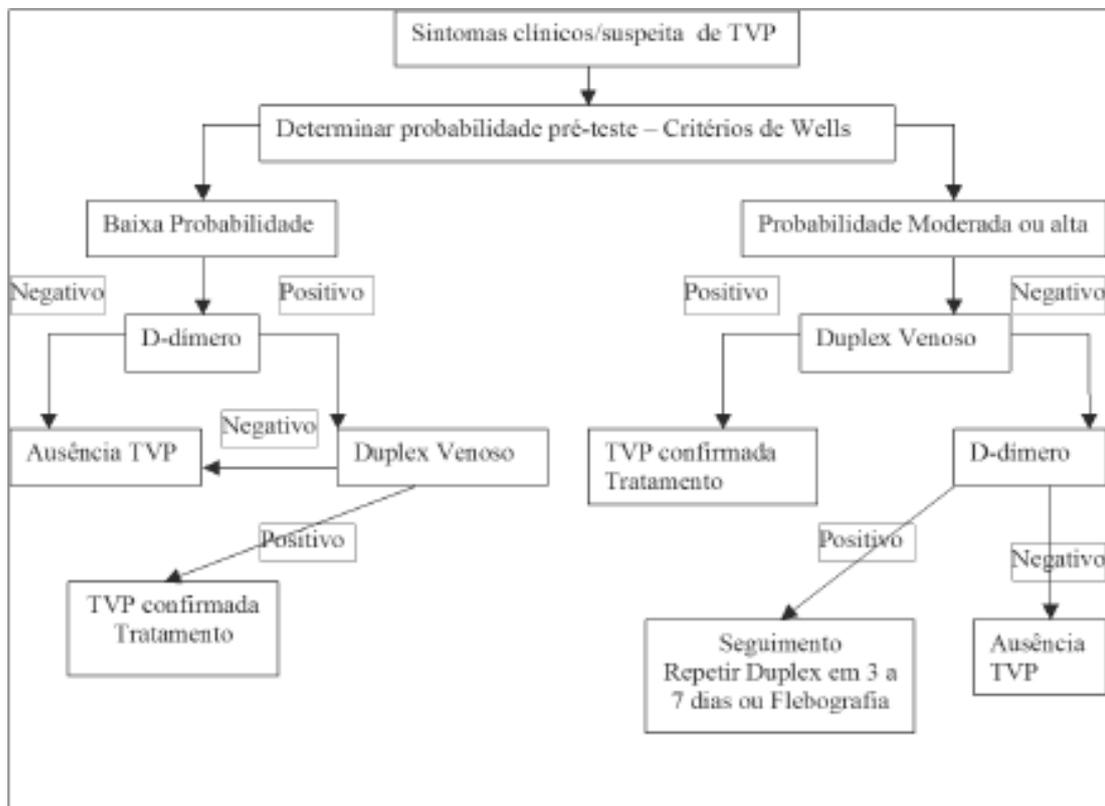
Se “a” for positivo para TVP, recomenda-se iniciar tratamento.

Se “a” negativo recomenda-se a realização do DD. Se DD negativo – afastada TVP.

Se DD positivo repetir EDC em três a sete dias. Se confirmada TVP – iniciar tratamento. Se negativo – afastada TVP, investigar outras causas.

No caso de este paciente a recomendação foi seguida corretamente, porque a EDC era positivo para TVP então ja foi iniciado o tratamento.

Figura 3: Fluxograma de investigação de TVP



Fonte: www.sbacv.org.br

Manejo da TVP

Após fazer toda a investigação e confirmar o diagnóstico, procede-se a internar o paciente e tratar a TVP.

A escolha da melhor terapêutica depende da condição clínica do paciente e de suas comorbidades. Em este caso, como o paciente encontrava-se estável e sem muitas comorbidades, foi procedido a iniciar o tratamento convencional, que é o início da heparina de baixo peso molecular (enoxaparina) via subcutânea 80 mcg cada 12 horas por no mínimo 5 dias associado a anticoagulante oral (antagonista da vitamina k- Varfarina) 5mg. Também o paciente foi monitorado com o coagulograma para que possa ser avaliada a suspensão da droga parenteral.

Foi correta a conduta terapêutica de este paciente?

SIM. O tratamento foi procedido conforme recomendando nas literaturas que recomenda, com alto nível de evidência, o tratamento inicial com: Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM) subcutânea, Heparina Não Fracionada (HNF) endovenosa

ou subcutânea monitorizada, dose fixa de HNF subcutânea, ou Fondaparinux subcutâneo, seguida de anticoagulantes orais a longo prazo. Duração: recomenda-se a duração do tratamento inicial (HNF, HBPM ou fondaparinux) por pelo menos cinco dias, associado aos antagonistas da vitamina K desde o primeiro dia de tratamento, até que o RNI (relação de normatização internacional) esteja no nível terapêutico, entre 2 e 3, por dois dias consecutivos. A partir deste momento, as drogas parenterais podem ser suspensas com segurança. Não se recomenda, em hipótese alguma, o tratamento inicial para TVP somente com antagonistas da vitamina K, uma vez que está associado à altas taxas de recorrência sintomática e risco de necrose cutânea.

Reflexão e conclusão referente ao caso: casos de TVP são bastante frequentes na emergência, é preciso fazer uma boa anamnese e exame físico minucioso para poder chegar à etiologia do problema e assim poder conduzir o caso da melhor forma possível. O manejo de este caso desde o início foi conduzido de forma correta, o médico plantonista tinha muito conhecimento teórico e domínio do tema e isso foi positivo para a aluna porque conseguiu aprender o protocolo correto de TVP aplicado na prática, conciliou seu conhecimento teórico corretamente, e o que mais gostou foi que o médico fazia às perguntas sobre o tema na hora do debate do caso e analisavam passo a passo se era o ideal ou não.

Também entendeu através da explicação do médico como a falta de recursos as vezes dificulta o trabalho para o manejo de pacientes e muitas vezes eles não conseguem realizar as tarefas corretamente não por falta de conhecimento, mas sim por conta de que não possuem o respaldo suficiente.

Com o caso apresentado, a estagiária aprendeu a importância de ter o conhecimento teórico, de estudar, de perguntar. Sentiu-se conforme com este caso porque conseguiu pensar no diagnóstico e chegar a manejar o caso da forma adequada. Sente-se muito grata com o médico quem em todo momento teve muita paciência e predisposição para lhe ensinar.

4 CASO 2

Cenário: UPA JOAO SAMEK

Identificação: D.M.L, 16 anos, feminina, residente em foz de Iguaçu.

Queixa Principal: Intoxicação exógena.

Historia da doença atual: Paciente, vítima de intoxicação exógena com ideação suicida, refere que tomou três cartelas de remédio (não lembra quais) há 8 horas aproximadamente. Relata que é a segunda tentativa sendo que na primeira tentou cortar os pulsos do punho direito e que constantemente tem pensamentos suicidas. Sente tontura, fraqueza, nega vômitos e outras queixas.

Historia Médica Progressa: toma medicamento para depressão (não lembra qual). Nega alergia medicamentosa.

Habito Social: Nega tabagismo. Nega etilismo.

Exame Físico:

Ectoscopia: Paciente em REG, sonolenta, eupneica em Ar Ambiente, afebril, anictérica, normocorada, hidratada, reenchimento capilar normal.

ACV: Ritmo Cardíaco Regular 2Tempos, bulhas normofonéticas, sem sopro.

Hemodinamicamente estável sem Drogas vasoativas.

AR: Murmúrio Vesicular Universalmente Audível sem Ruídos adventícios.

Abdome: plano, sem dor a palpação, RHA positivos.

Neuro: Glasgow 14/15, pupilas isofotorreativas.

MMII: pantorrilhas livres, sem edema.

Diagnóstico sindrômico: síndromes tóxicas.

Hipótese Diagnóstica: Depressão.

Diagnóstico Diferencial: Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Observação: a acompanhante da paciente (companheira de vivenda) relata que de manhã saiu da casa para ir à faculdade ficando a paciente sozinha e que quando voltou para a casa no final da tarde encontrou a paciente deitada no chão, foi tentar acordar ela e a paciente só respondia que se sentia fraca, tonta e repetia que queria acabar com a vida dela, então nesse momento perguntou a ela o que tinha feito a paciente respondeu que tentou se autoexterminar sem dar mais detalhes a ela, nesse momento a acompanhante pediu para o vizinho ajudar ela a levar a paciente no carro e procurou a UPA.

Conduta na UPA:

Uma vez a paciente na sala, a abordagem inicial foi da equipe de enfermagem que procedeu a avaliar os sinais vitais e simultaneamente a aluna procedeu a verificar se a paciente encontrava-se em um estado crítico ou não. Vendo que não era crítico, começou com a anamnese e exame físico. Depois que fez esses passos foi comentar o caso ao médico plantonista, procedendo juntos com a conduta que será feita.

Foi solicitado exames laboratoriais (hemograma completo, PCR, eletrólitos, ureia, creatinina, TGO, TGP, glicemia)

Solicitamos transferência para o hospital de referência de psiquiatria HMPGL.

Prescrito 1000 ml de Soro Fisiológico 0,9% endovenosa em infusão lenta.

Monitorização na sala de observação até transferência para o hospital.

A abordagem de esta paciente em este cenário foi o adequado?

SIM.

As intoxicações exógenas agudas têm se destacado entre os atendimentos de urgência e emergência no Município de Foz de Iguaçu. Apresentam-se de diversas formas, desde intoxicações acidentais até os casos de tentativas de autoextermínio. No atendimento inicial das intoxicações exógenas devem ser consideradas as síndromes que colocam a vida do paciente em risco e implementar o seu pronto atendimento; esta é a fase de ressuscitação e avaliação inicial.

Após estabilização hemodinâmica deve-se prosseguir com a anamnese e exame físico. Na anamnese abordar os 5 Ws:

1. Who: “quem” - Identificar o paciente, suas condições, patologias de base e uso de medicamentos
2. What: “o quê” - Identificar o agente tóxico
3. Where: “onde” - Via e local da exposição
4. When: “quando” - Horário do evento
5. Why: “porque” - Motivo e circunstância da exposição

O exame físico deve ser detalhado e orientado quanto aos aspectos toxicológicos, facilitando o reconhecimento de uma síndrome toxicológica.

No caso de esta paciente, como ela não era muito colaborativa foi difícil saber qual foi o agente intoxicante já que ela referia não lembrar e a acompanhante também não soube referir. O exame físico foi realizado sem inconvenientes.

O paciente intoxicado deve ser tratado objetivando prevenir, eliminar e tratar todas as consequências do agente tóxico. Existem vários tipos de medidas para a eliminação dos agentes tóxicos, sendo os mais usados nos cenários de urgência e emergência:

-A descontaminação gastrointestinal: abarca a diluição com a êmese; lavado gástrico com catárticos; retirada endoscópico-cirúrgica. O mais usado de esta classificação são:

- **Lavagem gástrica:** que esta indicada em ingestas recentes (<2 horas) de uma dose toxica. Deve ser precedida: administração de 60-100g de carvão ativado à adulto; Ter sempre preparado uma sistema de aspiração. Deve ser precedida por Intubação Orotraqueal (IOT) em pacientes em coma ou com distúrbios de deglutição. O paciente deve ser colocado em decúbito lateral esquerdo e em leve Trendelemburgo com as pernas semi-flexionadas; Utilizar sonda oro ou nasogástrica de grosso calibre, lubrificada; Comprovar a correta localização da sonda, ingetando ar e verificando o som no epigástrio. Aspirar todo o conteúdo gástrico antes de iniciar a lavagem; Realizar a lavagem com água morna ligeiramente salinizada (soro glicosado + fisiológico); Mobilizar a sonda se a quantidade de líquido que retorna é menor que a injetada. Fazer massagem epigástrica enquanto pratica as manobras de lavagem gástrica. Quantidade de soro preconizada em Adultos: 3-6 litros de SF 0,9% fracionado em doses de 250ml.

No caso de esta paciente não foi iniciado a lavagem gástrica por conta de que passaram 8 horas aproximadamente da ingestão do agente toxico.

- **Adsorventes:** Os adsorventes são substâncias que tem a capacidade de se ligarem ao agente tóxico, formando um composto estável que não é absorvido pelo trato gastrointestinal, sendo eliminado pelas fezes. Várias substâncias são utilizadas com esta finalidade, dentre elas o Carvão ativado e a colestiramina. O carvão ativado é administrado por via oral ou por SNG. Deve ser precedido pela administração de catárticos afim de prevenir a impactação e de antieméticos. Indicação de múltiplas doses: Fármacos que possuem tempo de esvaziamento gástrico prolongado e Fármacos que fazem o ciclo entero-hepático. Administração do carvão ativado dose de adultos até 1g/kg; dose de ataque = 50 a 60g em 250ml SF Manutenção = 0,5g/kg – 4 a 6h Recomendações: Eficácia máxima até 2h após a ingestão; deixar fechada a sonda por 2h (após lavagem); Administrar antiemético (metoclopramida) EV.

Limitar seu uso por até 48h devido às complicações intestinais.

Com esta paciente não foi administrado o carvão ativado (que é o mais utilizado nos cenários de urgência e emergência) por conta de que já não seria eficaz já que passaram mais de 8 horas da ingestão do agente tóxico.

Em debate da aluna com o médico, a justificativa da solicitação de encaminhamento para o HMPGL é que ele é o hospital referência para psiquiatria, também que a paciente já teve outra tentativa de autoextermínio e tem pensamentos suicidas frequentes, então precisa de uma avaliação especializada para o caso.

Deixá-la em observação também foi uma conduta correta, porque assim foi possível observar se apresentava alguma manifestação clínica consequência da intoxicação.

Conclusão: Durante todo o estágio, a aluna viu muitos casos de tentativa de suicídio; ficou surpreendida pela alta quantidade de pacientes que ingressam aos cenários de U/E por este motivo, e a maioria dos pacientes eram adolescentes. Acredita que a esta problemática deve ser dada sua devida importância porque este tipo de ação gera um risco de vida para a pessoa que a realiza. Foz de Iguaçu já deveria contar com um centro psiquiátrico exclusivo que seja referência para os pacientes vítimas de intoxicação porque no HMPGL, UPAs eles ocupam muitos dos leitos levando a lotação das salas e que já não haja vaga para quando se apresentam outras situações clínicas.

5 COMO PODE SE RESOLVER AS SITUAÇÕES NEGATIVAS OBSERVADAS?

Seria interessante que nas UPAs os próprios médicos se organizem entre si e distribuam os trabalhos de forma equitativa para cada um, e não que um médico tenha que lidar com muitas demandas e que o outro esteja no estar ou em um canto da sala vermelha mexendo o celular. Também seria bom que o ministério de saúde ou entidades assignadas para a supervisão do funcionamento da UPA façam um controle mais rigoroso do cumprimento ou não dos protocolos e da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.079/14.

Melhorar a estrutura física dos cenários ajudaria a que o fluxo de atendimento seja mais adequado para os pacientes e as pessoas com algum tipo de deficiência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E AUTOAVALIAÇÃO

Para poder fazer um bom desempenho de qualquer atividade profissional é preciso reconhecer os pontos positivos e negativos das experiências, vivências. Além de ter a competência técnica, é necessário ter a habilidade de relacionamento interpessoal sabendo lidar com a equipe de diversas características que trabalham nos serviços de saúde para que assim possa haver um ambiente de trabalho harmonioso levando a melhor atenção ao paciente.

O desempenho da estagiária nos cenários foi melhorando conforme o tempo. Inicialmente teve um pouco de insegurança para realizar as atividades e procedimentos, mas o que a ajudou muito durante todo o estágio a que possa se desenvolver, ter autoconfiança, interagir com mais facilidade foi que os professores do curso e os profissionais que trabalham nos cenários de prática desde o primeiro momento a acolheram muito bem, em todo momento tiveram paciência, predisposição a ajudar quando ela precisava, respeito e carinho a sua pessoa levando a que haja uma retribuição da mesma índole da parte da aluna e que o ambiente de trabalho seja harmonioso entre aluna- profissionais de saúde e pacientes. Também foi muito proativa para a realização das atividades e demonstrou interesse para aprender as tarefas do médico, dos enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Nos plantões em que a estagiária participou foram feitos poucos procedimentos, sendo exercida atividade mais clínica, dessa forma teve poucas oportunidades de praticar procedimentos médicos.

Atualmente a mesma acredita que ainda tem dificuldade para realizar alguns procedimentos com rapidez, flexibilidade e para lidar com cenários onde precisa tomar decisões rápidas, mas tem Fe que irá melhorando com o tempo.

Em resumo, as experiências nos cenários de urgência e emergência foram primordiais para o desenvolvimento das habilidades médicas necessárias para o exercício da profissão e poder conciliar a teoria com a prática. É normal que durante o trajeto se apresentem desafios não esperados, e não sempre pode se lidar com a situação da melhor forma, mas como profissional que lida com pessoas é necessário dar o melhor de si trabalhando e treinando mais a paciência, tolerância e amor ao semelhante.

7 REFERENCIAS

Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Disponível em: <<http://www.hmpgl.com.br/>>. Acesso em: 26 de setembro 2019.

Projeto Diretrizes SBACV. **Trombose venosa profunda. Diagnostico e tratamento.** Novembro 2015. Disponível em: <<https://www.sbacv.org.br/lib/media/pdf/diretrizes/trombose-venosa-profunda.pdf>>. Acesso em: 26 de setembro 2019.

Resolução Conselho Federal de Medicina nº **2.079/14**. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres.

SANARMED. **Trombose venosa profunda. Tratamento.** Atualizado em 17/06/2019. Disponível em: <<https://www.sanarmed.com/caso-clinico/caso-clinico-trombose-venosa-profunda>>. Acesso em: 26 de setembro 2019.

Secretaria de estado de saúde do distrito federal SES. **Abordagem inicial das intoxicações.** Disponível em: <saudedireta.com.br/docsupload/1334795987Protocolos%20DF_Intox.pdf>. Acesso em: 29 de setembro 2019.

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência - RUE/Marcos Antônio Barbosa Pacheco (Org.).** - São Luís, 2015. 42 páginas.

