



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

MEDICINA

Urgência e Emergência na COVID-19

Vivências de estágio durante o primeiro ano da pandemia.

MARTIN IRION ALMEIDA



2021

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

MEDICINA

Urgência e Emergência na COVID-19

Vivências de estágio durante o primeiro ano da pandemia.

MARTIN IRION ALMEIDA

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

Orientadora: Prof. Dra Flavia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu
2021

MARTIN IRION ALMEIDA

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA COVID-19:

VIVÊNCIAS DE ESTÁGIO DURANTE O PRIMEIRO ANO DA 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 Bacharel em Medicina.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dra. Flavia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof. Dra. Rosana Alvares UNILA

Prof. Dr. Bruno Sicuro UNILA

Foz do Iguaçu, 23 de Junho de 2021.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): _____

Curso: _____

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

Título do trabalho acadêmico: _____

Nome do orientador(a): _____

Data da Defesa: ____/____/____ **Licença**

não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca LatinoAmericana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública [Creative Commons Licença 3.0 Unported](#)

Foz do Iguaçu, 23 de Junho de 2021.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho ao meu pai.

AGRADECIMENTO

Acredito que seis anos de empenho e estudo para concluir uma graduação em Medicina podem ser considerados uma jornada longa e cansativa. Nesse caminho, são muitas as pessoas que têm influência nessa conquista, de forma que fica inviável agradecer a todos que tiveram alguma contribuição. No entanto, sempre há aqueles que estão dispostos a oferecer muita ajuda e afeto a quem precisa. Pessoas que, no fim, acabam por ter um peso muito importante em nossas vidas. Assim, não posso esquecer de agradecer a aqueles que estiveram comigo desde o início dessa caminhada para me tornar médico: a minha família e amigos. Dos meus familiares, agradeço principalmente aos meus pais, que sempre fizeram de tudo para que eu pudesse atingir esse objetivo. Dos meus amigos, agradeço aos meus amigos do ensino médio, que sempre me apoiaram desde que tomei a minha decisão de fazer Medicina; agradeço muito aos meus amigos do cursinho, que me ajudaram a dar muitos passos dessa caminhada; e por fim, agradeço aos meus amigos da faculdade, que me estiveram comigo quando eu consegui essa conquista. Dos meus amigos da faculdade, quero agradecer em especial a minha professora e orientadora, que sempre fez o possível por mim, buscando trazer respostas e ajuda a todos os meus problemas acadêmicos.

As Três Irmãs do Poeta
É noite! As sombras correm nebulosas
Vão três pálidas virgens silenciosas
Através da procela irrequieta.
Vão três pálidas virgens... vão sombrias
Rindo colar num beijo as bocas frias...

Na frente cismadora do Poeta:
“Saúde, irmão! Eu sou a Indiferença.
Sou eu quem te sepulta a idéia imensa,
Quem no teu nome a escuridão projeta...
Fui eu que te vesti do meu sudário...
Que vais fazer tão triste e solitário?...”

-“Eu lutarei! – responde-lhe o Poeta.
“Saúde, meu irmão! Eu sou a Fome.
Sou eu quem teu negro pão consome...
O teu mísero pão, mísero atleta!
Hoje, amanhã, depois... depois (qu’importa?)
Virei sempre sentar-me à tua porta...”

-“Eu sofrerei” – responde-lhe o Poeta.
“Saúde, meu irmão! Eu sou a Morte.
Suspende em meio o hino augusto e forte.
Marquei-te a frente, mísero profeta!
Volve ao nada! Não sentes neste enleio
Teu cântico gelar-se no meu seio?!”
- “Eu cantarei no céu” – diz-lhe o Poeta.

Castro Alves, “Espumas flutuantes” (1870).

ALMEIDA, Martin Irion. **Urgência e Emergência na COVID-19**: vivências de estágio durante o primeiro ano da pandemia. 52 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMO

Trabalho com o relato das vivências médicas e conhecimentos mais pertinentes para formação profissional vivenciadas por um médico interno dentro do contexto dos primeiros meses da pandemia de 2020. O trabalho tem como objetivo apontar os principais tópicos que envolvem a prática de medicina emergencial, especialmente quando relacionada com o acometimento por SARS CoV-2, tendo como metodologia a exposição de tópicos pertinentes, de acordo com a vivência do estagiário, com suas bases teóricas fundamentadas na literatura científica, também com o objetivo de expor o panorama geral dos principais conhecimentos médicos que envolveram o enfrentamento dos SARS CoV-2.

Palavras-chave: COVID-19. Urgência. Emergência. Estágio.

ALMEIDA, Martin Irion. **Urgency and Emergency at COVID-19**:internship experiences during the first year of pandemic. 2021. 52 pages. Completion of course work (Medical Degree) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

ABSTRACT

Work with the report of medical experiences and the most relevant knowledge for professional training experienced by na intern physician within the context of the first months of 2020 pandemic. This work aims to point out the main topics involving the parctice of Emergency medicine, especially when related with the infection by SARS CoV-2, having as methodology the exposure of relevant topics, accorfding to the intern's experience, with its theoretical bases on the scientific literature, also with an objective to show a general panorama of de main medical knowledges that envolved the management of the SARS CoV-2.

Key words: COVID-19. Urgency. Emergency. Internship.

ALMEIDA, Martin Irion. **Urgencia y Emergencia en COVID-19**: experiencia de prácticas durante el primer año de la pandemia. 52 paginas. Trabajo de Fin de Curso (Graduación en Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMEN

Trabajo con el informe de las experiencias y conocimientos médicos más relevantes para la formación profesional vivida por un médico interno em el contexto de los primeros meses de la pandemia de 2020. El trabajo tiene como objetivo señalar los principales temas que involucran la práctica de la medicina de emergencia, especialmente cuando relacionados con la implicación del SARS CoV-2, con la metodología de exponer temas relevantes, según la experiencia del interno, con sus bases teóricas fundamentas en la literatura científica, buscando también expor el panorama general dos principales conocimientos médicos que implican en lo afrontamiento del SARS CoV-2.

Palabras clave: COVID-19. Urgencia. Emergencia. Prácticas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Folder de Divulgação dos serviços da Central COVID.....	20
Figura 2 – Fluxograma de atendimento da COVID-19 em Foz do Iguaçu.....	21
Figura 3 – Anatomia Pulmonar	24
Figura 4 – Sequência de Colocação de EPI's	27
Figura 5 – Sequência de Retirada dos EPI's.....	28
Figura 6 – Algoritmo de PCR em adultos.....	45

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 – Treinamento de paramentação realizado no HMPGL.....26

Fotografia 2 – Equipe médica realizando o procedimento de acesso venoso central.....40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Diretrizes da Rede de Urgência e Emergência.....	15
Tabela 2 – Nível de evidência por Tipo de Estudo.....	17
Tabela 3 – Condutas no manejo de pacientes com COVID-19.....	19
Tabela 4 – Roteiro para a análise sistemática do ECG.....	30
Tabela 5 – Perguntas para o rastreamento de depressão.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ECA	Enzima Conversora de Angiotensina
ECG	Eletrocardiograma
EPI	Equipamento de Proteção Individual
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
ILACVN	Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza
PA	Pronto Atendimento
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PMFI	Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu
PS	Pronto Socorro
RCP	Reanimação Cardiopulmonar
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIC	Segundo Informações Colhidas
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
TC	Tomografia Computadorizada
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTDI	Unidade de Tratamento de Doenças Infeciosas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 METODOLOGIA.....	13
2 A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	14
2.1 A REDE DE ATENÇÃO EMERGENCIAL	14
2.2 A ESTRUTURA DO SUS.....	16
2.3 MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIA.....	16
3 CENTRAL TELEFÔNICA COVID-19.....	18
3.1 A COVID-19.....	18
3.2 A CENTRAL COVID-19.....	20
3.2.1 A atuação dos alunos	22
3.3 IMPRESSÕES PESSOAIS.....	23
4 TRIAGEM COVID-19.....	24
4.1 ANATOMIA E FISILOGIA RESPIRATÓRIA.....	24
4.2 SEMIOLOGIA RESPIRATÓRIA.....	25
4.3 TÉCNICA DE PARAMENTAÇÃO.....	26
4.4 IMPRESSÕES PESSOAIS.....	28
5 UPA.....	29
5.1 ELETROCARDIOGRAFIA.....	29
5.2 PSICOPATOLOGIAS.....	31
5.3 IMPRESSÕES PESSOAIS.....	34
6 ENFERMARIA COVID.....	34
6.1 ESTUDOS RADIOGRÁFICOS.....	35
6.2 ESTUDOS TOMOGRÁFICOS.....	37
6.3 IMPRESSÕES PESSOAIS.....	38

7 UTDI.....	38
7.1 ACESSOS VASCULARES VENOSOS.....	39
7.1.1 Acesso venoso central.....	39
7.1.2 Acesso venoso periférico.....	40
7.2 IMPRESSÕES PESSOAIS.....	41
8 PRONTO SOCORRO RESPIRATÓRIO.....	41
8.1 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL.....	42
8.2 IMPRESSÕES PESSOAIS.....	43
9 PRONTO SOCORRO CLÍNICO	43
9.1 REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR.....	44
9.2 IMPRESSÕES PESSOAIS.....	46
10 UTI COVID.....	46
10.1 SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE.....	47
10.2 A MORTE E O LUTO.....	48
10.3 O ESTRESSE EMOCIONAL E REFLEXÕES QUANTO A PANDEMIA.....	48
10.4 IMPRESSÕES PESSOAIS.....	49
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
12 REFERÊNCIAS.....	51
ANEXO A – SEQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DE EPI’S DO HMPGL.....	53

1 INTRODUÇÃO

A presente monografia está descrita com o objetivo de apontar os conhecimentos médicos de maior repercussão que foram averiguados pelo autor durante o estágio em Urgência e Emergência, dentro do contexto do primeiro ano da pandemia de COVID-19. O estágio se passou durante o segundo semestre de 2020, com atuação do estagiário em diversos locais no município de Foz do Iguaçu, sob convênio da Universidade Federal de Integração Latino Americana com a prefeitura municipal. Os setores de atuação foram: Central COVID-19, a Triagem COVID, UPAs, Enfermaria COVID, UTDI, PS Respiratório, PA clínico e a UTI COVID. Os estagiários trabalhavam sob constante orientação de preceptores de residências médicas, médicos residentes e médicos plantonistas, buscando ajudar a suprir a demanda de atendimento médico que foi necessária nas ações de combate a pandemia. Quando necessário, casos clínicos serão apresentados, com o intuito de exemplificar a rotina que envolveu o estágio. Os tópicos abordados serão divididos ao longo da descrição dos setores de atuação, buscando manter uma relação do conhecimento abordado com o local de trabalho em que aquele conhecimento possui uma grande repercussão. A finalidade deste trabalho é apresentar as dificuldades vividas durante a crise que envolveu a COVID-19, assim como apontar os conhecimentos médicos que tiveram maior importância na rotina de trabalho, sob a perspectiva do estagiário e autor. Todos os conhecimentos apresentados como fundamentais serão expostos sob o ponto de vista do autor, mas também fundamentados na literatura científica, embasada em evidências. Com o intuito de dar um caráter mais pessoal ao relato do estágio, serão postas, ao fim da descrição de cada setor de atuação, as reflexões do autor quanto aos dias de trabalho vividos no setor em questão.

2 METODOLOGIA

O trabalho que será aqui exposto é de caráter comparativo e descritivo, explicitado por meio de situações práticas vivenciadas pelo estagiário, apontando conhecimentos que foram de grande valia em situações práticas. A exposição dos tópicos mais pertinentes será relacionada com o que é descrito na literatura a partir dos anos 2000. As informações coletadas durante os plantões de trabalho serviram para organizar os estudos e seleção dos assuntos abordados no relato, assim como tiveram utilidade a título de pesquisa pessoal por parte do autor, no entanto nenhuma informação íntima de qualquer indivíduo será exposta, garantindo a segurança e anonimato de todos os envolvidos. Os casos clínicos descritos mantiveram esse padrão de relato, mas ainda com o intuito de exemplificar atendimentos cotidianos em paciente não infectados pelo SARS-CoV-2 que por fim poderiam se relacionar com o manejo da COVID-19.

3 A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

3.1 A REDE DE ATENÇÃO EMERGÊNCIAL

Com o intuito de centrar o leitor dentro do contexto do atendimento de Urgência e Emergência, se faz necessário expor um breve panorama da rede emergencial de atenção à saúde. Para isso, primeiramente é necessário ter o entendimento dos conceitos de “Urgência” e de “Emergência”. A Resolução nº 1.451/95 do Conselho Federal de Medicina define URGÊNCIA como “a ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”. E EMERGÊNCIA como “a constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (2). A Rede de Urgência e Emergência (RUE) é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento emergencial. O objetivo principal é reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência. Para isso, é preciso que cada componente da rede atue de forma integrada, articulada e sinérgica, estando sempre presentes os princípios do acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação do acesso. A estrutura da rede depende do desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (15). A rede de Urgência e Emergência tem seu funcionamento dividido por meio da atuação de 8 componentes, estabelecidos na Portaria nº1600, de 7 de julho de 2011. São eles: a Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; a Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento móvel e Centrais de Regulação médica; a Sala de Estabilização; a Força Nacional de Saúde do SUS; as Unidades de Pronto Atendimento; o componente hospitalar; e, por fim, a Atenção Domiciliar. A implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências é norteada por diretrizes, descritas na tabela 1, a seguir (16). Em Foz do Iguaçu, os centros que participam da rede de Urgência e Emergência são: Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Hospital Ministro Costa Cavalcanti, Hospital Cataratas e as Unidades de Pronto Atendimento. Dentro do convênio estágio da UNILA com a Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu os estagiários da medicina podiam atuar nas UPAs e no Hospital Municipal Padre Germano Lauck.

Tabela 1 – Diretrizes da Rede de Urgência e Emergência

I	Ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos.
II	Garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes).
III	Regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde.
IV	Humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde.
V	Garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado.
VI	Atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas.
VII	Atuação profissional e gestora visando ao aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde.
VIII	Ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos.
IX	Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção.
X	Articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada.
XI	Participação e controle social dos usuários sobre os serviços.
XII	Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos.
XIII	Regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado.
XIV	Qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1600, de 7 de julho de 2011.

3.2 ESTRUTURA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Segundo o Ministério da Saúde (2000), o SUS “é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (17). O acolhimento é um dos principais conceitos chaves na Política Nacional de Humanização do SUS, sendo vista como uma política que destaca o aspecto subjetivo constituinte de qualquer ato de cuidado, voltando-se para a alteração de modelos de atenção de gestão (2). Como princípios norteadores das ações do SUS, tem-se os princípios da universalidade, de integralidade e da equidade. O princípio da Integralidade consiste na ideia de tratar cada indivíduo de acordo com seu contexto e suas necessidades, mesmo que este represente a minoria em relação a população total, com ações de saúde que levem em consideração as condições específicas de cada pessoa. Já o princípio da Universalidade afirma que saúde é um direito de todos, de forma que o acesso é dado de forma universal. E por fim, o princípio da Equidade é dado pelo objetivo de reduzir as discrepâncias sociais e regionais existente, por meio de ações e serviços que atendam a população de forma reduzir as disparidades de acesso a saúde (17).

3.3 MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

A medicina atual não trabalha com especulações ou opinião pública, ela trabalha com fatos e estudos. Assim, o médico atualmente deve praticar a medicina por meio referências bibliográficas científicas, praticando a chamada “Medicina Baseada em Evidência”. Gusso et al (12) definem a Medicina Baseada em Evidência como “o uso consciente, explícito e judicioso das melhores evidências disponíveis atualmente para tomada de decisões acerca do cuidado dos pacientes”. Cada tipo de estudo científico descrito na literatura tem um grau de evidência, que ajuda o profissional médico a saber quais estudos e fontes tem maior possibilidade de condizer com a realidade clínica (12). Assim, o nível de evidência representa o grau de confiança que se pode ter na informação utilizada em apoio a uma determinada recomendação. A qualidade da evidência é definida pelo delineamento dos estudos, em que o ensaio clínico randomizado se apresenta inicialmente com

uma qualidade de evidência alta. A partir da classificação inicial, certos fatores são analisados podendo estes serem responsáveis pela redução do nível de evidência. Fatores tais como: limitações metodológicas; inconsistências; evidências indiretas; imprecisão; ou viés de publicação (19). A tabela 2 exemplifica os tipos de estudos científicos e seus respectivos níveis de evidência. (24)

Tabela 2 – Nível de evidência científica por Tipo de Estudo

Grau de Recomendação	Nível de Evidência	Tratamento/ Prevenção – Etiologia	Diagnóstico
A	1A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Ensaio Clínico Controlados e Randomizados	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos Diagnósticos nível 1 Critério Diagnóstico de estudos nível 1B, em diferentes centros clínicos
	1B	Ensaio Clínico Controlado e Randomizado com Intervalo de Confiança Estreito	Coorte validada, com bom padrão de referência Critério Diagnóstico testado em um único centro clínico
	1C	Resultados Terapêuticos do tipo "tudo ou nada"	Sensibilidade e Especificidade próximas de 100%
B	2A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos de Coorte	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudos diagnósticos de nível > 2
	2B	Estudo de Coorte (incluindo Ensaio Clínico Randomizado de Menor Qualidade)	Coorte Exploratória com bom padrão de Referência Critério Diagnóstico derivado ou validado em amostras fragmentadas ou banco de dados
	2C	Observação de Resultados Terapêuticos (outcomes research) Estudo Ecológico	
	3A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos Caso-Controle	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudos diagnósticos de nível > 3B
	3B	Estudo Caso-Controle	Seleção não consecutiva de casos, ou padrão de referência aplicado de forma pouco consistente
C	4	Relato de Casos (incluindo Coorte ou Caso-Controle de menor qualidade)	Estudo caso-controle; ou padrão de referência pobre ou não independente
D	5	Opinião desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais)	

Fonte: Oxford Centre for Evidence-based Medicine, 2001

4 A CENTRAL TELEFÔNICA COVID-19

4.1 A COVID-19:

Ao iniciar a descrição dos setores de estágio, observa-se necessário primeiramente expor ao leitor um panorama geral sobre a COVID-19, de forma a facilitar o entendimento sobre esta condição clínica e o porquê ela teve tanto impacto na sociedade mundial a partir do ano de 2020. A COVID-19 é uma patologia transmissível, causada pela infecção pelo RNA vírus SARS-CoV-2. O SARS CoV-2 é classificado como um Betacoronavírus do mesmo subgênero da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), porém de outro subtipo. Sua transmissão entre humanos ocorre principalmente por meio do contato com pessoas sintomáticas, onde gotículas contendo o vírus entram em contato com mucosas do novo hospedeiro. Ainda não se está bem esclarecido a transmissibilidade do vírus em pacientes assintomáticos. O período médio de incubação da infecção pode variar em um intervalo de 0 a 14 dias, porém é estimado que ocorra mais comumente no 5º ou 6º dia de infecção. Os principais sintomas relatados são: febre (37,8 °C), tosse, fadiga, dispneia, coriza, mal-estar e mialgia. Sintomas gastrointestinais são mais raros, mas também podem estar presentes. (3)

Suspeita-se que processo fisiopatológico que envolve a infecção pelo Coronavírus se dá principalmente pela ação da enzima conversora de angiotensina (ECA) II, em que o vírus induz uma lesão pulmonar direta envolvendo a ECA, que contribui para dano alveolar difuso (13). Quanto a definição de caso suspeito de infecção por SARS-CoV-2, a Secretaria de Saúde de Estado de Minas Gerais (2020) tem como definição de caso pacientes com sintomas de febre e pelo menos um sinal ou sintoma respiratório (como tosse, dispneia, batimento de asa do nariz entre outros). Também é necessário um histórico de viagem e/ou um histórico de contato próximo com casos suspeitos ou confirmados para COVID-19 nos últimos 14 dias anteriores ao início dos sintomas (21). Os meios diagnósticos podem ser pelas técnicas de: testes moleculares de amplificação de ácido nucleico do SARS-CoV-2 por PCR em tempo real precedido por reação de transcrição reversa (RT-PCR), testes imunológicos (teste rápidos ou sorologias clássicas para detecção de anticorpos), sendo recomendado o teste de RT-PCR (utilizando amostra de secreção da nasofaringe), pois amplifica o RNA do vírus, possibilitando sua identificação (1). Quanto as condutas possíveis, para casos

suspeitos ou confirmados para COVID-19 em que não é preciso internação hospitalar, o médico pode solicitar radiografia de tórax, hemograma e provas bioquímicas antes e dispensar o paciente para seu domicílio (3). No caso de pacientes que necessitem de internação hospitalar, o Ministério da Saúde (2020) recomenda uma série de possíveis medidas, resumidas abaixo na Tabela 3 (1).

Tabela 3 – Conduas que podem ser tomadas para pacientes com COVID-19

Fator de risco para complicações clínica	Sintomas respiratórios	
	Trato respiratório superior	Trato respiratório inferior
Alto risco	Alto risco/trato respiratório superior <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar oximetria de pulso; • TC do tórax; • Solicitar teste rápido para influenza; • RT-PCR para SARS-Cov2; • Se alta hospitalar fornecer orientações sobre sinais e sintomas de alarme para retorno; • Se internação hospitalar, seguir monitoramento clínico*. 	Alto risco/trato respiratório inferior <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar oximetria de pulso; • TC do tórax; • Solicitar teste rápido para influenza; • RT-PCR para SARS-Cov2; • Solicitar exames*; • Iniciar oseltamivir se pesquisa viral não disponível ou aguardando resultado; • Antibiótico se sinais de sepse de origem bacteriana; • Internação hospitalar recomendada.
Baixo risco	Baixo risco / Trato respiratório superior <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar oximetria de pulso; • Se alta hospitalar fornecer orientações sobre sinais e sintomas de alarme para retorno; • Se internação hospitalar, seguir monitoramento clínico*. 	Baixo risco /Trato respiratório inferior <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar oximetria de pulso • TC do tórax; • Solicitar teste rápido para influenza; • RT-PCR para SARS-Cov2; • Solicitar exames*; • Iniciar oseltamivir se pesquisa viral não disponível ou aguardando resultado; • Antibiótico se sinais de sepse de origem bacteriana; • Internação hospitalar recomendada.

*Hemograma completo, RT-PCR para SARS-CoV-2, glicemia, ureia, creatinina, bilirrubina total e frações, troponina sérica, D-dímero, DHL e coagulograma (TAP e TTPa).

Fonte: Ministério da Saúde, 2020

4.2 A CENTRAL COVID-19:

Sob o contexto que envolveu a pandemia gerada por esse vírus, o estágio em Urgência e Emergência teve seu início em 23 de junho de 2020, onde o estagiário iniciou suas atividades prestando serviços na Central Telefônica COVID. A central telefônica se baseava em um centro de atendimentos médicos via telefone, estruturada e apoiada pela Prefeitura Municipal de Foz. As estruturas físicas eram cedidas pelo HMPGL, assim como os equipamentos necessários, tais como computadores, telefones, bancos, cadeiras etc. A população de Foz do Iguaçu também contribuiu com doações de refeições principalmente, mas também ajudaram a fornecer camas para o estar dos acadêmicos, além de outros utensílios de cozinha. As ações da Central eram realizadas voluntariamente por acadêmicos do curso de medicina da UNILA, além de estudantes de outros cursos da saúde, que prestavam diversos serviços para a comunidade durante o período de pandemia. Serviços esses tais como: orientações e avaliações por telefone; agendamento de coleta e exames de RT-PCR para COVID-19; fornecimento de atestados e termo de isolamento; verificação do resultado de exames de RT-PCR para COVID-19; acionamento de transporte social para indivíduos sem meio de locomoção; acionamento de moradias solidárias para populações carentes durante a pandemia; e o encaminhamento para consultas online de Telemedicina. O folder de divulgação dos serviços oferecidos à população pode ser visualizado na Figura 1.

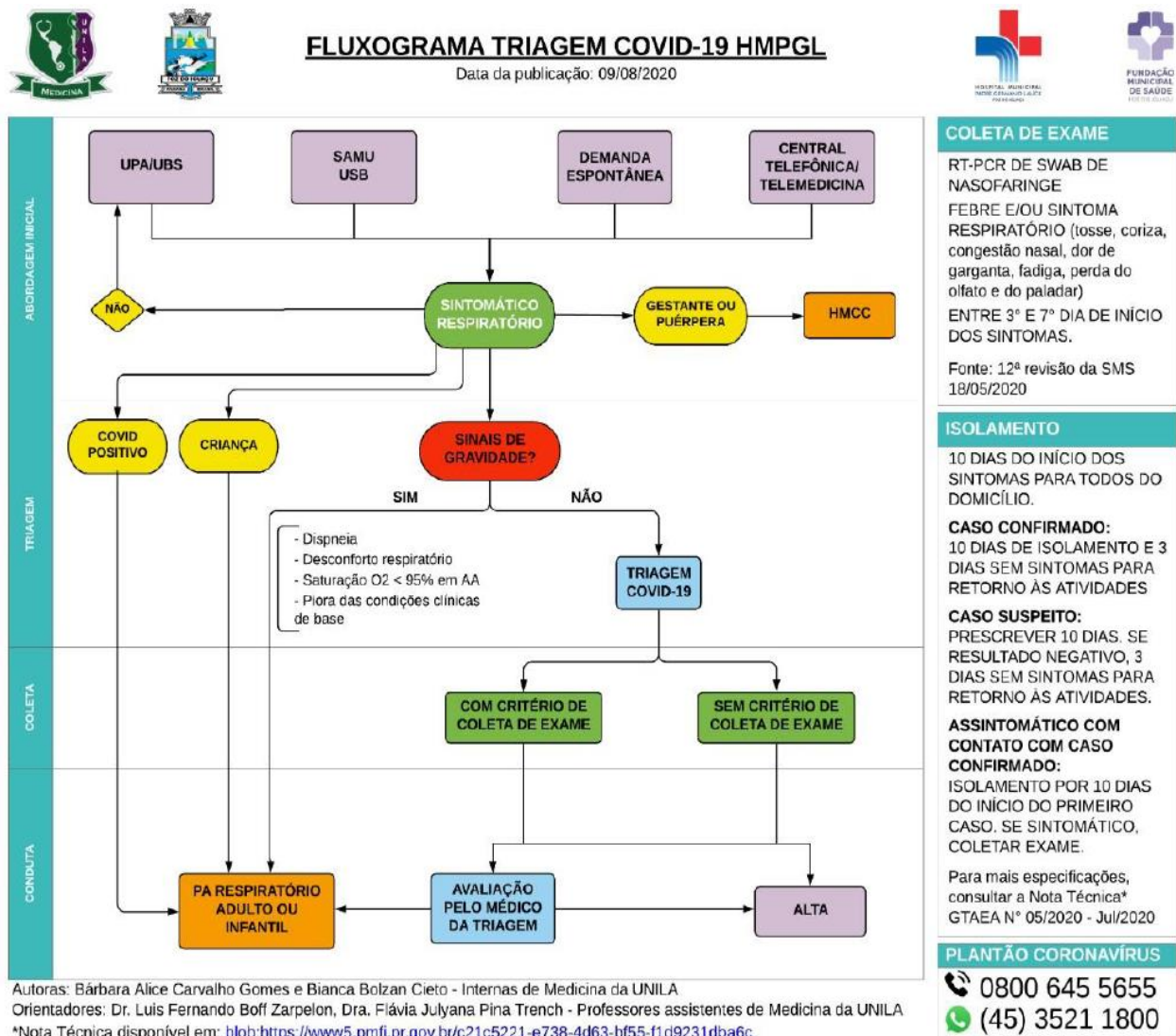
Figura 1 – Folder de divulgação dos serviços da Central COVID



Fonte: Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2020

Para melhor preparar os alunos para atender a população foi realizada uma capacitação dos alunos para o trabalho na central telefônica, no dia 11/08/20, no auditório do Hospital Municipal. Nessa capacitação foram revisados os protocolos e o fluxograma de atendimento, sintomatologia, critérios de coleta e análise de situações especiais. Quanto aos critérios de coleta para pacientes suspeitos de COVID-19, eram agendadas as coletas de RT-PCR para todos os indivíduos com sintomas gripais significativos (febre, tosse, coriza, dispneia, dentre outros), devendo eles estarem entre o 3º e o 7º dia de sintomas para estarem aptos a realizar a coleta. O fluxo de atendimento que o estagiário deveria seguir na hora de orientar os pacientes está exposto a seguir na Figura 2.

Figura 2 – Fluxograma de atendimento da COVID-19 em Foz do Iguaçu.



Fonte: Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, 2020

Pacientes com necessidade de isolamento eram orientados integralmente sob as medidas de cuidado necessárias, assim como um atestado médico era enviado por e-mail ou WhatsApp para o paciente, sendo válido também para todas as pessoas que residiam com o paciente infectado, com validade de 10 dias a partir dos sintomas do doente. Caso o paciente precisasse ampliar seu tempo de isolamento, ele poderia entrar em contato com a Central COVID e passar por uma consulta de telemedicina, para receber um novo atestado médico. Para poder sair do isolamento o paciente deveria cumprir todo o período de isolamento indicado (o que também dependeria do resultado do exame do paciente), além de que ele deveria estar a pelo menos 72 horas sem sintomas significativos.

4.2.1 A atuação dos alunos:

A gama de trabalhadores que atuavam na Central COVID se baseava em um voluntariado acadêmico, composto por alunos de diversas instituições e cursos, mas principalmente estudantes do curso de Medicina da UNILA, que já se encontravam pelo menos no 4º ano de curso. O atendimento oferecido era 24 horas, de forma que os voluntários se dividiam em turnos de 6 horas, com inúmeras linhas telefônicas disponíveis para atendimento da população. Uma parte dos alunos que atuava na central participava também do programa de combate a COVID-19, o programa “Brasil, Conta Comigo”, em que as ações dos acadêmicos eram direcionadas pela vigilância epidemiológica para os locais com maior necessidade de apoio, de forma que inúmeros dos voluntários da Central COVID também atuavam na linha de frente de atendimento no SUS. As ações dos acadêmicos na central telefônicas foram de grande importância para o melhor atendimento da população de Foz do Iguaçu, garantindo informação a todos os cidadãos, ao mesmo tempo que buscavam realizar o melhor direcionamento do caso de cada paciente, tendo como base uma classificação de risco e critérios específicos.

4.3 IMPRESSÕES DO ESTÁGIÁRIO QUANTO A CENTRAL COVID:

O trabalho na Central Telefônica COVID apresentou certas peculiaridades que não se constatava em nenhum outro cenário de prática de Urgência e Emergência: primeiramente, o fato de o atendimento ser feito por telefone gerava condições pobres para a prática de semiologia, uma vez que o paciente não poderia ser visualizado ou tocado. Outra dificuldade advinda da prática de medicina via telefone é que muitas vezes os pacientes aproveitavam a distância que o telefone oferece para agirem de maneira mais descontraída (e muitas vezes mais agressiva) do que normalmente agiriam em uma conversa frente a frente. A parte do trabalho que envolvia contar o resultado de exames para pacientes que positivaram para COVID -19 também se mostrava estressante, em que pacientes ficavam muito emotivos com o resultado do exame, ao passo que diversos outros pacientes ficavam revoltados com o fato de que eles teriam que cumprir um isolamento prolongado. No entanto, a central telefônica se mostrava como o melhor local para o desenvolvimento de habilidades como médico regulador, praticando-se diariamente como melhor direcionar o paciente dentro do fluxograma de atendimento, tendo-se em mente a organização da Rede de Urgência e Emergência do município de Foz do Iguaçu.

5 A TRIAGEM COVID-19

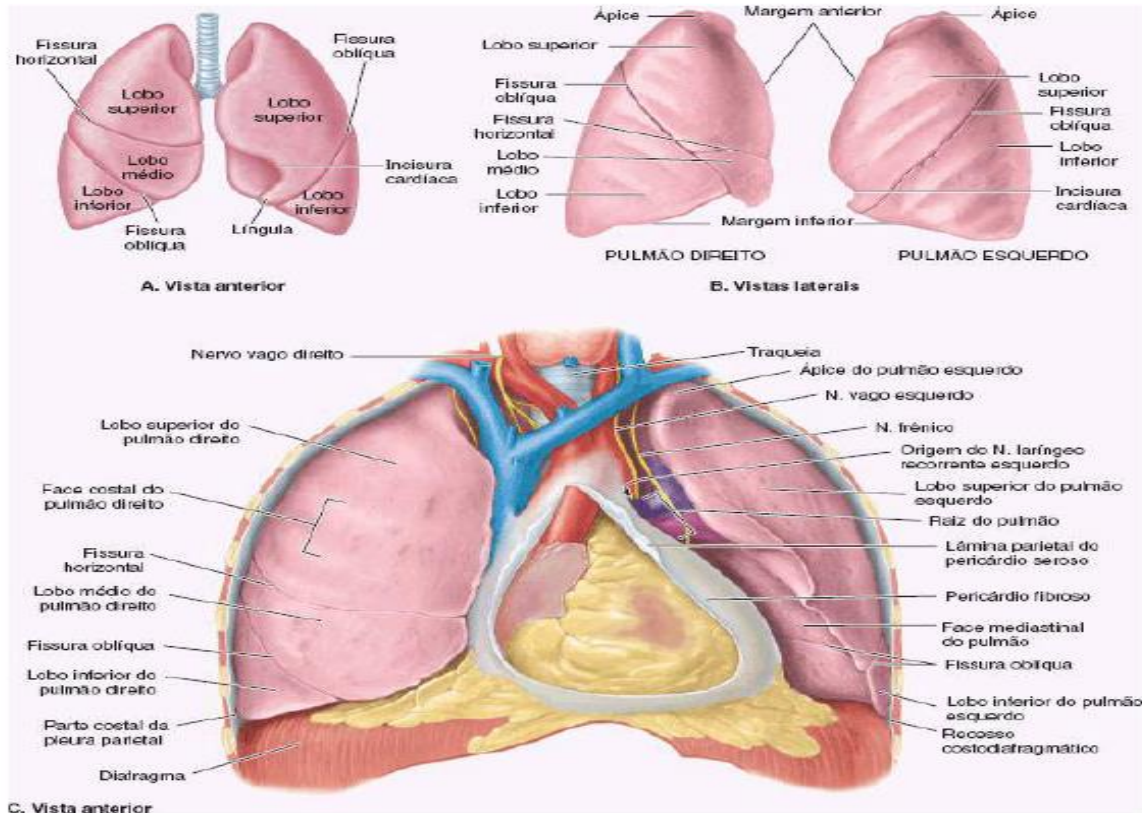
Em 11 de julho o estagiário passou a atuar também na Triagem COVID. O atendimento nesse setor tinha como objetivo de ser uma porta de entrada dos pacientes com suspeita de COVID-19 para a rede de Urgência e Emergência. Assim, quando um paciente procurava auxílio na Triagem COVID ele não precisava de nenhum encaminhamento escrito ou algo similar, de forma que qualquer cidadão podia buscar atendimento na Triagem no momento que necessitasse, sem grandes burocracias. Ao chegar no balcão de atendimento o paciente recebia uma senha e aguardava ser chamado. Quando chegava sua vez, seu caso era analisado pela equipe de enfermagem, onde um relatório da triagem era emitido e as condutas necessárias para o manejo do caso eram tomadas com o apoio da equipe médica (tais como prescrição de sintomáticos, agendamento de coleta, encaminhamento para outro setor, dentre outras). Os casos mais graves eram então transferidos

para equipe de médicos internos e o médico plantonista, que se dividiam em realizar uma melhor investigação e tomada de conduta dos pacientes mais graves. Caso o paciente apresentasse critérios de internação hospitalar ele era transferido, assim que possível, para outros setores, a depender do nível de assistência que necessitasse. Alguns pacientes também eram mantidos sob observação por alguns momentos, até a tomada de decisão sobre se era necessário internação hospitalar ou se esses pacientes estariam aptos a ficar em casa.

5.1 ANATOMIA E FISILOGIA RESPIRATÓRIA:

Ao apresentar o estudo de casos clínicos e conhecimentos médicos acerca de doenças de acometimento respiratório como a COVID-19, se faz necessário ilustrar rapidamente a anatomia e fisiologia respiratória do organismo humano, para facilitar a compreensão dos possíveis leitores. Um breve desenho da anatomia dos pulmões está evidenciado abaixo na Figura 3(29).

Figura 3 – Anatomia Pulmonar



Fonte: MOORE, 2014

As estruturas responsáveis pela respiração são os pulmões, pleuras e árvore traqueobronquial. Cada pulmão é protegido por um saco pleura seroso composto por duas membranas contínuas: pleura visceral e a pleura parietal. Os pulmões em pessoas saudáveis são leves, macios e esponjosos, sendo os pulmões separados um do outro pelo mediastino. O pulmão direito é maior que o esquerdo, apresentando duas fissuras (oblíqua e horizontal), que o dividem em 3 lobos: superior médio e inferior. O pulmão esquerdo tem uma única fissura oblíqua, que o divide em lobos superior e inferior (29). Quanto a fisiologia da respiração, ela envolve inúmeros processos e estruturas complexas que se relacionam, sendo mais prudente relatar de forma muito simples o essencial da fisiologia respiratória. Os pulmões podem ser contraídos ou expandidos através dos movimentos do diafragma ou pela elevação/depressão das costelas para alterar o diâmetro anteroposterior da cavidade torácica. A inspiração se dá principalmente pela contração diafragmática, que ao expandir as superfícies pulmonares inferiores gera uma alteração do gradiente de pressão entre os pulmões e o meio externo, forçando o ar para dentro dos pulmões. Na expiração, há um relaxamento do diafragma, onde a retração elástica própria dos pulmões expelle o ar das vias aéreas. O ar movimentado nos pulmões a cada respiração é chamado de volume corrente, permanecendo uma certa porção de ar nos pulmões, conhecido como volume residual. Uma porção do ar respirado não atinge as áreas de trocas gasosas, simplesmente preenchendo as vias respiratórias (nariz, faringe, traqueia), conhecido como ar do espaço morto. A ventilação pulmonar tem o objetivo de renovar o ar nas áreas de trocas gasosas dos pulmões (alvéolos, sacos alveolares, ductos alveolares e bronquíolos respiratórios), onde o ar passa próximo a circulação sanguínea. (27)

5.2 SEMIOLOGIA RESPIRATÓRIA:

Na investigação de doenças pulmonares se mostra importante avaliar alguns aspectos da anamnese como a idade (para diferenciar de alterações congênitas), sexo (doenças pulmonares tem acometimentos diferentes entre os gêneros), cor da pele (há acometimentos diferentes de algumas doenças entre raças), profissão (para avaliar exposição ambiental), antecedentes pessoais e familiares, tabagismo, medicações em uso, dentre inúmeros outros questionamentos importantes durante o estudo desses casos. No exame físico atentar a presença de sinais como tosse, expectoração, hemoptise, rouquidão, dispneia, dentre outros. Na inspeção do exame pulmonar é

importante a análise do padrão respiratório, sinais vitais, coloração, tipo de tórax; Na palpação observa-se o frêmito toracovocal e a expansibilidade pulmonar; já na ausculta, é essencial estudo dos murmúrios vesiculares, verificando se há presença de ruídos adventícios. (30)

5.3 TÉCNICA DE PARAMENTAÇÃO:

No dia 10/09/20 alguns funcionários foram convidados para participar de um treinamento de paramentação e desparamentação, em que o estagiário também compareceu com o objetivo de aprimorar os conhecimentos sobre a técnica. A instrutora do treinamento deu bastante ênfase na correta sequência de colocação dos EPIs, assim como uma grande orientação sobre a correta higienização de equipamentos reutilizáveis. O ambiente de trabalho hospitalar durante as explicações do treinamento pode ser visualizado na Foto 1.

Foto 1 – Treinamento de paramentação realizado para os funcionários do hospital



Fonte: IRION ALMEIDA, 2021

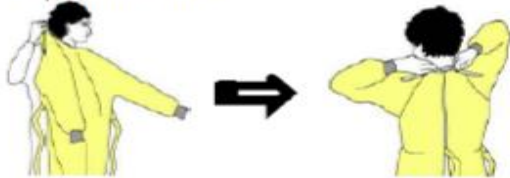
No ambiente hospitalar a técnica de paramentação é de suma importância para manter o ambiente hospitalar o mais limpo possível, uma vez que este ambiente já conta com a presença de outros patógenos, incluindo diversos organismos multirresistentes. Quando se leva em conta também um contexto de pandemia por um vírus agressivo, a técnica de paramentação se torna um dos conhecimentos de maior importância na rotina diária. O ministério da Saúde (2020) aponta a

importância das medidas de prevenção e controle: “A implementação de precauções padrão, contato e respiratória constituem a principal medida de prevenção da transmissão entre pacientes e profissionais de saúde e deve ser adotada no cuidado de todos os pacientes, independente dos fatores de risco ou doença de base, garantindo que as políticas e práticas internas minimizem a exposição a patógenos respiratórios, incluindo o SARS-CoV-2” (3). Quanto a técnica de paramentação, ela deve ser realizada antes da entrada no quarto com pacientes suspeitos ou positivos para COVID-19, preferencialmente na antessala. A sequência correta de paramentação e desparamentação, segundo a Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais (2020), é ilustrada a seguir na Figura 4 a seguir (21). A sequência de paramentação utilizada no HMGPL pode ser visualizada no Anexo A.

Figura 4 – Sequência de colocação dos EPIs.

- I. Reunir todo o equipamento de proteção individual necessário
- II. Higienizar as mãos

1. Capote ou avental



2. (a) Máscara cirúrgica ou (b) Máscara PFF-2, N-95 ou similar



- Adapte a haste flexível ao nariz (ponta do nariz);
- Adapte a máscara à face e abaixo do queixo;
- Confira a adaptação do respirador/máscara.

3. Gorro (procedimentos de maior risco)

4. (a) Protetor ocular (a) ou (b) protetor de face



5. Luvas **Calçar duas luvas de procedimento**



- Use luvas não estéreis para isolamento e precaução;
- Selecione as luvas de acordo com o tamanho da mão;
- Ao calçar a luva estenda-a até cobrir o punho do avental de precauções.

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde – Minas Gerais, 2020

Figura 5 – Sequência de retirada dos EPIs.

Remova o EPI à porta antes de deixar a sala ou quarto do paciente, ou na anti-sala

1. Luvas

A primeira luva deverá ser retirada e descartada no quarto e a segunda luva na antessala.



- Segure o lado de fora da luva com a mão oposta enluvada e remova-a.
- Segure a luva removida com a mão não enluvada.
- Introduza os dedos da mão não enluvada no punho da luva e remova-a de dentro para fora.

2. Capote ou Avental

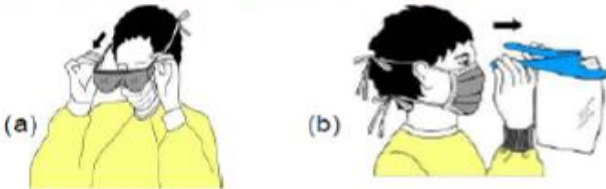
- Higienizar as mãos após retirar o capote ou avental



- Solte o laço do pescoço e depois o da cintura.
- Remova o avental de dentro para fora, sem tocar o exterior.
- Após removê-lo, descarte-o na lixeira ou Hamper no caso de ser reprocessado.

3. Gorro (se utilizado)

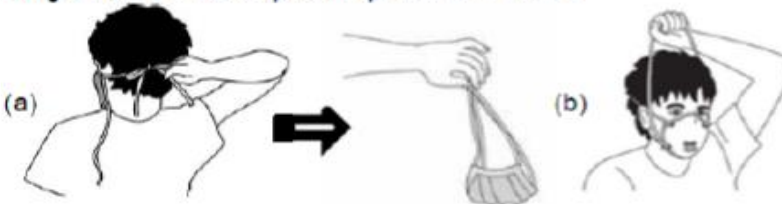
4. Protetor ocular ou (b) Protetor facial



- O lado externo dos óculos é contaminado.
- Para removê-los, segure-os pelas pernas.
- Coloque no recipiente para reprocessamento.

5. (a) Máscara cirúrgica ou (b) Máscara PFF-2, N-95 ou similar

- Evitar tocar a área externa da máscara - descartar
- Higienizar as mãos após desprezar a máscara



- Puxe apenas as alças inferiores e após as superiores e remova.
- Descarte na lixeira.

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde – Minas Gerais, 2020

5.4 IMPRESSÕES DO ESTÁGIÁRIO QUANTO A TRIAGEM COVID

A Triagem COVID se mostrou um cenário desafiador, devido ao fato de que a demanda de atendimentos era muito grande em certos momentos, além do fato de que os profissionais de saúde precisavam constantemente avaliar o estado de gravidade de todos os pacientes, a fim de

estabelecer a correta classificação de risco, dando preferência aos casos mais graves. No entanto, a conduta adotada para os casos simples e sem gravidade era basicamente a mesma: prescrição de sintomáticos, notificação de COVID-19, emissão de atestado com termo de isolamento e encaminhamento para a coleta de amostra para o exame de RT-PCR. Casos de maior gravidade não permaneciam muito tempo sob observação da equipe de Triagem, uma vez que os casos mais graves eram rapidamente transferidos para o Pronto Socorro Respiratório, UTDI ou UTI COVID.

6 UPA JOÃO SAMEK E UPA WALTER

A partir de 13 de julho o estagiário passou a atuar dentro das Unidades de Pronto Atendimento de Foz do Iguaçu, começando primeiramente a atuar na UPA João Samek e depois, a partir do dia 15 de julho a atuar na UPA Walter. As UPAs, estabelecidas dentro da Rede de Urgência e Emergência, eram um dos principais centros de atendimento emergencial durante pandemia, porém nos primeiros meses de 2020, as UPAs de Foz do Iguaçu não se encontravam atendendo casos que fossem suspeitos de COVID-19. No entanto, esses centros de atendimento emergencial ainda são muito acolhedores para o aprendizado de Medicina de Emergência. Apesar de o estagiário não ter presenciado casos de COVID-19 nas UPAs, ainda sim pode-se visualizar a importância de diversos conhecimentos que também se relacionam com o atendimento de pacientes em época de pandemia. Sob essa perspectiva, percebeu-se a importância dos estudos eletrocardiográficos e do manejo de pacientes com psicopatologias associadas, sendo que ambos os conhecimentos também são aprendizados úteis no manejo de pacientes infectados pelo SARS-CoV-2.

6.1 ELETROCARDIOGRAFIA:

Em situação de suspeitas de acometimentos cardíacos, percebe-se que a eletrocardiografia é um dos exames de primeira escolha na maioria dos casos, tendo também uma grande importância na investigação de patologias concomitantes em pacientes infectados pelo SARS-CoV-2. Assim, torna-se imprescindível um breve relato a respeito do manuseio do eletrocardiógrafo e interpretação do exame. Quanto a instalação do ECG, as derivações precordiais são V1, V2, V3, V4, V5 e V6, devendo seus eletrodos serem colocados sucessivamente sobre as seis posições da superfície torácica. V1 é

colocado no quarto espaço intercostal, à direita do esterno. V2 é posicionado no quarto espaço intercostal, à esquerda do esterno. V3 deve ser posto no meio do caminho entre os pontos V2 e V4, sendo que V4 deve ficar no quinto espaço intercostal esquerdo, na linha clavicular média. V5 deve permanecer no quinto espaço intercostal esquerdo, na linha axilar anterior. E por fim, V6 se posiciona no quinto espaço intercostal esquerdo, na linha axilar média. (11) Quanto a análise do exame de ECG, Duncan e colaboradores (2013) descrevem um roteiro prático para avaliação de ECG, analisando cada item no exame, descritos na Tabela 4, a seguir (20).

Tabela 4 – Roteiro para análise sistemática do ECG:

I.	Qualidade técnica do registro
II.	Cálculo da frequência cardíaca
III.	Onda P
IV.	Intervalo PR
V.	Complexo QRS
VI.	Segmento ST
VII.	Onda T
VIII.	Intervalo QT
IX.	Ritmo cardíaco
X.	Conclusão

Fonte: DUNCAN, 2013. Capítulo 194

Seguindo esse guia, deve-se primeiramente analisar a técnica do registro, devendo o ECG conter 12 derivações, com uma linha de base estável e com o mínimo de interferência possível. A seguir, calcular a frequência cardíaca por meio da análise do intervalo RR e analisar a presença e estrutura da onda P. Alterações de amplitude ou duração da onda P sugere sobrecarga atrial ou passo que sua ausência pode representar a presença de fibrilação atrial. Após o profissional médico deve analisar o intervalo PR e verificar se apresenta o tamanho habitual, assim como também analisa o complexo QRS, que representa a ativação ventricular. É essencial observar quanto a polaridade e morfologia do complexo QRS. Na maioria dos casos a duração do QRS em adultos é de 0,07 a 0,10 segundo, sendo consideradas anormais qualquer duração maior que 0,12 segundo. Ondas q com sua amplitude e duração aumentadas indicam eletrocardiograficamente a inatividade elétrica, como em casos de infartos de miocárdio antigos. Após o estudo do QRS, é necessário observar o segmento ST, que representa o período em que os ventrículos permanecem despolarizados. Esse

segmento ST é normalmente nivelado com a linha de base e o segmento PR, sendo que qualquer infra ou supradesnivelamentos maiores que 1 mm são considerados anormais. Em sequência deve-se observar a onda T, referente a repolarização ventricular, conferindo a normalidade de sua duração e morfologia. Subsequentemente avaliar o intervalo QT e realizar o estudo do ritmo cardíaco. Um ritmo cardíaco normal, dito sinusal, registra ritmo com intervalos PP e RR regulares, com ondas P positivas em DI, DII, V2 e V6, seguidas sempre de complexo QRS. Por fim, encerra-se o estudo do ECG com a conclusão diagnóstica sobre o exame. (20)

6.2 PSICOPATOLOGIAS:

Durante a pandemia era nítido para todos que o ambiente de isolamento e pouco contato social gerava muita instabilidade emocional em algumas pessoas, a ponto de eles chegarem a desenvolver psicopatologias consideráveis. Com o intuito de melhor exemplificar essa situação, e mostrar a importância do entendimento quanto a psicopatologias na rede emergencial, será exposto um caso clínico deparado pelo estagiário na Unidade de Pronto Atendimento Walter:

Paciente S.A.P.S, 53 anos, sexo feminino, trazida à UPA pelo SAMU com a queixa principal de que “se sentia presa”. Resumindo sua história clínica, trata-se de uma paciente com histórico de acometimentos psicológicos não especificados (SIC), relatando que no dia anterior a internação iniciou com um quadro ansioso, onde alegava que se sentia “presa, ansiosa e com vontade de ficar isolada” (SIC), mas sem relatar uma causa específica. A paciente havia evadido de sua residência e foi para um terreno abandonado na vizinhança, onde passou a noite sentada sob um tronco de árvore. Na manhã seguinte, dia da internação, a paciente foi visualizada no terreno por uma vizinha, que acionou os serviços de emergência, sendo a paciente prontamente levada à UPA pelo SAMU. Quanto ao seu histórico pregresso de morbididades, ela alegou que já tinha histórico de acometimentos psicológicos não especificados, fazendo uso de psicofármacos (SIC), porém a paciente não sabia especificar quais eram esses medicamentos e qual seu diagnóstico exato. A paciente também relatou ser hipertensa em uso de captopril 25mg, 1 comprimido ao dia. Em seu

histórico social, ela negou tabagismo, etilismo ou uso de drogas ilícitas. Alega um histórico familiar de hipertensão arterial e histórico paterno de neoplasias gástricas (SIC).

Ao exame físico a paciente se apresentava em bom estado geral, acordada, discretamente desorientada, normocorada, eupneica, desidratada (+/4+) e normoperfundida, mas se mostrando um pouco ansiosa. Sinais vitais dentro da normalidade, assim como exame físico pulmonar, neurológico, cardíaco e abdominal sem alterações significativas. Exames laboratoriais dentro da normalidade. A paciente teve seu diagnóstico sindrômico classificado como síndrome depressiva, apresentando uma hipótese diagnóstica de surto psicótico a esclarecer. A conduta tomada foi a de realizar uma investigação laboratorial de rotina associada com observação clínica, assim como foi solicitada uma avaliação por parte da Psiquiatria, com sedativos prescritos à critério médico, caso a paciente apresentasse alguma agitação psicomotora. Durante a investigação do caso, muitas vezes pode surgir a dúvida no profissional de como investigar os sinais de alarme na depressão, principalmente quando busca-se verificar se o paciente apresentou ideação suicida. O rastreamento da depressão é de grande importância, se mostrando mais necessário ainda durante um período de dificuldades como as vividas na pandemia de 2020. No entanto, a medicina atual ainda apresenta dificuldades em diagnosticar e tratar corretamente casos de depressão, uma vez que os médicos gerais não detectam de 30-50% dos casos de depressão, com inúmeras causas para esse fenômeno, relativas ao paciente e ao médico. Aproximadamente 80% dos pacientes que apresentaram um episódio depressivo irão apresentar outro episódio ao longo da vida. Esse transtorno é crônico e recorrente, mais comum em mulheres do que em homens, e muitas vezes é incapacitante, devendo ser amplamente analisado pelo profissional médico. Quanto ao encaminhamento de pacientes deprimidos, o médico generalista pode encaminhar o paciente para ao Psiquiatra quando houver presença de ideação suicida, sintomas psicóticos ou histórico de transtorno afetivo bipolar. O médico também pode realizar o encaminhamento quando se sentir incapaz de conduzir o caso ou quando houver uma resposta parcial ou negativa ao tratamento com antidepressivos (4). Para aumentar a precisão diagnóstica Fleck et al (2009) sugerem uma série de perguntas para o rastreamento de depressão, descritos na Tabela 5. (4)

Tabela 5 – Perguntas para rastreamento de depressão.

Teste de duas questões⁴⁶
1. Durante o último mês você se sentiu incomodado por estar para baixo, deprimido ou sem esperança?
2. Durante o último mês você se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer para fazer as coisas?
<i>Sim para as duas questões: Sensibilidade = 96%. Especificidade = 57%</i>
Escala de Goldberg para detecção de depressão⁴⁷
Você vem tendo pouca energia?
1. Você vem tendo perda de interesses?
2. Você vem tendo perda de confiança em você mesmo?
3. Você tem sentido sem esperança?
<i>(Se sim para qualquer uma, continue...)</i>
4. Você vem tendo dificuldade para se concentrar?
5. Você vem tendo perda de peso (devido a pouco apetite)?
6. Você tem acordado cedo?
7. Você vem se sentindo mais devagar?
8. Você tende a se sentir pior de manhã?
<i>Sim para três ou mais: Sensibilidade = 85%. Especificidade = 90%</i>

Fonte: Fleck et al, 2009

No caso em questão, a paciente passou por uma anamnese minuciosa, a fim de se estabelecer um diagnóstico provável por parte do estagiário, já que houve dúvida se o diagnóstico e conduta estabelecidos pelo médico da UPA foram as mais adequadas. As possíveis classificações diagnósticas da paciente foram analisadas, tendo como base o CID-10. Na descrição das doenças depressivas, o CID-10 utiliza o critério da presença de um transtorno de ajustamento (ou de adaptação) para diferenciar certas condições clínicas. No caso em questão, a paciente alegava que não existia nenhum evento desencadeante aos seus sintomas, o que permitiu descartar todas as condições clínicas que envolvam o transtorno de ajustamento (como por exemplo a reação depressiva breve, reação depressiva prolongada, reação mista etc.). Outra distinção que o CID-10 faz é se houve recorrência dos sintomas, ou seja, se é o primeiro episódio em que o paciente manifesta seu quadro clínico, ou se isso já havia ocorrido previamente. Isso permitiu excluir diversos outros possíveis diagnósticos (como distímia, transtorno depressivo recorrente etc.), devido ao fato de a paciente ter alegado nunca ter apresentado um quadro de ansiedade e tristeza similar ao apresentado. Por fim, após uma análise das possíveis condições patológicas relacionadas com o caso, foi apontado pelo estagiário o possível diagnóstico de um Transtorno misto de ansiedade e depressão”, código

F41.2, que se refere a: “Um estado em que o sujeito apresenta, ao mesmo tempo, sintomas ansiosos e depressivos, sem predominância nítida de uns ou de outros, e sem que a intensidade de uns ou de outros seja suficiente para justificar um diagnóstico isolado. Quando os sintomas ansiosos e depressivos estão presentes simultaneamente com uma intensidade suficiente para justificar diagnósticos isolados, os dois diagnósticos devem ser anotados e não se faz um diagnóstico de transtorno misto ansioso e depressivo. É sinônimo de depressão ansiosa (leve ou não persistente)” (9). Após o estudo do caso em questão foi possível visualizar as múltiplas formas que a COVID-19 afetou a sociedade, a exemplo do caso em questão, a forma como que abalou a estabilidade emocional de muitas pessoas.

6.3 IMPRESSÕES DO ESTÁGIÁRIO QUANTO NAS UPAS:

As UPAs se mostram um ambiente ótimo para dar um tempo de COVID-19, uma vez que na época, nenhum caso suspeito de COVID-19 estava sendo manejado na UPA. Um problema identificado durante a atuação nas UPAs é que o aprendizado do estagiário depende em muito da atitude do profissional que estava lhe preceptorando, onde em muitos momentos alguns profissionais não se mostravam nem um pouco solícitos em ensinar os estagiários. Muitos não enxergavam a situação como uma obrigação sua, porém eles não percebiam que fazia sim parte de suas atribuições: esses funcionários estavam sob contrato com a prefeitura de Foz do Iguaçu, e a prefeitura havia um convênio com a instituição de ensino, de forma que a presença dos alunos era muito concreta, devendo ser aceita e apoiada por esses profissionais.

7 A ENFERMARIA COVID-19

O estagiário passou a participar da rotina de trabalho da enfermaria COVID a partir de 10/08. A ala de internamento da COVID abrigava 3 setores: a UTI COVID (que será abordada posteriormente), os leitos semi-intensivos e, por fim, a enfermaria COVID. Para a enfermaria eram disponibilizados cinco quartos, com capacidade para cerca de 30 pacientes, sendo o primeiro quarto da enfermaria dedicado apenas a pacientes que foram transferidos do Pronto Atendimento Respiratório ou então da Unidade de Tratamento de Doenças Infecciosas. Quanto a rotina da enfermaria, o local

apresentava uma rotina diária fixa, específica para cada turno do dia. No período das manhãs ocorria a passagem de caso e decisão de condutas por parte da equipe médica, ao mesmo tempo que também eram resolvidas pendências do paciente e emissão de um relatório de evolução clínica detalhado. Durante as tardes havia admissões, reavaliações em tempo e principalmente realização de procedimentos e coletas de exames. Nos turnos da noite ocorriam somente a monitorização de pacientes, manejo de intercorrências e relatórios de evolução clínica mais curtos e simples. Ocorriam também admissões de pacientes a noite, no entanto era em uma escala bem menos do que quando comparado com o período diurno. Quanto aos critérios de alta, um paciente somente recebia alta hospitalar da enfermagem quando se apresentava em completa estabilidade dos sinais vitais, sem alterações significativas no exame físico, principalmente sem presença de esforço respiratório, além de exames laboratoriais e exames de imagem sem alterações que pudessem favorecer a necessidade do paciente de permanecer hospitalizado. Quanto aos conhecimentos médicos de maior importância presenciados nesse setor, observa-se que os exames de imagem, mais especificamente a TC e a radiografia, eram vitais para o diagnóstico preciso e monitoramento diário do quadro sintomático dos pacientes.

7.1 ESTUDOS RADIOGRÁFICOS:

Em um dos plantões do estagiário na Triagem COVID, Dr. Christoffer explicou um pouco quanto a interpretação de exames de imagens em pacientes acometidos pelo SARS-CoV 2, indicando aos estagiários quais eram os padrões de infiltrados presentes nas radiografias de tórax. Ao mostrar tomografias computadorizadas, o médico também buscou ensinar aos estagiários quanto a identificação do padrão de vidro fosco, típico de pacientes infectados pelo SARS-CoV-2. Esses ensinamentos realizados durante o plantão mostraram a presença importante dos exames de imagem na medicina atual, ainda mais durante a pandemia de COVID-19, de forma que se faz válido expor mais a respeito do tópico em questão.

Para guiar a análise de radiografias pode-se fazer uso da sequência ABCDEFGHI dos estudos radiográficos. Nessa sequência, a letra “A” serve para lembrar do termo em inglês “airway”, que deve lembrar o médico de verificar a integridade das vias aéreas; a letra “B” remete ao termo em

inglês “bones”, que tem como objetivo sinalizar quanto o estudo de ossos e partes moles. Uma dica importante adquirida pelo estagiário durante os plantões é a de verificar a presença de fraturas e microfraturas por meio da observação da integridade do perióstio: caso a linha radiográfica do perióstio se mostre contínua e sem falhas indica que não há fratura de ossos. Ainda dentro do ABCDEFGHI da radiologia, a letra “C” remete ao termo “cardio”, onde deve-se analisar a sombra cardíaca para verificar presença de cardiomegalia e/ou outras alterações; a letra “D” remete ao termo “diafragma”, em que se deve observar o posicionamento e a integridade do diafragma. Na letra “E”, o médico deve-se atentar a efusões pleurais, que se traduziram em apagamento dos recessos costodiafragmáticos. A letra “F” remete ao termo em inglês “Fields”, que significa “campos”, onde o profissional deve verificar os campos pulmonares e a integridade do parênquima. “G” é para lembrar das palavras em inglês “great vessels” que se traduz em analisar as estruturas dos grandes vasos; “H” indica a análise do hilo pulmonar e outras estruturas próximas do mediastino. E, por fim, a letra “I” remete a “Instrumentação”, onde deve-se verificar a presença de artefatos médicos no corpo do paciente, como eletrodos, próteses, sondas etc (22).

Uma outra dica profissional de grande importância, ainda referente aos estudos radiográficos, é a de sempre conferir a possibilidade de uma paciente feminina estar grávida antes de submetê-la a uma radiografia. Caso ela esteja gestante, deve-se então fazer uso de proteções de chumbo durante a realização do exame de imagem. As radiações ionizantes dos equipamentos de radiografia possuem a capacidade de alterar as características físico-químicas de certos tecidos humanos. As células humanas mais radiosensíveis são as células da epiderme, os eritroblastos, as células da medula óssea e as células imaturas dos espermatozoides. Ao contrário, as células nervosas ou musculares são muito riorresistentes. Os efeitos biológicos decorrentes da exposição à radiação ionizante pelo feto podem ser divididos em quatro categorias: óbito intra-uterino; malformações; distúrbios do desenvolvimento; efeitos mutagênicos e carcinogênicos. A ocorrência desses efeitos depende da dose a qual a paciente é submetida: altas doses podem interromper a maturação celular, gerando morte fetal ou malformações, ao passo que doses baixas geralmente provocam dano celular transitório, que pode ser reparado pelo organismo. O embrião se encontra mais sensível a radiação durante as duas primeiras semanas de gestação. Para evitar problemas, deve-se colimar o feixe de raios X para a área de interesse, utilizar equipamentos permanentemente

calibrados e aferidos e colocar protetores de chumbo nas gestantes. Prioriza-se o uso de métodos diagnósticos que são conhecidamente seguros ao feto, como a ultrassonografia e ressonância magnética (5).

7.2 ESTUDOS TOMOGRÁFICOS:

Dr. Tiago, cirurgião do HMPGL, passou uma mini revisão sobre interpretação de tomografia computadorizada, revisando princípios básicos, meio de funcionamento da TC, anatomia e até mesmo noções de fisiopatologia. Por exemplo, ele ensinou que o estômago só capta contraste da TC nas suas bordas, mas no meio não tanto por causa do suco gástrico. Nos contou também que a presença de um nefrograma estriado é muito indicativo de pielonefrite. Os ensinamentos do médico para os estagiários clarearam muito os entendimentos dos estagiários, possibilitando também ser possível verificar a importância da análise de imagens de TC, que também possuem grande importância no diagnóstico da COVID-19. No entanto, os ensinamentos do médico apresentam o menor grau de evidência possível, sendo prudente expor o que a literatura fala sobre a interpretação de TC em contextos de emergência, principalmente relacionados com casos de COVID-19.

Quando se observa as relações da COVID-19 com os achados tomográficos compatíveis, obtêm-se que as lesões são predominantemente periféricas e subpleurais, com algumas lesões pela arvore broncovascular. O padrão dos achados é em sua maioria do tipo em consolidações e/ou padrão de vidro fosco (13). O padrão de vidro fosco é definido como “aumento da opacidade pulmonar sem obscurecimento dos vasos pulmonares adjacentes”. Pode resultar de anormalidades intersticiais mínimas, de doenças do espaço aéreo ou aumento do fluxo sanguíneo. Já o padrão de consolidação parenquimatosa possui áreas “caracterizadas pela presença de aumento na atenuação pulmonar com obscurecimento dos vasos pulmonares adjacentes” (14). Deve-se atentar que achados anormais na TC de tórax foram relatados em até 97% dos pacientes, podendo anormalidades na imagem da TC estarem presentes em pacientes assintomáticos (1). Achados tomográficos que foram significativamente associados a ventilação mecânica foram parenchymal bands, broncoectasias e consolidações peribroncovasculares. Pacientes com COVID-19 apresentam sintomas predominantemente entre 5 e 13 dias, de forma que há a possibilidade de que entre o 1º e 4º dia

de sintomas os achados são muito incipientes para serem diagnosticados, ao passo que após o 14º dia de sintoma também há dificuldade de diagnóstico por que ocorre uma regressão dos sintomas inflamatórios (23).

7.3 IMPRESSÕES PESSOAIS DO ESTÁGIÁRIO SOBRE A ENFERMARIA COVID

A enfermaria COVID se mostrava um setor com uma grande discrepância de produtividade entre os turnos de trabalho, de maneira que no turno da manhã havia a grande maioria do trabalho que envolvia o cuidado do paciente, enquanto a noite a trabalho envolvia basicamente a observação dos pacientes e resolução de intercorrências, caso houvesse alguma. Durante os turnos noturnos o estagiário precisava procurar atentamente situações para ampliar seu conhecimento, pois se não houvesse uma pró atividade intensa do estagiário ele não aprenderia muito durante o turno. No entanto, mostra-se um setor muito promissor para analisar os padrões sintomáticos dos pacientes com COVID-19, permitindo um entendimento muito maior da doença por parte do profissional.

8 UTDI

As atividades do estagiário na UTDI iniciaram no dia 18/08/20, se estendendo com turnos intercalados até o final de setembro. Os pacientes na UTDI são todos acondicionados em quarto isolados, onde cada quarto apresenta uma antessala, específica para paramentação e desparamentação. A maioria dos pacientes provinham por transferência de outros setores, como o Pronto Atendimento Respiratório, o PS clínico ou a enfermaria COVID. E todos os casos que são abrigados na UTDI podem ser considerados graves, de forma que o paciente precisa de um acompanhamento médico rigoroso. Pacientes com seu caso estabilizado, sem apresentarem sinais de gravidade eram encaminhados para setores de menor atenção, como a Enfermaria COVID. O setor tinha capacidade para um atendimento intensivo integral, com equipamentos e insumos para realizar cuidados intensivos, porém os médicos eram em sua maioria clínicos gerais, de forma que os pacientes com quadros mais graves e refratários eram transferidos para UTI COVID, sob cuidados de médicos intensivistas com uma experiência mais abrangente.

8.1 ACESSOS VASCULARES VENOSOS:

Percebe-se que na rotina médica diária é de grande importância se obter um acesso vascular a fim de aprimorar o cuidado com o paciente, facilitando medidas como a reposição volêmica e o uso de medicações intravenosas. Sob o contexto da pandemia por COVID-19, observa-se a grande importância dos acessos vasculares na estabilização e terapia do paciente, mostrando-se um conhecimento essencial para todo profissional médico. Araújo (2003) relata que as principais indicações para os acessos venosos são: quando há necessidade de monitorização hemodinâmica invasiva; uso de acesso para infusão de soluções variadas, seja em contexto de urgência ou não; como terapia substitutiva renal de urgência; como estimulação cardíaca artificial temporária ou então quando há necessidade de acesso vascular de longa duração para NPT ou quimioterapia (26). Sob essa perspectiva, se faz necessário explicar quanto aos métodos e usos dos acessos vasculares. Será exposto a seguir o que refere a literatura científica das técnicas de acesso venoso central e de acesso venoso periférico.

8.1.1 Acesso Venoso Central:

Existem três tipos de cateteres centrais: o cateter venoso central inserido perifericamente, os cateteres venosos centrais temporários e, por fim, os cateteres venosos de longa permanência, que são tunelizados. Quanto ao método aplicado, o procedimento é realizado pela técnica de Seldinger. Deve-se posicionar adequadamente o paciente na posição de Trendelenburg, girando a cabeça cerca de 45° em direção ao lado escolhido, e palpar a artéria carótida e o triângulo formado pelas cabeças do músculo esternocleidomastoideo. Realizar assepsia, colocar campos cirúrgicos estéreis e infiltrar o local de punção com anestésico local. Com uma agulha 18G, puncionar no vértice do triângulo, com angulação de 30° em relação ao plano da pele, em direção ao mamilo ipsilateral. Manter a palpação da artéria carótida com a mão não dominante durante a punção, para evitar de puncionar esse sítio. Não havendo sucesso na primeira tentativa, a agulha deve ser direcionada um pouco mais medialmente na tentativa seguinte. Ao se confirmar o retorno venoso adequado pela seringa, deve-se progredir o fio guia por dentro da agulha e depois retirar a agulha, mantendo o fio guia em posição. Após, o médico deve realizar uma pequena incisão na pele, realizando depois a

dilatação do trajeto subcutâneo com um dilatador. Por fim, deve-se progredir o cateter central pelo fio guia, removendo o fio-guia após e fixando o cateter. (7) Na fotografia 2 está exposto a equipe médica do HMPGL durante a realização de um acesso venoso central em veia jugular interna direita, utilizando um cateter central tunelizado.

Foto 2 – Equipe médica do HMPGL realizando o procedimento de acesso venoso central



Fonte: IRION ALMEIDA, 2021

8.1.2 Acesso Venoso Periférico:

Julga-se necessária discursar a respeito dos acessos periféricos, pois mesmo não sendo um ato rotineiramente realizado pelo médico é necessário que ele compreenda o procedimento. Todo acesso intravascular é visto como um ato cirúrgico, de forma que a técnica de assepsia deve ser respeitada, com exceção de casos de grande urgência, como em paradas cardiorrespiratórias (26). Deve-se estar atento a alguns cuidados com o acesso venoso, tais como: correta assepsia, atentando a sinais de infeciosos e possíveis contaminações; verificar fixação adequada do cateter; e avaliar a presença de vermelhidão, edema ou rubor (sinais flogísticos). A preferência de local de punção é

em veias dos membros superiores, como a veia cefálica, veia basílica, veias medianas, veias do dorso da mão, entre outras (28).

8.2 IMPRESSÕES DO ESTAGIÁRIO QUANTO A UTDI:

A UTDI mostrou-se como um lugar muito rico para aprender medicina, devido ao grande número de casos complicados e incomuns que surgiam no setor. Outro aspecto bem interessante do setor era que mesmo sendo um setor dedicado a doenças infecciosas, a COVID-19 não era a única patologia que ocorria nos pacientes naquele setor, pois inúmeros pacientes era infectados pelo SARS-CoV-2 e por outros organismos de igual importância clínica. Uma vantagem estrutural que esse setor apresentava em relação ao PS Respiratório é que dentro da UTDI havia uma farmácia, facilitando a obtenção de material e o atendimento. Funcionários do Pronto Atendimento Respiratório precisavam sair de seu setor e ir até a farmácia da UTDI para pegar os medicamentos e insumos que estavam necessitando. Essa diferença entre os setores acabava por tornar a UTDI uma ala de atenção hospitalar discretamente melhor do que a do Pronto Socorro Respiratório.

9 O PRONTO SOCORRO RESPIRATÓRIO

A partir de 22/08/20 o estagiário passou a atuar no Pronto Socorro Respiratório do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, o principal centro de atendimento de emergências agudas por COVID-19. O pronto atendimento tinha estrutura para múltiplos leitos, recebendo todos os casos que envolvessem acometimentos respiratórios. Esse setor tinha a peculiaridade de ser o centro de estabilização e redirecionamento de pacientes com sintomas respiratórios graves. Assim, a maioria dos pacientes de COVID-19 instáveis passavam pelo Pronto Socorro Respiratório, de forma que lá se tornava um dos principais focos de contenção da doença, o que gerava um maior risco para todos que entravam em contato com o setor. O espaço físico era dividido em três áreas, baseado na possibilidade de o paciente estar contaminado pelo SARS-CoV-2, sendo um quarto bem amplo destinado a pacientes com diagnóstico de COVID-19 já descartado, outro quarto grande dedicado a pacientes com o diagnóstico de COVID-19 a esclarecer, e, por fim, dois quartos bem amplos para os pacientes que positivaram o exame de RT – PCR para a COVID-19. O pacientes já estabilizados eram

transferidos para outros setores de acordo com seu nível de gravidade. Dentre os múltiplos procedimentos complexos realizados no PS Respiratório, destaca-se o grande número de intubações orotraqueais, com um aumento exponencial no ano 2020, segundo relatos da maioria dos médicos do HMPGL. A intubação orotraqueal é um procedimento muito valorizado no meio médico, devido a sua complexidade, uma vez que o manejo da ventilação do paciente é um dos pilares do atendimento de emergência, principalmente em casos de COVID-19. Assim, ter conhecimento quanto a esse procedimento é de extrema importância para o médico emergencista, manejando o SARS-CoV-2 ou não, devendo sua técnica ser descrita no presente relato.

9.1 INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

Os critérios de intubação em pacientes acometidos por COVID-19, segundo o Ministério da Saúde (2020) são: pacientes graves, sem alívio de sintomas após oxigenioterapia padrão; quando os sintomas (dispneia persistente e/ou hipoxemia) persistirem ou se exacerbarem após oxigenação nasal de alto fluxo por 2 horas (1). Quanto a técnica realizada, o laringoscópio deve ser segurado com a mão esquerda, enquanto a mão direita está livre para expor a orofaringe. A lâmina do laringoscópio deve ser introduzida na cavidade oral e, suavemente, deve-se empurrar a língua para o lado esquerdo, abrindo o campo de visão da orofaringe. A ponta da lâmina deve ser deslizada até a visualização da epiglote e quando estiver corretamente posicionada deve-se elevar o cabo em um plano perpendicular à mandíbula do paciente para permitir a visualização das cordas vocais, além de levar a lesões odontológicas. Com a mão direita livre, o médico deve segurar a cânula, sem perder a visão das cordas vocais. A cânula deve ser inserida dentro das cordas vocais até que o balonete suma dentro da traqueia, cerca de 3 ou 4 cm. Após, deve-se retirar o fio guia de dentro da cânula, também enchendo o balonete com cerca de 10 mL de ar. Confirma-se posicionamento do tubo por ausculta, capnografia ou por radiografia de tórax. (7)

9.2 IMPRESSÕES DO ESTAGIÁRIO QUANTO AO PRONTO SOCORRO RESPIRATÓRIO:

O PA respiratório se mostrou um cenário muito rico para o aprendizado da medicina de emergência, além de auxiliar em muito na compreensão dessa nova patologia que é a COVID-19. Os casos do setor não eram exclusivamente de COVID-19, porém todos envolviam doenças com acometimentos respiratórios. Diferentemente da UTDI, onde o paciente tinha uma maior necessidade de permanência, o PS Respiratório tinha o foco em estabilizar o quadro do paciente e então dar seguimento ao seu caso em outros setores. Em inúmeros momentos isso gerava uma certa dificuldade para os profissionais desse pronto atendimento, uma vez que alguns setores solicitavam grandes burocracias e pré-avaliações antes de aceitarem pacientes vindos do PS Respiratório, dificultando o andamento do cuidado do paciente. Também em inúmeros outros momentos os profissionais do PA respiratório não tinham como transferir um paciente estável para outro setor de cuidados menos intensivos, pois frequentemente era atingida a capacidade total desses setores, não havendo vaga para outros doentes. O mesmo também acontecia ao transferir o paciente para setores de cuidados mais intensivos, como a UTI COVID.

10 PRONTO SOCORRO CLÍNICO

O pronto socorro clínico é conhecidamente um dos setores mais agitados do hospital, um local com uma variedade de patologias e com inúmeros procedimentos sendo realizados diariamente, tornando-se um centro de amplo aprendizado para qualquer estagiário. O espaço físico era dividido em salas com diversos níveis de assistência, específicas para situação clínica do paciente. Assim, o setor se dividia nas salas de observação feminina, observação masculina, sala amarela, sala do trauma e UCP. Pacientes admitidos no Pronto Socorro podiam ser então transferidos para outros setores não COVID, como a Clínica Médica, UTIs, Ortopedia ou outros. Ou então, pacientes do PS Clínico podiam receber alta hospitalar, após completa estabilização, realização de todas as condutas e dadas orientações de cuidado e retorno. Dentro do fluxo de atendimento desse setor, foi possível perceber a importância do manejo de paradas cardiorrespiratórias, pois eram consideradas um dos problemas clínicos mais importantes que o paciente podia manifestar, estando a equipe do PS Clínico muito bem treinada e preparada para atender a esse tipo de situação. Casos de reanimação

cardiopulmonar em pacientes com COVID-19 não ocorriam neste setor, mas este tópico é de igual importância para os profissionais que manejam pacientes com COVID-19, uma vez que os quadros mais graves cursam com inúmeras alterações que podem evoluir como causas de PCR.

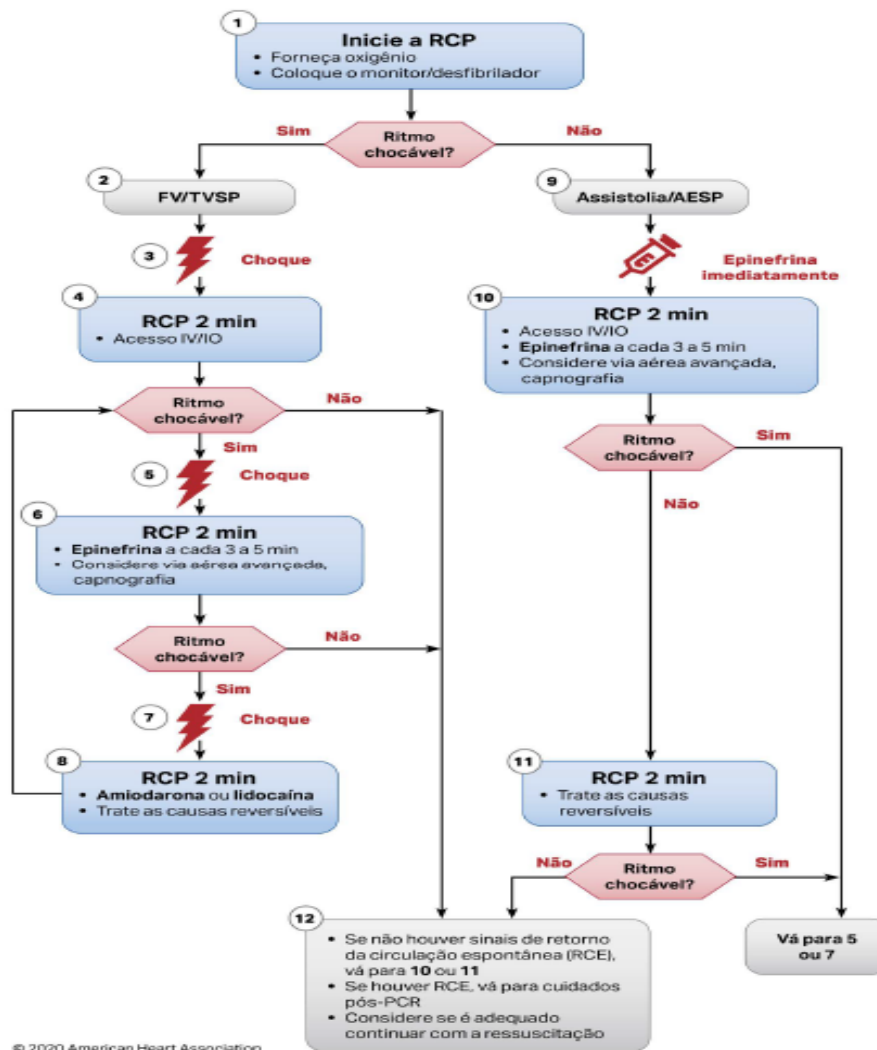
10.1 REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR:

No dia 29/08/20 o estagiário presenciou a uma reanimação cardiopulmonar em um paciente masculino, de 37 anos, que veio trazido em decorrência de intoxicação de medicamentos psicotrópicos, que evoluiu com um quadro de parada cardiorrespiratória, que foi manejada pela equipe do pronto atendimento clínico. O paciente apresentava histórico de transtornos psiquiátricos (em uso irregular de medicação), além de abuso de cocaína. A causa suspeita da PCR foi por uso de tóxicos. Foram realizados cerca de 3 ciclos completos de RCP até que foi retomado o pulso no paciente, identificado em artéria femoral. Como não foi iniciado o 4º ciclo, o paciente fez uso de somente uma ampola de adrenalina. Após a reanimação se iniciaram os cuidados pós parada, além da passagem de sonda vesical de demora, com seguimento da investigação e manejo do caso. A observação de um contexto de parada cardíaca permitiu perceber a necessidade sobre os conhecimentos referentes a reanimação cardiopulmonar. A mesma importância permanece dentro do contexto da infecção por SARS CoV-2, que pode levar um quadro patológico tão intenso que tem chances de evoluir com PCR, por múltiplas etiologias.

A American Heart Association (2020) lançou durante o ano da pandemia o seu último Guideline referente ao atendimento de situações de parada cardiorrespiratória, sendo este a principal referência no suporte avançado de PCR. O protocolo de ressuscitação cardiopulmonar se inicia com a checagem do pulso carotídeo, por no máximo 10 segundos. Caso constatado PCR deve-se comunicar o fato a equipe e solicitar o carrinho de emergência ao mesmo tempo que se inicia a realizar compressões torácicas. As compressões devem deprimir o tórax cerca de 5 cm a uma frequência de 100 a 120 compressões por minuto. Ao se ter acesso ao desfibrilador, o médico deve checar se o ritmo cardíaco é um ritmo chocável ou não. Se for, deve-se aplicar o choque, com carga de 120 a 200 Joules em desfibriladores bifásicos e 360 Joules para os monofásicos. Se o ritmo não

for chocável, deve-se aplicar epinefrina imediatamente e retornar a RCP. Nos ciclos subsequentes, sempre que o ritmo for passível de choque deve-se aplicá-lo e após fazer uso de epinefrina a cada 3 a 5 minutos, também fazendo uso de amiodarona e lidocaína, enquanto é realizada RCP por 2 minutos, até uma nova avaliação do ritmo (e possivelmente a descarga de choque). Sempre que o ritmo não for chocável, o profissional deve retornar imediatamente a RCP por 2 minutos até uma nova avaliação do ritmo. O fluxograma de atendimento elaborado pela AHA para o atendimento de PCR em adultos está exposto a seguir na Figura 4 (18).

Figura 6 – Algoritmo de PCR para adultos



Qualidade da RCP	<ul style="list-style-type: none"> • Comprima com força (pelo menos 5 cm) e rápido (100 a 120/min) e aguarde o retorno total do tórax. • Minimize interrupções nas compressões. • Evite ventilação excessiva. • Alerte os responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos ou antes, se houver cansaço. • Sem via aérea avançada, relação compressão-ventilação de 30:2. • Capnografia quantitativa com forma de onda <ul style="list-style-type: none"> – Se PETCO₂ estiver baixo ou caindo, reserve a qualidade da RCP
Carga do Choque para Desfibrilação	<ul style="list-style-type: none"> • Bifásica: Recomendação do fabricante (por exemplo, dose inicial de 120 a 200 J); se desconhecida, usar o máximo disponível. A segunda dose e as subsequentes devem ser equivalentes, podendo ser consideradas doses mais altas. • Monofásica: 360 J
Tratamento medicamentoso	<ul style="list-style-type: none"> • Dose IV/IO de epinefrina: 1 mg a cada 3 a 5 minutos • Dose IV/IO de amiodarona: Primeira dose: Bolus de 300 mg. Segunda dose: 150 mg ou • Dose IV/IO de lidocaína: Primeira dose: 1 a 1,5 mg/kg. Segunda dose: 0,5 a 0,75 mg/kg.
Via aérea avançada	<ul style="list-style-type: none"> • Intubação endotraqueal ou via aérea extraglótica avançada • Capnografia com forma de onda e capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET • Quando houver uma via aérea avançada, administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min) com compressões torácicas contínuas
Retorno da Circulação Espontânea (RCE)	<ul style="list-style-type: none"> • Pulso e pressão arterial • Aumento abrupto prolongado na PETCO₂ (tipicamente, ≥40 mmHg) • Ondas de pressão arterial espontânea com monitoramento intra-arterial
Causas reversíveis	<ul style="list-style-type: none"> • Hipovolemia • Hipóxia • Hidrogênio (acidemia) • Hipótermia • Hipertensão • Hipotermia • Tensão do tórax por pneumotórax • Tamponamento cardíaco • Toxinas • Trombose coronária • Trombose pulmonar

Fonte: AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2020

Durante todo o processo o médico deve sempre buscar tratar as causas reversíveis de PCR, divididas em dez grandes grupos, sendo organizadas didaticamente por 5 letras H e por 5 letras T. Assim, são elas: Hipovolemia; Hipoxia; Hidrogênio (que remete a acidemia, uma das etiologias); Hipo/hipercalemia; Hipotermia; Tensão (que refere a tensão por pneumotórax, possível causa de PCR); Tamponamento (que se remete ao tamponamento cardíaco); Toxinas; Trombose Coronária; e, por fim, Trombose Pulmonar. (18)

10.2 IMPRESSÕES PESSOAIS QUANTO AO PRONTO SOCORRO CLÍNICO:

Dentro do contexto da pandemia, foi interessante o fato de que no pronto socorro clínico o acadêmico não ficava apenas lidando com casos de COVID-19, uma vez que no fluxograma de atendimento os pacientes que iam para o pronto socorro clínico não tinham nenhuma queixa respiratória de origem infecciosa. Caso houvesse, esses pacientes eram prontamente transferidos para outros setores mais especializados em suas patologias. Outro aspecto, é que dentro da dinâmica de atendimento nesse setor os médicos internos tinham uma maior abrangência dentro da linha de cuidado, participando de inúmeros procedimentos, não apenas limitando sua atuação em apenas emitir relatórios de evolução clínica.

11 A UTI COVID

As atividades na UTI COVID se iniciaram no dia 05/09/20, porém a atuação do estagiário nesse setor se resumiu a apenas alguns poucos dias de estágio. Percebeu-se que a dinâmica de funcionamento do setor consistia em tarefas divididas entre os turnos de trabalho: ocorria visitas pelas manhãs, com checagem de condutas, ajustes de medicações, intubações/extubações e outros procedimentos. A tarde a dinâmica se mantinha similar, porém sem a necessidade de realizar novas evoluções. A noite se realizava uma reavaliação do paciente, mas sem alterações de condutas, apenas mantendo-o estabilizado e em observação clínica. Caso houvesse alguma intercorrência, o médico plantonista era acionado para lidar com a situação. Os critérios para internação em UTI, segundo o Ministério da Saúde (2020) são: qSOFa maior ou igual a 2; qSOFA = 1 e saturação <95%;

insuficiência respiratória aguda com ventilação mecânica; necessidade de oxigênio suplementar com fluxos maiores de 2L/min para manter saturação > 95%; hipotensão arterial (PAM < 65mmHg); frequência respiratória acima de 30 ipm persistentemente; ou se houver um rebaixamento do nível de consciência (1). A rotina de paramentação se apresentava bem mais rígida no âmbito da terapia intensiva, principalmente devido ao estado de contaminação do ambiente de UTI, com presença ampla do SARS-CoV-2. Como exemplo, não se podia entrar no quarto com nenhum material para anotação, pois eles seriam contaminados durante a avaliação clínica, devendo serem descartado antes de sair do quarto. Caso não fosse possível descartar esse material de anotação, o mesmo deveria ser colocado em uma embalagem plástica, a fim de evitar contaminação do ambiente externo ao quarto. Praticamente a totalidade dos pacientes lá internados estavam com problemas respiratórios intensos gerados pela COVID-19, de forma que se mostra prudente dissertar sobre seu espectro sintomatológico mais desafiador: a Síndrome Respiratória Aguda Grave.

11.1 SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE:

Dentro do contexto da UTI COVID, foi possível perceber que a maioria dos pacientes graves que lá estavam internados estavam intubados, onde desenvolveram um quadro respiratório patológico que não reagiu as medidas de oxigenioterapia mais simples, sendo necessário meios mais intensivos e invasivos para manter o aporte gasoso adequado. Quanto aos casos suspeitos de SRAG por SARS CoV-2, é preciso primeiramente definir se o paciente está em síndrome gripal (quadro respiratório agudo com febre acompanhada de tosse ou coriza ou dor de garganta ou dispneia). Pacientes em quadros de SRAG serão aqueles com uma síndrome gripal que apresente dispneia/desconforto respiratório ou pressão persistente no tórax ou saturação de oxigênio menor que 95% ou cianose facial ou labial. (1) O exame de gasometria pode ajudar na classificação de pacientes em quadro de SRAG. Qualquer relação gasométrica maior que 300 significa que o paciente se encontra dentro de normalidade respiratória. Essa relação é feita primeiramente avaliando a PaO₂ e a FiO₂. A PaO₂ corresponde a pressão arterial de oxigênio, ao passo que a FiO₂ é a fração inspirada de oxigênio. A classificação de Síndrome Respiratória aguda é feita com base nessa relação, em que valores entre 201 e 300 refletem uma hipoxemia leve, enquanto valores entre 101 e 200 representam uma hipoxemia moderada. Qualquer valor da relação PaO₂/FiO₂ que for menor que 100 representa um

caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave (10). No manejo de SRAG, tem-se como principal: administração de oxigenioterapia; ressuscitação volêmica adequada; antibioticoterapia e coleta de culturas em pacientes com sepse; e monitorização intensiva (3).

11.2 A MORTE E O LUTO

A morte apresenta diversas interpretações e inúmeros rituais que envolvem seu processo. Apesar de a medicina ser considerada a luta contra a morte, ela faz parte de todo profissional de saúde. No ano de 2020 a presença da morte se tornou extremamente comum no cotidiano de todos os brasileiros, devido as centenas de milhares de vidas que foram perdidas ao longo do ano devido a COVID-19. Nazare et al (2014) relatam que o fim da vida é uma realidade do dia a dia desses profissionais, onde nesse processo eles confrontam-se regularmente com fenômeno complexo que é a morte, e muitos se percebem despreparados para lidar com as questões de finitude, tendo a visão de que a morte é sinônimo de fracasso e impotência. Caso o profissional se encontre no mesmo estágio de vida do paciente, pode ocorrer uma identificação com a pessoa falecida, o que desperta nele as concepções que têm acerca da sua própria morte. Ao focalizar a relação estabelecida entre a equipe, os familiares e os pacientes nas diferentes fases e tratamentos realizados em processo de morte e luto, é possível verificar que há dificuldades na comunicação, condicionada pelas emoções e pelos comportamentos da própria equipe (6).

11.3 O ESTRESSE DA PANDEMIA E REFLEXÕES SOBRE SEU CONTEXTO

O estresse mental e físico de ter que trabalhar por muitas horas em um local de trabalho muito rigoroso e que lida com as doenças e tristezas dos cidadãos é algo muito desgastante. Quando se soma esse contexto com a ocorrência de uma pandemia global, que abalou fortemente o sistema de saúde e a economia mundial, obtém-se uma rotina de trabalho indescritivelmente exaustiva. Muitos os pacientes relatavam que se sentiam em um clima de guerra, onde a nação inteira estava preocupada com um inimigo comum. E o cansaço físico e psicológico muitas vezes se assemelhava com os de tempos de guerras, de forma que muitos cidadãos manifestavam diariamente sintomas

de ansiedade, depressão e indignação. Queixas de crise de pânico, alterações do padrão de sono, mudanças alimentares negativas e diversos outros sintomas preocupantes eram relatados nos consultórios e quartos do Hospital Municipal de Foz do Iguaçu. É uma realidade difícil de ser exposta verbalmente, onde aqueles que a presenciaram não desejam de forma alguma ter que passar por situações similares novamente.

11.4 IMPRESSÕES DO ESTAGIÁRIO QUANDO A UTI COVID:

A atuação na Unidade de Terapia Intensiva COVID por parte do estagiário foi curta, todavia foi possível perceber a maioria dos serviços eram realizados durante o dia, de forma que eu não pude vivenciar muito a rotina durante o dia. Percebi que a maioria dos pacientes que estavam a UTI COVID naquela época eram pacientes obesos, maiores de 40 anos e/ou com acometimentos pulmonares e cardíacos prévios. Foi reparado também quanto a diferença na rotina de paramentação, que se mostrou muito mais rigorosa na UTI COVID quando em comparação com os outros setores, o que eu considerei um aspecto muito positivo do local. Todavia, o curto período de atuação não permitiu ao estagiário abstrair grandes ensinamentos práticos ou vivências dentro desse setor.

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio dentro de um hospital geralmente é bem intenso, principalmente durante o ano de 2020, quando uma situação única atingiu o sistema de saúde brasileiro. As dificuldades foram muitas, e os profissionais de saúde foram expostos a um ambiente de tristezas, incertezas e sofrimentos. Todavia, os meses de estágio se mostraram muito positivos para os acadêmicos, que puderam expandir em muito seu poder de atuação e seus conhecimentos, além de poder contribuir ativamente para um melhor atendimento da população em risco. O relato aqui descrito buscou mostrar a dinâmica dos setores de atenção emergencial que envolveram o estágio, assim como identificar a influência da pandemia de COVID-19 na Rede de Urgência e Emergência. Por fim, foram apontados que na atuação nos serviços de emergência, principalmente quando em manejo de casos de COVID-19, são fundamentais os conhecimentos quanto a organização dos setores de trabalho, o

fluxograma de atendimento, a fisiologia, anatomia e semiologia respiratória, o estudo completo da doença COVID-19, manejo de SRAG assim como a correta oxigenoterapia, o conhecimento do protocolo de RCP, uma adequada análise de exames de imagem (como radiografias e tomografias computadorizadas) e de exames eletrocardiográficos, além de um correto entendimento da técnica de acessos vasculares. Percebe-se também a importância de o profissional médico em compreender os eventos que envolvem a morte e o luto, assim como o manejo de psicopatologias que possam ter envolvimento com esses processos, ou mesmo que não possuam correlação clínica. Como sugestão para o futuro da medicina brasileira, sugere-se, por parte do autor, uma maior atenção a prática da medicina em um contexto pré-hospitalar, priorizando a preparação dos profissionais de saúde para agirem fora do ambiente de trabalho, buscando também que eles estejam preparados para agir sem ajuda de terceiros, com o propósito de expandir a abrangência do atendimento médico brasileiro e melhorar a saúde geral da população.



REFERÊNCIAS

1. Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19. Versão 4. Ministério da Saúde. 2020. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde.
2. Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência – RUE/Marcos Antônio Barbosa Pacheco (Org.). – São Luís, 2015. UNASUS.
3. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada [Recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. – 1 ed. Rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
4. “Diretrizes para depressão”. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2009. FLECK, Marcelo P; BERLIM, Marcelo T; LAFER, Beny; SOUGEY, Everton B; DEL PORTO, José A; BRASIL, Marco Antônio; JURUENA, Mario F; HETEM, Luís Alberto.
5. “Exames radiológicos na gestação”
6. “Morte e Luto: competências profissionais”. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. 2014. P 112-121. HAYASIDA, Maria de Albuquerque N; ASSAYAG, Raquel H; FIGUEIRA, Isa; DE MATOS, Margarida G.
7. Procedimentos do internato à residência médica/gestor editorial: Valdir DOLin. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. Capítulo 6.
8. “Destaques das Diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association”. American Heart Association – 2020. Dallas, Texas.
9. Transtornos Depressivos: Protocolo clínico. Rede de Atenção Psicossocial. SUS, Estado de Santa Catarina - 2015
10. Insuficiência respiratória aguda (2017). Departamento Científico de Terapia Intensiva. Sociedade Brasileira de Pediatria - 2017. MULLER, Helena; TORREÃO, Lara de A; BRANDÃO, Marcelo B; GONIN, Michelle L.C; DE OLIVEIRA, Norma S.
11. ECG essencial: Eletrocardiograma na Prática Diária. THALER, Malcom S. 7ª edição. Editora Artmed. Porto Alegre, 2013.
12. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Volume 1. Capítulos 21; 144;
13. “Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Role of Chest CT in Diagnosis an Management”. Yan Li; Liming Xia; American Roentgen Ray Society – 2020.
14. “Modelo de interpretação da Tomografia Computadorizada de Alta Resolução no Diagnóstico Diferencial das Doenças Intersticiais Crônicas”. C. Isabela S. silva; Nestor L. Muller. (2005). Revista Brasileira de Radiologia.
15. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
16. Redes de Atenção à Saúde: Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde / Ana Emilia Fuigueiredo de Oliveira; Francisca Luzia Soares Macieira de Araújo; Paola Trindade Garcia (Org.) – São Luís: EDUFMA, 2018.

17. Sistema único de Saúde (SUS): princípios e conquistas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
18. “Destaques das Diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association”. American Heart Association, 2020. Disponível em https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020eccguidelines_portuguese.pdf Acessado dia 28/05, as 14:52.
19. “Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde” / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
20. “Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências”. DUNCAN, Bruce B; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R.J. Editora Artmed . 2013. Capítulo 194.
21. “Protocolo CORONAVÍRUS 2019-nCOV”. Secretaria de Saúde. Minas Gerais – 2020. Disponível em: https://ameci.org.br/wp-content/uploads/2020/02/PROTOCOLO_CORONAVIRUS_FINAL.pdf Acessado dia 02/06/21 as 14:03
22. “Chest radiograph assessment using ABCDEFGHI”. KNIPE, Henry; RYU, Yoshiharu. Radiopaedia ,2021. Disponível em: <https://radiopaedia.org/articles/chest-radiograph-assessment-using-abcdefghi?lang=us> Acessado dia 28/05/21 as 21:42.
23. Mogami R, Lopes AJ, Araújo Filho RC, Almeida FCS, Messeder AMC, Koifman ACB, Guimarães AB, Monteiro A. “Chest computed tomography in COVID-19 pneumonia: a retrospective study of 155 patients at a university hospital in Rio de Janeiro, Brazil”. Radiol Bras 2021.
24. “Níveis de Evidência segundo a Oxford Centre for Evidence-Based Medicine”. 2014 Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/janeiro/28/tabela-nivel-evidencia.pdf> Acessado dia 25/05, as 15:36.
25. <https://www.uptodate.com/contents/peripheral-venous-access-in-adults>
26. “Acessos Venosos Centrais e Arteriais Periféricos – Aspectos Técnicos e Práticos”. ARAÚJO, Sebastião. Revista Brasileira de Terapia Intensiva (2003). Campinas – SP.
27. Tratado de Fisiologia Médica / John E. HALL. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. Capítulos 37, 38.
28. “Acesso Venoso Periférico: como dominar a técnica e o melhor tipo de curativo”. PEDMED, 2021. Disponível em <https://pebmed.com.br/acesso-venoso-periferico-como-dominar-a-tecnica-e-o-melhor-tipo-de-curativo/> Acessado 02/06/21, as 12:35.
29. Anatomia Orientada Para Clínica. MOORE, Keith L; DALLEY, Arthur F.; Anne M.R; 7ª edição. Rio de Janeiro: Koogan, 2014.
30. 30. Semiologia Médica. PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos; 7ª edição – Rio de Janeiro: Editora Ganabara Koogan, 2014. Capítulo 7.





Email para contato: martin.almeida@aluno.unila.edu.br

ANEXO A – SEQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DE EPI’S DO HMPGL



	<p>FLUXOGRAMA SECIH</p> <p>SEQUENCIA DE UTILIZAÇÃO DE EPI’S</p>	
Código: FLX.SECIH.GER.018	Versão: 001/ Revisão: 001	Página 1 de 1

ORDEM PARA COLOCAR PARAMENTAÇÃO

FORA do quarto:





1. Retirar adornos e conferir todos os EPI’s; 
2. Higienizar as mãos; 
3. Vestir o avental; 
4. Colocar a máscara, óculos de proteção e gorro; 

Dentro do quarto:






1. Higienizar as mãos 
2. calçar luvas. 

ORDEM PARA RETIRAR PARAMENTAÇÃO

DENTRO do quarto:

1. Retirar luvas; 
2. Higienizar as mãos; 
3. Retirar avental; 
4. Higienizar as mãos. 

FORA do quarto/box:

1. Retirar o gorro; 
2. Retirar óculos; 
3. Retirar a máscara; 
4. Higienizar as mãos; 
5. Calçar luvas de procedimentos, realizar limpeza e desinfecção dos óculos e da superfície de apoio (Utilizar detergente desinfetante – Optigerm pronto uso ®)
7. Retirar as luvas; 
8. Higienizar as mãos. 