



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

CURSO DE MEDICINA

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO INTERNATO EM URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA DO SUS, DURANTE A PANDEMIA**

LISANDRY BETTINA IBARRA ARZAMENDIA

Foz do Iguaçu
2021



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

CURSO DE MEDICINA

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO INTERNATO EM URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA DO SUS, DURANTE A PANDEMIA**

LISANDRY BETTINA IBARRA ARZAMENDIA

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: Flávia Julyana Pina Trench.

Foz do Iguaçu

2021

LISANDRY BETTINA IBARRA ARZAMENDIA

**RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO INTERNATO EM URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA DO SUS, DURANTE A PANDEMIA**

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

Orientadora: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof. Alessandro Da Costa Machado
UNILA

Prof. Rosana Alvarez Callejas
UNILA

Foz do Iguaçu, 30 de maio de 2021.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor/a: Lisandry Bettina Ibarra Arzamendia

Curso: Medicina

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

Título do trabalho acadêmico: Relatório De Atividades Do Internato Em Urgência E Emergência Do Sus, Durante A Pandemia

Nome do orientador: Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: 10/ 06 / 2021

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor:

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, 10 de junho de 2021

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a
minha família, meu namorado,
meus amigos, minha orientadora
e a todos os professores do
curso..

IBARRA ARZAMENDIA, Lisandry Bettina. **Relatório de atividades do Internato em Urgência e Emergência do SUS, durante a Pandemia**. 56 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina - Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021

RESUMO

O presente relatório tem como objetivo principal a apresentação das atividades realizadas no módulo de Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde, desenvolvidas ao longo do período do ano de 2020 durante a Pandemia do COVID-19. As atividades descritas aconteceram em diferentes cenários, tais como às UPAs - João Samek e Walter Cavalcante Barbosa - e no Hospital Municipal Padre Germano Lauck, sendo está dividida em um sector denominado "ala COVID" utilizado exclusivamente para a localização de pacientes com suspeita ou confirmação da doença. Neste trabalho foram abordados diferentes casos clínicos, com doenças de maior prevalência que foram escolhidas do âmbito intra e extra hospitalar, onde a partir de cada um conseguiu-se realizar discussões com base aos conhecimentos adquiridos, tendo como tópicos os casos obtidos durante a abordagem clínica (anamnese, exame físico e exames complementares), regulação do manejo, o estudo teórico sobre cada tipo de doença e as reflexões finais adquiridas conforme a cada caso vivenciado.

Palavras chaves: medicina, internato, COVID, urgência, emergência

IBARRA ARZAMENDIA, Lisandry Bettina. **Relatório de actividades del internato en Urgencia y Emergencia del SUS, durante la pandemia.** 56 páginas. Trabajo de conclusión de curso de Medicina – Universidad Federal de la Integración Latinoamericana, Foz de Iguazú, 2021

RESUMEN

Este presente relatório tiene como objetivo principal la presentación de las actividades realizadas en el módulo de Urgencia y Emergencia del Sistema Único de Salud, desarrollada a lo largo del periodo del año 2020 durante la pandemia del COVID – 19. Las actividades descritas acontecieron en diferentes escenarios, tales como las UPAs João Samek e Walter Cavalcante Barbosa – y en el Hospital Municipal Padre Germano Lauck, siendo que esta divida en un sector denominado “ala COVID” utilizado exclusivamente para la localización de pacientes con sospecha o confirmación de esta enfermedad. En este trabajo fueron abordados diferentes casos clínicos, con enfermedades de mayor prevalencia que fueron escogidas en el ámbito intra y extra Hospitalar, donde a partir de cada un consiguió realizar discusiones con base a los conocimientos adquiridos, teniendo como tópicos los casos obtenidos durante el abordaje clínico (anamnesis, examen físico y exámenes complementares), regulación del manejo, el estudio teórico sobre cada tipo de enfermedad y las reflexiones finales adquiridas conforme a cada caso vivenciado.

Palabras claves: medicina, internado, COVID, urgencia, emergencia

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Ácido acetilsalicílico
AVC	Acidente vascular cerebral
AVCi	Acidente vascular cerebral isquêmico
AVCh	Acidente vascular cerebral hemorrágico
BEG	Bom estado geral
BPM	Batimentos por minuto
CAD	Cetoacidose diabética
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	doença pulmonar obstrutiva crônica
EAP	Edema agudo de pulmão
EHH	Estado hiperosmolar não cetótico
EP	embolia pulmonar
FA	Fibrilação atrial
FC	Frequência cardíaca
FR	Frequência respiratório
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HCO₃	bicarbonato
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
IC	Insuficiência cardíaca congestiva
LOTE	Lucida e orientada em tempo e espaço

MMII	membros inferiores
MOV	monitorização, oxigênio e veia
PS	Pronto Socorro
REG	Regular Estado Geral
SCA	Síndrome coronário agudo
SSVV	sinais vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	tomografia de crânio
TEV	Tromboembolismo venoso
TVP	Trombose Venosa Profunda
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. DESENVOLVIMENTO.....	13
2.1 DESCRIÇÃO/EXPERIÊNCIAS DAS ATIVIDADES REALIZADAS.....	13
2.2 FLUXO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	16
2.3 PRINCIPAIS CASOS CLÍNICOS.....	20
2.3.1 CASO: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL?.....	20
2.3.1.1 Discussão do caso	23
2.3.2 CASO: INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA?.....	28
2.3.2.1 Discussão de caso	30
2.3.3 CASO: CETOACIDOSE DIABÉTICA?	34
2.3.3.1 Discussão do caso	35
2.3.4 CASO: TROMBOSE VENOSA PROFUNDA?.....	39
2.3.4.1 Discussão do caso	41
2.3.5 CASO: ASMA?	45
2.3.5.1 Discussão do caso	46
2.4 PROCEDIMENTOS REALIZADOS.....	49
2.5 VIVENDO UMA PANDEMIA.....	52
2.6 REFLEXÃO SOBRE O MÓDULO	53
3. CONCLUSÃO.....	54
REFERÊNCIAS.....	55

1. INTRODUÇÃO

A medicina tem sempre se caracterizado por ter detalhismo nas suas implicações mesmo sendo incerta, procurando sempre uma solução através das “práticas da medicina” em um contexto em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar crítica e especificamente para depois aplicar ele de forma racional, tendo sempre em conta que a existência dos obstáculos poderá atrapalhar um diagnóstico ou a presença de alguma coisa que não se tinha tido em conta pode fazer a história de o paciente mudar completamente, isso somente pode se evitar ou tentar acompanhar sem muitos erros tendo a capacidade de um raciocínio clínico e uma informação científica atualizada de forma a melhorar a qualidade da assistência médica.

O presente relatório tem como finalidade deixar plasmado na escritura como foi o desenvolvimento teórico junto o aprendizado prático obtido durante o módulo de “Urgência e Emergência” quem supervisiona o internato obrigatório do futuro médico formado na UNILA, encarregado de ter uma ótima formação, um conhecimento básico geral e as ferramentas necessárias para afrontar a vida médica, tendo controle junto com uma boa avaliação e técnica nas atividades realizadas durante todo esse período.

A descrição das atividades realizadas será baseada nas experiências vivenciadas tendo como cenários de atuação principalmente no Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) onde foram habilitadas novas secciones de Pronto Socorro (PS Respiratório) na nova ala de atendimento exclusivo a pessoas com suspeita ou casos confirmados de covid-19, Triagem COVID19, Unidade de Terapia Intensiva (UTI – Covid-19), Pronto Socorro Geral, Unidade Pronto Atendimento João Samek e Unidade Pronto Atendimento José Walter, sempre mencionando o espaço primordial de atenção a pacientes com casos suspeitos ou positivos de COVID 19 e outras doenças com agravantes do quadro apresentado, lembrando que no final do ano 2019 e começo do 2020, vem se apresentando um dos maiores acontecimentos do século, período onde vem ocorrendo uma das maiores e mais longas Pandemias.

A pandemia acabou formando uma parte essencial na minha formação por ter acontecido no mês de março, com a aparição do primeiro caso confirmado em Foz do Iguaçu - PR e mais tarde se intensificando no começo do nosso módulo de Urgência e Emergência no mês de junho, aumentando o número de pessoas afetadas, alcançando o pico mais alto da curva epidemiológica da doença, mas sempre levando na par, do lado a quantidade de pessoas recuperadas, pelo menos no nosso município.

Irei apresentar um compilado de casos clínicos, suas discussões teóricas-práticas de estudos de casos de pacientes reais, em relação ao diagnóstico, condutas e fluxo de manejo utilizado no momento da atuação, procurando utilizar referências de alta qualidade para acrescentar informações corretas e atualizadas como também os protocolos do Ministério da Saúde, e Diretrizes Médicas de associações brasileiras e estrangeiras na hora do estudo e posteriormente no atendimento e abordagem do paciente, procurando sempre ter um olhar holístico e mais humanizado.

Na última etapa do relatório estarão escritas as experiências que tiveram maior impacto no meu estágio, reflexões sobre minhas próprias condutas, divergências, questionamentos, abordagens e também opiniões, em comparação ao momento vivido e dos pensamentos que tinha tido antes de ter começado o ano

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 DESCRIÇÃO/EXPERIÊNCIAS DAS ATIVIDADES REALIZADAS

Na descrição dos trabalhos e procedimentos realizados nos diversos pontos/ locais de trabalho que já mencionei anteriormente foram variadas e muito importantes no meu crescimento como pessoa e como Profissional na área da saúde, no meu parecer o aperfeiçoamento se consegue com a prática dos procedimentos, se consegue no momento onde estamos inseridos totalmente no sistema e temos a oportunidade de treinar as técnicas que em algum momento tínhamos lido na teoria, sempre com a interferência do medo e da adrenalina existente na vida real, no meu olhar o maior desafio deste módulo é isso, perder o medo e ser mais perfeccionistas na hora de escolher opções sem ter muitos erros.

Claramente tendo os cenários do PS Respiratório na, Triagem COVID19, UTI – Covid-19, Pronto Socorro Geral, Unidade Pronto Atendimento João Samek e Unidade Pronto Atendimento José Walter, teve a oportunidade de vivenciar muitas coisas que nem imaginava no começo do ano, sendo que cada aluno entra no primeiro ano do internato com pensamentos diferenciados, tendo o primeiro ano como período essencial onde oficialmente um aluno se encontra inserido na vida profissional, pisando no mesmo solo onde se encontram os demais médicos já formados, acompanhando de perto os procedimentos e tomando decisões que irão ser essenciais na vida de um paciente.

No nosso caso, neste ano, no módulo, não tivemos a oportunidade de aproveitar mais a fundo outros tipos de casos que não estejam diretamente relacionados com a Pandemia, pelo motivo de estar inserido na parte da linha de frente, mas também, graças a isso conseguimos mais autonomia e uma adaptação na presença de novas situações, tentando resolver de maneira conjunta com os demais profissionais, não sendo tratado somente de alunos, sino também como membros essenciais da equipe, da linha de frente do combate ao Covid 19.

Sendo assim a Triagem do Covid-19 o primeiro local onde comecei o módulo, aprendendo desde zero, desde o começo, todo tipo de procedimento para fazer as documentações dos pacientes na parte tecnológica do sistema do HMPGL, fazer a análise físico geral de cada paciente, estando nós na primeira linha de contato com os casos suspeitos ou confirmados com o vírus, tentando resolver as suas dúvidas e problemas, procurando ajuda do médico encarregado ante dúvidas, conseguindo respostas rápidas para ir resolvendo as situações com eficácia sejam eles leves o muito graves, derivando aos pacientes com maiores complicações, situações mais complexas a outros setores para ter um atendimento mais ampliado e porém mais completo.

O segundo cenário onde consegui me desenvolver melhor foi no PS respiratório, utilizado como ponto de referência do município, encarregado de receber todos os casos respiratórios sejam eles leves o muito graves, foi o local onde tivemos mais contato com as pessoas, fazendo a admissão com uma consulta inicial e acompanhamento da evolução de cada um deles, pedindo e aguardando os exames complementares para saber quais seriam os seguintes passos para finalmente tomar as decisões correspondentes e se for necessário fazer uma nova reavaliação da pessoa, é ali, o local onde teve a oportunidade de assistir procedimentos muitos complexos, aprender muito além do que falam nos livros mediante a experiência vivenciada com cada um dos pacientes, sendo assim privilegiada na hora de assistir uns procedimentos de colocação de acesso venoso central, tanto na jugular como na subclávia, experiência que irei considerar sempre como única e incrível.

Logo depois começamos ir na UTI, local onde além de procedimentos básicos, somente conseguimos acompanhar a situação do quadro dos pacientes internados, com tratamentos fixos, fazendo monitorização de cada um deles e por último nas UPAS, especificamente na UPA João Samek, onde teve a grande oportunidade de fazer a minha primeira de intubação orotraqueal que lastimosamente não foi exitoso por ter feito uma manobra equivocada, mas por ser a primeira vez, consegui vencer o medo, fazer o procedimento para ir obtendo prática e nas próximas vezes tentar não cometer os mesmos erros tendo em conta a frase que fala em espanhol “De los errores de aprender”, foi um grande avanço apesar de não ficar tão satisfeita quanto queria, mas ficou contenta com a experiência prática obtida.

Também no último momento foi adicionado um novo cenário que foi o Pronto Socorro Geral, sendo uns dos cenários onde vivencie diferentes tipos de casos clínicos, desde os mais simples até os mais complexos, além disso teve a oportunidades de acompanhar as visitas que se realiza com os residentes e o preceptor de clínica médica, sendo muito enriquecedoras porque eram discutidas todos os casos. Sendo isso uma oportunidade única.

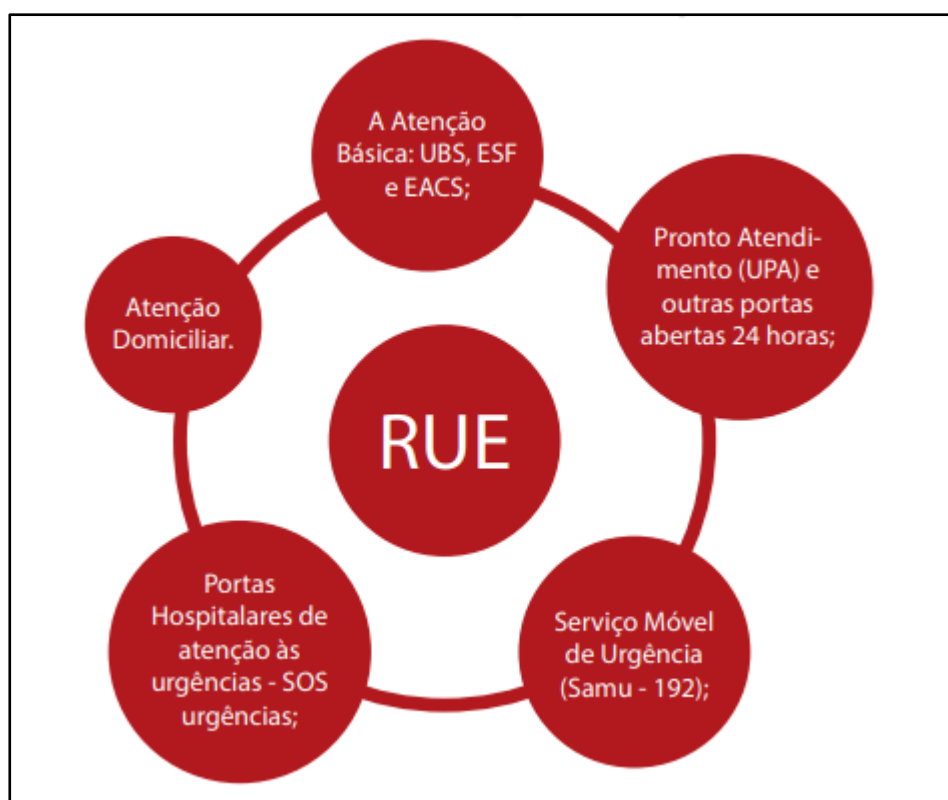
Os demais procedimentos também foram gerais, sendo os quadros respiratórios ou algum outro tipo de sintoma que tenha alguma a ver com o COVID encaminhado rapidamente ao HMPGL.

A pesar de este ano não ser o que achei que seria, consegue ter um panorama geral sobre as afecções mais comuns que devo estar preparada para enfrentar, sendo estes meses inundados de conhecimentos teórico práticos, mais práticos ao meu olhar, porque realizar todos os procedimentos e ter certo domínio sobre eles só se consegue mantendo a prática com um bom acompanhamento teórico para tirar dúvidas mediante discussões, propondo possíveis soluções.

2.2 FLUXO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

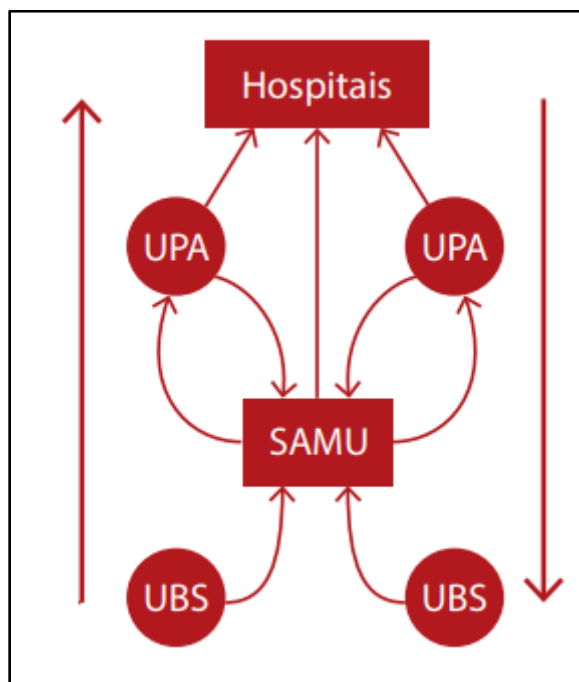
A rede de urgência e emergência, tem como objetivo o acolhimento com classificação de risco, com a finalidade de integrar todos os serviços de saúde com o objetivo de fornecer um acesso humanizado e integralizado aos usuários em situação de urgência e emergência

A rede de urgência e emergência esta composta de diferentes cenários, no qual dependendo do problema que o paciente apresenta vai ser encaminhado.



Fonte: *Redes De Atenção À Saúde: Rede De Urgência E Emergência, São Luís, 2015*

Para que a rede de urgência e emergência funcione perfeitamente é importante que todos os serviços, realizem uma classificação adequada ao paciente de acordo aos sinais e sintomas que está apresentando. Porque cada cenário apresenta complexidades diferentes. Sendo assim importante uma boa anamnese e exame físico, para assim realizar uma classificação correta. Por que muitas vezes durante meu estagio ocorreu situações nas quais os pacientes eram classificados de forma errada sendo assim encaminhados para outros serviços.



Fonte: Redes De Atenção À Saúde: Rede De Urgência E Emergência, São Luís, 2015

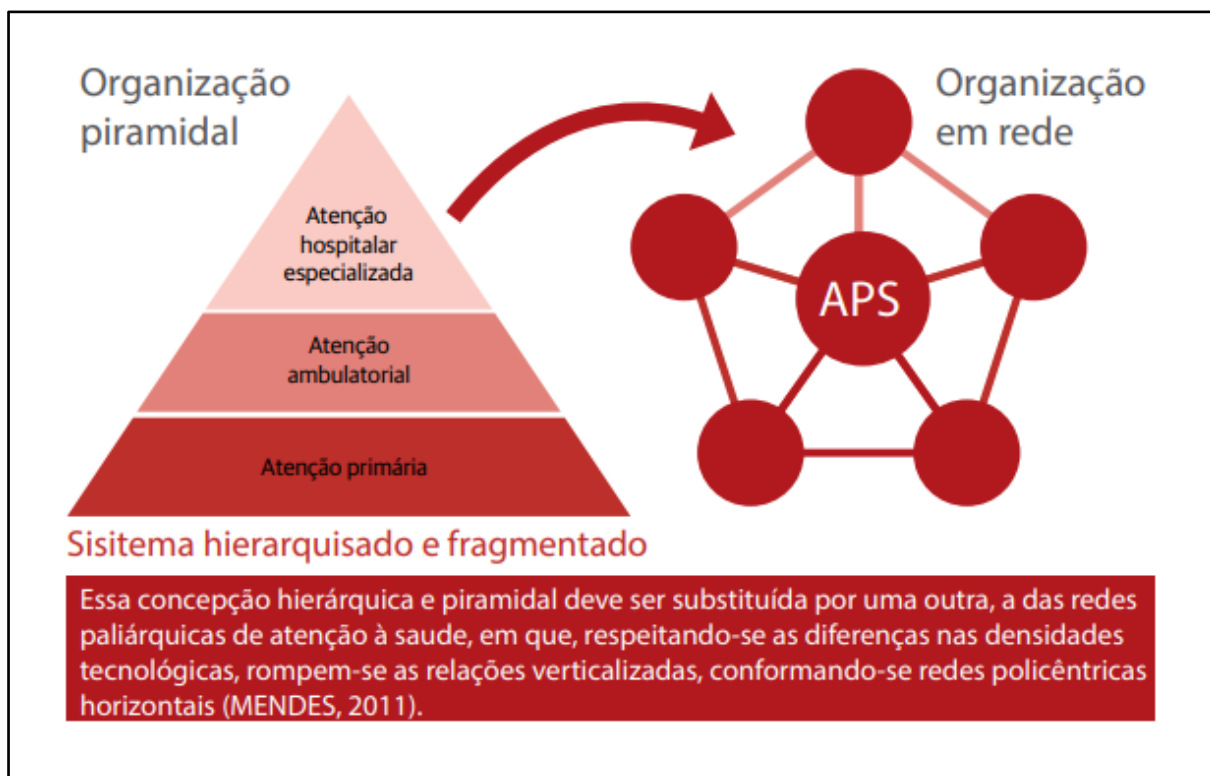
Temos que entender o fluxo realmente como uma rede interconectada entre si. A real importância baseia-se em evitar e prolongar o sofrimento do paciente e a sobrecarga do serviço. Onde cada parte da rede cumpre uma função importante tanto no atendimento direto do paciente como na correta regulação do paciente ao longo da rede.

Cada ponto da rede tem uma hierarquia em relação à complexidade do caso que atende e também é classificada em quanto se é porta aberta ou fechada. Geralmente o atendimento começa com os locais de porta aberta, que no caso de foz do Iguaçu são as UBS e UPAS, onde os pacientes podem receber um atendimento resolutivo ou precisar de ir para um serviço de maior complexidade, no caso seria o hospital, isto ocorre mediante o SAMU regula o paciente para o serviço de referência para o quadro. Uma particularidade que também está prevista na rede de UE é que o SAMU faz atendimentos domiciliares, podendo encaminhar direto tanto para as upas ou hospitais secundários-terciários. Podemos tomar como referência a imagem apresentada acima do texto.

Em Foz do Iguaçu a rede conta com diversas unidades básicas de saúde e UPAS, assim como vários hospitais de referência para cada tipo de necessidade. Por exemplo, temos o Hospital Municipal Padre Germano Lauck como referência para casos clínicos, trauma, ginecológicos, cirúrgicos, pediátricos e psiquiátricos. Hospital Costa Cavalcanti referência para casos cardiológicos, oncológicos e obstétricos. UPAS referência para casos de média complexidade, contando com salas de estabilização. Podemos falar que isso seria a rede seria em uma situação sem pandemia.

Atualmente o cenário mudou completamente com a pandemia pelo novo vírus Covid-19. Foi criado um setor específico para casos respiratórios como um todo referência para todo o município no hospital municipal, tendo no HMPGL a Triagem, Pronto socorro respiratório, unidade de internação covid, semi-intensiva covid, Unidade de terapia intensiva Covid, e um setor específico para doenças infecciosas que é usado para a internação de casos que precisem internação mas ainda não foi possível descartar a infecção pelo vírus. No município inteiro foi suspenso praticamente todo tipo de atendimento para casos respiratórios que se encaixem como casos suspeitos.

A pandemia veio para desestruturar completamente a rede de UE do município, sendo todos os pacientes com sintomas respiratórios mesmo que não tenham origem respiratória ou infecciosa encaminhados para o hospital. Pacientes com diversas etiológicas apresentando sintomas gripais e até febre encaminhado para o setor como caso suspeito, sobrecarregando o sistema e ocupando as vagas de pacientes que realmente precisam nesse momento tão delicado e difícil. Médicos das UPAS, UBS e mesmo do SAMU inventando sintomas respiratórios para que sejam encaminhados e aceitos rapidamente em uma unidade de atendimento, sem medir o real prejuízo que isso traz tanto para o paciente e para a rede como um todo.



Fonte: *Redes De Atenção À Saúde: Rede De Urgência E Emergência*, São Luís, 2015

2.3 PRINCIPAIS CASOS CLÍNICOS

2.3.1 CASO: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL?

Identificação: J.P.S, 47 anos, sexo feminino, natural e procedente de Foz do Iguaçu, divorciada, trabalhadora do lar, católica

Queixa principal: perda dos movimentos na metade do corpo há 2 horas.

História da doença atual: Paciente trazida pelo SAMU, acompanhada pela filha, desde seu domicílio. Acompanhante refere que há 2 horas a mãe iniciou com cefaleia associada com episódios espontâneo de hemiparesia à esquerda, disartria e tontura. Nega outros sintomas.

História progressa e familiar: G3P2C1A0, nega outras cirurgias. Nega alergia medicamentosa. Pai com HAS e mãe desconhece doença
Tabagista há 37 anos, 2 carteiras/dias.
Hipertensa em uso de enalapril de 10 mg (1-0-0)

EXAME FÍSICO:

REG, LOTE, anictérica, acianótica, hidratada, afebril, normocardica, eupneia sem uso de musculatura acessória

SSVV: PA 140/80 mmHg// FC 69 bpm// FR 20irpm// SatO2 96% em AA

Aparelho cardiovascular: bulhas normofonéticas rítmicas em 2 tempos sem sopro, pulsos periféricos presentes e simétricos. Enchimento capilar <3 seg.

Aparelho respiratório: murmúrio universalmente audível presente sem ruídos adventícios.

Abdome: globoso, ruídos hidroaéreos presentes, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, sem sinais de peritonite.

Neurológico: com limitações dos movimentos do membro superior e inferior esquerdo, perda da força do membro superior à esquerda, leve desvio da comissura labial à esquerda. Pupilas isocóricas e fotorreagentes, Glasgow 15.

Diagnóstico Sindrômico

- Síndrome motora

- Síndrome hemiplégica

Diagnósticos Diferenciais

- Acidente vascular cerebral isquêmico?
- Acidente vascular cerebral hemorrágico?
- Ataque isquêmico transitório?

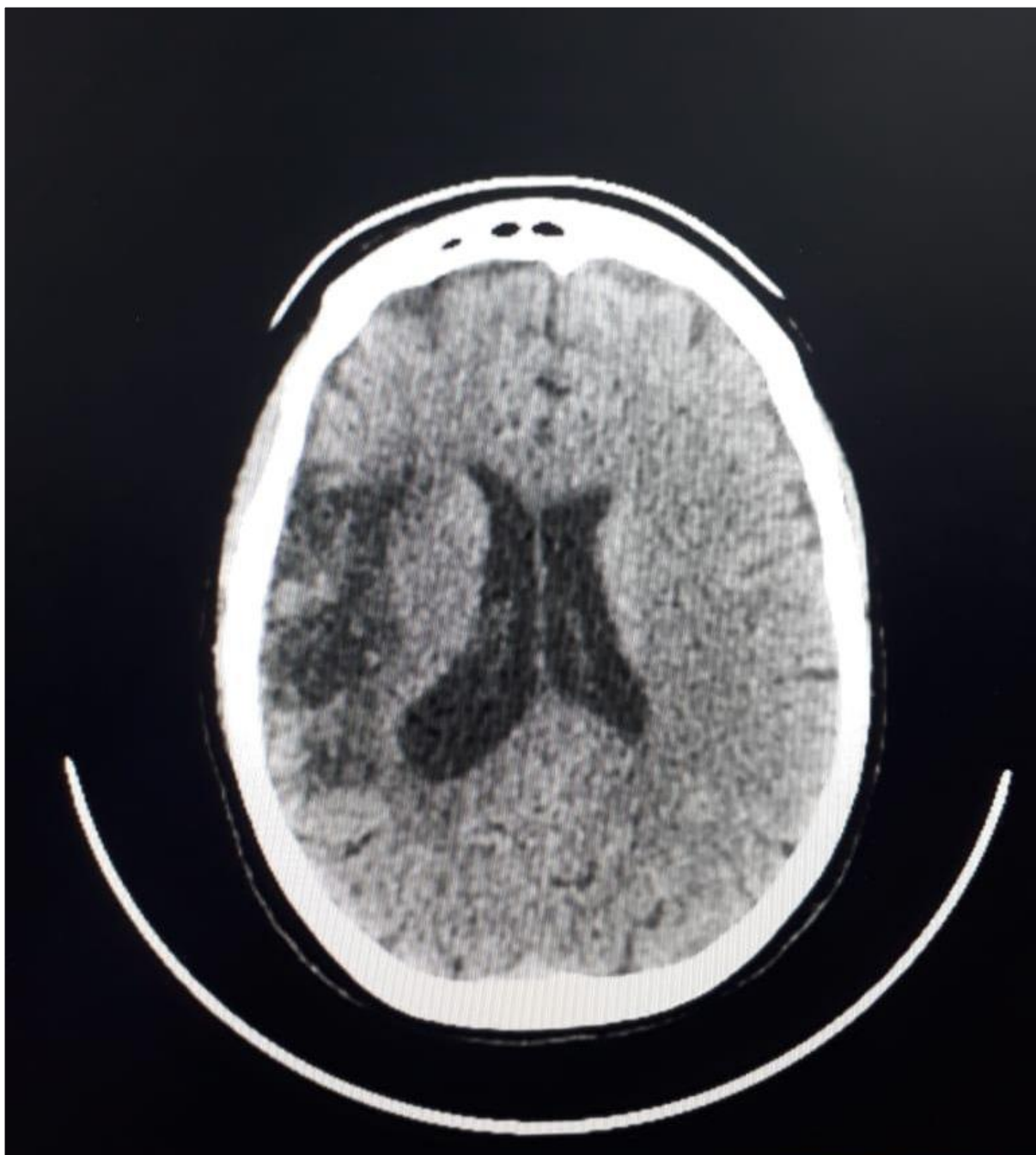
Resultados dos exames após admissão

-Laboratoriais: HB 14,20g/dL// HT 39,80// Leucocitos 9,850/mm³// Bastonetes 5%// Segmentados 56%// Neutrófilos 61%// Plaquetas 371,000/mm³// Ureia 27 mg/dL// Creatinina 0,60 // Sódio 141 mmol/L// Potássio 4,8 mEq/L// PCR <0,5 mg/dL// TGO 20 U/L// TGP 16 U/L

-TC de crânio: Sequela de injúria isquêmica acometendo a região frontotemporoparietal direita, com extensão próximo à substância cinzenta profunda, no território da artéria cerebral média ipsilateral, associado a leve proeminência compensatória do ventrículo lateral direito e acompanhada de sinais de degeneração walleriana do trato corticoespinal ipsilateral.

Tronco cerebral e cerebelo sem alterações.

Ausência de coleções intra ou extra-axiais.



Fonte: foto tirada da TC de Crânio realizada a paciente (foto autorizada pela paciente e pelo médico plantonista)

Conduta

Prescrição de:

- Soro fisiológico 0,9%- 500ml, via endovenosa, de 8/8h
- Bromoprida 5mg/ml, diluído em soro fisiológico 0,9%- 100ml, via endovenosa, de 8/8h

- Omeprazol 20mg, via oral, 1 comprimido, de 24/24h
- Heparina sódica 5000 UI, ampola 0,25 ml, via subcutânea, de 12/12 h
- Sinvastatina 40mg, via oral, 1 comprimido, de 24/24h
- Ácido acetilsalicílico 100mg, via oral, 2 comprimidos, de 24/24h

Complementares

- Exames laboratoriais: hemograma completo, uréia, creatinina, sódio, potássio, PCR – proteína C reativa, TGO- aspartato aminotransferase, TGP- alanina aminotransferase.
- Tomografia computadorizada de crânio

2.3.1.1 Discussão do caso

Foi correta a regulação e estratificação do paciente?

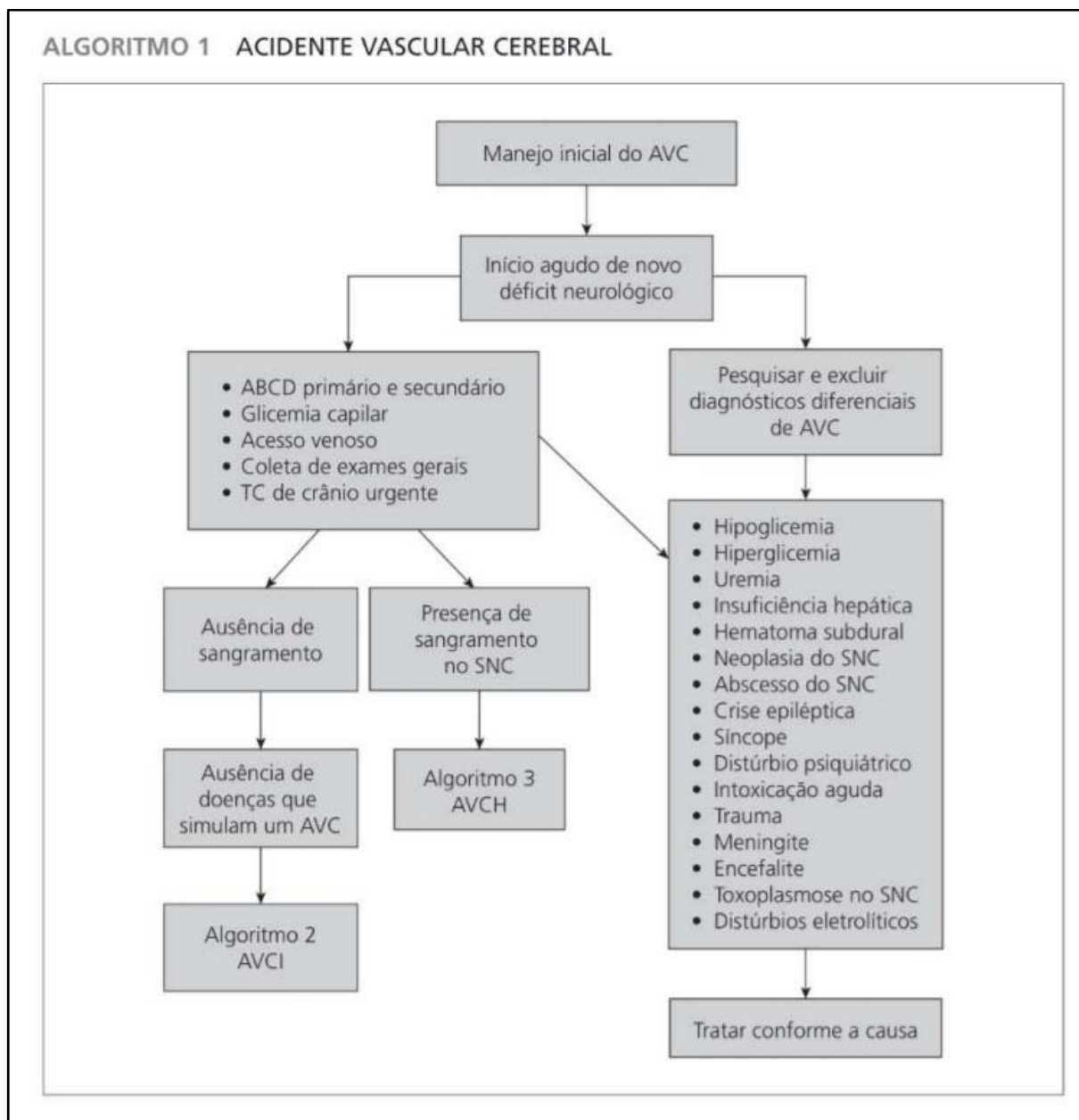
A regulação do paciente foi errada, porque foi levada para UPA, sendo que a paciente estava apresentando um quadro grave e potencialmente irreversível, sendo o lugar correto o Hospital Municipal a referência de casos neurológicos. A estratificação foi para sala amarela sendo o correto, porque segundo a Redes de Atenção à Saúde, classifica como um caso de Urgência, precisando atendimento em até 15 minutos, por apresentar sintomas de cefaleia intensa de início súbito, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos focais.

Quadro 2 - Condições clínicas classificadas de acordo com a classificação de risco.

VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
1. Parada cardiorrespiratória.	1. Politraumatizado com ECG - Glasgow entre 13 e 15.	1. Idade superior a 60 anos.	1. Queixas crônicas sem alterações agudas.
2. Politraumatizado grave: lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas.	2. Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos focais.	2. Gestantes com complicações de gravidez.	2. Pacientes estáveis com demanda por atendimento nitidamente subjetiva.
3. Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas	3. Trauma	3. Deficientes físicos.	3. Procedimentos
		4. Retornos com período inferior a 24 horas devido a não	

Fonte: Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde - São Luís: EDUFMA, 2018.

Opinião



Fonte: *Medicina de emergência: abordagem prática. USP. 12. Ed, 2017.*

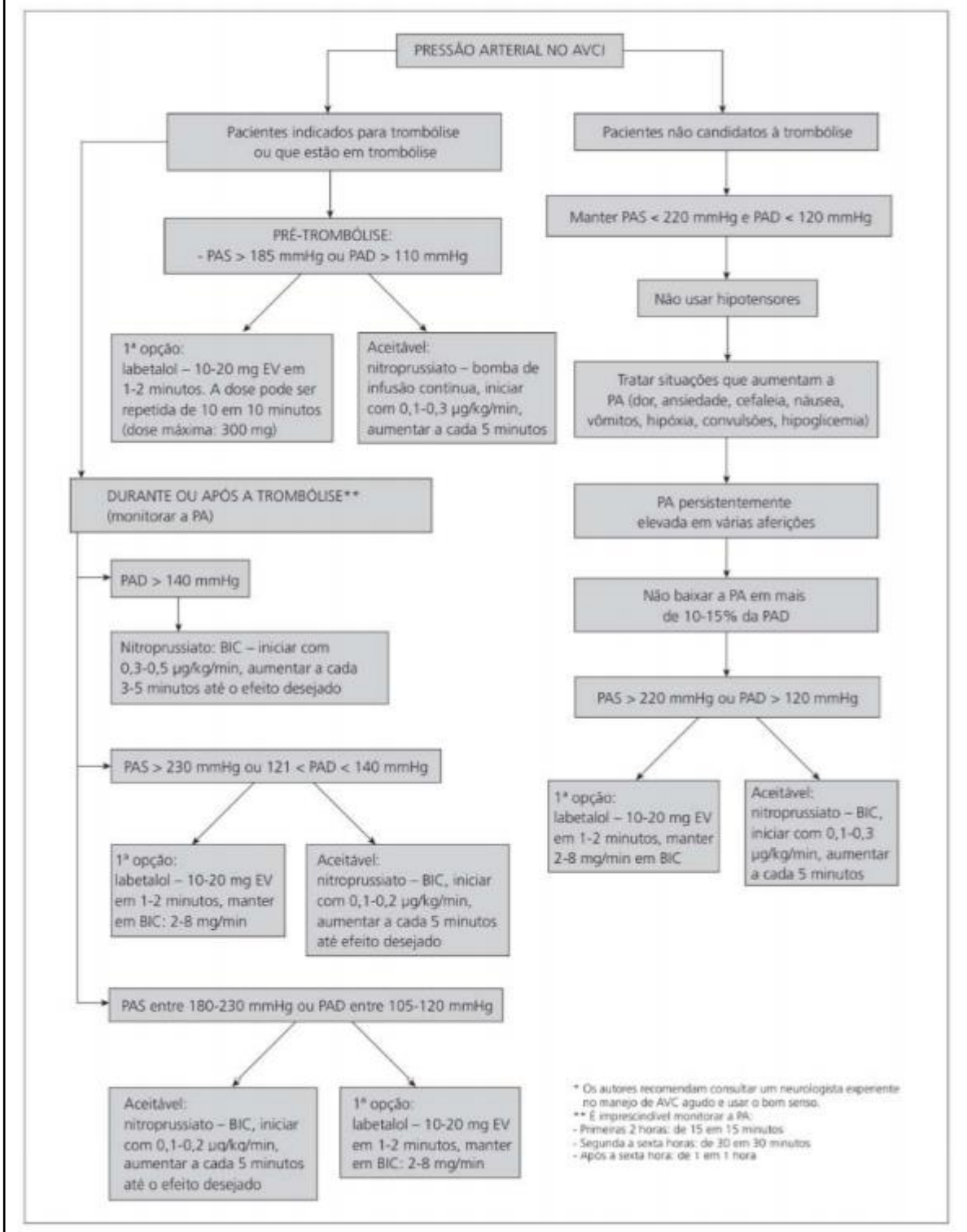
Primeiramente é importante lembrar que todo paciente que procura o serviço de urgência e emergência deve de ser estratificado, posteriormente receber MOV (monitorização, oxigênio e veia). O MOV consiste em monitorizar os sinais vitais e estado geral do paciente de forma contínua, o oxigênio deve de ser oferecido para todo paciente mesmo que o paciente não esteja referindo queixas respiratórias, e veia consiste em um acesso venoso calibroso para infusão de volume, fármacos e coleta de exames.

Posteriormente deve ser feito a avaliação inicial, uma anamnese e exame físico bem dirigido. Importante lembrar de coletar glicemia capilar em todo rebaixamento de nível de consciência para verificar diagnósticos diferenciais.

Todo quadro suspeito de AVC deve de ser considerado como AVCi até provar o contrário, sendo importante diferenciar com AVCh o mais rápido possível com um exame de imagem, sendo o exame de escolha a TC pelo custo e tempo que demora em ser feito (não levar paciente instável para tomografia). É de vital importância correlacionar sempre o exame com a clínica do paciente, muitas vezes pacientes com tomografia de crânio normal podem ter clínica de AVCh, precisando de uma punção lombar para verificar a presença ou não de hemorragia.

Depois de fazer o diagnóstico é importante fazer o tratamento o mais rápido possível.

Na fase aguda podemos ter um aumento, desencadeada pelo evento isquêmico, representa um evento fisiológico do quadro a partir da liberação sérica de ACTH, cortisol e catecolaminas. O aumento pode durar vários dias e contribui para a manutenção da pressão de perfusão cerebral menos nociva para a área de penumbra. De maneira geral o aumento de pressão arterial deve ser mantido em níveis <220 mmHg de PAS e <120 mmHg de PAD para não candidatos a trombólise e tratar a os candidatos se PAS >185 mmHg e PAD >110mmHg. Drogas de escolha para o tratamento são o labetalol e nitroprussiato, ambos em bomba de infusão contínua.

ALGORITMO 3 MANEJO DA PRESSÃO ARTERIAL NO AVCi*


Fonte: Medicina de emergência: abordagem prática. USP. 12. Ed, 2017.

Temos que avaliar a possibilidade de trombólise, sendo o principal critério de uso o tempo de início do déficit até de 4,5 horas e o diagnóstico clínico de AVCi. Antes de iniciar o uso do trombolítico de escolha (alteplase) devemos de verificar a existência

de contraindicações. sendo este o tratamento em centros ideais, o que não se ajusta à nossa realidade aqui em Foz do Iguaçu, onde não estamos contando com rt-pa.

Ao não contarmos diretamente com o trombolítico devemos de usar AAS ou clopidogrel temos como objetivo, o suporte clínico rigoroso do paciente se necessário em UTI e o tratamento das complicações, tais como transformação para hemorrágico, emergências hipertensivas, convulsão, hipertensão intracraniana e outros.

O antiagregante plaquetário de escolha neste caso e o que temos mais disponível na rede é o AAS, sendo usado clopidogrel nos casos principalmente de alergia a AAS. Não sendo recomendado de rotina a anticoagulação do paciente. Importante lembrar que nos casos de candidatos a trombólise devemos de evitar o uso de antiagregantes plaquetários nas primeiras 24hs posteriores ao tratamento.

Sobre o tratamento de convulsões o uso rotineiro de anticonvulsivantes profiláticos estão contraindicados.

Pode ser indicada a craniotomia descompressiva em casos de infartos extensos associados a hipertensão intracraniana. O uso de hiperventilação, diuréticos e barbitúricos não tem evidência significativa

2.3.2 CASO: INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA?

Identificação: C.L, 64 anos, sexo feminino, natural e procedente de Foz do Iguaçu, casada, aposentada, evangelista.

Queixa principal: falta de ar há 1 dia

História da doença atual: paciente refere que há 1 dias iniciou com piora da dispneia progressiva, passando a ser aos pequenos esforços, não sabe informar o início da dispneia, porém refere que ocorre há muito tempo, associada a dor torácica em pontada, intermitente, sem irradiação, com piora aos esforços e melhora em repouso, dispnéia paroxística noturna, com edema nos membros inferiores, tosse produtiva com hemoptise

História pregressa e familiar: G1P1C0A0, nega outras cirurgias. Nega alergia medicamentosa. Desconhece doenças presentes na família

Hipertensa + fibrilação atrial crônica, anticoagulada com marevan. Nega diabetes não sabe informar medicamentos de uso contínuo

EXAME FÍSICO

REG, LOTE, anictérica, acianótica, hidratada, afebril, taquicardica, taquipneia sem uso de musculatura acessória

SSVV: PA 144/83 mmHg// FC 136 bpm// FR 27irpm// SatO2 95% em AA

Aparelho cardiovascular: bulhas normofonéticas rítmicas, presença de B3, sem sopro, pulsos periféricos presentes e simétricos. Enchimento capilar <3 seg.

Aparelho respiratório: murmúrio universalmente audível presente com estertores crepitantes difuso em ambos hemitórax

Abdome: plano, depressível, ruídos hidroaéreos presentes, indolor à palpação superficial e profunda, sem sinais de peritonite.

Membros: edema 3+/4 simétrico e bilateral, doloroso à palpação em MMII, com pulso e temperatura preservadas, ausência de edema nos MMSS

Neurológico: pupilas isocóricas e fotorreagentes, Glasgow 15

Diagnóstico Sindrômico

-Síndrome de insuficiência cardíaca congestiva

Diagnósticos Diferenciais

- Insuficiência cardíaca congestiva?
- Síndrome coronário agudo?
- Edema agudo de pulmão?
- Pneumonia adquirida na comunidade?
- COVID?
- Fibrilação atrial?

Resultado dos exames após admissão

Laboratoriais: HB 15,30 g/dL// HT 45,35// Leucócitos 14,000 /mm³// Bastonetes 3%// Segmentados 45 %// Neutrófilos 78%// Plaquetas 290.000 /mm³
Ureia 51 mg/dL// Creatinina 0,60 // Sódio 139 mmol/L // Potássio 3,7 mEq/L // CPK 23 U/L// Lactato 19,90 mg/ dL// CKMB 11 U/L // Fosfatase alcalina 105 U/L// PCR 22,6 mg/dL // TGO 35 U/L// TGP 25 U/L// KPTT 33,7 segundos// TAP I.N.R 2,74 // Urina sem alterações

Eletrocardiograma: mostrando FA de alta resposta

Raio X de tórax: apresentando cardiomegalia com presença condensação no hemitórax esquerdo

Conduta

Prescrição de:

- Furosemida 10 mg / ml ampola 2 ml
- Ondansetrona, cloridrato 2 mg / ml ampola 2 ml
- Amiodarona, cloridrato 50 mg / ml ampola
- Dipirona sódica 500 mg / ml ampola 2 ml
- Carvedilol 3.125 mg comp
- Azitromicina 500 mg comp
- Hidrocortisona, succinato sódico 500 mg frasco - ampola
- Salbutamol, sulfato 100 mcg aerosol, frasco c/ 200 doses

- Atenolol 50mg, via oral
- Noxaparina sc 12/12 hr.

Complementares:

- Exames laboratoriais: hemograma completo, ureia, creatinina, sódio, potássio, CPK
- creatinina fosfoquinase, lactato, CKMB- creatinofosfoquinase fração MB, fosfatase alcalina, PCR – proteína C reativa, TGO- aspartato aminotransferase, TGP- alanina aminotransferase, KPTT-tempo de tromboplastina parcial ativado, TAP- tempo de protrombina, Urina I
- Eletrocardiograma
- Raio X de tórax

2.3.2.1 Discussão de caso

-Regulação

Neste caso a paciente procurou atendimento espontâneo na UPA. A estratificação do paciente foi a correta, por que foi encaminhada para a sala vermelha, por ela estar apresentando queixa de dispneia e dor torácica, além de estar com uma saturação <95% em ar ambiente, taquicardica e taquipneia, precisando assim uma monitorização contínua.

VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
1. Parada cardiorespiratória. 2. Politraumatizado grave: lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas. 3. Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios. 4. Trauma cranioencefálico grave - ECG < 12. 5. Comprometimentos da coluna vertebral. 6. Desconforto respiratório grave. 7. Dor no peito associado à falta de ar e cianose.	1. Politraumatizado com ECG - Glasgow entre 13 e 15. 2. Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos focais. 3. Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15). 4. Alteração aguda de comportamento - agitação, letargia ou confusão mental. 5. Dor torácica intensa sem repercussão hemodinâmica. 6. Crise asmática. 7. Diabético apresentando	1. Idade superior a 60 anos. 2. Gestantes com complicações de gravidez. 3. Deficientes físicos. 4. Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro. 5. Impossibilidade de deambulação. 6. Asma fora de crise. 7. Enxaqueca - pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca. 8. Dor de ouvido moderada a grave.	1. Queixas crônicas sem alterações agudas. 2. Pacientes estáveis com demanda por atendimento nitidamente subjetiva. 3. Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos.

Fonte: *Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde - São Luís: EDUFMA, 2018.*

Discussão

Primeiramente é de vital importância fazer MOV (monitor, oxigênio e veia), fazer uma anamnese e exame físico dirigido ao caso. Diante a suspeita de um quadro de insuficiência cardíaca devemos pedir exames laboratoriais e imagem dirigidos.

Posteriormente classificar o paciente de acordo aos sinais e sintomas que está apresentando, pela presença ou não de congestão e de acordo a sua perfusão. Para assim ter um melhor encaminhamento para conduta que vai ser realizada.

No presente caso, a paciente é classificada em: **quente e úmido-perfil B** (porque tem uma boa perfusão periférica e está congesta por apresentar edema nos membros inferiores, congestão pulmonar e dispneia paroxística).

TABELA 6 Classificação clínica da IC conforme congestão e perfusão

Evidências de má perfusão (baixo débito cardíaco)		Evidências de congestão (pressão de enchimento elevada)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extremidades frias e pegajosas ▪ Sonolência/confusão ▪ Tontura, hipotensão sintomática ▪ Pressão de pulso reduzida ▪ Oligúria, piora da função renal 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Congestão pulmonar ▪ Ortopneia, dispneia paroxística noturna ▪ Edema periférico (bilateral) ▪ Pressão venosa jugular elevada ▪ Hepatomegalia congestiva ▪ Congestão do TGI, ascite ▪ Refluxo hepatojugular 	
		CONGESTÃO EM REPOUSO	
		NÃO	SIM
MÁ PERFUSÃO EM REPOUSO	NÃO	Quente e seco	Quente e úmido
	SIM	Frio e seco	Frio e úmido

Fonte: *Medicina de emergência: abordagem prática. USP. 12. Ed, 2017.*

Existem 3 pilares no tratamento de um paciente perfil B, sendo importante:

-Diureticoterapia: temos a possibilidade de usar furosemida na dose de 0,5 a 1mg/kg, dose máxima de 80mg podendo ser 2 a 3 vezes ao dia e máximo de 240mg. Se a furosemida não for efetiva e ainda precisamos depletar mais volume, é possível fazer o triplo bloqueio do néfron com furosemida, associado à espironolactona e hidroclorotiazida. Com tudo temos que depletar pelo menos 4 a 5 litros de líquido.

-Vasodilatação: bastante importante, e muitas vezes esquecida, podemos fazer a vasodilatação, sendo esta tanto venoso e arterial. Com a intenção reduzir o retorno venoso e o trabalho cardíaco como a resistência que o coração tem que vencer para ejetar o sangue. Sendo de eleição nitroprussiato ou nitroglicerina.

-Ventilação mecânica: Podemos usar CPAP e BPAP, sem diferença entre os dois. O uso de VNI reduz o risco de evolução para intubação. A não ser que esteja em insuficiência respiratória franca, com fadiga e esforço grave, onde temos que entubar o antes possível.

Bastante importante sempre pesquisar fatores precipitantes ou desencadeantes do evento de ICC e não só fazer o tratamento da própria insuficiência.

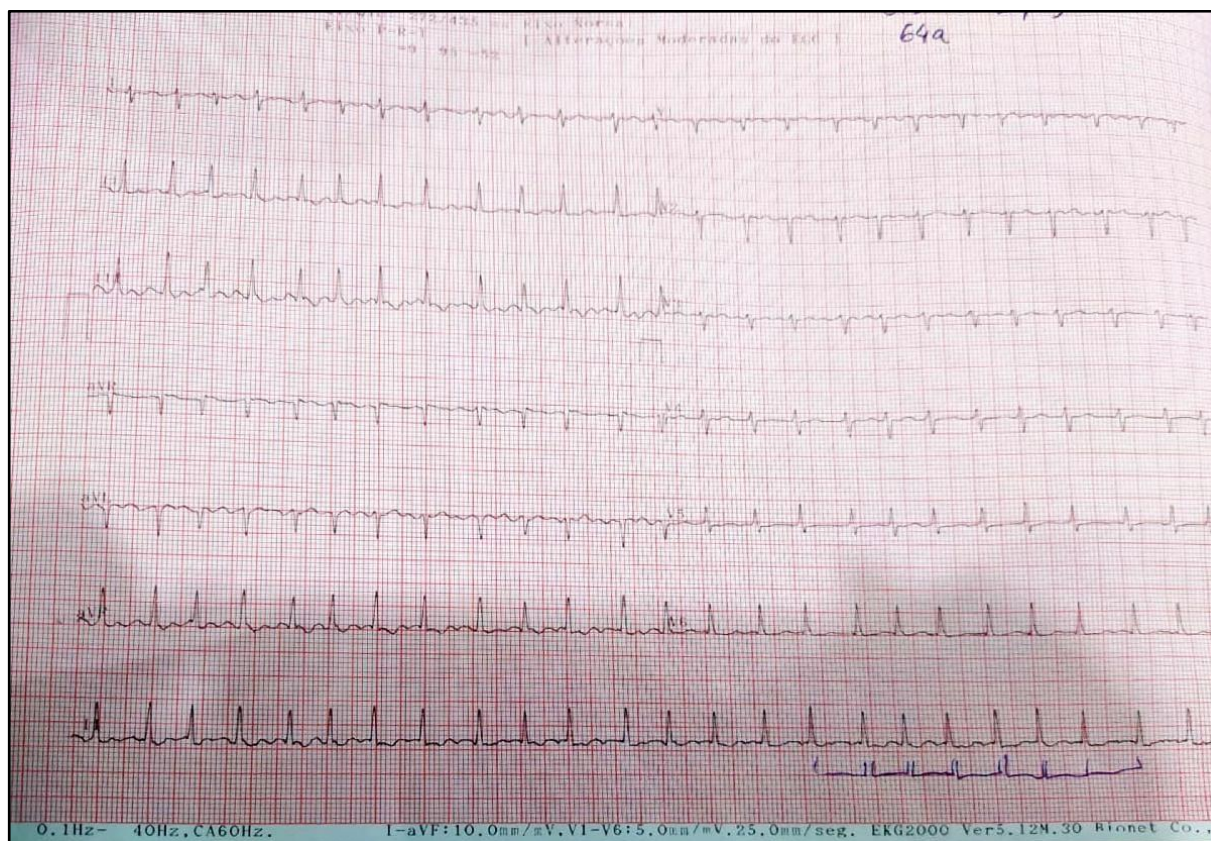
No caso apresentado além de Insuficiência cardíaca o paciente estava apresentando um quadro de arritmia concomitante. Primeiramente é importante fazer o diagnóstico diferencial sobre o tipo de arritmia presente. Tendo sempre uma sequência lógica de leitura das arritmias.

1- Onda P esta presente

2-Ritmo do QRS regular

3-QRS estreito ou alargado

4-Frequência em taqui ou bradiarritmia.



Fonte: foto do eletrocardiograma realizada na UPA João Samek a paciente (foto autorizada pela paciente e pelo médico plantonista)

No paciente do caso podemos ver que ele está apresentando ausência de onda P, QRS estreito e ritmo irregular, condizente com um quadro de FA. O paciente no momento encontra-se estável, devendo proceder para o controle da frequência como primeira escolha de tratamento, podemos fazer com metoprolol ou esmolol (betabloqueador), verapamil e diltiazem (bloqueador de canal de cálcio) ou com a medicação mais usada em todos os pronto socorros que é a amiodarona como no paciente apresentado.

Lembrar que devemos controlar o ritmo só em pacientes com FA menor de 48hs, pelo risco de causar embolismo sistêmico se mais de 48hs. E prescrever para o paciente anticoagulante e na alta ecografia transesofágica para ver a presença de coágulos nos átrios

2.3.3 CASO: CETOACIDOSE DIABÉTICA?

Identificação: M.A, 17 anos, sexo feminino, natural e residente de Foz do Iguaçu, estudante, católica

Queixa principal: dor abdominal há 1 dia

História da doença atual: Paciente, vem acompanhada da mãe, referindo que há 1 dia iniciou com dor abdominal na região do epigástrico, tipo pontada, continua, sem irradiação, sem melhora associada a vômitos em várias oportunidades, após ingestão de bolo. Relata haver medindo a glicemia no seu domicílio com resultado de hiperglicemia. Nega alterações urinárias, intestinais, febre ou outros sintomas

História pregressa e familiar: Nega alergia medicamentosa, nega cirurgias. Pai e mãe com hipertensão

Diabetes mellitus tipo I, em uso de: insulina glargina 12-12-12 e aspart 0-0-40

EXAME FÍSICO

REG, LOTE, anictérica, acianótica, desidratada 2+, afebril, taquicardica, eupneica sem uso de musculatura acessória

SSVV: PA 90/60 mmHg // FC 106 bpm// FR 20irpm // SatO2 99% em AA// HGT 372

Aparelho cardiovascular: bulhas normofonéticas rítmicas em 2 tempos sem sopro, pulsos periféricos presentes e simétricos. Enchimento capilar <3 seg.

Aparelho respiratório: murmúrio universalmente audível presente sem ruídos adventícios

Abdome: flácido, ruídos hidroaéreos presentes, dor à palpação superficial e profunda no epigástrico, sem sinais de peritonite, sem visceromegalias. Blumberg negativo, Giordano negativo

Membros: ausência de edema, com pulso e temperatura preservadas.

Neurológico: pupilas isocóricas e fotorreagentes, Glasgow 15

Diagnóstico Sindrômico

-

Diagnósticos Diferenciais

- Cetoacidose diabetica?
- Estado hiperosmolar não cetotico

Resultado dos exames após admissão

Laboratoriais: HB 16,40 g/dL// HT 45,60// Leucocitos 8,080/mm³// Bastonetes 7% // Segmentados 77%// Neutrófilos 84%// Plaquetas 313,000/mm³// Ureia 36 mg/dL// Creatinina 0,40// Sódio 142 mmol/L// Potássio 5,7 mEq/L// Lactato 19,30 mg/dL //PCR 1,2 mg/dL

Urina I: proteínas +/- glicose +++/ corpo cetônicos ++/ hemoglobina ++

Gasometria arterial: pH 7,06 / pCO₂ 34,00 mmHg/ pO₂ 42,00 mmHg/ HCO₃ 9,60 mmol/L / SatO₂: 53%/ Lac 17,00mg/dL

Conduta

Prescrição de:

- Soro Fisiológico 0,9% - 500ml
- Escopolamina, Butilbrometo 4mg/MI + Dipirona Sódica 500 Mg/MI Ampola 5 MI
- Ondansetrona, Cloridrato 2 Mg / MI Ampola 2 MI
- Insulina Regular (9ª Rs) 100ui / 3ml Caneta, Subcutânea, 10 Ui .

Complementares:

- Exames laboratoriais: hemograma completo, uréia, creatinina, sódio, potássio, lactato, PCR – proteína C reativa, gasometria, Urina I

2.3.3.1 Discussão do caso

-Regulação

A paciente procurou atendimento por busca espontânea, sendo triada rapidamente pela equipe e encaminhada para a sala amarela, por apresentar dor abdominal intensa associada a náuseas e vômitos, e alterações de sinais vitais, recebendo corretamente os primeiros auxílios.

VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
1. Parada cardiorrespiratória. 2. Politraumatizado grave: lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas. 3. Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios. 4. Trauma craniocéfálico grave - ECG < 12. 5. Comprometimentos da coluna vertebral. 6. Desconforto respiratório grave. 7. Dor no peito associado à falta de ar e cianose. 8. Perfurações no peito, abdome e cabeça.	1. Politraumatizado com ECG - Glasgow entre 13 e 15. 2. Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos focais. 3. Trauma craniocéfálico leve (ECG entre 13 e 15). 4. Alteração aguda de comportamento - agitação, letargia ou confusão mental. 5. Dor torácica intensa sem repercussão hemodinâmica. 6. Crise asmática. 7. Diabético apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipneia, taquicardia.	1. Idade superior a 60 anos. 2. Gestantes com complicações de gravidez. 3. Deficientes físicos. 4. Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro. 5. Impossibilidade de deambulação. 6. Asma fora de crise. 7. Enxaqueca - pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca. 8. Dor de ouvido moderada a grave. 9. Dor abdominal sem alteração de sinais vitais. 10. Sangramento vaginal sem dor.	1. Queixas crônicas sem alterações agudas. 2. Pacientes estáveis com demanda por atendimento nitidamente subjetiva. 3. Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos.

Fonte: Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde - São Luís: EDUFMA, 2018.

Opinião

Primeiramente é importante fazer o MOV (monitorização, oxigênio e veia) coletar rapidamente exames laboratoriais, principalmente hemograma completo, eletrólitos, gasometria, urina tipo 1 e glicemia. Proximamente fazer a anamnese e exame físico dirigido para o caso.

Devemos investigar antecedentes pessoais e fatores de risco para diabetes mellitus e se a pessoa já conta com diagnóstico. E fazer a investigação de fatores desencadeantes do quadro de hiperglicemia, que geralmente se apresenta de forma aguda com rápida evolução de hora a dias.

TABELA 3 Fatores precipitantes da descompensação

▪ Infecções (30-60%): pneumonia, infecção urinária, sepse de origem indeterminada, gastroenterite, pé diabético e infecções cutâneas
▪ Má aderência ou descontinuação do tratamento (20-30%)
▪ Primeira descompensação diabética (15-20% dos casos)
▪ Quadros abdominais: pancreatite, colecistite, apendicite e isquemia mesentérica
▪ Doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (5% dos casos)
▪ Tromboembolismo pulmonar
▪ Medicamentos: pentamidina, betabloqueadores, corticosteroides e catecolaminas
▪ Crise tireotóxica

Fonte: Manual de Medicina de Emergência. Disciplina de Emergências Clínicas da FMUSP. 2 Ed. 2019.

Para fazer o diagnóstico precisamos de uma hiperglicemia >250mg/dL associado a acidose metabólica (pH menor que 7,30 e bicarbonato menor que 15mEq/L) e cetonúria positiva ou cetonemia (pouco disponível).

Parâmetros	Cetoacidose leve	Cetoacidose moderada	Cetoacidose grave
Glicemia (mg/dL)	> 250	> 250	> 250
pH arterial	7,25-7,30	7,00-7,24	< 7,00
Bicarbonato sérico (mEq/L)	15-18	10-14,9	< 10
Cetonúria	Positiva	Positiva	Positiva

Parâmetros	Cetoacidose leve	Cetoacidose moderada	Cetoacidose grave
Cetonemia	Positiva	Positiva	Positiva
Osmolalidade efetiva (mOsm/kg)	Variável	Variável	Variável
Ânion-gap	> 10	> 12	> 12
Nível de consciência	Alerta	Alerta ou sonolento	Estupor ou coma

Fonte: Manual de Medicina de Emergência. Disciplina de Emergências Clínicas da FMUSP. 2 Ed. 2019.

Inicialmente um dos pilares do tratamento é a hidratação vigorosa, devemos iniciar com 1000-1500ml de soro fisiológico a 0,9% nas primeiras 2 horas. Posteriormente fazer hidratação de manutenção com 4ml/kg por hora (média de 250 a 500), mas devemos de ficar de olho nos valores séricos de Na⁺ (valor de Na⁺ corrigido pela glicemia) que se <135 mEq/dL devemos de usar SF NaCL a 0.9% ou manter com NaCL a 0.45% se valor normal ou >145mEq/dL.

Concomitantemente com a hidratação, tendo já a avaliação laboratorial dos eletrólitos, principalmente potássio sérico, temos que iniciar a infusão de insulina em bomba de infusão contínua (não iniciar se <3mEq/dL, primeiro corrigir potássio) na dose de 0,1 a 0,15UI/kg em bolus e 0,2UI/kg/h em dose de manutenção com o objetivo de manter uma queda de 50 a 75mg/dL/h.

Contudo, manter a infusão de insulina até atingir 2 em 3 critérios que indiquem a resolução da cetoacidose diabética, estes critérios são:

- pH >7.3
- AG < igual 12
- Bicarbonato > igual 15

Alcançados os critérios podemos transformar a infusão contínua em subcutânea. Além de reduzir a dose de infusão para 0,02-0,05UI/kg/h e acrescentar soro glicosado 5% para evitar hipoglicemia.

Importantíssimo, sempre avaliar o potássio sérico, sendo dosado a cada 2hs. tendo que repor quando:

- <3,3 - repor 40 mEq
- >3,3 acrescentar 20 a 30 mEq no soro
- >5,0 checar a cada 2hs e repor só quando precisar (valores entre 4,9 e 3,3)

REPOR HCO₃⁻ só se ph <6,9

2.3.4 CASO: TROMBOSE VENOSA PROFUNDA?

Identificação: S.C , 86 anos, sexo masculino, residente de Foz do Iguaçu, aposentado.

Queixa principal: pé esquerdo ficou de cor azul há 1 dia

História da doença atual: paciente com quadro de queda de própria altura há 4 dias (17/09), apresentando dor no membro inferior esquerdo, sendo levado para UPA, onde foi medicado com sintomáticos e liberado, refere que desde esse dia não consegue mais deambular, no dia 18/09 evoluiu com edema do membro inferior esquerdo, com piora de sintomas, há 1 dia começou apresentar cianose no pé esquerdo associado a fraqueza e confusão mental. Sendo levado novamente pelos familiares na UPA, sendo solicitado radiografia, o qual demonstrou fratura de colo de fêmur esquerdo. Sendo encaminhado para o PS clínico com suspeita de isquemia do membro esquerdo

História progressa e familiar: Nega alergia medicamentosa.

Hipertensão arterial + Diabetes Mellitus. Antecedente de TVP em MID há 3 meses
Tabagista pesado, 70 maços/ano.

Medicamentos de uso contínuo: Captopril 25 mgr 8/8 hs; HCTZ 25 mgr/dia; Metformina 500 mgr/dia; prednisona 20 mgr/dia; Furosemida 40 mgr/dia; espironolactona 25 mgr/dia

EXAME FÍSICO

Sinais vitais: PA 127/89 mmHg // FC 95 bpm// FR 20irpm // SatO2 96% em AA

REG, confuso, pouco colaborativo, responde a comandos, anictérico, acianótico, afebril, eupneico sem uso de musculatura acessória

Aparelho cardiovascular: bulhas normofonéticas rítmicas em 2 tempos sem sopro, pulsos periféricos presentes e simétricos. Enchimento capilar <3 seg.

Aparelho respiratório: murmúrio universalmente audível, porém diminuídos em ambos hemitórax

Abdome: globoso, ruídos hidroaéreos presentes, indolor à palpação superficial e profunda, sem sinais de peritonite, sem visceromegalias.

Membros inferiores: membro esquerdo edemaciado (2+/4), com presença de equimoses e lesão bolhosa no dorso do pé de líquido claro, frio, pé cianótico, pulso tibial posterior não palpável, pulso pedio palpável fraco, Diâmetro de MMII esquerdo 32cm e MMII direito 27cm. Doloroso à palpação de panturrilhas e coxas.

Neurológico: pupilas isocóricas e fotorreagentes, Glasgow 14 (O4V4M6)

Diagnóstico Sindrômico

-Síndrome venosa obstrutiva

Hipóteses diagnósticas

-Trombose Venosa Profunda

-Doença arterial obstrutiva periférica

-Fratura de colo de fêmur esquerdo

Resultado dos exames após admissão

Laboratoriais: HB 13.90 g/dL// HT 40,20// Leucocitos 22,770/mm³// Metamielocitos 1%// Bastonetes 8% // Segmentados 75%// Neutrófilos 83%// Plaquetas 143,000/mm³// Ureia 125 mg/dL// Creatinina 1,40// Sódio 142 mmol/L// Potássio 6,4 mEq/L// Magnésio 1,9mg/dL// PCR 19,4 mg/dL// KPTT 25 seg// TAP- INR 1,16 // Bilirrubina total 0,50; direta 0,30; indireta 0,20

Rx de tórax: sem alterações significativas

AngioTC: Estudo tomográfico do tórax não demonstra achados compatíveis com tromboembolismo pulmonar.

Ecografia doppler venoso de MMII Esquerdo: PROFUNDO: Visualizadas veias femorais (comum, profunda e superficial), poplítea, tibiais, fibulares e gastrocnêmias: Presença de Trombo hipoecóico distendendo e preenchendo as veias femoral comum, femoral em toda extensão, poplítea e tibiais posteriores, bem como nas gastrocnêmias, relacionado a trombose subaguda. **SUPERFICIAL:** Veia safena interna (Magna): com trombo hipoecóico na região proximal; Veia safena externa (Parva): pérvias, sem evidenciar tromboflebite.; OBS: Presença de linfoedema no tecido subcutâneo do joelho e perna.

Ecografia doppler de Veia Cava inferior e ilíacas: Veia cava inferior evidenciada apenas na sua porção intra-hepática, demais porções não sendo possível acessar

devido sobreposição de gás em alças intestinais. Veia ilíaca externa esquerda com trombo hipocóico. Veia ilíaca externa direita com trombo parcial na porção distal.

Conduta

Prescrição de:

- Cefazolina 1g, IV, 8/8h
- Enoxaparina 60mg, SC, 12/12h
- Furosemida 20mg, IV
- Dipirona 1g, IV

Complementares:

- Exames laboratoriais: hemograma completo, PCR – proteína C reativa, gasometria arterial
- Exame de imagem: ECG, Rx coxa esquerda, Rx coxo femural esquerdo, Rx de tórax, Rx de joelho esquerdo, TC de tórax com contraste, US Ecodoppler venoso membro inferior

2.3.4.1 Discussão do caso

-Regulação

Foi a correta devido que foi encaminhado/regulado da UPA para o HMPGL, porque ser um paciente que precisava de um atendimento em um lugar de maior complexidade por ter uma fratura de colo de fêmur esquerdo associado a cianose e edema do mesmo membro.

-Discussão

Como já mencionei o primeiramente sempre deve se de fazer o MOV (monitor, oxigênio e veia), seguido da anamnese e exame físico dirigido ao caso. Logo pedir os exames laboratoriais e de imagem se precisar.

Tromboembolismo venoso (TEV) é uma doença no qual há uma formação de um coágulo ou trombo sanguíneo na rede venosa. Sendo dívida em trombose venosa profunda (TVP), que é a formação e impactação de um trombo na rede venosa e

embolia pulmonar (EP), que é quando o trombo emboliza e impacta circulação pulmonar, bloqueando o suprimento sanguíneo daquela região.

Já a TVP pode ser dividida em:

TVP distal: onde há comprometimento de vasos distais às veias poplíteas

TVP proximal: envolve veias poplíteas, femorais ou ilíacas

Neste caso o paciente apresenta diferentes fatores de risco para trombose como a idade avançada, antecedente de tromboembolia venosa, trauma, imobilidade após o trauma. Além disso sempre deve ser suspeitado TVP em pacientes com dor ou edema em membros inferiores, principalmente se unilateral ou assimétricos, há uma alta possibilidade de TVP também quando o diâmetro entre as 2 panturrilhas é maior que 3 cm, o paciente apresentava todos os sintomas, desta maneira há possibilidade para ele ter TVP era muito alta. Também os critérios de Wells podem ser utilizados para classificar ao paciente, neste caso em específico o paciente tem mais de 3 pontos sendo assim classificado como alta possibilidade

Achado clínico	Pontuação
▪ Neoplasia ativa	1
▪ Paresia ou imobilização de extremidades	1
▪ Restrito ao leito por mais de 3 dias ou grande cirurgia há menos de 4 semanas	1
▪ Hipersensibilidade em trajeto venoso	1
▪ Edema assimétrico de todo o membro inferior	1
▪ Diâmetro da região das panturrilhas 3 cm maior em um membro comparado ao outro	1
▪ Edema depressível confinado ao membro sintomático	1
▪ Veias superficiais colaterais (não varicosas)	1
▪ Diagnóstico alternativo mais provável	-2

0 ponto: baixa probabilidade; 1-2 pontos: probabilidade intermediária; 3 ou mais pontos: alta probabilidade.

Fonte: *Medicina de emergência: abordagem prática. USP. 12. Ed, 2017.*

Partindo da classificação a conduta com cada paciente vai ser diferente, por exemplo os que classificados com baixa probabilidade pode ser solicitado o D-dímero,

ele é um exame altamente sensível e poucos específicos, só devem ser solicitados nestes casos, um D-dímero negativo exclui o diagnóstico de TVP. Quando são classificados de intermediária ou de alta probabilidade, deve ser solicitado diretamente o ultrassom doppler venoso, sendo o exame não invasivo de escolha para o diagnóstico de TVP. No caso do paciente foi solicitado esse exame já que ele apresentava uma alta probabilidade de TVP. Também podem ser solicitados outros exames não invasivos como pletismografia, angiotomografia venosa e angiorressonância magnética venosa, porém implicam maiores custos e não apresentam uma eficácia melhor para o diagnóstico.

Já para o tratamento segundo o livro de Medicina de Urgência e Emergência, os pacientes com alta suspeita clínica, a anticoagulação já pode ser iniciada antes da confirmação diagnóstica. E podem fazer o tratamento ambulatorialmente, desde que o paciente esteja estável, sem alto risco de sangramento, ausência de doença renal crônica ou em diálise e que tenha a capacidade de administrar sua medicação e faça a monitorização posterior. Como o paciente não preenche com os critérios, deve se optar por fazer a internação, para realizar o tratamento

Para o tratamento podemos utilizar a Heparina de baixo peso molecular, heparina não fracionada, inibidores do fator Xa e fondaparinux.

Sendo a opção recomendada para tratamento a heparina de baixo peso molecular, devido a sua facilidade de aplicação e que não tem necessidade de monitorização caso o paciente tenha a função renal normal. Para o paciente foi prescrito a enoxaparina 60mg, SC, de 12 em 12 horas, o qual atua como inibidor do fator Xa, ele pode ser utilizado 1 vez ao dia já que sua eficácia é a mesma se for utilizada 2 vezes ao dia.

Concomitante à heparina podemos adicionar a anticoagulação oral como os antagonista da vitamina K (Warfarina sódica), inibidor direto da trombina (Dabigatran), inibidor do fator Xa (rivaroxaban, apixaban, edoxaban), sendo estes dois últimos contraindicados em paciente com insuficiência renal

Também há outros tipos de tratamento com o filtro da veia cava que só é recomendada em situações com contraindicações para heparinização e eventos trombóticos apesar de tratamento adequado e os trombolíticos que podem ser utilizadas em casos onde há maior risco, como flegmasia alba dolens ou flegmasia cerulea dolens.

2.3.5 CASO: ASMA?

Identificação: CRSC, 19 anos, masculino, branco, Natural de Paraguai, Residente em Foz do Iguaçu.

Queixa principal: Falta de ar há 1 hora.

História da doença atual: Paciente procurou atendimento por busca espontânea, acompanhado pela mãe, refere que começou com dispneia de início súbito, de forte intensidade. Relata que nos últimos dias vem apresentando quadros parecidos de leve intensidade associado a tosse seca, sendo mais proeminente pela noite, refere que acordou algumas vezes por quadros assim. Alega que teve diagnóstico de asma aos 13 anos e que fez um tratamento de curto tempo por 1 ano e que parou o tratamento por conta própria depois de ficar muito tempo sem crises.

História pregressa e familiar: Rinite alérgica, faz uso de budesonida em spray nasal. Nega outras doenças e comorbidades.

Mãe e pai com hipertensão arterial

Exame físico

REG, sonolento, acianótico, anictérico, afebril, taquidispneico em AA.

SSVV: PA: 140/94 mmhg //FR: 35 irpm //FC: 130 bpm //SPO2: 91% em AA.

Aparelho Cardiovascular: bulhas cardíacas normofonéticas, rítmicas em 2 tempos, sem sopros. Difícil ausculta pelo quadro respiratório

Aparelho pulmonar: murmúrio universalmente audível, diminuído globalmente, apresentando sibilos e roncos em todos os campos pulmonares.

Abdome: abdome globoso, RHA+, Normal Timpânico, depressível, indolor à palpação superficial e profunda. sem sinais de peritonismo.

Neuro: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes.

Extremidades: Sem edemas, sem empastamentos.

Diagnóstico sindrômico

-Dispneia

Hipótese diagnóstica

-Asma

-COVID-19

Conduta

Prescrições:

-Máscara não reinalante 10lts/min.

-Salbutamol em spray 100mcg com espaçador 8 jatos de 20/20 minutos. Manutenção com 4 jatos de 4/4hs.

-Metilprednisolona 40mg EV pela intolerância via oral.

Complementares:

-Raio-x de tórax.

-Gasometria arterial.

-Hemograma completo, PCR, K+, Na+, Glicemia, Ureia, Creatinina.

2.3.5.1 Discussão do caso

-Regulação

A regulação foi a correta por que foi levado para o HMPGL pelo Samu, o paciente foi classificado para sala vermelha por estar apresentando um desconforto respiratório grave precisando de um atendimento de imediato

VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
1. Parada cardiorrespiratória. 2. Politraumatizado grave: lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas. 3. Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios. 4. Trauma cranioencefálico grave - ECG < 12. 5. Comprometimentos da coluna vertebral. 6. Desconforto respiratório grave. 7. Dor no peito associado à falta de ar e cianose. 8. Perfurações no peito, abdome e cabeça.	1. Politraumatizado com ECG - Glasgow entre 13 e 15. 2. Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos focais. 3. Trauma cranioencefálico leve (ECG entre 13 e 15). 4. Alteração aguda de comportamento - agitação, letargia ou confusão mental. 5. Dor torácica intensa sem repercussão hemodinâmica. 6. Crise asmática. 7. Diabético apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipneia, taquicardia. 8. Dor abdominal	1. Idade superior a 60 anos. 2. Gestantes com complicações de gravidez. 3. Deficientes físicos. 4. Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro. 5. Impossibilidade de deambulação. 6. Asma fora de crise. 7. Enxaqueca - pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca. 8. Dor de ouvido moderada a grave. 9. Dor abdominal sem alteração de sinais vitais. 10. Sangramento vaginal sem dor	1. Queixas crônicas sem alterações agudas. 2. Pacientes estáveis com demanda por atendimento nitidamente subjetiva. 3. Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos.

Fonte: Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde - São Luís: EDUFMA, 2018.

-Discussão

Na chegada de um paciente com crise asmática é importante garantir a via aérea e a correta oxigenação. Devemos oferecer para o paciente automaticamente oxigênio suplementar e começar as medidas iniciais como MOV e coleta de exames laboratoriais (gasometria arterial, hemograma completo e eletrólitos e quando possível uma radiografia de tórax).

É de vital importância fazer o correto diagnóstico diferencial, já que tudo o que produz vigilância no paciente é asma, podendo ser por exemplo uma insuficiência cardíaca se o paciente for mais idoso ou DPOC. O diagnóstico geralmente é clínico e os exames laboratoriais ajudam só a excluir outras patologias.

Uma vez feito o diagnóstico temos que classificar o paciente de acordo com a gravidade, sem demorar e duvidar em fazer medidas drásticas como intubação orotraqueal nos pacientes em franca insuficiência respiratória.

Em pacientes com franca insuficiência respiratória, não conseguimos fazer exames complementares de imagem, devendo proceder diretamente para a conduta terapêutica pelo risco que apresenta o quadro. Devemos coletar exames laboratoriais enquanto medidas são feitas.

Primeiramente devemos fazer para o paciente medidas de conforto como o oxigênio, prescrever um corticóide EV pelo rápido efeito de escolha metilprednisolona ou hidrocortisona. Associar rapidamente Broncodilatadores. No momento não dá para fazer broncodilatadores por via inalatória com nebulizadores, precisamos administrar diretamente com espaçadores dosificadores pelo risco de aerossolização. De escolha usamos salbutamol associado a ipratrópio. Podendo também ser usado alguns broncodilatadores de uso parenteral como o salbutamol e subcutâneo a terbutalina.

Caso primeiras medidas não apresentem um correto resultado, com paciente evoluindo para mau estado geral, risco iminente de parada, antes da intubação orotraqueal podemos tentar a reversão do quadro com Sulfato de magnésio EV, tomar especial cuidado com o sulfato de magnésio principalmente pelo risco de intoxicação, verificando posterior à estabilização 3 parâmetros conhecidos como 3 R's (Rins=oligúria, Respiração=frequência respiratória,). Não sendo efetiva o sulfato de magnésio devemos proceder conscientemente para a intubação orotraqueal.

No presente caso foi feito corretamente a prescrição e uso de corticoide EV, associado a broncodilatadores inalatórios e subcutâneo que não reverteram o quadro, precisando de usar sulfato de magnésio que conseguiu reverter o quadro sem precisar de outras medidas. Posteriormente devemos proceder a fazer a internação para fazer a correta investigação de possíveis fatores desencadeantes e desestabilizadores

2.4 PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- **Intubação orotraqueal**

No estágio na UPA João Samek, teve a oportunidade de realizar a minha primeira intubação orotraqueal, em um paciente de sexo masculino, idoso que chegou na sala vermelha por uma queixa de dor abdominal intensa e que foi evoluindo para um rebaixamento do nível de consciência e a sua saturação começou a baixar menos que 80%, motivos pelo qual a doutora plantonista decidiu intubar ao paciente. Primeiramente antes de realizar a intubação a doutora me perguntou sobre os passos para realizar a intubação, daí respondi sobre a sequência rápida de intubação que consiste em 7p que são: preparação, pré-oxigenação, otimização pré-intubação, indução da hipnose e paralisia, posicionamento, posicionamento do tubo e pós-intubação. Depois disso começamos a preparar todos os materiais e a provar se estavam funcionando, logo foi feita a sedação, quando tentei intubar o tubo foi para o esôfago e não para a traqueia, então depois a doutora colocou de novo o tubo, realizando com sucesso.

Ao realizar a minha primeira intubação orotraqueal, senti que foi um grande avanço durante o meu estágio aunque não consegui terminar o procedimento, porém de igual maneira fiquei muito grata com a doutora e com a equipe, pela oportunidade que teve, já que este é um dos procedimentos fundamentais para salvar vidas, especialmente no sector da emergência.

- **Acesso venoso periférico**

Durante meu estágio o que percebi foi que o acesso venoso periférico foi um dos procedimentos que mais se realizou na emergência, sendo indicada principalmente para administração de medicamentos, soluções e fluidos, já que desta maneira vamos a ter um acesso mais rápido ao sistema circulatório.

O acesso periférico parece um procedimento muito simples que muitas vezes não é considerado tarefa do médico, mas muitas vezes podemos encontrar-nos em lugares remotos com intercorrências na qual toda a equipe de saúde está ocupada cumprindo uma tarefa ou mesmo sozinhos em locais com pouco pessoal, onde o médico terá a necessidade e obrigação de fazer e saber fazer, sendo de vital importância o conhecimento da técnica e da prática do mesmo.

Ao longo das práticas nos cenários do hospital municipal e das UPAs que fui acompanhando, não se apresentaram muitas oportunidades de praticar o procedimento citado, mas apresentando interesse e acompanhando a equipe de enfermagem quando não tinha nenhuma atividade médica, fui ganhando espaço e confiança da equipe, tendo diversas oportunidades e muitas vezes inclusive sendo chamada pelos enfermeiros realizar o procedimento. Levando a conta de quantas oportunidades tive de realizar o procedimento posso calcular em base a 15 acessos periféricos além do aprendizado que vai me acompanhar ao longo da minha carreira médica.

- **Sutura**

A sutura foi uns dos procedimentos que mais oportunidades teve para realizar, o qual gostei muito por que em cada dia de estágio via sempre diferentes tipos de cortes e os doutores sempre nos deixavam fazer todos exceto quando veiam crianças. As suturas que mais realizei foi em nos membros superiores e na face.

Para iniciar o procedimento primeiro tinha que preparar todos os materiais e o campo, depois colocava anestesia local sendo a lidocaína droga de escolha, sendo de preferência a injeção intradérmica devido a que o início de ação do anestésico que quase imediato em comparação à subdérmica. Logo limpava a ferida com clorexidina alcoólica e degermante, para depois fazer a sutura, sendo a sutura simples a mais utilizada, uma vez terminada a sutura, se procede para fazer curativo.

- **Sonda vesical de demora**

Na UPA foi o cenário em onde conseguir fazer este procedimento, tanto em pacientes masculinos e femininos, sendo para mim mais fácil de realizar em homens, sendo indicada na urgência e emergência especialmente em pacientes com retenção urinária aguda ou obstrução urinária, ou quando há necessidade de medir com precisão o débito urinário do paciente por que disso muito vezes vai depender a conduta que vai ser realizada, por exemplo isso vi em paciente com IC descompensada e que estavam congestionados, após as medicações que realizavam precisavam de quantificar com precisão o débito, por que de acordo disso ia depender a seguinte conduta

- **Curativo**

Durante meu estágio nas UPA teve a oportunidade também de fazer curativos pacientes que sofreram queimaduras, sendo as lesões mais comuns as queimaduras térmicas, tendo nas maiorias um tamanho pequeno e de profundidade superficial, tomando como conduta inicial a lavagem repetida com água ou solução salina de temperatura ambiente, já que se realizamos uma exposição direta ao gelo ou água gelada pode resultar em uma queimadura por frio, logo realizava o curativo tendo como objetivo a proteção e isolamento da ferida do ambiente, em todos casos que teve a oportunidade de realizar sempre opte pelo curativo fechado utilizando a sulfadiazina de prata como agente tópico, por ter uma melhor cobertura antimicrobiana

2.5 VIVENDO UMA PANDEMIA

A pandemia começou como um evento distante, que ninguém esperava que chegasse até hoje. Lembro dos primeiros meses do ano e como foi aumentando os casos em países do outro lado do mundo, longe de nós. A pandemia veio para mudar completamente nossa vida e rotina como a conhecíamos.

A última vez que fui para casa foi no aniversário do meu irmão em março 04-03, exatamente 10 dias antes de fechar a ponte da amizade. Religiosamente eu ia para minha casa pelo menos uma vez por mês. Aquele dia nem imaginava que seria a última vez que eu estaria em casa, pelo menos que não voltaria em aproximadamente 8 meses, 8 meses sem ver a família e amigos próximos.

Aquele episódio foi um acontecimento que chegou só para marcar minha vida. Começamos a ser inseridos nos serviços de atenção a pacientes Covid-19, no começo era muito tranquilo, onde os plantões mais carregados eram com 3 a 4 pacientes suspeitos e no máximo até 1 positivo e o RT-PCR demorava 15 dias.

Com o passar do tempo, os casos foram aumentando, o medo da população com eles. Chegaram tempos difíceis, posteriormente ficamos alocados nos serviços plenamente com ajuda do programa Brasil conta comigo, onde para mim pessoalmente é onde tudo mudou. Meu internato passou de ser um lugar de aprendizado a um lugar de trabalho, pelo menos para mim, onde o comprometimento era pleno com o fim de ajudar o máximo possível no serviço e finalmente os pacientes. Foi onde realmente comecei me sentir diferente, de ser uma estudante a ser parte de uma equipe com um objetivo em comum.

A pandemia foi e está sendo um momento de mudanças e por sobre todo de maturidade. Hoje em dia não me considero a mesma pessoa que eu era no começo do ano. Hoje posso falar que consigo ver as coisas de uma forma diferente do que realmente implica a carreira médica, o sacrifício que muitas vezes devemos e vamos ter que fazer. Hoje longe da minha família consigo refletir sobre situações que antes nem conseguia imaginar e considero que meu crescimento pessoal e profissional foi enorme.

2.6 REFLEXÃO SOBRE O MÓDULO

Como venho falando desde o começo deste relatório, este ano fugiu totalmente do que tinha achado que iria ser o meu internato, mas assim posso falar que a pessoa que fui antes deste módulo é totalmente diferente ao que me tornei neste período, sinceramente, não esperava tamanha mudança e nem tantas surpresas na minha formação como as que consegui presenciar até agora.

A pandemia trouxe com ele grande aprendizado de que a vida das pessoas no somente depende do profissional de saúde, vai muito mais, além disso, tendo a participação de todos os demais envolvidos no ambiente da preservação da saúde humana ultrapassando totalmente as barreiras do que se encontra escrito nos livros, não se tratando somente da anatomia, fisiologia e patologia das doenças do corpo em geral, sendo mais bem um conjunto de empatia, sabedoria, paciência, humanidade por sobre todas as coisas, olhando realmente ao paciente como um todo de maneira holística, sem preconceitos, porém isso não exclui aos alunos e médicos já formados estar em constante aprendizagem e atualização dos novos temas, tratamentos e manejo da nova doença o que torna a profissão muito mais desafiadora do normal estando em constantes cambios todos os dias.

Sem dúvida alguma posso afirmar que o nosso módulo de Urgência e Emergência, na UNILA em si foi o mais singular de todos os tempos, sendo uma peça essencial no combate na pandemia em conjunto com o apoio do SUS.

Desde o início do ano, até a data de hoje, posso dar testemunho de que contribuimos bastante, todos os alunos, resgatando cada detalhe do aprendizado obtido no campo da vida, sabendo que a vida é um jogo constante, onde se a pessoa não luta, perde; é disso que se trata a Unila e este módulo, dar luta contínua, sem cansaço, estendendo forças para ajudar o maior número possível de pessoas que precisam de ajuda ou assistência.

3. CONCLUSÃO

Ao longo deste período, de trabalho árduo e incansável, tem me ensinado que a humanidade depende 100% da boa gestão na área da saúde, dando o melhor de cada um para prestar o melhor atendimento aos pacientes, sempre de forma humanizada e empática, sendo assim empatia e escuta, peça essencial do quebra-cabeça junto com a paciência e o trabalho em equipe, ouvindo milhares de histórias, boas e más, passando por momentos desconfortáveis, tristes e desesperadores

Os resultados observados até o momento são muito favoráveis, na minha vida pessoal e na parte da preservação da saúde física e mental, apesar da Pandemia e do grande número de infectados nos últimos tempos, observa-se uma curva de recuperação dirigida no mesmo sentido, acompanhando de perto os câmbios constantes o trabalho realizado está dando bons resultados, tendo em consideração que Foz de Iguaçu é uma cidade turística localizada na fronteira com dois países, tem sido possível manter um bom gerenciamento e controle dos casos, atingindo o pico mais alto da pandemia com uma boa estrutura reconstruída no HMPGL e profissionais treinados para tratar todos os pacientes.

Graças a esse cenário que atrapalhou de certa maneira o meu internato e no mesmo instante aporto muitas coisas boas, consegui reconhecer minhas lacunas de aprendizado, me ensinando voltar sempre para os livros e curar essas faltas, as que me deram a capacidade de raciocinar a história clínica, física do paciente e com os exames complementares solicitados voltados nas causas certas, aceitando as minhas faltas sendo humana e tendo predisposição para ouvir sempre aos meus colegas e superiores para compartilhar as possíveis opções e fazer o melhor trabalho possível.

REFERÊNCIAS

- COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. **Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda**. Arq Bras Cardiol. 2018. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2018/v11103/pdf/11103021.pdf>. Acessado em 08 de outubro 2020
- GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. **Guía de bolsillo para el manejo y la prevención de asma**. 2019. Disponível em: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/07/GINA-Spanish-2019-wms.pdf>. Acessado 05 de outubro 2020
- MAYEAUX, E. J. **Guia ilustrado de procedimentos médicos**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K. (2019). **Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association**. Stroke. doi:10.1161/str.0000000000000211.
- UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde - São Luís**: EDUFMA, 2018.
- UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência – RUE**-Marcos Antônio Barbosa Pacheco (Org.). - São Luís, 2015
- VELASCO, Irineu Tadeu. et al. **Medicina de emergência: abordagem prática**. 12. Ed., Barueri: Manole, 2017.
- VELASCO, I. T. et al. **Manual de Medicina de Emergência**. Disciplina de Emergências Clínicas da FMUSP. 2 Ed. Manole. 2019.

-VELASCO, I. T. et al. **Procedimentos em Emergência**. 2 Ed., Barueri. Manole. 2016.

-PORTO, C. C. **Semiologia Médica**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

- Ron M. Walls, Robert S. Hockberger, Marianne Gaushe-Hill. **Rosen. Medicina de Emergência. Conceitos e Prática Médica**. 9. Elsevier. 2019.