



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

CURSO DE MEDICINA

REBECA MONSERRAT FRANCO ACOSTA

**INTERNATO MEDICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS:
Vivências e experiências de uma interna**

Foz do Iguaçu
2022

REBECA MONSERRAT FRANCO ACOSTA

INTERNATO MEDICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS:
Vivencias e experiências de uma interna

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

Orientadora: Prof^ª. Me. Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu
2022

REBECA MONSERRAT FRANCO ACOSTA

INTERNATO MEDICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS:
Vivencias e experiências de uma interna

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

Orientadora: Prof^a. Me. Flávia Julyana Pina Trench

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof^a. Me. Rosana Álvarez Callejas
UNILA

Prof. Dr. Seidel Guerra Lopez
UNILA

Foz do Iguaçu, ___ de julho de 2022.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo da autora: Rebeca Monserrat Franco Acosta

Curso: Medicina

Documento de identificação (RG, CPF, Passaporte, etc.): 069.682.901-03

E-mail: rebefrancoac@gmail.com **Fone:** 45 991016142

Tipo de Documento

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Graduação | <input type="checkbox"/> Artigo |
| <input type="checkbox"/> Especialização | <input type="checkbox"/> Trabalho de conclusão de curso |
| <input type="checkbox"/> Mestrado | <input checked="" type="checkbox"/> Monografia |
| <input type="checkbox"/> Doutorado | <input type="checkbox"/> Dissertação |
| | <input type="checkbox"/> Tese |
| | <input type="checkbox"/> CD/DVD – Obras audiovisuais |

Título do trabalho acadêmico: Internato medico em urgência e emergência do sus: Vivencias e experiências de uma interna.

Nome da orientadora: Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: __/07/2022

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, __ de julho de 2022

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho aos pacientes que tive a oportunidade de atender e aos preceptores que ensinam diariamente a arte da medicina. Sem vocês nenhum aprendizado seria possível.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a minha professora orientadora pela constante orientação neste trabalho e, sobretudo, pela sua preocupação em ensinar e me tornar uma profissional preparada para o mercado de trabalho.

Aos pacientes, que muito me ensinaram mesmo em circunstâncias nas quais encontravam-se vulneráveis ou em sofrimento.

Aos preceptores de todos os cenários de prática que frequentei, pela paciência e dedicação no ato de ensinar as entrelinhas da profissão.

Aos professores da banca pelas orientações recebidas durante a defesa deste trabalho.

A minha colega, amiga e dupla de plantões, Adriana Zárate, pela parceria em todos os momentos vivenciados durante o estágio. E meus amigos da Casa 79, Aline Niz, Maria de Jesus Franco, Maria José Cardozo, Alex Niz, só tenho palavra de agradecimento por estar nesses dias de muito estresse e cansaço. Vocês pensaram que eu os tinha esquecido, meus queridos amigos e irmãos que me deram a faculdade e a vida, Walter Martinez, Elias Cardozo, Aidee Oviedo e Erica Espinoza que sem dúvida foram um suporte durante esse processo, obrigada queridos amigos.

Aos meus pais, Gregoria Acosta e Roberto Franco pela compreensão da minha ausência durante esses quase seis anos de jornada longe de casa, e por nunca ter desistido de apoiar meu sonho.

A minha irmã Maria Johana Franco Acosta por sempre me dar forças e principalmente por acreditar em mim e me apoiar em todos os sentidos, você sabe quanto sou grata com você e como eu te amo, obrigada por tudo.

Para meus irmãos Roberto Ezequiel Franco Acosta e Luis Enrique Franco Acosta pelo apoio e carinho de sempre, amo vocês.

Para meu avô José Eugenio Acosta que sempre que ia na minha casa de visita e chegava a hora de voltar derramava umas gotas de lágrimas e com olhos de tristeza falava para mim "*nda vya'i cheytama de rajy ehojeytama cheregui*" obrigada por tanto carinho e amor incondicional.

E não posso esquecer da minha estrelinha mais especial minha avó Tranquilina Flecha, que foi uma das pessoas mais importantes da minha vida sem dúvida ela foi uma das primeiras pessoas que acredito em mim e sem dúvida é uma

das principais pessoas que está torcendo desde o céu iluminando meus caminhos, te amo.

Para minha querida tia Raquel Pereira Silva, obrigada pela ajuda e pelo suporte que vocês me deram nesses dias de muito estresse e intensos da minha vida

Para meu tio Júlio Franco e minha avozinha Maria Franco, obrigada pelo amor e pela força de sempre

Como vou esquecer das minhas duas melhores amigas da minha cidade Paula Yanina Villasanti Jara, Ingrid Maria Arami Campuzano Araujo e do meu amigo da época do colégio Marcelo Ojeda pela amizade e apoio que me deram em todos esses anos e principalmente pela compreensão e força que sempre me deram, amos vocês meus queridos amigos.

Para minha cachorrinha Holly que foi um anjo que deus colocou no meu caminho em meio de tanto caos e me ajudou colocando uma luz nos momentos grises da minha vida, obrigada por ser o amor mais grande da minha vida e ser meu maior suporte.

Sou muito grata com todas essas pessoas e sem dúvida sempre vou ter a cada um de vocês no meu coração principalmente pelo significado que cada um de vocês tem ao longo dessa caminhada, cai e levantei muitas vezes e tudo isso sem dúvida não ia ser possível sem vocês, obrigada por tudo amo vocês.

A Deus, por me permitir e me dar forças para superar os obstáculos e realizar o sonho de me tornar Médica.

ANI REJEPY'APY
Sapy'ánte rehasava'erã heta mba'evai
Rehupyty hağua mba'e iporãvéva

ACOSTA, R. M. F. **Internato medico em urgência e emergência do sus: Vivencias e experiências de uma interna.** 2021. 90 pág. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) Universidade Federal da Integração Latino Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

RESUMO

O presente trabalho traz situações vivenciadas no decorrer do ano de 2021, durante o cumprimento do Internato em Urgência e Emergência, realizado nos cenários da rede de urgência e emergência de Foz do Iguaçu, quais sejam o Pronto Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), a base do Serviço de Atendimento Móvel a Urgências (SAMU), a Unidade de Pronto Atendimento João Samek e a Unidade de Pronto Atendimento Morumbi. Como objetivos, este trabalho busca analisar as situações vivenciadas pela acadêmica que proporcionaram maior dificuldade ou dúvidas no desenvolvimento do raciocínio clínico e no manejo do paciente, bem como pretende averiguar o conhecimento teórico em livros, artigos e portais de evidência clínica, os quais sustentem a conduta proposta pela equipe de saúde, para que assim a acadêmica possa construir de forma adequada sua vivência prática. Objetiva, ainda, expor a experiência pessoal em cada situação vivenciada, mostrando dificuldades e sentimentos que possam ter auxiliado ou atrapalhado no momento do atendimento, bem como realizar autoavaliação de forma coerente com o aprendizado adquirido ao longo do estágio, elencando fatores de crescimento e conhecimentos e habilidades que ainda precisam ser melhorados. Os casos clínicos expostos no presente trabalho tiveram participação da acadêmica durante o atendimento a pacientes nos cenários pré hospitalar e hospitalar, além da realização de procedimentos médicos sob supervisão médica. O estudo foi desenvolvido ao longo do ano de 2021, por meio de anotações sobre os casos clínicos vivenciados, atividades desenvolvidas e levantamento de pontos a serem revisados. Denota se que muitas atividades foram desenvolvidas ao longo do estágio, sendo perceptível o crescimento da acadêmica, sempre tentando relacionar a teoria estudada com os casos clínicos vistos. Importante salientar que existem vários pontos nos quais ainda são necessários dedicação e estudo, tendo a acadêmica se esforçado para que isso aconteça de forma eficiente.

Palavras-chave: Internato. Urgência. Emergência. Medicina.

ACOSTA, R. M. F. **Medical internship in urgency and emergency of the SUS: experiences and experiences of an intern.** 2021. 90 pg. Completion of course work (Graduate in Medicine) Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguaçu, 2022.

ABSTRACT

The present work brings situations experienced throughout 2021 year, during the accomplishment of the Internship in Urgency and Emergency, performed in the scenarios of the urgency and emergency network of Foz do Iguaçu, which are the Emergency Room of the Padre Germano Lauck Municipal Hospital (HMPGL), the base of the Mobile Emergency Care Service (SAMU), the João Samek Emergency Care Unit and the Morumbi Emergency Care Unit. As objectives, this work seeks to relate situations experienced by the academic who offered greater difficulty or doubt in the development of clinical reasoning and patient management, as well as intends to evaluate the theoretical knowledge in books, articles and clinical evidence portals, which support the conduct proposed by the health team, so that academics can construct their practical experience properly. It also aims to report the personal experience in each situation experienced, showing difficulties and feelings that may have helped or hindered at the time of service, as well as conducting self-assessment in a manner consistent with the learning acquired during the internship, listing growth factors, knowledge and skills that still need improvement. The clinical cases exposed in this report had the participation of the academic during the care of patients in the prehospital and hospital areas, in addition to performing medical procedures under medical supervision. The work was developed throughout 2021, through notes on the clinical cases experienced, activities developed and survey of points to be reviewed. It is noted that many activities were developed during the internship, with noticeable academic growth, always trying to relate the theory studied with the viewed clinical cases. It is important to point out that there are several points in which dedication and study are still needed, and the academic has endeavored to make this happen efficiently.

Key-words: Internship. Urgency. Emergency. Medicine.

ACOSTA, R. M. F. **Internado médico en urgencia y emergencia del SUS: vivencias y vivencias de un interno.** 2021. 90 pág. Finalización del trabajo de curso (Graduado en Medicina) Universidad Federal de Integración Latinoamericana, Foz do Iguazú, 2022.

RESUMEN

El presente trabajo trae situaciones vivenciadas durante el año 2021, durante la realización del Internado en Urgencia y Emergencia, realizado en los escenarios de la red de urgencia y emergencia de Foz do Iguazú, a saber, la Sala de Emergencia del Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), la base del Servicio de Atención Móvil de Emergencia (SAMU), la Unidad de Atención de Emergencia João Samek y la Unidad de Atención de Emergencia Morumbi. Como objetivos, este trabajo busca analizar las situaciones vividas por el académico que brindaron mayor dificultad o dudas en el desarrollo del razonamiento clínico y manejo del paciente, así como pretende verificar los conocimientos teóricos en libros, artículos y portales de evidencia clínica, que sustentan la conducta propuesta por el equipo de salud, para que el académico pueda construir adecuadamente su experiencia práctica. También pretende exponer la experiencia personal en cada situación vivida, mostrando dificultades y sentimientos que pueden haber ayudado o dificultado en el momento de la atención, así como realizar una autoevaluación de forma coherente con los aprendizajes adquiridos durante las prácticas., enumerando los factores de crecimiento y el conocimiento y las habilidades que aún deben mejorarse. Los casos clínicos expuestos en el presente trabajo contaron con la participación del académico durante la atención de pacientes en los escenarios prehospitalario y hospitalario, además de la realización de procedimientos médicos bajo supervisión médica. El estudio se desarrolló a lo largo del año 2021, a través de apuntes de los casos clínicos vividos, actividades desarrolladas y relevamiento de puntos a revisar. Se nota que a lo largo de la pasantía se desarrollaron muchas actividades, y se notó el crecimiento académico, tratando siempre de relacionar la teoría estudiada con los casos clínicos vistos. Es importante señalar que hay varios puntos en los que aún es necesaria la dedicación y el estudio, y el académico se ha esforzado para que esto suceda de manera eficiente.

Palabras clave: Pasantía. Urgencia. Emergencia. Medicamento.

ACOSTA, R. M. F. **Internato médico em urgência e emergência do sus: Vivências e experiências de uma interna.** 2021. 90 pág. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) Universidade Federal da Integração Latino Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

MOMBYKY

Ko tembiapo ko'ágãgua ogueru situación ohasáva ary 2021 jave, omoañetévo Práctica en Urgencia y Emergencia, omotenondéva umi escenario red de urgencia ha emergencia Foz do Iguaçu, ha'éva Sala de Emergencia Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), base del Servicio Móvil de Atención de Emergencia (SAMU), Unidad de Atención de Emergencia João Samek ha Unidad de Atención de Emergencia Morumbi. Péicha objetivo, ko tembiapo oheka ohesa'yjijo situación ohasáva académico ome'ëva tuichavéva dificultad téra duda desarrollo razonamiento clínico ha gestión paciente, avei orekóva intención overifica umi conocimiento teórico umi aranduka, artículo ha portal de evidencia clínica, oipytyvõva ko conducta oproponeva equipo de salud, ikatu haguã académico omopu'ã adecuadamente experiencia práctica orekóva. Avei hambipotápe oime oikuaauka experiencia personal peteítei situación ohasávape, ohechaukáva apañuãi ha temiandu ikatúva oipytyvõ téra ohapejoko oñeñangareko jave, avei omotenondévo autoevaluación de manera ojoajúva aprendizaje ojuhupytýva pasantía jave, omoïvo umi mba'e okakuaáva ha mba'ekuaa.ha katupyry tekotevéva gueteri oñemyatyrõ. Umi káso clínico ojehechaukáva ko'ágã tembiapo orekóva participación académico oñeñangarekóvo umi paciente escenario prehospitario ha hospitalario, además de ejecución umi procedimiento médico supervisión médica poguýpe. Ko estudio oñemotenonde ary 2021 pukukue, umi nota rupive umi káso clínico ojehasáva, umi actividad omoheñoiva ha encuesta de puntos ojehechava'erã. Ojekuaa heta tembiapo oñembosako'i hague pasantía pukukue javeve, ha ojehechakuaa okakuaaha académico, akóinte oñeha'ãvo ombojoaju teoría oñeestudiáva umi káso clínico ojehecháva ndive. Tuicha mba'e ojehechauka oïha heta punto oñeikotevéva gueteri dedicación ha estudio, ha académico oñeha'ãmbaite oiko haguã eficientemente péva.

Ñe'ë tenondegua: Prácticas. Urgencia rehegua. Ojapuráva. Pohanokuaa.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
APS	Atenção Primária à Saúde
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
HGT	Hemoglicoteste
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
IOT	Intubação Orotraqueal
PS	Pronto Socorro
REG	Regular estado geral
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único De Saúde
TEC	Tempo de Enchimento Capilar
UE	Urgência e Emergência
UPA	Unidade de Pronto atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
UBS	Unidade de Suporte básico

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Rede de urgência e emergência	19
Figura 2. Esquema de tratamento para Tuberculose	53
Figura 3. Fluxo do tratamento.....	54
Figura 4. Plantão coronavírus.....	64
Figura 5. Fotos da barreira sanitária.....	64
Figura 6. Imagens dos ilustrativas	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Fatores relacionados a infecção urinaria complicada e não complicada ..	47
Tabela 2. Sinais e sintomas de ITU baixa e alta	48
Tabela 3. Drogas mais utilizadas na IOT nas UPAs e PS geral.....	72
Tabela 4. Procedimentos	73
Tabela 5. Ações elaboradas como estratégia para a melhoria da assistência em saúde mental.	85

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	DESENVOLVIMENTO.....	19
2.1	CAPITULO	19
2.1.1	REDES DE ORGANIZAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	19
2.1.2	CENÁRIOS DA REDE	20
2.2	ABORDAGEM INICIAL AO PACIENTE.....	22
2.2.1	CASOS CLÍNICOS.....	24
2.2.1.1	Caso de Acidente cérebro vascular.....	24
2.2.1.2	Caso de desequilíbrio hidroeletrólítico.....	30
2.2.1.3	Caso de tumor cerebral	35
2.2.1.4	Caso de transtorno depressivo.....	41
2.2.1.5	Caso de infecção do trato urinário.....	45
2.2.1.6	Caso de tuberculose.....	50
2.2.1.7	Caso de transtorno depressivo + suicídio	55
2.2.1.8	Caso de COVID-19	60
2.3	RELATO VIVENCIAL E EXPERIÊNCIA NA PANDEMIA COVID-19.....	64
2.4	PROCEDIMENTO DURANTE UE	71
2.4.1	INTUBAÇÃO COM SEQUÊNCIA DE DROGAS.....	71
2.5	PROCEDIMENTO INVASIVOS REALIZADOS	73
2.5.1.1	Acesso venoso periférico: tremedeira e tremedeira	74
2.5.1.2	Coleta de gasometria: rindo porem de nervosa.....	75
2.5.1.3	Sonda Nasogástrica: ela é sempre nervosa assim? Não, só quando ela tem que passar a sonda nasogástrica	77
2.5.1.4	Extração de corpo estranho: olhos que não vê, coração que não sente 78	
2.5.1.5	Intubação orotraqueal: Eu não estou mais em um estado de nervos, já estou em um continente de nervos	79
2.5.1.6	Suturas: dos criadores de: eu avisei, vem aí: feito	81
2.6	PROPOSTA COM SOLUÇÕES DOS PROBLEMAS LEVANTADOS NAS UPAs, SOBRE O ATENDIMENTO A PACIENTES PSIQUIÁTRICOS	83
2.6.1.1	Em procura de melhora na humanização na assistência de pacientes com doenças psiquiátricas que procuram atendimento nas UPAs.....	83
2.6.1.2	Problemas levantados	84

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIA	90

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho apresenta os conhecimentos, habilidades, atividades e destrezas desenvolvidas durante o módulo de “Internato Médico em Urgência e Emergência SUS - 2021/2”, realizado em três locais de atuação diferentes que são UPA João Samek, UPA Dr. Walter Barboza e no Hospital Municipal Padre Germano Lauck

Segundo o dicionário Aurélio (2015, p 87) a urgência pode ser definida como “qualidade do que é urgente, com necessidade imediata”, ou seja, denota apenas uma necessidade de ação rápida, enquanto emergência é derivada do verbo emergir, isto é, surgimento ou aparecimento de algo, de forma repentina e inusitada, característica não observável na definição da urgência.

O atendimento às Urgências e Emergências, além de estratégico, é um dos pilares do SUS como parte do planejamento de saúde, a sua prática abrange desde os cuidados pré-hospitalares até o atendimento hospitalar, requerendo conhecimentos de todas as especialidades intimamente relacionadas a ela.

Assim, o objetivo deste trabalho é descrever as nossas vivências e experiências adquiridas no transcurso do módulo, além de elaboração e discussão de casos clínicos, procedimentos abordados, funcionamento da rede e regulação de pacientes nos centros assistenciais. De essa maneira tentar construir um raciocínio clínico através dos nossos conhecimentos construídos ao longo do curso e levar tudo isso a prática da melhor maneira possível.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Capítulo

Figura 1. Rede de urgência e emergência



Fonte: Ministério de saúde, 2014.

2.1.1 Redes de organização de urgência e emergência

A importância destas duas categorias como da urgência e emergência para a área de saúde são de muita relevância, sendo assim é indispensável que a equipe de trabalhadores da saúde encarregada de lidar com tais situações, saibam diferenciar as prioridades para cada um dos atendimentos, notabilizando os casos que trazem maior gravidade.

Desse modo, o Ministério da Saúde lançou a organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS), a qual não somente apresenta-se como uma prioridade, mas também uma necessidade premente, de modo a intervir de forma organizada e efetiva sobre tais doenças e agravos. (BRASIL, 2013).

Os serviços que acompanho ao longo do módulo que fazem parte da rede de atenção as urgência e emergência vinculadas ao SUS de Foz do Iguaçu-Pr, são: o Serviço de atendimento móvel SAMU, UPAs (João Samek e Dr Walter Cavalcante Barbosa) e o PS Geral que fica no HMPGL. Além deles também formão parte da rede o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC), onde situa-se a Unidade de Terapia

Intensiva (UTI) coronariana e a unidade de atendimentos em obstetrícia e oncologia, o Serviço de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) vinculado ao corpo de bombeiros e a APS. Recordando que a Atenção Primária de Saúde (APS) desempenha um papel importante, já que ele é a principal porta de entrada de agravos à saúde, sendo o ponto inicial de muitos fluxos de atendimento dentro da rede, tendo como exemplo pacientes que vão à procura de atendimento apresentando crise hipertensiva, geralmente muitos deles vão ao posto de saúde e dependendo da piora são encaminhados ao demais locais de atendimento, além das diversas demandas que podem se apresentar, são eles a primeira busca de respostas que os pacientes vão procurar.

Segundo o Art.3 da portaria N.1600, de 7 de julho de 2011 diz que a rede visa articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna, em todo o território nacional, respeitando-se os critérios epidemiológicos e de densidade populacional, através das diretrizes que norteiam a implementação das RUE, como a universalidade, equidade e integralidade, tentando abranger todos os pontos de atenção através do acolhimento formando relações horizontais, tendo a atenção básica como centro de comunicação. Assim garantir a efetivação, regionalização e organização, centralizando nas necessidades de saúde da população. Fomentando a coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimentos as necessidades coletivas através da qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores. Conforme as peculiaridades de cada caso e de cada usuário.

2.1.2 Cenários da rede

SAMU: ele constitui em um tipo de atendimento móvel prestando um serviço de atendimento pré-hospitalar em caso de emergência, praticamente é um caminho que agiliza o atendimento e piora dos quadros dando o primeiro suporte, o paciente solicita ajuda via acesso telefônico, ligando ao 192 sem esquecer que é uma ligação gratuita. Ele é o principal centro médico de regulação que tem como responsabilidade realizar a coordenação do serviço, o contato é feito via telefônica onde ele faz um tipo de filtração tem em conta as necessidades e prioridade de cada paciente, depois

definem o fluxo que tem que seguir. Uma vez identificada uma urgência, deve ser classificada em níveis, para identificar a prioridade de acordo a cada caso. O **Nível 1** é a prioridade absoluta; o **Nível 2** a urgência de prioridade moderada; o **Nível 3** de prioridade baixa e o **Nível 4** com urgência de prioridade mínima.

Um exemplo que já vivencie na UPA João Samek foi de um paciente suspeito de CA do intestino precisava ser transferido o Hospital Padre Germano Lauck para uma melhor investigação do caso, porém a vaga foi negada e falaram que era para encaminhar o paciente no HMCC no setor oncológico, porém eles não aceitaram a vaga por que o TC que foi feito deu inclusivo e solicitaram uma RM e após disso eles iam a estudar a probabilidade de aceitar o paciente dependendo da gravidade do quadro, nesse caso o plantonista não sabia o que fazer já que o paciente estava muito instável e precisava de um suporte mais complexo, nesse momento ligou ao SAMU e pediu orientações de como regular o paciente nesse caso, eles solicitarão a vaga Zero, que de acordo com a Resolução do CFM 2.110/2014, é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências. Depois disso foi orientado cancelar o pedido de vaga que foi feito e refazere-lo, passaram uma hora aproximadamente e foi aceito a vaga posterior transferência do paciente. Nesse caso podemos perceber o quão importante é a regulação correta do centro de regulação do SAMU.

Outro exemplo que gostaria de compartilhar e acho de muita importância ressaltar são os pacientes que procuram atendimento com urgência cardíaca e precisam de rápido atendimento, acho que esse caso é um dos casos mais comuns que achei nas UPAs, principalmente aqueles pacientes que apresentam ICC descompensada ou no caso pacientes com IAM, que aguardam horas e horas para serem aceitos no HMCC No setor de Cardiologia, na maioria das vezes, não aceitam a vaga e no final é o paciente que coloca em risco a sua saúde pela falta de resolutividade dos demais setores. Inclusive posso ressaltar que já vi pacientes morrer por causa da demora no atendimento, nesse caso acho que seria fundamental que o centro de regulação seja mais exigente dessa maneira talvez o fluxo seja melhorado e respeitado, como não está acontecendo na maioria dos casos que precisam ser encaminhados para o setor da cardiologia.

O SAMU conta com dois tipos de moveis assistências para os serviços, que são: A Unidade de Suporte Básica (USB), que está composto por um técnico de

enfermagem e motorista treinado para suporte. E a Unidade de Suporte Avançado (USA) que apresenta mais equipamentos e está composta por médico, enfermeiro e motorista treinado para brindar suporte. No total a cidade da Foz do Iguaçu opera com (2) USA e (4) USB. Cada um dos moveis são enviados para os serviços dependendo do quadro clinico do paciente. Em Foz do Iguaçu o tempo de percorri mento do atendimento do local até a referência da assistência não deve ultrapassar os 30 minutos.

Em resumo, o fluxo do atendimento e regulação dependente totalmente da eficácia e resolutividade do SAMU, para assim manter um equilíbrio na organização do serviço de saúde dentro da cidade.

2.2 Abordagem inicial ao paciente

Um dos aprendizados mais importantes durante o ano de estágio foi sobre a abordagem inicial ao paciente crítico. Para isso, primeiramente, vislumbrou-se a necessidade de compreender o conceito de paciente crítico, o qual é definido como aquele que “apresenta manifestações nos sistemas cardiovascular, respiratório e/o sistema nervoso central” (MARTINS, 2017).

Essa identificação do paciente critico pode ser feita por meio da simples observação de sinais e sintomas como por exemplo rebaixamento do nível de consciência, alteração importante dos sinais vitais, obstrução de vias aéreas, dor torácica, intoxicações agudas, dor intensa, déficit focal agudo, convulsões, entre outras.

Após a identificação e reconhecimento do paciente crítico, é necessário elencar prioridades, ou seja, escolher quais medidas serão tomadas inicialmente pelo médico e pela equipe de saúde. Assim, o primeiro passo durante um atendimento, em qualquer cenário de prática, consiste em checar a responsividade do paciente. Na maioria das vezes, o profissional faz isso sem nem perceber, como na situação em que indaga se ao paciente “qual seu nome” e o mesmo responde prontamente. Outras vezes, trona se necessário checar de forma mais enfática, como por exemplo sacudindo o paciente para verificar se há resposta.

Caso o paciente não apresente resposta, inicia se o protocolo de parada cardiorrespiratória, conforme estabelecido pelo Suporte de Vida Avançado em Cardiologia (ACLS), tema abordado de forma específica na página 15 deste relatório.

Na hipótese de haver resposta, iniciamos o chamado M.O.V, sigla que significa Monitorização, Oxigênio e Veia. É importante monitorar a pressão arterial, oximetria de pulso e a parte cardíaca, pois é por esses parâmetros que conseguimos verificar os principais sinais vitais, os quais já nos mostram como aquele paciente encontra se no momento. Ofertar oxigênio ao paciente também é crucial, principalmente quando a saturação periférica for menor que 90%. Ainda, devemos solicitar dois acessos venosos periféricos, de bom calibre, para administrar rapidamente cristaloides ou medicações caso seja necessário.

Outro ponto importante é a aferição da glicemia capilar. Muitas situações verificadas na emergência ocorrem em virtude de hipoglicemia ou hiperglicemia, as quais podem ser fator de confusão ao examinador. Por exemplo, um quadro de hipoglicemia que evolui com rebaixamento do nível de consciência pode ser confundido com um quadro de acidente vascular cerebral, modificando todo manejo inicial deste paciente, inclusive com a solicitação de exames complementares desnecessários. A simples medida da glicemia capilar poderia evidenciar a baixa de glicose e apenas a administração de glicose e tiamina poderia ser resolutive como tratamento.

O próximo passo é a realização da anamnese denominada ampla, conforme ensina a professora Jadete Barbosa Lampert. Nessa arguição, o médico precisa abordar pontos chave na sala de emergência: alergias, medicações em uso, patologias anteriores, líquidos e alimentos consumidos, ambiente ou eventos relacionados ao quadro clínico (LAMPERT, 2010). Somente após a estabilização do paciente e controle do quadro clínico, devemos aprofundar a anamnese, buscando outras questões que possam ser importantes no contexto.

De acordo com a anamnese ampla, passamos ao momento de realizar exame físico no paciente. Busca se achados que justifiquem a clínica apresentada e auxiliem na solicitação de exames complementares e instituição da terapia adequada. Logo após, solicita se os exames de acordo com a suspeita clínica, incluindo exames laboratoriais, de imagem ou o que mais for necessário (desde que esteja disponível na rede).

Pronto! Já fizemos o M.O.V., medimos a glicemia capilar, coletamos a anamnese, examinamos o paciente e pedimos os exames complementares de acordo com a suspeita clínica e a necessidade de cada caso. O paciente recebeu o primeiro atendimento de forma adequada e agora é só seguir o protocolo de acordo com cada

caso clínico, pois cada situação evidencia um manejo diferente. E claro, sempre ficar de olho e reavaliar o paciente, pois a situação pode evoluir de forma inesperada a qualquer momento.

Essa organização de passos precisa estar bem sedimentada, pois precisa fluir naturalmente durante o atendimento ao paciente crítico. Percebe se que no decorrer deste ano houve melhora da habilidade de realizar esse manejo inicial de pacientes, pois os passos necessários ao atendimento já surgiam na mente de forma automática. Isso é muito bacana, pois pode se observar o crescimento da estudante quando comparado ao módulo de urgência e emergência do pré internato no ano anterior, momento em que tudo ainda era muito confuso e difícil de aplicar na prática diária.

2.2.1 Casos clínicos



2.2.1.1 Caso de Acidente cérebro vascular

Anamnese

Identificação

V.T, idoso, 72, masculino, natural e residente de Foz do Iguaçu há 72 anos, aposentado.

Queixa principal

“formigamento das mãos”

História da Doença Atual

Paciente idoso, diabético e hipertenso trazido pelo SAMU encaminhado da UPA Samek, relata que há 3 dias começou a apresentar adinamia, parestesia e perda da

força muscular do membro superior e inferior esquerdo, sendo levado pela filha em busca de atendimento na UPA Samek, porém com melhora dos sintomas no mesmo dia. Nega cefaléia e outros sintomas neurológicos. Em conversa com a filha a mesma relata que há 12 anos o mesmo tinha apresentado ACVI e logo disso fez acompanhamento com o neurologista, o mesmo fazia tratamento com fenitoina e foi suspensa pelo neurologista há 3 meses atrás.

História da Patologia de Progresso

Diabetes, hipertensão, AVCI há 12 anos, labirintite.

História Familiar

Pai e Mãe com hipertensão.

Hábitos da Vida

Nega tabagismo, etilismo e uso de drogas.

Alergia

Nega alergia a medicações.

Exame Físico

SSVV: FC: 71 // SatO2 96% em AA // PA: 170/84 mmHg // FR: 18 irpm // Tax 36°C // HGT 190.

Ectoscopia: BEG, LOTE, anictérico, acianótico, normocorado, hidratado, eupneico em AA.

Neuro: Glasgow 15/15, pupilas isofotorreagente. Força dos membros superiores e inferiores direito preservados e membros superior e inferior esquerdos levemente reduzidos 1+/4+.

ACV: BNF, RR em 2t, não escuto sopros. TEC < 3S

AP: MV+, sem RA. Ausência de esforço respiratório.

ABD: Globoso, depressível, RHA+. Sem dor na palpação superficial e profunda, não palpo massas ou viceromegalias. Blumberg e Giordano negativo.

Extremidades: Pulsos cheios e simétricos. Edemas ausentes. Panturrilha livre.

Exames complementares e laboratoriais

TC de Crânio 15/11: Sulcos e fissuras cerebrais sem anormalidades. Pequeno foco de hemorragia intraparenquimatosa observada no tálamo esquerdo medindo 7 mm. Tronco cerebral e cerebelo sem alterações. Cisternas da base preservadas. Sistema

ventricular com morfologia, dimensões e topografia normais. Ausência de coleções intra ou extra axiais. Opinião: Estudo tomográfico crânio mostra pequeno foco de hemorragia intraparenquimatosa no tálamo esquerdo.

Lab. 15/11: hemograma sem alterações, leucograma não infeccioso, função renal preservada, sem distúrbio eletrolítico, CPK/CKMB dentro da normalidade, PCR conservado.

Avaliação

Paciente idoso, hemodinamicamente estável sem uso de DVA, no momento da avaliação encontra-se choroso porem colaborativo, referindo um leve formigamento do membro inferior esquerdo, sem outras queixa no momento.

Diagnostico sindrômico:

- Acidente vascular cerebral

Hipótese diagnóstica:

- AIT?
- ACVI?
- ACVH?

Diagnostico diferencial:

- Hipoglicemia
- Sincope
- Meningite
- Neoplasia

Conduta

- Suporte clínico.
- Solicito ECG e RX do tórax.
- Solicito TC Crânio.
- Solicito avaliação de Neurologista
- Prescrevo AAS 100 mg/dia e 40 mg/dia de Sinvastatina.

- Profilaxia gástrica: Omeprazol de 20 mg/dia
- Prescrevo sintomáticos.
- Reavalio após
- Vigiar padrão neurológico, respiratório e infeccioso.

Discussão do caso

Na abordagem inicial do evento agudo quando o paciente procura atendimento com quadro clínico sugestivo de AVC, já seja em qualquer unidade de atendimento, a equipe tem realizar o primeiro atendimento, realizando a avaliação dos sinais vitais principalmente da glicemia e da pressão arterial como assim também fazer um exame neurológico bem detalhado e encaminhar o paciente para emergência através do SAMU o mais rápido possível, para assim definir exatamente qual é o tipo de AVC e manejo adequado que deve ser feita por que quanto mais rápido seja, melhor é o prognóstico do paciente.

Os acidentes vasculares cerebrais (AVC) são lesões secundárias a um mecanismo vascular, com instalação de um déficit neurológico focal, não convulsivo e repentino, com duração maior que 24 horas ou com alterações de imagem. Pode ser classificado entre isquêmico ou hemorrágico.

O AVC isquêmico é o mais freqüente e ocorre quando há obstrução da irrigação sanguínea de determinada área cerebral. Em geral, a isquemia é de origem trombótica, usualmente por processo de aterosclerose, ou embólica, quando trombos de origem cardíaca ou arterial, como as carótidas, migram para as artérias encefálicas.

O AVC hemorrágico pode se manifestar como hemorragia subaracnóidea ou hemorragia cerebral (intraparenquimatosa). A primeira ocorre quando há extravasamento de sangue para o espaço subaracnóideo, geralmente por ruptura de aneurisma intracraniano. A hemorragia cerebral é a principal forma de AVC hemorrágico e usualmente está associada à hipertensão arterial.

No caso de AVC isquêmico, o paciente deverá ser avaliado para a possibilidade de trombólise endovenosa dentro de 4 a 5 horas do início dos sintomas, já no caso de AVC hemorrágico estudo de vasos, avaliação do neurocirurgião e monitorização são necessárias.

Nesse caso em particular o paciente já se encontrava em atendimento na UPA SAMEK após de uma hora de ter começado a apresentar os sintomas segundo o que foi conversado com o médico, que no momento da avaliação e do exame físico

neuroológico o paciente não apresentava nenhum déficit motor focal, então ele sugeriu que fosse mais uma AIT (Acidente isquêmico transitório) tendo em conta que até em 24 horas o déficit pode regredir, mantendo a seguinte conduta, se melhora alta no dia seguinte, porém desde meu ponto de vista o caso precisava de uma melhor abordagem e conduta por exemplo, eu tinha sugerido fazer uma TC de crânio para descartar qualquer evento que possa reduzir a possibilidade de AVCI novamente, tendo em conta os fatores de risco como as comorbidades e o histórico de AVCI que ele já teve, porém o médico falou para mim que não precisava já que ele estava bem, outro ponto que foi desconsiderado foram os picos hiperglicêmicos que o paciente estava apresentando, já que no momento que fui a avaliar o paciente apresentava 260 de glicemia e segundo o que achei no prontuário até o momento sem correção desde a chegada do paciente, tendo em conta que a hiperglicemia é deletéria na fase aguda do AVC, independentemente da idade do paciente ou da extensão e tipo do AVC (isquêmico ou hemorrágico), então também questionei essa parte, sem muitas respostas favoráveis e com muitas dúvidas então refiz o exame físico e neurológico além de fazer a aplicação da escala de Cincinnati, porém sem alterações que possam ajudar para que o médico reconsidere a possibilidade de fazer uma TC, depois disso o Dr falou pra mim que se poderia ir a conversar com os familiares e explicar a conduta que seria feita, sem muitas opções fui lá e conversei com os familiares, na conversa a filha referiu a preocupação sobre o quadro do pai e se tinha alguma possibilidade de fazer uma TC, falei com ela o que o médico tinha passado pra mim porém que ia tentar ajudar ela e falar com o médico mas que a conduta não era minha e muita coisa não dependia de mim. Dos dias após do acontecido estava de plantão no PS do HMPGL, nesse momento chegou um paciente e o plantonista do turno falou pra mim fazer a avaliação e evolução do paciente que era um caso de AVCH, no momento que olhei o paciente fiquei muito impactada já que era o mesmo paciente que tinha avaliado uns dias atrás na UPA, no momento que ia começar a avaliação do paciente a filha entrou na sala e nesse momento começou a me falar que por minha culpa o pai dele estava nessa situação (ela tinha lembrado de mim) que se eu tivesse solicitado o TC no momento que ela falou para mim nada disso deveria ter acontecido, depois disso eu fiquei muito constrangida com a situação, então fui a falar com o plantonista e falei do acontecido com a filha e do desenvolvimento do caso, nesse momento ele me falou que não foi minha culpa que era para eu tomar o caso já que eu conhecia tudo e que a conduta que eu tinha sugerido no começo foi o correto então

que eu poderia ter ficado tranquila, então retomei o caso e comecei tudo de novo, fazendo o exame físico e neurológico porem sem alterações significativas novamente, aguardando avaliação do neurologista, já que o TC que foi feito estava apresentando um AVCH intraparenquimatosa no tálamo esquerdo. Em conversa com o neurologista ele orientou manter conduta conservadora, controle pressórico e da glicemia pressão e repetir TC após 48hs se não tiver e novas alterações no TC, cogitar alta.

Pontos negativos importantes a ressaltar:

- Manejo inadequado no primeiro contato do paciente na UPA
- Pouca importância para a investigação etiológica do caso no primeiro momento do atendimento.
- Falta de qualidade no diagnostico inicial
- Falta de controle rigoroso da pressão arterial e da glicemia
- Limitação de comunicação medica - familiar (desde meu ponto de vista acho que os familiares no primeiro momento precisavam de uma melhor explicação do quadro do paciente, pela minha parte tentei explicar e deixar o mais claro possível, mas mesmo assim eles referiam a necessidade de falar com o médico responsável porem não tiveram uma resposta favorável)
- Não dar a devida importância na realização de exames complementares (no caso do TC de crânio) nesse caso em particular independente do tempo da realização do exame a conduta não ia ser diferente já que a zona comprometida não foi muito extensa e a probabilidade de evoluir em piora eram mínimas segundo o que o médico tinha explicado para mim, porem mesmo assim a conduta certa ia ser deixar em observação por 48 horas e fazer após e se não tiver nenhuma alteração dar alta, mas a conduta inicial pensada foi outra, só pela insistência dos familiares foi feito o exame.

Pontos positivos importantes a ressaltar:

- Importância ao tempo de atendimento, por que quanto mais demora mais possibilidade que o paciente desenvolva sequelas importantes que podem ser evitadas com um rápido manejo.
- Abordagem imediata no momento da chegada no PS do HMPGL
- Conduta abordada de maneira concisa que batia com a realidade do caso.

- Debate do caso durante a visita com os médicos foi muito enriquecedor para o melhor entendimento da conduta e posterior desenvolvimento do quadro clínico do paciente.
- Não esquecer a angiotomografia cerebral e ressonância magnética do encéfalo que em alguns casos são fundamentais.
- Importância do conhecimento dos protocolos de AVCi e ACVh para uma melhor abordagem dos casos e direcionamento das condutas.

2.2.1.2 Caso de desequilíbrio hidroeletrólítico

Anamnese

Identificação

A.O, idoso, 72, masculino, natural de São Paulo e residente de Foz do Iguaçu há mais de 30 anos, aposentado.

Queixa Principal

“perda da consciência”

História da Doença Atual

Paciente idoso, diabético e hipertenso trazido pelo SIATE, devido a quadro de rebaixamento do nível de consciência na residência. A filha relata que hoje (07/11) ao chegar na casa o pai relatou estar sentindo tontura após tomar os medicamentos conforme costume, começou apresentar perda súbita de consciência associada a rigidez de MMSS e manteve de olhos fechados durante o episódio. Nega quadro semelhante anteriormente e possibilidade de abuso de substância. Nega febre, náuseas, vômitos e convulsões. Não apresentou liberação esfíncteriana. Em conversa com a filha a mesma relata que há 32 anos o paciente teve um acidente de trânsito e depois de uns 2 meses após o acidente começou apresentar alucinações, delirium e sensação de perseguição pelo motivo que foi diagnosticado com esquizofrenia com tratamento há 30 anos. Segundo a filha mantendo uma vida normal sem intercorrência até hoje.

História da Patologia Progresso

Diabetes, hipertensão, esquizofrenia, hipotireoidismo, depressão

História Familiar

Pai sem comorbidades e Mãe com hipertensão.

Hábitos da Vida

Nega tabagismo, etilismo e uso de drogas.

Medicamentos Uso Controle

Olanzapina, risperidona, haloperidol, biperideno, glifage, losartana, Nifedipino, omeprazol, duxazosina, fluoxetina, levotiroxina

Alergia

Nega alergia a medicações.

Exame Físico

Neuro: Paciente sedado apresentando RASS -3, pupilas mióticas e não foto reagente.

ACV: BNF, RR em 2t, não escuto sopros. TEC < 3S

AP: MV+, sem RA. Ausência de esforço respiratório.

ABD: Globoso, depressível, RHA+. Sem dor na palpação superficial e profunda, não palpo massas ou viceromegalias. Blumberg e Giordano negativo.

Extremidades: Pulsos cheios e simétricos. Edemas ausentes. Panturrilha livre.

Exames complementares e laboratoriais:

TC de Crânio 08/11: sem alterações significativas

Lab. 08/11: hemograma anemia normo-normo, plaquetograma sem alterações, leucograma não infeccioso, função renal preservado, eletrólito com necessidade de correção apresentando hiponatremia grave (Na 109), PCR conservado.

Avaliação

Paciente idoso, sedado RASS -3, hemodinamicamente estável sem uso de DVA, no momento da avaliação começou apresentar piora da confusão mental, rigidez do corpo e dificuldade para respirar, ficando a saturação muito instável, em conversa com o plantonista pela piora do quadro decidiu intubar o paciente. Pela avaliação do neurologista foi orientado, correção de distúrbio metabólico, sem necessidade de conduta neurológica.

Diagnostico sindrômico

- Síndrome de secreção inadequada de lá hormona antidiurética (SIADH)

Hipótese diagnóstica

- Hiponatremia - Sec. a medicações?

Diagnostico diferencial

- Hiponatremia hipertônicas
- Pseudo-hiponatremia

Conduta

- Suporte clínico.
- Manter sedação
- Manter PAM maior a 65 mmhg
- Ajuste de VM conforme gasometria
- Solicito ECG e RX do tórax.
- Solicito exames de rotina e gasometria
- Solicito TSH, PRO-BNPI, Hb glicada
- Solicito vaga para UTI
- Prescrevo profilaxias
- Prescrevo dieta enteral
- Início reposição de Na⁺
- Iniciar dieta enteral
- Quantificar diurese
- Vigiar padrão neurológico, respiratório e infeccioso.

Discussão do caso

Os desequilíbrios hidroeletrolíticos estão entre os principais problemas clínicos encontrados na emergência e podem ser fatais se não corrigidos adequadamente, eles têm um papel importante na manutenção da homeostase no organismo. Nos mamíferos, os líquidos e eletrólitos estão distribuídos nos compartimentos intra e extracelular, cuja manutenção de volume e composição, é essencial para processos metabólicos fundamentais à vida.

O metabolismo da água e dos eletrólitos se alteram devido a alguns fatores podendo gerar deficiência ou excesso no organismo levando a diversos distúrbios e patologias que podem comprometer o funcionamento adequado e, em alguns casos levar à óbito (PORTO; PORTO, 2014; HARRISON et al., 2017).

Em relação aos tipos de eletrólitos presentes no corpo humano, Jain (2015) e Morris e Mohiuddin (2020), descreveram que os principais elementos que fazem parte desse contexto são: Na⁺, K⁺, Ca²⁺, Mg²⁺, Cl⁻, HCO₃.

O Na⁺ é o principal eletrólito no fluido extracelular e possui um papel essencial na manutenção do volume e da osmolaridade. Cerca de 95% desse eletrólito se encontra no fluido extracelular, contribuindo para a manutenção do equilíbrio ácido-base, sendo essencial para a absorção de nutrientes e, imprescindível para transmissão de impulsos nervosos e contração muscular (musculatura lisa, estriada cardíaca e estriada esquelética). Seus valores normais demonstram que concentração de Na⁺ está entre 135 mEq/L à 145 mEq/L (BAZANELLI; CUPPARI, 2017).

Referente aos distúrbios condizentes as concentrações de Na⁺, esses podem promover o desenvolvimento de hiponatremia e ou hipernatremia (HOORN et al., 2013; SHRIMANKER; BHATTARA, 2020).

Neste caso em particular, no primeiro momento o paciente estava apresentando um quadro clínico que no momento da chegada era mais parecido com um AVC, pela questão da queda súbita além de começar a apresentar disartria e diminuição da força dos membros superior e inferior do lado direito, segundo tinha lido no prontuário que logo fui a corroborar com o colega que fez a admissão quando chegou, foi levantado a hipótese do distúrbio eletrolítico também porém pelo quadro o que mais apontava era a probabilidade do AVC por isso foi solicitado um TC além de pedir a avaliação do Neurologista segundo foi discutido com o médico. No momento que estávamos aguardando o resultado do TC, o paciente começou a apresentar piora da confusão mental, rigidez do corpo, nesse momento foi pedido para fazer nele Diazepam porém sem resultados positivos, o paciente começou a ficar muito mais instável e com piora do quadro respiratório, nesse momento o médico plantonista falou para intubar o paciente já que a saturação estava 86 além de que o Glasgow começou a cair a 8. Após a intubação, comecei a olhar os exames que foram solicitados, no caso do TC, ele não deu alterações significativas que possam favorecer ao quadro atual do paciente, então descartamos a probabilidade da primeira hipótese, a hipótese mais forte era o distúrbio eletrolítico tendo em conta o histórico de anos e anos de uso de medicação sem controle e acompanhamento adequado poderíamos deduzir que essa poderia ser o fator desencadeante para o quadro atual do paciente, uma vez que saíram os resultados do exame de sangue percebemos que ele estava com Na 109

ou seja apresentando uma hiponatremia muito grave, já que como sabemos ele pode apresentar se de maneira assintomática com valores um pouco abaixo dos valores supracitados onde a pessoa pode apresentar o distúrbio porém pode nem perceber sempre e quando a alteração dos valores não seja muitos baixos, uma vez atingida valores inferiores a 125 mEq/L, desenvolvem importante quadro sintomatológico (\pm manifestações clínicas), como: confusão mental, fadiga, fraqueza, letargia, câimbras, insuficiência respiratória aguda, alteração da marcha, tontura e, em casos raros, ocorrem também convulsões (BLACKMER, 2018; SHRIMANKER; BHATTARAI, 2020), como foi observado nesse caso. Depois disso começamos a pensar qual tipo de hiponatremia poderia ser já que ele está classificado em três formas:

1. Hiponatremia hipervolêmica (pacientes com edemas);
2. Hiponatremia normovolêmica (uso de medicamentos, estresse, secreção de hormônio antidiurético) e,
3. Hiponatremia hipovolêmica (devido à perda de fluidos gastrointestinais ou renais, a pele pode ser um meio de perda de eletrólitos (sudoreses, queimaduras).

Nesse caso em particular podemos relacionar o uso inadequado de medicações associado a SIADH, além de apresentar a presença de volemia clínica, que é um dado essencial para o diagnóstico.

O passo mais importante nesses tipos de casos é tentar diferenciar o tipo de hiponatremia presente, já que a causa básica e o tratamento são muito diferentes. Nesse sentido, conhecer a concentração de sódio na urina ajuda a diferenciar os tipos de hiponatremia. Nos casos de perdas de fluidos como diarreia e vômito, a resposta renal compensatória mantém uma adequada reabsorção de sódio e a urina tem uma baixa concentração de sódio. Quando assintomática não requer tratamento imediato com soluções de sódio, apenas correção da causa básica que deve ser sempre pesquisada e identificada. Por outro lado, quando os sintomas aparecem, o tratamento deve ser imediato e feito pela reposição do sódio e restrição de água. Uma solução de cloreto de sódio a 3% é utilizada, não ultrapassando uma velocidade de infusão de 5 mEq/kg/hora em casos agudos e 2,5 mEq/kg/hora em casos crônicos, nesse caso a reposição foi feita da seguinte maneira: Na com solução salina 3% correção de 10 meq/L, meta 119 meq/L.

Então no final do caso cheguei na conclusão que o paciente apresentou o rebaixamento do nível de consciência e os demais sintomas por causa da hiponatremia normovolemica secundaria a medicações psicotrópicas, por consequente o médico suspendeu todas as medicações psicotrópicas e logo de que o paciente melhorar do quadro clinico atual, reavaliação da psiquiatria para troca das medicações e avaliação do quadro da esquizofrenia.

Pontos importantes a ressaltar

- Manejo adequado desde a entrada do paciente
- Importância na diferenciação do tipo de hiponatremia e as causas
- Evitar soro fisiológico em casos de normovolemia
- Sempre solicitar osmolaridade urinaria e ácido úrico
- Evitar a correção excessivamente rápida para não causa desmielinização osmótica que pode desencadear distúrbio neurológico grave no paciente.

2.2.1.3 Caso de tumor cerebral

Anamnese

Identificação

L.P, 44 anos, feminina, casada, natural e residente de Foz do Iguaçu, do lar.

Queixa Principal

“dor de cabeça”

História da Doença Atual

Paciente refere que há 10 dias iniciou com quadro de cefaléia intensa em região frontal com irradiação para região periorbitária direita além de visão turva e um episódio de vomito, apresenta náuseas após piora da intensificação do quadro da cefaléia. Segundo relato da paciente há 7 dias procurou atendimento na UPA pela piora do quadro onde foi suspeitado de apendicite, porem foi descartado após USG e TC do abdome, foi dada de alta com orientação. Há 5 dias além da piora do quadro iniciou com hemiparesia do membro superior e inferior esquerdo, foi em procura de atendimento no particular onde foi solicitado uma RM do crânio e foi encaminhada de urgência no HMPGL. Nega mialgia, febre e outros sintomas.

História da Patologia Progresso

Osteosarcoma de perna direita tratado com amputação do MID. Nega outras comorbidades.

História Familiar

Pai e Mãe sem históricos de comorbidades que ela saiba relatar. Desconhece histórico de câncer na família.

Hábitos da Vida

Nega tabagismo, etilismo e uso de drogas.

Alergia

Alergia a dipirona.

Exame Físico:

SSVV: FC:68 // SatO2 96% em AA // PA: 117/84 mmHg // FR: 18 irpm // Tax 36°C // HGT 90.

Ectoscopia: REG, LOTE, anictérica, acianótica, normocorada, hidratada, eupneica em AA.

Neuro: Glasgow 15/15, pupilas isofotorreagente. Plegia e parestesia em hemicorpo esquerdo. Força motora grau 5 em hemicorpo direito e sensibilidade preservada.

ACV: BNF, RR em 2t, não escuto sopros. TEC < 3S

AP: MV+, sem RA. Ausência de esforço respiratório.

ABD: Plano, depressível, RHA+. Sem dor na palpação superficial e profunda, não palpo massas ou viceromegalias. Blumberg e Giordano negativo.

Extremidades: Quentes e bem perfundidos. Pulso pedioso em MIE palpável. Amputação em nível de terço distal de fêmur de MID.

Exames complementares e laboratoriais

TC de Crânio 08/12: Lesão expansiva solido-cística, complexa, ovalada, parcialmente delimitada, acometendo grande extensão do hemisfério cerebral direito, predominando na transição parietotemporal, entremeando focos de hipossinal na sequência Gradient echo de permeio podendo corresponder a calcificações ou depósito de hemossiderina por eventual degeneração hemorrágica progressiva, padrão predominantemente periférico. A lesão encontra-se circundada por exuberante edema vasogenico. Apagamento das circunvoluções do hemisfério cerebral direito, caracterizando aumento da pressão intracraniana, com evidencia de hérnia suboficial direita, hérnia de processo uncal direito e hérnia central transtentorial. Desvio de linha

media em 1,5 cm para a esquerda. Colapso do ventrículo direito e deslocamento do tálamo e pedúnculo cerebral para esquerda.

Lab. 08/12

Hemograma sem alterações, leucograma apresentando leucocitose sem desvio a esquerda, plaquetograma dentro dos parâmetros normais, função renal preservada, sem distúrbio eletrolítico, PCR aumentado.

Avaliação

Paciente encontra-se hemodinamicamente estável, sem uso de DVA, no momento da avaliação refere muita cefaléia porem com uma intensidade diminuída em comparação dos outros dias. Evacuações e diurese presentes. Em conversa com o Neurologista o Dr Sarraf refere que a paciente precisa de abordagem cirúrgico de urgência pelo quadro compatível com um possível Tumor cerebral localizado no hemisfério direito que foi observado através da RM.

Hipótese diagnostica

- Tumor cerebral?

Diagnostico diferenciais

- Acidente vascular cerebral isquêmico
- Toxoplasmose cerebral

Conduta

- Suporte clinico
- Prescrevo manitol conforme orientação do neurologista
- Prescrevo fenitoina conforme orientação do neurologista
- Prescrevo corticoterapia conforme orientação do neurologista
- Mantenho dieta branda e hidratação VO
- Mantenho profilaxia para ulcera gástrica
- Mantenho sem profilaxia para TEP/TVP
- Mantenho analgésico de horário
- Solicito vaga para transferência no HMCC
- Atentar padrões hemodinâmicos, respiratórios e neurológicos.

Discussão do caso

Nesse caso em particular antes de abordar o caso em si, gostaria de ressaltar que foi um caso que teve muitos erros nas condutas iniciais, o que fez com que o diagnóstico seja demorado e conseqüentemente levando a piora do quadro clínico da paciente. Pelo que conversei com a paciente no primeiro momento, com os sintomas que ela estava apresentando foi suspeito de um apendicite aguda porém, na minha cabeça não fazia sentido tal hipótese já que um dos sintomas mais característico da apendicite é dor abdominal aguda com muita intensidade de início súbito na região mesogástrica em seguida deslocando-se no quadrante inferior direito, porém a queixa dela desde o primeiro momento era uma cefaléia intensa de início súbito, aí perguntei se além dessa queixa ela apresentou dor abdominal ela falou que teve um desconforto porém nada significativo, então pelo que discuti com o Dr André, chegamos na conclusão que talvez pela náuseas e vômitos no primeiro atendimento chegaram nessa hipótese, também procurei no prontuário alguma coisa que possa responder minhas dúvidas do por que não foi feito um TC do crânio desde o início, obviamente a última hipótese em suspeitar seria um tumor porém pelo menos poderiam ter suspeitado de um aneurisma ou uma meningite, pelo menos eu pensaria nessas probabilidades diagnósticas e dessa maneira solicitar o exame, porém não achei muita coisa que me ajuda-se a entender a primeira abordagem já que a clínica levava a outras probabilidades diagnósticas mais prováveis do que foi levantado, após de fazer a avaliação completa da paciente, perguntei para ela o que o médico tinha falado do quadro atual, aí ela falou que até agora nenhum médico tinha avaliado ela, então fiquei muito surpresa por que estava por ser cumprido 2 dias da entrada dela, continuando a conversa o mesmo falou tinha um exame de imagem que ninguém tinha olhado aí pedi para ele me mostrar, ele deu para mim aí comecei a olhar no caso era a RM só quem sem laudo, aí olhei detenidamente e percebi que a imagem apresentava um efeito de massa que parecia que estava comprimindo o hemisfério cerebral direito, só que meu conhecimento sobre RM é muito limitado porém sabia que tinha alguma coisa estranha, nesse momento fui e conversei com o plantonista da observação do PS geral o Dr André, nesse momento comentei para ele o caso e que tinha achado muito estranho a RM e mostrei a ele as imagens, após disso falou para mim que ele achava que poderia ser um Tumor, aí começou a explicar que geralmente os tumores localizados em qualquer parte do cérebro podem provocar

aumento da pressão dentro do crânio, comumente conhecida como hipertensão intracraniana. O aumento da pressão pode levar a sintomas como dor de cabeça, náuseas, vômitos, visão turva, problemas de equilíbrio, convulsões e sonolência, o que praticamente estava acontecendo com nossa paciente. Após disso falou que era para chamar rapidamente o neuro, aí depois de uns 10 minutos veio o mesmo e confirmou nossas suspeitas, falando que a paciente tinha que ser encaminhada na HMCC para uma posterior cirurgia o mais rápido possível. Após disso prescreveu algumas medicações de contenção para evitar convulsões e instabilidade hemodinâmicas da paciente. Após disso com o Dr Andrés chegamos na conclusão que tendo em conta o historial de osteosarcoma que ela teve há uns 22 anos atrás poderia ser um uma metástase como consequência da doença, já que o mesmo trata-se um tumor maligno e geralmente 10 a 20% dos casos pode acontecer metástase, mais comumente nos pulmões, ossos, fígado e linfonodos ou em outras lesões de tecidos moles, só que isso pode acontecer nos primeiros estágios da doença, no caso dela estava em acompanhamento há 20 anos e até hoje não apresentava nenhuma recidiva da doença atualmente, o último controle foi em julho em um hospital em Santa Catarina. Depois dessa discussão conversamos com o neurologista e segundo ele no momento não podíamos descartar a possibilidade até ela fazer a biopsia, porém ele achava que era muito improvável. Após de umas horas foi aceite a vaga e ela foi para o HMCC, a última atualização do caso que passou para mim o Dr Andres foi que a paciente fez a cirurgia e estava aguardando o resultado da biopsia, e no momento ela estava estável. Atualmente não se sabe qual é o diagnóstico definitivo que a paciente apresenta já que ainda não saiu o resultado do exame histológico.

Tenho algumas possíveis hipóteses diagnósticas que são: meningiomas, que segundo a incidência são mais comuns em mulheres entre 40 a 60 anos do que em homens porém o gliomas é o tumor mais prevalente entre os tumores cerebrais primários com uma incidência de 65% dos casos.

No caso dos meningiomas normalmente ele não é canceroso é costuma apresentar sintomas dependendo do local onde o tumor se desenvolve. Podem causar fraqueza ou dormência, convulsões, alteração do olfato, perturbações na visão, cefaleias e função mental comprometida. Em pessoas mais velhas, um meningioma pode causar demência. Porém no caso dos gliomas, eles se dividem em astrocitomas, oligodendrogliomas e ependimomas. Astrocitomas são o glioma mais comum. Eles podem apresentar um crescimento de forma lenta apresentando unicamente

convulsões podem ter outro tipo que são cancerígenos e podem apresentar um crescimento mais rapidamente dando como resultado um aumento da pressão no cérebro, cefaleias e lentidão no pensamento. Se a pressão for suficientemente elevada, pode ocorrer sonolência seguida de um estado de coma.

De uma maneira geral posso falar que esse caso é muito amplo já que para chegar ao diagnóstico além da clínica, dos exames de imagem é preciso ter o resultado da biópsia para um diagnóstico definitivo e posterior tratamento, porém minha finalidade foi demonstrar as falhas durante o manejo da doença e os erros como futuros profissionais devemos evitar.

Pontos negativos a ressaltar

- Dificuldade no Diagnóstico inicial
- Abordagem errônea do caso
- Pouca importância aos exames de imagem
- Falta de investigação de possíveis causas da cefaléia
- Em ocasiões tive a percepção da pouca importância ao quadro do paciente e demora no atendimento e pouca resolutividade no começo do quadro.

Em conversa com os médicos perguntei se ia ter alguma diferença significativa se no primeiro momento fosse feito o diagnóstico inicial porém o que o Dr André me falou foi que talvez a única diferença ia ser a o desenvolvimento do quadro clínico já que não ia se agudizar muito iniciando algumas medidas de suporte que só agora foram feitas, além agilização da cirurgia, no máximo isso ia ser a diferença, já que se fosse feito tudo isso no começo talvez ela já ia ter um diagnóstico nesse momento.

Pontos positivos a ressaltar

- No momento que peguei o caso ajudei para uma rápida solução, o que me deixou sem dúvida com uma satisfação muito grande, tendo em conta a gravidade do caso que ninguém estava percebendo.
- Sempre que atender qualquer paciente não esquecer que qualquer tempo perdido pode colocar em risco a vida do paciente, além de jamais minimizar os sintomas por mais insignificantes que possam ser, sempre fazer uma boa investigação.

2.2.1.4 Caso de transtorno depressivo

Anamnese

Identificação

M.A, 25 anos, feminina, estada civil solteira, natural e residente de Foz do Iguaçu, autônoma.

Identificação

“tristeza e crise de choro”

História da Doença Atual

Paciente trazida pelo SAMU refere que há 1 ano início com quadro de tristeza, adinamia, apatia e insônia porem nos últimos meses começou a ficar o dia todo na cama, falta de apetite e sem ânimos para atividades diárias. Há 4 meses atrás segundo relato da irmã a paciente deixou o tratamento alegando que não adiantava nada já que cada dia ela estava mais e mais triste, sem vontade de continuar com o tratamento. Relata quadro semelhante há 6 meses atrás. Hoje no período do amanhã começou a apresentar crise de choro e falta de ar, sem melhora do quadro, ligaram o SAMU em procura de atendimento. Nega outros sintomas.

História da Patologia Progresso

Ansiedade, depressão.

História Familiar

Pai e Mãe sem históricos de comorbidades.

Hábitos da Vida

Nega tabagismo, etilismo e uso de drogas.

Medicamentos Uso Controle

Fluoxetina

Alergia

Nega alergia

Exame Físico:

SSVV: FC:78 // SatO2 96% em AA // PA: 112/84 mmHg // FR: 16 irpm // Tax 36°C // HGT 80.

Ectoscopia: BEG, LOTE, anictérica, acianótica, normocorada, hidratada, eupneica em AA.

Neuro: Glasgow 15/15, pupilas isofotorreagente.

ACV: BNF, RR em 2t, não escuto sopros. TEC < 3S

AP: MV+, sem RA. Ausência de esforço respiratório.

ABD: Plano, depressível, RHA+. Sem dor na palpação superficial e profunda, não palpo massas ou viceromegalias. Blumberg e Giordano negativo.

Extremidades: Quentes e bem perfundidos. Sem edemas. Panturrilhas livres.

Exames complementares e laboratoriais:

Lab. 20/10: Hemograma sem alterações, leucograma sem alterações, plaquetograma dentro dos parâmetros normais, função renal preservada, sem distúrbio eletrolítico, PCR preservado.

Avaliação

Paciente encontra-se hemodinamicamente estável, no momento da avaliação se apresenta pouco colaborativa, hipotímica e chorosa.

Hipótese diagnóstica

- Transtorno depressivo

Diagnóstico diferenciais

- Transtorno afetivo bipolar
- Transtorno da ansiedade
- Hipotireoidismo

Conduta

- Suporte clínico
- Solicito exames de rotina e TSH
- Solicito vaga para HMPGL no setor da psiquiatria
- Prescrevo sintomáticos e Diazepam
- Reavaliar após
- Atentar padrões hemodinâmicos, respiratórios e neurológicos.

Discussão do caso

Os transtornos depressivos se destacam entre os principais problemas de saúde pública, os quais causam impactos significativos na independência, autonomia e sociabilidade do indivíduo acometido; pode ocorrer em qualquer fase da vida, tendo como foco maior, a produtiva; e o sexo feminino, tendo em vista as variações hormonais (BOING, 2012).

Considerando o quadro clínico apresentado pela paciente, caracteriza-se por uma síndrome de transtorno depressivo, sem o tratamento adequado como foi nesse caso, os transtornos costumam apresentar recidivas muito significativas que prejudicam o desenvolvimento cotidiano da pessoa. Segundo o DSM-V, sem o tratamento um episódio de transtorno depressivo leve a moderado dura de 4 a 30 semanas, e um grave de 6 a 8 meses; episódios tratados duram 3 meses, mas a interrupção de um antidepressivo antes do prescrito pode precipitar recaídas como foi apresentado nesse caso. Uma das principais coisas que não podemos esquecer e que tem muita relevância clínica é o exame físico, porém o diagnóstico baseasse na história clínica.

O caso do paciente pode ser considerado de grau grave, uma vez que tem resultado em uma incapacitação profissional, todos os sintomas da depressão estão presentes e há importante comprometimento funcional.

Segundo o DSM-5 Para o diagnóstico da depressão maior ≥ 5 dos seguintes devem estar presentes quase todos os dias durante o mesmo período de 2 semanas, e um deles deve ser humor deprimido ou perda de interesse ou prazer:

- Humor deprimido durante a maior parte do dia
- Diminuição acentuada do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades durante a maior parte do dia
- Ganho ou perda ponderal significativo ($> 5\%$) ou diminuição ou aumento do apetite
- Insônia (muitas vezes insônia de manutenção do sono) ou hipersonia
- Agitação ou atraso psicomotor observado por outros (não autorrelatado)
- Fadiga ou perda de energia
- Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada
- Capacidade diminuída de pensar, concentrar-se ou indecisão
- Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio, tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio

Tendo em conta os sintomas que apresenta nossa paciente além do tempo estabelecido cumpre com o critério diagnóstico, então para um melhor diagnóstico e acompanhamento do quadro clínico é fundamental encaminhar ao paciente junto ao especialista, assim evitar subdiagnósticos equívocos.

Nesse caso em particular podemos destacar que a paciente precisa novamente aderir-se ao tratamento e que nesse momento é fundamental procurar ajuda mesmo ela não querendo, acho que isso é uma das principais limitações nesse caso pelo que conversei com a irmã, mas isso é a realidade de muito dos pacientes com depressão, a resistência que eles tem na procura de atendimento e isso ao prolongar-se muitas vezes leva ao suicídio, por isso acho que quando vivenciamos casos desse tipo não desistir dos pacientes no fundo eles estão gritando pedindo ajuda porém sem expressões, já vi pacientes procurando atendimento, porém no momento da consulta percebi muita falta de empatia dos profissionais, no final só dando medicações e sem muitas orientações, como procurar terapia ou especialistas para um melhor acompanhamento, aí eles percebem a pouca importância e isso serve como um fator desencadeante inicial. No caso das UPAs a maioria dos pacientes que vem tem já tem diagnósticos definidos porém muitos deles chegam com crises ou surtos após abandono do tratamento, então nesse caso é mais que importante encaminharmos e não os deixar ir como muitas vezes aconteceu. Por isso o Ministério da Saúde destaca a necessidade de que as intervenções e cuidados destinados às pessoas com depressão sejam realizados por profissionais com competências e experiência para a doença. Tendo em vista que a atenção primária é a porta de entrada para demandas como esta, sendo de fundamental importância que as equipes de saúde da família estejam capacitadas para acolher essas pessoas, a fim de oferecer cuidados efetivos e intervenções psicossociais adequadas, sendo também pertinentes a interrelação entre atenção primária e secundária, respeitando, por exemplo, o matricialmente e capacitação de equipes com maiores dificuldades de manejo de clientes com transtornos mentais, onde se trabalhe uma avaliação integral com o destaque ao grau de comprometimento em que se encontra comorbidades e diagnósticos diferenciais (BRASIL, 2013).

Pontos importantes a ressaltar

Diagnóstico é principalmente clínico

- Tendo em vista o risco aumentado de suicídio, uma hospitalização é aconselhável.
- Abordagem e conduta do caso de uma maneira correta, em conversa com o plantonista percebemos que a paciente precisava de um atendimento psiquiátrico para um melhor acompanhamento do quadro clínico
- Não esquecer que o diagnóstico precoce e o tratamento efetivo são vitais para diminuir os prejuízos da depressão na vida do indivíduo.
- Tratamento medicamentoso combinado com intervenções psicossociais tem demonstrado ter mais eficácia.

2.2.1.5 Caso de infecção do trato urinário

Anamnese

Identificação

J.S, 35 anos, feminina, estado civil casada, natural de Cascavel e residente em Foz do Iguaçu há 15, contadora.

Queixa Principal

“dor ao fazer xixi”

História da Doença Atual

Paciente veio em procura de atendimento por apresentar há 4 dias disúria acompanhado náuseas e vômitos além de dor na região lombar, segundo a paciente com intensificação dos sintomas há dois dias apresentando queda do estado geral e piora da dor com início de quadro febril (não aferido), porém refere calafrios e pele muito quente. Fez uso de dipirona e ibuprofeno, sem melhoras da dor. Refere quadro similar há 2 anos com melhora após uso de antibioticoterapia, porém não lembra o nome da medicação. Nega outros sintomas.

História da Patologia Progresso

Nega comorbidades.

História Familiar

Pai hipertenso e Mãe diabética.

Hábitos da Vida

Nega tabagismo, etilismo e uso de drogas.

Medicamentos Uso Controle

Nega

Alergia: Nega alergia

Exame Físico

SSVV: FC:88 // SatO2 96% em AA // PA: 130/84 mmHg // FR: 16 irpm // Tax 38,2°C // HGT 80.

Ectoscopia: BEG, LOTE, anictérica, acianótica, normocorada, hidratada, eupneica em AA.

Neuro: Glasgow 15/15, pupilas isofotorreagente.

ACV: BNF, RR em 2t, não escuto sopros. TEC < 3S

AP: MV+, sem RA. Ausência de esforço respiratório.

ABD: globoso, depressível, RHA+. Sem dor na palpação superficial e profunda, não palpo massas ou viceromegalias. Blumberg negativo e Giordano positivo.

Extremidades: Quentes e bem perfundidos. Sem edemas. Panturrilhas livres.

Exames complementares e laboratoriais

Lab. 20/10: hemograma sem alterações, leucograma sem alterações, plaquetograma dentro dos parâmetros normais, função renal preservada, sem distúrbio eletrolítico, PCR aumentado. Exame de urina tipo I, apresentando nitrito positivo, leucocitária significativa.

Avaliação

Paciente encontra-se hemodinamicamente estável, no momento da avaliação se apresenta colaborativa, afebril e refere melhora da dor após medicações, sem queixas no momento.

Diagnostico sindrômico

- Síndrome infeccioso do trato urinário

Hipótese diagnóstica:

- Pielonefrite

Diagnostico diferencial

- Vaginites

- Uretrites
- Doença inflamatória pélvica

Conduta

- Suporte clínico
- Solicito exames laboratoriais, urina tipo I, urocultura com antibiograma.
- Prescrevo sintomáticos e antibioticoterapia
- Vigiar curva térmica
- Reavaliar após
- Atentar padrões hemodinâmicos, respiratórios e neurológicos.

Discussão do caso

A infecção do trato urinário (ITU) é uma das infecções bacterianas mais incidentes no adulto, podendo envolver tanto o trato urinário baixo quanto o superior ou ainda ambos. Mais de 50% das mulheres apresentarão um episódio de infecção do trato urinário durante a vida (BRASIL, 2011). Acredita-se que a incidência em mulheres seja o dobro da incidência em homens pela menor extensão anatômica da uretra feminina e maior proximidade entre a vagina e a uretra.

Ele é classificado segundo a sua:

Localização

- **Cistite:** acometimento do trato urinário baixo
- **Pielonefrite:** acometimento do trato urinário superior

Gravidade

As não complicadas e as complicadas. As não complicadas são adquiridas fora do ambiente hospitalar e são infecções muito comuns em mulheres saudáveis e possuem alta taxa de recorrência. As ITUs complicadas, essas tendem a se manifestar em pacientes diabéticas, imunodeprimidas, com alterações anatômicas das vias urinárias, presença de litíase renal com sonda vesical, sintomas por mais de sete dias e ausência de resposta à terapêutica inicial.

Tabela 1. Fatores relacionados a infecção urinária complicada e não complicada

ITU NÃO COMPLICADA	ITU COMPLICADA
Sexo feminino, não grávida.	Sexo masculino
Ausência de cateteres urinários	Alterações anatômicas e funcionais do trato urinário (bexiga neurogênica, refluxo vesico-uretral, estenose, cistos)
Sem alterações de imunidade	Obstrução urinária (HPB, litíase renal)
Ausência de alteração anatômicas e funcionais do trato urinário.	Antecedente de infecção prévia
Infecção comunitária	Presença de insuficiência renal
	Patógenos multirresistentes
	Imunossupressão diabetes <i>mellitus</i>
	Presença de cateteres urinários

Fonte: Medicina (Ribeirão Preto) 2010,43 118-25. Infecção do trato urinário

Tabela 2. Sinais e sintomas de ITU baixa e alta

ITU baixa	ITU alta
Disúria	Febre alta (>38° C)
Urgência miccional	Calafrios
Polaciúria	Dor lombar (uni ou bilateral) que pode irradiar para abdome ou flancos.
Nictúria	Sinal de Giordano positivo
Dor suprapúbica	Náuseas e vômitos
Urina turva	Sintomas sistêmicos: prostração, mal-estar geral, hiporexia, mialgia, astenia.

Fonte: Medicina (Ribeirão Preto) 2010,43 118-25. Infecção do trato urinário

Nesse caso em particular podemos chegar na conclusão que estamos diante uma ITU baixa, ou seja, uma pielonefrite Aguda (PA) não complicada tendo em conta os sinais e sintomas que nossa paciente está apresentando, no momento ainda não saiu o resultado da urocultura porem como sabemos a bactéria mais comum responsável em 90% dos casos é a E. coli (*Escherichia coli*). Não devemos esquecer que quando não tratada a PA pode apresentar complicações severas como a infecção renal crônica e a hipertensão renal, passando de uma infecção não complicada para uma PA complicada (GREENHOW, 2014). Por isso o diagnóstico precoce das infecções urinárias é essencial para a prevenção e tratamento eficaz da pielonefrite.

De maneira geral o exame mais utilizado para o diagnóstico da infecção urinária é o exame parcial de urina, acompanhados ou não de urocultura, associados ao exame médico físico e história do paciente. O exame parcial de urina apresentará leucocitúria, geralmente acompanhado de hematúria e presença de microrganismos. A intensidade da infecção apresenta-se representada nos resultados do exame parcial de urina, sendo os que os valores dos exames são diretamente proporcionais a quantidade de infecção (NICOLLE, 2007). Em alguns casos o resultado da urocultura é demorado, então mesmo assim pode-se iniciar o tratamento sem esse resultado.

Em quanto ao tratamento as pielonefrites não complicadas, por sua vez, podem ser tratadas ambulatoriamente com antibióticos. Ressalta-se, porém, que o tratamento deve ser realizado de maneira mais eficaz com o auxílio do exame de urocultura e antibiograma caso contar com os resultados do exame. A seleção de antibiótico empírico deve ser orientada pelo conhecimento epidemiológico da susceptibilidade antimicrobiana local. Deve-se evitar antibiótico usado recentemente pelo paciente. Pacientes com pielonefrite aguda não complicada que toleram antibiótico via oral podem ser tratados de modo empírico com fluoroquinolonas (ciprofloxacina 500mg de 12/12 por 7 a 14 dias ou levofloxacino 500mg/ DIA)

No caso da nossa paciente foi iniciado tratamento empírico de Ceftriaxona (2g/d IV), com melhora do quadro clínico, nesses casos, podem continuar o tratamento com antibióticos via oral uma vez alta. Os pacientes sem complicações podem ser tratados por sete dias. No entanto, se o antibiótico for beta-lactâmico, o tratamento deve durar 14 dias. Os pacientes que demoram a apresentar resposta ao tratamento (> 72h) devem ser tratados por 14 a 21 dias, mesmo sem evidência de complicação (LONGO *et al*, 2012; PRICE *et al*, 2016).

O prognóstico da pielonefrite aguda não complicada é bom desde que o diagnóstico seja rápido e o tratamento seja adequado para evitar complicações.

Pontos importantes a ressaltar

- Manejo correto do caso
- Não esquecer de perguntar se apresentou episódios similares ao quadro e medicações isso ajuda para o direcionamento do tratamento para não repetir já que tem altas probabilidades de apresentar resistência se medicações repetitivas.
- Se diagnosticadas corretamente evita complicações.

2.2.1.6 Caso de tuberculose

Anamnese

Identificação

W.M, 55 anos, masculino, estado civil solteiro, natural e residente de Foz do Iguaçu, pedreiro.

Queixa Principal

“tosse intensa”

História da Doença Atual

Paciente trazido pelo SAMU relata que há 3 meses iniciou com quadro de tosse seca, febre noturna (não aferida) e calafrios. Há 1 meses os sintomas começaram a se intensificar e começou a apresentar tosse com hemoptise (uns 10 episódios aprox.), sudorese noturna, perda ponderal de peso (aprox. 8kg), dor torácica tipo pleurítica e piora da astenia, pela piora do quadro veio em procura de atendimento. Nega outros sintomas.

História da Patologia Pregresso

Hipertensão

História Familiar

Pai diabético e Mãe sem históricos de comorbidades.

Hábitos da Vida

tabagista há 30 anos, nega etilismo e uso de drogas.

Medicamentos Uso Controle

losartana, hidroclorotiazida.

Alergia

Nega alergia

Exame Físico:

SSVV: FC:100 // SatO2 96% em uso de CN 2ltrs // PA: 150/90 mmHg // FR: 20 irpm // Tax 38.2°C // HGT 90.

REG, LOTE, anictérico, acianótico, hidratado, hipocorado ++/+4, febril, eupneico em uso de CN.

Neuro: Glasgow 15/15, pupilas isofotorreagente.

ACV: BNF, RR em 2t, não escuto sopros. TEC < 3S

AP: MV+ diminuído. Roncos e estertores no terço superior do pulmão direito

ABD: Plano, depressível, RHA+. Sem dor na palpação superficial e profunda, não palpo massas ou viceromegalias. Blumberg e Giordano negativo.

Extremidades: Quentes e bem perfundidos. Sem edemas. Panturrilhas livres.

Exames complementares e laboratoriais:

Lab. 04/09: hemograma apresentando uma anemia normo-normo, leucograma com leucocitose e desvio a esquerda significativa, plaquetograma dentro dos parâmetros normais, função renal preservada, sem distúrbio eletrolítico, PCR aumentando. Aguardo os demais exames solicitados.

Rx de tórax: apresenta consolidações, cavitações e derrame pleural

Avaliação

Paciente encontra-se hemodinamicamente estável, no momento da avaliação se queixa de muita dor torácica tipo pleurítica e sem melhora da tosse e com muitas variações febril apresentado uns 3 picos de 38 a 39 C nas últimas 24 hs.

Hipótese diagnóstica:

- Tuberculose pulmonar

Diagnóstico diferenciais

- Sarcoidose
- Infecções fúngicas
- Linfoma

Conduta

- Suporte clínico
- Solicito Rx do tórax, TC de tórax.
- Solicito exames de rotina
- Solicito baciloscopia no escarro e culturas.
- Solicito teste rápido molecular para TB e teste de sensibilidade.
- Prescrevo sintomáticos
- Prescrevo antibioticoterapia

- Vigiar curva térmica
- Reavaliar após
- Atentar padrões hemodinâmicos, respiratórios e neurológicos.

Discussão do caso

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, bactéria também denominada Bacilo de Koch, que tem sua cadeia epidemiológica e tratamento ambos conhecidos há longo tempo, o qual faz com que o diagnóstico da doença seja mais fácil além de ter um prognóstico favorável se tratado corretamente.

As formas de apresentação da tuberculose são variadas, podendo manifestar-se em vários focos no corpo humano, tais como: pulmões, laringe, ossos, meninges, cérebro, gânglios, rins e outras. A mais comum é a forma pulmonar, que aparentemente é o que tem relação com nosso caso atualmente.

Não podemos esquecer que todo indivíduo que apresenta se sintomas respiratórios (tosse seca) há mais de 3 semanas tem que ser considerado alto risco de apresentar tuberculose e iniciar rapidamente as investigações já que ele é uma doença altamente contagiosa e pode se transmitir através de gotículas de salivas, nesse caso por exemplo além da tosse o nosso paciente apresenta sintomas muito característico da doença como: sudorese noturna, febre diurna, emagrecimento repentino, astenia e dispneia, o que faz com que a suspeita diagnóstica esteja ganhando segurança. Após o resultado dos exames feitos, e se der positivo a baciloscopia e os demais exames podemos confirmar o diagnóstico após disso iniciar rapidamente o esquema de tratamento que tem uma duração de aproximadamente 6 meses, isso faz com que muitos dos pacientes apresentem resistência ao tratamento.

Indicações para iniciar esquema básico para o tratamento

- Tratar por seis meses todo caso novo e retratamento de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar infectados ou não pelo HIV, caso o paciente apresentar HIV primeiro iniciar o tratamento da TB e após 15 a 20 dias iniciar o esquema para HIV, não pode ser iniciado de forma conjunta.
- Paciente que nunca usou ou usou por menos de 30 dias medicamentos antituberculosos.

- Recidiva (Independente do tempo decorrido do primeiro tratamento) ou retorno após o abandono, atualmente com doença ativa.

Figura 2. Esquema de tratamento para Tuberculose

Esquema Básico (EB) para o tratamento de tuberculose em adultos e crianças com idade maior ou igual a 10 anos - 2RHZE/4RH
R (Rifampicina) H (Isoniazida) Z (Pirazinamida) E (Etambutol)

Fases do tratamento	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
2RHZE Fase intensiva	RHZE 150/75/400/275 Comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 a 50 kg	3 comprimidos	
		> 50kg	4 comprimidos	
4RH Fase de manutenção	RH 150/75 Comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 kg	2 comprimidos	4
		36 a 50 kg	3 comprimidos	
		> 50kg	4 comprimidos	

Fonte: Secretaria da saúde do estado de Paraná 2021

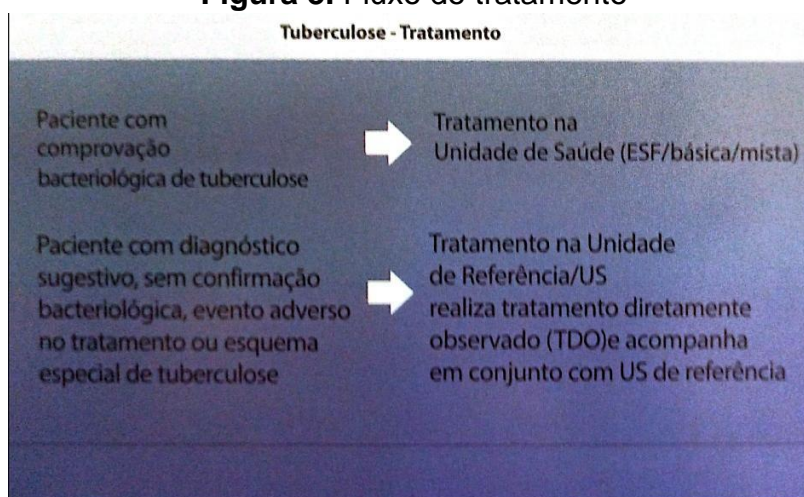
Observações

- Os medicamentos deverão ser administrados preferencialmente em jejum uma hora antes do café da manhã em uma única tomada ou em caso de intolerância junto com a refeição.
- O tempo do tratamento para o paciente coinfetado com HIV é o mesmo, independentemente da fase de evolução da infecção viral.

Como podemos perceber a TB pulmonar possui esquemas adequados a cada situação e, atualmente, vem sendo recomendado, em todo o mundo, a estratégia do tratamento supervisionado diretamente observado. Esta estratégia é uma forma de assegurar a adesão do paciente ao tratamento, diminuindo as taxas de abandono, bem como a persistência de baculíferos positivos na comunidade, nesse caso em Foz do Iguaçu contamos com o Centro de tuberculose e hanseníase, onde após o pacientes serem notificados e posterior confirmação da doença eles fazem o controle do tratamento dos pacientes além de fornecer as medicações cada mês, além de fazer a busca de pessoas que tiveram contato com os pacientes com a finalidade de redução de contato massivo.

Então nesse caso uma vez confirmada o diagnóstico do paciente o mesmo após estabilização do quadro vai fazer o tratamento fora do hospital em acompanhamento no centro de referência. Por isso é de suma importância o diagnóstico precoce de essa maneira tentar melhorar ou mais rápido possível o quadro do paciente.

Figura 3. Fluxo do tratamento



Fonte: Secretaria da saúde do estado de Paraná 2021

Pontos importantes a ressaltar

- Abordagem clínica adequada
- Rápida interpretação diagnóstica através do quadro clínico do paciente, o que ajuda para a resolutividade do caso
- Correta indicação dos exames solicitados que deram uma conclusão ao direcionamento do caso
- Não esquecer da importância de orientar sobre os centros de ajuda para o acompanhamento dos pacientes após diagnosticados
- Não se esquecer de fazer a notificação
- Não esquecer de dar orientações aos familiares de pacientes sobre a possibilidade de contágio e procurar orientações sobre a investigação do caso nos centros de ajuda.
- Não se esquecer de dar orientações de controle diário da PA pelo menos duas vezes ao dia além de orientar procurar acompanhamento do cardiologista para ajuste da medicação.
- Não se esquecer de dar uma prescrição terapêutica de manutenção após alta, por que muitas vezes eles vão a casa após término da ação hipertensiva que

foi passada no internamento como consequência aumento novamente do PA, predispondo-os a uma nova crise hipertensiva que pode ser de maior gravidade. Acho que isso foi um dos erros que consegui perceber na abordagem ou pelo menos foi o que faltou ser feito.

2.2.1.7 Caso de transtorno depressivo + suicídio

Anamnese

Identificação

C. A, 25 anos, Masculino, estado civil solteiro, natural e residente de Foz do Iguaçu, sem trabalho no momento.

Queixa Principal

“engoliu herbicida”

História da Doença Atual

Paciente trazido pelo SAMU com histórico de intento de suicídio refere que há mais de 2 anos que está tentando se suicidar, no caso seria seu quinto intento, porém sem êxito. Hoje no período da tarde após briga com a namorada percebeu que sua vida já não tinha sentido e começou a beber herbicida para matos, segundo ele a garrafa tinha aproximadamente um litro, após disso a mãe entrou no quarto e viu que o filho estava no chão pouco responsivo e sudoreico pelo motivo que ligou ao SAMU para procurar ajuda. Nega náuseas, vômitos e outros sintomas.

História da Patologia Pregresso

Ansiedade, depressão.

História Familiar

Pai e Mãe sem históricos de comorbidades.

Hábitos da Vida

Nega tabagismo. Etilista há 3 anos. Faz uso de maconha e cocaína há 4 anos.

Medicamentos Uso Controle

Nega uso de medicações contínuas

Alergia

Nega alergia

Exame Físico:

SSVV: FC 130 // SatO2 99% em AA // PA: 112/84 mmHg // FR: 20 irpm // Tax 36°C // HGT 80.

Ectoscopia: BEG, LOTE, anictérica, acianótica, normocorada, hidratada, eupneica em AA.

Neuro: Glasgow 15/15, pupilas isofotorreagente.

ACV: BNF, RR em 2t, não escuto sopros. TEC < 3S

AP: MV+, sem RA. Ausência de esforço respiratório.

ABD: Plano, depressível, RHA+. Sem dor na palpação superficial e profunda, não palpo massas ou viceromegalias. Blumberg e Giordano negativo.

Extremidades: Quentes e bem perfundidos. Sem edemas. Panturrilhas livres.

Exames complementares e laboratoriais:

Lab.24/08: hemograma sem alterações, leucograma sem alterações, plaquetograma dentro dos parâmetros normais, função renal preservada, sem distúrbio eletrolítico, PCR preservado.

Hipótese diagnóstica

- Sofrimento psíquico agudo

Diagnóstico diferenciais

- Transtorno afetivo bipolar
- Transtorno da ansiedade
- Dependência de álcool

Conduta

- Suporte clínico
- Solicito exames de rotina
- Solicito vaga para HMPGL no setor da psiquiatria
- Prescrevo sintomáticos e Diazepam
- Reavaliar após
- Atentar padrões hemodinâmicos, respiratórios e neurológicos.

Discussão do Caso

Para a discussão deste caso considere importante abordar questões sobre depressão e suicídio.

O Brasil encontra-se entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios, com 9.852 mortes em 2011. O coeficiente médio para o período 2004-2010 foi de 5,7%. Esse índice aumentou 29,5% nas duas últimas décadas e é mais elevado em homens, idosos, indígenas e em cidades de pequeno e médio porte populacional. Transtornos mentais encontram-se presentes na maioria dos casos de suicídio, principalmente depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas. Segundo a OMS O suicídio figura entre as três principais causas de morte de pessoas que têm de 15 a 44 anos de idade, ele é responsável anualmente por um milhão de óbitos. Essas cifras não incluem as tentativas de suicídio, de 10 a 20 vezes mais freqüentes que o suicídio em si.

Nesse caso em particular, primeiramente o paciente deu entrada por causa de um intento de suicídio por ter engolido herbicida para matos, no momento quando ele chegou começou a apresentar muita sudorese e euforia, desde meu ponto de vista ele aparentemente também tinha consumido algum tipo de droga, nesse momento o médico falou para fazer nele lavagem gástrica, antes de fazer a lavagem gástrica ele falou que queria ir no banheiro repetiu muitas vezes a mesma coisa, aí a enfermeira deu permissão e ele foi no banheiro, nesse momento falei pra a enfermeira que eu achava que não era apropriado ele ter ido sozinho no banheiro sem supervisão, nesse momento eu comecei a ficar de olho no paciente por que na minha cabeça estava desde que ele chegou ele só repetia e repetia que queria morrer e depois começou a insistir para ir no banheiro ficou muito estranho realmente a conduta dele, depois já estava fazendo mais de 10 minutos que ele não saia do banheiro aí fui e falei para a enfermeira novamente que ele estava demorando muito aí ela foi banheiro e começou a bater à porta porém o paciente não respondia, ela batia e batia a porta porém sem resposta, aí ela começou a gritar e tudo mundo tentando abrir a porta porém sem êxitos, nesse momento tinha chegado uma equipe do SAMU e um dos enfermeiros que trabalha lá percebeu o que estava acontecendo, aí ele olhou pela janela e percebeu que o paciente estava se colgando de um cabo que estava no banheiro aí o enfermeiro do SAMU fez força na janela e abriu e salvou o paciente praticamente já estava sem respirar, aí abriram a porta e tiraram ele de lá, uns minutos após ele acordou de novo, fizeram a lavagem gástrica aí ele começou novamente a falar que queria morrer nesse momento ele começou a deixar de respirar praticamente dele se auto deixava de respirar começou a ficar azul, sem dúvida a situação estava

fora do controle, depois disso o médico falou que ia intubar o paciente aí eu fiquei, como assim, intubar o paciente, nesse momento o médico falou pra mim sim, intubar. Eu não falei nada, respeitei a conduta porém não concordava, primeiramente, no momento que o paciente tinha chegado desde meu ponto de vista ele teve um abordagem muito má feito desde o começo, após a lavagem gástrica, eles poderiam ter feito alguma medicação para deixá-lo mais calmo porem ninguém fez nenhum Diazepam nele a única solução que deram foi intubar, por isso antes de continuar com o caso gostaria de abordar indicações para intubação, acho de suma importância esclarecer o porquê que achei que a abordagem foi mal feita.

As principais indicações de IOT são:

- Procedimentos e cirurgias
- Impossibilidade de manter via aérea pérvia
- Insuficiência respiratória aguda grave e refratária
- Hipoxia e/ou hipercapnia
- Escala de Coma de Glasgow (GCS) ≤ 8
- Instabilidade hemodinâmica grave ou parada cardiorrespiratória
- Antecipação de piora em pacientes queimados ou em pacientes com visível desconforto respiratório que poderão entrar em fadiga da musculatura respiratória.

Praticamente estamos observando 8 indicações, dos quais o nosso paciente não cumpria nenhuma delas, então podemos concluir que essa foi uma conduta muito errônea e desnecessária, além disso não podemos esquecer das complicações de um IOT, no caso colocar risco a um paciente desnecessariamente foi realmente uma falta de responsabilidade. A IOT, como todo procedimento, tem seus riscos envolvidos. Por isso acho que tem casos nos quais o risco é menor do que a ganância pero nesse caso era muito diferente, expor a um paciente em alguns desses casos sem nenhuma necessidade praticamente tem quer ser questionado.

Complicações Da IOT

- Intubação esofágica não reconhecida
- Hipoxemia, hipercapnia

- Vômitos e aspiração (síndrome de Menselson)
- Pneumonite e pneumonia
- Trauma nos dentes, lábios e cordas vocais
- Exacerbação de lesão em cervical

Finalizando essa parte da discussão sem dúvida achei muito importante ter percebido as dificuldades e erros que cometeram com o paciente. Também não podemos esquecer de abordar o estado psiquiátrico dele já que no momento que conversei com ele deu para perceber que com sua fala, que a depressão que ele estava passando e angústia que ele sentir são muito fortes, além dele não quer reconhecer que é um dependente químico e que precisa ajuda, tudo isso piora ainda mais o estado dele. Por isso é fundamental entender quais que poderiam ser os transtornos mentais mais comumente associados ao suicídio, mesmo que talvez esse não seja nosso foco na sala de emergência pelo menos para ter uma grande ideia das situações que podem desencadear esse estado, eles são: depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas. Esquizofrenia e certas características de personalidade também são importantes fatores de risco. A situação de risco é agravada quando mais de uma dessas condições combinam-se, como, por exemplo, depressão e alcoolismo; ou ainda, a coexistência de depressão, ansiedade e agitação (Bertolote & Fleischman, 2002).

No caso dele dá para perceber que ele tem várias associações que estaria piorando o quadro, como por exemplo o uso de drogas e o estado depressivo dele sem esquecer que também faz uso de álcool, acho que sem dúvida é um paciente que precisa de muita ajuda e precisa ser encaminhado de urgência para um atendimento psiquiátrico e não ser intubado. Por isso acho que no aspecto clínico durante futuras experiências similares é importante lembrar que uma tentativa de suicídio é o principal fator de risco para uma futura efetivação desse intento. Por isso, essas tentativas devem ser encaradas com seriedade, como um sinal de alerta a indicar a atuação de fenômenos psicossociais complexos. Dar especial atenção a uma pessoa que tentou se suicidar é uma das principais estratégias para se evitar um futuro suicídio, principalmente nas salas de urgência e emergência isso tenderia que ser lembrado sempre.

2.2.1.8 Caso de COVID-19

Anamnese

Identificação: J, D 65 anos, masculino, estada civil casado, natural e residente de Foz do Iguaçu, autônomo.

Queixa Principal:

“falta de ar”

História da Doença Atual:

Paciente trazido pelo SAMU encaminhado da upa refere que há 10 dias início com quadro de cefaléia, mialgia, falta de apetite, febre (não aferida), tosse seca e cansaço ao caminhar. Há 5 dias pela piora dos sintomas foi em procura de atendimento na UBS, foi solicitado fazer o teste de covid e foi passado medicações para os sintomas. Há 3 dias procurou atendimento na UPA novamente pela persistência e piora da dispneia, com resultado de covid positivo, porem no período da noite começou a apresentar instabilidade e piora do quadro, além da piora dos exames laboratoriais, foi encaminhado para um melhor cuidado do quadro. Nega vômitos, diarréia e outros sintomas. Nega vacinação. Fez uso do kit covid, nega uso de outras medicações.

HPP: Hipertensão, obesidade.

HF: Pai diabetes e Mãe hipertensos.

HV: tabagista há 50 anos.

MUC: losartana, atenolol, hidroclorotiazida e sinvastatina

Alergia: Nega alergia

Exame Físico:

SSVV: FC: 105; SatO₂ 90% em AA; PA: 160/74 mmHg; FR: 23 irpm Tax 36°C
BEG, LOTE, anictérica, acianótica, normocorada, hidratada, taquipneico em AA

Neuro: Glasgow 15/15, pupilas isoforreagente.

ACV: BNF, RR em 2t, não escuto sopros. TEC < 3S

AP: expansibilidade torácica preservada. MV presente bilateralmente, com crepitações em bases bilaterais. Com uso da musculatura acessória

ABD: globoso, depressível, RHA+. Sem dor na palpação superficial e profunda, não palpo massas ou viceromegalias. Blumberg e Giordano negativo.

Extremidades: Quentes e bem perfundidos. Sem edemas. Panturrilhas livres.

Exames complementares e laboratoriais:

Lab. 15/09: hemograma sem alterações, leucograma com leucocitose e desvio a esquerda bem significativa, plaquetograma dentro dos parâmetros normais, função renal preservada, sem distúrbio eletrolítico, PCR aumentado (25). Gasometria arterial em andamento.

TC tórax SC 15/09: esparsas opacidades em padrão vidro fosco bilaterais, com envolvimento de mais de um lóbulo pulmonar e com distribuição predominantemente periférica

Diagnostico sindrômico:

- Síndrome gripal
- Síndrome respiratória aguda

Hipótese diagnóstica:

- PNM viral por COVID-19?

Diagnostico diferenciais

- Influenza H1N1
- Rinovírus
- Tuberculose
- Hipotireoidismo

Conduta

- Suporte clínico
- Solícitos exames de rotina e gasometria arterial.
- Solicito RX do tórax
- Início antibioticoterapia
- Mantenho sintomáticos
- Mantenho oxigenação
- Aguardo culturas
- Reavaliar após
- Atentar padrões hemodinâmicos, respiratórios e neurológicos

Discussão do Caso

Não podemos esquecer que há mais de um ano estamos vivendo numa pandemia, que como sabemos já levou muitas vidas, por essas questões hoje em dia no momento de algum paciente apresentar sintomas respiratórios surge como primeira hipótese de suspeita que possa ser COVID, com base nisso, todo caso suspeito é aquele com um quadro com sinais e sintomas que sugerem uma infecção por vírus.

Com base nos protocolos utilizados em Foz, esses sinais e sintomas são: febre (referida ou ferida) e / ou sintomas respiratórios como tosse, coriza, odinofagia, congestão nasal ou conjuntival, dispneia e fadiga. Alguns pacientes podem apresentar: cefaléia, ageusia, anosmia e sintomas gastrointestinais como diarreia enquanto outros pacientes podem não apresentar nada, então querendo ou não ele não tem um padrão específico, ou seja, qualquer dos sintomas falado lá cima podem aparecer como não, ainda mais com as novas variantes. Por isso além dos sintomas não podemos esquecer também os fatos de risco que coloca ao paciente ainda mais susceptível que qualquer outra coisa. São considerados pacientes de risco os:

- Idade > 60 anos;
- Doença crônica (diabetes, HAS, doença cardíaca, DPOC, AVC prévio, DRC, imunocompromidos, câncer);
- Obesidade;
- Tabagismo.

Também não podemos esquecer que uma vez que saibamos os sintomas já sejam leves ou com sinais de alarme também tivemos que fazer outro tipo de classificação que vai definir a gravidade do quadro do paciente é quão rápido precisa ser atendido, inicialmente os pacientes sintomáticos leves são atendidos pela telemedicina ou vão nas UBS que são habilitadas para atendimento ou nas UPA Morumbi que antigamente era referência para o atendimento ao covid, e os pacientes mais críticos vão ao HMPGL no setor do PS respiratório e dependendo novamente da gravidade eles vão ser encaminhados à setor mais especializados como, por exemplo, UTI.

Classificação de risco:

- **Leve:** Paciente com sintomas, porém sem evidencia de pneumonia ou hipoxia.

- **Moderado:** Febre, tosse e saturação > 90% e fator de risco.
- **Grave:** SDRG, Saturação < 90%, FR > 30 irpm, e/ou SDRA e/ou sepse ou choque séptico. (VELASCO,2019)

No caso de nosso paciente ele estava apresentando um quadro moderado porem também não podemos esquecer que ele tem como doença de base DPOC, além de ser tabagista há mais de 50 anos.

O diagnóstico da doença é feito pelo SARS-CoV2, que é o padrão ouro, possui alta sensibilidade e especificidade, o melhor momento para a coleta é entre o 3º ao 7º dia do início dos sintomas, tem casos nos quais o paciente encontra-a positivo porem o exame deu negativo, porem alguns exames de imagem ajudar para a identificação e conclusão final do diagnostico, um grande exemplo é o TC de tórax. No TC de tórax se observa opacidades em vidro fosco com distribuição periférica e subpleural com envolvimento de múltiplos lobos. A TC permite a detecção precoce de pneumonia viral em pacientes com pelo menos 3 dias de sintomas, porem ele não pode ser usado como um teste diagnostico de primeira linha. No caso do nosso paciente ele já veio em caminhado como caso positivo, foi solicitado o TC do tórax e ou pulmão já estava apresentando um 75% de comprometimento. Além disso não podemos esquecer de falar do tratamento, como sabemos a covid é uma doença nova que até hoje não tem pesquisas científicas que amparem um tratamento eficaz, nesse caso o que mais se faz é tratar os sintomas, porem no caso do nosso paciente no momento que ele foi diagnosticado início com quadro leve, porem ele foi na farmácia e fez uso do famoso kit covid, a mais de um ano do começo da doença porem as pessoas ainda acreditam nos fakes News como foi nesse caso.

No caso do paciente uma vez ele atendido, foi tratado com antibioticoterapia, além de oferta de oxigênio máscara com 5litros, no momento ainda não foi cogitado a realização de IOT, já que o mesmo estava respondendo a medida de suporte, no primeiro momento. Nesse caso em particular o manejo foi feito da melhor maneira possível, ele deu entrada na UPA após apresentar piora foi encaminhado ao PS respiratório, nesse sentido não tem nada que ressaltar quanto a abordagem como a conduta foram feitos da melhor maneira possível, porem uma faltou coisa que ainda dá para ressaltar é que o nosso paciente não tinha nenhuma das doses da vacina, segundo ele não teve tempo para colocar por causa do trabalho e uma vez mais não devemos esquecer que a vacina é a única barreira que está nos ajudando a combater esta terrível doença porem se a população não colabora e não

se vacina não tem muito o que fazer, as mortes vão continuar aumentando sendo que podem ser evitadas, acho que essa é minha maior reflexão nesse caso. A vacina salva vidas, não temos que esquecer isso.

2.3 Relato vivencial e experiência na pandemia COVID-19

Figura 4. Plantão coronavírus



Fonte: PMFI

Figura 5. Fotos da barreira sanitária



Fonte: Própria

Quando começa um ano novo acho que todos têm a esperança e expectativas de que coisas novas e boas estão por vir e sem dúvida o ano 2020 não seria diferente, no meu caso estava vindo de um 2019 difícil, muitos tropeços e decepções então sem dúvida estava com todas minhas forças e espíritos focados em coisas boas, só que não esperava que tudo seria muito diferente do que imaginei, praticamente tinha tudo planejado de como seria meu ano porém sem ter uma ideia da realidade que estava por vir. A primeira vez que escutei COVID-19 foi em janeiro

do 2020, estava na minha casa assistindo TV e sendo sincera não de muita importância no momento por que achei que fosse uma doença nova que não ia fazer muito impacto já que nesse momento ele estava começando na China e achei que ia ser uma coisa que não ia repercutir muito e também como tinha tantas coisas na minha cabeça nesse momento realmente essa notícia foi indiferente para mim.

Um mês após de ter escutado pela primeira vez sobre o COVID-19, isso estava se convertendo cada vez mais e mais freqüentes, tinha países que começaram a fechar suas fronteiras, pessoas morrendo e sem dúvida as coisas começaram a piorar principalmente por que ninguém sabia direito o que fazia a doença e como tratar, o que estava causando muito medo e pânico sobre o futuro incerto que estava por vir, com o transcurso do dias e semanas tudo estava indo de mal a pior, não tinha nada alentador nesse momento, países como Espanha e Itália estavam passando por momentos muitos fortes e mesmo tendo os recursos que eles tem não estavam dando conta pela quantidade de mortes e doentes que estavam tendo praticamente os hospitais em colapso praticamente isso era um panorama muito desalentador para os demais países que estavam começando a apresentar casos, pela minha parte tudo isso estava-me deixando muito ansiosa pela questão que tinha muito medo pela minha família além de que tudo estava dando um giro muito diferente do que eu estava planejando, acho que toda essa situação estava começando a me deixar ansiosa e muito preocupada.

Em marco as coisas estavam piorando muito e sem perspectiva de um panorama melhor cada cidade tinha que fazer alguma coisa para conter o contágio massivo e morte pela doença, nesse caso como Foz é uma cidade fronteira que recebe praticamente cidadãos de diferentes partes do mundo sem dúvida tinha que ter um plano de contingência muito factível para poder combater o COVID, nesse caso começaram a limitar os aeroportos e fechar as fronteiras, nesse momento que começaram a falar que ia fechar a fronteira sem dúvida no momento não sabia o que fazer, não sabia se era melhor ficar ou voltar com minha família no Paraguai, nesse momento a faculdade também mandou um comunicado falando que as aulas iam ser suspensas até novo aviso, eu tinha que fazer um módulo do pré-internato porém pela questão da suspensão das aulas praticamente a opção de voltar para meu país era o mais factível, porém comecei a ler o grupo da faculdade e vi que estavam precisando de voluntários para ficar nas barreiras sanitárias, nesse momento falei para mim que independente do que for fazer lá a experiência de trabalhar e o aprendizado de ficar

perto de uma pandemia ia ser muito importante, acho que era uma grande oportunidade que não poderia deixar passar facilmente, então conversei com minha família e decidi ficar e encarar a situação.

No começo fiquei nas barreiras sanitárias que ficava localizado na entrada da receita federal, minhas atividades eram a ferir a temperatura e perguntar para as pessoas se estavam apresentados sintomas respiratórios ou se tiver contato com algum caso positivo e no caso se a pessoa falasse sim em alguns desses itens ligávamos ao plantão covid e eles faziam o acompanhamento do paciente segundo o protocolo. Durante o período que fiquei lá, foi uma experiência fundamental por que não só tive a vivência de trabalhar numa pandemia se não que também vivenciei muitas situações humanas lá, por exemplo, de ver pessoas dormindo na Ponte por que não podiam entrar no país por alguns motivos (no caso alguns não tinham documentação, outros eram de outros países e não podiam entrar no Paraguai ou no Brasil, pessoas sem dinheiro em fim um sem número de situações que eram muito triste por que muita coisa não podia fazer e sem dúvida o coração doía muito nesses momentos acho que percebemos o quão susceptíveis somos e impotente quando o único que conseguimos fazer nesse momento é olhar e continuar, acho que isso era uma das coisas que mais fazia, só olhar com cada situação que ia acontecendo, acho que uma das situações que mais me marcou foi um a de um senhor de aproximadamente uns 70 anos ele via do Paraguai para fazer diálise 3 vezes na semana e ele tinha que ir até a nefro clínica para fazer, na verdade o que realmente me causo dor foi que nessa época não estava funcionando o ônibus e o bobozinho tinha que ir caminhando até chegar na nefro clinica por que não tinha condições de ir até lá em Uber ou em táxi ele quase nem caminhava direito e pelo que tinha me falado não tinha ninguém para trazer ele e pior ainda com pouco dinheiro e sem ter comido nada durante o dia, acho que essas situações pelo menos para mim marcaram muito, ter um olhar diferente na realidade dos outros comprados com o de nós sempre nos traz uma grande reflexão.

Minha segunda atividade durante o transcurso da pandemia foi trabalhar no plantão telefônico lá eu fiquei uns 5 meses e sem dúvida foi um dos locais de estágio de muito aprendizado que tive, gostei muito de trabalhar lá, a experiência e o conhecimento foram muito boas, conviver com outro tipo de realidade diferente do foi na barreira sem dúvida foi muito enriquecedor, no plantão telefônico tinha muita coisa para fazer, no começo fazíamos agendamento para a realização do teste e triagem

dos pacientes que precisavam vir no hospital para atendimento, no começo tudo era através de planilhas e ainda não contávamos com os programas que atualmente tem além das capacitações que no momento que iniciei não tinha e acho que isso hoje em dia ajuda bastante na hora da abordagem dos pacientes, então no começo foi muito corrido tudo pela questão que estávamos no pico da doença, tinha muitos pacientes querendo fazer teste, pacientes querendo passar por atendimento médico, praticamente tinham uns 50 a 60 pacientes na linha aguardando para ser atendidos, já seja para as diferentes demandas que cada um tinha, que poderia ser agendamento do teste, atestado que não foram enviados, resultado do teste, perguntas sobre a doença, sobre o isolamento, em fim cada atendimento era uma coisa totalmente diferente ao anterior, pela quantidade de demanda e praticamente quase saturação dos atendimentos na triagem foi criada a telemedicina que foi crucial e importante nesse momento da pandemia, começaram a fazer o atendimento da telemedicina, os pacientes com sintomas leves que não estavam apresentando sinais de alarme, então essa classificação era o nosso trabalho, tinha vezes que ligavam familiares de pacientes positivos com instabilidade e não sabiam o que fazer, nesses casos nós fazíamos as orientações de ir direto no HMPGL ou no caso ligávamos para o SAMU para trazer o paciente, o no caso qual caso que nós achávamos que era necessário passar por atendimento nos encaminhávamos para o mesmo.

Resumindo tenho muitas histórias boas que contar, fiz amizade via ligações com muitos pacientes no sentido que em algumas ocasiões eles ligavam e falavam que gostariam de ser atendidos novamente por mim ou perguntavam pelo meu nome e se poderiam falar comigo nesses momentos percebi que estava fazendo um bom trabalho e cada vez mais estava ficando muito orgulhosa do meu desenvolvimento nesse momento.

Sem dúvida foram meses de muito trabalho, além desse período de correrias dentro do plantão telefônico e as barreiras sanitárias não posso esquecer que também foi um período longo longe da minha família, nesse sentido o tempo mais longo que passei sem ver eles foi ao máximo de dois meses mas agora foi a primeira vez que fiquei praticamente quase 8 meses sem eles, foi um dos momentos mais complicados da minha vida, além de tudo isso eu estava um momento complicado na minha vida pessoal em 2016 tinha começado a desenvolver depressão, foi um ano complicado para mim, minha avó tinha morrido nessa época e ela era como minha mãe foi ela quem me criou e cuidou de mim praticamente ela era minha mãe, então

quando aconteceu essa perda para mim a perda mais grande da minha vida e sem saber lidar com a situação comecei a mudar em todos os sentidos da minha vida, de ai para frente minha vida começou a tomar rumos muito diferentes, meu emocional nunca voltou a ser como eu era antes porem ninguém percebia nada pela questão que eu sempre fui muito reservada com minhas coisas e como era uma pessoa muito alegre então disfarçava bem a situação, até que em 2019, comecei a ficar pior, praticamente acho que eu estive na pior etapa da minha vida e não percebi que estava no fundo do pouso e ainda mais a minha vida acadêmica não estava bem, na época era a única coisa que me dava ganhas ou pelo menos era a inspiração porem aconteceu uma injustiça e essa situação me deixou muito abalada que não conseguia mais lidar com a situação, são coisas que nunca tinha falado para ninguém até hoje, achei que fosse importante para conseguir entender do porquê das minhas expectativas estavam muito na espera do novo ano e como tudo isso gerou um impacto em todos os sentidos na minha vida, só que no momento tudo foi mais e mais difícil do que eu achava que ia ser, com o transcurso dos meses eu já estava muito triste por que não estava com minha família e além disso a faculdade estava parado sem possibilidade de continuar isso sem dúvida me deixava muito frustrada e triste por que não podia fazer muita coisa para mudar minha situação, tinha vezes que eu queria muito que alguém me perguntasse como eu estava ou pelo menos que alguém me desse um abraço e me falasse que tudo ia ficar bem, porem no fundo eu sabia que na vida real isso era difícil de acontecer, então mesmo no meu estado eu continuava fazendo minhas atividades no plantão telefônico e tentando levar uma vida normal mesmo eu não estando bem, tive dias muito grises, nesse período comecei a desenvolver gastrite nervosa, comecei a fazer o tratamento e acompanhamento, tinha dias bons e outros não tão bons porem eu estava indo sem forças já, um dia aconteceu uma situação em particular que depois disso comecei a enxergar a vida de uma perspectiva diferente ou pelo menos fez com que meu coração fique mais aliviada com as situações difíceis da vida que muitas vezes tem coisas que vão muito mais longe do que nós queremos e não podemos manejar um grande exemplo é o Covid, ninguém nem esperava nem imaginava o impacto que ia ter em cada um de nos. Em uma das tantas ligações que eu atendia no plantão, uma delas foi sem dúvida muito especial, acho que este relato que vou escrever, vai ser uns do que sempre vou levar para 22a minha vida. Como qualquer dia normal eu estava fazendo o agendamento para a realização do teste para uma paciente e comecei a pedir os dados pessoais

além do e-mail dela, nesse caso me chamou muito a atenção o e-mail dela por que tinha o nome e sobrenome e no final cantora, então geralmente quando as pessoas ligavam eu sempre procurava falar qualquer tema para descontrair a situação, isso me ajudava bastante por que nesse momento da pandemia as pessoas estavam muito sensíveis, alguns ligavam chorando outros muito bravos querendo brigar, então nesse sentido sempre tentei deixar a situação o mais confortável possível para que seja mais leve, seguindo o relato quando a paciente falou isso de cantora perguntei para ela se ela era cantora ai ela explicou que ela era produtora musical e por isso o nome do e-mail era esse, ai a paciente me falou que antigamente ela cantava também porem deixou de fazer isso e que agora ajudava as pessoas a cantar e começou a me falar da história de vida dela, obviamente mesmo eu escutando continuava fazendo o agendamento sem perder o foco mas pelo menos cumpri meu objetivo que era deixar descontraído a situação, ai ela me perguntou se eu gostava de escutar música ai falei que sim gostava ai ela falou para mim se eu gostaria de escutar uma, ai falei que sim, ai ela começou a cantar mas o que mais me chamou a atenção foi a música, vou colocar um trecho da música para você entender melhor.

“Tenho uma palavra para você: Não desanimes
 Tudo que você pediu a Deus já está vindo
 Esse dia Deus te viu chorar no canto escondido
 Você mal conseguia falar, Deus só ouviu o teu gemido
 Mas o Deus que me enviou aqui sabe de tudo
 Ele me mandou falar que vai mudar seu rumo
 Ele está enviando o consolo para sua alma
 Enxugue essas lágrimas no rosto e tenha calma
 Vai passar!
 Eu sei que essa luta logo vai passar
 Está doendo, mas não vai querer parar
 Não deixe a esperança em você morrer
 Você precisa crer
 Vai chegar à solução para tudo que te aconteceu
 Você vai ter de volta o que você perdeu
 Só não se desespere pelo amor de Deus”

O nome da música é vai passar, talvez não tenha nada a ver o que estou escrevendo porem para mim essa música parecia uma sinal do que eu estava vivendo

na minha vida nesse momento e sentia que de alguma maneira Deus estava me falando isso, realmente essa ligação para mim foi muito especial por que eu estava atravessando o pior momento da minha depressão e escutar da nada essa música para mim sem dúvida foi de extrema importância, eu sempre acredito que nada acontece por acaso e que no final tudo tem o porquê e essa ligação para mim tinha um grande significado e foi ai que percebi que sempre vou ter momentos complicados, tristes e de muita raiva e impotência na vida, porem em algum momento tudo passa e que precisava ser muito mais forte do que eu estava sendo, até hoje fico pensando nesse dia, com muitas perguntas e sem respostas porem depois desse dia tentei me repor, não vou falar que estou bem mas pelo menos sei que qualquer que seja a dor que eu tenha vai passar, então essa é minha fé e esperança todos os dias.

Resumindo um pouco, isso foi minha experiência durante o que vivencie no plantão telefônico covid, tenho muitas histórias e anedotas que compartilhar, mas acho que pelo momento tenho um relatório muito grande que escrever havana, então é fundamental resumir um pouco já que ainda está faltando minha vivencia nos demais sectores que passei.

Minha terceira vivencia durante a pandemia foi trabalhar no BCC, nesse período de tempo passei por vários sectores do HMPGL. As atividades que participei e os cenários de prática foram realizados desde o mês de novembro até a primeira semana de janeiro. Os estágios foram divididos em semanas e sectores

- **Triagem:** Nesse sector de práticas realizei atendimentos para pacientes com covid, principalmente classificação de gravidade e caso os pacientes apresentassem sinais de alarme ou instabilidade hemodinâmica encaminhar com o médico responsável e fazer a admissão, caso se fosse só sintomático prescrever e dar orientações em que caso voltar explicando os sinais de alarme.
- **PS Respiratório:** no PS Respiratório fiz admissões, evoluções e alguns procedimentos como coleta de gasometria e acesso periférico, já participei de RCP, intubação e acesso central.
- **UCE:** fiz admissões, evoluções e discussão dos casos com Dr Guilherme.
- **UTDI:** fiz admissões, evoluções dos pacientes e discussão dos casos com o Dr Fábio.

Depois disso fiquei trabalhando como estagiaria do HMPG, fiquei na triagem do sector covid até o mês de marco, sem dúvida foi uns dos sectores de maior

aprendizado que tive, além de ter a oportunidade de muita prática e aprendizado teórico com cada uma das situações, não posso esquecer que também sou muito grata de ter tido a oportunidade de conhecer e trabalhar com pessoas muito capazes e entregadas ao trabalho, essas pessoas tem meu respeito e carinho para toda a vida e são um grande exemplo do tipo de profissional que gostaria me tornar algum dia .

A pandemia foi um dos acontecimentos mais arrebatadores e grandes que aconteceu no ano 2020, levou muitas vidas e suspiros inesperados, deixou muitos corações partidos pelas diferentes perdas que tiveram, além de pobreza, pessoas sem trabalho e passando fome, sem dúvida muitas outras situações tristes que foge de nosso conhecimentos e realidade, fazendo um pequeno resumo do que eu vivencie talvez não seja nada comparado com a história de outras pessoas que passaram situações piores mas estas experiências e vivências minhas tem um grande significativo que marcou a minha vida sem dúvida as de outras pessoas também.

Ainda estamos na luta constante referente ao COVID, desde meu ponto de vista depois que começaram as vacinações as coisas começaram a melhorar um pouco mais, atualmente as pessoas estão voltando ao normal, sempre usando máscara e álcool em gel, mas pelo menos com a vacina o panorama está sendo muito alentador, desejo que tudo continue para melhor e que as pessoas sejam mais cientes da realidade e não percam a esperança. Provavelmente esqueci algumas coisas, mas tentei de colocar as situações mais marcantes, como foi o começo da pandemia, os impactos positivos e negativos na minha vida e qual forte eu me tornei, acho que são esses pontos de aprendizado que quis compartilhar com você professora, tomara que você goste das minhas vivências e principalmente o quanto eu evolucionei durante esse período de tempo já seja na minha vida acadêmica quanto pessoal.

*“Aprendi que vai demorar muito para me transformar na pessoa que quero ser, e devo ter paciência”.
Mas aprendi também que posso ir além dos limites que eu próprio coloquei*

- Charles Chaplin.

2.4 Procedimento durante UE

2.4.1 Intubação com sequência de drogas

Drogas utilizadas em urgência e emergência – Intubação com sequência de drogas.

1. Drogas disponíveis nas farmácias das UPAs e PS para analgesia, sedação e bloqueio:

- Analgesia disponível: Fentanila ampola de 500mcg/10ml.
 - No caso da analgesia o fentanil é o mais recomendado nos casos onde os pacientes precisem de uma redução da resposta simpática. Pode ser utilizado de anestésico tópico na via aérea (como opções de aplicação por atomizador, injeção local ou mesmo nebulização).
 - Preço do Fentanil: 6,49 Reais
- Sedação: Midazolam 15mg/ml ampola com 3ml e 50 mg/ml com ampola de 10ml.
 - Etomidato e quetamina não estão disponíveis.
 - Apesar de ser amplamente utilizado, devido às suas características farmacocinéticas, é considerado um agente indutor ruim, devendo ser a última opção dentre as drogas.
 - Portanto, caso opte por usá-lo, deve-se ter extrema cautela no ajuste da dose em pacientes instáveis. Se recomenda fortemente a escolha de outras medicações para indução na ISR na emergência. No caso a cetamina e etomidato são as opções mais recomendadas.
 - Preço do Midazolam: 16,17 Reais
 - Preço da cetamina: 85,21 Reais
 - Preço do Etomidato: 19,56 Reais
- **Bloqueio:** Succinilcolina ampola de 500mg/10ml.
 - No caso a succinilcolina apresenta contra-indicações a diferencia do rocuronio que não tem porem ele é o mais usado por apresentar uma grande diferencia no preço e também por não precisar um tipo de armazenamento especial que o rocuronio precisa.
 - Preço da Succinilcolina: 19,08 Reais
 - Preço do Rocuronio: 31,270 Reais

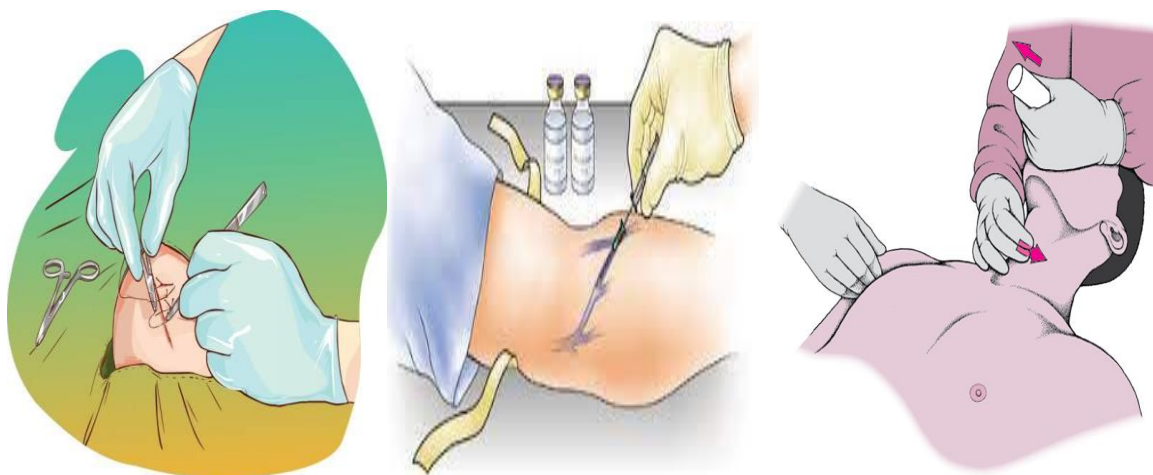
Tabela 3. Drogas mais utilizadas na IOT nas UPAs e PS geral

Nome da Droga	Dosagem do frasco	Dose por kg	Indicações particulares	Contra-indicações	Dose 70-80 e 100kg
Fentanil	10ml/50mcg/ml	3mg/kg	Efeito rápido	<ul style="list-style-type: none"> Hipotensão Risco de rigidez muscular 	70kg: 4ml 80kg: 4,5ml 100kg: 6ml
Midazolam	10ml/5mg/ml	0,3mg/kg	<ul style="list-style-type: none"> Início de ação lenta e curta Não influencia na pic Efeito anticonvulsivante 	<ul style="list-style-type: none"> Depressão respiratória Depressão cardiovascular 	70kg: 4ml 80kg: 5ml 100kg: 6ml
Succinilcolina	100mg frasco	1,5mg/kg	<ul style="list-style-type: none"> Efeito curto e rápido 	<ul style="list-style-type: none"> Risco de paralisia prolongada Fasciculações Trismo 	70kg: 70mg/7ml 80kg: 80mg/8ml 100kg: 100mg/9ml

Fonte: adaptado de medicina de urgência e emergência

2.5 Procedimento invasivos realizados

Figura 6. Imagens dos ilustrativas



Fonte: Google imagens.

Tabela 4. Procedimentos

Procedimentos	Quantidade
Sutura	20
Coleta de amostra para gasometria	10

Extração de corpo estranho	10
Acesso Venoso Periférico	7
Sonda Nasogástrica	2
Intubação orotraqueal	1

Fonte: Própria

Desde que começamos a faculdade de medicina, acho que um dos momentos mais aguardados de todo estudante é o momento de fazer os procedimentos, sem dúvida meu caso não seria diferente, também estava com muita expectativa de levar acabo o que tinha aprendido na teoria, porem uma coisa eu aprendi, que na teoria ninguém fala do medo, das inseguridades e das dúvidas que qualquer estudante tem, principalmente nos seus primeiros procedimento posso falar que até para colocar colírio anestésico no olho eu tinha medo, acho que o medo é uma sensação natural quando começamos a fazer coisas que nunca fizemos e ainda mais quando o que estamos é numa pessoa. Esses meses sento que evolucionei um monte, em comparação do que foi no início, sento muita mais seguridade na hora de fazer os procedimentos e acho que o medo só vai saindo com a persistência e constância, o principal segredo são esses dois, quanto mais uno faz mais rápido a seguridade vai tomando confiança, já que o maior medo sempre vai ser errar porem tem vezes que errando uma pessoa aprende justamente para não errar novamente, acho que tudo é um processo onde vamos ir aprendendo e melhorando em cada passo que vamos dando e nesse caso não vai ser diferente, ao longo desse capitulo vou ir explicando cada procedimento que fiz e quais sensações que tive durante cada um dos momentos.

2.5.1.1 Acesso venoso periférico: tremedeira e tremedeira

A primeira vez que ia fazer um acesso foi na UPA Samek, acabava de avaliar um paciente e ai a medica do plantão perguntou para mim se alguma vez já tinha feito um acesso periférico ai falei para ela que não, nesse momento falou para mim fazer a coleta para os exames e também o acesso, sem dúvida comecei a ficar muito, muito nervosa além de começar a tremer a mão por mais que seja um procedimento mais tranquilo mesmo assim não conseguia segurar minha mão de

tanta tremedeira, no fundo falei para mim mesma respira fundo e vai para frente, então comecei o procedimento da seguinte maneira.

- Antes de iniciar com o procedimento expliquei para o paciente o que ia ser feito, para ele ficar tranquilo e também expliquei que era um procedimento que não ia doer (sempre falam que isso não é preciso porem eu acho que tem pessoas que tem mais sensibilidade ao dor então acho sim importante deixar calmo o paciente). Logo disso não esquecer de solicitar o material necessário para o procedimento e uma vez de chegar o material verificar se está tudo certo para depois iniciar sem nenhum tipo de problema.
- Depois de ter explicado e verificar tudo, fui a lavar minhas mãos com água e sabão como sabemos a higienização é fundamental antes de qualquer procedimento seja qual for então nunca temos que esquecer dessa primeira parte, logo disso fui a inspecionar e palpar ambos braços procurando as veias mais proeminentes e firmes, priorizando a porção distal em sentido ascendente, nesse caso escolhi o braço direito, após disso usei uma luva de procedimento para garrotear aproximadamente 5 a 10cm acima do local da punção venosa escolhido, para proporcionar a visualização da veia, falo para o paciente deixar totalmente imóvel o braço uma vez que perceba isso, começo fazendo a antissepsia da pele, utilizando algodão com álcool 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%, depois tracionar a pele para embaixo com o polegar abaixo do local a ser puncionado e introduzir o cateter venoso na pele, num ângulo aproximado 30 a 45 grados, ao momento de visualizar o refluxo sanguíneo deve segurar o cateter com uma mão e com a outra soltar o garroteamento ou seja nesse caso a luva que está fazendo a pressão, logo disso acoplar o polifix com solução fisiológica conjugado a seringa ao cateter ou ao equipo conectado ao frasco de soro identificado, não podemos esquecer jamais de tirar o ar do equipo antes de conecta-lo ao dispositivo.
- Uma vez finalizada o procedimento, sempre temos que checar se não apresenta sinais de infiltração, além de perguntar se não está sentindo dor ou desconforto (se tiver alguns desses itens é preciso retirar novamente o dispositivo), se ficar tudo ok, então o último passo é fixar o dispositivo.

2.5.1.2 Coleta de gasometria: rindo porem de nervosa

O próximo procedimento que fiz foi realizado no HMPGL, geralmente depois de fazer minhas atividades correspondentes no PS geral no período da noite costumava ir no PS respiratório para ajudar, já que lá sempre tem coisas para fazer em uma dessas noite em conversa com uma das enfermeiras comentei para ela meu interesse de fazer a coleta de gasometria, nesse momento ela falou que tinha uns pacientes que precisavam fazer e falou para mim se eu estava pronta para fazer que ela ia me ajudar, nesse momento comecei falei para ela sim, e comecei a sorrir para ela porem era de nervosa e uma vez mais tinha que levar a cabo meu conhecimento teórico na pratica porem a comparação do meu primeiro acesso periférico o medo era menor por que a enfermeira era muito querida e falou para mim que qualquer coisa ela ia ficar do meu lado dando as orientações se ela perceber que fosse necessário, acho que isso me deu segurança e fui para frente uma vez mais.

- A primeira parte do procedimento da coleta da gasometria é muito parecida com a do acesso venoso periférico, primeiramente temos que explicar ao paciente o que vai ser feito, logo temos que solicitar o material necessário para o procedimento a realizar e uma vez chegado não esquecer de verificar se está tudo completo uma vez checado tudo, temos que posicionar o braço do paciente e falar para o mesmo estender o braço com a palma da mão para cima e hiperextender o punho apoiando-o sobre o coxim (para deixar a artéria radial o mais superficial possível), depois disso identificar a artéria radial, para isso é necessário palpar o processo estiloide do rádio e tendão dos flexores do carpo, sente-se o pulso radial entre as duas estruturas anatômicas, depois de ter feito isso passar a os seguintes passos que são, a higienização das mãos com água e sabão, colocar luvas, assepsia do local que vai ser feita a punção com algodão e álcool 70%, heparinizar a seringa com a agulha rosa(aspirar a heparina), após heparinizar temos que trocar a agulha rosa pela agulha de menor calibre, uma vez feito isso precisamos palpar o pulso radial com a polpa digital dos dedos indicador e médio depois disso com a mão dominante inserir a agulha em um ângulo 30 a 45 grados em direção cefálica logo abaixo do local onde está palpando o pulso, avançando lentamente até que a sangue arterial flua espontaneamente para a seringa, coletar aproximadamente uns 3 ml. Após isso retirar lentamente a agulha, comprimir rapidamente com a gaze fazendo pressão pelo menos por 5 minutos. Por último retirar as bolhas da seringa e

tampar a agulha, colocar o nome do paciente na seringa e encaminhar imediatamente para laboratório em bolsa térmica com gelo.

- Finalizando o procedimento perguntar ao paciente se está tudo bem por que geralmente é um procedimento um pouco doloroso, então uma vez deixado tudo certo damos por concluído o procedimento feito.

Durante o processo do mesmo fiquei um pouco nervosa porem deu tudo certo, sem dúvida sou muito grata a enfermeira por ter me ajudado e orientado em alguns momentos do procedimento.

2.5.1.3 Sonda Nasogástrica: ela é sempre nervosa assim? Não, só quando ela tem que passar a sonda nasogástrica

Esse procedimento foi realizado na UPA João Samek, nesse caso se tratava de um paciente idoso que não estava conseguindo se alimentar há uns dias então o plantonista solicito sonda para ele, nesse caso me ofereci de voluntaria para fazer sinceramente me sentia confiante nesse momento por que fazia uma duas semanas atrás que tivemos aula pratica na sala de simulação na faculdade então esse dia tinha treinado bastante, acho que isso me deu valor para tentar fazer, obviamente uma vez mais fiquei nervosa porem não deixei que meus medos fossem mais grandes e fiz com ajuda do médico plantonista.

- Nesse primeiro momento e fundamental explicar ao paciente o que vai ser feito por que é um procedimento um pouco incomodo e se o paciente estiver consciente como é o caso é fundamental a colaboração do mesmo, se o paciente aceitar a realização prosseguimos com o procedimento, verificamos se os matérias estão completos uma vez conferida isso, fazemos a higienização das mãos e posterior paramentação adequadamente, após disso posicionar o paciente em Fowler (45°) sem travesseiro, medir a sonda da ponta do nariz ao lóbulo da orelha até o apêndice xifoide e daí mais 3 cm marcando com esparadrapo, não esquecer de passar lubrificante pela sonda já que isso facilita a passagem, passar a sonda através de uma das narinas e nesse processo falar para o paciente ajudar (quando possível) deglutindo a sonda quando passar pela faringe. Pode haver náuseas e vômitos, portanto deixe-o repousar alguns minutos, logo de repousar é preciso retomar e introduzir a sonda até a porção marcada com o esparadrapo. Por último verificar se a sonda

está bem posicionada no estômago: aspirando o conteúdo gástrico e injetando 20 ml de ar através da sonda e com o estetoscópio sobre o epigástrico, auscultar a presença de som estridente e ajustar a sonda na posição correta e fixá-la com micropore sobre a pele do paciente (região nasal), não esquecer de colocar a data do dia que foi feito procedimento.

- Por último não se esquecer de solicitar um RX do abdômen para verificar se a sonda foi introduzida corretamente após conferir aguardar umas horas e iniciar a dieta. Uma vez feito o procedimento conversar com o paciente e perguntar se está tudo certo se não tem alguma incomodidade ou sinais de mau posicionamento da sonda, uma vez conferida isso, podemos finalizar o procedimento.

Uma vez mais posso conferir que o nervosismo com a pratica vai passando e sem dúvida com ajuda das práticas que tive na sala de procedimento me deixaram mais preparada e confiante na hora da passagem da sonda.

2.5.1.4 Extração de corpo estranho: olhos que não vê, coração que não sente

Uns dos procedimentos mais comuns que geralmente mais fazia foram a retirada de corpo estranho, já sea no olho, nariz ou da orelha, sempre tinha alguma coisa nova e principalmente quando se trata de criança era um dos maiores desafios, porem cada experiência foi muito enriquecedora em todos os sentidos, nessa parte do relato vou descrever só uma das técnicas realizadas para ficar mais prático tudo.

- O primeiro passo é explicar ao paciente o que vai ser feito principalmente por que nesse caso trata-se de remoção de corpo estranho ocular localizado aparentemente no olho esquerdo, então sem dúvida precisava de um maior cuidado já que o paciente não conseguia enxergar bem por causa da dor, uma vez explicado o que vai ser feito, não se esquecer da higienização das nossas mãos com água e sabão e logo a aplicação de luvas de procedimento, uma vez feito esses passos é fundamental posicionar ao paciente sentado em frente à lâmpada de fenda estabilizando a cabeça pressionando firmemente contra a faixa da frente e com o queixo apoiado na lâmpada, após disso fazer um exame físico oftalmológico simples se o nível de desconforto do paciente permitir, nesse caso não foi possível então passamos ao seguinte passo que foi a

colocação do anestésico ocular tópico no caso seria um colírio de proparacaína a 0,5% duas gotas no olho afetado, orientar o paciente a manter o olho fechado por cerca de um minuto a fim de reter o fármaco, uma vez que a dor passar se faz a remoção com SF 0.9% e um aplicador com algodão umedecido (cotonete), uma vez feito isso se não perceber nada se orienta ao paciente voltar caso a dor continuar e em casos mais complicados solicitar encaminhamento para o oftalmologista.

- Nesse caso em particular não precisou de encaminhamento já que após a remoção o paciente referiu melhoras e com isso já não precisava mais fechar o olho afetado, falei algumas orientações e finalizei com êxito o procedimento.

2.5.1.5 Intubação orotraqueal: Eu não estou mais em um estado de nervos, já estou em um continente de nervos

Minha primeira intubação fiz na UPA Morumbi com orientação e indicação do Dr Nicolas, então nesse caso se eu falar que estava pronta nesse momento vou mentir para vocês, acho que um dos procedimentos mais difíceis de fazer. Quando o Dr perguntou para mim se já tinha feito alguma vez IOT, fui muito sincera e falei para ele quais eram meus medos e limitações o principal era o medo mesmo de errar e afirmei que ainda não tinha feito, já acompanhei inúmeras vezes porem jamais fiz, depois disso o Dr falou para mim paramentar-me porem juro que achei que ele estava me suando, depois de ter uma conversa muito sincera ele falou isso para, então na minha cabeça estava, só pode estar brincando, então nesse momento fui no banheiro e ai uma pessoa começou a bater à porta e era a enfermeira falando que o Dr estava-me aguardando já que a paciente estava muito instável, nesse momento comecei a suar e suar, além de me converter em um continente de nervos tirei coragem e fui a fazer, ai o dar me falou que só fazendo eu ia conseguir tirar meu medo e essa era maneira de ele contribuir no meu aprendizado, no momento não sabia se eu estava odiando-o ou estava sendo grata pela oportunidade que ele estava me brindando nesse momento, então levei acabo o que tinha aprendido.

- No primeiro momento é importante lembrar rapidamente de cada uns dos passos, já que nenhum detalhe pode ser esquecido, então nesse caso fui ordenando meus conhecimentos após disso iniciar rapidamente com o procedimento, o qual foi feito da seguinte maneira:

Numa intubação de SRI não podemos esquecer que eles consistem em uma sequência de passo que devemos seguir de maneira correta, que são: Preparação do paciente, nesse caso a nossa paciente não apresentava aparentemente nenhum sinal que identifique uma possível intubação difícil, além de chegar é preciso checar todos os materiais que vão ser precisos utilizar como o laringoscópio e lâminas de todos os tamanhos, após disso fazemos Pré-oxigenação do paciente com a oferta de 100% de oxigênio em alto fluxo imediatamente, no pré-tratamento foi colocado Fentanil e logo disso induzimos a paralisia do paciente com Midazolam, não esquecer do posicionamento do paciente (hiperextensão cervical, preferencialmente com colocação de coxim sob o músculo trapézio, para alinhamento dos eixos oral, laríngeo e faríngeo). Nesse passo é fundamental o posicionamento já que depende disso para uma melhor visualização do glote, após disso fazer a seleção da cânula (7,5 a 8 para mulheres, 8 a 9 para homens) e teste do cuff, nesse caso vamos a utilizar o 8 já que nossa paciente é uma mulher, por conseguinte introduzimos lentamente o laringoscópio com a mão esquerda e deslocamos a língua para a esquerda até visualização da epiglote, uma vez posicionado a lâmina do laringoscópio na valécula e elevamos a mesma até a visualização das cordas vocais, uma vez visualizada, introduzi o tubo orotraqueal e posterior Insuflação do cuff. Por último foi feito a checagem da IOT, realizando a ausculta no estômago, bases pulmonares esquerdas e direitas e ápices. Se disponível, checa-se o posicionamento correto do tubo através da aferição de CO₂ excretado (capnografia) e realizar um RX de tórax para determinar se houve intubação seletiva para o brônquio fonte direito. Não devemos esquecer dos cuidados pós intubação: O tubo deve ser fixado, um RX de tórax pós IOT deve ser realizado na busca de complicações e a ventilação mecânica deve ser ajustada. Medicamentos usados para SRI são normalmente de curta ação, assim deve-se assegurar sedação de longo prazo, analgesia e eventualmente paralisia se necessário. Em alguns casos o paciente pode ser mantido sem sedação, cada caso deve ser discutido individualmente.

- Nesse caso em particular com ajuda do plantonista consegui fazer o IOT da melhor maneira possível, resumindo posso falar que o relato até parece longa porém na prática tudo isso acontece muito rápido sem perceber em menos de 5 minutos eu já tinha feito uma intubação, sem dúvida ainda preciso de muita prática só assim vou conseguir melhorar minha técnica além de superar meus

medos e nervos, sou muito grata por ter tido a oportunidade de ter essa experiência.

2.5.1.6 Suturas: dos criadores de: eu avisei, vem aí: feito

As suturas foram os procedimentos que mais fiz durante o transcurso dos plantões, no começo das minhas primeiras experiências posso falar que ficava suando e tremendo acho que é uma sensação natural pelo menos vou acreditar nisso, minha primeira sutura foi feita na cabeça, na região parietal, como foi a minha primeira experiência e ainda mais numa região que nunca tinha treinado achei muito interessante fazer-lo, então depois disso tudo começou a ficar muito mais fácil, comecei a tomar confiança aos poucos, hoje em dia é uma coisa natural na hora de fazer, sem nervos nem tremedeiras.

Além de suturar cabeça, também já suturei orelhas, mãos, dedos, braços e pés, acho que já suturei tudo o que poderia ter feito, me sinto muito conforme com minha evolução desde que comecei até hoje, não posso esquecer que já suturei crianças também, acho que sempre é um grande desafio mesmo tendo prática quando se trata de criança é outra coisa, tudo mundo sempre me avisou que o atendimento na criança é muito mais difícil, principalmente por que no adulto você fala para a pessoa adulta ficar quieta e a pessoa fica porém quando é criança você fala isso e criança começa a chorar e se mexer muito mais do que ele já estava e isso piora ainda mais a situação, uma vez por exemplo ia suturar uma criança de 4 anos ele teve um corte no queixo aproximadamente ia levar uns 4 pontos no máximo, nesse caso o técnico, a mãe e outra colega estavam segurando a criança porém mesmo assim era muito complicado fazer a sutura meu medo era furar com a agulha o lábio inferior da criança, eu olhava e falava na minha cabeça (Deus por favor não deixe eu furar a boca da criança) professora não fique brava pelo meu relato porém é o que estava pensando no momento, graças a Deus deu tudo certo no final a criança me deu um forte abraço e agradeceu pelo atendimento, acho que isso de aí foi uma das tantas experiências que tive com crianças por isso cheguei nessa conclusão, que quanto mais desafiador seja a situação o aprendizado e a experiência é melhor.

Depois de ter explicado um pouco das minhas experiências e medos, vou explicar da maneira que eu levo acabo esse procedimento sempre que vou fazer:

- Antes da realização de qualquer procedimento é fundamental explicar ao paciente o que vai ser feito e sempre tentar acalmara-lo. Após de explicar tudo certinho, vou passar ao seguinte passo que é a higienização das mãos com água e sabão e posterior colocação de luvas de procedimento no primeiro momento, geralmente os pacientes chegam com muita dor então pela minha parte antes de fazer a antissepsia do local da ferida, primeiro coloco clorexidina degermante para antes de limpar a ferida ele já esteja fazendo o efeito e logo anestésio o local com lidocaína 1% de essa maneira acalmar a dor e depois iniciar assepsia do local, uma vez feito esses passos vou tirar minha luva de procedimentos e colocar uma luva estéril no meu caso eu faço uso do tamanho 6.0, logo de ter trocado a luva, vou conferir se os materiais esterilizados estão tudo completos e uma vez conferido isso, vou pedir o fio nylon dependendo do local da ferida o número, geralmente o que mais faço uso é do número 2.0 e 3.0 e não esquecer das gazes. Então resumindo após de fazer a limpeza da ferida vou colocar o campo estéril sobre a ferida e assim limitar o local, uma vez feito isso começar com a sutura, uma vez terminado pela minha parte costumo limpar novamente a ferida deixando-o seco e após disso colocar gaze sobre a sutura feita dessa maneira não deixá-lo exposto para assim evitar alguma infecção e logo fixar o curativo com adesivo ou enfaixar com atadura de crepe, uma vez finalizado explicar ao paciente que os pontos tem que ser retirados em um período de 7 a 10 dias na UBS que fique mais perto da sua casa e também no momento de passar a receita de medicações explicar bem certinho como tem que fazer uso dos mesmos, além de explicar como fazer a limpeza da ferida não se esquecer de orientar sobre a vacina do tétano e no caso se não súbber se tem ou não a vacina encaminhar ao paciente na sala de epidemiologia, após de fazer todas as orientações necessárias, não se esquecer de tirar os objetos perjurro cortantes para não colocar em risco as demais pessoas uma vez feito tudo isso posso dar como finalizado o procedimento.
- Resumindo de uma maneira simples e concisa foi assim que eu levava a cabo minhas suturas, sempre tentando aprender cada dia, não vou falar que foi fácil porem estou muito feliz e orgulhosa da minha evolução durante ao longo do modulo.

2.6 Proposta com soluções dos problemas levantados nas UPAs, sobre o atendimento a pacientes psiquiátricos

2.6.1.1 Em procura de melhora na humanização na assistência de pacientes com doenças psiquiátricas que procuram atendimento nas UPAs

A saúde mental está em processo de mudança no Brasil desde os anos de 1990, período que evocou as idéias do Movimento de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica como elementos-chave na efetivação dos cuidados a pessoas com transtorno mental, em um processo de construção de um modelo que compreendesse e respeitasse estes sujeitos como ser humano.

Porem a nossa realidade foge muito do que é o esperado, tendo em contas minhas vivencias e experiências ao longo dos módulos e minhas passagens pelos diferentes locais de estagio posso falar que até hoje a realidade dos pacientes psiquiátricos é muito triste e não só estou falando pela falta de humanização se não também pela pouca importância que muitos dão a esses pacientes que como os outros doentes merecem o mesmo amor e respeito pela sua saúde.

Dessa maneira acho que o problema que levantei é de suma importância por que minha intenção é que em algum momento essa problemática possa ser resolvida e possa causar um impacto positivo já que a vida de muitas pessoas pode mudar a partir desse cambio. Antes de dar sugestiones do que pode ser feito, gostaria de compartilhar um pouco das minhas experiências, dessa maneira para que vocês possam enxergar o que eu enxerguei ao longo dos meus estágios.

Esse relato aconteceu na UPA Morumbi, o SAMU tinha trazido um paciente morador de rua apresentando aparentemente um quadrado de esquizofrenia, pelo que percebi ele era um paciente muito conhecido pela questão que sempre que tem um surto ele é encaminhado para atendimento, porém tudo mundo começou a falar que não era para ter trazido ele que não tinha muita coisa para fazer, que ele não fazia uso da medicação e não adiantava nada, aí um dos técnicos falou que ele tinha uma solução que é abrir a porta do fundo e deixar aberto até o paciente sair sozinho como ele estava praticamente sem perceber nada acabou saindo, nesse caso é um grande exemplo de falta de humanização pelo paciente, ele no estado que estava realmente precisava de atendimento mesmo tendo em conta as recidivas dele em quanto ao tratamento acho que como tudo paciente tinha que ser atendido, passado medicação

e encaminhar ao centro de referência que no caso é o HMPGL no setor da psiquiatria, porém nada disso foi feito, a única coisa que foi feito, foi abrir a porta e deixá-lo sair sem nenhuma ajuda, no estado dele nem dava para ele perceber que estava precisando de atendimento ou pelo menos um suporte para o quadro que o mesmo estava apresentando.

2.6.1.2 Problemas levantados

- Pensamentos preconceituosos sobre os pacientes psiquiátricos fazem com que muitos dos profissionais de saúde tenham dificuldade na hora de lidar com o paciente.
- O ponto principal que termina dificultando a assistência é quando o paciente está agitado e agressivo. O que impossibilita os cuidados humanizados, pois estes não aceitam tomar seus remédios ou cuidar de sua higiene pessoal. E quando o profissional não possui preparação para cuidar dos pacientes com transtornos mentais terminam estes ficando de mãos atadas.
- Falta de qualificação e preparação dos profissionais de saúde para atender os pacientes com transtornos mentais de forma humanizada.
- Limitação na compreensão a importância da assistência humanizada a pessoa com transtornos mentais.

Algumas das propostas criadas para uma melhora na Humanização a saúde dos pacientes psiquiátricos foram feitas após levantamento dos problemas que de alguma maneira causam resistência na melhora da situação. Eles são:

- Não esquecer que todos os pacientes psiquiátricos ou não possuem o direito universal a saúde de qualidade. A partir disso criar protocolos de assistência que ajudem ao monitoramento e assim respectivo cumprimento das normas de qualidade ao atendimento, onde o profissional irá observar e trabalhar um método mais humano para desenvolver esse atendimento, buscando a qualidade de vida do paciente como um todo.
- Criação de um plano de cuidado que sirva de guia de trabalho para a equipe de enfermagem e dentro deste plano as suas ações devem sempre ser o mais humanizadas possíveis, já que eles sempre têm o contato inicial com os pacientes e tem mais oportunidade de trabalhar a humanização durante a

assistência sem tirar a responsabilidade dos médicos na colaboração do atendimento.

- Criar proposta que possam ajudar na construção de um Pronto socorro Psiquiátrico, acho que isso ajudaria bastante já que além da criação de proposta de melhora no manejo também faríamos que os profissionais sejam capacitados para tratar pacientes psiquiátricos com isso melhoraria bastante o atendimento deles criando assim um vínculo mais humanizado entre o serviço e os pacientes.
- Uma vez instalada o Ponto socorro Psiquiátrico, também criaríamos núcleos que estejam centrados para dar apoio aos famílias dos pacientes psiquiátricos já que o acompanhamento familiar durante o tratamento é de grande importância e dessa maneira tentar entender a relação que os mesmo tem com eles por que muitas vezes a própria família tem dificuldade em lidar com a realidade do quadro clinico e isso faz com que o paciente sempre apresente recidivas na evolução, assim entender que o primeiro passo de humanização e empatia inicia com a família e por conseqüente com o atendimento médico por isso é fundamental criar esses tipos de laços assim para que em um futuro a realidade deles possam melhorar e possam viver sem discriminação e preconceitos.

Sem dúvidas minhas propostas são um pouco ambiciosas porem estou muito confiante que com dedicação e interesse possam ser realizadas e uma vez aplicada na vida real melhoraria a condição de atendimento dos pacientes e não só deles como assim também das famílias que através dos núcleos de apoio vão conseguir ter um pouco mais de ajuda e suporte sobre as diferentes situações que possam atravessar. Não posso esquecer que além das minhas percepções também tive a ajuda da Dra. Verônica que sem dúvida sem suas orientações e vivencias na pratica não seria possível a criação das soluções aos problemas que apresentei ao longo deste trabalho.

Tabela 5. Ações elaboradas como estratégia para a melhoria da assistência em saúde mental.

Operação	Resultado	Prazo
Criação de plano e protocolos de cuidado	Atendimento mais humanizado e melhora da assistência	Médio prazo

para a equipe de enfermagem e médicos		
Apresentação de proposta para criação de um Pronto socorro Psiquiátrico	Redução na procura de demandas espontâneas e saturação de atendimento nas Upas por demandas psiquiátrica	Longo prazo
Criação de núcleos de apoio familiar	Melhor percepção da realidade e fortalecimento do vínculo entre o paciente e a família	Médio prazo

Fonte: Própria.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O internato é uma das passagens mais intensas e importante da nossa formação acadêmica e sem dúvida alguma o módulo de urgência e emergência faz parte dessa história que marcou o início das nossas experiências tanto práticas quando teórica, além das diversas vivências e obstáculos que atravessamos ao longo do módulo, pela minha parte sou muito grata pela minha trajetória construída e sem dúvida posso falar que aprendi muitas coisas e o ensinamento foi muito enriquecedor em todos os sentidos.

Também aprendi a que posso ir mais longe do que eu acho que eu posso e que além dos conhecimentos práticos adquiridos também aprendi muitas outras coisas, vivenciar muitas situações que me fizeram mais forte, tive dias que achei que não ia conseguir seguir para frente, tinha dias que sentia que não dava mais, até cheguei a colapsar e ter crise de choro porém isso me fez entender que tem momentos bons assim como pessoas boas como momentos ruins como pessoas ruins e que isso faz parte do caminho da vida, além disso também aprendi que ainda me falta muito caminho que recorrer no mundo da medicina que jamais vai ser suficiente o conhecimento porém tenho que ser firmes aos que vou criando em cada uma das etapas que vou trazendo sem me limitar aos aprendizados.

Cada etapa e momento dentro do módulo me fizeram olhar as coisas desde diferentes ângulos e com isso sei qual tipo de médica eu quero ser, sei que tenho defeitos e que ainda tenho muito que construir porém mesmo com meus defeitos sei que tenho muito ainda que brindar e dar tanto as os pacientes como a mim mesma, para culminar desejo que a senhora possa olhar meu trabalho com os olhos que eu olhei e com o coração que eu coloquei em cada um dos meus passagens, do jeito que eu escrevi é meu jeito de viver e ver as coisas, obrigada pela paciência professora e no dia que mais difícil você me escutou me falou para continuar, obrigada por isso!! Sou muito grata por ter uma professora como você, eu sei que como aluna ainda tenho coisas que melhorar, porém quero que você sabia que eu de meu melhor e que estou conforme com cada passo que eu marquei.

Finalizando só me cabe ressaltar que ainda tem coisas que melhorar dentro de cada um dos setores, porém tem profissionais incríveis dando seu melhor cada dia e sei que as coisas ainda vão melhorar. O SUS é um dos sistemas de saúde que algum dia gostaria de ter no meu País, como todos tem seus erros e limitações

porém ele está salvando e ajudando do jeito que pode e isso é muito admirável, no meu país as pessoas morrem por que não tem nem dipirona para as pessoas que não tem condições para comprar, então para mim ter vivenciado cada fluxo de atendimento em cada um dos setores me fez admirar ainda mais o sistema de saúde, resumindo, cada vivencia vivida é um sopro de aprendizado dentro do mundo da Urgência e emergência.

“Ganas fuerza, coraje y confianza en cada experiencia en la que te paras a mirar al miedo a la cara. Eres capaz de decirte a ti mismo, ‘He vivido este horror. Puedo controlar lo siguiente que venga.’ Debes hacer lo que crees que no puedes hacer.”

- Eleanor Roose

REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnósticos e prevenção. 2013**. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao>.

CUNHA, R.V.; BASTOS, G. A. N.; DUCA, G. F. D. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 346-354, 2012.

GREENHOW, T. L. et al. The changing epidemiology of serious bacterial infections in young infants. **Pediatr Infect Dis J**. n. 33, v. 6, p.595-599, 2014.

Holanda AB. Dicionário Aurélio de língua portuguesa. 5ª ed. São Paulo: Positivo Editora; 20 PRADO, M. L.; GELBCKE, F. L. **Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2013.

LONGO, D. L. et al. Medicina interna de Harrison.18. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

MAKI, K. C. et al. Consumption of a cranberry juice beverage lowered the number of clinical urinary tract infection episodes in women with a recent history of urinary tract infection. **American Journal of Clinical Nutrition**, n. 103, v. 6, p.1434–1442, 2016.

NICOLLE, L. E. Complicated pyelonephritis: unresolved issues. **Current Infectious Disease Reports**. n. 9, v. 6, p.501-507, 2007.