



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

MEDICINA

**RELATÓRIO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
VIVÊNCIAS DO INTERNATO**

NATALY ANDRADE PERDOMO

Foz do Iguaçu
2022

**RELATÓRIO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
VIVÊNCIAS DO INTERNATO**

NATALY ANDRADE PERDOMO

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

Orientador: Prof^a. Ma. Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu
2022

NATALY ANDRADE PERDOMO

RELATÓRIO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
VIVÊNCIAS DO INTERNATO

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

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof^a (Dra.) Ma. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof^a (Dra.) Rosana Álvarez Callejas
UNILA

Prof^a (Lic.) Maria Claudia Gross
UNILA

Foz do Iguaçu, 06 de Agosto de 2022.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Nataly Andrade Perdomo

Curso: Medicina

Tipo de Documento

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

Título do trabalho acadêmico: Relatório de Urgência e Emergência: Vivências do internato

Nome do orientador(a): Flávia Julyana Pina Trench

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, 06 de Agosto de 2022.

Assinatura do Responsável

Dedico esse trabalho a minha família e cada pessoa que lutou do meu lado desde o começo de um sonho de infância até virar na minha melhor realidade.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, sou grata pela oportunidade que a vida me ofereceu para estudar a profissão que sempre sonhei e hoje estar mais perto de ser uma médica ao serviço do bem-estar e cuidado da saúde da comunidade.

Agradeço infinitamente a meus pais, Blanca Flor Perdomo Váquiro e José Victor Andrade Betancurt por acreditar em mim, por ser minha inspiração diária nesse longo caminho, por me permitir sempre sonhar em grande, pelo apoio constante, pelo suporte emocional através da distância, pela força que me brindaram e por tanto amor diário. Que privilégio ser sua filha. Por vocês foi possível o sucesso dessa grande meta.

A minha família, todos fizeram parte de meu crescimento pessoal, por estar presentes, por tantas palavras cheias de amorosidade, pelo contato através de ligações, por sempre ser amparo nas dificuldades, por me ensinar que aonde for a humildade deve prevalecer. Cada um de vocês merecem esse triunfo. Obrigada tíos (as), avós, primos (as). Sou feliz de ter vocês.

A meu primo Luis Fernando Acosta, por ser a primeira pessoa que me apresentou a UNILA como uma nova escolha e incentivou que uma tentativa poderia ser um grande começo.

A meu companheiro de vida, Cristian Andrés Bustos Morales por tantos anos de amizade, amor e companheirismo, por todos os momentos de felicidade, por me encorajar a não desistir, pela companhia cada madrugada de trabalhos, por manter meus pés no chão em meio do caos e por sempre ser sinônimo de doçura e acolhimento.

A minha tia brasileira, Cecilia Inês Frey por me cuidar como uma mãe, porque sem parentesco se converteu em família, por sua bondade, alegria, por me acolher na sua casa e me ajudar sempre que precisei.

A minhas amigas e amigos, por estar nos maus e bons momentos.

A minha orientadora Flávia, por ser sincera em cada correção, pelas dicas essenciais para realizar o trabalho e pela paciência e compreensão.

A todos os professores, porque são a base da vida acadêmica do estudante e desde sua experiência estão cada dia formando profissionais da saúde com um caráter mais humanizado. Especialmente a minhas professoras da banca pelas orientações e aceitar ser parte da avaliação na fase final da formação.

E a quem já não está mais aqui na terra mas está presente no coração.

“Seu tempo é limitado, então não percam tempo vivendo a vida de outro. Não sejam aprisionados pelo dogma – que é viver com os resultados do pensamento de outras pessoas. Não deixe o barulho da opinião dos outros abafar sua voz interior. E mais importante, tenha a coragem de seguir seu coração e sua intuição. Eles de alguma forma já sabem o que você realmente quer se tornar”

Steve Jobs

ANDRADE PERDOMO, Nataly. **RELATÓRIO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: VIVÊNCIAS DO INTERNATO**. P. 90. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

RESUMO

A trajetória pela medicina implica conhecer cada uma das áreas de atuação profissional. Devido a um alto índice de indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e outro tipo de causas como as externas, existem serviços lotados de situações de risco que precisam de atendimento imediato. Durante o internato, o estudante deve realizar um rodízio nos diferentes locais de atenção às urgências e emergências como a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o setor hospitalar. O objetivo desse trabalho de conclusão de curso é relatar toda a experiência de aprendizagem e vivências do acadêmico, desenvolvidas durante os plantões realizados em diferentes cenários de prática a nível municipal e intermunicipal. Esse trabalho está estruturado em capítulos que detalham principalmente a importância da Rede de Atenção às Urgências e emergências (RUE), diversos casos clínicos exemplificando o atendimento inicial em pacientes críticos, habilidades médicas apreendidas e aplicadas, além de reflexões próprias do autor em relação a vários aspectos. Finalmente todo o descrito demonstra a evolução do acadêmico referente ao raciocínio clínico colocado na prática.

Palavras-chave: Internato. Urgência. Emergência. Atenção hospitalar.

ANDRADE PERDOMO, Nataly. **INFORME DE URGENCIA Y EMERGENCIA: EXPERIENCIAS DEL INTERNADO.** P. 90. Trabajo de Conclusión de Curso (Graduación en Medicina) – Universidad Federal de la Integración Latino-Americana, Foz de Iguazu, 2022.

RESUMEN

El camino por la medicina implica conocer cada una de las áreas de actuación profesional. Debido a un alto índice de personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) y otro tipo de causas como las externas, existen servicios llenos de situaciones de riesgo que requieren atención inmediata. Durante la pasantía, el estudiante debe realizar una rotación en los diferentes lugares de atención de urgencias y emergencias como la Unidad de Pronta Atención (UPA) y el sector hospitalario. El presente trabajo de conclusión de curso tiene como objetivo relatar todo el aprendizaje y las experiencias del académico, desarrollado durante las guardias realizadas en diferentes escenarios a nivel municipal e intermunicipal. Este trabajo está estructurado en capítulos que detallan principalmente la importancia de la Red de Atención de Urgencias y Emergencias (RUE), varios casos clínicos que ejemplifican la atención inicial de pacientes críticos, habilidades médicas aprendidas y aplicadas, además de reflexiones propias del autor en relación a varios aspectos. Finalmente, todo lo descrito demuestra la evolución del académico en cuanto al razonamiento clínico puesto en práctica.

Palabras clave: Internado. Urgencia. Emergencia. Atención hospitalar.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAA	Acianótico Anictérico Afebril
ABD	Abdome
ACV	Aparelho Cardiovascular
APS	Atenção Primária a Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BCNF	Bulhas Cardíacas Normofonéticas
BEG	Bom Estado Geral
BPM	Batimentos por Minuto
CEP	Código de Endereçamento Postal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CSV	Controle de Sinais Vitais
CVCJD	Cateter Venoso Central na Jugular Direita
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DVA	Drogas Vasoativas
EAP	Edema Agudo do Pulmão
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDA	História da Doença Atual
HGT	Hemoglico Teste
HMC	Hospital Materno Cataratas
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
HPP	História Patológica Progressiva
IOT	Intubação Orotraqueal
IRA	Insuficiência Respiratória Aguda
IRPM	Inspirações Respiratórias por Minuto
ITU	Infecção do Trato Urinário
LOTE	Lúcido Orientado em Tempo e Espaço
MEG	Mau Estado Geral
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membros Superiores
MUC	Medicamentos de Uso Contínuo

MVUA	Murmúrio Vesicular Uniformemente Audíveis
PBL	Problema Based Learning
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PCV	Ventilação com pressão controlada
PEEP	Pressão de Expiratória Final Positiva
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RASS	Richmond Agitation Sedation Scale
REG	Regular Estado Geral
RHA	Ruídos Hidroaéreos
RUE	Rede de Atenção às Urgências e emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SNG	Sonda Nasogástrica
SNE	Sonda Nasoenteral
SVD	Sonda Vesical de Demora
SUS	Sistema Único de Saúde
TARM	Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica
TCE	Trauma Cranioencefálico
TOT	Tubo Orotraqueal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Serviço Avançado
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Rede de Atenção às Urgências e Emergências.	15
Figura 2 - Protocolo de Manchester	16
Figura 3 - Icterícia neonatal. Esquema para gradação da extensão da icterícia.	25
Figura 4 - Mapa sobre o número de casos estimados na semana.	42
Figura 5 - Diagnóstico diferencial do paciente em coma.	48
Figura 6 - Atendimento inicial ao paciente com suspeita de acidente vascular isquêmico.	52
Figura 7 - A saúde mental na atualidade está subestimada.	56
Figura 8 - Classificação de Mallampatti	70
Figura 9 - Partes do tubo orotraqueal.	71
Figura 10 - Exemplo do movimento para antisepsia em paracentese.	72

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 - Tomografia de crânio da paciente A.S.	53
Fotografia 2 - Sutura - Paciente DRP.	74
Fotografia 3 - Sutura – Paciente APO.	74
Fotografia 4 - Sutura – Paciente BAS.	75
Fotografia 5 - Sutura – Paciente AAS.	75
Fotografia 6 - Sutura – Paciente SR.	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Gasometria da paciente E.M.F.	33
Quadro 2 - DENGUE: Classificação de risco e manejo do paciente.	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Achados que indicam necessidade de avaliação imediato do departamento de emergência.	30
Tabela 2 - Escala de Glasgow da Sala de Emergência na UPA.	47
Tabela 3 - O protocolo Spikes.	64
Tabela 4 - Procedimentos realizados pela acadêmica.	68
Tabela 5 - Padrão básico: Exemplo de passagem de plantão.	81

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 CAPITULO I - AS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	14
2.1 ORGANIZAÇÃO E ATUAÇÃO DA REDE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS.....	14
2.2 COMPONENTES DA RUE.....	15
2.2.1 Classificação de Risco na RUE.....	16
2.2.2 Regulação Pré-hospitalar.....	17
2.3 O QUE É VAGA ZERO?.....	17
2.4 AS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SÃO MIGUEL DO IGUAÇU E FOZ DO IGUAÇU.....	18
2.4.1 A subjetividade dos campos de estágio.....	19
3 CAPITULO II - CASOS CLÍNICOS: RELATO DESCRITIVO E REFLEXIVO	22
3.1 CASO CLÍNICO I: ABDOME AGUDO + SEPSE.....	22
3.1.1 Relato de caso.....	22
3.1.2 Discussão.....	24
3.2 CASO CLÍNICO II: EDEMA AGUDO DE PULMÃO + PNEUMONIA.....	27
3.2.1 Relato do caso.....	27
3.2.2 Discussão.....	28
3.3 CASO CLÍNICO III: IRA + CUIDADOS PALIATIVOS.....	31
3.3.1 Relato do caso.....	31
3.3.2 Discussão.....	32
3.4 CASO CLÍNICO IV: “DOR NO PEITO”.....	36
3.4.1 Relato de caso.....	36
3.4.2 Discussão.....	38
3.5 CASO CLÍNICO V: DENGUE C.....	40
3.5.1 Relato de caso.....	40
3.5.2 Discussão.....	41
3.6 CASO CLÍNICO VI: REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (RNC).....	45
3.6.1 Relato de caso.....	45
3.6.2 Discussão.....	46
3.7 CASO CLÍNICO VII: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO (AVCI) / AVC HEMORRÁGICO (AVCH) HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA.....	50

3.7.1	Relato de caso.....	50
3.7.2	Discussão.....	51
3.8	CASO CLÍNICO VIII: PACIENTE PSIQUIÁTRICO.....	54
3.8.1	Relato de caso.....	54
3.8.2	Discussão.....	55
3.9	CASO CLÍNICO IX: TENTATIVA DE SUICÍDIO.....	57
3.9.1	Relato de caso.....	57
3.9.2	Discussão.....	58
3.10	CASO X: TRAUMA LEVE.....	60
3.10.1	Relato de caso.....	60
3.10.2	Discussão.....	61
4	CAPITULO III - RELATO VIVENCIAL E EXPERIÊNCIA PESSOAL.....	62
5	CAPITULO IV - PROCEDIMENTOS INVASIVOS.....	68
5.1	Intubação Orotraqueal:.....	69
5.2	Sonda Vesical de Demora.....	71
5.3	Punção Venosa Periférica.....	71
5.4	Paracentese:.....	72
5.5	Suturas:.....	73
6	CAPÍTULO V - QUESTÃO-PROBLEMA.....	78
6.1	PS SÃO MIGUEL:.....	78
6.2	UPA JOAO SAMEK.....	78
6.3	HMPGL.....	80
6.4	UPA MORUMBI.....	80
7	CAPÍTULO VI - CÓDIGO DE ÉTICA.....	82
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85

1 INTRODUÇÃO

A formação superior em saúde aplica algumas estratégias de ensino como a tradicional e a metodologia ativa. É mais comum que a tradicional seja aplicada nas faculdades em diversos países. A Universidade Federal de Integração Latino-americana no ano 2016, iniciou com a Metodologia Ativa no curso de Medicina e trata de um estudo reflexivo frente a um caso clínico que aborda uma situação problema conhecido como *Problema Based Learning (PBL)*, com o fim de formar médicos competentes, reflexivos e humanizados (MIRANDA *et al.*, 2019)

Além da explicação teórica de casos, desde os primeiros períodos existiu a possibilidade de fortalecer essa relação médico-paciente, portanto antes da graduação o estudante deve cursar de maneira mais intensiva durante dois anos o internato realizando práticas diárias em Atenção Primária a Saúde (APS), Rede de atenção a Urgências e Emergência (RUE) e Especializadas.

Dentro das unidades mais importantes de atendimento, existem as portas de entrada de urgências e emergências que devem ser identificadas de maneira estrita para saber atender de acordo com o local de trabalho já que são bem diversificados na organização, protocolos e material disponível para pedido de exames e realização de procedimentos invasivos. Como futuros médicos, a preparação deve ser constante e completa sendo essencial fazer estágio em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitalares para melhor compreensão do estado clínico do paciente e a aplicação dos fundamentos teóricos na realidade.

Em vista disso, é realizado o relatório que descreve a composição da Rede de Atendimento de Urgência e Emergência (RUE) e as percepções sobre cada experiência durante o estágio realizado no internato entre o município de São Miguel do Iguazu e na cidade de Foz do Iguazu em quatro cenários: Complexo Hospitalar Municipal Pronto Atendimento 24H, UPA João Samek, UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa e Hospital Municipal Padre Germano Lauck.

O módulo compreende as datas entre o 13 de Abril até o 19 de Julho do presente ano. A carga horária obrigatória a cumprir durante a semana é de 36 horas, dividida em 3 plantões de 12h cada um, totalizando 42 plantões durante os quatro meses.

O papel do interno consiste basicamente em realizar a coleta de dados com o paciente ou familiares para transcrever a admissão, evoluir os últimos detalhes do

quadro clínico / resultados de exames, conversar durante a visita familiar e realizar procedimentos somente se for autorizado pelo plantonista.

Finalmente, os dois últimos anos da faculdade são a fase se de “colocar as mãos na massa”, onde o apreendido é representado na prática. O tempo de focar mais na realidade das necessidades em saúde da comunidade e de aproveitar cada oportunidade de aprendizagem sobre como para planejar uma conduta ideal independente do ambiente que diminua os riscos e as sequelas para o paciente e promova melhora na qualidade de vida.

2 CAPITULO I - AS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

2.1 ORGANIZAÇÃO E ATUAÇÃO DA REDE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS

A população brasileira padece um alto índice de condições clínicas crônicas que em qualquer momento podem ser agudizadas incrementando a porcentagem de morte por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) umas das principais causas nos últimos anos no país, seguido de doenças transmissíveis (respiratórias principalmente) e causas externas que acontecem diariamente como acidentes de trânsito, agressões e o suicídio (BRASIL, 2019).

Para aplicar medidas que reduzem a morbidade e mortalidade dessas causas, o Sistema Único de Saúde (SUS) está dividido em setores definidos de acordo a uma função específica para atender a população. Assim mesmo, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são setores de organização que disponibilizam diferentes serviços de saúde para uma atenção integral e completa dependendo da condição clínica do paciente.

Atualmente, as causas externas acidentais e intencionais e outras patologias agudizadas que deixam sequelas temporais ou permanentes desgastando a qualidade de vida, aumentaram consideravelmente sobrecarregando o serviço de atendimento em setores de urgência e emergência, portanto é indispensável conhecer bem sobre os centros de regulação médica, a classificação de risco em cada unidade, disponibilidade de materiais e os protocolos de encaminhamento.

No internato, cada estudante deve ser um integrante mais da equipe medica em cada um dos setores de atendimento, quatro meses são estipulados para as práticas obrigatórias no módulo de Urgência e Emergência. A Portaria No. 354, do 10 de Marco do 2014, no Anexo 2.1 define a Urgência como eventualidade imprevista em que é variável o risco de morte e precisa de assistência imediata e a Emergência como toda confirmação médica em que condições de gravidade na saúde gera muito sofrimento ou risco iminente de morte (BRASIL, 2014)

O tema principal para realizar esse relatório e colocar em prática a teoria, é conhecer as Redes de Urgência e Emergência, sua composição e como agem a nível da cidade e municipal pois os locais escolhidos foram Complexo Hospitalar Municipal Pronto Atendimento 24H no município de São Miguel do Iguaçu e na cidade de Foz

do Iguaçu: UPA João Samek, UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa e Hospital Municipal Padre Germano Lauck.

2.2 COMPONENTES DA RUE

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) foi instituída mediante a Portaria n° 1600, de 7 de julho de 2011 pelo Ministério de Saúde, de grande complexidade e composta de vários ambientes que trabalham de maneira integrada para atender todo tipo de demandas com uma equipe qualificada e eficaz garantindo um acesso humanizado aos usuários (BRASIL, 2011)

Figura 1 - Rede de Atenção às Urgências e Emergências.



Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2017

Dentro das diretrizes se dá prioridade as linhas de cuidado traumatológica, cardiológica e cerebrovascular. A classificação de serviços pré-hospitalares fixos que deve estar disponível para a comunidade é a seguinte:

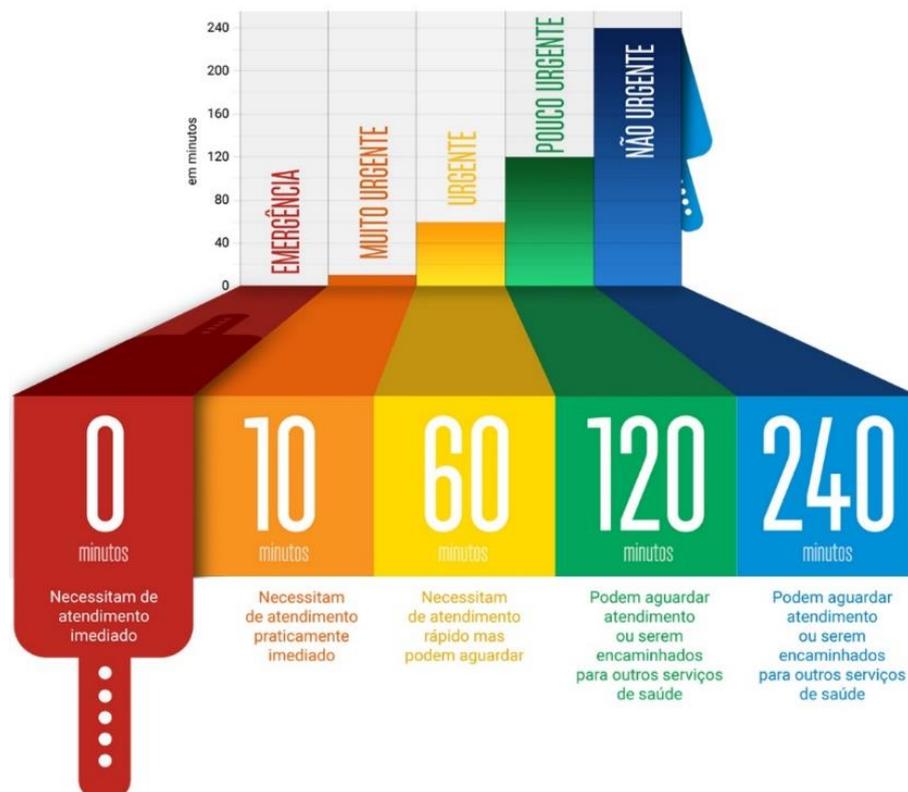
- I. Promoção, prevenção e vigilância em saúde
- II. Atenção básica em saúde (UBS)
- III. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas centrais de Regulação Médica de Urgências
- IV. Sala de estabilização
- V. Força Nacional de Saúde do SUS
- VI. Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h)
- VII. Hospitalar
- VIII. Atenção Domiciliar

2.2.1 Classificação de Risco na RUE.

Adotar uma racionalidade assistencial sobre as condições clínicas permite classificar de maneira organizada e objetiva o atendimento de cada paciente para adequar condutas. Em alguns casos o fluxo não é realizado do mesmo jeito pois se um indivíduo tem lesões graves e/ou risco iminente de morte, o primeiro passo é levá-lo a sala de estabilização e depois disso realizar uma nova classificação para saber se deve ficar internado, tratado de maneira ambulatorial ou precisa ser referenciado ao ambiente de maior complexidade.

Para cada um dos componentes da RUE destaca-se a necessidade de atender as queixas de acordo com a classificação de risco de através de uma ferramenta utilizada em todo Brasil conhecida como o Protocolo de Manchester completamente indispensável que permite classificar o risco e atender a demanda em um tempo determinado além de identificar os critérios principais de encaminhamento.

Figura 2 - Protocolo de Manchester



Fonte: Página do “Grupo Português de Triagem”, 2022.

2.2.2 Regulação Pré-hospitalar.

Existem muitas razões pela qual a população precisa ser trasladada imediatamente para receber atendimento, portanto para que a rede funcione adequadamente esse primeiro encontro entre o paciente e a equipe que oferece auxílio pode ser realizado pelo SAMU.

A central de regulação médica das urgências faz parte do SAMU e está implantada com o propósito de ampliar o acesso e socorrer a população. Deve ter uma estrutura física onde trabalham profissionais capacitados para a regulação de chamados telefônicos. Inicialmente, tudo começa através de uma ligação ao número público gratuito nacional 192, sendo realizada pelo usuário desde o domicílio ou qualquer espaço e/ou inter-hospitalar por um integrante da equipe do SAMU.

A fase de recepção da ligação é realizada pelos telefonistas auxiliares de regulação médica (TARM), que escutam e cadastram atentamente os dados importantes do número da ocorrência (Número de telefone, solicitante, motivo/queixa, apelido da ocorrência) e sua localização (Município, bairro, logradouro, número, complemento e código de endereçamento postal – CEP -). Durante a segunda fase de regularização, o médico regulador (MR) com base nas informações identifica os principais diagnósticos e classifica de acordo com a gravidade, estimando o transporte adequado e equipamentos necessários do atendimento. E finalmente para a terceira fase de liberação, o Rádio-operador (RO) passa as viaturas e continua acompanhando o atendimento até chegar no local destinatário (UNA-SUS/UFMA, 2018)

Logo é preenchido o Protocolo de Atenção Pré-Hospitalar que será entregue para o médico plantonista aonde o paciente foi levado.

2.3 O QUE É VAGA ZERO?

Normalmente nas UPA's existe uma superlotação de pacientes internados que deixam poucos leitos disponíveis porque geralmente ficam aí por mais de 24h, por falta de vaga no local de referência que precisou ser enviado.

A resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.077/14, no Art.17, ponto 1º define “vaga zero” como: *“recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como*

situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências” (CFM, 2014)

O pedido da “vaga zero” deve ser feito pelo médico plantonista encarregado da sala de emergência, mediante um documento relatando todo o caso clínico em detalhe (Anamnese, exame físico, hipóteses diagnósticas, conduta, cópias dos exames complementares) e justificção do encaminhamento, contatando mediante ligação com o médico da unidade de referência. Segundo Santos Filho *et. al*, recomenda que a vaga zero não deve ser utilizado nos seguintes casos: Pacientes terminais, avaliações de especialidades sem risco vital de órgãos e que podem ser acompanhados ambulatoriamente, serviço de radiologia, imobilização primária, suturas simples, troca de sondas, avaliação imediata de neurologia em TCE sem achados clínicos e/ou radiológicos e paciente que necessitam de observação prolongada (2020)

2.4 AS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SÃO MIGUEL DO IGUAÇU E FOZ DO IGUAÇU

Na cidade de Foz do Iguaçu a atenção pré-hospitalar móvel pode ser feito pelo SIATE ou pelo SAMU, ambos responsáveis por transportar qualquer pessoa que tenha um agravo a saúde (clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que aconteça em qualquer parte da cidade. O SIATE em Foz trabalha em conjunto com o Corpo de Bombeiros de Paraná, para acionar é através do número 193, trabalha principalmente com vítimas de trauma, se as lesões são leves serão levados até alguma UPA porém se é um trauma de maior gravidade ou grandes ferimentos devem ir ao HMPGL.

O SAMU é mais comum de ver sempre chegando com emergências clínicas gerais. Aqui em Foz conta com 7 ambulâncias, sendo que 5 delas são usadas em casos de leve gravidade chamadas de Unidade de Suporte Básico e as outras duas são Unidade de Suporte Avançado, consideradas como UTI's móveis completamente equipadas para urgências de alto risco e que inclusive vão até algum município para trazer pacientes que precisam de maiores cuidados assim como 2 motolâncias para chegar mais rápido ao local de emergência.

Também existem os componentes fixos para atendimento em urgências e

emergências como as UBS distribuídas pelo bairro, delas a UBS Padre Ítalo trabalha as 24h; 2 UPA's; HMPGL como o centro de maior referência para várias especialidades e outros particulares que atendem algumas queixas específicas como o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC) para encaminhamentos de cardiologia e cirurgia cardíaca, obstetrícia, oncologia, nefrologia, neonatologia, incidentes com múltiplas vítimas e pacientes conveniados. Outros da rede privada são o Hospital e Maternidade Cataratas (HMC) e Hospital Unimed Foz (FOZ DO IGUAÇU, 2022)

Em geral, foi presenciado vários erros por parte da regulação médica desde o SAMU e do SIATE levando pacientes onde não era indicado e ainda assim com a negação do médico explicando os motivos para o médico regulador era bom o protocolo que estava realizando. A comunidade em geral está mal informada sobre como e quando deve ser usado esses serviços mas a Triagem é pior em classificar todo caso que chega mandando casos clínicos que nem precisa de internação ou atendimento de urgência.

As “vagas zero” são usadas muitas vezes arbitrariamente pelos médicos já que vários dos casos que passavam o paciente não apresentava nenhum risco de morte. Em geral poucos protocolos são cumpridos, sempre há superlotação nos leitos, os encaminhamentos não são adequadamente referenciados e cabe ressaltar que hospitais de maior complexidade facilmente negam o acesso em pacientes que realmente necessitam estar em uma Unidade de Terapia Intensiva.

Por outra parte, São Miguel conta somente com um SAMU de suporte básico que também é mal utilizado, o local é pequeno assim que usam o serviço por queixas que são até ambulatoriais. Lá muitas vezes existem pacientes que querem ser atendidos de imediato somente através de contatos e por poder político. E o hospital funciona para algumas especialidades com médicos de sobreaviso como (Ginecologia e obstetrícia e cirurgia)

2.4.1 A subjetividade dos campos de estágio

O rodizio para a pequena turma começou no mês de abril no Complexo Hospitalar Municipal em São Miguel do Iguaçu, o coordenador disponibilizou transporte para chegar até lá em aproximadamente meia hora. O hospital é bastante completo em serviços, pois os atendimentos de 24h são para consultório, pronto atendimento, internação, centro cirúrgico e sala de maternidade. Além disso, tem

relação intermunicipal com o HMPGL ou o HMCC para casos clínicos no qual precisa uma atenção em unidade de terapia intensiva que claramente não possui. Alguns dos problemas do hospital, trata a dificuldade que pode ser ter poucos médicos ficando atrasado o fluxo de atendimento.

A expectativa de começar em um local desconhecido, gera emoções e sentimentos inquietante sobre como será o recebimento mais porque o trato quando você é estudante é muito diferente de quando já é o médico. Sou grata de haver tido a experiência de estágio nesse hospital, pois foi um dos melhores entre todos por várias coisas que aconteceram, desde o primeiro dia a recepção de toda a equipe médica foi maravilhosa, respeitosa e colaborativa, o aprendizado foi enorme porque os casos foram discutidos e também fomos questionados, tínhamos autonomia para prescrever, evoluir, dar orientações, realizamos diversos procedimentos e também se preocuparam pelo bem-estar do estudante oferecendo comida em cada plantão, um quarto para descansar quando for necessário e onde deixar nossas coisas seguras. Acredito que apesar das adversidades, lá você consegue ver um bom trabalho em equipe e que acolhe significativamente quando alguém mais vai trabalhar junto.

Depois, para o mês de maio passamos para o HMPGL, local de referência de toda a cidade arquitetonicamente grande e bem organizado, ademais depois da pandemia houve uma reestruturação em partes para o atendimento de pacientes com COVID-19, porém no momento que passamos aí a realidade era que estava desorganizado porque cada sala estava mudando, por exemplo, onde chegavam todas as emergências de trauma ficou como sala de observação e a entrada para casos positivados agora é o pronto socorro clínico e de trauma.

Cabe ressaltar que aqui estão várias especialidades como pediatria, ortopedia, cirurgia, medicina interna e intensivista e psiquiatria. Enquanto as tarefas do interno ficou somente em admissão e evolução, apesar de observar muitos procedimentos não foi possível realizar nenhum porque os preceptores tinham medo de que as coisas não deram certo e as vezes eram feitos também por residentes. Foi proibido comer no restaurante e não tínhamos um local específico onde ficar, quando usávamos o computador do local de emergência alguns não gostavam e diziam que era exclusivamente da equipe médica e que se queríamos utilizar algum devia ser somente na antiga sala de trauma que fica longe da entrada da PS e que dificultava porque alguns médicos não deixavam fazer no nosso próprio TASY.

Logo, na UPA Joao Samek em junho, o recebimento também foi agradável, todos sabiam que estávamos aí para ajudar e basicamente éramos responsáveis de fazer os procedimentos que chegaram, claro a maioria deles porém quando era complicado isso somente é competência do plantonista da sala vermelha. No geral apreendemos muito mesmo, alguns médicos ensinavam e explicavam sobre o que tinha sido feito e permitiam que estivéssemos presentes em todo o realizado. Dentro das dificuldades que observei é sobre a falta do serviço de ortopedia, antes tinha mas agora permanece no HMPGL e todo dia tem paciente com fratura, nesse tempo de inverno a grande maioria tinham queixa de queda e se havia alteração no Rx o paciente tinha que ficar internado até eles conseguir uma vaga e transferir.

Finalmente, o estágio terminou na UPA Dr. Walter Cavalcanti que tem um grande fluxo de ingressos de pacientes e a estrutura é mais pequena, pelo que vários pacientes terminam aguardando nos corredores em poltronas ou leitos junto com seus familiares, os internos ficam ajudando na observação adulta quando não tem emergências pois é lotado a maioria do tempo e quando chega alguma sutura podem realizar sem problemas, outro tipo de procedimentos até o momento não ofereceram para fazer. É um ambiente as vezes caótico de tanto movimento, mas os profissionais agradecem a presença e assistência.

3 CAPITULO II - CASOS CLÍNICOS: RELATO DESCRITIVO E REFLEXIVO

3.1 CASO CLÍNICO I: ABDOME AGUDO + SEPSE

3.1.1 Relato de caso

Local: Complexo Hospitalar Municipal Pronto Atendimento 24H.

Evolução plantão noturno sob orientação do Dr. Allan

Durante o plantão, os internos assumiram a responsabilidade de evoluir os pacientes adultos principalmente já que com maior frequência ficam internados. Esse dia haviam 3 crianças, a dupla da autora foi fazer uma revisão para ver como seguia um paciente e tentar coletar a história pois a mãe falava um pouco de espanhol e mais do guarani. No decorrer da noite, uma técnica avisou que aquele paciente estava cada vez dessaturando mais rápido, dizendo: “O nenezinho vai parar dentro de pouco”, fazendo referência a uma parada cardiorrespiratória. Devido a isso e ante a situação clínica do paciente que se encontrava já com sinais de gravidade foi levado à sala de estabilização.

Anamnese

- Identificação (ID): A.M.; masculino, indígena, 5 meses.
- Queixa principal (QP): “Tosse”
- História da doença atual (HDA): Lactente indígena trazido ao PS pela genitora há 7 dias (15/04/2022) estava com roncocal ‘SIC’ e queixa de tosse com secreção há 1 dia, recusa alimentar, febre referida e urina de cheiro forte “aspecto amarelo-alaranjado” SIC. Refere que nasceu com 7 meses sem intercorrências no HMCC. Mae refere ter dado paracetamol 7 gotas 6/6h. Relata introdução alimentar no 2º mês de vida, junto com aleitamento materno (papinha de batata e iogurte). Situação vacinal em atraso. Nega alergia medicamentosa, nega medicamentos de uso contínuo.

Exame físico

- Controle de Sinais Vitais (CSV): Frequência cardíaca (FC): 170 batimentos por minutos (bpm), Frequência respiratória (FR): 50 incursões respiratórias por minuto

(irpm), Saturação de oxigênio (SatO₂): 70%.

- Ectoscopia: Mal estado geral (MEG), em más condições de higiene, descorado, desidratado, afebril, ictérico 4+/4+. Ativo, reativo, choroso, gemente.
- Aparelho Cardiovascular (ACV): Bulhas cardíacas normofonéticas em dois tempos (BCNF em 2T), sem sopros audíveis, pulsos periféricos presentes e sincrônicos.
- Aparelho respiratório (AR): Murmúrio vesicular uniformemente audível (MVUA+), estertores crepitantes bilateral, presença de esforço respiratório e tiragem intercostal.
- Abdome (ABD): Distendido, timpânico, presença de hérnia umbilical redutível, sem peritonismo.
- Genitália: Presença de fezes em prepúcio e meato uretral.

Exames laboratoriais

Hemoglobina (Hb) 5,10 | Hematócrito (Ht) 15,10 | RDW 17,4 | Segmentados 62% | Plaquetas (pLQ) 134.000 | Bilirrubina total 16 | Bilirrubina direta 5 | Bilirrubina indireta 11 | TGO 300 | TGP 180

Exames de imagem: Ultrassonografia de abdome: Hepatoesplenomegalia

#Avaliação: Lactente indígena em más condições de higiene e MEG apresentando anemia, plaquetopenia e alteração hepática evidenciado pelos exames laboratoriais e de imagem.

Diagnósticos sindrômicos: Síndrome infecciosa febril, ictérica, séptica.

HD:

- Abdome Agudo?
- Sepses de foco urinário?
- Sepses de foco pulmonar?
- Insuficiência hepática?

CONDUTA

- Passagem de sonda nasogástrica (SNG) para decompressão abdominal e sonda vesical de demora (SVD) para quantificar diurese, iniciado antibioticoterapia e

hidratação.

EM TEMPO (20:30 P.M.): Lactente levado a sala de estabilização para realizar passagem de sonda nasointestinal (SNE) e SVD, observado descompressão abdominal e saída de quantidade de ureia em pequena quantidade fétida e colúrica. Evolui com saída de volumosa quantidade de sangue gastrointestinal, dessaturando e PCR. Contato central de leitos, SAMU, HMPGL e HMCC.

EM TEMPO (21:30 P.M.): Paciente evolui com nova parada respiratória sendo realizado pressão positiva com ambu (bolsa-válvula-máscara), após novo episódio de epistaxe volumoso.

EM TEMPO (23:00 P.M.): Realizado IOT com sucesso e programado parâmetros da ventilação mecânica (VM). Aguardando aceite de HMCC para transporte com USA.

EM TEMPO (00:00): Serviço de USA chegou ao serviço, aguardo transferência, realizo cópias de documentações e oriento mãe acerca da necessidade de internação em leito de cuidados intensivos.

3.1.2 Discussão

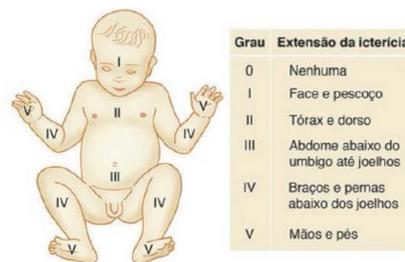
A história desse paciente me comoveu profundamente, foi um dos mais complexos que presenciei durante meu estágio em um ser tão pequeno. A definição de lactente compreende a idade desde o nascimento até os 2 anos. Para começar, estamos frente a um caso de negligência familiar devido às deploráveis condições de higiene em que se encontrava (unhas sujas, corpo sujo em geral, fezes no prepúcio) e um grande erro alimentar antes do tempo indicado. A alimentação do recém-nascido dever ser com aleitamento materno exclusivo mínimos até os 6 meses sem necessidade de complementar com alimentos sólidos, água ou chás, já que o leite materno tem a principal função de nutrir além de proteger e prevenir doenças.

A gente desconhece o motivo pelo qual a mãe deu “batatinha” e iogurte aos dois meses, o problema é que essa alimentação precoce afeta diretamente o sistema estomatognático que é o conjunto de estruturas bucais que permitem funções tão importante como respirar, sorrir, sucionar, deglutir, mastigar, entre outras. Nos primeiros meses ao ser introduzido o alimento no tempo inadequado, pode causar desfechos graves a curto e longo prazo porque o sistema digestório está imaturo para

processar outros líquidos ou alimentos processados, também pode afetar diretamente o desenvolvimento orofacial (MELO *et al.*, 2021)

Dentro dos sinais visíveis, o paciente estava icterício 4+/4+, de “pés à cabeça”. A icterícia ocorre pelo depósito da bilirrubina em grande quantidade no sangue, para saber o grau deve-se observar toda a extensão no corpo.

Figura 3 - Icterícia neonatal. Esquema para gradação da extensão da icterícia.



Fonte: Semiologia de Porto, 7ª edição, 2014. Pág. 132.

Esse sinal junto com o irreverente resultado de seus exames laboratoriais completamente alterados, no qual aparece hiperbilirrubinemia e o TGP alto (enzima específica no fígado), aponta a uma disfunção hepática, segundo o USG caracterizado como uma hepatoesplenomegalia. A doença é comum em lactentes, o termo técnico deduz que tanto o fígado quanto o baço aumentaram do tamanho simultaneamente e a patogenia relaciona-se com mecanismos individuais para cada órgão, alguns em comum como inflamação provocada por agentes infecciosos, infiltração e obstrução. Lembrando a HDA do paciente, é possível identificar que o quadro não tem evidências de ser congênito nem agudo, porém a composição dos alimentos industriais ofertados a curta idade podem lesar a mucosa do trato gastrintestinal, tal vez por uma reação alérgica ou alguma infecção que facilite a passagem de algum vírus (VERGARA *et al.*, 2020)

Diante de todas as complicações, a hipótese sobre abdome agudo poderia ser descartada pois o bebe não apresentava episódios de vomito, parada de eliminação de gases e fezes e claramente a distensão abdominal está relacionada à hepatoesplenomegalia.

Após tanta teoria fracionada aqui e frente aos sinais de gravidade (oliguria fétida e colúrica, volumoso sangramento gastrintestinal, epistaxe, desaturação), o paciente foi levado a sala de estabilização e induzido para IOT devido a hipóxia. O

ambiente era um caos, haviam muitas pessoas ajudando pois a criança cada vez estava mais descompensada, os internos somente ficaram observando pela mesma complexidade do caso.

O procedimento de intubação foi de via aérea difícil já que cada vez que aspiravam com a sonda havia epixtase volumosa e sangramento bucal ao mesmo tempo, dificultando a passagem do tubo e o paciente teve PCR várias vezes. As doses de medicamentos não foram anotadas no momento na evolução pois todos tinham que agir muito rápido e depois da sequência analgesia – sedação - bloqueio neuromuscular procederam com a IOT usando laringoscópio #0 e tubo #3 que é o mais indicado no lactente de 5 meses, porém teve sucesso após terceira tentativa.

Desde cedo o médico pediu vaga no HMCC mediante um documento, relatando o quadro clínico do paciente e enviado através do e-mail do hospital. Porém a resposta permanecia negativa por diversos pedidos, como foi um deles que solicitaram RT-PCR para Covid-19 para o menor de idade e depois também para a mãe. Inclusive quando aceitaram e mandaram a USA, especificaram que somente seria trasladado se o paciente estabilizava com determinados valores de sinais vitais. O paciente foi levado dentro dos parâmetros pedidos acompanhado de sua mãe quem foi alertada sobre o risco de morte durante o caminho.

3.2 CASO CLÍNICO II: EDEMA AGUDO DE PULMÃO + PNEUMONIA

3.2.1 Relato do caso

Local: Complexo Hospitalar Municipal Pronto Atendimento 24H

Admissão plantão diurno sob orientação do Dr. Allan.

Último plantão realizado nesse cenário durante o mês de março, apenas estava começando a troca de plantão quando a paciente ingressou e foi levada diretamente para a sala de estabilização. Foi mantido uma conversação para a troca de informações porém com dificuldade para falar fluidamente.

Anamnese

- ID: N.M.L.A.; feminina, branca, 70 anos.
- QP: “Falta de ar”
- HDA: Paciente idosa acompanhada pela filha, da entrada ao serviço da emergência via consultório, com relato de dispneia paroxística noturna, tosse produtiva com secreção hialina, febre referida, sudorese e esforço respiratório. Filha refere que teve 2 episódios anteriores em 1 ano. Aguardando Holter devido a oscilações da pressão arterial (PA) –SIC-.

Na consulta apresenta sudorese excessiva, com grande esforço respiratório, SatO₂ de 86%, e PA 180 x 120 mmHg.

- Histórico Patológico Progresso (HPP): Hipertensão arterial sistêmica (HAS), Insuficiência cardíaca congestiva (ICC), Diabetes Mellitus (DM) sem tratamento e Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)
- Medicamentos de uso contínuo (MUC): Em uso de losartana 50mg, sinvastatina 40mg, carvedilol.
- Hábitos de Vida (HV): Tabagismo pesado (40 anos maço)

Exame físico

- CSV: PA 170/100 mmHg | FC: 119 bpm | Temperatura (T): 38°C
- Ectoscopia: Regular Estado Geral (REG), descorada, acianótica, febril, agitada.
- ACV: BCNF em 2T, sem sopros audíveis, pulsos periféricos presentes e sincrônicos

- **AR:** MVUA+, crepitanes difusos em ambos hemitórax, eupneico em uso de Ventilação Mecânica (VM) com O₂ suplementar de 10L/min.
- **ABD:** Globoso, flácido, RHA+, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, presença de apêndice (Verruga) em flanco direito.
- **Membros inferiores (MMII):** frias, com aranhas vasculares, sem edemas, pulsos periféricos presentes e simétricos. Tempo de enchimento capilar (TEC) >3 segundos.

Exames de imagem: Radiografia Tórax (Rx): Presença de pneumonia difusa em ambos pulmões, derrame pleural depreciable.

Diagnósticos Síndromicos: Síndrome febril. Síndrome infeccioso respiratório

Hipóteses diagnósticas:

- Pneumonia?
- Edema agudo do pulmão?

CONDUTA

- Solicito Rx de tórax
- Solicito exames laboratoriais
- Medidas de resgate
- Solicito sonda vesical de demora (SVD) para quantificar diurese

EM TEMPO (09:00 A.M): Paciente mantendo desconforto respiratório, hiposaturando SatO₂ >85%, não responsiva a Furosemida.

EM TEMPO (09:20 A.M): Paciente evolui a mal estado geral (MEG), anúrica, sendo considerado IOT, realizado sem intercorrências. Evolui com parada cardiorrespiratória (PCR), sendo realizados 9 ciclos de reanimação, estabilizada com drogas vasoativas (DVA) e sedação por cateter venoso central na jugular direita (CVCJD), passado sonda nasogástrica (NSG) para dieta e cuidados pós-parada.

3.2.2 Discussão

Ao receber a paciente na emergência, a dispneia foi perceptível na primeira

observação e certamente a partir daí deveriam ser criadas as diversas hipóteses diagnósticas. Estamos frente a uma idosa hipertensa, diabética, cardiopata em tratamento irregular dessas doenças de base que provavelmente agudizaram o quadro clínico e que devido a sua longa data no tabagismo, sintomas que apresentava como a tosse produtiva, febre e piora da dispneia são sinal de exacerbação de outra comorbidade dela como a DPOC.

Os principais síndromes a considerar são o febril e respiratório basicamente por uma causa pulmonar com broncoespasmo porém os diagnósticos diferenciais foram os seguintes:

1. Edema agudo de pulmão definido como o acúmulo anormal e súbito de líquido nos alvéolos, no qual prevalece a clínica de dispneia intensa como queixa principal associada a sibilos, tosse seca, ortopneia, taquicardia/bradicardia, cianose, hipoventilação, uso de musculatura acessória, sudorese. O Rx de tórax pode apresentar normalmente consolidação alveolar predominantemente em região peri-hilar, derrame pleural a direita, linhas B de Kerley e cardiomegalia (MACIEL, 2009)
2. Pneumonia se deve ao contato com vírus ou bactérias que infectam o trato respiratório baixo, vem aumentando em população maior aos 65 anos e suas características clínicas principais são a febre, tosse com secreção purulenta e dispneia. Na emergência é essencial para o diagnóstico ter foco no tipo de patógeno para assim realizar uma antibioticoterapia ideal.

Resumindo o caso, uma das informações passadas foi sobre a presença da paciente em consultório desde a noite anterior e foi dada de alta hospitalar com medicações precisando voltar no dia seguinte gravemente, com grande desconforto respiratório, fala entrecortada, suando frio e muito pálida. Considerando as queixas com que ela chegou e tratando-se de uma dispneia crônica deveu ser ofertado primeiro oxigênio suplementar além de broncodilatadores inalatórios, corticoide e antibiótico e pensar na internação hospitalar devido a piora importante do quadro nas últimas 24 horas.

Tabela 1 - Achados que indicam necessidade de avaliação imediato do departamento de emergência

▪ Frequência respiratória acima de 30 incursões por minuto
▪ Saturação < 90%
▪ Instabilidade hemodinâmica
▪ Uso de musculatura acessória, fala entrecortada, estridor, murmúrio vesicular assimétrico, estertores difusos
▪ Cianose e sudorese

Fonte: Livro Medicina de Emergência – USP. Capítulo 22, pág. 325, 2020.

Na emergência com sinais de gravidade, apesar de realizar muitas medidas de resgate a paciente evoluiu em pouco tempo com uma hipóxia importante, já estava usando 15L/min de O2 suplementar e foi decidido realizar uma Intubação Orotraqueal (IOT) pela interna quem com medo e mandando forças para a senhora lutar por sua vida, fez a introdução do tubo muito rápida acho que em 10 segundos ou menos e conferido por 2 médicos que estavam presentes dizendo que tudo tinha saído bem, porém a paciente entrou aos poucos minutos em PCR e aí veio um sentimento de culpa, de questionamento sob se o procedimento foi bem feito ou era a causa desse desfecho, a realidade era que ela estava bastante descompensada e ainda assim estabilizou.

Por outro lado, em relação aos dois diagnósticos diferenciais, certamente cumprem com o quadro clínico apresentado, inclusive o Rx foi mais sugestivo para pneumonia mas considero que o diagnóstico pode ser mesmo o EAP hipertensivo, pois apesar de que a radiografia não mostrou congestão em todos os campos pulmonares, o diagnóstico é clínico e além dos sintomas já falados a paciente também tinha ortopneia, fadiga e intolerância aos esforços.

Independente do diagnóstico, do tratamento e de todas as medidas realizadas, no final da tarde fui informada de uma das piores notícias para uma família, a morte da senhora. Me senti realmente triste porque antes disso tivemos a oportunidade de falar com os familiares, de dizer que faríamos tudo o que pudesse ser feito e foi assim, mas em pouco tempo tudo mudou, já não havia mais vida nesse corpo. E me senti mal e chorei, porque conheço essa dor e foi uma das mortes que não será esquecida.

3.3 CASO CLÍNICO III: IRA + CUIDADOS PALIATIVOS

3.3.1 Relato do caso

Local: UPA Joao Samek

Evolução plantão diurno – Dr. Diego.

Anamnese

- ID: E.M.F., feminino, 85 anos
- QP: “Desmaiada em casa”
- HDA: Resumo do caso: Paciente trazido pelo SAMU em 13/06/22, devido insuficiência respiratória, saturando 70% em AA e 80% com 10 L/min em MR. Na admissão, submetida à IOT. Cuidadora refere que paciente esteve internada há poucos dias na UPA devido ITU. Relata que paciente é acamada devido sequela após infecção por covid-19 e estava esperando para iniciar oxigenioterapia em domicílio.
- HPP: Alzheimer, HAS, Cardiopata, Acamada após infecção por covid-19, AVC prévios, DPOC. Nega alergia medicamentosa;
- HV: nega tabagismo e etilismo
- Dispositivos invasivos:
 - × Tubo orotraqueal 13/06 AVC em subclávia D 13/06
 - × Sonda vesical de demora 13/06
 - × Sonda nasogástrica 13/06

Exame físico

- CSV: FC 90 bpm / FR 21 irpm / PA 171 x 106 mmHg / SatO₂ 98 % AA
- Ectoscopia: REG, agitado, acianótico, anictérico e afebril
- NEURO: Paciente sedada (sedação padrão 20ml/h) RASS -5, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de meningismo
- ACV: BCNF em 2T, sem sopros, hemodinamicamente estabilizado em uso de norepinefrina 10ml/h. Perfusão periférica mantida, TEC < 3 seg
- AP: IOT + VM em modo PCV, FiO₂ 100%, PEEP 7, FR 24
- ABD: plano, flácido, RHA +, indolor à palpação superficial e profunda, sem massas palpáveis, sem peritonismo

- Renal: diurese 1400mL/24h BH não quantificado
- MMII: sem edemas pulsos presentes, sem sinais de empastamento de panturrilhas

#Avaliação: Paciente gravíssima, sequelada AVC e Alzheimer, cardiopata, sedada, TOT + VM em parâmetros baixos. Função renal preservada, hemodinamicamente estabilizada em uso de DVA, abordado cuidados paliativos totais. Não reanimar, não aumentar DVA, não aumentar parâmetro VM, não dialisar.

Diagnósticos sindrômicos: Síndrome de insuficiência respiratória.

HD:

- Insuficiência Respiratória aguda
- Pneumonia?
- Cuidados Paliativos totais (não reanimar / não dialisar / não subir DVA)

CONDUTA

- Mantenho sedação
- Titular DVA / não aumentar DVA
- Desmame VM / não aumentar parâmetros
- Ceftriaxona + Tamiflu + Azitromicin
- Abordado cuidados paliativos totais, intensificar medidas de conforto e dignidade

3.3.2 Discussão

A insuficiência respiratória aguda (IRA), ocorre pelo distúrbio entre as trocas gasosas, no qual o organismo é incapaz em captar O₂ e eliminar CO₂ adequadamente para manter a demanda metabólica. As doenças respiratória são a causa de muitos óbitos por ano, provavelmente o aumento da mortalidade por IRA pode ter aumentado devido á pandemia por COVID-19. Pode ser classificada em 3 tipos:

1. Tipo 1 ou hipoxêmica: Redução da pressão parcial de oxigênio (PaO₂) <60 mmHg, problema especialmente em oxigenar o sangue.

2. Tipo 2 ou hipercapnica: Aumento da pressão parcial de gás carbônico (PaCO₂) >45 mmHg e acidemia (pH <7,35), sendo necessárias as duas para determinar esse tipo.
3. Mista: Tipo 1 + Tipo 2

O diagnóstico de IRA na paciente pode ser dado a partir do quadro clínico apresentado e também por alguma doença de base. O tratamento deve incluir monitorizar as sinais vitais e especialmente da SatO₂, PVP, continuar com o atendimento completo e solicitar a gasometria arterial.

A gasometria arterial auxilia essencialmente para poder classificar o tipo de IRA, além de definir o tempo de instalação:

- Aguda ou crônica agudizada → PaCO₂ > 45 mmHg e pH < 7,35
- Crônica → PaCO₂ > 45 mmHg e pH próximo do limite inferior da normalidade.

Quadro 1 - Gasometria da paciente E.M.F.

GASOMETRIA

Material: SANGUE ARTERIAL Coletado em: 16/06/2022 09:10 Método: RAPIDpoint 500e

		Valores de Referência
pH.....	7,516	Adultos: 7.37 a 7,45
pCO ₂	21,80 mmHg	Adultos: 35 a 46 mmHg
pO ₂	119,50 mmHg	Adulto: 70 - 100 mmHg
HCO ₃	17,20 mmol/L	21 a 26 mmol/L
E.B.....	-4,50 mmol/L	-2 a 3 mmol/L
CO ₂ T.....	17,90 mmol/L	23 a 28 mmol/L

Fonte: Resultado de exames laboratoriais, RP, 2022.

A gasometria do dia seguinte representava uma alcalose respiratória aguda que determina que a hipótese diagnóstica sobre IRA deve ser descartado pois não é um parâmetro de classificação.

Esse caso foi exposto essencialmente, devido a uma má intervenção sobre cuidados paliativos. O interesse realmente baseia-se no questionamento de quando é necessário e como deve ser feito a abordagem. Pois desde o dia anterior ao relato do caso, o médico conversou com a filha e a neta explicando o quadro clínico e eles solicitaram cuidados paliativos totais (não reanimar, não dialisar), assinando o Termo de Cuidados Paliativos, documento da Fundação Municipal de Saúde do HMPGL disponível na UPA Joao Samek.

A UPA não tem um protocolo próprio e específico de cuidados paliativos e apesar de que o paciente estava com um quadro hipotético de IRA foi descartado com o passar dos dias, porém ela tem vários indicadores de um pior prognóstico e antes de ser internada comunicou a seus familiares que não queria ser entubada, conhecendo essa informação devia ser realizada uma reunião com a família para conversar antes de realizar a intubação.

Antes da conversa da família, o profissional deve identificar se precisa de cuidados paliativos através de uma avaliação sucinta do paciente que relata a cronologia e evolução da doença. A seguir alguns pontos a considerar:

- Dados biográficos: Nome e como gosta ser chamado; sexo / Idade; dados da família; seu antigo trabalho; naturalidade e residência; indivíduos com quem mora e o cuidados; religião e crenças; o que gosta de fazer; o que sabe da doença- se estiver consciente.
- Cronologia da doença e tratamentos realizados
- Avaliação funcional através de escala observando sobre a deambulação, atividade e evidencia da doença, autocuidado, ingesta e o nível de consciência
- Avaliação de sintomas

Com tudo isso devem ser tomadas umas decisões terapêuticas de acordo al prognostico estipulado e fornecer um plano de cuidados. Nesse caso algumas das medidas prescritas foram as seguintes além das decisões da família:

- Omeprazol 20 mg capsula
- Heparina sódica 5000 UI ampola 0,25mL SC
- Ceftriaxona 1g IM/IM Frasco-Ampola
- Azitromicicia 500 mg comprimido
- Oseltamivir 75g capsula
- Ácidos graxos essenciais 200mg + Palmitato de retinol 50mg + Acetato de tocoferol 400mg + Triglicerídeos de cadeia media 250mg + Lecitina de soja 10mL
- Aspirar secreção respiratória 4/4h – 6x dia
- Balanco hídrico total 12/12h – 2x dia
- Cabeceira elevada continuo
- Controle de sinais vitais continuo. Observação: Rotina UTI 2/2h

- Realização de HGT contínuo. Observação: Realizar a cada 2h

- × HGT ----- Correção insulina regular
- × 150 a 200 --- 2UI
- × 201 a 250 --- 4UI
- × 251 a 300 --- 6UI
- × 301 a 350 --- 8UI
- × 351 a 400 ---10UI
- × 400 --- Chamar o médico

Apesar de que as UPA's não são o local indicado para aplicar os cuidados paliativos com todas as medidas necessárias, deveria haver um protocolo com estratégias individuais dependendo do local que se cumpra a partir da vontade do paciente se consciente e se não por parte dos familiares. Evitando a distansia prolongada e promovendo o conforto através da simplificação de prescrições de uso contínuo e suspensão de medidas diagnóstica ou terapêuticas que limitem o processo de morte.

3.4 CASO CLÍNICO IV: “DOR NO PEITO”

3.4.1 Relato de caso

Local: Hospital Municipal Padre Germano Lauck.

Admissão plantão diurno sob orientação do Dr. Matheus

Anamnese

- ID: V.D., masculino, 45 anos.
- QP: “Dor no peito”
- HDA: Paciente trazido ao nosso serviço por demanda espontânea. Acompanhado por amigo, o qual conta a história. Na noite anterior ao ingresso relata mal estar geral associada à dispepsia pós prandial. Há aprox. 1 semana atrás apresenta tosse produtiva, com secreção espessa, em grande quantidade, de intensidade progressiva no decorrer dos dias.

Hoje (18/05 - +/-8am), enquanto estava "fazendo compras no Paraguai", apresentou dor torácica anterior, súbita, intensa e sufocante com irradiação para as costas acompanhada de importante dispneia. Nega febre, vômitos.

O paciente é natural do estado do Rio Grande do Sul. Veio à nossa cidade no dia anterior em viagem automobilística com motivo turístico.

Relata quadro similar anterior em uma oportunidade, aproximadamente um ano atrás, diagnosticado como infarto agudo do miocárdio e tratado com suposto cateterismo.

- HPP: HAS há 6 anos, Cardiopata há 2 anos, DM II insulino-dependente há 8 meses, "Bronquite". Apendicectomia há mais de 20 anos, Cateterismo há 2 anos. Histórico de IAM, acidente de moto há 8 meses ficando 12 dias em internação.
- MUC: Em uso de Enalapril 1-0-1; Furosemida 1-0-0; Clopidogrel 1-0-0; Insulina, 3 x dia; AAS 0-1-0; Rosuvastatina 0-0-1; Carvedilol 1-0-1; Bombinha Aerolin Spray (desconhece doses). ALERGIA A DIPIRONA
- HV: Não informado.

Exame físico

- CSV: FC 90 bpm / FR 21 ipm / PA 171 x 106 mmHg / SatO₂ 98 % AA

- Ectoscopia: REG, agitado, acianótico, anictérico e afebril
- FACE: Pálpebras roxas
- ACV: Bulhas cardíacas hiperfonéticas em 2T, sem sopros audíveis
- AP: Dispneico, com tiragem intercostal, sudorese fria, MV+ s/RA. Taquipneico, hiposaturando (SatO₂% AA)
- ABD: Globoso, com presença de estrias roxas grandes verticais e marcas equimosas ao redor do umbigo devido a insulinoterapia, RHA+ diminuídos, depressível, doloroso à palpação superficial e profunda
- MMII: extremidades frias. MMII esquerdo com presença de úlceras profundas Grau II, uma na região anterolateral do MIE de aprox. 2cm e outra na região medial do MIE de aprox. 4cm, sem sinais infecciosos.

Diagnósticos sindrômicos: Síndrome de insuficiência cardíaca.

HD:

- IAM? (Infarto agudo do miocárdio)
- Angina Instável?
- EAP? (Edema agudo do pulmão) - sec. a Emergência hipertensiva.
- TEP? (Tromboembolismo pulmonar)
- ICC descompensada?

CONDUTA

- Solicito exames de admissão (Enzimas cardíacas incluída)
- Solicito ECG e Rx Tórax
- Sonda vesical de demora com quantificação de diurese
- Monitorização contínua
- Suporte de O₂ por máscara
- Furosemida A.C.M
- AAS e Copidrogel, dose de ataque agora
- Ponderar TC de Tórax posterior a estabilização clínica
- Solicito EcoTT

3.4.2 Discussão

A dor precordial é um dos sintomas mais comuns na sala de emergência, porém não significa que sempre é de origem cardíaca. Existem várias causas que produzem a dor, dependendo do órgão ou estrutura acometida como: Esôfago, parede torácica, mediastino, vasos, traqueia, brônquios, pulmões e pleura e órgãos abdominais. Também existem as causas psicogênicas. Cada uma delas podem representar um diagnóstico diferencial.

Ao avaliar o tipo de dor que a pessoa sente é importante ter em conta as devidas características semiológicas resumidas inclusive em uma mnemotecnica muito utilizada e conhecida como ALICIA FREDUSA (aparição, localização, irradiação, caráter, agravantes e atenuantes, frequência, duração e se associa a outros sintomas). Tudo isso ajuda a classificar rapidamente se a lesão está diretamente no coração. Exemplificando alguns achados mais frequentes, a dor cardíaca pode ser sentida com maior frequência à esquerda de forma retroesternal, de grave intensidade, com irradiação mais comum em membro superior esquerdo, maxilar inferior, região epigástrica e/ou interescapulovertebral, com duração variável entre 2 minutos e maior a 20 minutos, com atenuantes aos esforços ou mesmos estando em repouso (PORTO *et al.*, 2014)

¿Qual a importância de não minimizar esse tipo de queixa? Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a dor torácica representa um 40% das internações hospitalares sendo um dos maiores desafios já que normalmente ¼ das causas em pacientes internados tem como diagnóstico o síndrome coronariana aguda (SCA), podendo evoluir desfavoravelmente. (NICOLAU *et al.*, 2021)

Ao atender esse tipo de sintomas que comprometem incluso a vida do paciente, causa uma sensação de medo. Por isso a classificação de risco deve ser bem feita para agir mediante fluxogramas e protocolos com rapidez para evitar complicações no paciente. Em caso onde existem sinais de gravidade (dispneia, palpitações por arritmias potencialmente graves, dor persistente e síncope) os pacientes devem ser levados a serviços de emergência e ser monitorados incluso desde a ambulância. Se o risco de morte está presente, deve ser feito uma estratégia invasiva em até 2h no espaço apropriado.

Em Foz do Iguaçu, o HMCC é o local de referência para casos agudos em cardiologia mas nesse caso o paciente chegou por demanda espontânea acompanhado de um amigo, devido a que estava indo para o Paraguai de turismo o local mais perto para eles foi o HMPGL. Ante isso, as medidas iniciais foram estabilizar hemodinamicamente o paciente, ECG realizado em menos de 10 minutos após sua chegada, ofertado oxigenoterapia devido a seu desconforto respiratório e também pode ser se SatO₂ <90%. Além disso, deve ser feito a monitorização de sinais vitais pelo menos de 4/4h, controle glicêmico, exame físico estruturado mais profundo (palpação, ausculta e exame neurológico) e terapia anti-isquêmica (nitratos, betabloqueadores, anticoagulantes).

3.5 CASO CLÍNICO V: DENGUE C

3.5.1 Relato de caso

Local: Hospital Municipal Padre Germano Lauck

Admissão plantão diurno sob orientação da Dra. Aline

Anamnese

- ID: L.G., feminino, 45 anos.
- QP: “Dor de cabeça, nos olhos e no corpo”
- HDA: Paciente relata estar com dengue. Refere cefaleia, mialgia, dor retro-orbicular, febre referida, enjoo, calafrios e congestão nasal há 5 dias (06/05), fez uso de Dipirona de 6/6h. Procurou atendimento na UBS MARACANA o 08/05, realizaram Prova de laço (+) e foi transferida para UPA MORUMBI, foi feito exames laboratoriais com resultado de queda de plaquetas, ficando em observação e foi transferida hoje (10/05) nesse nosocômio evoluindo com sensação de ardência em mãos e pés. Relata fluxo menstrual aumentado e última evacuação há 1 dia. Nega vômitos, tontura, diarreia.
- HPP: Diabetes em tratamento. Cesárea (2013, 2017), Colectomia há 40 dias. Nega alergias medicamentosas.
- MUC: Glifage 1-0-1.
- HV: Nega tabagismo e etilismo.

Exame físico

- Ectoscopia: BEG, LOTE, AAA, eupneica em ar ambiente, hipocorado ++/4+, hidratado, obesidade, exantema.
- NEURO: GLASGOW 15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais focais.
- ACV: Bulhas hipofonéticas, sem sopros audíveis. TEC <3seg.
- AR: MVUA+ s/RA, sem sinais de esforço respiratório.
- ABD: Globoso às custas de tecido adiposo, presença de cicatriz de Kocher, RHA+ diminuídos, macicez preservada, não palpo massas, dor difusa a palpação superficial e profunda no quadrante esquerdo.
- MMII: quentes e perfundidos, presença de edema nos pés ++/4+, sem cacifo.
- Membros superiores (MMSS): Mãos quentes e edemaciadas +++/4+.

#Avaliação: paciente no leito, acordado, consciente, eupneico em ar ambiente, com ardência em mãos e pés, sem alterações neurológicas.

Diagnósticos sindrômicos: Síndrome infecciosa.

HD

- Dengue C?

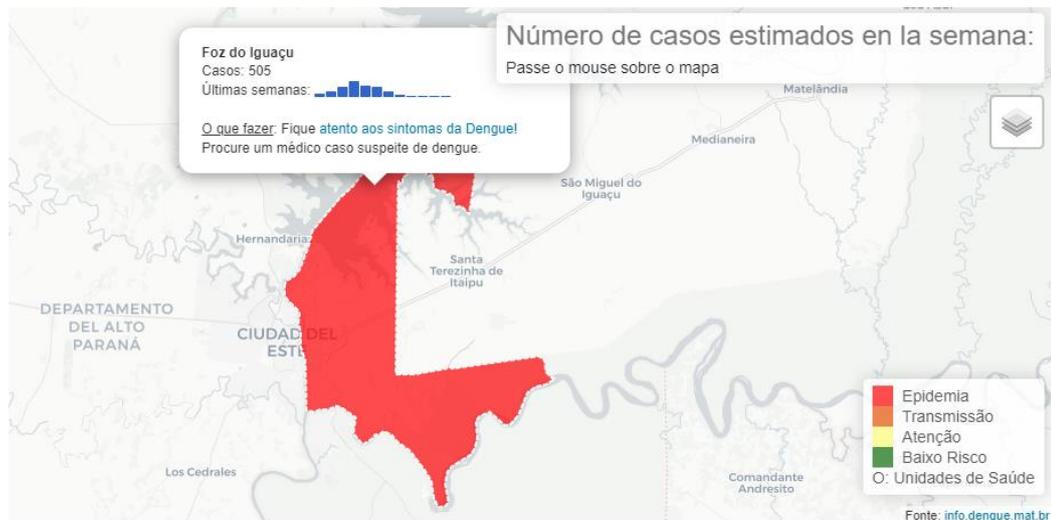
CONDUTA

- Solicito exames laboratoriais de admissão conforme protocolo de dengue
- Prescrevo fase de expansão e manutenção
- Prescrevo sintomáticos
- Deixo sem profilaxia para TEV devido plaquetopenia e risco de sangramento
- Mantenho em observação, paciente sem sinais de hemoconcentração
- Solicito USG de abdome total
- Ponderar alta amanhã

3.5.2 Discussão

Independente do que aconteça cada ano, o dengue permanece presente como uma epidemia latente e esse ano na cidade de Foz do Iguaçu não foi a exceção. Segundo o INFO - Dengue, se estimam entre 368 e 2353 novos casos na semana, deles 353 foram notificados, o nível que se encontra em vermelho (Quadro 2) indica o fato de ainda ser uma epidemia (FIOCRUZ, 2022)

Figura 4 - Mapa sobre o número de casos estimados na semana.



Fonte: Página “INFO – Dengue”, 2022.

O dengue tem algumas manifestações clínicas que aparecem comumente (início súbito de febre, dor retro-orbicular, cefaleia, mialgia, náuseas e/ou vômitos, astenia), mas atualmente a sintomatologia varia bastante por estar associados a quadros virais apresentando-se com dor abdominal intenso, diarreia, coceira, tosse e outros porém também existem pacientes assintomáticos.

É realmente uma problemática de saúde e uma das infecções mais transmitidas pelos mosquitos em Brasil.

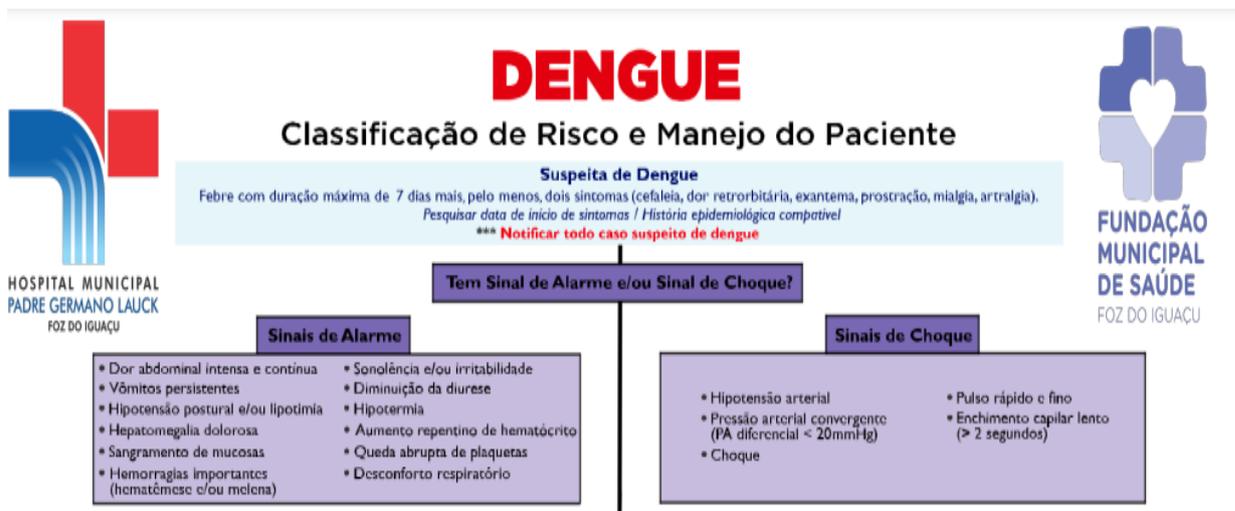
Durante o estágio no HMPGL além de ajudar nas emergências, os internos podiam estar com outros médicos que ficavam em sala de observação. Em um dia de plantão noturno foi uma loucura a quantidade de admissões em casos de dengue transferidos sobre todo para controle de queda de plaquetas. Na verdade, esse motivo gerou grandes dúvidas pois durante um atendimento o paciente informou que foi atendido na UPA e recebeu alta porém devia realizar um acompanhamento de três dias no mesmo local para controle da plaquetopenia, do mesmo jeito foi ao passar dois dias até que foi traslado para o HMPGL. O que me inquieta é saber porque esse controle laboratorial devia ser feito ao passar dos dias e porque se já tinha essa queda abrupta não ficou em observação pelos menos as 48h obrigatórias.

Tal vez as decisões tomadas pelo médico diante de uma alta demanda foi dar de alta a quem não apresentava sinal de gravidade, deixar todo o tratamento de reposição volêmica e demais de maneira domiciliar e pedir para voltar depois para o devido controle pois provavelmente ao deixar internado ia ficar no leito que poderia

ser ocupado por alguém com maiores complicações.

Essa infecção deve ser classificado de acordo com os sinais e sintomas apresentados pelo paciente e a partir daí estabelecer o plano nos seguintes grupos:

Quadro 2 - DENGUE: Classificação de risco e manejo do paciente.



Fonte: Protocolos RP da Fundação Municipal de Saúde, 2022.

- **GRUPO A:** Ausência de sangramentos, sinais de alarme, risco social, condição especial e comorbidades. Realizar hemograma. Acompanhamento ambulatorial e hidratação e prescrição oral.
- **GRUPO B:** Sangramento de pele espontâneo ou induzido (Prova de laço +), ou presença de risco social, ou condição especial, ou comorbidades sem sinais de alarme. Pedir hemograma e sorologia/pesquisa viral. Acompanhamento após exames e tratamento dependendo dos resultados pode ser domiciliar ou em leito de observação.
- **GRUPO C:** Pesquisar sinais de alarme e manifestação hemorrágica presente ou ausente. Realizar hemograma, proteína, albumina e tipagem sanguíneo obrigatório; outros exames se necessário e sorologia/pesquisa viral. Normalmente o exame complementar que pedem é o USG abdominal. O acompanhamento deve ser em leito de internação por um período de 48h. Hidratação IV imediata com reavaliação cada 2h.
- **GRUPO D:** Pesquisar sinais de choque. Pedidos de exames igual ao do Grupo C. Acompanhamento deve ser em leito de internação. Hidratação IV imediata, independentemente do local de atendimento com reavaliação a cada 15-30 min e

hematócrito após 2h.

No caso clínico exposto a paciente tinha sinais de alarme (leucopenia 3.350, plaquetopenia 77.000) e aumento no sangrado menstrual mas não uma hemorragia, por tanto foi classificada no grupo "C". A conduta seguida foi de acordo com o protocolo ficando em observação por mais 48h e depois dada de alta pois não possuía critérios de internação.

- × PA < 90 x 0 mmHg
- × Hematócrito >50%
- × Plaquetas < 50.000 céls/mm³
- × Sangramento maior que petequias.

3.6 CASO CLÍNICO VI: REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (RNC)

3.6.1 Relato de caso

Local: UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa

Admissão plantão diurno – Dr. Kezzyo

Anamnese

- ID: C.V., masculino, 74 anos
- QP: “Desmaiado em casa”
- HDA: Paciente da entrada ao serviço trazido pela filha referendo que hoje de manhã, quando o cuidador chegou, perceberam que o mesmo estava tendo uma crise convulsiva. Refere que ontem estava apresentando-se confuso, porém sem deterioração clínica acentuada. Refere que é hipertenso, sequelado de AVC há 1 ano, DM não insulino dependente. Refere estar realizando acompanhamento com o vascular, fez procedimento de angioplastia em MIE em região inguinal, com ferida pós operatória de pseudoaneurisma de femoral comum esquerda, com retorno marcado para avaliar amputação pé esquerdo devido a pé diabético.
- HPP: HAS, DM, hipotireoidismo. MID amputado devido a complicações de pé diabético.
- MUC: Glifage xr 500mg 0-2-2; Losartana 50mg 1-0-1; Hidroclorotiazida 25 mg 1-0-0; Anlodipino 5 mg 0-0-1; Atenolol 50 mg 1-0-1; Omeprazol 20 mg 1-0-0; Cinarizina 75 mg 0-0-1; Gliclazida 30 mg 1-0-0; Levotiroxina 100 mcg 1-0-0. Nega alergias medicamentosas.
- HV: Não informado.

Exame físico

- CSV: HGT 10 / PA: 152 x 95 mmHg.
- Ectoscopia: MEG, torporoso, mecânica ventilatória prejudicada, descorado ++/4+, anictérico, acianótico, quente ao toque.
- NEURO: Glasgow 4 (AO2RV1RM1) Torposo, não comunicativo. Pupilas isofotorreagentes.
- ACV: BCNF em 2T sem sopros audíveis, TEC <3s
- AP: Taquipneico, com esforço respiratório, MV+ com roncos de transmissão

- **ABD:** Globoso a expensas de panículo adiposo, com cicatriz em hipocôndrio D, sem facie de dor a palpação superficial e profunda, sem visceromegalias palpáveis.
- **MMII:** MID amputado. MIE apresentando lesões, a saber: 1 - lesão ulcerada com fundo fibrótico em região femoral (poplítea) esquerda, 2 - apresentando lesões em número de 3, sendo em região do hálux, outra em ante pé e em região de calcâneo, todas descritas em pé esquerdo com fundo necrótico.

Diagnósticos sindrômicos: Síndrome encefálica. Síndrome infeccioso de foco cutâneo. Síndrome de hipertensão intracraniana.

HD:

-AVC?

-Sepse de foco cutâneo?

-TEP?

CONDUTA

- Pondero IOT + VM
- Realizo medidas de resgate
- Prescrevo DVA

3.6.2 Discussão

O paciente foi encontrado inconsciente em casa. Sempre quando se entrevista o paciente, uma das primeiras perguntas a realizar é: “O senhor sabe onde se encontra?”, “Que dia é hoje?”, para reconhecer se está orientado. Nesse caso onde o paciente está com a consciência completamente alterada, é importante definir qual a pontuação da Escala de Glasgow dependendo de sua abertura ocular, resposta verbal e motora.

Tabela 2 - Escala de Glasgow da Sala de Emergência na UPA.



**SALA DE EMERGÊNCIA
ESCALA DE GLASGOW**

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ATIVIDADE	SCORE	RESPOSTA (ADULTO/CRIANÇA)	RESPOSTA (LACTANTES)
Abertura ocular	4	Espontânea	Espontânea
	3	A voz	A voz
	2	A dor	A dor
	1	Sem resposta	Sem resposta
Resposta verbal	5	Orientada	Interage, balbucia, sorri com som
	4	Confusa	Choro consolável, interação adequada
	3	Palavras inapropriadas	Choro a dor, inquieto, inconsolável
	2	Sons incompreensíveis	Gemente
	1	Sem resposta	sem resposta
Resposta motora	6	Obedece a comandos	Obedece a comandos, interação normal
	5	Localiza a dor	Localiza a dor
	4	Flexão normal	Flexão normal
	3	Flexão anormal	Flexão anormal
	2	Flexão anormal	Extensão anormal
	1	Sem resposta	Sem respsta

CENAP
Estágio supervisionado de Administração Acadêmicos Curso Técnicos de Enfermagem: Cristiane Mila, Fabiana de Oliveira Lima, Mayra Vitória Aguilera, Maria Luiza de Oliveira Gomes
Orientadoras: Isabel Faria Kelly - Cristiana Borghelot

Fonte: Cartaz UPA Dr. Walter Cavalcante Barbosa, 2022

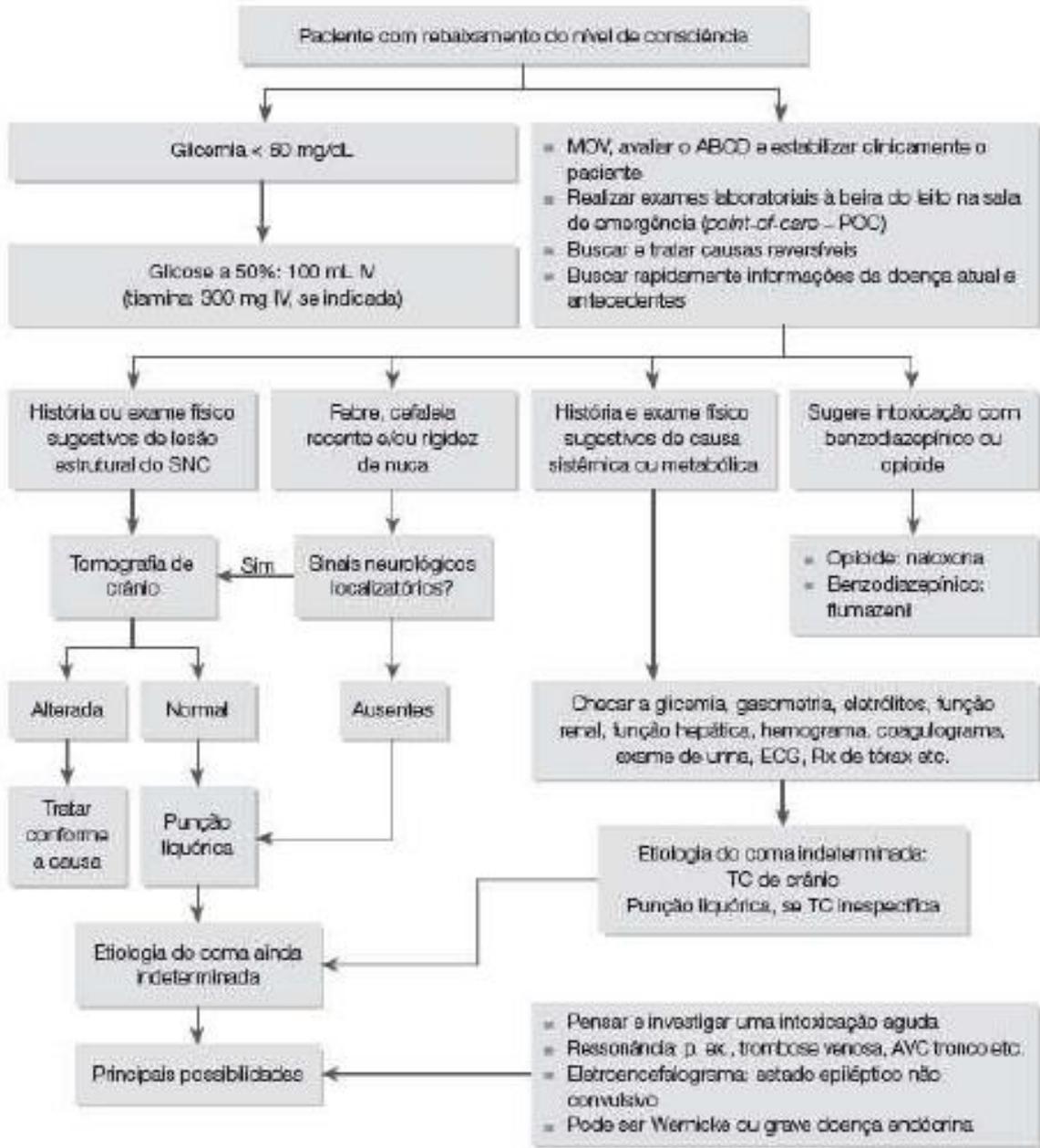
A Escala de Glasgow faz parte do exame neurológico que deve ser feito após estabilização clínica do paciente. Ela mede parâmetros de resposta mediante estímulos. Inicialmente foi usada para avaliar quadros agudos de pacientes com trauma craniocéfálico e pela facilidade que representa agora é utilizado para avaliar o nível de consciência antes de fazer qualquer outro tipo de avaliação. Também tem a escala FOUR (*Full Outline of UnResponsiveness Score*) que além de avaliar a resposta ocular e motora, da importância na pupila e a maneira em que o paciente respira, muito utilizada em cenários de emergência, UTI, serviços de neurocirurgia, tenho um melhor valor preditivo do pior prognóstico em pacientes com Glasgow muito baixo e os entubados (CALDERARO *et al.*, 2020)

Afortunadamente o paciente foi levado por familiares e por isso a possibilidade de ter uma HDA bem completa. O RNC é um diagnóstico mais sindrômico, causado geralmente por doenças clínicas. Dentro dos principais achados clínicos pode haver sinais de trauma por alguma fratura de base de crânio, alteração da PA e da T.

Quando um paciente chega assim na sala de emergência, o mais essencial é garantir que o cérebro esteja recebendo sangue, oxigênio e glicose suficiente para

saber sobre o estado hemodinâmico. Imediatamente deve ser checado a glicemia capilar (dextro), se indicar hipoglicemia administrar 100mL, IV, de glicose a 50% e tiamina (300mg IV) se for indicada.

Figura 5 - Diagnóstico diferencial do paciente em coma.



Fonte: Livro Medicina de Emergência – USP. Capítulo 10, pág. 196, 2020.

Durante o atendimento foi realizado a reversão da hipoglicemia porém sem melhora e devido a sua deterioração clínica e não melhora dos padrões de oxigenação, foi optado IOT:

1. Pré-oxigenação
2. Indução anestésica com Fentanila + Midazolan + Succinil Colina
3. Intubação Orotraqueal com tubo n° 9
4. Fixação do tubo em rima labial 22
5. Ausculta dos campos com presença de MV em AHT e ausência em campo do epigastro
6. Deixo em Ventilação mecânica aos parâmetros (PEEP: 6/ FIO2: 100% / FR: 21 irpm / V: 0,33)
7. Observo melhora dos SSVV, a saber: Sat: 98% / PA: 100 x 60/ FC:74 / TEC<4s

Após disso também realizaram acesso venoso central e foi transferido ao HMPGL para acompanhamento na especialidade de Clínica Médica.

3.7 CASO CLÍNICO VII: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO (AVCI) / AVC HEMORRÁGICO (AVCH) | HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA

3.7.1 Relato de caso

Local: Hospital Municipal Padre Germano Lauck.

Admissão plantão noturno sob orientação do Dr. Rodrigo

Anamnese

- ID: A.S., feminina, 57 anos.
- QP: “Minha boca ficou torta”
- HDA: Paciente dá entrada ao serviço trazido pelo SAMU referindo que hoje 28/05 aproximadamente as 17:35 iniciou quadro clínico de hemiparesia a direita e desvio de rima a direita, disartria, de início súbito e progressão rápida, procurando pronto atendimento de Itaipulândia. Na chegada foi evidenciado pico hipertensivo (200/120 mmHg), sendo realizado medidas anti-hipertensivas. Nega estresse emocional ou traumas. Exames laboratoriais do local sem alterações.

Diurese e evacuações presentes, nega febre, vômitos, diarreia, sangramentos e sintomas respiratórios.

- HPP: HAS (tratamento irregular). Laqueadura há 5 anos. Nega alergia medicamentosa.
- MUC: Losartana 1-0-1.
- HV: Nega tabagismo e uso de álcool.

Exame físico

- CSV: FC 90 bpm / FR 21 ipm / PA 171 x 106 mmHg / SatO2 98 % AA
- Ectoscopia: REG, colaborativa, AAA, eupneica, corada e hidratada;
- NEURO: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea. Força muscular e sensibilidade preservadas em hemicorpo esquerdo. Força muscular grau 2-3 em MSD e MID. Desvio de rima a D.
- ACV: BCNF, 2T, sem sopros audíveis. TEC <3s, pulsos periféricos presentes, simétricos e cheios; hemodinamicamente estabilizada em uso de Nipiride 3ml/h
- AP: MV+, sem ruídos adventícios, timpânico, expansibilidade torácica simétrica, sem sinais de esforço respiratório;

- ABD: RHA+, plano, indolor a palpação superficial e profunda, visceromegalias não palpáveis, sem sinais de peritonismo. Evacuações em fralda não intencional
- Aparelho genital/urinário (A G/U): diurese em fralda não intencional
- MMII: Ausência de edema, quentes e profundas, sem sinais de empastamento

Diagnósticos sindrômicos: Síndrome hipertensivo. Síndrome parestésico.

HD:

- ACVi?

-AVCh?

CONDUTA

- Solicito tomografia computadorizada com urgência
- Prescrevo Captopril 1 cp agora
- Vigilância de padrão neurológico e hemodinâmico
- Solicito avaliação do serviço de neurologia
- Solicito exames de admissão
- Solicito vaga Unidade de Cuidados Intermediários (UCI)

3.7.2 Discussão

O AVC representa uma das maiores causas de mortalidade e existem vários fatores que predispoem sua aparição como a HAS, uma das comorbidades da paciente.

A abordagem de qualquer paciente com suspeita de AVC deve ser estritamente organizado e rápido. Nos Estados Unidos de América usam muito a expressão de *“Time is brain”* para definir que frente a uma obstrução arterial cerebral o mais recomendável para um atendimento ágil deve ser num local referenciado para esse tipo de queixas e assim evitar sequelas de maior gravidade. O objetivo de início na sala de emergência é manter o paciente estável mais alguns pontos importantes: avaliar em ordem vias aéreas, respiração e circulação (ABC), aferir a PA e glicemia capilar e pedir uma tomografia de imediato para identificar o diagnóstico correto e outras lesões cerebrais antes de saber qual estratégia de reperfusão cerebral usar.

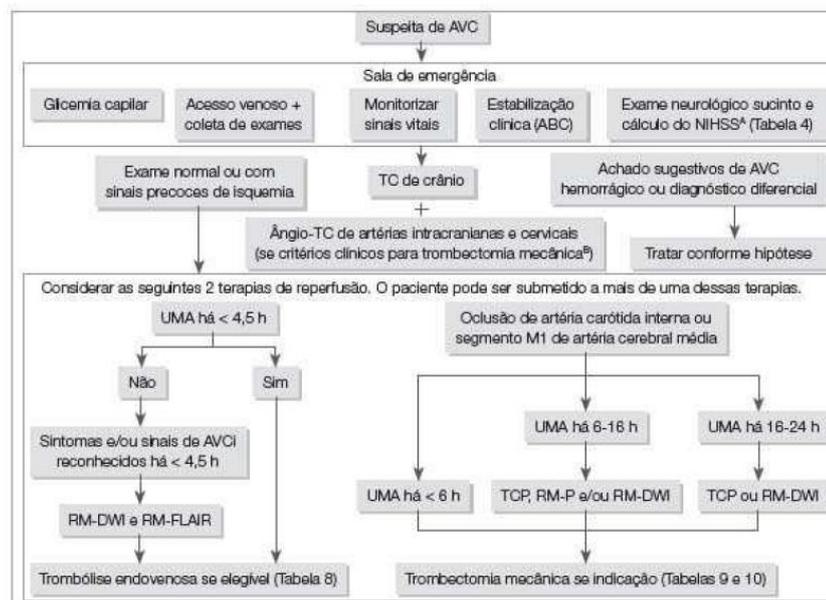
Uma das ferramentas para identificar a magnitude de gravidade dos déficits neurológicos é a *National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)*, avaliando com

pontuação de 0 até máximo 3:

- 1A - Nível de consciência
- 1B – Orientação temporo-espacial
- 1C – Resposta a comandos simples
- 2 – Olhar conjugado horizontal
- 3 – Campo visual
- 4 – Paralisia facial
- 5 – Motricidade de membro superior
- 6 – Motricidade de membro inferior
- 7 – Ataxia de membro
- 8 – Sensitivo
- 9 – Linguagem
- 10 – Disartria
- 11 – Extinção ou heminegligencia.

A paciente chegou a serviço hemodinamicamente estável, foi igualmente avaliada mediante a coleta de informações novas, um exame físico e pedidos de exames de admissão (colesterol HDL e total, protrombina, creatinina, desidrogenase láctica (DHL), magnésio, potássio, proteínas totais, transaminase oxalacética (TGO) e pirúvica (TGP), triglicerídeos, ureia, hemograma) e a TC crânio. A escala de NIHSS não foi aplicado.

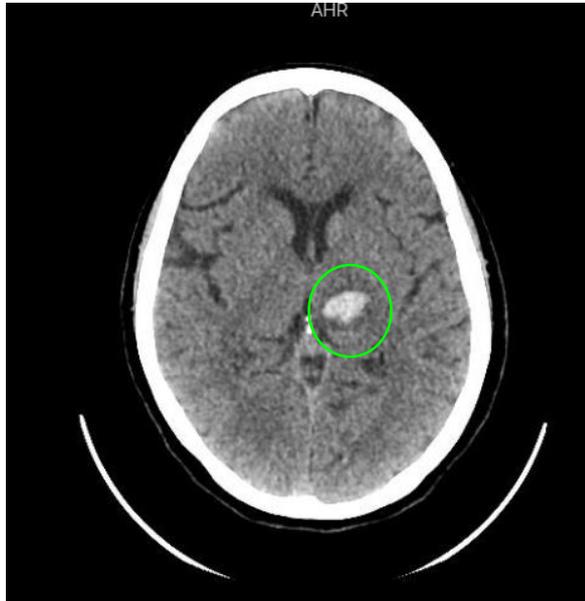
Figura 6 - Atendimento inicial ao paciente com suspeita de acidente vascular isquêmico.



Fonte: Livro Medicina de Emergência – USP. Capítulo 68, pág. 905, 2020.

Ao seguir todo o fluxo na emergência, o laudo da TC crânio mudou por completo o tratamento pois sugeria os seguintes achados: Hemorragia intraparenquimatosa no tálamo esquerdo. Infarto lacunar antigo no tálamo direito.

Fotografia 1 - Tomografia de crânio da paciente A.S..



Fonte: VIVACE, 2022.

O outro tipo de AVC é o hemorrágico, divide-se em dois tipos: Hemorragia subaracnóidea (HSA) que ocorre no espaço aracnóideo e Hemorragia intraparenquimatoas (HIP) um sangramento no traumático no parênquima cerebral. Como sabemos a parte afetada do cérebro nessa paciente foi o tálamo esquerdo afetando a memória, linguagem e outras funções superiores, isso explica a disartria no início do quadro clínico. O fascinante da fisiopatologia é como a metade do cérebro controla o oposto do corpo, sendo assim explicada a hemiparesia do lado direito.

Depois de todas as intervenções necessárias, a paciente manteve em observação e internada devido a persistência da hemiparesia à direita, se queixou de cefaleia após uso de medicamento não sabendo informar qual porém referiria melhora em cada avaliação do plantão.

3.8 CASO CLÍNICO VIII: PACIENTE PSIQUIÁTRICO

3.8.1 Relato de caso

Local: UPA Dr. Walter Cavalcanti Barbosa

Evolução plantão diurno sob orientação do Dr. Eriksson

Anamnese

- ID: L.C.S., masculino, 37 anos
- QP: “Internação voluntária”
- HDA: Acompanhado do pai. Paciente chega ao serviço via SAMU, solicitando internação voluntária no setor psiquiátrico (HMPGL). Pai relata que é usuário de drogas (Crack) e álcool (pinga) desde os 16 anos, com recaída há seis meses desde a última internação. Refere tentativa de suicídio com corda e pular do prédio há duas semanas. Refere alucinações visuais e auditivas, delírio de perseguição há um dia. Último uso de drogas o 25/06 (Crack, cocaína, clonazepam, pinga de 38%, três carteiras de cigarro). Nega agressividade.
- HPP: Há dois anos teve meningite bacteriana, epilepsia.
- MUC: Em uso de Cabamazepina e segundo o prontuário já em tratamento, em uso irregular de: fluoxetina 20 mg 1-0-0; carbamazepina 200 mg 1-0-1; risperidona 2 mg 0-0-1/2; diazepam 10 mg 0-0-1 (eventualmente faz uso de 2 ou 3 cp para conseguir dormir); biperideno 2 mg 0-0-1. Nega alergias medicamentosas.
- HV: Tabagismo socialmente. Uso de álcool há 21 anos. Uso de crack e cocaína

#Subjetivo: converso com paciente, calmo, nega sintomas psicóticos, ideação suicida/homicida, auto/heteroagressão.

Exame físico

- CSV: FC 91 bpm / FR 19 ipm / PA 149 x 83 mmHg / SatO2 98 % AA / T 36,9° / HGT 134
- Ectoscopia: BEG, LOTE, descorado, desidratado +/4+, AAA.
- BEG, LOTE, corado, hidratado, AAA
- ACV: BCNF em 2T, sem sopros audíveis.

- AR: MV diminuído bilateralmente s/ RA. Sem sinais de esforço respiratório
- ABD: Plano, não doloroso à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias
- MMII: deambulando, sem edemas. TEC <3seg.

#Avaliação: Paciente no leito estável, colaborativo, com discurso incoerente, refere desejo de internação, se mostra ansioso com a transferência.

Diagnósticos sindrômicos: Síndrome esquizofreniforme.

HD:

- Surto psicótico?

CONDUTA

- Mantenho prescrição
- Aguarda vaga na Psiquiatria (HMPGL)

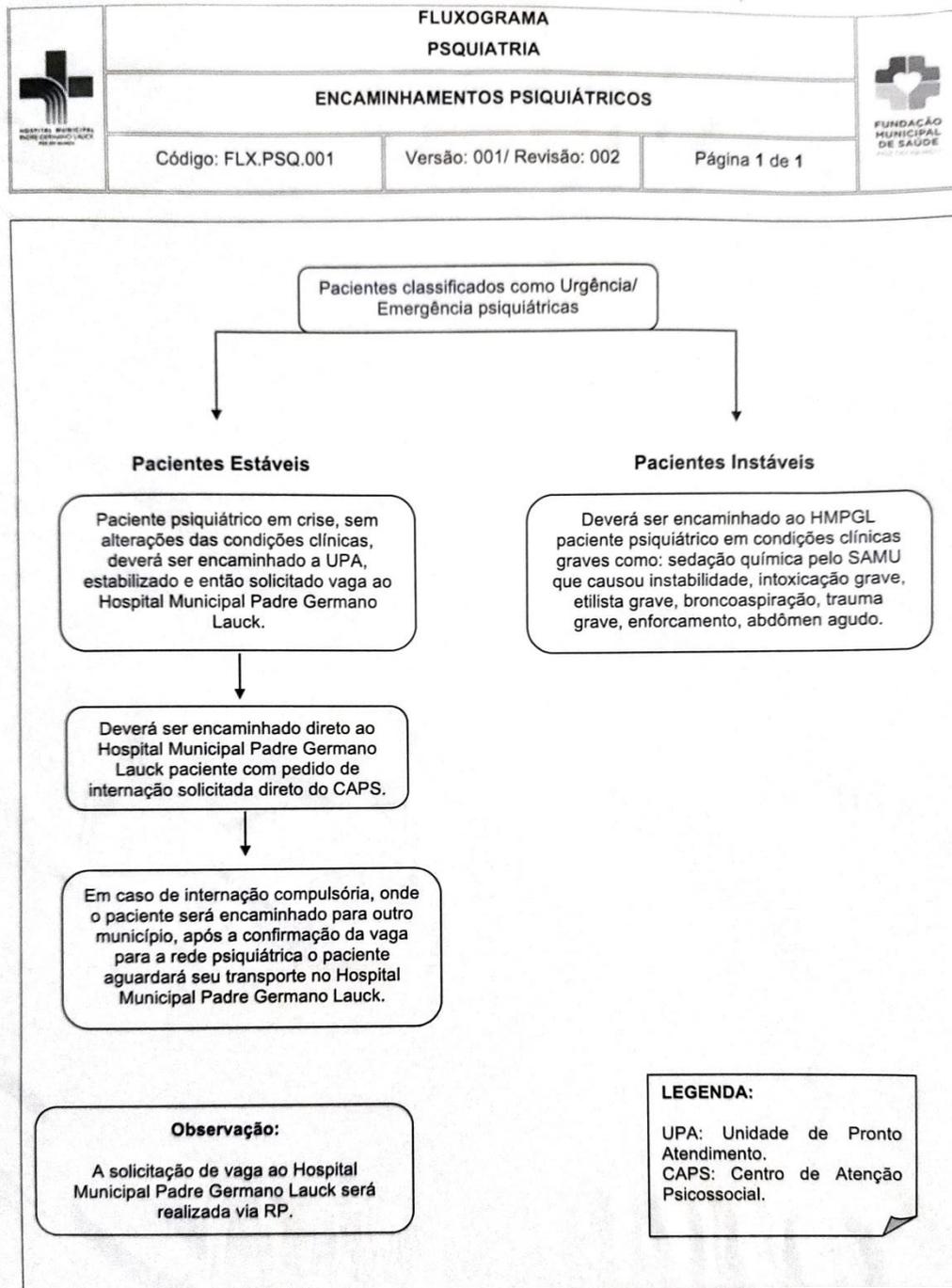
3.8.2 Discussão

A saúde mental atualmente continua sendo subestimada. Os atendimentos mais comuns em todas as unidades é sobre um paciente de surto psicótico por causas psicogênicas ou por abuso de substâncias. Quando se realizou a conversa pessoalmente com o paciente ele estava calmo no momento e assintomático.

Os relatos dele sobre os sinais que podem representar um surto psicótico vão relacionados a delírio persecutório, as alucinações auditivas e visuais. Que também podem ser causados pelo uso crônico de substâncias pesadas junto com álcool.

O caso foi bem diferente em relação a abordagem e conduta tomada, pois não tinham nenhum sintoma que precisara de medicamento, não havia comportamento agressivo e somente queria um leito onde descansar até ser transferido ao setor de Psiquiatria no HMPGL. A seguir, fluxograma de encaminhamento:

Figura 7 - A saúde mental na atualidade está subestimada.



Fonte: Fluxograma de encaminhamento da Fundação Municipal de Saúde, 2021.

3.9 CASO CLÍNICO IX: TENTATIVA DE SUICÍDIO

3.9.1 Relato de caso

Local: Hospital Municipal Padre Germano Lauck.

Admissão plantão noturno – Dra. Beatriz

Anamnese

- ID: S.L.A., feminina, 33 anos
- QP: “Tomou uns medicamentos”
- HDA: Paciente trazida pelo SAMU, em IOT, sedada, em uso de dobutamina. Socorristas relatam que família a encontrou caída em domicílio, com a boca roxa. Foi acionado o SAMU, que constatou PCR na chegada ao domicílio, porem desconhecido o tempo total de parada. Foram realizados 24 minutos de reanimação, com RCP. Paciente apresentou bradicardia, chegando em uso de noradrenalina e dobutamina. Familiares relatam que paciente fez ingesta de algo em torno de 20 comprimidos de diazepam, comprimidos de paracetamol (não quantificado).
- HPP: familiares relatam fibromialgia, depressão, arritmia?
- MUC: Não informado.
- HV: Não informado

Exame físico

- Ectoscopia: MEG, hipotensa, bradicardica, saturando 98%
- NEURO: RASS- 5, mesmo sem sedação. Pupilas médio fixas
- ACV: Bulhas cardíacas irregulares, QRS alargado na cardioscopia, TEC alargado, extremidades frias.
- AR: MV + bilateralmente, com ronos difusos. Acoplada a VM de transporte,
- ABD: depressível, sem VCM palpáveis,

Hipóteses sindrômicas: Síndrome depressivo.

HD:

- Intoxicação exógena
- PCR por hipóxia? - sec. parada respiratória por overdose de diazepam?

- Intoxicação por paracetamol

CONDUTA

- Flumazenil
- Acetilcistena (1a etapa -> 150mg/kg em 1 hora + ja prescrito segunda etapa 50mg/kg em 4 horas), falta 3a etapa
- Bicarbonato + gluconato de cálcio
- Expansão volêmica
- Início DVAs e vasopressina
- Passagem de AVC por técnica de seldinger sem intercorrência (em jugular D)
- Solicito exames de admissão
- Monitorização multiparametros
- Cardioscopia continua
- Reavaliação constante
- Converso com família, já cientes da extrema gravidade do caso.

3.9.2 Discussão

Precisamos falar de suicídio, o maior dos grandes problemas da saúde pública. Segundo a OMS, jovens entre os 15 e 29 anos são mais propensos a ser parte das estatísticas em que 1 pessoa de 100 finaliza sua vida com um ato letal, sendo maior as mortes em homens que nas mulheres. (NICOLAU *et al.*, 2021)

Os fatores de risco involucra aspectos psicossociais, doenças mentais e diversas condições clínicas não psiquiátricas.

Quando um paciente chega nessas condições ao hospital não existe privacidade, o relato corre rápido pelo corredor e todo o pessoal fica curioso observando o leito questionando sobre o que deve ter acontecido. Essas emergências intencionais chegam ao PS quando é de extrema gravidade como esse caso e também nas UPAs, tentativa de suicídio é o mais comum do dia, todos os dias.

Intoxicações exógenas ocorrem com grande frequência em toda a cidade. Deve ser considerado o tipo de exposição, dose, duração e a letalidade do ingerido, nesse caso foi oral com exageradas quantidades de medicamentos (diazepam e paracetamol) e álcool.

Inicialmente para estabilizar se checam as sinais vitais, se realiza paralelamente o

ABCDE do trauma para buscar a possível etiologia, sendo uma intoxicação aguda deve prevalecer três indicações:

1. Prevenção de absorção total da substancia com uma lavagem gástrica se a ingesta é menor a 60 minutos ou uso de carvão ativado em dose única (1g/kg) ou a cada 4 horas (0,5 g/kg), diluindo em soro fisiológico ou agua.
2. Aumentar a excreção mediante a hiper-hidratação e usar bicarbonato de sódio para alcalinizar a urina, com o propósito de manter também um débito urinário entre 100 e 400 ml/h.
3. Se disponível, uso do antídoto específico. Administraram Aceticisteína devido a overdose de paracetamol e Flumazenil pela ingesta de diazepam que é um benzodiazepínico.

3.10 CASO X: TRAUMA LEVE

3.10.1 Relato de caso

Local: UPA Dr. Walter Cavalcanti Barbosa

Admissão plantão noturno – Dr. Diego

Anamnese

- ID: E.K.F., masculino, 35 anos
- QP: Ferimento por arma de fogo (FAF)
- HDA: Paciente vítima de FAF em região glútea esquerda, com presença de projétil alojado em nádega, trazido pelo SIATE em maca rígida. Discuto com condutor da ambulância quanto regulação incorreta, porém, em contato com regulador, este afirma que o fluxo do paciente baleado com projétil alojado é na UPA.
- HPP: Nega comorbidades o alergias
- MUC: Não informado.
- HV: Não informado

Exame físico

A: Vias aéreas pérvias, verbalizando

B: Eupneico em AA

C: Hemodinamicamente estável sem DVA, sem sangramentos

D: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes, sem déficits motores

E: Extremidades apresentando ferimento penetrante em região glútea, com orifício de entrada, sem orifício de saída

#Avaliação: Paciente em BEG, LOTE, eupneico em AA, hemodinamicamente estável sem DVA, apresentando ferimento penetrante em região glútea, com orifício de entrada, sem orifício de saída

Hipóteses sindrômicas: Trauma penetrante.

HD:

- FAF

CONDUTA

- Solicito radiografia

- Entro em contato com SAMU para realizar regulação adequada
- Solicito vaga HMPGL

3.10.2 Discussão

O paciente vítima de trauma pode aparecer em ocasiones com lesões que abrangem grandes tecidos comprometendo a vida por isso deve ser realizado uma avaliação rápida e objetiva.

As salas vermelhas das UPA's e dos centros hospitalares, precisam de uma área de estabilização com equipamentos apropriados para monitoração, procedimentos invasivos e instauração hemodinâmica. Claramente é imprescindível manter uma rotina de avaliação ágil que prioriza os primeiros passos de um atendimento inicial.

A avaliação primária sempre deve ser realizado para identificar condições que impliquem risco a vida, com a seguinte sequência:

- A – “Airway” – Via aérea com proteção de coluna cervical
- B – “Breathing” – Ventilação e Respiração
- C – “Circulation” – Controle da hemorragia
- D – “Disability” – Déficit neurológico
- E – “Exposure” – Exposição e controle de temperatura

Após essa avaliação e dependendo o motivo pelo que foi causado o trauma, é referenciado a um local determinado para seguir o plano terapêutico. Os casos de trauma por FAF deveriam ser trasladados diretamente ao HMPGL segundo o Comitê Municipal de Urgência e Emergência, para pedido exames de imagem e um atendimento mais completo. Na UPA do Morumbi, durante as práticas houve dois casos de má regularização por parte do SIATE onde levaram pacientes baleados: um aparentemente foi por atropelamento de moto que descompensou depois e foi transferido ao HMPGL encontrando na TC crânio trajeto de uma bala.

E esse caso, que foi por um tiro na lateral da glúteo esquerdo. Apesar das tentativas que realizou o plantonista para transferir o paciente, não lhe aceitaram. Assim que o que podia ser realizado na UPA foi analgesia, um toque retal para confirmação de ausência de sangramento e alta.

4 CAPÍTULO III - RELATO VIVENCIAL E EXPERIÊNCIA PESSOAL

Antes de começar o módulo de Urgência e Emergência, a expectativa durante a prática era identificar quando um paciente está em estado crítico, como é realizado o atendimento inicial e a abordagem mais adequada para reduzir o risco das lesões, o sofrimento do paciente e inclusive evitar a morte. Também reconhecer o fluxo de encaminhamento de acordo com algumas queixas em específico e identificar os medicamentos que estão disponíveis tanto na cidade quanto no cenário que permitam atender a demanda.

Claramente para um interno é diferencial realizar vários procedimentos invasivos portanto cada estudante pretende realizar pelo menos uma vez no paciente, para poder ter mais experiência antes de ser formado e assim trabalhar em qualquer setor com total confiança.

As expectativas foram atingidas parcialmente, já que apesar do tempo do módulo cada prática gera incógnitas e não todos os profissionais estão com disposição de ensinar ou esclarecer as dúvidas que aparecem. Foi uma desvantagem não poder acompanhar o SAMU para observar substancialmente o atendimento pré-hospitalar e a regulação. Em relação aos procedimentos para cada aluno foi diferente, poder realizá-los dependia estritamente do local e seus protocolos cabe destacar que alguns médicos desconfiavam de que estudantes foram autônomos na hora de fazer uma admissão, evolução ou procedimento.

Todos são participes de plantões em diferentes horários, para a acadêmica não houve dificuldade com os plantões noturnos, pois uma pessoa que normalmente sofre de insônia o horário não é o maior inimigo, como uma vez falou para sua mãe: 'O problema não é ficar durante 12h acordado, o difícil é você passar frio sem ter uma coberta ou inclusive não comer porque nesse momento não levou ou não havia dinheiro e o local também não liberava refeição para os internos'. E os plantões diurnos, representavam uma problemática especialmente aos finais de semana porque o sistema de transporte não tem serviço em um horário que se ajuste antes da entrada em prática, é dizer antes das 07:00 AM e dependendo do local também podiam passar mais tarde ainda, então para chegar a tempo os estudantes procuram um serviço particular com aplicativos como Uber ou 99.

Durante o estágio, cada cenário deixou muitas aprendizagens. Um deles ganhou o coração da acadêmica, o Pronto Atendimento do São Miguel do Iguaçu possui um ambiente tranquilo com profissionais respeitosos que trabalham em equipe. Somente em um plantão era possível atender em consultório, na porta de entrada de urgência e emergência, realizar procedimentos, assistir cirurgias, acompanhar algum atendimento da sala de maternidade. Apesar de ser pequeno e a ausência de residentes, a descrição típica seria de um espaço extremamente produtivo para o interno.

Como todo na vida, cada indivíduo está em contato com pessoas novas todo tempo. As relações interpessoais são o primeiro passo para garantir que onde estiver haja calma. Durante o internato, os estudantes compartilham várias horas de trabalho com todo o pessoal do local de saúde e com os pacientes e seus familiares. Manter a linha de respeito é a base de tudo para que ninguém seja afetado, ferido ou maltratado.

A turma inteira foi dividida em muitos subgrupos para cada módulo e para U/E, a divisão chegou a 6 pessoas por grupo que deviam sempre conversar pelo grupo de Whatsapp ou pessoalmente para troca de informações necessárias de cada local ou mesmo troca de plantão. Além disso, cada interno permanece com uma dupla, para dividir as tarefas diárias de cada plantão. O companheiro de práticas da autora é um homem tranquilo que soube-se comunicar de boa maneira para discutir os casos clínicos que observaram juntos, compartilhou seus lanches quando não tinha levado nada para comer, responsável com o horário, os dois são de distintas nacionalidades e apesar de ter gostos diferentes por áreas de medicina, ele sempre estava disposto a ajudar.

Por outro lado, os preceptores são gente boa com os alunos, a maioria foram bem receptivos e aceitaram a ajuda, alguns mais predispostos para ensinar ou trocar ideias sobre os pacientes, as vezes impossível pelo tempo e as intercorrências do dia. Havia também médicos já formados pela UNILA que foram muito gentis e gostavam da presença dos internos, explicavam sobre as condutas e respondiam frente a nossas dúvidas, deixaram saber sobre a importância de ter esse apoio sendo preceptor como tal vez faltou em algum momento para eles.

Diante disso, a comunicação representa um papel fundamental para criar

qualquer tipo de vínculo com outros. Dos profissionais de saúde, os pacientes facilmente se queixam da frieza e falta de escuta ante os problemas deles que necessitam de uma resposta rápida. Já é hora de mudar essas falhas, deixar de um lado tanto tecnicismo e falta de empatia, para começar a compreender mais a realidade da comunidade doente, ser um ouvinte verdadeiro e criar uma sensibilização ante cada situação.

O maior problema dos profissionais são as críticas generalizadas para os pacientes, sobre a falta de conhecimento e o trato a eles como se fossem ignorantes evitando assim que eles se expressem sem medo e que não recebam orientações específicas simplesmente porque o médico acha que a pessoa não consegue realizá-las bem. Dentro dos critérios mais relevantes e que foram aplicados, está a reatividade porque sai fora de um monólogo e dá o tempo essencial para cada pessoa falar, a maneira de escutar pois ajuda a mostrar interesse pelo relato e deve ser de maneira paciente e com serenidade. Um grande exemplo disso, foi quando uma paciente em meio do exame físico queria contar algo que tinha acontecido com ela e que feriu seus sentimentos, a interna escutou o relato e na tentativa de entendê-lo deu umas palavras de apoio para que sentira que não estava sozinha.

Outra maneira de saber comunicar, é no momento de informar notícias difíceis, já fui ouvinte delas, nunca comunicadora se da morte se tratava. O protocolo Spikes é uma ferramenta útil que ajuda a visualizar de maneira organizada o encontro mas não sempre tudo segue um passo a passo, por isso as percepções pessoais devem ser mais transmitidas espontaneamente e com calma.

Tabela 3 - O protocolo Spikes.

S	<i>Setting up</i>	Preparando-se para o encontro
P	<i>Perception</i>	Percebendo o paciente
I	<i>Invitation</i>	Convidando para o diálogo
K	<i>Knowledge</i>	Transmitindo as informações
E	<i>Emotions</i>	Expressando emoções
S	<i>Strategy and Summary</i>	Resumindo e organizando estratégias

Fonte: LINO *et al.*, 2011.

Exemplificando, um dia em quanto a interna foi por um material a sala de procedimentos, nos seguintes minutos entrou a plantonista, o técnico e familiar de um

paciente, sinceramente ela não sabia o motivo de porque estavam aí assim que não estava preparada para escutar o que já tinha visto, a morte da paciente. Sua atitude nessa situação foi ficar em silêncio e escutar as informações. A médica deu o sentido pêsame em nome de toda a equipe, a aluna não falou nada porque não gosta da indiscrição e interromper é incomodo, mas teve que engolir e guardar as lágrimas ('ser humano muito sensível') porque para ninguém é fácil escutar que o seu querido já não está no plano terrenal. De outro modo, algumas informações que teve que comunicar foi sobre um paciente que ia ser entubado, a familiar começou a chorar, por isso a interna permaneceu tranquila, falou devagar, conseguiu escutar e ajudar com frases de ânimo para que a pessoa entenda o porquê era necessário e que independente de todo pensará positivo.

Acreditando que toda situação vai ser lembrada pois a responsabilidade do primeiro atendimento, de tirá-lo do risco e salvar a vida é um compromisso diário. Dentro dos casos clínicos que já foram comentados, aquele do lactente foi o mais comovedor, não pelo fato de como entrou a sala de emergência se não pela história que deve ter atrás disso. Teoricamente sabemos que a progenitora não fez adequadamente a alimentação da criança, mas desconhecemos o porquê disso, ela quase não falava direto com a gente, tal vez por medo ou porque simplesmente não queria. Poderíamos pensar em que ela estava com hipogalactia que pode ser causada também pela pega incorreta do peito ou devido a seu origem acostumavam a alimentar seus filhos desde tão pequenos com outros alimentos, além da falta de conhecimento para saber se a coloração amarela do seu filho era normal ou patológica. São questões de muita dúvida porque não era uma mãe de "primeira viagem" e além do erro alimentar a negligencia com a higiene era impactante. Então, penso que pela dificuldade de trasladar-se desde sua moradia até o centro de saúde não conseguiu fazer um pré-natal ou puericultura corretamente, essas pequenas coisas levaram à gravidade daquele paciente e também houve uma falha com profissionais que estiveram presentes no nascimento, porque parece que não tivessem passado nenhuma orientação sobre os cuidados gerais.

Dos maiores obstáculos enfrentados nesse módulo ver tantas mortes por dia dá uma sensação de instabilidade emocional. Já falaram para a Nataly que é fria frente a isso porque não chora imediatamente ou continua o dia como se nada tivesse acontecido. O problema está em que se a morte ganha não tem mais nada o que fazer. A gente se prepara para lutar contra os riscos, dar o melhor de cada um até o

ponto que seus conhecimentos já não podem mudar ou trocar de lugar com o outro que está no leito. Contrário a isso, o caso dela sim está impregnado de muita sensibilidade, de histórias que marcaram, que provocaram culpabilidade, tristeza e dor de não saber o que mais fazer e compreendeu que o final da vida é para todos, chorou em silêncio para desabafar tantas emoções encontradas, também viveu um luto pessoal ao começo do módulo e essa despedida foi mirando ao céu porque com essa distância, até desses momentos em família a gente perde. Não se trata de demonstrar para que os demais acreditem em que você sente, se trata de demonstrar que a luta foi constante e que de uma lamentável perda na batalha, alguém ganhou o descanso eterno e não continua sofrendo.

Também existem outros obstáculos da área profissional, como descobrir as medicações que são usadas por cada setor pois apesar ter um estudo base, tudo vai depender do material que seja disponibilizado pelo estado. A autora identificou que falta dedicação para estudar mais sobre a conversão das prescrições que vão depender da idade e peso do paciente e outros temas em geral nos quais sente que falta mais domínio. Essas são parte de suas soluções a obstáculos tangíveis, o emocional se resolve com terapia, aceitação, resistência, entrega e mais amor pelo trabalho de salvar vidas.

Esses quatro meses, mudaram um pouco o pensamento da interna a longo prazo sobre alguma preparação mais especializada. Sempre teve uma sensação muito boa e futurista da especialidade que gostaria de trabalhar para toda a vida: Cirurgia. Não tinha certeza se era cardiovascular ou neurocirurgia, mas o coração sempre late forte quando pensa em centro cirúrgico. Durante a faculdade no pré-internato se decepcionou um pouco do módulo de cirurgia, pois por uma parte a pandemia do Covid-19 afetou a prática para vivenciar realmente essa experiência, foi um tempo curto e tudo ensinado a distância a exceção de umas 3 aulas. Em algumas ocasiões que conseguiu suturar ou ter alguma prática simples era com a Liga Acadêmica de Cirurgia da Unila, da qual fez parte por mais de dois anos.

Contrário a isso, a especialidade em emergência que conhece por umas faculdades, sinceramente começou a gostar dela através da internet por um perfil em Instagram de uma emergencista já formada da Universidade de São Paulo (USP) e confessa que se sente atraída por essa residência, pois principalmente oferece um suporte imediato ao paciente e gera um enriquecimento teórico-prático que provoca adrenalina no seu corpo em cada atendimento, além disso sai da rotina algo que gosta

muito. Também tem várias áreas de atuação como serviço pré-hospitalares móveis (SAMU) ou fixos (UBS's e UPA's), unidades de emergência públicas e privadas, pronto socorros e a preparação é precisamente para saber que cada plantão não precisa ser um caos para finalizar corretamente. Assim que ainda incerta sua resposta, essa especialidade a cativou bastante.

O aprendizado foi grande e significativo. É o tempo de maior oportunidade para aplicar o conhecimento diretamente na prática e errar também ajuda a ser melhores com o propósito de que o dia que já esteja o CRM nas mãos, não sejam repetidas essas falhas em alguém mais. Aprender sobre aplicar a resiliência para cada situação que cause dor, para representar um pouco de fortaleza naqueles que estão sofrendo prostrados em um leito.

Ao finalizar esse módulo a sugestão para as seguintes turmas seria que houvesse um representante dos estudantes que realize uma reunião rápida com os diretivos do hospital, para apresentá-los de maneira pessoal ante o equipe de saúde e que do mesmo jeito os acompanhe por um momento durante algum plantão para que a unidade de saúde que não toma o papel de local universitário de prática se comprometa em ensinar um pouco mais e permita realizar um acompanhamento mais produtivo.

5 CAPITULO IV - PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Para realizar um atendimento de princípio ao fim com tranquilidade e manejar qualquer tipo de situação/complicação, o profissional deve ter certas habilidades médicas para realizar procedimentos no qual o corpo é invadido por um material externo (agulha, sonda, cateter, tubo, laringoscópio u outros instrumentos) que atravessaram a pele e ficaram um tempo determinado dentro do corpo, com o objetivo de dar alívio no paciente, conforto durante a internação, para melhorar a condição clínica e sua supervivência e inclusive por estética.

Como estudantes é necessário reconhecer que esses procedimentos não vão “cair do céu” e devemos ser proativos em conhecer primeiro as indicações, contraindicações, material, fixação e identificação do dispositivo após instalação, registro em prontuário, complicações e soluções, normas de controle de infecção hospitalar relacionada a implantação, manutenção antes de aplicar a técnica assim como saber quando retirar os dispositivos.

De todos os locais de prática somente no HMPGL os preceptores não ofereceram a oportunidade de realizar qualquer procedimento, em comparação com as outras unidades que permitiram e autorizaram fazer com ou sem supervisão. O único procedimento que tinha feito uma vez como pré-interna era a sutura. No começo gerava muita ansiedade pois na maioria era a primeira vez e apesar de que foi feito os procedimentos poucas vezes, o fato de haver tido a experiência ajudava a corrigir os erros e ser melhor para a seguinte oportunidade. Para ter o domínio se aplica o ditado de “a prática faz o maestro”, isso tem tanta verdade

Tabela 4 - Procedimentos realizados pela acadêmica.

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE	LOCAL
INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL (IOT)	2	1 HSMI 1 UPA Joao Samek
SVD	1	HSMI
PVP	1	HSMI
PARACENTESE	1	HSMI
SUTURAS	22	2 HSMI 12 UPA Joao Samek 8 UPA Morumbi

Fonte: Autora, 2022.

5.1 Intubação Orotraqueal:

Procedimento realizado por diversas indicações, essencialmente sobre 3 parâmetros fundamentais:

1. Falha de manter a via aérea protegida?
2. Falha na ventilação ou oxigenação?
3. Necessidade de se antecipar por algum desfecho desfavorável?

Deve ser avaliada se a via aérea é difícil com diversas escalas como LEMON, ROMAN, RODS, SMART. Posterior a isso, seguir a sequência rápida de intubação rápida com a técnica dos 7P's (HCFMUSP, 2019):

1. Preparação:
2. Pré-oxigenação
3. Pré-tratamento
4. Paralisia com indução
5. Posicionamento
6. Passagem do tubo com confirmação
7. Pós-intubação

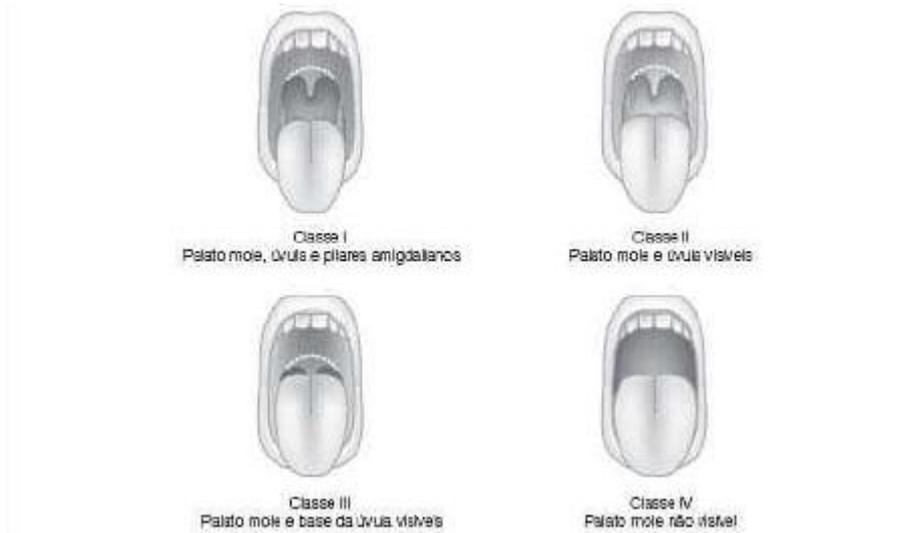
No estágio acadêmica fez uma IOT com sucesso.

- Paciente N.M.L.A., feminina. Paciente entrou com quadro de dispneia e manteve com desconforto respiratório, sendo não responsiva a Furosemida (04 ampolas), SatO₂>85.
 1. Materiais: Ambu não reinalante + fonte de O₂ | Aspirador | Laringoscópio com lamina curva (Macintosh) #4 | Tubo orotraqueal #7,5 | Carrinho de parada | Medicamentos e demais implementos
 2. Ofertado oxigenação com Ambu 15L/min.
 3. Fentanil 10mL – 01 ampola
 4. Etomidato 10mL – 01 ampola + Succinilcolina 01 ampola
 5. Posicionada com a anteriorização do pescoço e extensão da cabeça, colocado o coxim occipital
 6. A interna com mãos limpas e usando luvas, posiciona o laringoscópio pela direita dentro da boca da paciente e desvia a língua à esquerda para visualização a epiglote. Ao visualizar a hipofaringe, segundo a Classificação de Mallampati, observa que é de Classe II e não é uma via aérea difícil. Finalmente

ingressa o tubo orotraqueal, fixado a 22cm. Realiza a ausculta para confirmar o bom posicionamento e três médicos presentes também acordam que está certo.

7. Para manutenção foi administrado 03 ampolas + Midazolam 02 ampolas em BIC. Ajustada a ventilação mecânica e as drogas vasoativas.

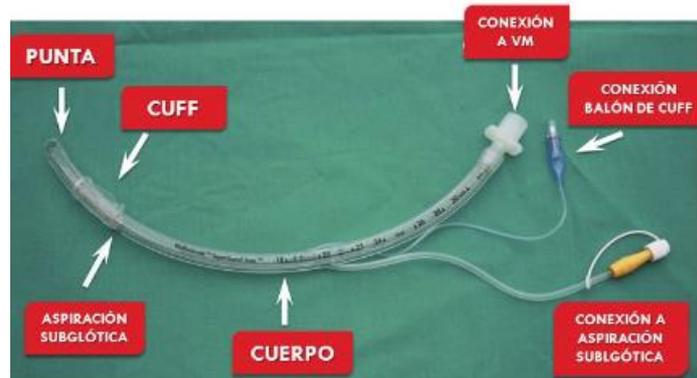
Figura 8 - Classificação de Mallampatti



Fonte: Livro Medicina de Emergência – USP. Capítulo 2, pág. 43, 2020.

- E.M.F., feminina. Paciente com presença de secreção orofaríngea, provável retorno de dieta, por isso suspendem alimentação enteral no momento. TOT com cuff furado. Comunicado ao plantonista que realiza a ex-tubação e permite a interna procede com nova IOT, foram 2 tentativas porém na primeira havia muita secreção mesmo tendo aspirado e na segunda estava muito rígida a língua dificultando a entrada do laringoscópio profundamente. O médico decide fazer a terceira tentativa com sucesso e sem intercorrências

Figura 9 - Partes do tubo orotraqueal.



Fonte: Página "Slideplayer" - Rubén Fuentes Franco, 2016.

5.2 Sonda Vesical de Demora

O cateterismo é a passagem de um cateter ou sonda pelas cavidades corporais como terapêutica ou finalidade de um diagnóstico. Neste a indicação foi para monitoramento do volume urinário em paciente grave.

- N.M.L.A., feminina. Passado SVD para quantificar diurese. Primeiro a interna com mãos já limpas e em uso de luvas, higienizou a área perineal e genital no sentido púbis- anus com solução antisséptica degermante e removeu com soro fisiológico, depois com gazes embebidas em solução antisséptica aquosa. Calçou as luvas estéreis, colocou anestésico em gaze, inseriu o cateter #18 lubrificado pelo orifício uretral até sentir que travou no interior e a urina começou a fluir. Depois foi insuflada o balão com 20mL de água destilada estéril e tração do cateter até encontrar resistência. A fixação do cateter foi realizada pelos técnicos e a bolsa de drenagem na lateral da cama, nela devia ser escrito as seguintes informações (Número de sonda, data, nome da pessoa que fez o procedimento e a quantidade de água destilada administrada).

5.3 Punção Venosa Periférica

A PVP é indicada facilmente para administração de medicamentos, infusão de pequenos volumes em curto tempo, e para coleta de sangue como amostra para pedidos de alguns exames.

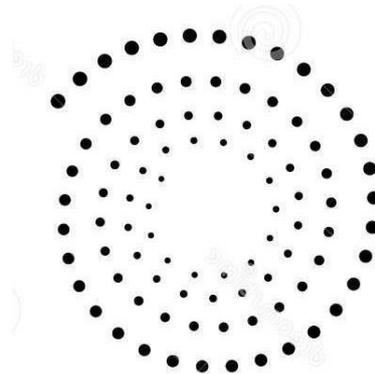
- S.S.L., masculino. Paciente deu entrada por hiperglicemia. Para realizar a PVP, foi realizada a higiene das mãos, calçado as luvas a interna pegou o torniquete e

colocou na parte meia do braço esquerdo, palpou o melhor ponto da punção com a intenção de inserir a agulha na veia intermedia cubital ou do cotovelo, aplicou álcool, inseriu a parte flexível do cateter com ângulo de 30° até ver retorno do sangue, para assim tirar o torniquete e colocar o material de fixação porém ao administrar a medicação, não estava pela via e isso pode “estourar” a veia. Então a técnica realizou a punção em no dorso da mão e teve sucesso. Foi utilizado um jelco de 24g devido a que nos idosos normalmente o calibre das veias é mais fino.

5.4 Paracentese:

É um procedimento simples no qual mediante aspiração é retirado uma determinada quantidade de liquido livre que se encontra na cavidade peritoneal, basicamente com duas indicações: coleta de amostra para determinar o diagnóstico de ascite o em pacientes já ascéticos para aspirar grandes volumes (>5 litros) como terapêutica para aliviar o desconforto respiratório principalmente. Após a higiene de mãos e com uso de luvas, uma das partes bem importantes é realizar a antisepsia em “forma de caracol” indo para a parte externa com o fim de não contaminar a área a ser punçada.

Figura 10 - Exemplo do movimento para antisepsia em paracentese.



Fonte: Página “Depositphotos”, 2022.

- J.S.H.; masculino. Paciente com câncer e pâncreas em cuidados paliativos. Era a terceira paracentese dele desde que ficou internado, sendo responsabilidade da interna realizá-la.

O procedimento inicia-se com um traço imaginário na fossa ilíaca esquerda

entre o umbigo e a espinha ilíaca anterossuperior, seguinte a isso é feito a anestesia da pele com agulha N° 22 e seringa em 45° com lidocaína sempre aspirando para visualizar que não seja pegado um vaso e quando aparece o líquido ascítico indica que chegou a cavidade porém deve ser diminuído a distância e não ter mais do líquido pois aí significa que está na borda do peritônio para aplicar por completo o anestésico. Logo com um Jelco 14 (indicado em parêntese de alívio) se adentra no mesmo ponto marcado ultrapassando todos os tecidos até chegar na cavidade peritoneal inserindo o cateter de Jelco e retirando a parte de metal para conectar à bolsa coletora. O volume depende da condição do paciente e a indicação.

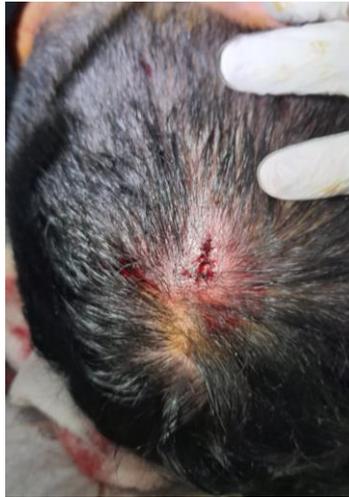
5.5 Suturas:

Ao começo era complicado saber onde estava o material e lembrar como devia ser feito de princípio ao fim sem contaminar o campo. As primeiras suturas não foram esteticamente lindas, mas o tempo e a prática diária melhorou esse aspecto. Depois de tantas, memorizar todo foi tranquilo. Normalmente se inicia pela antissepsia profunda da ferida com Clorexidina amarela de 2% e soro fisiológico 0,9% para tirar o excesso, usando luvas descartáveis. Depois colocamos luvas estéreis (o tamanho da mão da autora é 6,5) usamos uma seringa de 10mL e com uma agulha de 18g (rosa), vamos a aspirar 5mL de cloridrato de lidocaína (20 mg/mL) sem ou com vaso constritor (dependendo da ferida), trocamos por uma agulha de 26g (castanho) e aplicamos intradermicamente em toda a área para anestésiar. Finalmente usamos o kit de sutura já aberto que contém: 1 tesoura, 1 pinça de rato, 1 pinça anatômica, 1 pacote de gaze, 1 campo estéril, 1 pinça reta e/ou 1 curva Kelly e 1 porta agulha Mayo. E realizamos nó simples para fechar as feridas. Não tentei fazer outro tipo de ponto por falta de tempo e pela pouca experiência, os fios que utilizei foram Monofilamento de Nylon não absorvível com numerações 2-0, 3-0, 4-0, 5-0 e Catgut absorvível 2-0. Ao finalizar a sutura era prescrito analgesia, anti-inflamatórios e antibiótico se necessário e eram dadas as orientações sobre os cuidados e o tempo de tirar os pontos na UBS. A continuação estão descritos os pequenos casos de atendimento para esse procedimento (ID, QP, descrição da ferida, pontos realizados na sutura).

OBS: Todas as imagens desse capítulo foram devidamente autorizadas pelo paciente e/ou médico plantonista.

- D.R.P., masculino, 30 anos | Acidente Auto x Auto | Cabeça: Ferimento cortocontuso (FCC) não profundo na região parietal esquerda de aproximadamente 2cm | 4 pontos

Fotografia 2 - Sutura - Paciente DRP.



Fonte: Autora, 2022.

- K.L.B., feminina, 35 anos | Queda da própria altura | Cabeça: FCC não profundo na região temporal direita de 1,5cm | 3 pontos → Fiz um ponto e a enfermeira pediu ajuda para o médico porque estava demorando, o problema era que não conseguia enxergar bem e o cabelo era do mesmo color que o fio.
- A.P.O., masculino, 29 anos | Queda do banheiro | Cabeça: presença de corte em região frontal em sobrancelha direita | 5 pontos.

Fotografia 3 - Sutura – Paciente APO..



Fonte: Autora, 2022.

- S.F.R., masculino, 83 anos | Queda da própria altura | Cabeça: ferimento corto contuso na região frontal da sobrancelha direita | 3 pontos
- B.A.S., masculino, 53 anos | Corte no dedo com motosserra | Mão direita: Ferimento corto-contuso profundo no segundo quirodáctilo, sem lesão de tendão | 10 pontos

Fotografia 4 - Sutura – Paciente BAS.



Fonte: Autora, 2022.

- A.A.S., masculino, 37 anos | Vítima de agressão física com ferida cortante (Arma branca) | Tórax: Corte de aproximadamente 3 cm em base pulmonar direita | 8 pontos

Fotografia 5 - Sutura – Paciente AAS.



Fonte: Autora, 2022.

- S.R., masculino, 32 anos | Corte na orelha com rodo | Cabeça: laceração em orelha direita, com acometimento profundo, apresentando sangramento volumoso | 18 pontos.

Essa sutura a favorita porque representa o grande avance ao realizar cada uma. A autora nem sabia por onde começar, tinha um sangramento volumoso e após detê-lo, a meta era deixar a orelha uniforme a sua anatomia e claramente com boa estética, assim que com calma fez cada ponto, alguns complicados pelo formato e pelo tecido fino da orelha. Esse dia meus amigos, a autora sentiu ser uma Cirurgia Plástica por ter reconstruído externamente a orelha.

Fotografia 6 - Sutura – Paciente SR.



Fonte: Autora, 2022.

- F.C.O., feminina, 81 anos | Queda da própria altura | Lábio superior: FCC em região peribucal aparentemente profundo, sem sinais flogísticos | 5 pontos
- W.T., masculino, 21 anos | Queda acima do vaso sanitário | MMII: MID com FCC contuso profundo na região posterior da perna proximal à nádega, tecidos moles visíveis sem comprometimento na movimentação. MIE sem lesões | Foram realizados muitas suturas, inclusive contínuas nos tecidos moles visíveis pelo médico plantonista. Ajudei na finalização da sutura externa, realizando aproximadamente 25 pontos.
- R.F.V., masculino, 15 anos | Corte por tijolo na face | Face: FCC na região superior da bochecha direita de aproximadamente 2 cm | 5 pontos
- J.C.T., masculino, 66 anos | Queda na escada | MMSS: Presença de FCC em MSD em 3ro e 4to quirodáctilo, sem lesão tendínea aparente | Em 4º quirodáctilo (9 pontos) e terceiro quirodáctilo (4 pontos)
- K.F.S., feminina, 25 anos | Queda jogando bola| Face: FCC em região frontal direita, na sobrancelha, medindo aproximadamente 3 cm | 8 pontos

- M.R.D.F., masculino, 29 anos | Queda de moto acima do paciente | MMII: quentes, profundas, com escoriações em ambos joelhos. MID com edema de tornozelo, doloroso a palpação, com escoriações → Após realizar o curativo no MID, continuou o sangramento devido a um pequeno corte pouco profundo em região medial baixo o joelho de aproximadamente 1 cm | 2 pontos
- L.F.T., masculino, 13 anos | Corte por faca ao descascar uma laranja | Mão direita: FCC no 2º quirodáctilo profundo, sem lesão tendínea aparente | 9 pontos
- G.T.F., masculino, 65 anos | Queda de um galo de palmeira | Mão direita: FCC não profundo no dorso de aproximadamente 2,5cm | 5 pontos
- A.D., masculino, 59 anos | Corte com lata de metal | Mão esquerda: FCC superficial em região tenar | 5 pontos
- V.D., masculino, 11 anos | Corte com um prego | Mão esquerda: FCC irregular de pouca profundidade no segundo quirodáctilo de aproximadamente 3,5cm | 7 pontos
- M.J.G.A., feminino, 18 anos | Corte com prego ao desmontar palet | Braço esquerdo: FCC não profundo de 1cm | 2 pontos
- J.K.B.F., masculino 65 anos | Corte por estouro de box de banheiro | Mão esquerda: FCC não profundo na parte lateral de aproximadamente 2cm | 3 pontos
- D.L.D., feminino, 22 anos | Corte com uma colher de metal | Cabeça: FCC na região occipital, não profundo em couro cabeludo de aproximadamente 1,5cm | 3 pontos
- R. P. C., feminino, 20 anos | Acidente moto x auto | Cabeça: FCC não profundo em região parietal de aproximadamente 1cm | 2 pontos
- H.G.P., masculino, 22 anos | Corte por soco na parede | Mão direita: Ferimento corto-contuso irregular no dorso do 2º quirodáctilo de aproximadamente 3cm | 6 pontos

6 CAPÍTULO V - QUESTÃO-PROBLEMA

6.1 PS SÃO MIGUEL:

No PS São Miguel, foi comum ver como admissões, evoluções, prontuários, receitas e encaminhamentos foram feitos a mão porque o sistema hospitalar não é rápido. Nesse tempo onde está sendo aplicada até Telemedicina para consulta, é muito importante que essa falha seja melhorada pois as vantagens são grandes: segurança dos dados pessoais, prontuários electrónicos de fácil acesso e não físicos, agilidade, organização, pedido de diferentes serviços com padrões já incluídos. Parece uma questão simples mas a realidade é que a falta de um software de gestão hospitalar causa atraso dos atendimentos.

Segundo Costa e Orlovski (2014) o mundo muda constantemente e na era da tecnologia todo deve adequar-se ao ambiente que está envolvido e as inovações não deixaram de lado o campo da saúde. Hoje está sendo aplicada inclusive para a prevenção de doenças, a importância de ter um bom software como instrumento de apoio permite um acompanhamento individualizado no controle, cuidado e assistência do paciente, mais rapidez para armazenar informações da história clínica e também auxílio no diagnóstico e tratamento.

Dos sistemas que foi possível acessar nas práticas, o RP Saúde é um software online de fácil manejo, utilizado especialmente nas UPA's. Esse sistema deveria ser de comum acordo entre as unidades do SUS e algumas do setor privado relacionados como local de referência, já que funciona rapidamente com a internet, visualiza todo o histórico clínico de um paciente, permite fazer uma classificação de risco e mostrada na tela pelas cores com dados principais importantes.

6.2 UPA JOAO SAMEK

Ao conversar com um dos médicos plantonistas da sala vermelha sobre a problemática principal a resposta foi: "Todos precisam saber quando é o momento de paliativar um paciente".

A Resolução N° 41, do 31 de outubro do 2018 no Art. 2° cita: "Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma

doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais” (GILBERTO OCCHI *et al.*, 2018)

Reconhecer o estado de gravidade de uma paciente e propiciar um ambiente digno para morrer, não é sinônimo de homicídio. Quando o ser humano está em fase terminal de uma patologia grave o mais indicado para não aumentar esse sofrimento, é prestar os cuidados necessários e respeitar a vontade dele mesmo e seus familiares, por isso a Resolução do CFM N° 1.805/2006 dá o poder ao médico de limitar e suspender tanto medicações como procedimentos para garantir uma morte tranquila (CREMESP, 2006).

Uma frase de muita reflexão dita pelo plantonista é: “Todo médico tem um cemitério e isso não pode ser evitado. Nosso trabalho está em lutar junto ao paciente para que sobreviva e garantir que mesmo estando na fase final sinta que não está sozinho e mediante nossas técnicas serão oferecidas medidas de alívio e conforto até seu decesso”. A formação em medicina visualiza um profissional competente com cada uma das teoria ensinadas e pretende além que o atendimento seja completamente humanizado até o final da vida do paciente.

Provavelmente a maioria dos médicos não sabem identificar os parâmetros específicos de uma doença e assim fazer uma avaliação prognóstica, portanto não se apropriam de ofertar os cuidados paliativos ao paciente ou sua família. Independente da patologia de base, existem vários fatores referentes a um mau prognóstico: Idade (Idosos especialmente) e indicadores gerais como infecções recorrentes de difícil tratamento, piora significativa da ingesta alimentar, dependência de terceiros para realizar atividades da vida diária e múltiplas comorbidades. (PÉREZ *et al.*, 2020)

Em conclusão, devido à falta de um protocolo de Cuidados Paliativos na UPA que também pode ser a mesma situação de outras unidades, é completamente necessário criar o protocolo em base as patologias mais comuns e presentes durante os atendimentos e a disponibilidade de componentes para disponibilizar as melhores medidas de cuidados e mais importante, capacitar a todos os profissionais da saúde que trabalhem no local para que estejam cientes e respeitem o que deveria ser bem feito em um paciente terminal.

6.3 HMPGL

A falta de organização afeta gravemente que o serviço de qualquer unidade perda eficácia e boa resolução a seus problemas. Essa questão é mais por observação e comentários entre os médicos. O HMPGL tem uma boa estrutura com setores definidos de acordo com a necessidade das queixas clínicas e claramente por especialidades. Em vários plantões aconteceu que chegavam pacientes como “vaga zero” quando realmente não tinha lesões de risco e o acompanhamento poderia ser ambulatorio e quando os pacientes ficavam internados mesmo com pouco tempo de chegada desde a transferência, era trasladado sem dar prévio aviso ao médico encarregado. Inclusive quando o doutor ia fazer por escrito o necessário já não encontrava o paciente em nenhuma sala de observação porque já haviam sido trasladados a alguma unidade de especialidade sem uma admissão registrada pelo menos.

Consequente a isso, é possível ver como a falta de comunicação entre uma equipe de saúde deteriora que haja um bom fluxo das informações de internações hospitalares causando até erros graves na conduta. Tal vez se houvesse mais contratação de médicos, as salas de observação que podem chegar até 20 pacientes ou mais, seriam divididos em grupos menores para cada profissional e assim ter um ordem nos fluxos dentro do espaço.

6.4 UPA MORUMBI

A comunicação no departamento de emergência deve ser aperfeiçoada, é uma competência que não todas as pessoas possuem. A “Sala vermelha” representa a complexidade de casos clínicos na medicina, o profissional fica responsável por muitos pacientes em pouco tempo com vários sinais de gravidade, praticamente termina sendo o chefe de toda a unidade para esclarecimento ante qualquer conduta.

Permanecer na sala de emergência implica um trabalho de maior demanda para equipe multiprofissional por isto é que durante as trocas de turno as informações devem ser transmitidas entre profissionais da mesma área, notificando cada uma das tarefas a realizar. Esse ponto tem relevância ao ser planteado aqui devido a uma situação que acompanhei.

Ao iniciar o trabalho noturno o médico nunca teve uma “passagem de plantão” tecnicamente bem detalhada porque o colega já não se encontrava no local (desconhecendo os motivos). Chegou sem saber que pacientes estavam internados, quais eram as pendências e com a notícia de que na sala de recepção haviam familiares esperando pela entrega de um cadáver do qual ele nem sabia a causa de morte. A declaração de óbito (DO) tinha sido assinada pelo anterior plantonista porém o corpo permanecia aí desde horas da madrugada e não tinha feito a comunicação com o Instituto Médico Legal (IML) para o traslado do mesmo, por outro lado os familiares aguardavam as informações legais. O médico teve que contatar a quem assinou a DO para poder saber sobre o quadro clínico a o que aconteceu antes de morrer e assim ter uma conversa formal com a família.

Esses atos primeiramente são uma falta de respeito entre colegas e falta de apropriação das obrigações que devem ser cumpridas em cada plantão. Além disso, são situações que não podem ser deixadas de lado porque implicam problemas legais para o médico que assuma o plantão.

Devido a essa problemática e observando outras passagens de plantão em outras salas como a “amarela” ou em hospitais, a ideia de criar um padrão básico não deveria ser ignorado, pois assim os dados estariam organizados e esquematizados por paciente e simplesmente se entregaria um xerox após ter a conversa.

Tabela 5 - Padrão básico: Exemplo de passagem de plantão.

DATA				
Leito N°	- Nome - Dia de internação hospitalar (DIH) - HPP	- Hipóteses diagnósticas	- ATB do momento - DVA	- Pendências

Fonte: Modelos usados e observados em outros setores, 2022.

7 CAPÍTULO VI - CÓDIGO DE ÉTICA

A medicina é uma ciência que estuda todo o relacionado com a saúde e as doenças que podem afetar a condição de vida das pessoas. Desde o início na faculdade o discente é regido pelo Código de Ética do Estudante de Medicina conformado por seis Eixos sobre a relação com as instituições de ensino e saúde, com o cadáver, interpessoais do estudante, com a sociedade, com a equipe multiprofissional e a responsabilidade com os estudos/formação, cada um com diversos artigos que ensina ao futuro médico os princípios morais e éticos para uma boa atividade profissional. O seguinte artigo é de grande importância:

EIXO 3 – ART. 30

“O estudante de medicina deve garantir que o paciente alcance o nível necessário de compreensão das informações comunicadas, mitigando dificuldades como regionalismo da língua, baixa acuidade auditiva, nível de escolaridade e doenças incapacitantes”.

Código de Ética do Estudante de Medicina.

Para desempenhar o papel como médico é necessário o contato direto com o ser humano, principalmente para conhecer as queixas e assim definir um diagnóstico e tratamento adequado. Existem vários atendimentos diferenciados, um deles é feito individualmente dentro de um consultório tanto por demanda espontânea como eletiva somente com um paciente por vez e geralmente em boas condições, outro é ambulatorial que avalia vários pacientes por dia com sintomatologia aguda podendo necessitar de internação temporal ou inclusive procedimentos iniciais para estabilização do quadro e por último, o ambiente hospitalar que é de maior complexidade no qual está o Pronto Socorro que trabalha junto com várias especialidades para um atendimento com tempo determinado devido as condições críticas apresentadas ou com risco iminente de morte.

Em todos os casos, tanto o estudante como o já formado deve interagir e comunicar-se com o doente e os familiares que estejam presentes para admitir, evoluir e/ou em ocasiões comunicar o óbito do paciente. Considerando o anterior, os motivos são suficientes para todos ter respeito pelo outro (pessoa – cadáver), porém ainda existem pessoas que não tem noção de atitudes que estão completamente erradas.

A interação com pacientes deve ser sempre sem discriminação de nenhum tipo. Para realizar uma boa anamnese deve-se investigar cada detalhe e relatar uma história clínica organizada e singularizada com o fim de garantir que a informação transmitida a terceiros será coerente e entendível sem importar o nível de educação ou idioma de origem. Exemplificando a teoria, durante um plantão, a médica autorizou acompanhar a visita de familiares, nele foi possível ver a sequência que seguia para compartilhar o informe médico.

- Apresentação pessoal: “Boa tarde, meu nome é Beatriz sou a médica plantonista do dia. Qual seu nome?”
- Consulta sobre o relato da HDA: “A senhora ‘X’ sabe porque o paciente está aqui internado?”.
- Noticiar sobre a admissão, HDA e evolução do dia em frases fáceis de compreender, pois os pacientes costumam a perguntar sobre cada termino que desconhecem.
- Esclarecer que está proibido gravar um áudio com a explicação do profissional ou dar um xerox da história clínica.
- Detalhar os últimos resultados de exames feitos durante o plantão, quais as condutas que adotaram e que ficou pendente.
- Perguntar se tem outras dúvidas e explicar que o tempo é curto porque tem que atender outros familiares já que é o único horário de noticiar o que está acontecendo.

Diante disso, em outro plantão muito corrido haviam emergências chegando, pendências de sistemas, acompanhamento para exames de imagem e demais, por isso; a médica autorizou residentes, outros médicos e internos que estavam acompanhando determinado caso para falar com os familiares. A autora um pouco nervosa, adotou a mesma sequência com a diferença de expressar que fazia parte do equipe médico e conseguiu discutir o caso com a irmã da paciente, quem foi bem receptiva e compreendeu tudo, as dúvidas que surgiram foram apresentadas primeiro ao plantonista e depois a devolutiva com uma resposta legalmente profissional.

A escolha da medicina traz consigo a importância de adequar uma linguagem que não seja excessivamente técnica para que as orientações transmitidas sejam entendidas em toda sua totalidade pelo outro e seja um reflexo do compromisso tanto do bem-estar individual como o coletivo.

Essa habilidade de comunicação de maneira respeitosa e calma foi possível de observá-la na maioria dos médicos, poucos profissionais se negam a escutar o tomar o tempo necessário para esclarecer as interrogantes que leva cada pessoa. A

diferença também está em que o estudante tem mais tempo para se dedicar a 1 paciente se decide isso por plantão e que tal vez as responsabilidades são menores por não ser o CRM do dia, ainda assim a paciência e a eleição das palavras certas são apreendidas com cada conversa e vínculo formado antes, durante e depois da formação.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As expectativas contrastam da realidade. Apreendemos através das práticas o verdadeiro valor de dar um trato humanizado aos pacientes, independentemente de sua condição clínica. O módulo de urgência e emergência foi sinônimo de superação, autonomia e o tempo necessário de construção mental para reconhecer pacientes em condições graves de saúde e oferecer um atendimento adequado às necessidades de cada um. Além do conteúdo, houve um crescimento pessoal sobre como agir em situações difíceis e especialmente em aceitar a morte lamentavelmente está presente durante nossa trajetória profissional, assim como identificar as medidas que são realmente de conforto para o paciente e quais deveriam ser evitadas.

Considero o módulo parte fundamental do estudante porque permite adquirir habilidades e desenvolver a teoria com mais segurança, pois os plantões guiados por preceptores ajudaram na toma de decisões e condutas com mais facilidade. Gostei dessa metodologia que dá liberdade para atuar como médicos ainda sem ter o título e com a correção de verdadeiros profissionais.

Por outro lado, houve também situações desagradáveis em alguns ambientes de práticas já que alguns não gostam muito dos estudantes, mais quando é estrangeiro. Escutei equipe médica questionando-se sobre o país de origem de um médico plantonista para definir se era um bom profissional e quando se tratava de um hispano falante atribuíam o comentário 'com razão não sabe o que fazer', isso é xenofobia e transmite insegurança para quem ainda se está formando e pensa trabalhar e ficar no país. Também foram escutados comentários machistas por parte dos médicos. Acredito que a ideia aqui não é deixar a ninguém pelo chão porém se esse relatório é para expor as coisas da realidade que vivemos, essas são algumas das coisas chatas que aconteceram.

Em geral e como tudo, o papel do interno é estar disponível para pedidos simples, para escutar de uma pessoa experiente as melhores condutas de um caso clínico e ser disciplinado em conhecer teoricamente o necessário para ter a oportunidade de aplica-lo na pratica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Alexandre Rocha Santos Padilha. Ministério da Saúde | Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011**. 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 354, DE 10 DE MARÇO DE 2014**. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Págs. 95-108

CALDERARO, Marcelo *et al.* Coma e rebaixamento do nível de consciência. In: VELASCO, Irineu Tadeu *et al.* **Medicina de Emergência**: abordagem prática. 14. ed. Barueri (Sp): Manole, 2020. Cap. 10. p. 181-203.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Legislação Número 1805**. 2006.

Conselho Federal de Medicina, Mauro Luiz de Britto Ribeiro. **RESOLUÇÃO CFM nº 2.077/14**. 2014.

COSTA, Karine Campos; ORLOVSKI, Regiane. A Importância da Utilização do Software na Área da Saúde. **Revista Científica Semana Acadêmica**, Guarapuava, v. 1, n. 050, p. 1-10, mar. 2014.

FOZ DO IGUAÇU. PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU. **Comitê Municipal de Urgência e Emergência**. 2022.

Gilberto Occhi | Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 41, DE 31 DE OUTUBRO DE 2018**. 2018.

LINO, Carolina Arcanjo *et al.* Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 35, n. 1, p. 52-57, mar. 2011. FapUNIFESP (SciELO).

MACIEL, Marcus Vinicius de Andrade. Insuficiência cardíaca. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.L.], v. 93, n. 6, p. 146-152, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO).

Manual de Cuidados Paliativos / Coord. Maria Perez Soares D'Alessandro, Carina Tischler Pires, Daniel Neves Forte ... [et al.]. – São Paulo: Hospital SírioLibanês; Ministério da Saúde; 2020.

MELO, Nathalia Kellen Lucas de *et al.* Aspectos influenciadores da introdução alimentar infantil. **Distúrbios da Comunicação**, [S.L.], v. 33, n. 1, p. 14-24, 22 fev. 2021. Pontifical Catholic University of Sao Paulo (PUC-SP).

MIRANDA, Gabrielle Bonilha *et al.* PBL E A FORMAÇÃO EM MEDICINA: UMA ESTRATÉGIA DE ENSINO E AUTONOMIA DE APRENDIZAGEM. **XI Encontro Internacional de Produção Científica**, Maringá, v., n., p. 1-4, out. 2019.

NICOLAU, José Carlos *et al.* Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, Brasil, v. 1, n. 117, p. 181-264, 2021.

PORTO, Celmo Celeno *et al.* Coração: exame clínico. In: PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. **Semiologia Médica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Cap. 50, p. 441.

Protocolo de Via Aérea na Emergência – HCFMUSP. 2019.

SANTOS FILHO, Airton dos *et al.* O CONCEITO DE “VAGA ZERO” NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO SUS. **Conecta-Sus**, Goiás, 2020.

Sociedade Brasileira de Pediatria/ [organizadores Dennis Alexander Rabelo Burns ... [et al]]. – 4. Ed. – Barueri, SP: Manole, 2017. Seção 6, Cap. 1, Pág. 316.

UNA-SUS/UFMA, Redes de atenção a saúde e os serviços de urgência e emergência. In: UNA-SUS/UFMA. *Redes de Atenção à Saúde: Redes de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde*. São Luís: EDUFMA, 2018. P. 45-50

VERGARA, Andrea Zárate *et al.* GENERALIDADES DE UN PACIENTE AFEBRIL CON HEPATOESPLENOMEGALIA EN PEDIATRÍA. **Revista Pediatría Electrónica**, Chile, v. 17, n. 2, p. 39-45, 2020.