



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

CURSO DE MEDICINA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS:
RELATORIO DESCRITIVO E REFLEXIVO DO INTERNATO DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS EM FOZ DO IGUAÇU - PR**

GEBER HARIM HERNANDEZ ZARATE

Foz do Iguaçu - PR
2023



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

CURSO DE MEDICINA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS:
RELATORIO DESCRITIVO E REFLEXIVO DO INTERNATO DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA DO SUS EM FOZ DO IGUAÇU - PR**

GEBER HARIM HERNANDEZ ZARATE

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

Orientador: Prof^ª. Me. Rosana Álvarez Callejas

Foz do Iguaçu - PR
2023

GEBER HARIM HERNANDEZ ZARATE

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS:
RELATORIO DESCRITIVO E REFLEXIVO DO INTERNATO DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA DO SUS EM FOZ DO IGUAÇU - PR**

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

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof^ª. Me. Rosana Álvarez Callejas
UNILA

Prof^ª. Me. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof.
UNILA

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo da autor: Geber Harim Hernandez Zarate

Curso: Medicina

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

E-mail: Fone:

Tipo de Documento

- | | |
|----------------------|--------------------------------------|
| (X) Graduação | (...) Artigo |
| (...) Especialização | (...) Trabalho de conclusão de curso |
| (...) Mestrado | (X) Monografia |
| (...) Doutorado | (...) Dissertação |
| | (...) Tese |
| | (...) CD/DVD – Obras audiovisuais |

Título do trabalho acadêmico: Internato em urgência e emergência do sus: relatório descritivo e reflexivo do internato de urgência e emergência do sus em Foz do Iguaçu - PR

Nome da orientadora: Rosana Álvarez Callejas

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

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

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

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

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca 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 _____ de _____

Assinatura do Responsável

Dedico esse trabalho

Dedico esse trabalho aos meus pais, a minha esposa e professores, pessoas fundamentais para o meu desenvolvimento de aprendizado e formação profissional.

AGRADECIMENTOS

Não poderia deixar de agradecer primeiramente a Deus, que tem me direcionado de maneira tão incrível para que eu pudesse superar os desafios dessa jornada. Agradeço ao apoio da minha família que tem sido um grande exemplo de superação e motivação desde sempre em minha vida, motivo pelo qual luto para alcançar o êxito e lhes encher de orgulho. Aos meus amigos pelas palavras de apoio e parceria nos momentos de estudo e descontração, companhia necessárias nessa caminhada. Aos preceptores, por estarem dispostos a ensinar e ser auxílio presente no meu desenvolvimento acadêmico. Agradecimentos sinceros aos pacientes pela confiança de suas vidas em minhas mãos e a todos que torcem por mim, que colaboram mesmo que indiretamente para que eu alcance dia a dia a excelência nas atividades propostas do curso de medicina.

ZARATE, G. H. H. **Internato em urgência e emergência do SUS:** relatório descritivo e reflexivo do internato de urgência e emergência do SUS em Foz do Iguaçu - PR. ##. Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2023.

RESUMO

Trabalho realizado durante o ano de 2022, no internato de Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde, sob orientação da Dra. Flávia Trench. São apresentados casos clínicos, discussão teórica e reflexões pessoais acerca de cada experiência relatada, além das práticas nas regiões de unidades de Saúde de Foz do Iguaçu e São Miguel do Iguaçu. Atribuindo aos alunos experiências significativas para cada área de atuação, capacitação importante para desenvolvimento de habilidades práticas tanto para os diagnósticos básicos de problemáticas comuns das unidades quanto melhor entendimento de toda a gestão dos processos do campo da rede de saúde da região.

Palavras-chave: Medicina; Internato; Rede de urgências e emergências; SUS.

ZARATE, G. H. H. Internship in urgency and emergency of SUS: descriptive and reflective report of the urgency and emergency internship of SUS in Foz do Iguaçu - PR. ##. Conclusion work of the Medicine Course - Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2023.

ABSTRACT

Thesis project elaborated during the year 2022, at the Urgency and Emergency internship of the Unified Health System (SUS), under the guidance of Dr. Flavia Trench. Clinical cases, theoretical discussion and personal reflections about each reported experience are presented, in addition to practices in the regions of health units in Foz do Iguaçu and São Miguel do Iguaçu. Attributing to students significant experiences for each area of activity, important training for the development of practical skills both for basic diagnoses of common problems of the units and better understanding of the entire management of field processes of the health network in the region.

Key-words: Medicine; Internship; Network of urgencies and emergencies; SUS

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Rede atenção às Urgências	8
Figura 2 - Rede de Atenção às Urgências e Emergências	10
Figura 3 - Fluxo dos pacientes na UPA, de acordo com sua classificação	12
Figura 4 - Protocolo de Conduta no Atendimento da Dor Torácica 2021	21
Figura 5 - Radiografia mostrando Hemotórax do lado esquerdo	28
Figura 6 - Sistema de drenagem em selo d'água	30
Figura 7 - Radiografia dreno no hemitórax esquerdo	31
Figura 8 - Fluxograma Toracotomia	32
Figura 9 - Fluxograma Overdose	39
Figura 10 - Radiografia mostrou infiltrado brônquico difuso	42
Figura 11 - Fluxograma bronquiolite	45
Figura 12 - Edema agudo de pulmão	49
Figura 13 - Fluxograma manejo da insuficiência cardíaca	52

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Classificação de risco de protocolo Manchester	11
Tabela 2 - Manifestações clínicas de overdose de cocaína	37
Tabela 3 - Manejo da intoxicação por cocaína e suas complicações	38
Tabela 4 - Quantitativo de procedimentos realizados e observados no internato.	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Avaliação pulmonar
ATLS	Advanced trauma Life Support
BCNF	Bulhas cardíacas normofonéticas
BEG	Bom estado geral
CHV	Condições e hábitos de vida
DAWN	Drug abuse warning network
DE	Departamento de emergencia
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
ECG	Eletrocardiograma
EU	Urgência e emergência
EV	Endovenoso
FC	Frequência cardíaca
FR	Frequência respiratória
FAF	Ferimento com arma de fogo
HDA	História da doença atual
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
HPP	História patológica pregressa
IAM	Infarto agudo de miocárdio
ICC	Insuficiência cardíaca congestiva
IOT	Intubação orotraqueal
ITU	Infecção do trato urinário
LOTE	Lúcido orientado em tempo e espaço
MEC	Ministerio de educacao e cultura
MMII	Membros inferiores
MVUA	Murmúrio vesicular universalmente audível
OMS	Organização mundial da saúde
PA	Pressão arterial
PAC	Pneumonia adquirida na comunidade
PCR	Parada cardio respiratória
PCR	Proteína C reativa
RA	Ruídos adventícios
RCP	Ressuscitação cardio pulmonar

REG	Regular estado geral
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCRM	Sistema de classificação risco manchester
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2. CAPÍTULO I - REDES DE URGENCIA E EMERGENCIA (RUE)	13
2.1 Atenção Básica à Saúde	15
2.2 Unidade de Pronto Atendimento 24 horas	16
2.3 Serviço de Atendimento Móvel às Urgências	18
2.4 Vaga zero	19
3. CAPÍTULO II - CASOS CLINICOS	20
3.1 Caso Clínico 1	20
3.2 Caso Clínico 2	30
3.3 Caso Clínico 3	39
3.4 Caso Clínico 4	47
3.5 Caso Clínico 5	52
4 CAPÍTULO III - RELATO VIVENCIAL	60
4.1 Experiência pessoal no internato de UE	60
5 CAPÍTULO IV- PROCEDIMENTOS REALIZADOS	64
5.1 Suturas	64
5.2 Sondagem vesical de demora	66
5.3 Paracentese	67
5.4 Quantitativo de procedimentos realizados e observados no internato.	68
6 CAPÍTULO V - DIAGNOSTICO DE POSSIVEL SOLUÇÃO PROBLEMA	68
7 CAPÍTULO VI - CODIGO DE ETICA	72
8 CAPÍTULO VII - BOAS PRATICAS EM REDES SOCIAIS PARA MEDICOS	73
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	77

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho relata as atividades desenvolvidas durante o internato de medicina no módulo de urgência e emergência no período de 14/09/2022 até 31/12/2022, em quatro cenários assistenciais da rede de Urgência e Emergência (UE) na cidade de Foz do Iguaçu-PR e São Miguel do Iguaçu-PR. Nesses locais, a carga horária foi de 12 horas, compreendendo três plantões por semana.

Urgência e emergência (UE) são termos utilizados na prática médica para descrever situações, seja de natureza clínica ou traumática, que exigem intervenção imediata a fim de reduzir a morbimortalidade do paciente e aumentar suas chances de sobrevivência. Em 2013, a Lei nº 12.871 passou a exigir que na graduação de Medicina houvesse pelo menos 30% da carga horária do internato destinada às atividades na atenção básica e em serviços da UE do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse período, os alunos precisam praticar as habilidades por meio de treinamento intensivo em unidades de pronto atendimento (UPA).

Segundo o Ministério da Educação e Cultura (MEC), o Internato ou estágio curricular é o “último ciclo do curso de graduação em Medicina, durante o qual o estudante deve receber treinamento intensivo, contínuo, sob supervisão docente, em instituição de saúde vinculada à escola médica”. Assim, o internato é considerado uma das fases de mais importantes no processo de educação do profissional médico, tendo a oportunidade das práticas e vivências hospitalares, de melhorar, aperfeiçoar e fortalecer os seus aprendizados.

O presente relatório, pretende narrar minhas experiências e aprendizados do módulo de urgência e emergência do município de Foz do Iguaçu nos locais da UPA João Samek, UPA Dr. Walter Cavalcanti, Hospital Municipal Padre Germano Lauck e no município de São Miguel do Iguaçu na unidade de pronto atendimento, com o objetivo de fazer uma análise sobre a rede de UE do município e relatar alguns casos clínicos vivenciados na prática e os procedimentos realizados.

2. CAPÍTULO I - REDES DE URGENCIA E EMERGENCIA (RUE)

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) destaca como objetivos fundamentais a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo a implantação das Redes Temáticas prioritárias como estratégias para o alcance desses objetivos. Dentre as Redes Temáticas prioritárias, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Em julho de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria no 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS (BRASIL, 2013).

Para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência de forma resolutiva, é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, no qual se evidencia, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até os 40 anos e, acima desta faixa, uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC) (BRASIL, 2013). Analisando este cenário, no município de Foz do Iguaçu a Rede de Assistência em Urgência e Emergência deve ser organizada para que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários de forma resolutiva, articulada e integral, segundo a epidemiologia local.

A Rede de Atenção às Urgências tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõem, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas. É constituída pela Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; SAMU 192; Sala de Estabilização; Força Nacional do SUS; UPA 24h; Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar. Sua complexidade se dá pela necessidade do atendimento 24 horas às diferentes condições de saúde: agudas ou crônicas agudizadas; sendo elas de natureza clínica, cirúrgica, traumatologia entre outras. Desta forma, a Rede de Urgência e Emergência tem como prioridade a reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular no âmbito da atenção hospitalar e sua articulação com os demais pontos de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

No município de Foz do iguaçu a assistência às urgências e emergências do município contam com uma rede de serviços composta por duas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, sendo elas João Samek e a Walter Cavalcante Barbosa; o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL); o atendimento móvel prestado pelo Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE); e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). No Município de São Miguel a assistência de urgências e emergências contam com uma Unidades de Pronto Atendimento 24 horas.

Figura 1- Rede da atenção às urgências



Fonte: Abordagens de adultos em situações de urgência e emergência na Atenção Básica UNASUS 2019.

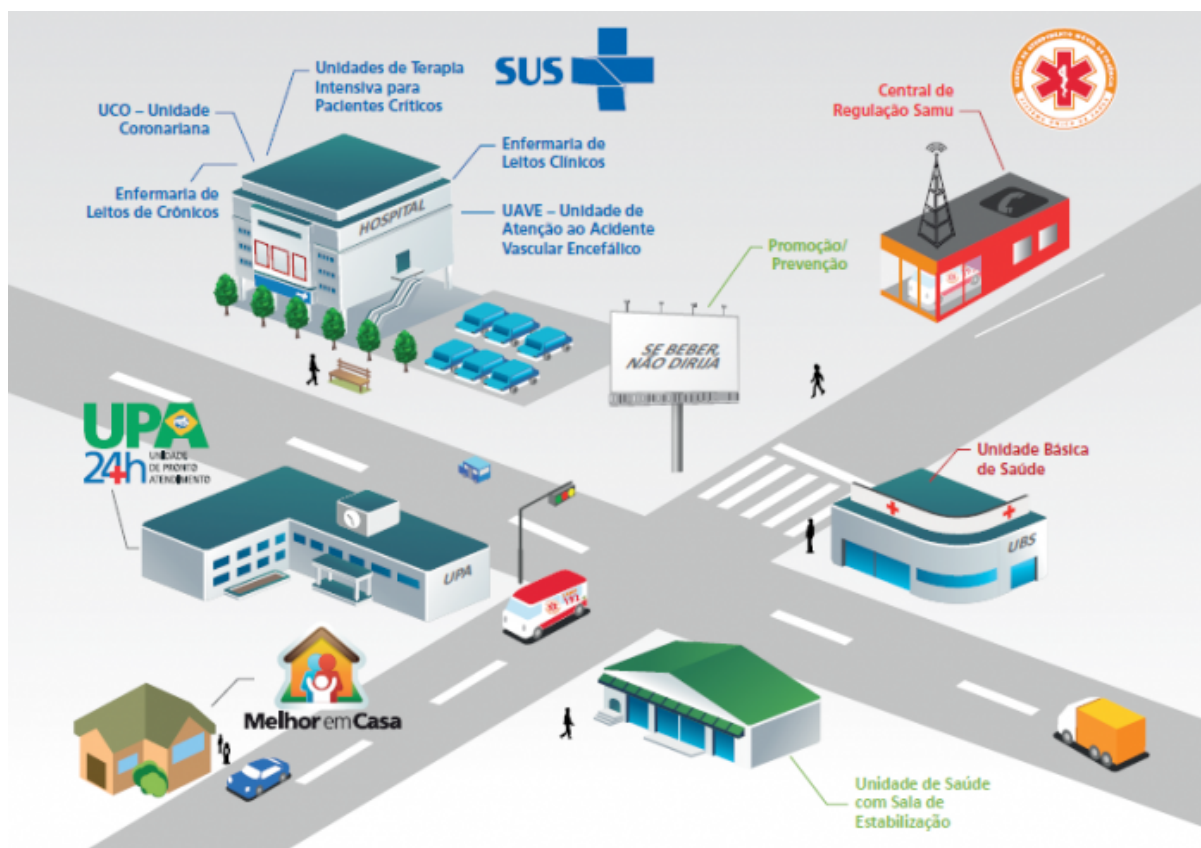
O Ministério da Saúde, a partir da Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, no capítulo 1 do art. 2 Apresenta as principais diretrizes que norteiam a implementação da RUE, sendo: I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos; II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e

acidentes); III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado; VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção; VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde; IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção; X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada; XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços; XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos; XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

2.1 Atenção Básica à Saúde

Tem por objetivo a ampliação do acesso, faz parte dos serviços de atenção pré-hospitalar na RUE, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades tem a responsabilidade de ser o primeiro cuidado nas urgências e emergências. Deve de prestar a assistência inicial no primeiro nível a quadros agudos ou crônicos agudizados que precisam de atendimento clínico, estabilização e monitorização, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, deve dar suporte até que possa direcionar o usuário para outro nível de atenção como a UPA ou Hospital.

Figura 2 - Rede de Atenção às Urgências e Emergências.



Fonte: Redes urgência e emergência na Atenção Básica UNASUS 2019.

2.2 Unidade de Pronto Atendimento 24 horas

Estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) são os serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares para os pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, cirúrgica ou de trauma, estabilizando-os e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde no 1.600/2011, as UPAs 24 horas e o conjunto de Serviços de Urgência 24 horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

As UPAs são serviços de atendimento pré-hospitalar de complexidade intermediária que funcionam de modo ininterrupto nas 24 horas do dia e todos os dias da semana, apresentando uma equipe multiprofissional para o atendimento das urgências e emergências (BRASIL, 2013). No município de Foz do Iguaçu temos duas UPAs, João Samek e Walter Barbosa.

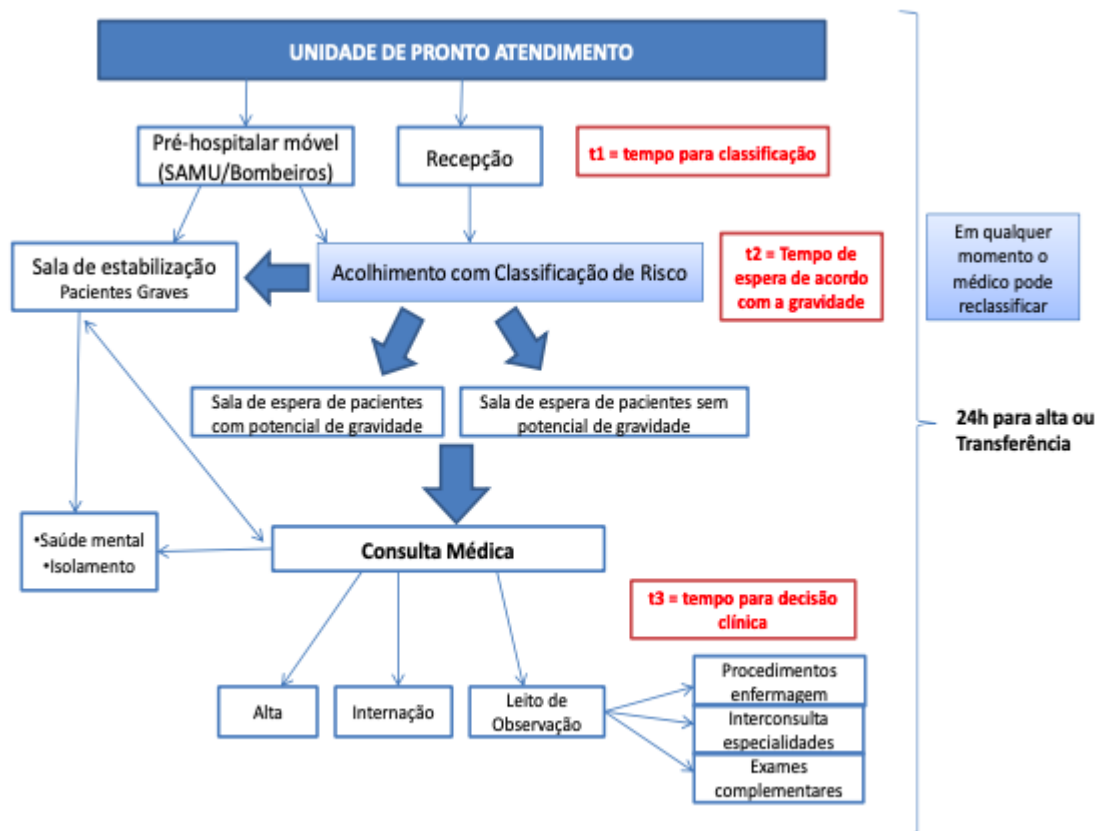
Ao chegar à UPA, o acesso dos pacientes ao Setor de Classificação de Risco deve ser imediato. Assim, o tempo de espera para ser classificado deverá tender a zero, com os tempos de espera diferenciais para acesso ao médico não ultrapassando, na categoria de menor urgência, 120 minutos. A organização da assistência na UPA se dá através do acolhimento para as causas de U/E através de equipes capacitadas e pela classificação de risco, sendo o Sistema de Classificação de Risco de Manchester (SCRM). A organização acontece mediante o uso de um sistema de cores para a classificação das prioridades de atendimento, que ocorre de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde e/ou sofrimento do usuário, no qual buscam assistência por demanda espontânea, trazidos pelo SIATE ou pelo SAMU e de acordo com sua gravidade podem ser contra referenciados para os hospitais do município.

Tabela 1 - Rede classificação de risco de protocolo Manchester

Critério	Prazo De Atendimento	Situação
Vermelho	(Atendimento imediato)	Risco iminente de vida
Laranja	(Pode levar até 30)	Urgência
Amarelo	(Pode levar até 1h)	Potencialmente urgente
Verde	(Pode levar até 2h)	Não urgente
Azul	(Pode levar até 4h)	Ordem de chegada

Fonte: Geber Harim Hernandez Zarate, 2022, adaptada do Grupo Vita .

No fluxo geral do atendimento de urgência nas UPAs, após a Classificação de Risco, os pacientes poderão seguir três fluxos conforme sua condição: 1. pacientes graves; 2. pacientes com potencial de gravidade; 3. pacientes sem potencial de gravidade. (CFM no 2.079/14).

Figura 3 - fluxo dos pacientes na UPA, de acordo com sua classificação

Fonte: CFM no 2.079/14

Nosso internato contempla as UPAs como o principal cenário de práticas, o ponto positivo de praticar em diferentes UPAs e o fato de aprender como funcionam e como se desenvolvem em cada região enfrentando seus próprios desafios. Como aluno interno considero que outro ponto positivo é o fato de ter a oportunidade de realizar a admissão de pacientes permitindo-nos praticar o raciocínio clínico, e a tomada de conduta, assim também praticar o fluxo e classificação do usuário. Uma das realidades observadas foi que por momentos existia a superlotação, causando desconforto nos usuários pela demora do atendimento. Um dos motivos que observei foi que alguns usuários procuram as UPAs como a principal porta de entrada ao serviço de saúde para causas de menor gravidade e não procuram os serviços das Unidades Básicas de Saúde.

2.3 Serviço de Atendimento Móvel às Urgências

O SAMU é o componente da rede de atenção às urgências e emergências que objetiva ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica,

cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátricas mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências, reduzindo a morbimortalidade. É normatizado pela Portaria MS/GM no 1.010, de 21 de maio de 2012. O SAMU, mostra-se fundamental no atendimento rápido e no transporte de vítimas de intoxicação exógena, de queimaduras graves, de maus-tratos, tentativas de suicídio, acidentes/traumas, casos de afogamento, de choque elétrico, acidentes com produtos perigosos e em casos de crises hipertensivas, problemas cardiorrespiratórios, trabalhos de parto no qual haja risco de morte para a mãe e/ou o feto, bem como na transferência inter-hospitalar de doentes com risco de morte (BRASIL, 2013).

As unidades móveis para o atendimento de urgência podem ser: I – Unidade de suporte básico de vida terrestre (USB) – viatura tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem; II – Unidade de suporte avançado de vida terrestre (USA) – viatura tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico; III – Equipe de aeromédico – aeronave com equipe composta por no mínimo um médico e um enfermeiro; IV – Equipe de embarcação – equipe composta por no mínimo 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/ técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida; V – Motolância – motocicleta conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância; VI – Veículo de intervenção rápida (VIR) – veículo tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro (BRASIL, 2013).

Um ponto desfavorável do módulo de Urgência e Emergência durante o internato foi não ter oportunidade de acompanhar o SAMU, acredito que poderia ser interessante acompanhar este serviço para entender sobre o trabalho do médico no atendimento móvel, mas também desconheço os motivos pelo qual não temos esta prática.

2.4 Vaga zero

A Portaria no 2.048/02 do Ministério da Saúde atribui ao médico regulador do Sistema de Urgência e Emergência o grau de autoridade regulatória e determina que o mesmo não deve aceitar a inexistência de vagas nos hospitais de referência, “mesmo na situação em que inexistam leitos vagos para a internação dos pacientes (a chamada “vaga zero” para

internação)”. Assim, a portaria autoriza o médico regulador a encaminhar pacientes graves para hospitais de referência, mesmo que superlotados, sem vagas e sem a menor condição de atendimento. A “vaga zero” trouxe grande problema para os médicos que atuam no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, pois quando os hospitais de referência estão superlotados, com as salas de emergência sem condição de atendimento, com pacientes graves em macas, no ventilador, sem assistência médica adequada e especializada, o sistema entra em colapso pois o médico regulador não tem para onde encaminhar os pacientes graves que estão nas UPAs, nos hospitais de menor porte, nas cidades do interior, ou aqueles atendidos pelo SAMU. (CFM no 2.079/14)

No internato observei que as UPAs utilizam a vaga zero de forma correta, mas em alguns casos o fator tempo demora mais do que o usuário e o serviço médico esperaria. Quando o usuário precisa de um atendimento mais especializado da rede hospitalar o tempo demorado pode colocar a vida do paciente em risco. É necessário que todos os profissionais conheçam melhor sobre a vaga zero.

3. CAPÍTULO II - CASOS CLÍNICOS

Neste capítulo abordarei alguns casos clínicos que formaram parte da minha experiência nos cenários de prática da UPA Samek, UPA Morumbi e UPA São Miguel. Todos os casos foram muito benéficos para meu crescimento profissional porque me ajudaram a entender mais os temas estudados na literatura assim como os protocolos sendo colocados no cenário de práticas em pacientes com necessidades latentes verídicas. Os casos são de pacientes que tiveram necessidade do atendimento por causa de diferentes condições de saúde como agudas ou crônicas agudizadas; sendo elas de natureza clínica, cirúrgica, e traumatologia. A continuação apresentarei os casos clínicos:

3.1 Caso Clínico 1

Anamnese:

Identificação: N. W, 74 anos, masculino, pardo, naturalidade brasileira, morador de Foz do Iguaçu.

Queixa Principal: “Dor no peito”

História da doença atual: Paciente idoso, trazido pelo SAMU na UPA Walter refere dor precordial com irradiação para ombro esquerdo de início às 22h no 13/10/22 enquanto assistia TV. Relata dor precordial opressiva localizada, intermitente, associado à palidez cutânea. Nega sudorese, nega náusea, nega vômitos, nega dispneia, nega tontura. No dia 14/10/22 às 23 horas ligou para SAMU pois a dor continuava já com 24 horas de evolução.

História Médica Progressiva: Nega alergia a medicamentos. Nega doenças e comorbidades. Nega uso de medicamentos de uso contínuo. Nega histórico de IAM/AVC.

Hábitos de vida: Nega tabagismo, nega etilismo e uso de drogas ilícitas

História familiar: Desconhece histórico familiar de doenças crônicas ou outras enfermidades.

Exame físico:

Sinais vitais na admissão: Temperatura Axilar 36.1 °C, Pressão Arterial (PA) 167/102 mmHg, Frequência Cardíaca (FC) 77 bpm, Frequência Respiratória (FR) 22 irpm, Saturação de Oxigênio (Sato2) 97% em ar ambiente e HGT 120.

Ectoscopia: Bom estado geral (BEG), Lúcido orientado em tempo e espaço (LOTE), Normocorado, Acianótica, Anictérica, Afebril, Eupneico em Ar Ambiente.

Neurológico: Glasgow 15/15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea.

Oroscopia: Orofaringe hiperemiada, sem placas bacterianas.

Aparelho cardiovascular: Bulhas cardíacas, normofonéticas, rítmicas em 2 tempos, sem sopros. Tempo de enchimento capilar <3 segundos.

Aparelho Pulmonar: Murmúrios vesiculares presente universalmente audível, sem ruídos adventícios. Sem sinais de esforço respiratório, Eupneico em ar ambiente.

Abdome: globoso, ruídos hidroaéreos presentes, sem dor a palpação superficial e profunda, Murphy negativo, Sem sinais de peritonismo. Ausência de visceromegalias ou massas.

Extremidades: Pulsos palpáveis, sem edemas. Panturrilhas livres.

Diagnóstico Sindrômico: Síndrome Coronária Aguda

Hipótese Diagnóstica: Infarto agudo do miocárdio?

Diagnóstico Diferencial: Dissecção aórtica, embolia pulmonar, pneumotórax hipertensivo, ruptura esofágica, perfuração, tamponamento cardíaco,

Primeiras condutas:

Assim que o paciente chegou na unidade de pronto atendimento foi acolhido pelo enfermeiro plantonista Claudio Freitas que elaborou a classificação de risco como: Urgente (Amarelo) e realizou a colheita de sinais vitais. O médico plantonista junto com a equipe de enfermagem realizaram a história clínica, pedidos de exames e prescrições. As primeiras condutas: ABCDE. (Airway) Nesta etapa o médico verificou se a vítima estava com as vias aéreas desobstruídas ou se tinha algum corpo estranho que pudesse obstruir as vias aéreas da vítima. (Breathing) Nesta etapa foi verificado que a vítima estava respirando normalmente e foi descartado algum comprometimento ou lesão torácica. (Circulation) Aqui o médico não identificou hemorragias, foi verificado o pulso, pressão arterial, coloração da pele e sudorese, tudo sem alterações. (Disability) Nesta etapa o foco é o exame neurológico que o paciente pontuou na escala de Glasgow 15/15. (Exposure) Não foram identificadas fraturas, sangramentos nem outros danos na exposição. Foi colocado mantas térmicas para garantir a estabilidade da temperatura e evitar hipotermia. A equipe de enfermagem fez o MOV (Monitorização, Oxigenação e Acesso venoso periférico). Este ponto é muito importante na atenção da Urgência e Emergência deve ser estruturado e sistemático e não pular nenhuma etapa para evitar erros no atendimento. A avaliação primária envolve condições que colocam o paciente imediatamente em risco à vida. Esse é o motivo pelo qual cada passo deve ser seguido sequencialmente e ações padronizadas devem ser executadas imediatamente.

Posteriormente foi solicitado: Eletrocardiograma, radiografia de tórax (PA e Perfil) exames laboratoriais (Hemograma completo, Parcial de urina, Ureia, Troponina, Sódio, Potássio, CPK, Creatinina, Bilirrubinas totais e frações, Amilase e PCR). O médico prescreveu sintomáticos dipirona 500 mg/ml 1 ampola de 2ml, bromoprida 5 mg/ml 1 ampola 2 ml, controle de sinais vitais 8/8h - 3x dia e manteve observação na sala vermelha.

Paciente ficou em observação na sala vermelha e os exames laboratoriais ficaram prontos 5 horas após que o paciente foi acolhido pela equipe médica no dia 14/10/2022 às 5:45 horas. Parcial de urina sem alterações, Troponina alterado 85 ng/L Valores de referência Geral: até 11 ng/L, PCR sem alterações, Hemograma sem alterações, Ureia alterado 45 mg/dL valores de referência 19 a 43 mg/dL, Sódio sem alterações, Potássio sem alterações, CPK alterado 214 U/L valores de referência Masculino: 55 a 170 U/L, Creatinina sem alterações, Bilirrubinas sem alterações, Amilase sem alterações. Sinais vitais: Temperatura 36,3 °C,

Pressão arterial: 110 / 64 mmHg, Taxa de Respiração: 20 irpm, Pressão arterial: 110 / 64 mmHg, Saturação de oxigênio (SpO2): 97, Frequência pulso (FR): 64 bpm, HGT: 105 mg/dl
Nível de consciência: Consciente e orientado, Nível de dor: Ausente. O exame de imagem raio x não apresentou alterações e no eletrocardiograma não foram observadas alterações.

Discussão:

A dor torácica é um dos maiores desafios para o emergencista e uma das mais importantes causas de procura ao departamento de emergência (DE), com 8 milhões de atendimentos ao ano e entre 5 e 10% das consultas no DE, com 50 a 70% dos pacientes necessitando permanecer em unidades de dor torácica. Na maioria das vezes a dor torácica está associada a condições de baixo risco, mas na minoria dos casos em que se trata de alto risco, o risco de morbidade e mortalidade é alto. Segundo levantamento do DATASUS em 2019, doenças do aparelho circulatório foram a principal causa de morte, representando 27% dos óbitos. Foram registrados 364.132 óbitos por ano, sendo que entre as doenças do aparelho circulatório a principal causa registrada é a doença isquêmica, com 32,3% dos óbitos deste segmento (VELASCO, 2022).

Na minha observação como aluno interno, o paciente ingressou por dor torácica, sendo um dos maiores desafios para os emergencistas e a equipe realizou muito bem os primeiros atendimentos com o ABCDE na sala de emergência e monitorização com a chamada abordagem MOV. A dor torácica é um sintoma de diferentes doenças que podem levar a um desfecho adverso grave em minutos, horas ou dias. A anamnese e exame físico foram muito bem dirigidos e foi avaliado as características da dor, intensidade, irradiação, tempo de instalação, náuseas, vômitos, antecedentes e fatores de risco. Da mesma forma, o exame físico foi bem feito com inspeção local, simetria de pulsos, pressão arterial, ausculta pulmonar e cardíaca, palpação e pesquisa de sinais focais neurológicos. O pedido do eletrocardiograma foi solicitado porque em todos os pacientes com dor torácica ou suspeita anginosa tem que ser solicitado em até 2 minutos de sua entrada no DE. Esse exame deve ser visto por um médico e avaliado em até 10 minutos de sua entrada. Em quanto aos exames iniciais de imagem e laboratoriais da dor torácica foram bem solicitados seguindo os protocolos. O ECG Principal exame para avaliação de isquemia coronariana. Com o radio x é possível descartar pneumotórax, pneumonia, alargamento de mediastino. A troponina Marcador de necrose de cardiomiócitos. Hemograma/Hemoglobina/PCR sangramento, anemia com IAM tipo 2, e avaliação de infecção.

Diagnósticos diferenciais por sistemas:

Dentro dos diagnósticos diferenciais da dor torácica podemos mencionar os seguintes: No sistema cardiovascular dissecção de aorta caracterizado por dor intensa, irradiação para dorso, pulsos assimétricos, sinais neurológicos focais. Tromboembolismo pulmonar apresentando dor súbita, pleurítica, TVP. Hipertensão pulmonar com desequilíbrio da demanda e oferta de oxigênio e compressão coronária pela artéria pulmonar. Já no aparelho pulmonar diagnósticos diferenciais podem ser pneumonia, traqueobronquite, pneumotórax hipertensivo, pleurite e asma. No sistema gastrointestinal pode se relacionar a síndrome péptica, úlcera péptica, refluxo gastroesofágico, espasmo esofágico, colecistite e pancreatite. No aparelho cardíaco se manifesta a pericardite com alterações de ecg, miocardite, emergência hipertensiva, estenose aórtica, Síndrome coronariana aguda manifestando alterações no ecg, sudorese, náuseas, vômitos, irradiação da dor para dor e membros. No sistema músculo esquelético encontramos costochondrite, herpes-zoster, fratura de costela, neuralgia intercostal. No sistema psicogênico pode-se manifestar a síndrome do pânico e ansiedade como causas da dor torácica.

Segundas condutas:

Continuando com os análises dos exames laboratoriais do paciente, o médico plantonista determinou que a alteração principal se manifestava no exame de Troponina (o biomarcador de isquemia cardíaca) que apresentou troponina de 85 ng/L, valores de referência Geral: até 11 ng/L. Os principais marcadores cardíacos de necrose são as troponinas I e T. Após a necrose do cardiomiócito, começa a haver alteração do valor de troponina em 2 a 3 horas. O consenso europeu de síndrome coronariana aguda sem supra de ST de 2020 recomenda que uma dosagem de troponina seja feita com 3 horas do início do sintoma caso o paciente se apresente muito precocemente no pronto socorro. Os valores de troponina atingem o máximo após 24 a 48 horas do infarto e voltam a valores basais após 5 a 14 dias. A troponina identifica o infarto agudo do miocárdio quando existe uma curva com elevação e queda de seu valor. No caso de locais que dispõem apenas da troponina convencional, a dosagem deve ser feita na chegada do paciente e após 3 e eventualmente 6 horas (VELASCO, 2022). Em base a esta conduta o médico plantonista encerrou o plantão e passou o caso ao novo médico plantonista que assumiu o plantão às 6:00 horas. Assim, as novas condutas foram: um novo pedido de dosagem de troponina às 6:22 horas, e um novo pedido de ECG. O

resultado da troponina ficou acessível às 8:54 horas mostrando um resultado alterado de troponina 320 ng/L valores de referência até 11 ng/L. Este exame confirmou o incremento de troponina de 85 ng/L a troponina 320 ng/L. O ECG novamente não mostrou alterações. Na avaliação médica foi feita a hipótese diagnóstica de Infarto Agudo de Miocárdio sem supra ST e na conduta foi prescrito tratamento para IAM. Tratamento: Sinvastatina 40 mg 1 comprimido, Clopidogrel 75 mg 4 comprimidos, Ácido acetilsalicílico 100mg 3 comprimidos, Captopril 25mg 1 comprimido, Omeprazol 20mg 2 cápsula. Transferência foi solicitada para Hospital Ministro Cavalcanti às 9:46 horas e finalmente foi transferido às 11:31 horas com laudo da avaliação: ECG sem alterações (00h30) e sem modificações quando comparado com ECG de agora (8h30) Rx tórax sem alterações, Troponina 85 (00h30), 320 (6h30). Diagnóstico: IAM sem supra ST.

Os pacientes com síndrome coronário sem supra ST (SCASSST) apresentam dor torácica aguda sem supradesnivelamento persistente do segmento ST, associado ou não a outras alterações de ECG que sugerem isquemia miocárdica de alguma natureza com amplo espectro de gravidade: Elevação transitória do segmento ST, infradesnivelamento transitório ou persistente do seguimento ST, inversão de onda T, outras alterações inespecíficas da onda T (plana ou pseudonormalização) e até mesmo ECG normal. Essas anormalidades eletrocardiográficas podem estar presentes difusamente em muitas derivações, mais comumente, elas estão localizadas nas derivações associadas à região do miocárdio isquêmico. Alterações do segmento ST e da onda T não são específicos da SCASSST e podem ocorrer em uma série de condições, que incluem: hipertrofia ventricular, pericardite, miocardite, repolarização precoce, alteração eletrolítica, choque, disfunção metabólica e efeito digitalico (SBC, 2021).

Um dos pontos importantes que devemos lembrar é que a interpretação da troponina deve ser feita sabendo que angina instável não provoca morte de cardiomiócitos e, portanto, não altera o resultado da troponina. A recomendação feita pela sociedade brasileira de cardiologia é a combinação de protocolos de diagnóstico com a dosagem de troponina. Condições como insuficiência renal, insuficiência cardíaca, sepse, miocardite e até mesmo a idade podem provocar aumento de troponina. Na literatura pode se observar que existem vários protocolos diagnósticos acelerados que permitem a identificação de pacientes de baixo risco nos quais o diagnóstico de síndrome coronariana aguda pode ser descartado. Todos apresentam bom desempenho e identificam uma população que pode ter alta com segurança, apresentando taxa de eventos adversos muito baixa em 30 dias (VELASCO, 2022).

Alguns protocolos são: O escore de risco T-MACS (*Troponin only – Manchester Acute Coronary Syndrome*) estratifica os pacientes com suspeita de SCA em quatro grupos de risco com base em critérios clínicos, eletrocardiográficos e com um exame laboratorial, a troponina de alta sensibilidade. O Escore Heart foi desenvolvido com características clínicas escolhidas por plausibilidade biológica e fáceis de lembrar, sendo um ótimo instrumento para estratificação de risco. O escore EDACS (*Emergency Department Assessment of Chest pain Score*) foi desenvolvido com características clínicas identificadas em pacientes com suspeita de SCA com eletrocardiograma e marcadores cardíacos normais e o escore TIMI NSTEMI foi descrito para estratificar o risco de pacientes com diagnóstico já definido de IAM sem supradesnívelamento de segmento ST. Esse escore utiliza variáveis clínicas, alterações eletrocardiográficas e dosagem de marcadores de necrose cardíaca. No nosso paciente o escore TIMI NSTEMI foi: 65 anos de idade ou mais 1 ponto, pelo menos 3 fatores de risco para doença arterial coronária 0 pontos, estenose coronariana de pelo menos 50% conhecida 0 pontos, recorrência da dor nas últimas 24 horas 1 ponto, uso de aspirina nos últimos 7 dias 0 pontos, desvio de segmento ST na apresentação 0 pontos, elevação de marcadores cardíacos 1 ponto, total de 3 pontos no escore de risco para síndrome coronário agudo. Os pacientes com TIMI score ≥ 3 devem ser internados para estratificação invasiva que foi o caso de nosso paciente. Observamos que o protocolo foi bem realizado e a solicitação de transferência para hospital costa cavalcanti como hospital de referência foi a decisão acertada baseada na história clínica e os escores recomendados pela sociedade brasileira de cardiologia.

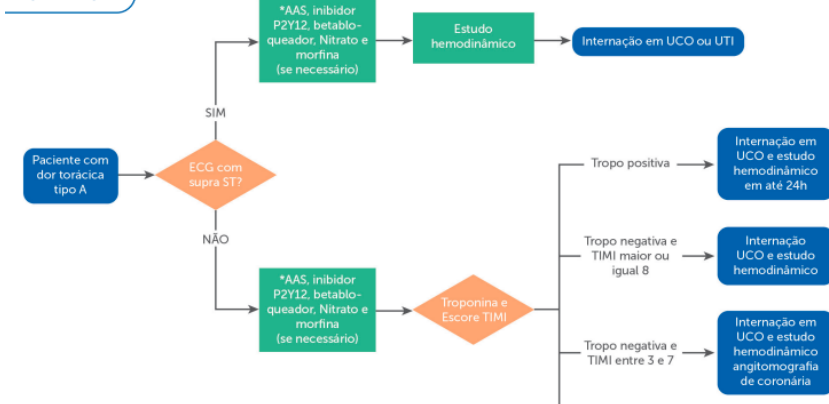
Classificação da dor torácica e fluxograma:

Na avaliação de nosso paciente e no prontuário médico não foi colocado a classificação de dor torácica assim como também não foi registrado a classificação dos escores, provavelmente o médico plantonista fez de forma autônoma e não foi registrado. Mas é importante classificar as características anginosas da dor para posteriormente conseguir realizar uma boa conduta. A dor torácica se classifica em dor tipo A,B,C,D. Dor tipo A, Definitivamente anginosa: Desconforto retroesternal precipitado pelo esforço, com irradiação típica para o ombro, mandíbula ou face interna do braço esquerdo, aliviado pelo repouso ou nitrato. Características que dão certeza de Síndrome Coronariana Aguda, independentemente dos exames complementares. Dor tipo B, provavelmente anginoso: Dor torácica cujas características faz da Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, porém com necessidade de exames complementares para a confirmação do diagnóstico. Tem a

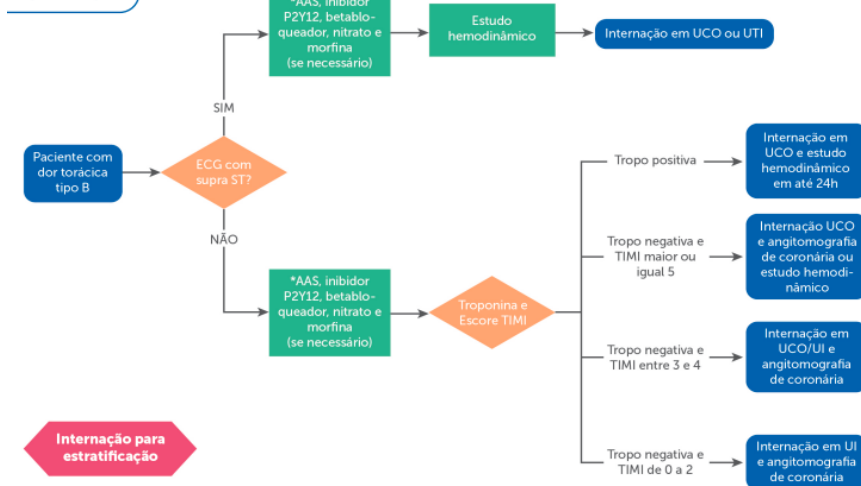
maioria das características da dor definitivamente anginosa, podendo ser típica sob alguns aspectos, mas atípica em outras. Dor tipo C, provavelmente não anginosa: Dor torácica cujas características não faz da Síndrome Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, mas devido à existência de múltiplos fatores de risco, doença coronária prévia ou mesmo dor sem causa aparente, necessita de outros exames para excluí-la. Dor tipo D, definitivamente não anginosa: Dor torácica cujas características não incluem a Síndrome Coronariana Aguda no diagnóstico diferencial. Dor com aspectos evidentes de origem não cardíaca. (COSTA, 2021)

3. Protocolo

DOR TIPO A

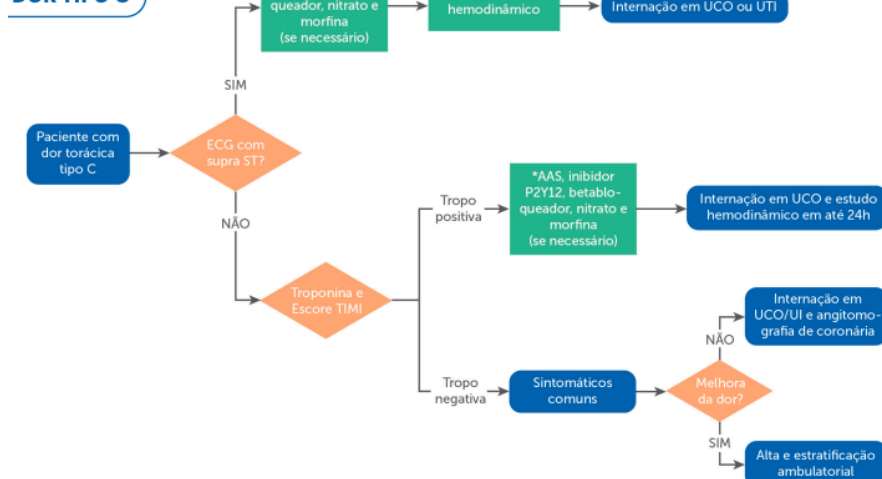


DOR TIPO B



Internação para estratificação

DOR TIPO C



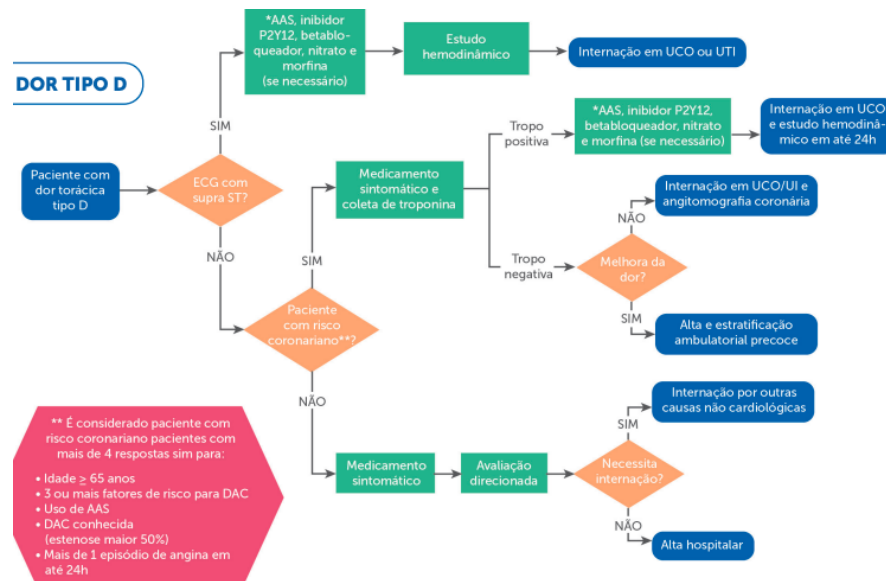


Figura 4 - Fonte: Protocolo de Conduta no Atendimento da Dor Torácica 2021

Fisiopatologia:

O termo infarto do miocárdio significa basicamente a morte de cardiomiócitos causada por isquemia prolongada. Em geral, essa isquemia é causada por trombose e/ou vasoespasmo sobre uma placa aterosclerótica. O processo migra do subendocárdio para o subepicárdio. A maior parte dos eventos é causada por ruptura súbita e formação de trombo sobre placas vulneráveis, inflamadas, ricas em lipídios e com capa fibrosa delgada. Uma porção menor está associada à erosão da placa ateroscleróticas. Existe um padrão dinâmico de trombose e trombólise simultaneamente, associadas a vasoespasmo, o que pode causar obstrução do fluxo intermitente e embolização distal. Dentro de um espectro de possibilidades relacionadas com o tempo de evolução, o miocárdio sofre progressiva agressão representada pelas áreas de isquemia, lesão e necrose sucessivamente (PEREIRA, 2004)

Tratamento:

O manejo para o paciente com o diagnóstico feito pelo médico plantonista de IAM sem supra ST envolve a realização de vários objetivos, incluindo alívio da dor isquêmica, avaliação do estado hemodinâmico e correção das anormalidades presentes, determinando o momento ideal de cateterismo cardíaco e potencial intervenção coronária percutânea e início da terapia antitrombótica. A terapia médica inclui betabloqueadores orais, estatinas, nitratos, antagonistas da aldosterona e inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA). O uso apropriado de agentes antiplaquetários, betabloqueadores, medicamentos hipolipemiantes e, em pacientes selecionados, inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA) pode reduzir a mortalidade em seis meses em até 90% em comparação com pacientes que não recebem terapia apropriada. Na ausência de contraindicação absoluta, a aspirina é recomendada indefinidamente em todos os pacientes que tiveram SCA. (WINKLE, 2022). O tratamento feito no paciente foi: Sinvastatina (hipolipemiante), Clopidogrel (antiagregante plaquetário), Ácido acetilsalicílico (AAS), Captopril (inibidor da ECA) e Omeprazol (inibidor da bomba de prótons). No tratamento podemos observar que não foi receitado nitratos nem betabloqueadores mas a abordagem medicamentosa com estatinas, ECA, antiagregante plaquetário e AAS foi correta seguindo o protocolo de infarto agudo de miocárdio. A função do medicamento betabloqueador é através da inibição competitiva das catecolaminas circulantes, diminuindo a frequência cardíaca, pressão arterial e contratilidade miocárdica, provocando redução do consumo de oxigênio no miocárdio. Betabloqueadores, juntamente com os nitratos, são considerados agentes de primeira escolha no tratamento das SCA na sala de emergência para pacientes sem contraindicação como sinais de IC, baixo débito e risco de choque cardiogênico (SBC, 2021).

Conclusão:

Nesse caso clínico, é importante ressaltar o quanto de valor aporta o acolhimento, exame físico e anamnese que serão a base das condutas para a classificação da dor torácica que ajudaram como guia na atenção do paciente e no correto fluxo de atendimento nesse momento delicado. Essas interpretações refletem na abordagem quanto ao tratamento que poderiam implicar em risco de vida para o paciente. Os pacientes que chegam ao consultório com dor torácica são um desafio diagnóstico, dada a ampla gama de possíveis etiologias, incluindo uma condição potencialmente fatal. Um dado epidemiológico diz que

aproximadamente 1 por cento de todas as consultas ambulatoriais na atenção primária são para dor no peito. A doença cardíaca é a principal causa de morte nos Estados Unidos (UpToDate, 2021). Com relação a conduta do serviço médico posso manifestar que a abordagem foi correta desde o ABCDE, MOV, ECG, exames laboratoriais, exames de imagem, tratamento e encaminhamento para hospital de referência. Considero que algumas situações ainda podem melhorar como o fator tempo na atenção, que sem dúvida ajudaria a evitar desfechos e provocaria uma maior resolutividade para os quadros clínicos dos pacientes.

3.2 Caso Clínico 2

Anamnese:

Identificação: R. B, 34 anos, feminino, parda, naturalidade brasileira, morador de São Miguel do Iguaçu.

Queixa Principal: “Ferimento por arma de Fogo (FAF)”

História da doença atual: Paciente feminino, da entrada na unidade de pronto atendimento de São Miguel do Iguaçu via SIATE às 1:30 horas da madrugada no 27/11/2022 devido a agressão doméstica pelo ex-marido. Ingressa em maca rígida sem colar cervical, apresentando orifício de entrada e saída de FAF na região superior do hemitórax esquerdo 4 cm acima do mamilo e orifício de saída na região infra escapular esquerda.

História Médica Pregressa: Nega alergia a medicamentos. Nega doenças e comorbidades. Nega uso de medicamentos de uso contínuo.

Hábitos de vida: Sem informações coletadas

História familiar: Desconhece histórico familiar de doenças crônicas ou outras enfermidades.

Exame físico:

Sinais vitais na admissão: Temperatura Axilar 36.5 °C, Pressão Arterial (PA) 100/60 mmHg, Frequência Cardíaca (FC) 76 bpm, Frequência Respiratória (FR) 22 irpm, Saturação de Oxigênio (Sato2) 97% em ar ambiente e HGT 101.

Ectoscopia: Mau estado geral (MEG), Lúcido orientado em tempo e espaço (LOTE), Normocorado, Acianótica, Anictérica, Afebril, Eupneico em Ar Ambiente, pele fria e pegajosa, tendendo a choque hipovolêmico.

Neurológico: Glasgow 15/15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea.

Cabeça: Inspeção e palpação de toda a face sem deformidades e lacerações. Região parietal do lado esquerdo apresenta um corte de mais ou menos 5 cm com sangramento ativo. Inspeção da cavidade oral, dentes e arcabouço ósseo maxilofacial sem alterações.

Aparelho cardiovascular: Bulhas cardíacas, normofonéticas, rítmicas em 2 tempos, sem sopros. Tempo de enchimento capilar <3 segundos.

Aparelho Pulmonar: Murmúrios vesiculares presente do lado direito, sem ruídos adventícios. Murmúrios vesiculares ausentes do lado Esquerdo. Sem sinais de esforço respiratório, Eupneico em ar ambiente.

Abdome: Plano, ruídos hidroaéreos presentes, sem dor a palpação superficial e profunda, Sem sinais de peritonismo. Ausência de visceromegalias ou massas.

Extremidades: Pulsos palpáveis, sem edemas. Panturrilhas livres.

Diagnóstico Sindrômico: Trauma torácico

Hipótesis Diagnóstica: Hemotórax, Choque hipovolêmico

Diagnóstico Diferencial: Pneumotórax? Tamponamento cardíaco? Contusão pulmonar?

Primeiras condutas:

Na madrugada do dia 27/11/2022 a paciente feminina de 34 anos estava voltando para seu domicílio na cidade de São Miguel do Iguaçu quando foi atacada pelo ex-marido com arma de fogo que disparou uma bala provocando ferida no hemitórax do lado esquerdo. Os vizinhos chamaram o SIATE que chegaram no local para dar os primeiros atendimentos e para registrar as primeiras informações na folha de relatório de atendimento do socorrista. Os socorristas registraram que a paciente estava lúcida e orientada em tempo e espaço pontuando 15/15 na escala de Glasgow e os sinais vitais registrados foram: Frequência respiratória 19 irpm, Frequência cardíaca 76 bpm, Pressão arterial 70mmHg. No pronto atendimento já estava preparado a equipe médica a cargo da médica plantonista junto com os alunos internos

Danieliz Wharton, Jarold Merida e o autor do relatório. O primeiro passo assim que o paciente foi admitido foi a realização do ABCDE + MOV. A- vias aéreas pervias, sem comprometimento cervical. B- respiração espontânea em ar ambiente. C- Pressão arterial 100/60, Frequência cardíaca 76 bpm, pulsos firmes e cheios, foi observado um corte de mais ou menos 5 cm no crânio na região parietal esquerda. D - Escala de coma de Glasgow 15/15, pupilas isofotorreagentes. E - Ferimento de arma de fogo na região superior do hemitórax esquerdo com orifício de saída na região infra escapular esquerda. Foi realizada prevenção de hipotermia com cobertor. Retirada de roupas e acessórios para buscar lesões ocultas.

A equipe médica avaliou os sinais de choque através da perfusão periférica, pulsos e a capacidade do paciente de manter um bom nível de consciência. Foram considerados sinais como pele fria e pegajosa, sudorese, tempo de enchimento capilar prolongado, velocidade acelerada e amplitude de pulso reduzida. A equipe de enfermagem instalou dois acessos venosos periféricos de grosso calibre (18G), uma sonda vesical de demora e uma sonda nasogástrica. Foi ofertado 10 L/min de oxigênio com máscara não-reinalante + oximetria de pulso. A oxigenação pode não estar comprometida na avaliação primária em lesões pequenas, mas os pacientes podem se manifestar com dispneia, agitação psicomotora e dessaturação durante a avaliação secundária. Por isso, o *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) preconiza máscara não reinalante (máscara com reservatório) conectada a fonte de oxigênio em todos os pacientes com suspeita de lesão torácica, independentemente da saturação de oxigênio e de sintomas respiratórios e antes mesmo do diagnóstico de lesão (VELASCO, 2022).

O local de sangramento visível foi contido com compressão direta. Foi feita a inspeção, palpação e ausculta do tórax buscando por lesões ameaçadoras à vida como obstrução de via aérea, lesões da árvore traqueobrônquica, pneumotórax hipertensivo, tamponamento cardíaco e hemotórax maciço.

Considerando os dados dos socorristas que registraram uma pressão arterial de 70 mmHg e posteriormente na sala de emergência a pressão arterial 100/60 mmHg e frequência cardíaca (FC) 76 bpm a médica plantonista diagnosticou hipotensão e que o paciente estava evoluindo para choque hipovolêmico. O choque hipovolêmico acontece pela redução do volume intravascular que, por sua vez, reduz o débito cardíaco. O choque hipovolêmico pode ser dividido em hemorrágico e não hemorrágico. Nesse caso foi catalogada como hemorrágica devido ao trauma apresentado. Assim, uma das primeiras condutas do tratamento para o paciente foi a ressuscitação volêmica com cristalóide soro fisiológico 9%, otimizando o fluxo sanguíneo microvascular e aumentando o débito cardíaco, sendo uma parte essencial do

tratamento da maioria dos tipos de choque. A prescrição médica para a reposição volêmica foi: Soro fisiológico 9% 1000 ml 2 frascos, e soro glicosado 500ml 1 frasco. Essa abordagem foi baseada no cálculo feito no paciente que teve uma perda de sangue de aproximadamente 2 litros. O ATLS (10a edição) recomenda a administração de 1 L de cristalóide inicialmente, seguida de hemocomponentes, caso o paciente mantenha-se hipotenso (VELASCO, 2022). A expansão volêmica foi exitosa e nosso paciente manteve os sinais vitais estáveis.

Outros tratamentos farmacológicos acionados no primeiro atendimento pela equipe médica foi: Noradrenalina 4 ampolas, Tramadol 100mg 1 ampola, Transamin 4 ampolas, Morfina 10 mg, Hidrocortisona 500 mg 1 ampola, Cetoprofeno 100 mg 1 ampola, Plasil 1 ampola. Considero que as medicações foram corretas baseadas na literatura e com objetivo certos e concretos. Em pacientes com hipotensão persistente após ressuscitação volêmica, a administração de vasopressores é indicada. Porém, a tendência é iniciar as drogas vasoativas mais precocemente, enquanto a ressuscitação volêmica está em andamento, ou seja, o início de vasopressores não exclui a necessidade adicional de volume. O CENSER Trial, estudo que analisou a infusão precoce de noradrenalina junto aos primeiros bolus de cristalóides, concluiu que os pacientes do grupo que recebeu droga vasoativa precocemente tiveram o choque controlado em menor tempo, além de melhor diurese e menores níveis de lactato sérico. Norepinefrina é o vasopressor de primeira escolha nos quadros de choque (VELASCO, 2022).

O Tramadol é um opióide que é usado principalmente como analgésico de ação central que alivia a dor atuando sobre células nervosas específicas da medula espinhal e do cérebro. Morfina é indicada no tratamento da dor moderada (4-6/10) a forte (7-10/10) e é o principal fármaco no 3º degrau da escada analgésica da OMS. Cetoprofeno é um fármaco da classe dos anti-inflamatórios não-esteróides, com efeitos analgésicos, anti-inflamatórios e anti-reumático. Atua por inibição da produção de prostaglandinas e agregação plaquetária. O Plasil, fármaco conhecido como Metoclopramida, é utilizado no tratamento de distúrbios na motilidade gastrointestinal e é um bloqueador dopaminérgico, antiemético e estimulante peristáltico. Hidrocortisona é um anti-inflamatório cujo princípio ativo pertence a um grupo de medicamentos denominados esteróides. Transamin ou ácido tranexâmico é destinado para o controle e prevenção de sangramentos provocados por cirurgias, traumatismos e doenças com tendência a sangramentos. A literatura recente evidenciou melhora de sobrevida em pacientes com choque hemorrágico e que receberam ácido tranexâmico precocemente. Este medicamento é destinado para o controle e prevenção de sangramentos provocados por cirurgias, traumatismos e doenças com tendência a sangramentos (VELASCO, 2022).

Imediatamente depois que a paciente ficou estabilizada foi levada para exames de imagens, raio x de AP de tórax e de crânio. No laudo foi constatado Hemotórax do lado esquerdo. A Radiografia evidenciou velamento do hemitórax esquerdo com apagamento da silhueta cardíaca e das estruturas mediastinais com desvio de traquéia para o lado direito. Um dos exames de imagem que não foi utilizado foi o FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) é um método ultrassonográfico utilizado, principalmente, para detectar a presença de líquido livre em pacientes traumatizados. Eu considerei que não foi realizado pela equipe médica porque a clínica, exame físico e os dados obtidos na anamnese já outorgaram um diagnóstico suficiente do quadro apresentado assim como a conduta para ser realizada.



Figura 5 -Radiografia mostrando Hemotórax do lado esquerdo

Fonte: UPA São Miguel

Discussão:

O manejo da situação emergencial pela equipe se encontrava sob controle e foi acionada a solicitação de transferência para o Hospital Padre Germano Lauck de Foz do Iguaçu via SAMU pelo protocolo vaga zero. A vaga zero 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.

A abordagem do caso não era simples e sim precisava de decisões rápidas e baseadas nas condutas e protocolos da urgência e emergência. A maior parte das lesões torácicas traumáticas podem ser tratadas por procedimentos realizados por profissionais treinados durante a avaliação primária. No entanto, de 15% a 30% dos traumas penetrantes no

tórax precisam de abordagem cirúrgica. Lesões penetrantes e que atravessam o mediastino representam uma situação de grande desafio para o atendimento na sala de emergência devido à alta taxa de mortalidade. Esse tipo de lesão geralmente é causado por arma de fogo ou outro tipo de projétil, sendo que a grande maioria dos pacientes morre no local (VELASCO, 2022).

De maneira geral, destaca-se que fisiopatologicamente as lesões traumáticas do tórax podem ser associadas com: hipóxia, hipercapnia e acidemia, tanto por retenção de gás carbônico (CO₂) por comprometimento ventilatório, quanto por aumento de metabolismo anaeróbico pelo comprometimento circulatório (AZAR, 2021).

A lesão provocada pela arma de fogo no tórax da paciente deu como resultado um hemotorax o qual pode ser definido com a presença de sangue no espaço pleural e pode ser dividido em maciço e não maciço. O hemotórax maciço traz grande ameaça à vida e é definido como o acúmulo de mais de 1.500 mL de sangue no hemitórax. Além de gerar importantes repercussões ventilatórias por aumento da pressão intratorácica e compressão do pulmão, pode levar a um choque hipovolêmico. Está associado a mecanismos de trauma penetrante e lesão de grandes vasos torácicos. O tratamento para este tipo de patologia envolve ressuscitação volêmica que foi realizada nas primeiras condutas, e drenagem torácica tubular. Drenagem de tórax ou toracostomia consiste na criação de uma comunicação entre a cavidade pleural e o exterior por meio de um dreno.

Segundas condutas:

Aproximadamente às 2:00 horas da madrugada a paciente encontrava-se estabilizada na sala de urgência e emergências aguardando o traslado para a cidade de Foz do Iguaçu. As medicações e expansões volêmicas estavam sendo feitas, mas o sangramento continuava. Nesse momento a equipe decidiu realizar um procedimento de drenagem torácica para evitar complicações como um provável tamponamento cardíaco, retenção de coágulos no espaço pleural, derrame pleural, empiema e fibrotórax. A conduta foi tomada em vista a que se desconhecia o tempo que demoraria o SAMU em buscar a paciente. A conduta foi acertada porque o ATLS refere que em casos de hemotórax traumático, a recomendação é fazer uma drenagem imediatamente.

Os materiais para realizar o procedimento da drenagem torácica são: Material para limpeza e antissepsia, no caso foi utilizado clorexidina. Material para procedimento invasivo com barreira total, como avental estéril de mangas compridas, gorro, máscara, luva estéril, óculos de proteção e campos cirúrgicos. Anestésico local que no caso foi utilizado

lidocaína injetável. Gaze, agulhas estéreis, seringas estéreis (10 e 20 mL). Bisturi (lâmina 10), tesoura reta, Kelly curvo (número 2), porta-agulha. Tubo de drenagem (36 a 40 Fr). Gazes e material de curativo. Outro elemento que não pode faltar é o sistema de drenagem em selo d'água.

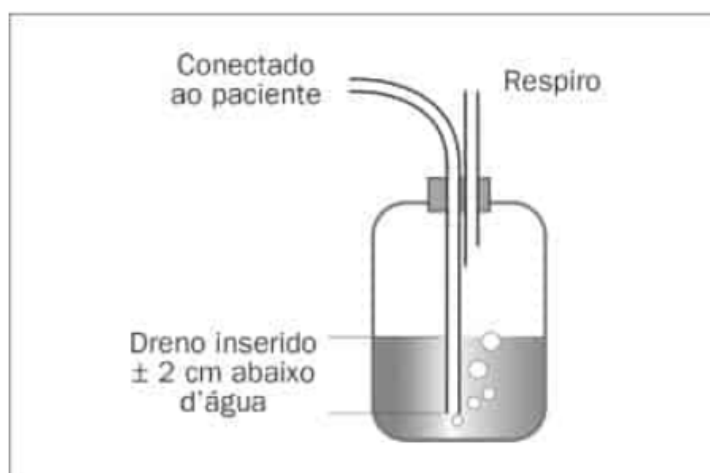


Figura 6 - Sistema de drenagem em selo d'água

Fonte: (VELASCO, 2022)

Nesse cenário, foi colocado 500 ml de soro fisiológico de 9% com o objetivo de ter 2 cm de água acima da extremidade do sistema de drenagem conectado ao dreno. Posteriormente a paciente recebeu uma explicação da técnica e sua obtenção de consentimento. Foi realizada a limpeza da área a ser puncionada com degermante seguida por antissepsia e paramentação com barreira máxima. A paciente se encontrava em decúbito dorsal horizontal, o braço esquerdo foi abduzido e assegurado pela interna Daneliz Wharton. Depois da anestesia local com lidocaína, o ponto de incisão foi determinado pelo “triângulo de segurança” constituído e delimitado pelas linhas axilar média, intermamilar e borda lateral do músculo peitoral maior. A medica plantonista realizou a punção com bisturi no quinto espaço intercostal com orientação paralela ao gradil costal na borda superior da costela. O tecido subcutâneo e muscular foi dividido com a pinça kelly até a borda superior da costela e a pleura parietal. A pleura foi finalmente perfurada com o dedo. A porção distal do dreno foi obstruída para evitar a entrada de ar na cavidade pleural pelo tubo antes da conexão com o sistema de drenagem. Foi concluída a introdução do dreno de forma que todos os orifícios de drenagem ficaram dentro da cavidade pleural. Depois a obstrução distal do dreno foi retirada quando o dreno foi conectado ao sistema de drenagem. O dreno foi fixado com o fio de sutura número 2 em forma de bailarina. Foi realizado curativo ao redor do dreno com gaze. E por

último a paciente foi levada para uma nova radiografia para checagem de posicionamento do dreno que mostrou que a posição do dreno era correta e a radiografia também evidenciou um hemitórax muito mais limpo que a primeira radiografia que foi tomada.



Figura 7 - Radiografia mostrando posicionamento correto do dreno no hemitórax esquerdo

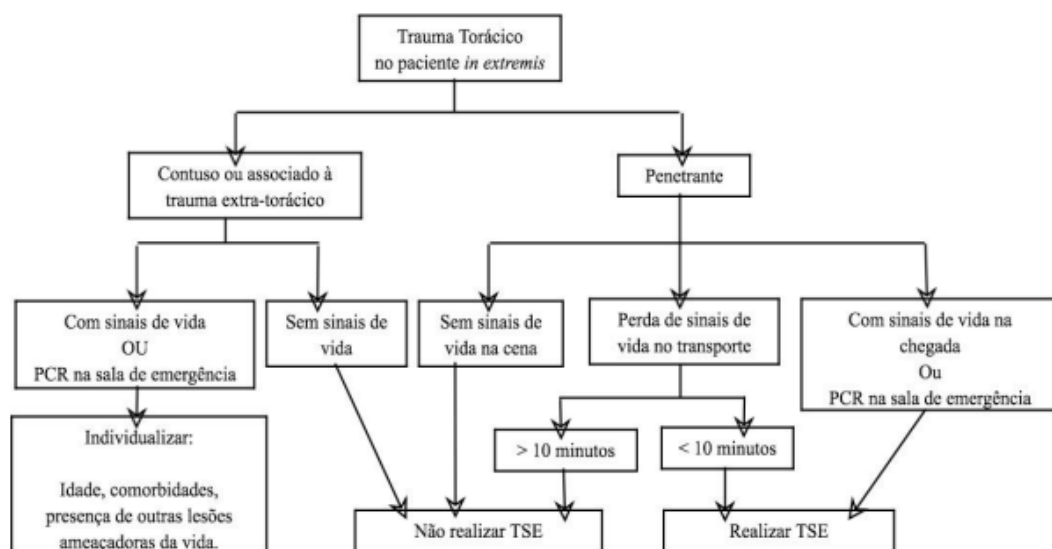
Fonte: UPA São Miguel

O seguinte procedimento que foi realizado antes da chegada do SAMU foi a tricotomia no crânio do lado parietal esquerdo para a realização de uma sutura. A médica plantonista me indicou para realizar o procedimento. A sutura tem como objetivo evitar infecção da ferida, promover a hemostasia, diminuir o tempo de cicatrização, e favorecer um resultado estético. Primeiramente fiz assepsia do local, coloquei luva estéril número 8, realizei anestesia local com lidocaína sem vasoconstritor e fiz 5 pontos simples com fio de nylon número 2. A escolha da sutura descontínua foi porque os fios são fixados separadamente, podendo variar a tensão de acordo com a necessidade em cada ponto. É considerada mais segura, já que o rompimento de um ponto não inviabiliza a sutura toda. Finalmente o SAMU chegou aproximadamente às 4:00 horas da madrugada e a paciente foi trasladada para o Hospital Padre Germano Lauck da cidade de Foz do Iguaçu com sinais vitais estáveis. O motivo do traslado está baseado nos protocolos e condutas. Em um paciente com trauma torácico penetrante que recebe seu atendimento inicial em um hospital comunitário ou de acesso crítico que não é capaz de fornecer tratamento definitivo de suas lesões, a transferência rápida para um centro de trauma de atendimento terciário pode salvar vidas. Uma vez que o clínico determine que um paciente traumatizado requer um nível mais alto de cuidado, a

transferência deve ser providenciada o mais rápido possível e não ser adiada para avaliações diagnósticas adicionais.

Fisiopatologia Hemotórax:

Um hemotórax é definido como uma coleção de líquido, com hematócrito igual ou superior a 50%, acumulado no espaço entre as pleuras parietal e visceral. O hemotórax geralmente ocorre concomitantemente com pneumotórax e outras lesões, como lesões vasculares. Pacientes com lesão vascular podem apresentar hematoma contido, sangramento externo ou hemotórax maciço. Lesões no parênquima pulmonar ou nos vasos sanguíneos intercostais também podem causar hemotórax. Um grande hemotórax pode se apresentar com sons respiratórios diminuídos e choque. A origem da hemorragia pode ser a parede torácica, o parênquima pulmonar, o coração ou os grandes vasos, podendo ser derivada de causas traumáticas ou não traumáticas. Uma grande perda de volume de sangue para a pleura pode levar à diminuição da função cardíaca devido a: Diminuição da pré-carga por constrição da veia cava, aumento da restrição de movimento da parede cardíaca, aumento da pressão hidrostática, com consequente hipertensão pulmonar. A acumulação de sangue na pleura diminui a capacidade vital funcional do pulmão por consequência de: Hipoventilação, incompatibilidade de ventilação/perfusão e desvio anatômico (WINKLE, 2022).



Fluxograma de Tomada de decisão em Trauma Torácico e realização de Toracotomia de Reanimação na sala de Emergência

Figura 8 - Fluxograma de tomada de decisão em trauma torácica

Fonte: (TORACOTOMIA, 2017)

Conclusão:

O presente caso clínico permitiu refletir sobre a gravidade do trauma torácico sendo uma importante causa de ameaça à vida quando não identificado e tratado corretamente. Sem a abordagem correta, o paciente poderia ter ido a óbito por complicações do hemotórax. A equipe médica fez um excelente trabalho na conduta do quadro clínico. As medicações, assim como os procedimentos, foram baseados na literatura e realizados corretamente. Dentre as situações para melhorar, posso comentar que a demora do transporte depois da solicitação para transferência do paciente poderia ser um fator que atrasa o atendimento e o fluxo. Mesmo assim, o protocolo de vaga zero foi acionado e a equipe manteve os cuidados necessários para que a paciente ficasse estável até que o SAMU chegasse. Foi de muito aprendizado a abordagem desse paciente.

3.3 Caso Clínico 3

Anamnese:

Identificação: J.B, 31 anos, masculino, pardo, naturalidade brasileira, solteiro, morador de Foz do Iguaçu.

Queixa Principal: "Intoxicação etílica e overdose de cocaína"

História da doença atual: Paciente trazido pelo SAMU por quadro de intoxicação etílica e overdose de cocaína, apresenta rebaixamento do nível de consciência glasgow 10/15, não comunicativo e com adinamia.

História Médica Pregressa: Nega alergia a medicamentos. Nega doenças e comorbidades. Nega uso de medicamentos de uso contínuo.

Hábitos de vida: Etilista, Fumante, usuário de drogas.

História familiar: Desconhece histórico familiar de doenças crônicas ou outras enfermidades.

Exame físico:

Sinais vitais na admissão: Temperatura Axilar 36.1 °C, Pressão Arterial (PA) 120/70 mmHg, Frequência Cardíaca (FC) 107 bpm, Frequência Respiratória (FR) 18 irpm, Saturação de Oxigênio 98% em ar ambiente.

Ectoscopia: Mau estado geral (MEG), desorientado em tempo e espaço, normocorado, Acianótica, Anictérica, Afebril, Taquipneico, Taquicárdico.

Neurológico: Glasgow 10/15, pupilas mióticas não fotorreagentes, sem desvio da comissura labial, sinais de irritação meníngea.

Cabeça: Inspeção e palpação de toda a face sem deformidades e lacerações. Inspeção da cavidade oral, dentes e arcabouço ósseo maxilofacial sem alterações.

Aparelho cardiovascular: Bulhas cardíacas, normofonéticas, em 2 tempos sem sopros. Tempo de enchimento capilar <3 segundos.

Aparelho Pulmonar: Murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios. Sem sinais de esforço respiratório, Eupneico em ar ambiente.

Abdome: Plano, ruídos hidroaéreos presentes, sem dor a palpação superficial e profunda, Sem sinais de peritonismo. Ausência de visceromegalias ou massas.

Extremidades: Sem perda de forças em membros inferiores e membros superiores. Pulsos palpáveis, sem edemas. Panturrilhas livres.

Diagnóstico Sindrômico: Síndrome adrenérgica

Hipótese Diagnóstica: intoxicação alcoólica? overdose de cocaína?

Diagnóstico Diferencial: Síndrome da serotonina, Síndrome neuroléptica, Infecções do sistema nervoso central.

Primeiras condutas:

Na data 03/11/2022 às 21:31 horas na UPA Morumbi um paciente masculino de 31 anos trazido pelo SAMU foi acolhido pela equipe de enfermagem e ingresado imediatamente para sala vermelha da urgência/emergência. O médico plantonista realizou as primeiras condutas do ABCDE + MOV. O paciente apresentava rebaixamento do nível de consciência na escala de Glasgow 10/15 o que complicou a situação porque o paciente não podia pelo estado crítico atual oferecer informações sobre o consumo de substâncias que tinha ingerido. A avaliação secundária especificamente a história resumida sobre o paciente (história SAMPLA), após estabilidade clínica, não foi possível realizar. A história SAMPLA se resume em: **S:** Sinais e Sintomas. **A:** Alergias. **M:** Medicamentos (drogas inotrópicas e cronotrópicas; anticoagulantes, insulina). **P:** Passado médico (cirurgias, doenças que podem interferir na avaliação ou na resposta). **L:** Líquidos e alimentos ingeridos recentemente. **A:** ambientes e eventos relacionados com o trauma (detalhe do mecanismo de trauma).

Diante da situação, o médico plantonista explicou que o paciente estava apresentando uma síndrome adrenérgica ou simpatomimética. A síndrome simpaticomimética em intoxicações por abuso de substâncias psicoativas é um quadro de emergência ou de urgência que leva à excitação do sistema nervoso central. As substâncias causadoras da síndrome mimetizam as aminas biogênicas adrenalina, serotonina e dopamina. (Santa Catarina, 2015). O síndrome simpatomimética se caracteriza por taquicardia que estava presente no paciente, hipertensão, hipertermia, diaforese, hiperreflexia, midríase, palidez, distorções perceptuais, convulsões, alterações paranoides do pensamento e baixa consciência também presente na sintomatologia do paciente. As principais complicações são o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular encefálico, a insuficiência renal e as arritmias fatais. O CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) do caso é X62 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte.

Nesse momento as condutas prioritárias inicialmente foram assegurar vias aéreas, manter ventilação e a oxigenação, manter acesso endovenoso, pedidos de imagem, eletrocardiograma, e exames laboratoriais. O exame de imagem solicitado foi raio x de tórax (PA e Perfil) radiografia de crânio (PA + Lateral) radiografia de coluna cervical funcional/dinâmica. Exames laboratoriais: Parcial de urina, Hemograma completo, Gasometria, Ureia, Troponina, Transaminase TGP/TGO, Sódio, Potássio, Lactato, Fosfatase alcalina, Creatinofosfoquinase (CPK), Creatinina, Bilirrubinas totais e frações, Amilase, PCR, TAP, TTP Ativada, Antígeno Covid- Teste Rápido. Os exames que apresentaram alterações foram: Lactato de 28,60 mg/dL valores de referência Arterial: < 16 mg/dL Venoso/Plasma: 4,5 - 20 mg/dL. Sódio 163 mmol/L valor de referência Adultos: 137 a 145 mmol/L. Potássio 2,8 mmol/L valor de referência 3,5 A 5,1 mmol/L.

As medicações que o médico plantonista prescreveu foram: Bromoprida (antiemético e regulador da motricidade gastroduodenal) 5 mg / ml ampola 2 ml 1 ampola, Escopolamina Butilbrometo (antiespasmódico antagonista dos receptores muscarínicos, também conhecido como uma substância anticolinérgica) 4mg/ml + dipirona sódica 500 mg/ml ampola 5 ml, Midazolam (benzodiazepínico) 15 mg /3 ml 2 ampolas, Suxametônio, cloreto (bloqueador neuromuscular despolarizante) 100 mg, Hidrocortisona succinato sódico (antiinflamatório glicocorticoide) 100 mg, Cimetidina (antagonista do receptor H₂, inibe seletivamente a secreção ácida estomacal e reduz a produção de pepsina.) 150 mg/ml, Fentanila (opioide analgesico) 0.05 mg/ml, Norepinefrina hemitartrato (controle da pressão sanguínea em certos estados hipotensivos agudos) 2 mg/ml, Cloreto de potássio 19.1%

(tratamento e prevenção da hipocalcemia). O manejo de tratamento é o uso de benzodiazepínicos os quais são importantíssimos no manejo da intoxicação por cocaína.

Discussão:

Nesse caso clínico baseado na pouca informação que foi coletada sobre o consumo real das substâncias a equipe médica registrou o caso como overdose de cocaína, mas existe o espaço da dúvida na questão se realmente era cocaína, ou se era cocaína pura ou misturada com outro tipo de drogas, também fica a dúvida sobre que outras substâncias poderiam ter sido consumido previamente, não se sabe a qualidade da droga e o tipo de elaboração, todas estas informações são importantes para entender mais sobre a farmacocinética pois ela explicaria mais como que se desencadeia a atividade intrínseca que resulta em um efeito biológico. A cocaína permanece entre uma das causas mais comuns de atendimentos de emergência aguda relacionados a drogas nos Estados Unidos. É responsável por mais relatórios para a Drug Abuse Warning Network (DAWN) do que maconha, A morte por overdose não intencional de cocaína e violência relacionada à cocaína ocorre em todo o mundo (uptodate 2022). A cocaína é um alcaloide extraído das folhas da *Erithroxylum coca*, utilizado antigamente como anestésico e hoje como droga de abuso. Pode ser consumida por: Via nasal (cloridrato de cocaína – um pó branco – 15 a 75% do alcaloide); Via oral (folhas de coca – 0,5 a 1,5% do alcaloide); Via injetável (cloridrato de cocaína); o Via fumo (crack – mistura de cloridrato de cocaína com bicarbonato ou hidróxido de sódio; merla – pasta de cocaína – ambos 40 a 71% do alcaloide) (VELASCO, 2022). O relato que foi coletado pelos socorristas do SAMU foi que o paciente estava em uso de cocaína e álcool. Quando acontece essa interação forma o cocaetileno, cuja ação dura 13 horas, tendo ação vasoconstritora, cardiotoxica, arritmogênica e neurotóxica. A cocaína bloqueia a recaptação de catecolaminas dopamina, adrenalina e noradrenalina e estimula os receptores alfa-1, alfa-2, beta-1 e beta-2 adrenérgicos. Bloqueia também os canais de sódio, aumenta a concentração de glutamato e aspartato no sistema nervoso central, bloqueia a recaptação de serotonina, aumenta a produção de endotelina e diminui a produção de óxido nítrico. As manifestações clínicas que iram se apresentar conforme descrito nos estudos é agitação, midríase não fotorreagente, sudorese, taquicardia, hipertensão é conhecido como síndrome adrenérgica.

Em relação aos sintomas de nosso paciente podemos observar algumas manifestações diferentes as que apresenta a literatura em relação a overdose de cocaína. Por exemplo, nosso paciente apresentou pupilas mióticas não fotorreagentes, na literatura se

registra midríase não fotorreagente. Não foram observadas crises convulsivas ou agitação, nem hipertensão. O que de fato foi manifestado foi sudorese, taquicardia e confusão mental. As manifestações sintomatológicas podem variar de paciente a paciente e também devido às drogas utilizadas, assim como as dosagens. As manifestações clínicas de overdose de cocaína estão descritas na seguinte tabela:

Sistema	Manifestações	Complicações
SNC	Cefaleia, crise convulsiva, confusão mental, <i>delirium</i> e agitação psicomotora	Hemorragias no SNC, AVE isquêmico por vasoespasmos, trombose ou embolia
Olhos e nariz	Midríase bilateral não fotorreagente e epistaxe	Úlcera de córnea, perfuração do septo nasal
Pulmonar	Broncoespasmos, infarto pulmonar	Pneumotórax/pneumomediastino/pneumopericárdio (associado ao ato inalatório – barotrauma); pulmão de crack (SDRA + hemoptise + febre + infiltrado alveolar ou intersticial) e embolia pulmonar
Metabólicos	Rabdomiólise, hipertermia	Injúria renal aguda, desidratação
Cardiovascular	Dor torácica, arritmias, hipertensão	Síndrome coronariana aguda, dissecação aórtica, edema agudo de pulmão hipertensivo e oclusão arterial aguda
Obstétrico	Insuficiência placentária	Pré-eclâmpsia e sofrimento fetal; uso crônico está associado a malformações e retardo do desenvolvimento em fetos
Trato gastrointestinal	Abdome agudo	Úlcera péptica perfurada, colite isquêmica

Tabela 2 - Fonte: (VELASCO, 2022)

Na investigação clínica em todo paciente com suspeita, devemos perguntar sobre a via de uso, quanto tempo decorrido desde o uso, a quantidade, possibilidade de gestação, tempo de início dos sintomas, ingestão de álcool ou outras drogas/medicamentos, estas informações são de grande utilidade na tomada de decisões para a melhoria e pronta recuperação do agravado.

Os exames solicitados nas complicações da intoxicação por cocaína são: Hemograma, função renal e eletrólitos, creatinofosfoquinase (CPK), eletrocardiograma, e gasometria arterial com lactato. Todos esses exames foram corretamente solicitados e também foi solicitado exames de imagem, raio x para descartar alguma provável alteração em abdome, tórax e crânio. O paciente foi acolhido na unidade no dia 03/11/2022 às 21:31 horas, depois de três horas aproximadamente no 04/11/2022 às 00:51 horas foi solicitado o pedido de exame tomografia computadorizada do crânio sem contraste devido a sintomas neurológicos persistentes mantendo Glasgow de 12/15 e pupilas mióticas não fotorreagentes.

O manejo de início é a estabilização do paciente: Expansão volêmica e drogas vasoativas se hipotensão, oxigênio suplementar se indicado e intubação orotraqueal se necessário. O paciente recebeu expansão volêmica e oxigênio suplementar 5 L/min com cânula nasal. Não foi necessária a intubação orotraqueal. O benzodiazepínico recomendado para estes casos é diazepam 5 a 10 mg endovenoso ou midazolam intramuscular. No paciente foi indicado Midazolam 15 mg /3 ml 2 ampolas. Pacientes com intoxicação aguda leve ou moderada devem ser mantidos em observação por 6 a 8 horas, podendo receber alta após resolução completa dos sintomas. Em caso de dor torácica, devemos manter em observação por 8 a 12 horas para obtenção de marcadores de necrose miocárdica seriados. Em caso de sintomas neurológicos ou hipertermia, devemos realizar uma observação prolongada pelo risco aumentado de sequelas (VELASCO, 2022). A seguinte tabela mostra o manejo da intoxicação por cocaína e suas complicações:

Intoxicação por cocaína	Benzodiazepínicos + suporte
Convulsões	Benzodiazepínicos; fenobarbital se refratário
Síndrome coronariana aguda	Benzodiazepínicos + ácido acetilsalicílico + heparina + nitroglicerina (se necessário) + angioplastia primária
Emergências hipertensivas	Benzodiazepínicos + nitroprussiato ou nitroglicerina
Taquiarritmias	Benzodiazepínicos + bicarbonato de sódio 1-2 mEq/kg + adenosina ou cardioversão elétrica se necessário; diltiazem para controle de FA de alta resposta

Tabela 3 - Fonte: (VELASCO, 2022)

Segundas condutas:

No dia 04/11/2022 00:58 o médico plantonista realizou a solicitação de transferência para o Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Entre a espera da solicitação o paciente permaneceu em observação clínica e novos exames laboratoriais foram pedidos às 03:55 horas. Dosagem de ureia, sódio, potássio e creatinina, todos eles mostraram valores dentro da normalidade de referência. Finalmente no dia 04/11/2022 às 08:10 horas o SAMU chegou para realizar a transferência com o paciente apresentando os seguintes sintomas: Exame neurológico: Consciente, contactante com examinador, abertura ocular presente no momento, pupilas isocóricas fotorreagentes. Cabeça/pescoço: Sem alteração. Aparelho respiratório: Eupneico em ar ambiente 17 rpm, murmúrios vesiculares presentes bilateralmente sem ruídos adventícios, tórax simétrico e expansivo. Aparelho cardiovascular: Normotenso, normocardia, perfusão periférica preservada, pulsos cheios. Aparelho cardíaco:

Bulhas cardíacas normofonéticas 2 tempos sem sopros. Aparelho gastro intestinal: Abdômen globoso flácido, ruídos hidroaéreos presentes, evacuação ausente no período. Extremidades: Sem alteração, sem edema em membros, perfusão tissular preservada. Aparelho geniturinário: Diurese em sonda vesical de demora. Pele e anexos: Corado, hidratado, pele íntegra. Drenos e cateteres: Acesso venoso periférico em membro superior esquerdo. Paciente transferido com êxito.

Fisiopatologia:

Os efeitos da cocaína ocorrem principalmente através de três mecanismos: Bloqueio da recaptação de aminas biogênicas como dopamina, norepinefrina e epinefrina. Bloqueio dos canais de sódio, e estimulação de aminoácidos excitatórios fazendo que a cocaína aumenta a concentração dos aminoácidos excitatórios glutamato e aspartato no cérebro, particularmente no núcleo accumbens. A cocaína produz um aumento dose-dependente da frequência cardíaca e da pressão arterial, acompanhado por aumento da excitação, melhor desempenho em tarefas de vigilância e estado de alerta e uma sensação de autoconfiança, euforia e bem-estar. O uso é tipicamente seguido por um desejo por mais droga. A cocaína produz toxicidade nos órgãos-alvo em praticamente todos os sistemas de órgãos do corpo, principalmente por meio de seus efeitos hemodinâmicos. (MORGAN, 2022).

Fluxograma:



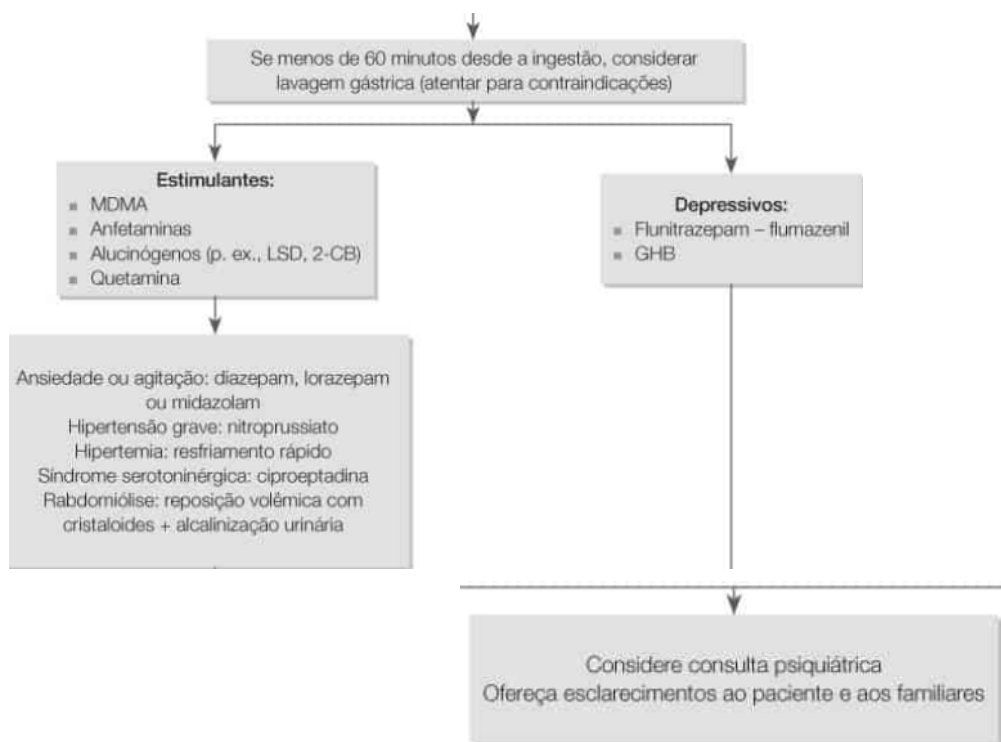


Figura 9 - Fonte: (VELASCO,2022)

Conclusão:

Com essa abordagem concluímos que a conduta acionada pelo equipe médico foi corretamente baseada nos protocolos atualizados sobre overdose de substâncias psicoanalépticas. O paciente foi estabilizado e sua evolução através dos tratamentos que recebeu foi ótima até o momento do traslado. Mais uma vez na minha opinião a transferência foi muito demorada. Desde que foi solicitada até que o SAMU se apresentou foi de aproximadamente 8 horas, isso ocasiona um atraso nas abordagens e também no exame solicitado da tomografia de crânio. Desde a chegada até o momento da transferência o paciente não se recuperou da parte neurológica 100%, considerando que no momento da chegada estava com 10/15 na escala de Glasgow e pupilas mióticas não fotorreagentes e no momento do traslado 12/15 na escala de Glasgow com pupilas isocóricas fotorreagentes, eu acredito em um bom resultado de recuperação e melhora. A cocaína está entre as drogas recreativas ilícitas mais comumente usadas em todo o mundo, esse o motivo pelo qual na sala de urgência e emergência se deve estar preparado para este tipo de situações ligadas a overdose de substâncias.

3.4 Caso Clínico 4

Anamnese:

Identificação: V.C.A.A. 5 anos e 10 meses, feminino, parda, naturalidade brasileira, morador de Foz do Iguaçu.

Queixa Principal: "Falta de ar"

História da doença atual: Paciente de 5 anos de idade acompanhada do pai da entrada na sala vermelha, deambulando. Apresenta palidez cutânea, esforço respiratório e saturação de oxigênio de 86%. Refere emese, dor abdominal, hipertermia e palidez cutânea.

História Médica Progressiva: Nega comorbidades, nega alergias medicamentosas. Vacinas em dia.

História familiar: Mãe e Pai hígidos.

Exame físico:

Sinais vitais na admissão: Temperatura Axilar 36.8 °C, Pressão Arterial (PA) 125/90 mmHg, Frequência Cardíaca (FC) 127 bpm, Frequência Respiratória (FR) 22 irpm, Saturação de Oxigênio 86%. Peso 18 kilos.

Ectoscopia: Regular estado geral (REG), Lúcido e orientado em tempo e espaço (LOTE), Palidez cutânea, Hidratado, Acianótica, Anictérica, Afebril, Taquipneia, Taquicardia.

Neurológico: Glasgow 15/15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea.

Aparelho cardiovascular: Ausculta Taquicardia, Bulhas cardíacas normofonéticas, em 2 tempos sem sopros. Tempo de enchimento capilar <3 segundos.

Aparelho Pulmonar: Murmúrios vesiculares presentes, estertores subcrepitantes bilaterais e sibilos expiratórios.

Abdome: Plano, ruídos hidroaéreos presentes, sem dor a palpação superficial e profunda. Sem sinais de peritonismo. Ausência de visceromegalias ou massas.

Extremidades: Sem perda de forças em membros inferiores e membros superiores. Pulsos palpáveis, sem edemas. Panturrilhas livres.

Diagnóstico Sindrômico: Desconforto respiratório.

Hipótese Diagnóstica: Bronquiolite.

Diagnóstico Diferencial: Asma, Pneumonia bacteriana, Pneumonia Broncoaspirativa, Pneumonia Fúngica, SARS COVID-19.

Primeiras condutas:

Paciente feminino de 5 anos de idade comparece por demanda espontânea acompanhada pelo pai com palidez cutânea, esforço respiratório e saturação de oxigênio 86%. A equipe de acolhimento junto com a equipe de enfermagem conduziram prontamente para o leito 4 da sala vermelha da Upa João Samek devido a que foi considerado um estado crítico. A paciente foi classificada como em estado crítico pelos sinais e sintomas apresentados pelo qual deu entrada direta desde a triagem até a sala vermelha. Entende-se estado crítico quando há acometimento de mais de um dos grandes sistemas, neurológico, cardiovascular e respiratório. A abordagem seguindo o protocolo ABCDE + MOV foi realizada corretamente pela equipe médica. O primeiro passo foi oferecer suporte ventilatório com cateter nasal 3 litros, foi colocada a monitorização e realizado acesso venoso periférico em membro superior direito com agulha abocath número 22. Foi realizada a aferição dos sinais vitais, fluidoterapia e cabeceira elevada para facilitar a respiração. O paciente recebeu toda a atenção da equipe que com muita agilidade distribuiu as tarefas otimizando o atendimento. O médico plantonista fez o pedido de exames laboratoriais de: Covid Teste-Rápido, Parcial de urina, Hemograma completo, Ureia, Creatinina, PCR, VHS. Pedido de exame de imagem e radiografia de tórax em PA. Os resultados laboratoriais não mostraram alterações: Urina normal. Creatinina 0,40. Ureia 27. PCR 0,5. Leucócitos 14.030. Bastonetes. 0%. Plaquetas 395.000. O teste rápido de covid foi não reagente. A radiografia mostrou infiltrado brônquico difuso:

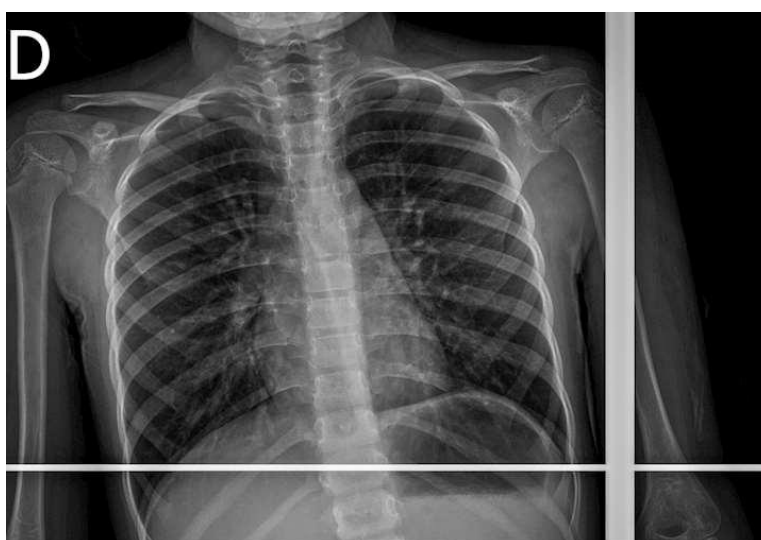


Figura 10 - Fonte: RP Saúde 2022

O primeiro tratamento medicamentoso foi Ambroxol Cloridrato 15/5ml frasco, utilizado é indicado para o tratamento das doenças broncopulmonares agudas e crônicas, para facilitar a expectoração quando houver acúmulo de secreção. Dipirona Sodica 500mg/ml Ampola 2 ml dosagem de 0,80 ml, anti-inflamatório não-esteroidal com ação analgésica e antitérmica. No dia 05/10/2022 às 02:47 horas a paciente continuava taquipneia, com esforço respiratório e palidez cutânea. A equipe de enfermagem comunicou para o médico plantonista que realizou uma nova prescrição. Berotec 6 gotas, dilata as vias respiratórias estreitadas em casos de crise de falta de ar ou de outras doenças respiratórias com a mesma característica. Atrovent 15 gotas o brometo de ipratrópio, é um tipo de anticolinérgico, medicamento que abre as vias aéreas médias e grandes nos pulmões. É usado para tratar os sintomas da doença pulmonar obstrutiva crônica e asma. Adrenalina 3 gotas, reduz as secreções respiratórias e do edema da mucosa respiratória (efeitos a-adrenérgicos), relaxamento do músculo liso das vias aéreas e inibição do processo inflamatório (efeitos b-adrenérgicos). O tratamento foi prescrito para realizar inalação a cada 30 minutos até sair da crise dispneica e continuar de 4 em 4 horas.

Discussão:

A hipótese diagnóstica do médico plantonista foi de bronquiolite. O diagnóstico chamou minha atenção porque a definição da literatura cataloga a bronquiolite como uma síndrome clínica de dificuldade respiratória que ocorre em crianças com menos de 2 anos de idade. A paciente em turno tem 5 anos de idade, o que fugia um pouco sobre a definição típica da literatura. As primeiras condutas foram baseadas na coleta de exames laboratoriais e de imagem e na estabilização do quadro respiratório da paciente. A observação clínica mais as medidas broncodilatadoras foram as condutas feitas no horário da madrugada antes da chegada do médico especialista em pediatria. Em relação aos exames solicitados a literatura descreve que, radiografias de tórax e estudos laboratoriais não são necessários para fazer o diagnóstico de bronquiolite e não devem ser realizados rotineiramente. No entanto, eles podem ser necessários para avaliar a possibilidade de infecção bacteriana secundária ou comorbidade, complicações ou outras condições no diagnóstico diferencial, particularmente em crianças com doença cardiopulmonar pré-existente (PIEDRA, 2022). Eu acredito que foi uma conduta correta no presente caso.

A bronquiolite é parte do espectro das doenças do trato respiratório inferior, é uma das principais causas de doença e hospitalização em lactentes e crianças menores de 2 anos. Se caracteriza por sintomas respiratórios superiores (por exemplo, rinorreia) seguidos por

sintomas respiratórios inferiores (por exemplo, pequenas vias aéreas / bronquíolo) infecção com inflamação, que resulta em sibilos e/ou crepitações estertores (STARK, 2022). A avaliação feita pela equipe de acolhimento foi correta baseada no consenso de gravidade para bronquiolite. Esforço respiratório persistente, taquipneia, saturação <95 % estavam presentes e são parte do consenso de gravidade e são indicações para hospitalização. A duração da doença devido à bronquiolite depende da idade, gravidade da doença, condições associadas de alto risco (por exemplo, prematuridade, doença pulmonar crônica) e o agente causador. A bronquiolite geralmente é uma doença autolimitada. A maioria das crianças que não necessitam de hospitalização recuperam-se em 28 dias (PIEDRA, 2022).

Segundas condutas:

No dia 05/10/2022 às 06:41 horas a equipe médica fez troca de plantão e a nova equipe que recebeu o caso registrou: Paciente se apresentava eupneica em ar ambiente, sem sinais de esforço respiratório, saturando 95% de oxigênio. O médico especialista em pediatria realizou uma nova avaliação e prescreveu Prednisolona fosfato sódico 3mg/ml frasco 60 ml, corticoide com ação anti-inflamatória e imunossupressora. Salbutamol sulfato 100 mcg aerossol, frasco c/200 doses, agonista beta 2-adrenérgico seletivo indicado para o tratamento ou prevenção do broncoespasmo com ação broncodilatadora. Posteriormente, depois de manter a paciente em observação, foi dada alta médica às 10:00 horas com atestado médico para 2 dias e com receita para casa. Amoxicilina 250mg/5ml a cada 8 horas, antibiótico usado no tratamento de diversas infecções bacterianas. Salbutamol sulfato 100 mcg/dose fazer 4 jatos com espaçador e máscara a cada 4 horas. Cloreto de sódio 0,9% aplicar 10 ml em cada narina com uma seringa sem agulha.

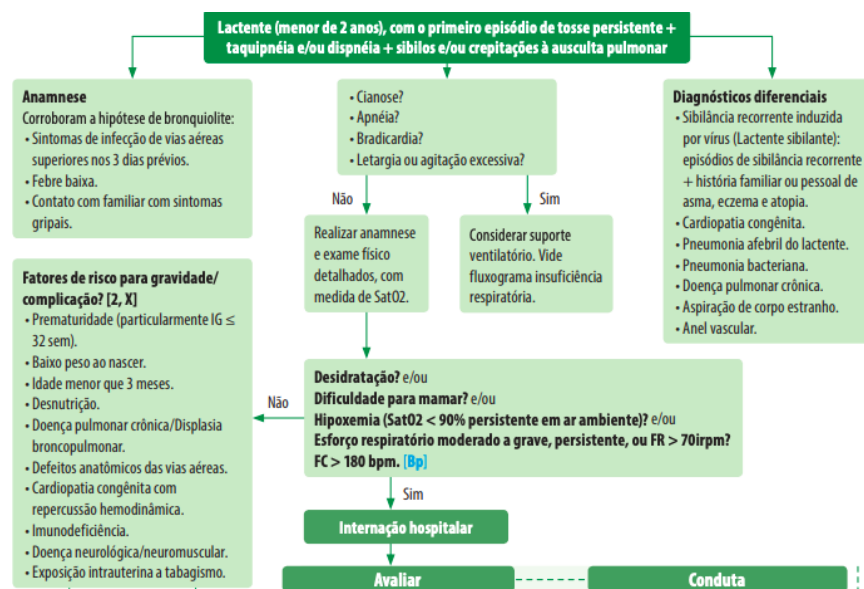
Em relação ao tratamento de bronquiolite que foi utilizado como o salbutamol, amoxicilina e prednisolona as recomendações dos estudos farmacológicos menciona que embora não sugere a administração rotineira de broncodilatadores inalatórios para crianças com primeiro episódio de bronquiolite, uma tentativa única de broncodilatadores inalatórios (salbutamol ou epinefrina) pode ser justificada para bebês e crianças com bronquiolite e doença grave (ou seja, broncodilatadores persistentemente aumento do esforço respiratório, taquipnéia, batimento das asas do nariz, retrações, uso de músculos acessórios, grunhidos, hipoxemia, apnéia ou insuficiência respiratória). Enquanto o uso de glicocorticoide sistêmicos, para bebês saudáveis e crianças pequenas com um primeiro episódio de bronquiolite, recomendamos não usar glicocorticóides sistêmicos. Embora os efeitos anti-inflamatórios dos glicocorticóides reduzam teoricamente a obstrução das vias aéreas pela

diminuição do inchaço bronquial, a maioria dos estudos mostra pouco efeito na bronquiolite. E sobre os antibióticos não devem ser usados rotineiramente no tratamento de bronquiolite, quase sempre causada por vírus. A bronquiolite não aumenta o risco de infecção bacteriana grave. No entanto, ocasionalmente podem ocorrer infecções bacterianas concomitantes ou secundárias. Infecções bacterianas coexistentes devem ser tratadas da mesma maneira que seriam tratadas na ausência de bronquiolite (STARK, 2022).

Patogênese:

A bronquiolite ocorre quando os vírus infectam as células epiteliais bronquiolares terminais, causando dano direto e inflamação nos pequenos brônquios e bronquíolos. Edema, muco excessivo e células epiteliais descamadas levam à obstrução das pequenas vias aéreas e atelectasia. A bronquiolite geralmente é causada por uma infecção viral. Embora a proporção de doenças causadas por vírus específicos varie dependendo da estação e do ano, o vírus sincicial respiratório (VSR) é a causa mais comum, seguido pelo rinovírus. Causas menos comuns incluem vírus parainfluenza, metapneumovírus humano, vírus influenza, adenovírus, coronavírus e bocavirus humano. O RSV é a causa mais comum de bronquiolite e o vírus mais frequentemente detectado como o único patógeno. O RSV é onipresente em todo o mundo e causa surtos sazonais. Em climas temperados, as epidemias de bronquiolite no final do outono e inverno geralmente estão ligadas ao VSR. Antes do surgimento do coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2), a maioria dos casos de bronquiolite relacionada ao coronavírus eram infecções com VSR (PIEDRA, 2022).

Fluxograma:



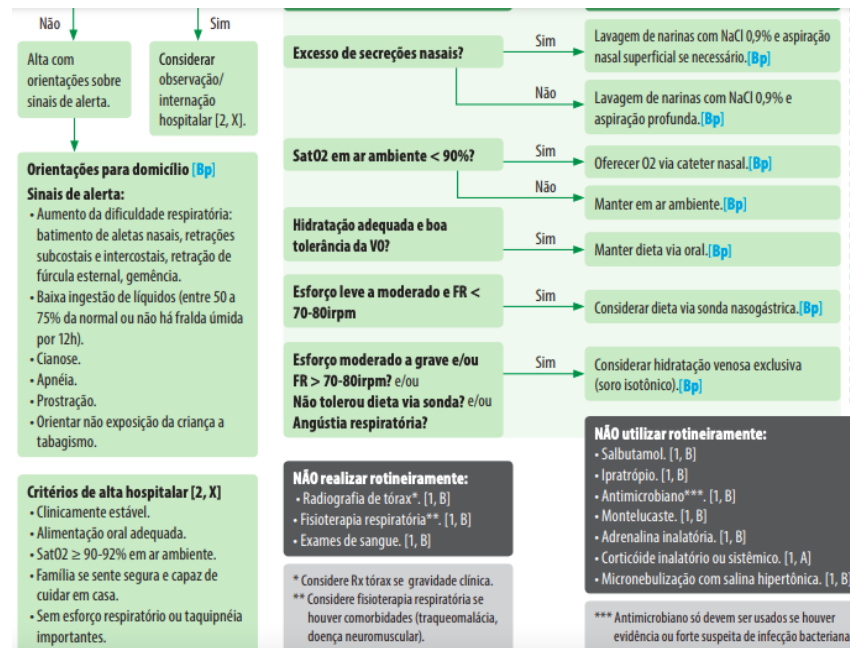


Figura 11 - Fonte: (MARQUEZ, 2020)

Conclusões:

Foi possível observar a evolução de melhoria do quadro clínico na paciente desde o momento do acolhimento até a alta médica. Uma saturação de 85% mais o esforço respiratório e palidez cutânea de uma criança sem dúvida causa consternação nos familiares, tutores e equipe médica. As primeiras condutas de estabilização e monitorização foram muito satisfatórias e muito resolutivas. Considerando que a bronquiolite faz parte de um amplo espectro de doenças respiratórias das vias aéreas inferiores e é a maior causa de doença e hospitalização em crianças menores de 2 anos de idade, significa que o estudo desta patologia e o correto manejo é de suma importância. Lembrando que este tipo de doença compromete as vias aéreas inferiores e pode ser leve, moderado ou grave, podendo evoluir com apneias e insuficiência respiratória aguda, causando complicações como atelectasias, infecção bacteriana secundária, otite média aguda e pneumonia bacteriana.

3.5 Caso Clínico 5

Anamnese:

Identificação: P.B.A, masculino, 73 anos, pardo, catolico, naturalidade brasileira, morador de Foz do iguaçu, aposentado.

Queixa Principal: "Falta de ar"

História da doença atual: Paciente compadece por demanda espontânea, refere quadro de dispneia aos pequenos esforços, acompanhado de tosse expectorante com melhora na posição ortostática e piora em decúbito. Relata ter apresentado dispneia paroxística noturna, nega outros sintomas.

História Médica Pregressa: Hipertensão arterial sistêmica sem uso de tratamento, vasectomia aos 40 anos de idade. Nega alergia medicamentosa.

História familiar: Mãe foi a óbito por Infarto Agudo do Miocárdio. Pai falecido cardiopata.

Hábitos de vida: Nega tabagismo, Ex alcoólatra (deixou de beber há 1 ano), sedentário, alimentação alta em gorduras e sal.

Exame físico:

Sinais vitais na admissão: Temperatura Axilar 36.3 °C, Pressão Arterial (PA) 149/110 mmHg, Frequência Cardíaca (FC) 96 bpm, Frequência Respiratória (FR) 16 irpm, Saturação de Oxigênio 98%.

Ectoscopia: Regular estado geral (REG), Lúcido e orientado em tempo e espaço (LOTE), Corado, Hidratado, Acianótico, Anictérico, Afebril.

Neurológico: Glasgow 15/15, pupilas isofotorreagentes, sem sinais de irritação meníngea.

Aparelho cardiovascular: Bulhas cardíacas hipofonéticas, em 2 tempos sem sopros. Tempo de enchimento capilar <3 segundos.

Aparelho Pulmonar: Em uso de oxigênio por cateter nasal, ortopneia, som maciço na base pulmonar esquerda, Murmúrio vesicular presentes aumentado em ambos hemitórax sem ruídos adventícios.

Abdome: Plano, ruídos hidroaéreos presentes, sem dor a palpação superficial e profunda. Sem sinais de peritonismo. Ausência de visceromegalias ou massas.

Extremidades: Cianose e edema +/+4 nos membros inferiores. Regurgitação jugular.

Diagnóstico Sindrômico: Insuficiência respiratória aguda, Insuficiência cardíaca aguda

Hipótese Diagnóstica: Insuficiência Cardíaca Perfil B

Diagnóstico Diferencial: TEP? Exacerbação DPOC? Crise Hipertensiva? Tromboembolismo pulmonar?

Primeiras condutas:

No dia 07/11/2022 às 09:10 horas paciente masculino de 73 anos chega acompanhado pelo filho no consultório da unidade de pronto atendimento Samek com queixa de dispneia ortostática. A médica plantonista do consultório solicita que o paciente seja ingressado na sala amarela de observação e acomodado no leito 17. Foi solicitado exames laboratoriais e de imagem, também é indicado oxigenoterapia com cânula nasal 5 litros de oxigênio. Os primeiros exames laboratoriais solicitados são: Parcial de urina, Hemograma completo, Gasometria arterial, Ureia, Creatinina, Sódio, PCR. O exame de imagem solicitado é a Radiografia de tórax PA, eletrocardiograma e teste rápido de covid. Os exames alterados são: Uréia 46 mg/dL, valores de referência 19 a 43 mg/dL. Sódio 146 mmol/L, valores de referência Adultos: 137 a 145 mmol/L.

O tratamento que foi prescrito na primeira conduta foi: Furosemida 10 mg/ml ampola 2 ml. Salbutamol sulfato 100 mcg aerosol. Hidrocortisona succinato sódico 100mg. Dipirona 500 mg/ml. Indicação 5 jatos a cada 20 minutos em 3 ciclos. No dia 07/11/2022 as 11:33 horas foi colocado cateterismo vesical de demora com retorno de diurese de cor clara. A radiografia mostrou edema agudo de pulmão, com infiltrado bilateral, aumento da área cardíaca, velamento dos seios costofrênicos e cardiofrênicos:

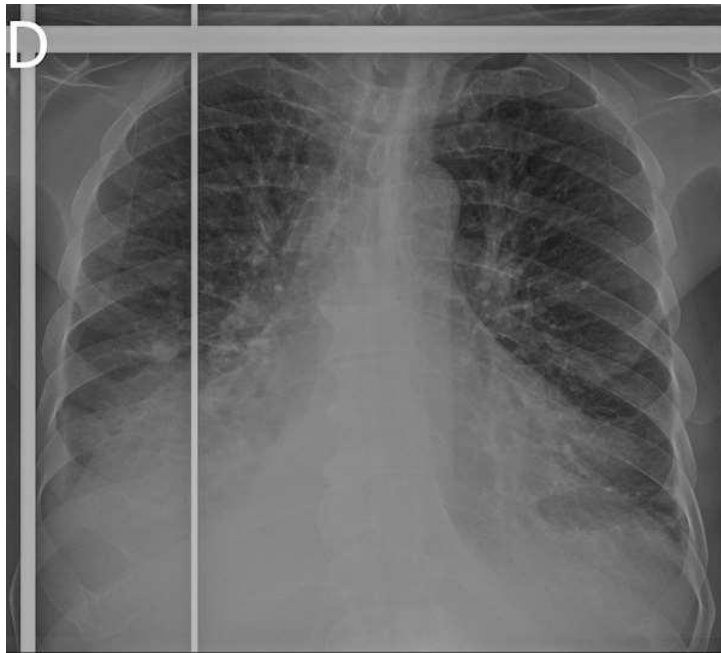


Figura 12 - Fonte: (RP Saúde, 2022)

O paciente foi transferido para sala vermelha e solicitado novos exames laboratoriais: pH 7,3. pO₂ 102,40 mmHg. HCO₃. 18,90. Troponina 0,078. PCR 0,6. HB 15,20. Ht 44,80. Leuco 9.550. Plaquetas 253.000. Na⁺ 146. K 5,6. Ca 1,22. Cl 108. Cr 1,20. ProBNP 17.000,00. Diante desse quadro clínico, o médico plantonista em turno fez o diagnóstico de insuficiência cardíaca perfil B, com presença de injúria renal e hipernatremia. A conduta foi manter o monitoramento e manter as medicações de hidroclorotiazida 25mg (diurético), Enalapril 20mg (IECA), Furosemida 10 mg (diurético), Sinvastatina 40 mg (dislipidêmico), Ácido Acetilsalicílico 100 mg, Captopril 25 mg (IECA), Nifedipino 10mg (bloqueador de canais de cálcio), Morfina 4 mg (opioide analgesico) e foi solicitada vaga no Hospital Municipal Germano Lauck.

Discussão:

Insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica definida como alteração funcional ou estrutural cardíaca associada a elevação de peptídeos natriuréticos ou evidência de congestão cardiogênica pulmonar ou sistêmica. As alterações hemodinâmicas comumente encontradas na IC envolvem resposta inadequada do débito cardíaco e elevação das pressões pulmonar e venosa sistêmica. IC agudamente descompensada (ICAD) pode se apresentar de quatro formas: IC crônica agudizada, edema pulmonar agudo, IC direita isolada e choque cardiogênico (VELASCO, 2022). No Brasil, a principal etiologia da IC é a cardiopatia

isquêmica crônica associada à hipertensão arterial. A IC é responsável por cerca de 200.000 internações hospitalares ao ano e é a causa de mais de 20.000 óbitos anuais. No paciente foi evidenciado as alterações hemodinâmicas e o edema pulmonar agudo. Pela história clínica coletada foi observado que o paciente tinha fatores de descompensação de insuficiência cardíaca como: Não aderência ao tratamento farmacológico, abuso de sal e água, distúrbios hidroeletrólíticos. A maioria das descompensações de IC ocorre por falta de aderência ao tratamento farmacológico ou às medidas dietéticas. Ao exame físico, o aparelho pulmonar constatou estertores bolhosos disseminados. Esses tipo de achados no aparelho pulmonar como estertores crepitantes são frequentes na insuficiência cardíaca, eles sugerem congestão significativa; os pacientes podem apresentar sibilância devido a edema peribronquiolar simulando asma. Sinais de edema periférico como edema de membros inferiores e estase venosa jugular também podem estar presentes e foi pontualmente o que nosso paciente manifestou no momento do acolhimento. Ele apresentou edema +/+4 nos membros inferiores e regurgitação jugular. Posteriormente com a abordagem medicamentosos apresentou melhoras nas extremidades e pulsos periféricos cheios e simétricos.

O diagnóstico do paciente com insuficiência cardíaca de início agudo foi baseado primeiramente na suspeita clínica, e depois na investigação do raio x, eletrocardiograma e nos exames laboratoriais. Especificamente o exame laboratorial realizado para confirmação da insuficiência cardíaca foi o NT - proBNP II. Nosso paciente tem 73 anos de idade. Seguindo a tabela de valores de referência para uma provável insuficiência cardíaca é: 50 a 75 anos >900 pg/mL positivo para uma insuficiência cardíaca provável. No caso, o paciente teve um resultado de 17.000,00 pg/mL. O preditor de risco na insuficiência cardíaca aguda foi de risco intermediário baseado na taquicardia apresentada, injúria renal, troponina cardíaca elevada (Troponina 0,078), e o grau de elevação de BNP.

Tratamento:

A abordagem terapêutica dos pacientes com insuficiência cardíaca depende do grau e do tipo de descompensação da IC e da pressão arterial inicial do paciente. Os 4 subgrupos são: Perfil A: sem congestão em repouso e sem sinais de má-perfusão tecidual (quente e seco). Perfil B: congestão em repouso e sem sinais de má-perfusão tecidual (quente e úmido). Perfil C: congestão em repouso e sinais de má-perfusão tecidual (frio e úmido). Perfil L: sem congestão em repouso e má-perfusão tecidual (frio e seco). O paciente foi

catalogado no Perfil B. Assim, as primeiras condutas iniciais foram corretas baseadas nos protocolos. O paciente foi monitorizado, com verificação de pressão arterial, saturação de oxigênio e eletrocardiograma.

Em relação a oxigenoterapia que o paciente recebeu nos primeiros atendimentos, a literatura recomenda: Em pacientes hipoxêmicos a oxigenoterapia é indicada, mas a hiperóxia deve ser evitada. Alguns autores citam um alvo de $\text{SaO}_2 > 95\%$, mas existe pouca evidência de benefício de valores de $\text{SaO}_2 > 90\%$ e recomendamos alvo de SaO_2 de 90% para indicação de oxigenioterapia. O oxigênio pode ser fornecido conforme necessário para a saturação-alvo, com cânula de O_2 nasal, máscara de Venturi, máscara com válvula e reservatório, ventilação não invasiva ou, quando necessário, intubação orotraqueal. (VELASCO, 2022).

A proposta terapêutica baseada no perfil B apresentado pelo paciente é o uso de diuréticos. Esse tratamento é indicado em todos os pacientes devido à congestão. Diuréticos de alça: melhoram a congestão e a dispneia e têm ação venodilatadora imediata. Furosemida: dose de 20-40 mg se nunca usou diurético ou 2,5 x a dose habitual. Máximo 240 mg/dia. Pode ser associada a diurético tiazídico e espironolactona se houver resposta insatisfatória. O médico plantonista fez uso de furosemida que foi administrado corretamente obtendo um ótimo resultado para o paciente. A furosemida endovenosa é o diurético de escolha nos pacientes com ICAD. Provoca venodilatação 15 minutos após sua administração, diminuindo a pré-carga tanto do ventrículo direito quanto do ventrículo esquerdo. Também induz diurese aproximadamente 30 minutos após a administração, com pico em 1 a 2 horas. Como tem meia-vida de 6 horas, deve ser administrada pelo menos duas vezes ao dia. Pode levar a melhora da congestão, mas com aumento da resistência vascular periférica, o que torna obrigatória a associação com outras medicações como vasodilatadores e eventualmente agentes inotrópicos (VELASCO, 2022). Também foi utilizado um IECA (inibidor da enzima convertidora de angiotensina) com objetivo de diminuir a pré e a pós-carga. Os IECAs diminuem os níveis de angiotensina II e aumentam os níveis de bradicinina. Portanto, ocorre a vasodilatação de arteríolas e veias.

Em relação ao uso de Morfina de 4mg pelo médico plantonista, a base científica diz que os opioides podem ajudar a aliviar a sensação de dispneia e ansiedade, mas não são indicados de rotina nestes pacientes. A morfina diminui a pré-carga e, em menor grau, a pós-carga e a frequência cardíaca, diminui ainda a sensação de dispneia e a ativação do sistema nervoso simpático. A dose usual de morfina é de 2 a 5 mg IV a cada 5 a 30 minutos. É utilizada em pacientes com edema agudo de pulmão quase que exclusivamente. Nesse caso foi abordado corretamente com melhoria notable pelo paciente.

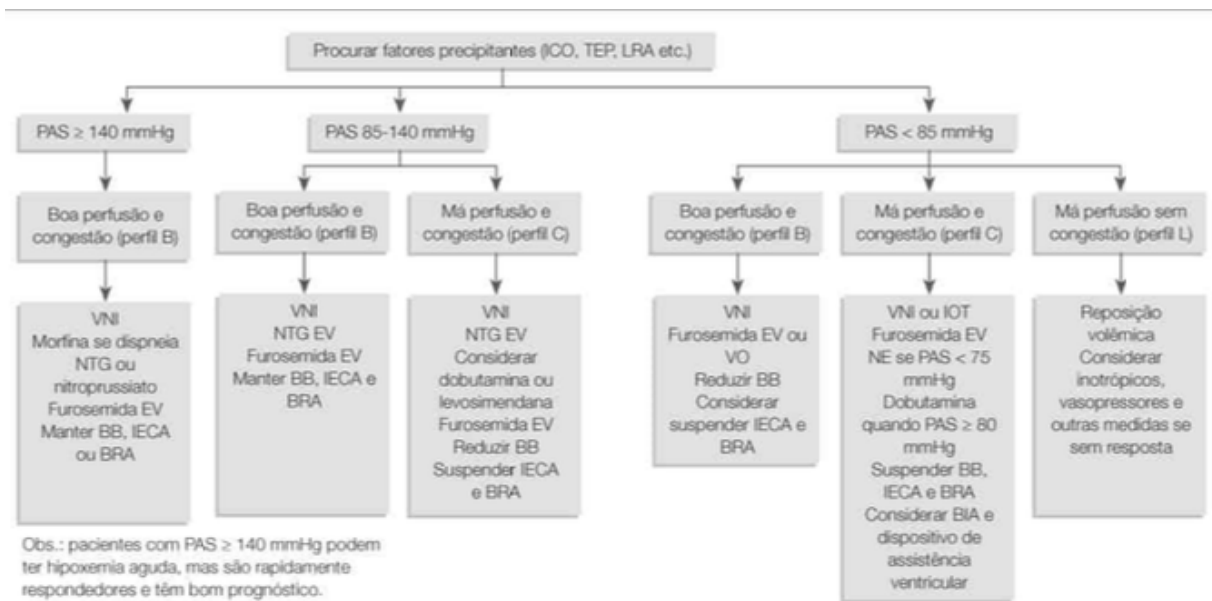


Figura 13 - Fluxograma manejo da insuficiência cardíaca:

Fonte: (VELASCO, 2022)

Fisiopatologia da insuficiência cardíaca:

Na insuficiência cardíaca, o coração pode não suprir os tecidos com a quantidade adequada de sangue para as necessidades metabólicas; a elevação relacionada ao coração da pressão venosa pulmonar ou sistêmica pode resultar na congestão de órgãos. Essa condição pode decorrer das alterações da função sistólica, diastólica ou, geralmente, de ambas. Com a redução do débito cardíaco, a liberação para os tecidos de oxigênio é mantida pelo aumento da extração de oxigênio do sangue e, às vezes, pelo deslocamento da curva de dissociação da oxihemoglobina para a direita a fim de favorecer a liberação de oxigênio. A redução do débito cardíaco com pressão arterial sistêmica mais baixa ativa os barorreflexos arteriais, aumentando o tônus simpático e diminuindo o tônus parassimpático. Como resultado, desenvolvem-se aumento da frequência cardíaca e contratilidade miocárdica, constrição de arteríolas de leitos vasculares selecionados, constrição venosa e retenção de sódio e água. Tais alterações compensam a redução do desempenho ventricular e ajudam a manter a homeostase hemodinâmica nos estágios iniciais da insuficiência cardíaca. Mas essas alterações compensatórias aumentam o trabalho cardíaco, pré e pós-carga, reduzem a perfusão coronariana e renal, provocam acúmulo de líquido que acarreta congestão, aumentam a excreção de potássio e podem causar necrose dos cardiomiócitos e arritmias. À medida que a

função cardíaca se deteriora, diminui o fluxo sanguíneo renal. Além disso, pressões venosas renais aumentam, levando à congestão venosa renal. Essas alterações resultam em diminuição na taxa de filtração glomerular e o fluxo sanguíneo dentro dos rins é redistribuído. A fração de filtração e o sódio filtrado diminuem, mas a reabsorção tubular aumenta, levando à retenção de sódio e água. O fluxo sanguíneo é redistribuído ainda mais para fora dos rins durante esforços, mas melhora durante repouso. A diminuição da perfusão dos rins ativa o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), aumentando a retenção de sódio e água, além dos tônus vascular renal e periférico. Esses efeitos são exacerbados pela ativação simpática intensa que acompanha a insuficiência cardíaca. O coração insuficiente e outros órgãos produzem fator de necrose tumoral (TNF) alfa. Essa citocina aumenta o catabolismo e, possivelmente, é responsável pela caquexia cardíaca, a qual pode acompanhar a insuficiência cardíaca gravemente sintomática, e por outras alterações deletérias. O coração falhando também sofre alterações metabólicas com a maior utilização de ácidos graxos livres e menor utilização de glicose; essas alterações podem se tornar alvos terapêuticos (COLUCCI, 2022).

Conclusões:

No dia 07/11/2022 às 23:48 o paciente foi transferido para o Hospital Padre Germano Lauck. A principal razão da solicitação para transferência foi para tratamento de congestão e para insuficiência respiratória. As diretrizes sugestivas para internação hospitalar do paciente foram: Insuficiência cardíaca moderada, edema agudo de pulmão, dispneia ao repouso com congestão significativa, piora da função renal, regime de tratamento domiciliar inadequado e aderência comprometida ao tratamento. Considero que toda abordagem terapêutica foi realizada da melhor maneira possível em base a hipóteses diagnósticas bem realizadas pela equipe médica. A solicitação dos exames laboratoriais e de imagem também foram de grande utilidade na confirmação da suspeita clínica. Se recomenda plano para seguimento após alta do paciente, idealmente com consulta pessoal ou por telefone em 72 horas.

4 CAPÍTULO III - RELATO VIVENCIAL

4.1 Experiência pessoal no internato de UE

O internato em Urgencia e Emergencia, foi uma das etapas mais interessantes na minha formação acadêmica. Foi o que eu realmente queria desde os primeiros semestres na faculdade. Eu acredito que o simples fato de observar as atividades nos locais de pronto atendimento desde os inícios da faculdade ajudaria muito a ter uma visão real do que se espera para o futuro médico em formação. Considero que algumas horas dos primeiros semestres não são tão bem aproveitadas e não despertam a curiosidade e o desejo do estudo como quando você tem a oportunidade de presenciar situações reais, problemas reais, doenças reais nos locais de urgência e emergência. Sei que nem todos vão concordar com meu ponto de vista, mas para mim a oportunidade de participar desse módulo foi de grande aporte porque consegui ver a realidade e os desafios que a medicina tem para nós no dia a dia. Simplesmente quero ressaltar o quanto de bom e necessário é permitir que os alunos tenham a oportunidade desde os primeiros semestres de realizar algumas horas nestes serviços médicos. O módulo já está acabando para mim, mas fico com a impressão de que falta muito por aprender, muitos procedimentos para praticar e muitos quadros clínicos ainda por descobrir. Neste capítulo quero descrever com mais detalhes minha experiência no módulo da UE.

O módulo da UE permitiu ter a oportunidade de desenvolver habilidades técnicas e ser capaz de ter um raciocínio clínico sobre os diferentes diagnósticos, realizar alguns procedimentos, observar condutas com equipes médicas e sentir na pele o que significa horas de serviço. No início eu esperava ver como se realizam os procedimentos, abordagens, manejos, receitas e condutas. A sensação era que precisaria dominar todas as técnicas, conhecer o máximo possível de diagnósticos e saber conduzir um caso. Essa sensação de não me sentir preparado me deixava com muito medo. E o resultado desse medo me deu como ferramenta o desejo de querer aprender a fazer tudo e poder observar e absorver a maioria dos conhecimentos possíveis. A maneira de resumo eu esperava aprender a diagnosticar, saber as condutas, realizar procedimentos e receitar. E depois dos meses descobri que o tempo passou e que não foi suficiente para mim com três plantões por semana. Vários preceptores me comentaram que também achavam muito pouco o tempo horas por semana de nossa faculdade. A maneira de comparação meus preceptores argumentam que de fato seria muito bom ter mais horas de plantões na semana, para ter maior oportunidade de ver casos diversos. Eu considero que dentro de minhas expectativas aprendi a realizar alguns procedimentos

como diferentes tipos de curativos, suturas, paracentesis, colocação de sonda vesical de demora e algumas atividades da área de enfermagem. Na área de diagnóstico acredito que me falta muito sobre a parte clínica médica e condutas. E na parte de receitas médicas acredito que consegui aprender sobre os medicamentos mais utilizados mas também descobri que cada médico preceptor utiliza seu próprio critério no manejo das patologias dos pacientes, assim que isso me ensinou a não só decorar medicamentos e sim ver que as situações e opções são diversificadas e ambas situações podem funcionar. Gostaria de ter mais domínio sobre diagnósticos e receitas. Logicamente, o aprendizado começou e ainda não terminou, mas sem dúvida foi uma grata experiência.

Em relação ao meu relacionamento com os colegas, posso dizer que foi ótimo. Consegui desenvolver uma boa relação com minha dupla Jarold Merida de parceria que beneficiou muito nosso internato. Com a equipe de saúde tenho que diferenciar um pouco os locais de trabalho e também dos profissionais porque no final do dia todos são pessoas distintas. De forma geral nunca tive problemas com ninguém nos quatro locais de práticas, mas meu relacionamento foi muito bacana com a equipe da João Samek e com a equipe de São Miguel do Iguacu. Todos os preceptores foram ótimos, todos com habilidades diferentes e formas de ensinar distintas, mas com cada um deles posso ficar muito grato. Posso me sentir confortável com o relacionamento que tive com familiares dos pacientes. Afortunadamente nunca se apresentou alguma situação incômoda e sim vários familiares que mostraram gratidão pela ajuda que eu e minha dupla fornecemos.

Outro desafio que eu tinha e que tem sido um desafio desde que cheguei no Brasil tem sido o idioma português. Aprender o idioma e entender o idioma acredito que foi relativamente fácil. Para mim o desafio é falar porque mesmo que eu possa me expressar corretamente meu sotaque sempre será diferente e isso foi motivo para que em reiteradas ocasiões os familiares do paciente e os próprios pacientes não conseguiram me entender e eu tinha que repetir várias vezes as orientações. O engraçado foi que alguns pacientes ao escutar meu sotaque tentavam falar em espanhol que na maioria das vezes também não era muito bom e ficava todo um “babel” ou uma confusão. Em todo momento com os familiares eu tentei ser o mais claro possível e empático. Sempre é necessário que o comunicador possua plena empatia com o paciente, demonstrando uma relação de confiança e de capacidade de escutar o que o outro diz. Nesse processo, a habilidade de compreender as dores e as aflições, tanto do paciente quanto dos familiares é de fundamental importância. Os atributos que observei dos preceptores na comunicação foram: Contato com os olhos; Ouvir atentamente; Permanecer em silêncio para ouvir; Sorrir; Manter suavidade na voz; Corpo na direção de quem fala. Na

minha experiência do internato em UE não houve a necessidade de comunicar notícias difíceis para algum familiar. Uma ferramenta que aprendemos para este tipo de situação é o protocolo SPIKES. O protocolo SPIKES é um método utilizado para a comunicação de notícias ruins tanto aos pacientes, quanto aos familiares. Ele descreve, didaticamente, seis etapas que devem ser seguidas pelo comunicante. De forma geral: S= Setting up (preparando você e o ambiente); P= Perception (percebendo o paciente); I= Invitation (convidando para o diálogo); K= Knowledge (transmitindo as informações); E= Emotions (expressando emoções); S= Strategy and Summary (resumo e organização de estratégias).

Uma das experiências que mais me impactou aconteceu na UPA Morumbi. A situação foi ver um senhor estrangeiro de nacionalidade paraguaia sentado na sala de espera que me chamou dizendo “Eu já estou aguardando aqui a mais de duas horas e ninguém me atende e eu vejo que estão chamando pessoas antes de mim e eu estou com a perna quebrada e ninguém me ajuda”. Diante da situação eu e minha dupla falamos com o médico da sala vermelha que estava de plantonista e quando comentamos o caso ele se escusou dizendo que esse paciente não estava no sistema, que alguém do triagem tinha cometido um erro e que por tal motivo ele não iria dar atendimento. Eu não esperava sinceramente esse tipo de resposta e simplesmente pensei que se a perna quebrada fosse de algum funcionário da upa com certeza seria atendido e não ignorado. Assim fui de novo a falar com o paciente, pedi o documento e fiz de novo a triagem para que ficasse no sistema. Posteriormente eu fiz a prescrição de sintomatológicos para dor e encaminhei o paciente para raio x. O laudo foi de fratura de tíbia em espiral. Assim, encaminhamos o paciente para o Hospital Municipal Padre Germano Lauck com o especialista em ortopedia. Toda a abordagem foi feita pelos internos porque o Médico plantonista não quis ser resolutivo. O aprendizado que posso destacar diante desta situação foi que o código de ética médico tristemente pode ser esquecido conforme passam os anos, mas que nunca deveria ser esquecido e deveria ser sempre parte de nossa conduta profissional.

Nosso internato foi de 42 plantões dividido em 21 diurnos e 21 noturnos. Fazer os plantões noturnos foi novidade. Nunca antes tinha feito plantões noturnos. No primeiro local de práticas eu fiquei acordado a noite inteira, mas no passar dos dias descobri que a equipe de enfermagem dividiam o plantão noturna por equipe, assim uma equipe descansava e depois de algumas horas a outra equipe acordava e continuava a labor. Os médicos plantonistas faziam esse tipo de acordo entre eles e a upa disponibiliza um local de estar médico com camas para descansar. Pensei que seria melhor eu fazer meu trabalho e quando ficasse calmo o serviço podia também descansar. Assim não ficava tão cansado o dia seguinte e minhas energias para

os próximos dias eram bem aproveitadas. Os locais que disponibilizam local para descansar para nós como internos eram Upa Samek e Upa de São Miguel do Iguaçu. Nos outros locais não tinham esses privilégios. Acredito que consegui lidar bem com os plantões noturnos e considero que todos os profissionais da saúde que fazem plantões noturnos realmente merecem nossa gratidão. Creio que todos os profissionais que trabalham em regime de plantão nas unidades hospitalares, desde a equipe médica, de limpeza, de enfermagem e demais atuações devem ter um tempo para descanso, desde que este não acarrete em prejuízo para o paciente.

Falar do cenário que eu senti que tive maior aprendizado posso dizer que simplesmente foram cenários distintos. Por exemplo, na Upa Samek eu fiquei mais na sala de procedimentos fazendo suturas, pedidos de raio x, prescrevendo sintomatológicos, retirada de corpos estranhos nos olhos, eletrocardiogramas e curativos. Já na Upa Morumbi, os médicos plantonistas nos deixaram realizar mais histórias clínicas com os pacientes da sala amarela e também abordagens na sala de procedimentos. Na Upa de São Miguel do Iguaçu não tem o sistema de RP Saúde, assim o desafio era escrever à mão e começar a decorar prescrições e doses porque nas unidades de Foz do Iguaçu todo está no sistema que ajuda bastante. Também tivemos a oportunidade de ficar na sala de emergência, na ambulância e de participar do aniversário da cidade de São Miguel fazendo plantões na praça no meio do evento. E no hospital municipal foi muito interessante acompanhar os médicos que explicavam os casos clínicos de maior grau de complexidade para os familiares. Em todos os cenários foi possível aprender coisas distintas.

O módulo despertou em vários colegas a motivação de nos preparar mais na especialidade de urgência, mas também nos deixa um grande desafio porque sabemos que a responsabilidade é muita. No cenário de práticas conhecemos médicos já formados que ainda não se sentiam preparados para trabalhar na sala vermelha mas que já estavam começando a trabalhar em consultórios, depois em sala amarela e finalmente dar o passo para a vermelha. Acredito que todo é um processo e conforme vamos aprendendo e praticando nos sentiremos mais seguros para atender esta demanda.

O maior desafio que eu enfrentei nesse módulo foi a incerteza. Em reiteradas ocasiões ficava inseguro de que estava fazendo o procedimento correto ou prescrevendo os dosagens corretos ou se eu tinha feito as perguntas corretas na anamnese ou se tinha esquecido de perguntar alguma coisa. Enfim, esses momentos de incerteza sempre ficaram presentes. Para diminuir este obstáculo só ficava, estudar, perguntar aos meus tutores, anotar tudo na minha livreta e ser humilde aprendendo de todos os profissionais. Descobri que a

equipe médica não esperava de mim que eu soubesse tudo e que o objetivo do internato era precisamente esse, aprender. O melhor de tudo era ver como esses obstáculos iriam se superando conforme avançavam os plantões.

Para mim o maior aprendizado ao término do módulo é que sempre existiram pessoas com alguma necessidade para serem atendidas. Sempre haverá situações que colocam a vida de algum integrante da família em perigo e que procurará o serviço médico em situações de extrema emergência. Diante dessa situação podemos fazer uma diferença para essas pessoas. Fica aí a responsabilidade de poder oferecer o melhor de nós para poder ajudar sem discriminar ninguém sem julgar a ninguém e sem tratar mal a ninguém. Mostrar empatia é tudo. Posso concluir este capítulo dizendo que o módulo me parece ótimo, de forma pessoal gostaria de mais aulas no laboratório de práticas para realizar procedimentos que não tive a oportunidade de realizar e também para tirar dúvidas. Fazer parte deste módulo foi bom demais, fico muito grato com a universidade por me brindar a oportunidade.

5 CAPÍTULO IV- PROCEDIMENTOS REALIZADOS

5.1 Suturas

Durante o internato da UE nas UPAs o ato de suturar foi o procedimento que realizei com maior frequência. Na sala de procedimentos da UPA Samek o aluno desenvolve esta prática porque os preceptores nos ensinam a dar atendimento ao gran número de pacientes que chegam por trauma. Sutura cirúrgica refere-se à confecção do ponto ou conjunto de pontos, no sentido de favorecer a evolução da ferida pela aproximação dos tecidos. É a competência cirúrgica mais comum em prontos-socorros e o conhecimento de aspectos básicos é essencial para todo médico, independentemente de sua especialidade (ZOGBI, 2021).

Entre os acidentes mais comuns que chegavam para o procedimento de sutura, estavam acidentes de trânsito, principalmente carro x moto, ou moto x moto, queda de bicicleta, acidentes de trabalho, atropelamentos, brigas de rua, e acidentes domésticos. Os principais acometimentos eram lacerações, ferimentos incisivos e perfurantes, e os locais anatômicos mais frequentes eram: mãos, falanges dos membros superiores e inferiores, joelhos, face especificamente lábios, nariz, sobrancelhas e couro cabeludo.

A sutura cirúrgica favorece a evolução da ferida imobilizando tecidos, reduzindo espaços anatômicos, estabilização de hemostasia favorecendo a coagulação, impedindo a

entrada de microorganismos nos tecidos profundos, mantendo a funcionalidade das estruturas e ajuda a promover um aspecto mais estético na ferida.

Um dos questionamentos ao chegar um paciente com trauma era se devia suturar ou não suturar. A revista “Vittalle –Revista de Ciências da Saúde v. 33, n. 1 (2021)” coloca um listado das principais indicações e contra indicações para a realização de sutura. Entre as indicações colocadas são: Lesão profunda com exposição do tecido subcutâneo, lesão com afastamento significativo das bordas, ausência de tensão para fechamento, lesão em local de movimentação intensa, lesão com sangramento controlado, feridas agudas sem contaminação grosseira ou infecção e lesão ocorrida em: 6 a 8 horas ou até 12 horas em região de maior avaliação vascularização (face e couro cabeludo). Enquanto as contra indicações colocadas são: Infecção instalada ou contaminação grosseira da ferida, retenção de corpo estranho, escoriação simples, mordedura por mamíferos, perda grande de tecido, havendo tensão para o fechamento, ferimentos por arma de fogo e prego.

Os materiais necessários para realizar a sutura são: Equipamento de proteção individual (EPI), par de luvas estéril, gorro, avental descartável(preferencialmente estéril), máscara, óculos de proteção, pacotes de compressa estéril, pacotes de gaze estéril, campo estéril para mesa cirúrgica auxiliar ou carro de instrumentação, campo fenestrado estéril, solução antisséptica (clorexidina a 0,5% para pele) solução fisiológica a 0,9%, cuba pequena estéril, anestésico local (lidocaína a 2%) seringa de 5 ou 10 mL, agulha para aspiração anestésica 40 x 1,2 mm (18G), agulha para infiltração anestésica 25 x 0,7 mm (22G), fio agulha (náilon 3.0 para pele e catagute 2.0 para mucosa), porta agulha, pinças anatômicas com e sem dente e tesoura de fio e material para curativo.

Após a finalização do procedimento deve-se orientar o paciente, verbalmente e por escrito, o curativo deve permanecer somente por 24 a 48 horas, limpeza da região suturada com água e sabão neutro; vacina antitetânica em casos de trauma, observar se complicações como infecção local, seroma, deiscência da sutura, sangramento, hematoma, prejuízo funcional, dor persistente. Orientar retorno aos serviços médicos em caso de dúvidas ou complicações; cuidados com a cicatrização, e explicar sobre data e local para retirada dos pontos.

Uma situação que eu e minha dupla observamos que não era realizada na sala de procedimentos depois dos atendimentos com pacientes proveniente de empresas ou de acidentes laborais foi a falta de preenchimento das notificações dos acidentes de trabalho que compreende a notificação no SINAN sobre Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Provavelmente se desconhece a importância de notificar ou falta capacitar a equipe de enfermagem e médicos sobre este item.

5.2 Sondagem vesical de demora

Procedimento realizado na Upa Morumbi com um paciente masculino idoso de nacionalidade brasileira, proveniente do Paraguai. O cateterismo vesical é uma técnica que consiste na introdução de um cateter, também conhecido por sonda vesical, pela uretra até à bexiga de forma a fazer a permitir a saída de urina em pessoas que não conseguem controlar esse ato, devido a obstruções como hipertrofia da próstata, dilatação uretral ou mesmo em casos em que se pretende realizar exames em urina estéril ou preparar a pessoa para uma cirurgia, por exemplo. Este tipo de procedimento geralmente é realizado pela equipe de enfermagem. No internato temos a oportunidade de interagir com outros profissionais como os enfermeiros que me ensinaram a realizar o procedimento.

O procedimento é realizado quando o cateter vai permanecer por mais tempo para drenagem contínua e para isso é usado um cateter de Foley ou de Owen. As principais indicações são para tratamento da retenção urinária, medicação do débito urinário para gerenciar fluidos, manejo de hematúria associada a coágulos, manejo de pacientes para bexiga neurogênica, para pacientes incontinentes que possuem feridas em região sacral ou perineal, conforto para cuidados de fim da vida e para tratamento de pacientes com incontinência urinária após falha de outras terapias (MAZZO, 2015).

Os materiais para realizar o procedimento são: Pacote estéril de cateterismo vesical com: 1 cuba rim, 1 pinça Pean, 3 bolas de algodão e 1 cuba redonda pequena 1 Campo fenestrado, 1 Cateter uretral tipo Foley (duas vias) de calibre adequado ao paciente (usualmente de 12 Fr a 14 Fr), 1 Bolsa coletora sistema fechado, solução anti-séptica aquosa de Povidona-iodo tópico a 10% ou solução de clorexidina a 2% , 1 Pacote de gaze estéril, 1 agulha 40mm x 12mm, 1 seringa de 20 ml, 2 ampolas de 10 ml ou 01 ampola de 20ml de água destilada, gel anestésico estéril com seringa aplicadora, recipiente com bolas de algodão embebido em álcool a 70%, 1 par de luvas estéreis em numeração adequada ao profissional, fita hipoalergênica, material para higiene íntima e Biombos.

As primeiras etapas do procedimento no paciente masculino que eu realizei foram higienização de minhas mãos, apresentação e explicação do procedimento ao paciente. Posteriormente abri o pacote de material estéril em cima da mesa auxiliar colocando a sonda, o sistema coletor fechado, seringas, agulhas e gaze estéril. Calcei as luvas estéreis, realizei o teste do balonete do cateter, insuflando 10 mL de ar no portal da injeção, conectei a sonda

Folley ao coletor de urina fechando a extremidade final do coletor. Coloquei água destilada na seringa com ajuda do meu colega, depois coloquei o lubrificante anestésico estéril na seringa 10ml. Fiz antisepsia do local especificamente toda região peniana, com movimento circulares, no sentido do prepúcio para a raiz do pênis. Coloquei o campo fenestrado. Injetei lidocaína gel 10ml dentro do meato uretral. Fiz a introdução da sonda dentro do meato uretral de aproximadamente 15 a 20 cm até que a urina saiu. Realizei a insuflação do balão da sonda com a seringa. Testei fazendo a tração da sonda levemente para certificar-se que está fixa à bexiga. Foi colocado o coletor de urina na lateral da cama e por último foi feita limpeza para conforto do paciente e higienização das minhas mãos. Ao final o procedimento não apresentou intercorrência e foi realizado exitosamente. A realização deste tipo de procedimento, que não são exclusivamente competências do médico, permite interagir com a equipe de enfermagem, fortalecendo o vínculo e o respeito entre profissionais.

5.3 Paracentese

Durante o internato na upa de São Miguel conheci um paciente com doença crônica que frequentava a unidade de pronto atendimento a cada 12 dias para realizar a paracentese. Nos primeiros momentos eu assistia e aprendia o médico explicava, até que foi minha vez de realizar o procedimento. A paracentese é um procedimento de remoção de fluido ascítico da cavidade peritoneal por meio de punção abdominal com agulha, tem a finalidade de reduzir a pressão intra-abdominal e aliviar sintomas associados como dispneia, dor e desconforto abdominal e também utilizada para diagnóstico (MACHADO, 2020).

Primeiramente me apresentei e expliquei todo o procedimento para o paciente tomando seu consentimento. Os materiais para utilizar foram: Jelco calibre 14, equipo de soro, luvas estéreis, campo fenestrado, gaze estéril clorexidina degermante, lidocaína sem vaso constritor, agulhas rosa e marrão, seringas de 20 ml, micropore, e um galao de 5 litros como bolsa coletora. Realizei higienização das mãos e coloquei luvas estéreis. Fiz assepsia do local com o paciente posicionado em decúbito dorsal. Analisei e escolhi o local da punção sendo o quadrante inferior esquerdo. Esse local foi escolhido, pois a parede abdominal é mais fina neste sítio e a médica plantonista me explicou que deve-se traçar uma linha imaginária da espinha ilíaca ântero superior até a cicatriz umbilical e deve ocorrer na junção do terço médio com o terço inferior desta linha. Coloquei anestesia com lidocaína e no mesmo ponto onde fiz a anestesia inseri o jelco e imediatamente saiu o líquido de cor amarelo claro, assim conectei o equipamento e fixamos um chumaço dobrado para evitar que o equipamento ficasse fixo.

Foram retirados 5 litros. O paciente em momento algum apresentou queixas ou desconforto pelo procedimento e ficou acordado ativo colaborando com a equipe. Todo o procedimento foi realizado exitosamente sem nenhuma complicação.

5.4 Quantitativo de procedimentos realizados e observados no internato.

Tabela 4 - Resumo descritivo dos procedimentos realizados e observados.

Procedimentos	Realizados	Observados
Suturas	25	10
Sonda vesical de demora	1	3
Paracentese	1	2
Retirada de corpo estranho do nariz	0	1
Retirada de corpo estranho do olho	0	2
Retirada de corpo estranho do ouvido	0	2
Drenagem de tórax	0	1
Intubação orotraqueal	0	2
Acceso venoso central	0	2

Fonte: Autor

6 CAPÍTULO V - DIAGNOSTICO DE POSSIVEL SOLUÇÃO PROBLEMA

Em relação aos desafios e problemas que observei e foi comentado pela equipe de médicos e enfermagem foi a superlotação no serviço de emergência, principalmente na Upa Morumbi. Acredito que esta situação pode se manifestar não exclusivamente na cidade de Foz do Iguaçu mas também em muitos outros locais do mundo. Esta superlotação se caracteriza por ter todos os leitos ocupados, pacientes acamados nos corredores e tempo de espera para atendimento prolongado, o que provoca alta tensão na equipe assistencial e baixa qualidade no serviço. Para Bittencourt (2009), superlotação é definida como uma saturação do limite

operacional de serviços de emergência hospitalares, com os seguintes indicadores: 100%; pacientes nos corredores por causa da falta de leitos disponíveis; não recebimento de ambulâncias por conta saturação operacional; sala de espera para consulta médica lotada; equipe de profissionais encontra-se no limite da exaustão e mais de uma hora de espera para o atendimento médico.

A superlotação em serviço de urgência e emergência causa desconforto por parte dos usuários e também por parte da equipe de saúde. A população faz constante procura por esses serviços por ser um serviço disponível 24 horas, onde possuem médicos e demais profissionais para realizar atendimento. Mas, alguns dos pacientes evitam ser atendidos na atenção primária e vão diretamente aos serviços de urgência e emergência. Devido a isso, aumenta a sobrecarga no serviço de urgência e emergência com atendimentos que são de competência da atenção primária. Segundo estudo realizado por Furtado (2004), em um hospital geral de Pernambuco, Brasil, constatou que 74,5% dos atendimentos que foram realizados no serviço de Urgência e Emergência, deveriam ser realizados na atenção básica, por não se caracterizar como urgências, pois eram queixas típicas.

Assim, que o serviço de Urgência e Emergência, é utilizado pela facilidade que o mesmo apresenta no que diz respeito à realização de exames laboratoriais, radiografias, além das medicações. Os casos que são realmente agudos e que necessitam do serviço de forma rápida, acabam sendo prejudicados. Na Upa Morumbi a superlotação ocasionada pela mesma falta de espaço estrutural do edifício ocasiona que os pacientes fiquem muito próximos uns dos outros nos corredores sem privacidade e sem comodidade, tendo que expor suas confidencialidades diante da abordagem médico quebrando o sigilo dos pacientes internados devido a demanda de pacientes. Resulta muito incômodo abordar os pacientes lotados um dos outros sem um espaço considerável ou alguma separação física entre eles. Em algumas ocasiões outros pacientes escutavam as histórias que eram coletadas e isso não faz parte de um atendimento correto. O barulho, o trânsito do pessoal, o transporte de pacientes, leitos e cadeiras lotadas e alguns dias as altas temperaturas do clima sem os aparelhos de ar condicionado funcionando e janelas quebradas do edifício faziam que o serviço fosse mais estressante.

Quando o serviço de emergência alcança a situação de superlotação, os pacientes esperam mais tempo para atendimento ou para a realização de exames laboratoriais e de diagnóstico. A prestação de serviços ineficiente não satisfaz as necessidades dos pacientes, sendo um impacto negativo na qualidade assistencial. Portanto, a superlotação em serviços de

urgência e emergência é um “fenômeno” contemporâneo global, impactando fortemente sobre a gestão clínica e a qualidade assistencial. (BITTENCOURT, 2009).

Os hospitais públicos convivem diariamente com a incapacidade de solucionar os problemas gerados pela falta de leitos, excesso de demanda e demanda inadequada de pacientes que procuram as emergências hospitalares, induzidos pela baixa qualidade assistencial e pelo baixo desempenho de um sistema de saúde (O'DWYER, 2009).

O Ministério da Saúde estabeleceu como compromisso principal do Governo Federal melhorar a qualidade do atendimento aos usuários do sistema. No que se refere ao “Tempo de Espera”, é possível conhecer os programas e esforços do Governo Federal para reduzir o tempo de atendimento como: A ação estratégia S.O.S Emergências, o Melhora em Casa e a ampliação de recursos para construção de novas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2013).

Um dos motivos da superlotação que presenciei na unidade de pronto atendimento foi o tempo que os pacientes ficam na unidade aguardando vaga para ir ao hospital de alta complexidade. Lembro de um paciente que ficou aguardando oito dias na upa Morumbi para ser transferido ao Hospital Municipal Padre Germano Lauck para realizar uma toracocentese. O excesso de tempo que ficam os pacientes internados utilizando o leito de emergência e urgência provoca que o fluxo fique abarrotado. Nota-se que a aglomeração de pessoas que procuram as emergências hospitalares gera um colapso na saúde pública, tornando isto um problema social e psicológico, afetando tanto pacientes quanto os profissionais. A permanência de pacientes nas emergências por muito tempo é o principal marcador da superlotação e neste ambiente inadequado, com o mínimo necessário e tendo à frente uma equipe desmotivada, sem condições de trabalho, cansada e muitas vezes, despreparada psicologicamente, torna-se inacessível a qualidade do serviço de saúde, sendo visto a falta de uma humanização hospitalar (MARTINS, 2003).

Diante deste problema acredito que o fluxo de pacientes nas emergências deve ser revisto para adequar o que deve ser tratado como emergência e urgência. O trabalho dos gestores públicos e dos diretivos deve ser voltado a criar programas para contribuir com a redução da superlotação hospitalar, o que beneficiaria na redução do tempo de internação, criando estratégias para evitar hospitalizações prolongadas, minimizando os riscos de infecções hospitalares e um tratamento humanizado.

Seria interessante que os gestores públicos reestruturassem as unidades de saúde, ampliando a cobertura e atenção na Rede de Atenção Primária de Saúde, para dar atendimento para as populações que pulam esta porta de entrada e vão diretamente à unidade de pronto

atendimento. Considero pertinente a ampliação do edifício da Upa Morumbi junto com uma remodelação das estruturas que consiga suprir a demanda da população financiadas através das políticas públicas de saúde com recursos do Governo Federal a fim de melhorar o direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros. É importante desenvolver programas de conscientização da população no sentido de buscar atendimento principalmente nas unidades de atendimento de menor complexidade e somente em caso de real urgência/emergência a procura dos prontos socorros hospitalares.

Algumas das ideias colocadas para atuar na superlotação dos serviços de saúde pela revista “Síntese de evidências para políticas de saúde congestão e superlotação dos serviços hospitalares de urgências” escrito pelo ministério da saúde 2020 apresenta:

1. Nombrar um coordenador de leitos hospitalares, designado como responsável pela provisão de leito enquanto o paciente aguarda no corredor. Há monitoramento central, um sino de chamada para atendimento, biombos para preservar a privacidade dos pacientes e banheiro designado para os pacientes temporariamente instalados em corredores.
2. Sistemas de classificação para alta segura e precoce de pacientes internados visando a aumentar a capacidade de internação.
3. Presença da enfermagem na sala de espera com o papel de reavaliar, monitorar, iniciar analgesia, solicitar radiografia simples e reavaliar pacientes com longos períodos de permanência.
4. Utilização de um portal de gerenciamento das condições de carga de trabalho dos serviços de urgência e emergência em tempo real permitindo re-direcionamento do fluxo assistencial a outras unidades hospitalares menos superlotadas.
5. Zonas de avaliação rápida são utilizadas para a avaliação inicial de pacientes de gravidade intermediária que estão estáveis o suficiente para esperar em uma cadeira, mas requerem uma maca para avaliação.

Depois de ter apresentado a questão-problema que eu observei e discuti com funcionários da Upa Morumbi chegamos no consenso que o maior problema reside no descaso que a gestão pública tem com a saúde o que não cabe aqui a discussão já que são situações políticas fora de meu alcance. Mas as propostas são feitas em base a fundamentação e argumentação que eu considero adequadas mesmo que eu não consiga realizar um possível cronograma de execução. No final do dia este capítulo me permitiu expressar meu ponto de vista como um interno de medicina ético, crítico e reflexivo. Espero poder ter sempre a oportunidade de expressar e impactar positivamente ideias que causem melhorias no SUS e em todas suas áreas de atuação.

7 CAPÍTULO VI - CODIGO DE ETICA

Ética e moral são conceitos filosóficos que, apesar da estreita relação que mantêm com o comportamento em sociedade, possuem significados distintos. A moral está baseada em costumes e convenções estabelecidas por cada grupo. Por sua vez, a ética se vincula ao estudo e à aplicação desses valores e princípios no âmbito das relações humanas. (CFM, 2018)

O ensino da ética médica na graduação é de fundamental importância para a formação humana do futuro médico, de forma a construir suas bases na relação médico-paciente. Por essa razão, o ensino da deontologia é dado como obrigatório nas faculdades de medicina do Brasil. (CFM, 2018)

O ensino de ética e bioética na formação médica é pertinente por ter como principais objetivos reconhecer os aspectos éticos e humanísticos da profissão médica; afirmar os preceitos morais individuais e profissionais; conhecer, em geral, a filosofia, sociologia e direito; e aplicar este conhecimento em um contexto clínico, podendo ser útil na avaliação das necessidades clínicas humanas. Isso permite ao aluno desenvolver habilidades morais e resolver dilemas éticos dentro do contexto de sua profissão. (Educ.Med, 2000)

Em fevereiro de 2016 uma comissão especial do conselho federal de medicina criou o código de ética do estudante, formado por 45 artigos organizados em seis diferentes eixos.

Eixo 3 Art. 32. O estudante de medicina deve manusear e manter sigilo sobre informações contidas em prontuários, papeletas, exames e demais folhas de observações médicas, assim como limitar o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas a sigilo profissional. (CFM, 2018)

O presente artigo estipula a conduta ética sobre o sigilo das informações dos pacientes, é um ponto de muita importância porque representa a garantia de que todas as informações fornecidas durante um atendimento serão mantidas em segredo médico. Isto permite que se proteja a intimidade do indivíduo durante o atendimento de saúde e evita que sua privacidade seja violada. Sem dúvida é um tema delicado tanto para estudantes como para médicos e outros profissionais da saúde.

No estágio de Urgência Emergência nas UPAs observei que devido a falta de espaços privativos para os usuários, muitas vezes ao abordar ao paciente e fazer anamnese e exame físico, a intimidade das informações ficam expostas para os outros usuários e familiares que estão presentes. A superlotação, a proximidade das macas, os espaços

reduzidos, pacientes nas poltronas e macas nos pasillos muito próximos sem biombo divisores, deixa muito exposto às consultas médicas, revelando intimidades dos pacientes que violam o código de ética sobre o sigilo. Além deste inconveniente da infraestrutura também existe o próprio erro dos alunos em formação que por falta de conhecimento sobre o artigo 32 do eixo 3 caem na violação do código de ética. Ante a falta de madurez profissional e a falta de orientações adequadas, o aluno comete o erro de não salvaguardar o sigilo quando por meios tecnológicos como redes sociais compartilham informações médicas em meios informais correndo o risco de expor intimidades dos usuários que não deveriam ter sido expostas. Tomando fotos e colocando na mídia sem consentimento do usuário, assim como relatando histórias clínicas fora do objetivo terapêutico médico profissional, fofocando dados e diversas outras situações sem consentimento do usuário, causa desaprovação para a ética médica. O aluno deve ter responsabilidade e sigilo com as informações descritas nos prontuários e das entrevistas médicas. O aluno deve ser responsável pelo cumprimento dos códigos de ética do conselho federal de medicina.

8 CAPÍTULO VII - BOAS PRATICAS EM REDES SOCIAIS PARA MEDICOS

Hoje em dia as mídias sociais são parte da vida cotidiana da maioria da população. As mídias sociais são consideradas ferramentas de comunicação digital que permitem conectar e interagir com pessoas de qualquer lugar do mundo como por exemplo, facebook, instagram, tik tok, twitter, whatsapp, telegram, youtube e outras. Para muitos cidadãos representa um canal fundamental para se comunicar porque permite ter praticidade ao momento de compartilhar opiniões, conectar pessoas e difundir ideias. Esta mesma praticidade gerada pelas redes sociais pode ocasionar que algumas mensagens colocadas possam ser mal interpretadas ou confundidas ocasionando infrações ético profissionais que podem afetar a diversas pessoas. Todos os profissionais da saúde podem cometer algum erro de forma involuntária no momento de expor alguma ideia ou alguma imagem nas redes sociais, o que pode gerar conflitos e processos judiciais, por isso a importância de fazer bom uso das boas práticas em redes sociais principalmente os alunos de medicina e médicos. Um dos elementos que as mídias sociais tem é que permite difundir qualquer assunto sem ter um organismo verificador, as mídias sociais permitem a livre expressão o que infelizmente deixa uma janela aberta para as fake news e para argumentos de difícil credibilidade. Foi por esse motivo que foram criadas algumas resoluções pelo conselho regional de medicina onde se colocam restrições ou regras com o fim de evitar que a ética médica seja violada.

Do médico é esperado que nas mídias sociais sejam colocados aportes na educação da sociedade sobre temas de saúde divulgando conteúdo comprovado cientificamente sem achismos e que sejam de benefício e interesse público sem promover o sensacionalismo. Algumas resoluções colocadas na Resolução CFM no 1.974/11, alterada pelas Resoluções no 2.126/15 e no 2.133/15 que expresam sobre a divulgação não ética e do tipo fake são: Divulgar especialidade ou área de atuação não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina ou pela Comissão Mista de Especialidades. Anunciar, quando não especialista, que trata de sistemas orgânicos, órgãos ou doenças específicas com indução à confusão com divulgação de especialidade. Adulterar dados estatísticos visando beneficiar-se individualmente ou à instituição que representa, integra ou o financia. Infelizmente a criação destas resoluções são para evitar situações que já tem acontecido previamente. Como aluno de medicina é testemunhado diversos alunos colocarem nas redes sociais títulos profissionais no seus canais de vídeos de youtube e facebook com títulos como “Doutor” ou “Médico” mesmo sem ter concluído a carreira de medicina e sem ter o CRM. Quando confrontados alguns declaram que as redes sociais são só para seus familiares ver, que os professores não vão saber, ou que no momento que você está estudando medicina já é um médico, enfim são muitas ideologias e comentários diversos assim como a falta de leitura do manual do conselho de guia das boas práticas nas redes sociais para médicos, o que pode afetar ir em contra das resoluções já estipuladas.

As redes sociais são uma ferramenta de comunicação que ajuda principalmente a reduzir distâncias e a economizar tempo, por esses motivos a comunicação entre médico e paciente de forma privativa para trocar informações ou simplesmente aclarar dúvidas sobre orientações e prescrições acontecem. Diante destas situações uma boa prática será cuidar que as informações passadas de caráter confidencial não sejam compartilhadas fora para outros contatos ou inclusive outros grupos onde facilmente a informação que foi de caráter privado se espalhe em grupos recreativos perdendo assim o sigilo médico. Às vezes compartilhar fotos, áudios e textos resulta muito fácil na praticidade das tecnologias e diversos erros podem ser cometidos. Acredito que mais de um de nós tenhamos recebido através de grupos de mídias sociais imagens e vídeos onde pessoas têm sido expostas sem consentimento. Mesmo que as redes sociais sejam uma ferramenta de comunicação que ajuda principalmente a reduzir distâncias, a orientação sobre as consultas médicas será que o paciente deve comparecer ao consultório para o atendimento presencial. Creemos que a ferramenta do Whatsapp amplamente utilizada ou Telegram não substitui a consulta presencial que forma parte da complementação do diagnóstico e da evolução da doença. Cabe ressaltar que

atendimento por redes sociais ou WhatsApp não é considerado Telemedicina. Esta modalidade possui regras e características específicas, e é regulamentada pela Resolução nº 2.314/22 do Conselho Federal de Medicina (CFM) (GUIA..., 2022).

Como pessoas influentes na sociedade, a regra de ouro é pensar sempre antes de postar porque sempre seremos responsabilizados por tudo o que publicamos. Se utilizamos as redes sociais para transmitir informações e ideais que sejam úteis para a sociedade com informações comprovadas cientificamente de fontes reais conhecidas e confiáveis teremos uma boa imagem e as publicações serão muito bem recebidas. É importante evitar publicar ideologias por impulso ou publicar posicionamentos polemicos como conductas discriminatorias que faltam o respeito as diversidades físicas, mentais, etnias, sexo, classe social, orientação sexual inclusive crenças religiosas e ideologias.

Finalmente quero deixar um poema do autor Bráulio Bressa escrito no dia 14/05/2019. Título: “Redes Sociais” no Blog Poesia que transforma: “Lá nas redes sociais o mundo é bem diferente, dá pra ter milhões de amigos e mesmo assim ser carente. Tem like, a tal curtida, tem todo tipo de vida pra todo tipo de gente. Tem gente que é tão feliz que a vontade é de excluir. Tem gente que você segue mas nunca vai lhe seguir. Tem gente que nem disfarça, diz que a vida só tem graça com mais gente pra assistir. Por falar nisso, tem gente que esquece de comer, jogando, batendo papo, nem sente a fome bater. Celular virou fogão, pois no toque de um botão o rango vem pra você. Mudou até a rotina de quem tá se alimentando. Se a comida for chique, vai logo fotografando. Porém, repare, meu povo: quando é feijão com ovo não vejo ninguém postando. Esse mundo virtual tem feito o povo gastar, exhibir roupas de marca, ir pra festa, viajar, e claro, o mais importante, que é ter, de instante em instante, um retrato pra postar. Tem gente que vai pro show do artista preferido, no final volta pra casa sem nada ter assistido, pois foi lá só pra filmar. Mas pra ver no celular nem precisava ter ido. Lá nas redes sociais todo mundo é honesto, é contra a corrupção, participa de protesto, porém, sem fazer login, não é tão bonito assim. O real é indigesto fura a fila, não respeita quando o sinal tá fechado, tenta corromper um guarda quando está sendo multado. Depois, quando chega em casa, digitando manda brasa criticando um deputado. Lá nas redes sociais a tendência é ser juiz e condenar muitas vezes sem saber nem o que diz. Mas não é nenhum segredo que quando se aponta um dedo voltam três pro seu nariz. Conversar por uma tela é tão frio, tão incerto. Prefiro pessoalmente, pra mim sempre foi o certo. Soa meio destoante, pois junta quem tá distante mas afasta quem tá perto. Tem grupos de todo tipo, todo tipo de conversa com assuntos importantes e outros, nem interessa. Mas tem uma garantia: receber durante o dia um cordel do Bráulio Bessa. E se você receber esse singelo

cordel que eu escrevi à mão num pedaço de papel, que tem um tom de humor mas no fundo é um clamor lhe pedindo pra viver. Viva a vida e o real, pois a curta final ninguém consegue prever.”

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As jornadas para os internos de medicina a princípio geram muitas dúvidas quanto ao conhecimento necessário para começar atuar em uma área que exige alto grau de responsabilidade e experiência, até que se inicia todo o processo e a realidade mostra que um profissional realmente depende do outro em todos os processos e que todos precisam estar devidamente conectados. O módulo de urgência e emergência permite desenvolver habilidades técnicas para estabelecer a conexão necessária entre médico e paciente, proporcionando um resultado de diagnóstico clínico mais preciso, além da experiência para realizar os procedimentos e condutas médicas com equipes de vários setores. Ao longo desses meses, tive a oportunidade de desenvolver habilidades técnicas capazes para tratar com os pacientes, e desenvolver a capacidade de ter um raciocínio clínico sobre as diferentes situações. Ainda tenho muito que aprender e muitos caminhos por andar, mas com certeza posso afirmar que depois de ter participado do módulo UE minhas habilidades como estudante obtiveram um importante crescimento.

REFERÊNCIAS

- AZAR, Rabih R. Doença arterial coronariana e infarto do miocárdio em jovens. UpToDate, [s. l.], 3 nov. 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF.: **Editora MS**, 2013.
- BRASIL. Síntese de evidências para políticas de saúde, congestão e superlotação dos serviços hospitalares de urgências. MINISTÉRIO DA SAÚDE , Brasília, ano 2020, v. 1.
- BITTENCOURT, R. J.; HORTALE V. A. Interventions to solve overcrowding in hospital emergency services a systematic review. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439- 1454, 2009.
- COLUCCI, Wilson S. Fisiopatologia da Insuficiência Cardíaca. UpToDate, [s. l.], 11 ago. 2022.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética do estudante de medicina. Brasília, DF: CFM, 2018.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, Mauro Luiz de Britto Ribeiro. Resolução CFM no 2.079/14.
- COSTA, . Gabriel Dalla. Toracotomia de Reanimação na Sala de Emergência: como obter os melhores resultados?: Programa de Cuidados Clínicos. Protocolo de Conduta no Atendimento da Dor Torácica , [S. l.], p.1-23, 18 jun. 2021.
- Dantas F, Sousa EG. Ensino da deontologia, ética médica e bioética nas escolas médicas brasileiras: uma revisão sistemática. Rev Bras Educ Med. 2008;32(4):507-17. doi: 10.1590/S0100-55022008000400014
- FURTADO, B.M.A.S.M.; ARAÚJO JR, J.L.C.; CAVALCANTI, P. **O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde.** Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v7, n.3, p279-289, set. 2004.

Goldie J. Review of ethics curricula in undergraduate medical education. *Med Educ.* 2000;34(2):108-19. doi: 10.1046/j.1365-2923.2000.00607.x

GRUPOVITA.(s.d)Disponível em:<https://www.google.com.br/search?q=imagens+protocolo+de+manchester&tbm=isch&imgil=wW-VByFq>.

GUIA DAS BOAS PRÁTICAS NAS REDES SOCIAIS PARA MÉDICOS. Cremesp Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, [s. l.], ano 2022.

MACHADO, D. de O. *et al.* Paracentese de alívio no domicílio: uma prática assistencial possível. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2278, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2278>. Acesso em: 11 dez. 2022.

MARTINS, M. C .Almeida. Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambientes hospitalar. Escola Superior de Enfermagem de Vise, 2003. Disponível em: http://www.aedb.br/seget/artigos05/57_artigo%20Fatores%20Indutores.pdf. Acesso em 11 Dez.2022

MARQUEZ, Bárbara. Bronquiolite viral aguda. Protocolo colaborativo, [s. l.], 1 jan. 2022

Mazzo A, Godoy S, Alves LM, Mendes IAC, Trevizan MA, Rangel EML: Cateterismo urinário: facilidades e dificuldades relacionadas à sua padronização. *Texto & Contexto Enferm.* 2011; 20:333-9. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/pt_clinica3.pdf. Acesso em 11 Dez. 2022

MORGAN, James. Manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento das complicações cardiovasculares do abuso de cocaína. **UpToDate**, [s. l.], 22 mar. 2022.

Regulação das Urgências - T3: Rede de atenção às urgências (unass.gov.br). Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/samu-192/rede-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias-1>>. Acesso em 19 oct 2022

O'DWEYER, Gisele Oliveira, OLIVEIRA, Sergio Pacheco, SETA, Marismar Horsth. **Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS**. *Ciência de saúde coletiva*. 2009; 14(5):1885-1888.

PEREIRA, ANTONIO EDUARDO. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO. Instituto do Coração, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP., 26 fev. 2004.

PIEDRA, Pedro A. Bronquiolite em lactentes e crianças: características clínicas e diagnóstico. UpToDate, [s. l.], 17 fev. 2022.

SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST–2021. ArqBrasCardiol, v. 117, n. 1, p. 181-264, 2021.

TORACOTOMIA de Reanimação na Sala de Emergência: como obter os melhores resultados?. Escola de Medicina da PUCRS, [s. l.], 1 jun. 2017.

UNA-SUS, Redes de atenção à saúde e os serviços de urgência e emergência. Redes de Atenção à Saúde: Redes de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde. São Luís:UNA-SUS, 2019.

VELASCO, Irineu Tadeu. Medicina de emergência: abordagem prática. 16. ed. atual. São Paulo: Manole Ltda, 2022.

WINKLE, Julie M. AVALIAÇÃO inicial e manejo do trauma torácico penetrante em adultos. UpToDate, [s. l.], 29 set. 2022.

ZOGBI, L.; RIGATTI, G. .; AUDINO , D. F. Sutura cirúrgica. **Vittale - Revista de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 33, n. 1, p. 29–44, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.furg.br/vittale/article/view/11496>>. Acesso em: 11 Dez. 2022.