



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

CURSO DE MEDICINA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CASOS CLÍNICOS VIVENCIADOS DURANTE O ANO DE 2019**

CRISTIANE STOCCO BASSO

Foz do Iguaçu
2020



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

CURSO DE MEDICINA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CASOS CLÍNICOS VIVENCIADOS DURANTE O ANO DE 2019**

CRISTIANE STOCCO BASSO

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

Orientadora: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench

Foz do Iguaçu
2020

CRISTIANE STOCCO BASSO

INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
CASOS CLÍNICOS VIVENCIADOS DURANTE O ANO DE 2019

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

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench
UNILA

Prof. Alessandro da Costa Machado
UNILA

Prof. Luis Fernando Boff Zarpelon
UNILA

Foz do Iguaçu, 11 de julho de 2020.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo da autora: Cristiane Stocco Basso

Curso: Medicina

	Tipo de Documento
<input checked="" type="checkbox"/> graduação	(.....) artigo
(.....) especialização	(.....) trabalho de conclusão de curso
(.....) mestrado	<input checked="" type="checkbox"/> monografia
(.....) doutorado	(.....) dissertação
	(.....) tese
	(.....) CD/DVD – obras audiovisuais

Título do trabalho acadêmico: Internato em Urgência e Emergência: Casos clínicos vivenciados durante o ano de 2019.

Nome da orientadora: Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: 11/07/2020

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, 11 de julho de 2020.

Assinatura do Responsável

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

AGRADECIMENTOS

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

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

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

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

A minha colega, amiga e dupla de plantões, Aryane Agostinho, pela parceria em todos os momentos vivenciados durante o estágio.

Ao meu marido, Felipe Matheus Basso, pela compreensão e amor que fizeram com que a rotina cansativa se tornasse mais prazerosa.

Aos meus pais, Fernando e Josete, e a toda minha família, pela compreensão da minha ausência durante esses quase seis anos de jornada longe de casa.

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

STOCCO BASSO, Cristiane. **Internato em urgência e emergência**: casos clínicos vivenciados durante o ano de 2019. 2020. 63 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

RESUMO

O presente trabalho traz situações vivenciadas no decorrer do ano de 2019, durante o cumprimento do Internato em Urgência e Emergência, realizado nos cenários da rede de urgência e emergência de Foz do Iguaçu, quais sejam o Pronto-Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), a base do Serviço de Atendimento Móvel a Urgências (SAMU), a Unidade de Pronto-Atendimento João Samek e a Unidade de Pronto-Atendimento Morumbi. Como objetivos, este trabalho busca analisar as situações vivenciadas pela acadêmica que proporcionaram maior dificuldade ou dúvidas no desenvolvimento do raciocínio clínico e no manejo do paciente, bem como pretende averiguar o conhecimento teórico em livros, artigos e portais de evidência clínica, os quais sustentem a conduta proposta pela equipe de saúde, para que assim a acadêmica possa construir de forma adequada sua vivência prática. Objetiva, ainda, expor a experiência pessoal em cada situação vivenciada, mostrando dificuldades e sentimentos que possam ter auxiliado ou atrapalhado no momento do atendimento, bem como realizar autoavaliação de forma coerente com o aprendizado adquirido ao longo do estágio, elencando fatores de crescimento e conhecimentos e habilidades que ainda precisam ser melhorados. Os casos clínicos expostos no presente trabalho tiveram participação da acadêmica durante o atendimento a pacientes nos cenários pré-hospitalar e hospitalar, além da realização de procedimentos médicos sob supervisão médica. O estudo foi desenvolvido ao longo do ano de 2019, por meio de anotações sobre os casos clínicos vivenciados, atividades desenvolvidas e levantamento de pontos a serem revisados. Denota-se que muitas atividades foram desenvolvidas ao longo do estágio, sendo perceptível o crescimento da acadêmica, sempre tentando relacionar a teoria estudada com os casos clínicos vistos. Importante salientar que existem vários pontos nos quais ainda são necessários dedicação e estudo, tendo a acadêmica se esforçado para que isso aconteça de forma eficiente.

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

STOCCO BASSO, Cristiane. **Internship in urgency and emergency**: clinical cases experienced during 2019. 2020. 63 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2020.

ABSTRACT

The present work brings situations experienced throughout 2019 year, during the accomplishment of the Internship in Urgency and Emergency, performed in the scenarios of the urgency and emergency network of Foz do Iguaçu, which are the Emergency Room of the Padre Germano Lauck Municipal Hospital (HMPGL), the base of the Mobile Emergency Care Service (SAMU), the João Samek Emergency Care Unit and the Morumbi Emergency Care Unit. As objectives, this work seeks to relate situations experienced by the academic who offered greater difficulty or doubt in the development of clinical reasoning and patient management, as well as intends to evaluate the theoretical knowledge in books, articles and clinical evidence portals, which support the conduct proposed by the health team, so that academics can construct their practical experience properly. It also aims to report the personal experience in each situation experienced, showing difficulties and feelings that may have helped or hindered at the time of service, as well as conducting self-assessment in a manner consistent with the learning acquired during the internship, listing growth factors, knowledge and skills that still need improvement. The clinical cases exposed in this report had the participation of the academic during the care of patients in the prehospital and hospital areas, in addition to performing medical procedures under medical supervision. The work was developed throughout 2019, through notes on the clinical cases experienced, activities developed and survey of points to be reviewed. It is noted that many activities were developed during the internship, with noticeable academic growth, always trying to relate the theory studied with the viewed clinical cases. It is important to point out that there are several points in which dedication and study are still needed, and the academic has endeavored to make this happen efficiently.

Key words: Internship. Urgency. Emergency. Medicine.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Rede de Atenção às Urgências e Emergências	16
Figura 2: Sistema Manchester de classificação de risco	19
Figura 3: Oxigenação Apneica	33
Figura 4: Janelas óssea e de parênquima da tomografia de crânio.	44
Figura 5: Homúnculo de Penfield	45
Figura 6: Implantação do marcapasso cardíaco.....	54
Figura 7: Acadêmicas segurando o bebê logo após o parto	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Local de referência para cada área médica	17
Tabela 2: Drogas indicadas ao pré-tratamento durante IOT	29
Tabela 3: Drogas indicadas para sedação durante IOT	30
Tabela 4: Drogas indicadas para paralisia durante IOT	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 DESENVOLVIMENTO	14
2.1 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS	16
2.2 ABORDAGEM INICIAL AO PACIENTE	20
2.3 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)	22
2.3.1 Caso Clínico 1	22
2.3.2 Caso Clínico 2	23
2.3.3 Caso Clínico 3	24
2.3.4 Discussão	24
2.3.5 Análise	26
2.4 MANEJO DE VIAS AÉREAS	28
2.4.1 Caso clínico	28
2.4.2 Discussão	29
2.4.3 Análise	33
2.5 CRISE HIPERTENSIVA	34
2.5.1 Caso clínico	34
2.5.2 Discussão	35
2.5.3 Análise	37
2.6 REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	38
2.6.1 Caso clínico	38
2.6.2 Discussão	39
2.6.3 Análise	41
2.7 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	42
2.7.1 Caso clínico	42
2.7.2 Discussão	43
2.7.3 Análise	46
2.8 DOR TORÁCICA	47
2.8.1 Caso clínico 1	47
2.8.2 Caso clínico 2	47
2.8.3 Discussão	48

2.8.4 Análise	51
2.9 TROMBOSE VENOSA PROFUNDA.....	52
2.9.1 Caso clínico	52
2.9.2 Discussão	53
2.9.3 Análise	54
2.10 TRABALHO DE PARTO NO CENÁRIO PRÉ-HOSPITALAR	55
2.10.1 Caso clínico	55
2.10.2 Discussão	56
2.10.3 Análise	57
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	62

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho traz situações vivenciadas no decorrer do ano de 2019, durante o cumprimento do Internato em Urgência e Emergência, realizado em cenários variados da rede de urgência e emergência de Foz do Iguaçu.

Os locais de prática foram o Pronto-Socorro do Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), a base do Serviço de Atendimento Móvel a Urgências (SAMU), a Unidade de Pronto-Atendimento João Samek e a Unidade de Pronto-Atendimento Morumbi.

Os casos clínicos expostos no presente trabalho tiveram participação da acadêmica durante o atendimento, seja no acompanhamento da ocorrência em plantões no SAMU, na admissão ou reavaliação dos pacientes nas unidades de pronto-atendimento ou no pronto-socorro, e também na realização de procedimentos médicos ou de enfermagem.

Como objetivos, este trabalho busca analisar as situações vivenciadas pela acadêmica durante o Internato Médico em Urgência e Emergência, as quais mais despertaram curiosidade, ou seja, aquelas que proporcionaram maior dificuldade ou dúvidas no desenvolvimento do raciocínio clínico e no manejo do paciente.

Pretende também averiguar o conhecimento teórico em livros, artigos e portais de evidência clínica, bem como em protocolos, os quais sustentem a conduta proposta pela equipe de saúde ou que corrijam uma possível conduta equivocada por parte do serviço, para que assim a acadêmica possa construir de forma adequada sua vivência prática.

Objetiva, ainda, demonstrar a experiência pessoal em cada situação vivenciada, elencando dificuldades e sentimentos que possam ter auxiliado ou atrapalhado no momento do atendimento, bem como realizar autoavaliação de forma coerente com o aprendizado adquirido ao longo do estágio, analisando fatores de crescimento e conhecimentos e habilidades que ainda precisam ser melhorados.

Este trabalho encontra-se organizado de forma a propiciar aos leitores diversas situações práticas vivenciadas pela estudante durante o internato em urgência e emergência, de forma a relacioná-las à teoria e aos protocolos estudados ao longo do curso de Medicina.

Importante salientar que, em cada seção, os casos clínicos estão organizados por assunto, com a finalidade de facilitar a leitura deste trabalho, além de

contarem com o texto repleto de observações pessoais e reflexões sobre cada situação, a fim de que os leitores possam visualizar de forma clara o processo de aprendizagem vivenciado pela acadêmica.

2 DESENVOLVIMENTO

No primeiro semestre letivo de 2019, a estagiária cumpriu os plantões conforme escala pré-definida no SAMU e no pronto-socorro do HMPGL. Nos primeiros plantões, houve dificuldade em exercer a proatividade e realizar ativamente as tarefas, principalmente nos plantões realizados no SAMU. Dependendo da escala, a equipe era um pouco mais fechada e isso dificultava a participação ativa da estudante nos atendimentos.

Conforme os dias foram passando e as equipes conhecendo melhor a acadêmica, a participação em cada atendimento aumentava, sendo que os socorristas permitiam efetuar tarefas como preencher a ficha de atendimento, examinar o paciente e aferir sinais vitais, auxiliar no transporte do paciente, passar o caso no rádio da ambulância e até mesmo passar o caso ao profissional de saúde da unidade de referência para onde a regulação enviou aquele paciente.

Por sua vez, no pronto-socorro do HMPGL, desde o primeiro plantão a estudante pode participar efetivamente das atividades. Já no primeiro dia houve a participação da interna no protocolo de parada cardiorrespiratória, fazendo compressões torácicas. Durante o decorrer do ano, ocorreu a participação da estudante em diversas tarefas práticas, como admissão, avaliação e evolução de pacientes, coleta de anamnese, execução de exame físico, bem como registro no prontuário eletrônico do sistema Tasy.

Alguns preceptores médicos foram muito atenciosos no decorrer do estágio, preocupando-se em explicar sobre a abordagem inicial do paciente, prescrições essenciais a cada caso clínico, solicitação de exames laboratoriais e de imagem, além do ensinamento sobre os fluxos de atendimento dentro do município, ou seja, pra onde cada paciente é encaminhado após o primeiro atendimento no pronto-socorro.

Os médicos residentes, da clínica médica e da cirurgia, também foram fundamentais para o aprendizado adquirido no decorrer deste ano. A maioria deles sempre foram muito prestativos, sanando dúvidas e auxiliando a buscar respostas, bem como corrigindo eventuais equívocos, além de discutirem condutas e manejo dos pacientes, mesmo em dias em que estavam com muitas tarefas pendentes.

Um residente da clínica médica, por exemplo, auxiliou a acadêmica no momento de realizar uma intubação orotraqueal e um acesso venoso central, aprendizado excepcional. Já o residente da cirurgia orientou e explicou sobre suturas, tendo supervisionado a estudante durante a realização dos procedimentos práticos. Foi uma

experiência muito rica, sendo a interação entre interna e médicos residentes um fator fundamental ao crescimento profissional.

Durante as madrugadas, quando o plantão tornava-se mais calmo, a estagiária preocupou-se em auxiliar também a equipe de enfermagem em diversas tarefas, como aferição de sinais vitais, transporte de pacientes até a radiografia ou tomografia, coleta de exames laboratoriais e preparo de medicações. Uma das maiores dificuldades de aprendizado se refere às medicações, diluições e doses, por isso participar do preparo dos medicamentos foi importante, para conhecer as apresentações de cada droga e como prepará-las, tornando mais claro o aprendizado.

No segundo semestre de 2019, iniciou-se atividades nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAS). Na UPA Samek, a equipe recebeu de forma calorosa a acadêmica e houve muitas atividades no local. Geralmente a estudante concentrava suas atividades na sala amarela, local onde existiam mais atividades para participar.

Como muitos médicos residentes fazem plantão no local, foi possível discutir os casos e auxiliar bastante a cada plantão. Além disso, ensinaram o funcionamento do sistema eletrônico RP, além de mostrar como as medicações eram prescritas e também explicar sobre ventilação mecânica na sala vermelha, fatos que agregaram bastante conhecimento.

Já na UPA Morumbi, a acadêmica pode entender o porquê muitos profissionais de saúde adoecem em virtude da profissão. A sala amarela é um completo caos. Os computadores ficam expostos no espaço que existe entre as salas de observação e sala vermelha, sendo que os médicos plantonistas ficam naquele local para admitir, evoluir e prescrever. A todo momento pacientes ou acompanhantes ficam chamando a equipe, “cutucando”, reclamando, perguntando, pois não existe nenhuma privacidade para que o médico possa lançar os achados no prontuário eletrônico e raciocinar sobre o caso clínico. O formato da estrutura física do local influencia diretamente na qualidade do atendimento e do raciocínio clínico, e tal ponto deveria ser modificado pela gestão em saúde. Foi na UPA Morumbi que a acadêmica observou algumas condutas muito estranhas, como a que ocorreu no caso de Rebaixamento do Nível de Consciência, a qual está relatada na página 36 deste trabalho.

No decorrer deste trabalho, a estudante buscou expor algumas situações práticas vivenciadas e relacioná-las com a teoria e com os protocolos estudados ao longo do curso de Medicina, além de acrescentar observações pessoais e reflexões sobre cada contexto, a fim de que os leitores possam visualizar de forma ampla e concreta o

processo de aprendizagem vivenciado pela acadêmica. Os casos clínicos estão organizados por assunto, com a finalidade de facilitar a leitura deste trabalho.

2.1 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS

A organização da rede de urgência e emergência caracteriza-se como tema primordial ao iniciar o relatório de estágio, uma vez que, antes de estar atuando no serviço de urgência e emergência em Foz do Iguaçu, a acadêmica não possuía conhecimento acerca do funcionamento dos fluxos e regulações de pacientes entre os componentes da rede de urgência e emergência no município.

O primeiro passo foi conhecer a composição das redes de urgência e emergência, por meio da busca de material na internet, local onde as informações são mais atualizadas. O material da Universidade Aberta do SUS (UNASUS), intitulado Redes de Atenção à Saúde, baseou o estudo sobre esse tópico. A figura abaixo resume a Rede de Urgência e Emergência.

Figura 1: Rede de Atenção às Urgências e Emergências



Fonte: UNASUS, 2015.

Em Foz do Iguaçu, existem cinco portas de entrada para atendimento de urgência e emergência, sendo elas: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Serviço de Atendimento Móvel a Urgências (SAMU), o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE), as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e os Hospitais (Hospital Municipal Padre Germano Lauck; Hospital Ministro Costa Cavalcanti; Hospital e

Maternidade Cataratas).

Cada situação clínica é referenciada pela equipe de regulação médica para um desses locais, de acordo com a área médica do quadro clínico e também conforme a complexidade e gravidade do caso (classificação de risco), conforme tabela abaixo :

Tabela 1: Local de referência para cada área médica

Área médica da situação:	Local de referência
Obstetrícia	HMCC
Ginecologia	UPAS; HMPGL; Hospital Cataratas
Oncologia	HMCC
Trauma	UPAS; HMPGL
Neurologia	UPAS; HMPGL
Cardiologia	UPAS; HMCC
Clínica médica	UPAS; HMPGL
Pediatria	UPAS; HMPGL
Psiquiatria	UPAS; HMPGL

Fonte: a autora, 2020.

Para exemplificar: quando um usuário liga para o SAMU, o médico regulador avalia a situação que está ocorrendo e regula o caso para alguma das portas de entrada citadas anteriormente. No caso de um paciente com entorço em pé direito, que está em bom estado geral, sem outras comorbidades descompensadas, é provável que o regulador encaminhe esse paciente à UPA mais próxima (ou para a UPA que tiver condições de receber esse paciente). Contudo, se houver grande suspeita de fratura no pé direito, esse paciente será regulado ao HMPGL, pois a referência para fraturas é nesse local.

No caso de gestantes, a acadêmica pode vivenciar algumas situações em que a regulação médica pode ter sido equivocada. A gestante com sinais e sintomas relacionados à condição de gestante (perda de líquido amniótico, sangramento vaginal, contrações, entre outras), deve ser regulada ao HMCC, pois esse é o local de referência para atender a quadros dessa natureza. Por sua vez, a gestante com queixas não

relacionadas à gestação, como por exemplo dor lombar ou tosse, deve ser regulada à UPA, pois é nesse local que queixas clínicas de baixo risco são manejadas.

Em alguns plantões, a estudante, durante atendimento prestado com a ambulância básica do SAMU ou na UPA, presenciou gestantes com queixas sobre a gestação sendo encaminhadas à UPA e gestantes com queixas clínicas sendo reguladas ao HMCC. Esse fato causa “stress” à toda equipe de saúde e ao paciente e seus familiares, pois gera múltiplos transportes e atendimentos, de forma desnecessária, onerando o serviço público.

Outro ponto curioso sobre a regulação médica foi com relação à vaga zero. A resolução do CFM traz que é uma situação de exceção, para garantir acesso imediato ao serviço aos pacientes em risco de morte iminente, sendo que a equipe do local ao qual o médico regulador encaminhou o paciente deve estabilizá-lo, mesmo que não haja condições de atendimento. Muitas vezes, o pronto-socorro do HMPGL encontra-se lotado, momento em que um paciente regulado como vaga zero dá entrada ao serviço, causando “stress” em toda equipe, a qual já está sobrecarregada e sabe que não há condições adequadas para prestar mais um atendimento, pois o paciente certamente ficará no corredor aguardando vaga, exposto, sem a mínima dignidade ao ser atendido.

Após ocorrer a regulação do caso, o paciente chega ao local de atendimento, sendo submetido ao acolhimento com classificação de risco, de acordo com o Protocolo de Manchester. Esse protocolo, utilizado mundialmente, classifica cada paciente por cores, de acordo com a gravidade do quadro, estipulando o tempo máximo em que esse paciente deve receber atendimento, conforme a imagem abaixo:

Figura 2: Sistema Manchester de classificação de risco



Fonte: UNASUS, 2015.

Infelizmente, ainda existe um déficit muito grande nas equipes de enfermagem nas Unidades de Pronto-Atendimento em reconhecer situações que necessitam de atendimento imediato. Em diversas situações, os pacientes buscam espontaneamente às UPAS, e ficam horas aguardando o atendimento médico, mesmo apresentando sinais e sintomas que exigem manejo imediato.

Exemplificando, em uma noite de plantão na UPA Morumbi, lotada de pacientes, a acadêmica acompanhou o preceptor médico durante atendimentos no consultório, para conhecer como era o atendimento no local. Um paciente lactente, com cerca de dois meses de vida, apresentando sinais de franca insuficiência respiratória, estava há mais de duas horas aguardando atendimento na recepção, após ter sido acolhido e triado pela equipe de saúde.

A criança apresentava sinais de esforço respiratório, cianose e entrou no consultório em mau estado geral, sendo encaminhada diretamente à sala amarela pediátrica. Lá foi estabilizada, não necessitou de intubação orotraqueal, sendo realizada lavagem nasal com soro fisiológico e ofertado oxigênio. A radiografia de tórax e o hemograma indicaram infecção bacteriana de foco pulmonar, sendo o paciente transferido ao HMPGL.

Esse paciente foi exposto a uma situação de risco de morte, de forma totalmente desnecessária, em razão de um acolhimento com classificação de risco equivocado. Essa situação provavelmente ocorre diariamente nas UPAS, e alguns pacientes não terão o mesmo desfecho positivo, infelizmente.

Claro que a análise não é tão superficial, e existem outros fatores associados que devem ser analisados, como por exemplo a lotação diária da UPA, sobrecarregando a equipe de saúde. Muitos pacientes que buscam as unidades de pronto-atendimento necessitam de atendimento imediato, contudo, pelas experiências obtidas durante o estágio, pode-se afirmar que a maioria dos atendimentos nessas portas de entradas são classificados como “não urgentes” (cores verde e azul), os quais poderiam ser manejados nas UBS.

Porém, a falta de médicos, a falta de recursos materiais e humanos e a demora no agendamento das consultas na atenção primária, fazem com que o usuário busque atendimento nas UPAs, pois sabe que lá irá ser atendido no dia, causando hiperlotação nesses locais.

Dessa forma, é importante que exista a educação continuada de toda equipe médica, de forma a melhorar a regulação de pacientes para o local de referência, bem como capacitar os profissionais para realizarem o acolhimento com classificação de risco com excelência, pois ele é uma prática que realmente ajuda a salvar vidas.

Conhecer os fluxos de atendimento revela-se como fundamental para que o profissional médico, e toda equipe de saúde, possam manejar os pacientes de forma adequada, gerando mais desfechos em saúde positivos e evitando gastos desnecessários ao sistema único de saúde.

2.2 ABORDAGEM INICIAL AO PACIENTE

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

Essa identificação do paciente crítico pode ser feita por meio da simples observação de sinais e sintomas como por exemplo rebaixamento do nível de

consciência, alteração importante dos sinais vitais, obstrução de vias aéreas, dor torácica, intoxicações agudas, dor intensa, déficit focal agudo, convulsões, entre outras.

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

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

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

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

O próximo passo é a realização da anamnese denominada ampla, conforme ensina a professora Jadete Barbosa Lampert . Nessa arguição, o médico precisa abordar pontos-chave na sala de emergência: alergias, medicações em uso, patologias anteriores, líquidos e alimentos consumidos, ambiente ou eventos relacionados ao quadro clínico (LAMPERT, 2010). Somente após a estabilização do paciente e controle

do quadro clínico, devemos aprofundar a anamnese, buscando outras questões que possam ser importantes no contexto.

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

Pronto! Já fizemos o M.O.V., medimos a glicemia capilar, coletamos a anamnese, examinamos o paciente e pedimos os exames complementares de acordo com a suspeita clínica e a necessidade de cada caso. O paciente recebeu o primeiro atendimento de forma adequada e agora é só seguir o protocolo de acordo com cada caso clínico, pois cada situação evidencia um manejo diferente. É claro, sempre ficar de olho e reavaliar o paciente, pois a situação pode evoluir de forma inesperada a qualquer momento.

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

2.3 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)

2.3.1 Caso Clínico 1

Atendimento realizado a paciente masculino, brasileiro, 70 anos, residente e procedente de Foz do Iguaçu, cuja queixa principal era “Falta de ar e pneumonia”.

A história da doença atual traz paciente transferido da UPA pelo SAMU, por meio de viatura de suporte avançado de vida, em razão de quadro de insuficiência respiratória aguda, com 12 horas de evolução. Paciente instável, PA 90x60, saturando 84%, glasgow 6, sendo necessário realizar IOT no hospital. Radiografia de tórax mostra

radiopacidade difusa bilateralmente. Iniciado droga vasoativa (Noradrenalina), sem melhora do quadro. Paciente entra em PCR, sendo reanimado por 10 ciclos, com retorno do pulso. Após cerca de 1 hora, entra novamente em PCR, sendo reanimado por 15 ciclos, decidindo-se pelo encerramento dos esforços

Apresenta história patológica pregressa de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Demais anamnese consta nada digno de nota.

A conduta tomada pela equipe de saúde foi abertura de protocolo para parada cardiorrespiratória, com posterior encaminhamento do corpo ao serviço de verificação de óbito (SVO) para verificar a causa da morte.

2.3.2 Caso Clínico 2

Atendimento realizado a paciente masculino, brasileiro, 52 anos, casado, residente em Foz do Iguaçu, cuja queixa principal foi “pessoa alcoolizada caída em via pública”.

O histórico da doença atual traz chamado recebido pelo SAMU, sobre paciente alcoolizado caído em via pública. Regulado de forma equivocada, pois tratava-se de atendimento a PCR em via pública. A viatura de suporte básico chegou ao local rapidamente e identificou o quadro de PCR, iniciando imediatamente as compressões cardíacas e solicitando apoio da viatura de suporte avançado de vida. Realizamos compressões cardíacas com alta qualidade, revezando os socorristas a cada dois minutos. Administrada adrenalina, 1 ampola, intercalada a cada ciclo; checagem de cabos, aumento do ganho, mudança de derivação; correção dos 5h e 5T, com o protocolo durando cerca uma hora, porém monitor identificando sempre o ritmo de assistolia, sendo constatado o óbito do paciente.

Segundo a esposa, o paciente apresentava como história patológica pregressa diabetes mellitus tipo 2, com cifras de HGT acima de quatrocentos, sem adesão ao tratamento, além de ser etilista crônico.

A conduta tomada pela equipe de saúde foi abertura de protocolo para parada cardiorrespiratória, com posterior encaminhamento do corpo ao serviço de verificação de óbito (SVO) para verificar a causa da morte.

2.3.3 Caso Clínico 3

Atendimento realizado à paciente feminina, 20 anos de idade, estudante universitária, residente em Foz do Iguaçu, cuja queixa principal foi “síncope em via pública”.

A história da doença atual foi chamado ao SAMU por populares, para atendimento de vítima ter tido uma síncope em via pública, após ter realizado esforço físico (corrida) para entrar em ônibus coletivo urbano. Populares relataram que levaram cerca de 15 minutos para acionar o SAMU, pois só efetuaram o chamado ao perceberem que a vítima não voltava à consciência. A viatura de suporte básico chegou ao local rapidamente e identificou o quadro de PCR, iniciando imediatamente as compressões cardíacas e solicitando apoio da viatura de suporte avançado de vida. Realizamos compressões cardíacas com alta qualidade, revezando os socorristas a cada dois minutos. Administrada adrenalina, 1 ampola intercalada a cada ciclo; checagem de cabos, aumento do ganho, mudança de derivação; correção dos 5h e 5T, com o protocolo durando cerca de uma hora e meia, porém monitor identificando sempre o ritmo de assitolia, sendo constatado o óbito da paciente

A família da vítima informa, como história patológica pregressa, que a paciente não apresentava nenhuma comorbidade conhecida.

A conduta tomada pela equipe de saúde foi abertura de protocolo para parada cardiorrespiratória, com posterior encaminhamento do corpo ao serviço de verificação de óbito (SVO) para verificar a causa da morte.

2.3.4 Discussão

Durante o ano de estágio, vários protocolos de parada cardiorrespiratória (PCR) foram vivenciados pela acadêmica, sendo escolhidos para compor este trabalho os três casos clínicos relatados anteriormente, em razão das particularidades de cada um.

A partir do relato dos casos clínicos, verifica-se a necessidade de discutir, primeiramente, sobre os critérios de encerramento dos esforços durante o protocolo de PCR.

O primeiro caso, referente a paciente idoso, com várias comorbidades, hemodinamicamente instável, intubado e em uso de droga vasoativa, foi a primeira

experiência da estudante com o protocolo de PCR, no primeiro plantão no HMPGL. O segundo caso, sobre paciente adulto, com 52 anos de idade, com comorbidades (DM2 e alcoolismo), encontrado em PCR em via pública durante plantão no SAMU. Já o terceiro caso, o que mais chamou a atenção, referiu-se a uma jovem de 20 anos de idade, sem comorbidades conhecidas, tendo sofrido PCR em via pública, também durante plantão no SAMU. Os três pacientes encontravam-se em fases distintas da vida. Um idoso, um adulto e uma jovem; os três sofreram PCR e tiveram desfechos iguais: o óbito.

Surge então o questionamento quanto ao momento em que o médico toma a decisão de parar com as compressões. O livro da Medicina de Emergência traz alguns critérios que devemos observar ao decidir encerrar os esforços, quais sejam a idade da vítima, comorbidades existentes, prognóstico desfavorável e/ou capnografia resultando em $CO_2 < 10\text{mmHg}$ (MARTINS, 2017).

No caso dos três pacientes, houve a decisão médica pelo encerramento dos esforços. A correção das prováveis causas de parada cardiorrespiratória, identificadas pelo mnemônico 5H e 5T, foi realizada em todos os casos, afim de reverter o quadro, porém sem sucesso (MARTINS, 2017).

Verificou-se também que o tempo de reanimação foi diferente em cada situação: cerca de uma hora e meia de compressões na jovem de 20 anos; cerca de uma hora no adulto de 52 anos; cerca de quarenta minutos no idoso de 70 anos.

O paciente idoso apresentava diversas comorbidades e seu prognóstico era desfavorável. O paciente adulto, já apresentava cianose intensa em face e tórax quando a ambulância chegou ao local, indicando que o quadro apresentado já estava com bastante tempo de evolução. Nesses dois casos, percebe-se que o melhor a se fazer era encerrar os esforços, pois ambos pacientes já estavam em óbito.

Porém, o caso da paciente jovem, sem comorbidades conhecidas, causou um misto de sentimentos na estudante. Mesmo com todas as condutas tomadas da forma adequada, e após noventa minutos de reanimação, somente o ritmo assistolia era evidenciado no monitor. Nenhum sinal de vida apareceu durante todo atendimento. Nesse caso, foi muito difícil para toda equipe encarar a desistência como algo que podia ser feito. A morte trágica de uma pessoa jovem traz sentimentos estranhos e negativos, de impotência, de tristeza. Mesmo profissionais experientes, com anos de profissão são invadidos por esses sentimentos, sendo um ponto importante a ser trabalhado ao longo da vida profissional.

Verificou-se que, em nenhum dos atendimentos citados, a capnografia foi

utilizada como critério de encerramento dos esforços, uma vez que existe indisponibilidade do aparelho nos locais de atendimento. Os demais critérios trazidos pelo protocolo foram observados de forma adequada.

Outro ponto necessário para discussão caracteriza-se sobre a regulação do SAMU. Nos dois casos de atendimento pré-hospitalar, via SAMU, a central de regulação acionou a viatura básica, por ter evidenciado uma queixa de complexidade baixa, de forma equivocada. Nas duas situações, uma viatura de suporte básico se deslocou ao local, mesmo sendo necessário o atendimento avançado.

O tempo é fundamental para reverter uma parada cardiorrespiratória e evitar sequelas (e o óbito) nos pacientes em PCR. Acionar e deslocar erroneamente uma viatura de suporte básico, quando na verdade era necessário ter acionado a viatura avançada, é um erro com consequências drásticas. O tempo até o suporte avançado ser deslocado, após a verificação da real situação pela viatura básica, é valioso e não poderia ser perdido por um equívoco da regulação.

A equipe de enfermagem, ao chegar no local, em ambos os casos, iniciou o protocolo de PCR, realizando o suporte básico de vida. Contudo, o suporte avançado é fundamental para alcançar um desfecho favorável. Medicamentos, desfibrilador e todo material necessário para a correção dos 5H e 5T só podem ser administrados na presença do médico socorrista. Além disso, a viatura avançada funciona como uma unidade de terapia intensiva (UTI) móvel, proporcionando abordagem inicial adequada ao paciente que retorna à circulação espontânea, eis que este apresenta-se como um paciente crítico, como discutido em tópico anterior neste trabalho.

Legislação e manuais existem para explicar e regulamentar os deveres da central de regulação e do médico regulador, e como o mesmo deve proceder durante o atendimento ao chamado. Conclui-se que a capacitação periódica dos profissionais que atuam na regulação seja um ponto a ser pensado pela gestão pública em saúde, já que muitas vezes a equipe não foi treinada de forma eficiente ou até mesmo encontra-se há algum tempo sem atualização dos conhecimentos. Capacitar os profissionais poderia evitar equívocos como os relatados aqui, evitando desfechos trágicos.

2.3.5 Análise

O ano de estágio em urgência e emergência foi muito valioso em questão

de oportunidades de acompanhar casos de parada cardiorrespiratória, seja no ambiente pré-hospitalar ou hospitalar. A acadêmica pode participar do protocolo, realizando as compressões cardíacas e também observar como os passos do protocolo ocorrem simultaneamente no decorrer de uma PCR.

Evidencia-se que a equipe precisa ser treinada e estar organizada, sendo que cada profissional deve estar ciente de sua função caso seja verificada uma situação de PCR. A organização da equipe, com a delegação de tarefas é muito importante, pois não há tempo hábil para orientações durante a realização do protocolo.

De forma geral, observou-se que o protocolo de PCR vem sendo bem aplicado pelas equipes de saúde, em todos os cenários de prática. O estudo repetitivo do protocolo desde o pré-internato, fez com que o mesmo fosse sedimentado de forma eficiente, e os passos do protocolo surgem de forma espontânea durante o raciocínio clínico.

Durante os atendimentos, principalmente no ambiente pré-hospitalar, observou-se que a população em geral ainda apresenta grandes dificuldades de identificar um quadro de parada cardiorrespiratória. Esse fato causou espanto, visto que a cada minuto que o paciente em parada deixa de receber o atendimento adequado, as chances de sequelas e de morte aumentam significativamente.

O caso clínico número 3, relatado anteriormente, foi o que mais chamou a atenção, por se tratar de paciente jovem, sem comorbidades diagnosticadas até então. Surpreendeu o fato de que no local onde ocorreu a PCR (em frente a uma faculdade, com cursos de graduação da área da saúde inclusive), nenhuma pessoa que transitava por ali foi capaz de reconhecer a PCR, fato que provavelmente contribuiu diretamente para o desfecho trágico do quadro.

É claro que a central de regulação deveria ter instruído a pessoa que ligou para o SAMU, tentando buscar dados que evidenciassem o quadro de PCR. Solicitações simples por parte do regulador, como checar a responsividade e tentar palpar o pulso poderiam ter sido solicitados ao contactante, porém não foi dessa forma que ocorreu.

Em todos os cenários de prática verificou-se que geralmente a equipe está preparada para dar seguimento ao protocolo de PCR. Nas situações vivenciadas houve grande agilidade por parte da equipe, seja o pessoal da farmácia para liberar as medicações, equipe de enfermagem que prepara as medicações e já inicia as compressões, bem como médico, que geralmente controla o tempo dos ciclos e corrige os 5H e 5T, agindo na liderança durante o protocolo.

Vislumbra-se que o protocolo de PCR deve ser aprendido e fixado de maneira definitiva, de forma a não existirem dúvidas durante o atendimento, pois o tempo nessa situação é vital para o prognóstico do paciente.

Dessa forma, além de preparar as equipes médicas para o atendimento aos casos de PCR, verifica-se que ensinar a população em geral a reconhecer uma PCR, bem como a realizar as compressões cardíacas de forma eficiente, poderiam salvar vidas, modificar prognósticos e evitar desfechos de morte. A capacitação permanente da central de regulação também apresenta-se como fator importante de melhora, pois muitos equívocos no reconhecimento da PCR ainda são cometidos durante o chamado telefônico.

2.4 MANEJO DE VIAS AÉREAS

2.4.1 Caso clínico

Atendimento realizado à paciente feminina, 78 anos de idade, residente e procedente de Foz do Iguaçu, com queixa principal de falta de ar.

A história da doença atual foi paciente encaminhada da UPA ao HMPGL, em razão de exacerbação de DPOC. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral (REG), acianótica, anictérica, saturando 85% em ar ambiente, com sinais de esforço respiratório, apresentando uso de musculatura acessória, tiragem intercostal e tiragem de fúrcula. Feito MOVE na paciente na admissão, porém sem melhora da função respiratória com uso de máscara de Venturi a 100% de O₂, permanecendo com sinais de esforço respiratório. Equipe médica decide proceder à intubação orotraqueal (IOT), permitindo que a acadêmica realizasse o procedimento sob supervisão do médico plantonista.

A paciente apresenta, como história patológica pregressa, DPOC, HAS, DM2, além de ser ex-tabagista de longa data.

Ao exame físico, apresenta-se em REG, glasgow 13, agitada, confusa, com sinais de esforço respiratório. Realizada ausculta cardíaca sem alterações. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular reduzido difusamente, com estertores, sibilos e roncosp difusos. Demais exame sem alterações.

A conduta tomada pela equipe de saúde foi realização do MOVE, IOT e após estabilização, foi encaminhada para fazer radiografia de tórax. Iniciado

antibioticoterapia com Ceftriaxone, IV, 1g de 12/12 horas e foi solicitado vaga na UTI para posterior internamento.

2.4.2 Discussão

Essa foi a primeira oportunidade da acadêmica de proceder à intubação orotraqueal em um paciente, por isso esse caso clínico foi exposto neste trabalho. Com ajuda da equipe, preparamos o material para IOT, bem como as medicações a serem utilizadas. Depois, preparamos a paciente e a posicionamos. A enfermagem iniciou a pré-oxigenação, ofertando oxigênio a 100% com dispositivo bolsa-válvula-máscara (ambu), momento em que hiperventilaram a paciente. A interna realizou paramentação, vestindo gorro, máscara e óculos, higienizando as mãos e calçando luvas estéreis, conforme preconizado.

Realizado o pré-tratamento da paciente com uma ampola de Fentanil. A paciente atingiu 95% de saturação, momento em que foi solicitado ao enfermeiro que administrasse uma ampola de Midazolam. Logo após, foi administrado um frasco de Succinilcolina.

O manual Medicina de Emergência traz as drogas que podem ser utilizadas para o pré-tratamento, durante a realização de IOT, conforme tabela abaixo. No HMPGL, em todas as intubações acompanhadas, a medicação de escolha foi o Fentanil, sendo que em nenhum dos cenários de prática foi observado o uso de Lidocaína.

Tabela 2: Drogas indicadas ao pré-tratamento durante IOT

Pré-tratamento	Indicação	Dose	Infusão	Início de ação	Duração
FENTANIL	Cardiovascular SNC	3 mcg/kg	30 – 60 segundos	1 – 2 minutos	30 – 60 minutos
LIDOCAÍNA	Asmático	1,5 mg/kg	1 – 2 minutos (50mg/min)	45 – 60 segundos	10 – 20 minutos

Fonte: MARTINS, 2017.

Já para realizar a sedação e a paralisia, foi comum a todos os médicos plantonistas utilizarem Midazolam seguido de Succinilcolina, seja no HMPGL, UPAS ou SAMU. O livro Medicina de Emergência traz outras opções possíveis, citando as

vantagens de cada droga, conforme abaixo:

Tabela 3: Drogas indicadas para sedação durante IOT

HIPNÓTICO	Vantagem	Dose	Início da Ação	Duração
ETOMIDATO Ampola 20mg/10ml	Não causa instabilidade hemodinâmica, nem disfunção miocárdica	0,3 mg/kg	15 – 45 segundos	3 – 12 minutos
MIDAZOLAM Ampola 15mg/3ml	Efeito anticonvulsivante, indicado em paciente epilético Causa importante depressão respiratória e miocárdica Causa amnésia + sedação	0,3 mg/kg	60 – 90 segundos	15 – 30 minutos
QUETAMINA	Causa Hipertensão e ↑ FC Propriedades broncodilatadoras, bom para paciente com broncoespasmo Amnésia + Sedação + Analgesia	1,5 mg/kg	30 – 45 segundos	10 – 20 minutos
PROPOFOL	Causa vasodilatação e depressão miocárdica Propriedades broncodilatadoras, paciente com broncoespasmo Efeito anticonvulsivante, indicado em paciente epilético Gestante	1,5 mg/kg	15 – 45 segundos	5 – 10 minutos

Fonte: MARTINS, 2017.

Tabela 4: Drogas indicadas para paralisia durante IOT

BLOQUEADOR	Contra-indicação	Dose	Início da Ação	Duração
SUCCINILCOLINA Pó liofilizado 100mg + 10ml água = 10mg/ml	Hipercalemia, Rabdomiólise, Miopatias, Esclerose, AVC ou Queimadura	1,5 mg/kg	30 – 45 segundos	6 – 10 minutos
ROCURÔNIO	Anafilaxia à droga Usar sempre que houver contra- indicação à succinilcolina	1 mg/kg	45 – 60 segundos	40 – 60 minutos

Fonte: MARTINS, 2017.

No caso da paciente em questão, observa-se que o uso do etomidato seria mais indicado, já que ele não promove instabilidade hemodinâmica, como ocorre com o midazolam. Claro que existem outras variáveis na escolha da droga, como por exemplo o valor monetário de cada uma.

Então, é importante que o profissional médico possua conhecimentos sobre outras drogas que podem ser usadas durante a intubação orotraqueal, uma vez que cada uma delas apresenta uma característica que pode ser benéfica a cada paciente, auxiliando durante o procedimento e evitando efeitos indesejáveis.

Após a administração das medicações, posicionamos a paciente na posição denominada do cheirador e a laringoscopia foi realizada. Pode-se visualizar as cordas vocais, porém a passagem do tubo não foi efetiva, em virtude de leve resistência anatômica, causando receio de lesionar a paciente ao forçar a passagem do tubo. Então, o médico plantonista, paramentado ao lado da acadêmica, apenas empurrou o tubo para dentro da traqueia, ocorrendo a IOT de forma adequada.

Insuflamos o cuff, conectamos o tubo ao ambu e confirmamos por meio da ausculta dos campos pulmonares que o tubo estava no local correto. Administramos a sedação padrão do hospital na paciente, formada por três ampolas de Midazolam e duas de Fentanil, correndo em bomba de infusão contínua. Conectamos a paciente ao ventilador mecânico para que a mesma fosse oxigenada de forma efetiva.

A paciente apresentou vômitos logo após a IOT, necessitando de aspiração na orofaringe. Depois desse procedimento, surgiu a dúvida quanto à

necessidade de ventilar a paciente da forma como foi realizada pelo enfermeiro. Ao buscar informações no manual de Medicina de Emergência, evidenciou-se que “a pré-oxigenação é a oferta ao paciente de oxigênio a 100% sem realizar ventilação, com o objetivo de estabelecer uma reserva de oxigênio” (MARTINS, 2017).

O achado na literatura significa afirmar que não é necessário ventilar o paciente que ainda mantém drive respiratório. A hiperventilação causa aerofagia, hiperdistensão gástrica e regurgitação de conteúdo gástrico, podendo fazer com que o paciente aspire esse conteúdo gástrico, gerando complicações. Além disso, a hiperventilação pode aumentar a pressão intratorácica e causar redução no retorno venoso, fato prejudicial ao paciente (MARTINS, 2017).

Provavelmente a regurgitação ocorreu em razão da hiperventilação ocorrida durante a pré-oxigenação, inclusive porque foi verificado que, após a IOT, o abdome da paciente encontrava-se distendido. Observou-se durante o procedimento que a forma como o enfermeiro estava ventilando a paciente estava equivocada, porém não houve correção por nenhum membro da equipe, fato que acabou trazendo prejuízo à paciente.

Após esse caso, verificou-se a necessidade de buscar mais materiais sobre IOT, e ver outras formas de abordagem do procedimento, principalmente no que diz respeito à pré-oxigenação. O ebook Intubação na Prática apresenta o instituto denominado oxigenação apneica. A técnica consiste em manter um cateter nasal com alto fluxo de O₂ durante a pré-oxigenação, utilizando o ambu por cima desse cateter (SALA DE PARADA, 2018).

No momento em que a laringoscopia for realizada, mantém-se o cateter nasal, e o paciente, que já está em apneia, permanece recebendo oxigênio, o que faz com que ele mantenha boa saturação por um tempo maior quando comparado à intubação sem o uso do cateter nasal. A imagem abaixo demonstra a técnica:

Figura 3: Oxigenação Apneica



Fonte: GOOGLE IMAGENS, 2019.

Apesar da técnica ser muito interessante e parecer benéfica ao paciente, existem poucos estudos sobre o assunto, e ela não é executada com frequência pelos profissionais durante os plantões acompanhados no decorrer do estágio. Indagado a alguns médicos plantonistas e médicos residentes acerca da temática, os quais relataram não ter conhecimento da técnica.

Se não traz prejuízo ao paciente, a oxigenação apneica poderia ser realizada de rotina durante as intubações orotraqueais, já que auxilia o médico, principalmente o profissional inexperiente, durante a intubação, proporcionando tempo extra para realizar a laringoscopia e a passagem do tubo, sem que o paciente sofra com a dessaturação de oxigênio.

2.4.3 Análise

Após o manejo do caso clínico em questão, percebe-se como é importante estar atento para as indicações de intubação orotraqueal, sendo nesse caso para evitar fadiga respiratória e proteger via aérea, uma vez que a paciente estava evoluindo de forma negativa e rapidamente.

Também vislumbra-se a importância em conhecer as drogas, suas doses e apresentações disponíveis no cenário em que estamos inseridos, as quais serão utilizadas no pré-tratamento, sedação e paralisia, bem como as vantagens e

desvantagens de cada uma delas, pois numa situação de emergência, não há tempo hábil para pesquisar sobre isso.

O aprendizado de que não devemos hiperventilar o paciente foi válido para a vida profissional futura, pois esse ato pode implicar em sérios prejuízos, o que no caso ocorreu através da regurgitação de conteúdo gástrico e provável aspiração de tal conteúdo. Sempre devemos observar e corrigir se algum membro da equipe estiver fazendo isso.

Com relação ao procedimento de intubação, observa-se que não é tão difícil quanto parece, mas é necessário muita prática e experiência para que o procedimento ocorra de forma ágil e natural, sem stress ou ansiedade.

Por fim, ressalta-se que a educação continuada de toda equipe de saúde pode trazer grandes benefícios aos pacientes, uma vez que promove a capacitação e atualização do conhecimento. Durante o processo de educação permanente, práticas como a oxigenação apneica podem ser instituídas, protocolos existentes podem ser revistos e adaptados à realidade do cenário em questão, culminando em redução dos eventos adversos e melhoria da prestação do serviço de saúde.

2.5 CRISE HIPERTENSIVA

2.5.1 Caso clínico

Atendimento a paciente masculino, 54 anos, casado, comerciante, residente e procedente de Foz do Iguaçu, com queixa principal de “pressão alta”.

Apresenta como história da doença atual que sentiu mal estar inespecífico durante a tarde, na loja onde trabalha. Foi até a farmácia ao lado para aferir a pressão arterial, a qual estava com altas cifras, com a pressão sistólica acima de 220. Por esse motivo, buscou de forma espontânea a UPA Morumbi para atendimento médico, aguardando cerca de duas horas na recepção após ser acolhido e triado, passando por consulta ambulatorial. Após, foi transferido à sala amarela para ser medicado, sendo mantido em observação.

Como história patológica pregressa, o paciente nega comorbidades conhecidas, uso de medicamentos e alergias. Refere sedentarismo, tabagismo há cerca

de 30 anos, consumindo 20 cigarros por dia, além de etilismo social. Nega uso de outras substâncias.

Ao exame físico apresenta-se em BEG, LOTE, anictérico, acianótico, eupneico em ar ambiente. Apresenta PA 220x130mmHg à aferição. Ausculta cardíaca com ritmo regular, bulhas normofonéticas em dois tempos, sem sopros audíveis no momento do atendimento. Apresenta edema em membros inferiores, com cacifo (1+/4+). Glasgow 15. Demais exame sem alterações.

A conduta tomada pela equipe médica foi a solicitação de eletrocardiograma, o qual não apresentou alterações. Prescrito um comprimido de Captopril 25mg, via oral. Reavaliado após 45 minutos, mantendo níveis elevados de PA. Prescrito uma ampola de Prometazina 50mg/2ml, intra-venosa. Reavaliado novamente após uma hora, com cifras de PA em torno de 150x85. Dado alta médica com orientações verbais para procurar atendimento em Unidade Básica de Saúde para investigação de hipertensão arterial.

2.5.2 Discussão

A frequência com que atendemos crises hipertensivas, tanto nos cenários da urgência e emergência, quanto no contexto da atenção básica, foi o que motivou a trazer este caso clínico ao trabalho. Diariamente vislumbra-se pacientes com altas cifras de pressão arterial, denotando a relevância clínica desse tema e a importância de conhecer o manejo correto.

O primeiro passo para atender um paciente em crise hipertensiva é realizar a abordagem inicial do paciente crítico, já que o mesmo apresenta repercussões no sistema cardiovascular. Então, é necessário classificar a crise hipertensiva em um dos tipos: Emergência Hipertensiva ou Urgência Hipertensiva (MARTINS, 2017).

Considera-se emergência hipertensiva quando há cifras de PA diastólica acima de 120mmHg, com indícios de lesão aguda em órgão-alvo, com alto risco de morte (MARTINS, 2017). Diversas situações clínicas podem se enquadrar como emergência hipertensiva, como por exemplo síndrome coronariana aguda, síndrome aórtica, acidente vascular cerebral, intoxicação aguda por anfetaminas e eclâmpsia em gestantes. A clínica que o paciente apresenta indicará qual protocolo seguir, para manejo adequado do

paciente.

Já a urgência hipertensiva é caracterizada por PA diastólica acima de 120mmHg, porém sem suspeita de lesão aguda em órgão-alvo (MARTINS, 2017). Nessa situação, é importante averiguar o histórico patológico do paciente e o uso de medicações, para evitar que uma situação de risco passe despercebida.

O paciente do caso clínico relatado anteriormente se enquadra como Urgência Hipertensiva, visto que não apresentou quadro compatível com lesão de órgão-alvo. Ele também não possuía histórico de patologias anteriores, nem uso de medicações.

O protocolo sugere que, nos casos de urgência hipertensiva, o tratamento anti-hipertensivo seja administrado de forma oral, visando apenas o tratamento sintomático. No primeiro momento, foi prescrito Captopril 25mg, via oral, conforme prevê o protocolo, porém sem sucesso.

A segunda medicação prescrita foi a Prometazina (Fenergan), fato que causou estranheza. Foi questionado ao médico plantonista sobre esse medicamento, e ele respondeu que era protocolo administrar tal medicação em crises hipertensivas. Tal informação gerou curiosidade, fazendo com que a acadêmica buscasse mais informações sobre o assunto, pois soava estranho observar a Prometazina ser utilizada para esse fim.

A Prometazina é um anti-histamínico, com efeito sedativo, antiemético e anticolinérgico, sendo indicado no tratamento de reações alérgicas e anafiláticas. A bula do medicamento no site da Anvisa traz a informação de que a Prometazina tem como efeito colateral a hipotensão, porém seus efeitos dominantes são aqueles citados anteriormente (ANVISA, 2019).

O livro Medicina de Emergência traz um quadro com anti-hipertensivos parenterais, bem como a indicação de cada um deles de acordo com o quadro clínico. Não consta nenhuma informação sobre o uso da Prometazina para esse fim (MARTINS, 2017). Alguns artigos encontrados na internet remetem a protocolos antigos, dos anos 2000, em que a medicação era utilizada para controle de crises hipertensivas, porém nenhuma informação confiável recente foi encontrada.

Discutindo com colegas de curso sobre o assunto, percebe-se que a conduta tomada pelo médico na UPA foi atípica, pois não é comum ver essa prescrição com essa finalidade em outros locais ou com outros médicos. Não é possível considerar como uma conduta equivocada, pois o objetivo de reduzir a pressão arterial do paciente foi alcançado após a medicação, porém assumir a responsabilidade de ocorrência de uma

reação inesperada ao medicamento, que poderia causar danos ao paciente, pode ter sido negligência. Provavelmente o médico não teria respaldo em protocolos atuais para se defender em uma possível ação judicial.

Outro ponto importante foi a falta do encaminhamento adequado ao paciente após alta médica. Não foi realizada nenhuma orientação sobre uma possível hipertensão arterial sistêmica, nem o encaminhamento via contra-referência para a UBS. Mesmo se tratando de um cenário de urgência e emergência, essas orientações e encaminhamentos precisam ser realizados, pois interferem diretamente na quantia de atendimentos nas UPAs. Se o paciente for orientado a buscar a UBS para seguimento do quadro clínico, ele aprenderá que lá é o local de manejar doenças crônicas, e não a UPA, tendo a assistência falhado nesse sentido.

2.5.3 Análise

No caso em tela, verifica-se que a conduta que a acadêmica tomaria seria diferente daquela escolhida pelo preceptor, já que o protocolo orienta a prescrição de outro medicamento via oral, como a Clonidina, após a administração sem sucesso do Captopril. Também seria adequado prescrever uma ampola de Furosemida, visto que o paciente apresentava edema em membros inferiores, medicação que poderia auxiliar a reduzir a pressão arterial nesse caso.

O protocolo é enfático ao afirmar que não devemos reduzir a pressão arterial com anti-hipertensivos parenterais em urgências hipertensivas, mesmo se a pressão arterial esteja muito elevada. Importante salientar que quando o profissional toma uma conduta de forma diversa do preconizado, além de colocar o paciente em risco, também retira toda a proteção jurídica que agir conforme os protocolos proporciona, dificultando a defesa caso ocorra uma ação judicial.

Percebe-se também que, nos cenários de urgência e emergência, muitas orientações e encaminhamentos que deveriam ser realizados ao pacientes, não são realizados, dificultando o acompanhamento posterior desse paciente. Orientações verbais muitas vezes são esquecidas ou não recebem a devida atenção pelo paciente, fazendo com que a equipe perca o vínculo com o paciente. Quando o médico se preocupa em entregar a contra-referência por escrito, o paciente percebe que aquilo é realmente importante, fato que o faz buscar atendimento na atenção básica.

Por fim, ressalta-se que a educação continuada da equipe médica gera grandes benefícios aos pacientes, uma vez que promove a capacitação e atualização do conhecimento. Talvez o médico plantonista tenha aprendido durante sua graduação que a Prometazina era um anti-hipertensivo eficiente, e não buscou mais se atualizar sobre os protocolos da urgência e emergência. Durante o processo de educação permanente, práticas inadequadas podem ser revistas, culminando em redução de condutas inadequadas e melhoria da qualidade da prestação do serviço de saúde.

2.6 REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

2.6.1 Caso clínico

Atendimento a paciente masculino, 91 anos, residente e procedente de Foz do Iguaçu, acompanhado pelo filho, cuja queixa principal foi “meu pai só dorme”.

A história da doença atual refere que o paciente foi trazido à UPA Morumbi pelo SAMU, sem supervisão médica, com queixa de sonolência excessiva há um dia. Familiar (filho) que acompanha o paciente relata que o mesmo sofreu queda da própria altura há cerca de dez dias, resultando em fratura de úmero à esquerda, necessitando de tratamento cirúrgico e internação no HMPGL, tendo recebido alta hospitalar há 3 dias. Refere que após a internação, o paciente que antes era ativo e comunicativo, passou a apresentar déficits da memória recente, não reconhecendo o local onde mora e nem familiares, além de apresentar rebaixamento do nível de consciência há cerca de 24 horas.

Com o história patológica pregressa, o paciente nega comorbidades prévias, sendo submetido à cirurgia ortopédica há 10 dias, em razão de queda e fratura de úmero. Atualmente em uso de paracetamol. Nega tabagismo, etilismo, uso de drogas e alergias medicamentosas.

Ao exame físico apresenta-se em REG, anictérico, acianótico, desidratado, eupneico em ar ambiente, afebril. Nuca livre. Exame cardiopulmonar sem alterações. Abdome flácido, indolor, sem sinais de peritonite. Membro superior esquerdo imobilizado em razão de fratura de úmero. Ausência de edema de MMII, estando a mobilidade preservada. Glasgow 11/15 (O3/V2/M6), pupilas isocóricas e fotorreagentes.

Sinais vitais estáveis e dentro da normalidade.

A conduta tomada pela equipe médica foi a prescrição de hidratação com 500ml SF 0,9%, acrescida de Complexo B 1 ampola, Ácido Ascórbico 1 ampola e Dipirona 1 ampola. Alta médica logo após administração da medicação.

2.6.2 Discussão

Ao discutir o caso com o preceptor na UPA, o mesmo indagou qual seria a conduta mais adequada ao manejo do paciente. Tentamos levantar algumas causas de alteração do nível de consciência em idosos e percebemos que não lembrávamos de muitas, havendo a necessidade de voltar a estudar esse tema. No momento do atendimento, elencamos as prováveis causas a hipoglicemia, infecção em razão da cirurgia prévia, infecção do trato urinário e AVC.

Iniciamos a abordagem inicial ao paciente. Hipoglicemia foi descartada por meio da medida da glicemia capilar. Recordamos que o idoso responde de forma diferente a quadros infecciosos, apresentando-se afebril e muitas vezes assintomático, por isso elencamos a hipótese de uma infecção do trato urinário cursando com alterações no nível de consciência, ou até mesmo uma infecção decorrente da cirurgia.

Coletamos anamnese com o filho do paciente que o acompanhava, e realizamos exame físico conforme exposto anteriormente. Conforme o protocolo de rebaixamento do nível de consciência, além do exame físico “tradicional”, devemos dar atenção especial a cinco quesitos do exame neurológico: nível de consciência; avaliação de pupilas; motricidade ocular; padrão respiratório e padrão motor. Além disso, o protocolo traz a Escala Four, a qual auxilia o examinador no caso de pacientes intubados, o que não se enquadra no paciente em questão (MARTINS, 2017).

Avaliamos o nível de consciência através da escala de Glasgow. O mesmo pontuou 11/15, pois apresentava abertura ocular ao chamado verbal (3); resposta verbal com palavras incompreensivas (2); resposta motora obedecendo aos comandos (6). O paciente apresentava-se letárgico e sonolento, sendo que precisávamos chamá-lo para que abrisse os olhos.

A avaliação das pupilas deve ser realizada, atentando para três critérios: tamanho, simetria e presença ou não do reflexo fotomotor. O paciente apresentava

pupilas isocóricas e fotorreagentes. A motricidade ocular estava normal, bem como o padrão respiratório e motor.

Após a abordagem inicial do paciente, planejamos mentalmente a conduta a ser tomada. Na conduta esperada, constaria a solicitação de exames laboratoriais, como hemograma, PCR, EAS, sódio, potássio, gasometria arterial, lactato. Caso esses exames viessem normais, buscaria uma tomografia de crânio para descartar um quadro de AVC. Outros exames, como radiografia de tórax e eletrocardiograma, mostravam-se desnecessários por enquanto, pois o exame físico não mostrava alterações significativas que evidenciassem tais solicitações.

Contudo, a conduta adotada pelo médico plantonista foi bem diferente daquela que construímos. Prescrito apenas hidratação com soro fisiológico e administração de complexo vitamínico e analgesia, sendo o paciente liberado após a medicação, mesmo sem melhora do quadro. Não foi solicitado nenhum exame laboratorial ou de imagem.

Tal conduta gerou muitas dúvidas sobre liberar o paciente assim, sem outras investigações, talvez por inexperiência e insegurança da acadêmica. Contudo, se realmente se tratasse de um quadro infeccioso, em um paciente idoso de 91 anos, este poderia evoluir para um quadro mais grave, como por exemplo sepse, dificultando o manejo do caso num segundo atendimento, e reduzindo as chances de um bom prognóstico.

Após o plantão, surgiu a necessidade de pesquisar sobre o assunto. O livro Medicina de Emergência traz uma tabela com causas de rebaixamento do nível de consciência. As hipóteses que poderiam justificar o quadro clínico aqui exposto são causas vasculares, como AVCi, AVCh; causas infecciosas, como a sepse e causas metabólicas, como hipoglicemia, hiperglicemia e uremia (MARTINS, 2017).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia traz informações em seu site sobre quadros infecciosos em idosos, e como tais quadros podem ser diferentes quando comparados à sintomatologia apresentada por um adulto. Como exemplo, cita que “as doenças infecciosas, principalmente pneumonias e infecções do trato urinário, foram apontadas como os principais fatores precipitantes de alteração mental” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2019).

Com tais suspeitas, torna-se prudente investigar durante o atendimento na UPA o fator que causou a alteração de consciência no paciente, pois o filho relatou que

o idoso era ativo e comunicativo há cerca de 24 horas atrás, indicando quadro agudo. Exames laboratoriais como hemograma, PCR, sódio, potássio, glicemia, ureia, creatinina, gasometria arterial, lactato e EAS poderiam ter sido solicitados, buscando evidenciar quadro infeccioso ou metabólico. Além disso, poderia ser solicitado uma tomografia de crânio visando o descarte do AVC.

Manter o paciente em observação na UPA até que os exames fossem analisados seria uma medida prudente. Percebe-se que a alta precoce não foi a melhor opção nesse caso, pois tratava-se de um paciente crítico (repercussão no sistema neurológico), com grande potencial para ter seu quadro agravado, dificultando o manejo no momento de um segundo atendimento, além de que não houve nenhuma melhora do quadro após a administração da hidratação e vitaminas endovenosas. A alta médica deveria ter ficado para um segundo momento, somente após os exames laboratoriais indicarem que não existe infecção ou quadro neurológico agudo em curso naquele paciente.

Cabe salientar que o caso em tela foi pauta de discussões no grupo de Whatsapp da turma de urgência e emergência. O resumo do caso foi enviado ao grupo para verificar a opinião dos demais colegas da turma e dos professores, de modo a compartilharmos conhecimento e aprendermos juntos, melhorando nosso raciocínio clínico e atuação profissional.

2.6.3 Análise

Vislumbra-se uma grande frustração durante a vivência deste caso clínico, pois a acadêmica tinha planejado uma conduta totalmente distinta daquela que foi aplicada. Foi necessário buscar informações em livros e artigos, e também promover a discussão com alunos e professores em aplicativo de mensagens, para descartar que a acadêmica estava construindo um raciocínio equivocado.

Felizmente, houve retorno positivo de colegas e professores sobre a conduta que a estudante adotaria. Infelizmente, foi mais um paciente que observamos ser manejado de forma equivocada. Não foi possível o acompanhamento do paciente após a alta médica para saber o desfecho do quadro clínico.

2.7 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

2.7.1 Caso clínico

Atendimento realizado a paciente do sexo masculino, 88 anos, viúvo, residente e procedente de Foz do Iguaçu, acompanhado pela filha, com queixa principal de “dor de cabeça, vômito com sangue e perda de força nas pernas”.

Relata como história da doença atual ter sido transferido ao HMPGL da UPA Morumbi, via SAMU, com acompanhamento médico. Familiares relatam cefaleia intensa, hematêmese e perda de força em MMII há 1 dia, ao encontrarem o paciente caído, porém consciente, no banheiro da residência. Há cerca de 20 dias referiu parestesias e perda da força muscular em MMII durante um evento familiar, sendo levado ao atendimento com neurologista 5 dias depois, o qual deu início ao tratamento com Clopidogrel 75mg VO 1x ao dia. Há cerca de 15 dias o paciente encontra-se em uso deste antiplaquetário. Admitido no HMPGL, evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, sendo necessária IOT e ventilação mecânica, com uso de droga vasoativa para estabilização hemodinâmica.

Como história patológica pregressa nega doenças crônicas (HAS, DM, dislipidemias, transtornos da coagulação), alergias medicamentosas, tabagismo, etilismo e uso de outras drogas. Atualmente em uso de Clopidogrel 75mg VO 1x ao dia; Fluoxetina 20mg VO 1x ao dia; Amitriptilina 25mg VO 1x à noite. Nega uso de outros medicamentos.

Ao exame físico apresenta-se em REG, anictérico, acianótico, IOT em uso de ventilação mecânica, saturando 94%. Ausculta cardíaca: RR, BNF, 2T, com sopro sistólico em foco mitral. Ausculta pulmonar com MV reduzido difusamente. Glasgow 6/15 (O1/V1/M4), pupilas anisocóricas, fotorreagentes. Demais exame sem alterações.

A conduta tomada pela equipe médica foi solicitação de tomografia de crânio que evidenciou AVC hemorrágico extenso. Realizado acesso venoso central e IOT. Reidratação intravenosa com ringer Lactato 2L/24h. Sedação e Analgesia fixas. Laxante. Sonda nasogástrica. Sonda vesical de demora. Dieta zero. Cabeceira da cama elevada em 30°. Solicitado vaga na UTI. Equipe médica fez abordagem paliativa com a família, a qual não aceitou na primeira conversa.

2.7.2 Discussão

Quadros de acidente vascular cerebral são comuns nas unidades de urgência e emergência de Foz do Iguaçu e também do Brasil inteiro. Isso ocorre em razão da alta taxa de doenças crônicas como hipertensão, diabetes mellitus e hiperdislipidemias em nossa sociedade.

Por isso, o médico e a equipe de saúde precisam dominar o assunto, bem como os protocolos de atendimento de pacientes vítimas de AVC, buscando reduzir as sequelas e proporcionar a oportunidade de recuperação aos pacientes.

Ao realizar a avaliação inicial do paciente, verificamos que o mesmo já tinha recebido MOV e estava hemodinamicamente estável, em uso de droga vasoativa (Noradrenalina), intubado, recebendo oxigênio a 100%, saturando 100%. Ao exame físico, apresentava ausculta cardiopulmonar sem alterações importantes, Glasgow 6, pupilas anisocóricas, indicando provável lesão cerebral.

Após efetuar a abordagem inicial deste paciente crítico, resolvemos aplicar a Escala de Hunt-Hess, a qual avalia o estado do paciente que sofreu hemorragia intracraniana. Ela é dividida em graus, de 1 a 5, sendo grau 1 o paciente assintomático ou leve cefaleia ou rigidez de nuca; grau 2, paciente apresentando cefaleia e rigidez de nuca moderadas, sem déficit neurológico; grau 3, apresenta sonolência, confusão mental, déficit neurológico leve; grau 4 paciente apresenta torpor; e grau 5 paciente em coma (MARTINS, 2017). Enquadramos nosso paciente na classificação grau 5.

Depois, procedeu-se à análise da tomografia de crânio do paciente, a qual apresentou as imagens abaixo:

Figura 4: Janelas óssea e de parênquima da tomografia de crânio.



Fonte: a autora, 2019.

Percebe-se, inicialmente, na análise da janela óssea, uma fratura de osso occipital. Existe o relato de queda do paciente da própria altura no banheiro, porém sem detalhes dos locais atingidos no episódio, corroborando o achado da fratura e esclarecendo o contexto da queda.

Analisando a janela de parênquima, percebe-se que há desvio da linha média e apagamento dos sulcos cerebrais bilaterais. Mas o que mais chama a atenção é existência de grandes hemorragias intraparenquimatosas na região dos lobos frontais, evidenciando o AVC hemorrágico. Além disso, é possível observar hematomas subdurais abrangendo a região frontal, parietal e temporal, bilateralmente, e ainda uma hemorragia intraparenquimatosa na região da ponte.

Verificado o exame de imagem, é necessário aplicar a escala de Fischer, a qual avalia a situação da hemorragia, graduada de I a IV, sendo I hemorragia não detectada; II sangramento difuso < 1mm; III sangramento localizado > 1mm; e IV Hematoma intracerebral ou intraventricular (MARTINS, 2017). Nosso paciente está classificado como Fischer IV, pois apresenta grandes hemorragias intracerebrais.

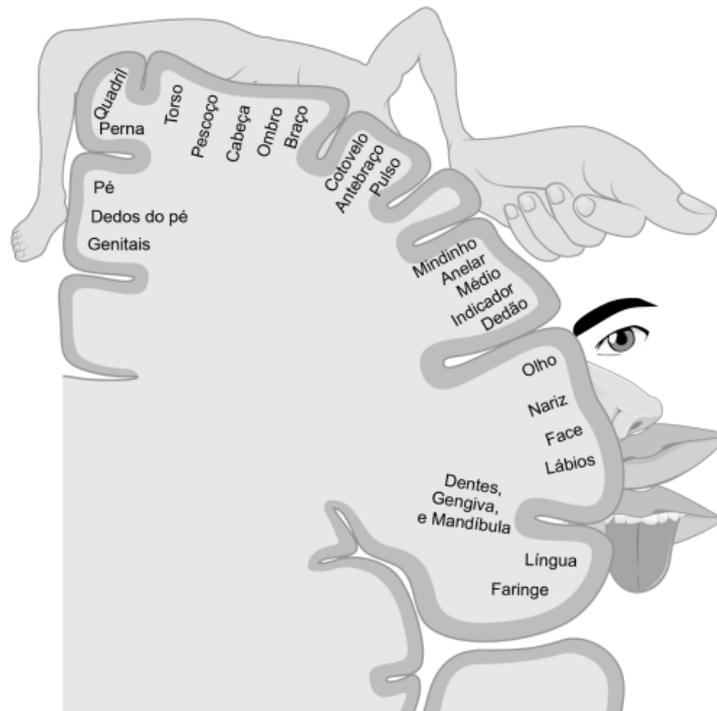
A tomografia de crânio deste paciente evidencia lesões hemorrágicas em lobos frontais, os quais são irrigados pela artéria cerebral anterior e também pela artéria cerebral média. A hemorragia verificada na região pontina provavelmente é proveniente de ramos do sistema vertebro-basilar. As áreas atingidas são de grande amplitude, envolvendo estruturas indispensáveis para a sobrevivência.

Ao ser admitido no pronto-socorro, o paciente já estava com rebaixamento importante do nível da consciência, impossibilitando a verificação dos sinais iniciais decorrentes do AVC. Porém, conforme relato dos familiares, o mesmo apresentou

forte cefaleia e perda de motricidade em membros inferiores.

Isso corrobora o achado tomográfico, uma vez que a artéria cerebral anterior irriga a região do córtex frontal, local responsável pela parte motora e sensitiva principalmente dos membros inferiores, de acordo com o Homúnculo de Penfield:

Figura 5: Homúnculo de Penfield



Fonte: GOOGLE IMAGENS, 2019.

O paciente não apresentava comorbidades prévias, apesar da idade avançada. Antes de dar entrada no HMPGL, apresentou um episódio de perda de força em membros inferiores, sem outros sintomas associados, 20 dias antes da admissão, retornando ao estado normal algumas horas depois.

Esse episódio já pode ter sido um AVC isquêmico ou hemorrágico. Contudo, o paciente não buscou atendimento de urgência, preferindo agendar consulta ambulatorial com médico particular. Por isso, não existe tomografia de crânio prévia que demonstre qual estado cerebral do paciente antes do quadro atual, fato que seria importante para identificar se houve ou não lesão prévia ao AVC.

A hemorragia intraparenquimatosa ocorreu após o paciente ter iniciado a medicação Clopidogrel, um antiagregante plaquetário e antitrombótico, servindo na prevenção eventos aterotrombóticos, como AVC e IAM (MARTINS, 2017). Contudo, o

paciente em uso desta medicação tem risco aumentado de sangramento, e a bula da medicação traz que o risco de sangramento aumenta se administrado conjuntamente aos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina, já que eles afetam também a ativação plaquetária. Ao discutir com o médico plantonista este caso, o mesmo explicou que a provável causa do sangramento cerebral pode ter sido o uso de Clopidogrel associado à Fluoxetina.

Cabe salientar que a queda no banheiro provavelmente tem relação direta com a existência dos hematomas subdurais, uma vez que pode ter causado um hematoma subdural menor no momento do acidente. Porém, como o paciente estava em uso de Clopidogrel, esse sangramento também pode ter sido aumentado em razão do uso do medicamento.

2.7.3 Análise

Ao manifestar sinais de AVC, como ocorreu no primeiro episódio apresentado pelo paciente, seria ideal que o mesmo tivesse buscado atendimento de urgência, momento em que o protocolo de AVC seria iniciado. Ele seria monitorizado e acompanhado com exames laboratoriais e de imagem, como a tomografia de crânio, além de passar por avaliação do médico neurologista.

Verifica-se que a prescrição do Clopidogrel na consulta ambulatorial não foi adequada, pois era necessária uma investigação com exames de imagem em momento anterior ao início da medicação. Se já houvesse uma tomografia com sinais de sangramento, o uso clopidogrel estaria contra-indicado.

A queda sofrida pelo paciente no banheiro foi apenas a “cereja do bolo”, pois provavelmente ele sofreu um AVC hemorrágico maior naquele momento, tornando sua situação ainda mais grave, em virtude da existência dos hematomas subdurais. O Clopidogrel pode ter influenciado na extensão do sangramento.

Talvez, o desfecho pudesse ser outro, caso o paciente tivesse sido encaminhado para hospital referência para casos neurológicos, contudo não foi o que aconteceu. Por se tratar de hemorragia cerebral extensa, o paciente passou pela abordagem paliativa e a equipe de saúde estava tentando fazer a família entender a gravidade do caso. O paciente entrou em óbito oito dias após a internação.

2.8 DOR TORÁCICA

2.8.1 Caso clínico 1

Atendimento a paciente masculino, 24 anos de idade, estudante, residente e procedente de Foz do Iguaçu, cuja queixa principal era “dor no peito”.

Relata como história da doença atual que buscou atendimento na UPA Morumbi em razão de dor torácica em aperto, iniciada há cerca de 6 horas. Refere que tem apresentado episódios semelhantes há cerca de 30 dias, que regridem de forma espontânea. Associado à dor, apresenta tremores, sensação de sufocamento e palpitações, além de referir medo de morrer. Relata problemas no ambiente acadêmico, sofrendo pressão por parte de seus professores (é acadêmico do curso de medicina no Paraguai).

Como história patológica pregressa, nega alergias medicamentosas, comorbidades e uso de medicamentos. Refere uso esporádico de tabaco, arguile e álcool.

Ao exame físico apresenta-se em BEG, anictérico, acianótico, taquipneico, ansioso, hemodinamicamente estável. Exame cardiovascular denota RR, BNF, 2T, sem sopros audíveis, FC 124bpm. Exame pulmonar com murmúrio vesicular audível bilateralmente, sem ruídos adventícios, FR 20irpm. Abdome plano, flácido, ruídos hidroaéreos presentes, timpânico, indolor à palpação, ausência de massas ou visceromegalias, sem sinais de peritonite. Membros inferiores com pulsos palpáveis e simétricos, panturrilhas livres, ausência de edema e mobilidade preservada. Glasgow 15, pupilas isocóricas e isofotorreagentes.

A conduta tomada pela equipe médica foi a solicitação de eletrocardiograma apenas, o qual não apresentou alterações. Prescrito uma ampola de prometazina IV e dado alta ao paciente logo após a medicação.

2.8.2 Caso clínico 2

Atendimento realizado a paciente masculino, 60 anos de idade, residente e procedente de Foz do Iguaçu, cuja queixa principal era “dor no peito”.

Relata como história da doença atual que buscou atendimento na UPA

Samek em razão de precordialgia, com evolução de 4 horas. Refere que, há cerca de 7 dias, ao praticar exercício físico (corrida), sentiu epigastralgia e tontura, com duração de aproximadamente 3 minutos, não procurando atendimento médico na ocasião. Na data de hoje, sentiu precordialgia em aperto, durante atividade física, de maneira mais intensa do que no primeiro episódio, com irradiação para membro superior esquerdo e mandíbula, o que o motivou a buscar atendimento médico na UPA.

Como história patológica pregressa, nega comorbidades, alergias medicamentosas, tabagismo e etilismo. Refere fazer uso de testosterona em gel e polivitamínico oral, ambos sem prescrição médica.

Ao exame físico apresenta-se em BEG, anictérico, acianótico, eupneico em ar ambiente, hemodinamicamente estável. Exame cardiovascular RR, BNF, 2T, sem sopros audíveis. Exame pulmonar com murmúrio vesicular audível bilateralmente, sem ruídos adventícios. Abdome plano, flácido, ruídos hidroaéreos presentes, timpânico, indolor à palpação, ausência de massas ou visceromegalias, sem sinais de peritonite. Membros inferiores com pulsos palpáveis e simétricos, panturrilhas livres, ausência de edema e mobilidade preservada. Glasgow 15, pupilas isocóricas e isofotorreagentes.

A conduta tomada pela equipe médica foi a solicitação de eletrocardiograma, radiografia de tórax, enzimas cardíacas (CPK e CKMB) e exames de admissão (hemograma, PCR, EAS, sódio, potássio, TGO, TGP, ureia e creatinina). O eletrocardiograma não apresentou sinais evidentes de IAM. As enzimas cardíacas vieram elevadas, e o médico solicitou novas coletas de 4/4 horas, permanecendo o paciente em observação na sala amarela. O HMCC não aceitou o paciente para transferência, somente após curva de enzimas estar alterada. Demais exames dentro da normalidade.

2.8.3 Discussão

A escolha dos dois casos clínicos relatados anteriormente para compor este trabalho baseou-se na situação de pacientes que, apesar de apresentarem a mesma queixa principal, demandam condutas totalmente diferentes pela equipe de saúde.

A queixa de Dor Torácica abrange diversos diagnósticos possíveis. A primeira coisa que vem em mente ao atender um paciente com essa queixa é a Síndrome Coronariana Aguda, dada sua gravidade e prevalência em nosso país. Contudo, esse

vício de pensar somente em um único diagnóstico deve ser evitado, pois podemos cometer muitos erros ao pensar somente em uma hipótese. A dificuldade de elencar os mais diversos diagnósticos diferenciais ainda permeia a estudante, mostrando-se como uma dificuldade que precisa ser vencida durante o raciocínio clínico.

Ao buscar no manual de Medicina de Emergência, foi possível selecionar outros diagnósticos que poderiam estar relacionados aos casos clínicos apresentados. Entre eles, a Síndrome Coronariana Aguda, Síndrome Aórtica, Ansiedade / Pânico, Trauma / Esforço muscular, Tromboembolismo pulmonar (TEP), Ruptura esofágica e o Pneumotórax (MARTINS, 2017).

O paciente do caso clínico 1, pelo quadro apresentado, idade e história clínica, faz elencar principalmente a síndrome de ansiedade como principal hipótese diagnóstica, o que de fato se confirmou. O eletrocardiograma apresentava leve taquicardia, com ritmo regular e sem presença de supra ou infradesnívelamento do segmento ST, descartando o infarto do miocárdio.

Com relação à prescrição da Prometazina, denotou dúvidas e foi necessário buscar informações sobre a droga. Comercialmente chamado de Fenegan, é um medicamento anti-histamínico que atinge receptores H1, sendo utilizada primordialmente no tratamento de reações alérgicas e anafilaxia, além de possuir efeito sedativo. Na prática clínica, essa medicação é utilizada em quadros de agitação psicomotora, sendo observado que no pronto-socorro do HMPGL e UPAs a droga é prescrita em pacientes que apresentam surto psicótico.

Não é consenso que a prescrição para esse paciente foi adequada, pois ele não estava com agitação psicomotora, mas apenas apresentava-se ansioso. O plantonista da UPA informou que é “rotina” prescrevê-lo aos paciente com crises de ansiedade, pois iria colocar o paciente “pra dormir”, prática que não apresenta nenhum grau de evidência científica para benefício do paciente. O mesmo médico, em plantão anterior, prescreveu a Prometazina para um caso de crise hipertensiva, conforme relatado em seção anterior deste trabalho.

Não foi realizado nenhum encaminhamento ao paciente para buscar tratamento ambulatorial na UBS para as crises de ansiedade que vem apresentando, apenas foi dado alta médica. Novamente, o serviço de urgência poderia orientar aos pacientes em qual fluxo devem seguir, onde devem procurar atendimento médico para tratar de sua saúde mental.

Por outro lado, podemos observar que, em relação ao paciente do caso clínico 2, o manejo ocorreu de forma diferente. A idade do paciente, 60 anos, e o sexo masculino são critérios que chamam a atenção, por se enquadrar no grupo de risco para doenças cardiovasculares (MARTINS, 2017). Por isso, uma investigação mais detalhada, com abertura do protocolo de dor torácica deve ser preconizada, afim de evitar desfechos negativos.

Contudo, isso não ocorreu da forma prevista no protocolo. Na UPA, o paciente levou cerca de uma hora para ser atendido, mesmo com sintomas clássicos de provável síndrome coronariana aguda. Mais uma vez observa-se a fragilidade do acolhimento que está sendo ofertado à população na saúde pública de Foz do Iguaçu.

Após dar entrada na sala amarela, prontamente realizamos a abordagem inicial, pois se tratava de um paciente crítico, até prova em contrário. Realizamos MOVE, anamnese, exame físico e solicitamos eletrocardiograma, marcadores de necrose cardíaca disponíveis (CPK e CKMB), além de hemograma, eletrólitos, função renal e coagulograma. Nesse momento, sugerimos ao médico plantonista a prescrição de 300mg de AAS para o paciente mastigar, conforme protocolo, porém a sugestão não foi aceita.

Para a averiguação da existência de lesão miocárdica, utilizamos na UPA as enzimas CPK e CKMB, porém elas não são específicas para necrose cardíaca, podendo sinalizar lesão em outros grupos musculares. Seria importante ter a disponibilidade da Troponina I, marcador específico para lesão cardíaca, já que sua análise torna-se relevante nos casos em que o eletrocardiograma não apresenta supradesnivelamento do segmento ST, como ocorreu com o paciente do caso clínico 2. A medida da curva da troponina que vai mostrar se houve ou não o infarto agudo do miocárdio, porém este exame está disponível apenas no contexto intra-hospitalar.

Pela falta de exames e possibilidade de estarmos à frente de um caso de infarto agudo do miocárdio sem supra, o médico plantonista solicitou transferência do paciente para o Hospital Ministro Costa Cavalcanti, instituição referência para casos agudos em cardiologia, conforme exposto em seção anterior. Contudo, a solicitação foi negada, exigindo que o paciente apresentasse eletrocardiograma com supradesnivelamento do segmento ST ou curva em elevação das enzimas CPK e CKMB para poder ser transferido ao local.

Assim, o médico manteve o paciente em observação na sala amarela e solicitou coleta de enzimas CPK e CKMB a cada 4 horas, além de pedir novo

eletrocardiograma em 6 horas.

2.8.4 Análise

A comparação dos casos clínicos dos pacientes apresentados, com queixas principais idênticas, foi importante para perceber que a medicina não é uma ciência exata, exigindo que o médico tenha conhecimento sobre as mais diversas situações clínicas e diagnósticos.

Existem diversos diagnósticos diferenciais para dor torácica, pois muitas patologias podem cursar com esse sintoma. Relembrando do primeiro paciente que atendemos com dor torácica, há alguns anos, durante os primeiros semestres do curso, com certeza a única hipótese que vem à mente é o infarto, porque esse é o entendimento das pessoas leigas.

Hoje, percebe-se uma evolução no conhecimento, pois ao nos deparar com dor torácica, conseguimos elencar um leque maior de diagnósticos possíveis, como síndrome coronariana aguda, síndrome aórtica, pneumotórax, ruptura esofágica, síndrome do pânico, tromboembolismo pulmonar. Ainda temos muito a aprender e evoluir, porém vislumra-se uma curva ascendente do conhecimento adquirido ao longo deste ano de estágio.

A falta de recursos materiais, como o exame de troponina nas UPAs, dificulta a prestação de um atendimento médico de excelência. Infelizmente são pontos que precisam melhorar, porém enquanto não mudam, precisamos nos adaptar e trabalhar com os meios disponíveis.

Cabe salientar que, infelizmente, os pacientes com transtornos psiquiátricos, como o paciente do caso 1, ainda sofrem muito preconceito por parte da equipe de saúde, em todos os cenários vivenciados (UPAS, SAMU, HMPGL), sendo motivo de risos e piadas sobre o seu estado de saúde, mostrando o despreparo das equipes em atender a esse tipo de ocorrência. Ainda há muito o que “desconstruir”.

2.9 TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

2.9.1 Caso clínico

Atendimento realizado a paciente masculino, 59 anos, brasileiro, residente e procedente de Foz do Iguaçu, com queixa principal de “braço inchado”.

Relata história da doença atual que, há cerca de 05 dias, iniciou quadro de dor intensa, edema, rubor e empastamento em região bicipital do braço esquerdo. Buscou atendimento na UPA há 1 dia e foi transferido ao HMPGL, permanecendo no pronto-socorro. Relata que há cerca de 30 dias, realizou implante de marcapasso cardíaco, sem intercorrências.

Como história patológica pregressa, refere ser hipertenso, dislipidêmico e ex-tabagista há 10 anos, tendo fumado por 30 anos, consumindo cerca de 20 cigarros por dia, porém ainda “fuma de vez em quando”. Relata uso de álcool nos finais de semana, na quantia estimada de 10 latas de cerveja ao dia. Em uso de Prostatin 12/12h; Sinvastatina 40mg uma vez ao dia; Losartana 50mg 12/12h. Nega alergias medicamentosas e uso de entorpecentes.

Ao exame físico apresenta-se em BEG, LOTE, anictérico, acianótico, eupneico em ar ambiente, hemodinamicamente estável, sem uso de droga vasoativa. Ausculta cardíaca com bulhas normofonéticas, ritmo regular em dois tempos, sem sopros audíveis. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular reduzido difusamente, sem ruídos adventícios. Membro superior esquerdo apresenta rubor, calor, edema duro e elástico, empastamento e dor importante, com mobilidade reduzida, iniciando na articulação glenoumeral e se estendendo até as falanges distais da mão esquerda. Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

A conduta tomada pela equipe médica foi a prescrição de Enoxaparina (Clexane), 1mg/kg, subcutâneo de 12/12h; Varfarina (Marevan) 5mg, via oral, uma vez ao dia; analgesia de horário, além da solicitação de USG com doppler que evidenciou a trombose em veia subclávia esquerda. No momento, aguardando vaga para a enfermaria clínica.

2.9.2 Discussão

A escolha deste caso clínico para compor o presente trabalho baseou-se na reduzida frequência de casos semelhantes, sendo que a acadêmica nunca tinha observado um caso de trombose venosa profunda em membro superior até então.

No plantão noturno no pronto-socorro do HMPGL, os médicos residentes solicitaram a avaliação do paciente em questão. O paciente estava em observação na ala masculina do pronto-socorro, momento em que coletamos anamnese e realizamos exame físico completo. Verificou-se que o paciente apresentava o membro superior esquerdo edemaciado em toda sua extensão, empastamento muscular, apresentando rubor, calor e dor moderada, mesmo após administração de analgésicos.

Os sinais e sintomas apresentados pelo paciente corroboravam claramente para o diagnóstico de TVP de membro superior, sendo a primeira hipótese elencada no momento da anamnese e exame físico. Como diagnósticos diferenciais, enumeramos celulite, erisipela, trauma, picada de inseto, neoplasia de mediastino comprimindo estruturas venosas.

Evidenciou-se a necessidade de relembrar a fisiopatologia do caso. Buscamos materiais que rouxeram a informação sobre a Tríade de Virchow, a qual é a referência clássica para a instalação da trombose venosa profunda, sendo composta por lesão endotelial, estase venosa e alterações dos fatores da coagulação sanguínea, levando à trombogênese. Fatores de risco como hipertensão arterial, tabagismo e dislipidemia, apresentados pelo nosso paciente, causam uma espécie de “inflamação generalizada” no organismo, causando um estado pró-trombótico, fato que predispõe o mesmo a sofrer com essa patologia (LIMA, 2016).

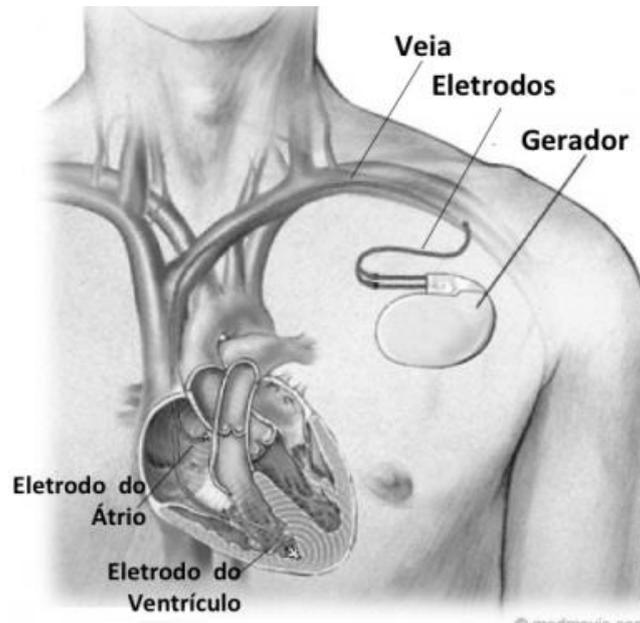
Visto isso, a história clínica coletada durante a anamnese fez pensar sobre a relação entre a trombose venosa profunda em membro superior esquerdo e a implantação do marcapasso cardíaco, ocorrida em momento anterior ao quadro clínico atual. Sentimos a necessidade de buscar mais informações sobre essa provável relação, ou se foi uma mera coincidência. Discutimos o caso com médicos residentes que estavam no plantão, porém nenhum deles sabia me informar a possibilidade dessa relação.

Então, na semana após o plantão, efetuamos algumas buscas na internet e em livros, com a finalidade de esclarecer a existência ou não de tal relação. Encontramos um relato de caso desenvolvido na Universidade Federal da Paraíba, o qual

proporcionou esclarecimentos importantes.

O artigo traz que, dentre os diversos fatores condicionantes da trombose venosa de membros superiores, podemos relacionar principalmente os acessos venosos, os quais são predispositores importantes dessa afecção abaixo (LIMA, 2016). Como exemplo, o autor traz a implantação de marcapasso cardíaco, uma vez que o procedimento é realizado através da veia subclávia esquerda, conforme ilustra a imagem:

Figura 6: Implantação do marcapasso cardíaco



Fonte: GOOGLE IMAGENS, 2019.

O procedimento realizado, cumulado aos fatores de risco apresentados pelo paciente, como tabagismo, dislipidemia e hipertensão arterial, o tornam um paciente propício a desenvolver patologias dessa natureza, uma vez que seu organismo apresenta-se em um estado pró-trombótico constante.

2.9.3 Análise

O atendimento a esse paciente, cumulado ao estudo direcionado ao caso clínico, promoveu o entendimento da fisiopatologia da trombose venosa profunda, bem como ensinou a reconhecer qual a clínica apresentada pelo paciente. Além disso, houve melhora dos conhecimentos sobre exames complementares e tratamento, além da

compreensão de que se trata de uma situação de urgência, que precisa de atendimento especializado.

Sobre a conduta tomada no atendimento ao paciente no pronto-socorro, o protocolo foi seguido, sendo realizada a terapia anticoagulante e solicitação do exame classificado como padrão-ouro, ou seja, a ultrassonografia com doppler do membro afetado.

Interessante evidenciar a existência da relação entre a implantação do marcapasso e a trombose venosa de membro superior, já que esta foi uma das primeiras hipóteses diagnósticas elencadas ao prestar o primeiro atendimento ao paciente, evidenciando sedimentação de conhecimentos adquiridos anteriormente no decorrer do curso de medicina.

Além disso, pudemos compartilhar o caso e a experiência com colegas de aula, uma vez que esse caso clínico foi bem diferente e poucos alunos já tinham visto quadros semelhantes.

2.10 TRABALHO DE PARTO NO CENÁRIO PRÉ-HOSPITALAR

2.10.1 Caso clínico

Atendimento realizado a paciente feminina, 22 anos, residente e procedente de Foz do Iguaçu, gestante, G2, P1, A0, com idade gestacional de 39 semanas e 3 dias, cuja queixa principal foi “minha bolsa estourou”.

Relata como história da doença atual que solicitou atendimento via telefone, o qual foi realizado pela viatura avançada do SAMU. Queixa-se de bolsa rota, há cerca de duas horas, com sangramento vaginal e dor intensa. Apresenta-se em bom estado geral, sinais vitais estáveis, contrações uterinas a cada 2-3 minutos e dilatação de 10 cm, sendo verificado situação de trabalho de parto em período de expulsão. Parto realizado na viatura, com auxílio médico, sem necessidade de episiotomia, sem intercorrências. Recém-nascido do sexo feminino, APGAR 9/10. Realizado clampeamento e corte do cordão umbilical, além de aquecimento do recém-nascido.

Como história patológica pregressa, evidenciou-se pré-natal realizado em UBS em Foz do Iguaçu, sem intercorrências, conforme consta na Carteira da Gestante.

Nega comorbidades, alergias e uso de medicamentos.

Ao exame físico, gestante apresenta-se em BEG, bolsa rota, em trabalho de parto ativo, com coroamento visível ao exame. Sinais vitais estáveis durante e após o trabalho de parto. Recém-nascido do sexo feminino, em BEG, APGAR 9/10, apresentando boa vitalidade.

A conduta tomada pela equipe médica foi a realização de parto vaginal na viatura avançada. Após, puérpera e bebê encaminhados ao HMCC, ambos em bom estado geral.

2.10.2 Discussão

Esse foi um dos atendimentos mais interessantes do ano inteiro de estágio. No decorrer do curso, abordou-se apenas sobre trabalho de parto em ambiente hospitalar, o que fez surgir a necessidade de buscar materiais sobre a assistência ao trabalho de parto no ambiente pré-hospitalar para ter mais conhecimento sobre o assunto.

O material do corpo de bombeiros do estado do Goiás traz alguns pontos importantes que devemos lembrar ao prestar atendimento à parturiente no pré-hospitalar. Primeiramente, é necessário coletar algumas informações com a gestante ou seu acompanhante, como nome completo, idade, quantidade de gestações e de partos, tipos de partos anteriores, se realizou o acompanhamento pré-natal (solicitar a caderneta da gestante), se houve intercorrências na gestação, se existe doença pré-existente, horário do início das contrações, frequência e intensidade e se houve ruptura da bolsa amniótica (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR, 2016).

Após, a equipe médica deve se paramentar e preparar o Kit Parto, composto por materiais esterilizados, como campos duplos e simples, clamps de laqueadura umbilical, lençól, manta térmica e touca para o recém-nascido. No atendimento em questão, não havia esse kit disponível na ambulância, e os materiais utilizados foram improvisados, pois o nascimento ocorreu muito rápido e não havia tempo hábil para chegar à maternidade.

A paciente foi posicionada em posição de litotomia, na maca existente dentro da ambulância. A viatura permaneceu estacionada em frente à residência da paciente, local seguro e tranquilo. As contrações passaram a ocorrer de forma mais

vigorosa e em poucos instantes visualizamos o coroamento da cabeça da criança.

O médico orientou à paciente que fizesse força junto com a contração, auxiliando no nascimento da criança (puxos maternos). O médico realizou a manobra das duas mãos, para proteção do períneo da parturiente, pressionando e segurando o períneo com a mão direita e controlando a saída da cabeça da criança com a mão esquerda, evitando lacerações, momento em que ocorreu o nascimento.

O recém-nascido chorou logo após o nascimento, apresentando boa vitalidade. O cordão umbilical foi cortado após parar de pulsar, sendo clampeado em dois locais: 8cm (quatro dedos) de distância do abdome do bebê; e cerca de 4cm (dois dedos) do primeiro clamp, sendo seccionado no local entre os clamps.

A criança foi enrolada em campos estéreis para ser aquecida, pois não havia manta térmica, nem touca pediátrica na viatura.

Nos manuais de obstetrícia, orienta-se ao profissional de saúde que entregue a criança saudável à mãe já nos primeiros minutos de vida após o parto, para que ela forneça a amamentação ao bebê. Porém, neste atendimento, não foi observado este ponto, e o bebê ficou nos braços do enfermeiro até a entrada da maternidade. Só nesse local, ele foi entregue à mãe, pela equipe do HMCC, para amamentação.

Outro ponto importante diz respeito à humanização do atendimento em urgência e emergência. A gestante encontra-se num momento de vulnerabilidade e completa exposição física ao entrar em trabalho de parto. Ela solicitou à equipe que seu esposo acompanhasse o atendimento, sendo que, a equipe médica composta apenas por homens (motorista, enfermeiro e médico), não permitiu que o pai da criança acompanhasse o parto.

A Lei Federal nº 11.108/2005, conhecida como “Lei do Acompanhante” garante que toda gestante, no âmbito do SUS, pode ter acompanhante por ela indicado, durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato. Verifica-se que houve não só “desumanização” no atendimento, mas também descumprimento de legislação federal.

2.10.3 Análise

Esse foi um dos atendimentos mais emocionantes que tivemos a oportunidade de presenciar nesse ano de estágio. Contudo, observou-se uma lacuna no

aprendizado durante o curso, eis que em nenhum momento do curso estudamos sobre trabalho de parto no cenário pré-hospitalar.

Como não foi permitido que o esposo acompanhasse o momento do parto, coube à acadêmica permanecer ao lado da gestante, verificando os sinais vitais no monitor, enquanto o médico e enfermeiro orientavam e aguardavam o nascimento da criança. A paciente encontrava-se em um momento de extrema fragilidade, e tivemos o instinto de segurar sua mão durante todo trabalho de parto, ato que talvez tenha deixado o atendimento mais humanizado.

Após o nascimento da criança, a paciente agradeceu o gesto, o que nos deixou realizadas. Não é só porque estamos no cenário da urgência e emergência que temos que deixar de lado o fato de que estamos atendendo seres humanos, repletos de sentimentos e fragilidades. Estar presente durante esse atendimento nos ensinou não só a questão técnica, mas principalmente no tocante ao exercício da empatia e da humanização do atendimento.

Figura 7: Acadêmicas segurando o bebê logo após o parto



Fonte: a autora, 2019. Imagem autorizada pela família.

Apesar de tudo ter evoluído sem intercorrências, os equívocos ocorridos durante o atendimento, como a falta dos materiais obstétricos, proibição do acompanhante da gestante no momento do parto e a demora em entregar a criança à

mãe para amamentação, não devem ser repetidos. Novamente, a capacitação frequente das equipes do cenário pré-hospitalar se mostra fundamental para auxiliar na melhoria da prestação do serviço, devendo ser implantada pelos gestores do sistema único de saúde.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ano de 2019 foi um ano de muitas experiências, positivas e negativas, verificando-se um grande salto no aprendizado e na sedimentação de conhecimentos, no qual pudemos conhecer e compreender melhor quem será a médica Cristiane no futuro próximo.

Por meio da prática das atividades do estágio, observou-se que a proatividade é uma característica fundamental, que precisa ser trabalhada e construída não só durante o internato médico, mas também durante toda vida do exercício profissional, pois agiliza e faz com que as atividades fluam de modo mais constante e eficaz.

Nota-se a evolução positiva da acadêmica no que diz respeito ao raciocínio clínico, abordagem inicial do paciente, apresentações e prescrições de medicamentos, bem como sobre como funciona e se organiza a rede de urgência e emergência da nossa cidade.

Claro que ainda há muito a aprender e a crescer. As maiores dificuldades encontradas neste ano dizem respeito a lacunas de conhecimento sobre diagnósticos e medicações, o que atrapalha a atividade prática diária. A busca pelo fechamento de tais lacunas acontece diariamente, por meio da rotina de estudos diários e identificação de situações que não foram bem sedimentadas nos anos anteriores do curso.

Aprender a gerenciar conflitos e lidar com pessoas difíceis também mostrou-se uma dificuldade no estágio de urgência e emergência. Muitas vezes, os alunos “unileiros” não eram bem-vindos nos cenários de prática, sendo que, em muitas situações, não fomos bem recebidos ou bem tratados por membros da equipe na qual estávamos inseridos. Saber se portar numa situação dessas faz toda diferença, e é um aprendizado constante, pois em qualquer local onde formos trabalhar no futuro, encontraremos pessoas de todos os tipos, e nem sempre seremos tratados do jeito que esperamos ser.

Outra dificuldade foi com relação ao horário do plantão. Estagiar durante a madrugada tornou-se extremamente cansativo, tornando-se improdutivo ter que realizar tarefas e raciocinar após uma ou duas horas da manhã. Existem colegas que se sentem dispostos realizando tarefas no horário noturno, sendo muito produtivos e ativos na madrugada, porém isso não se aplica à acadêmica.

Com relação aos cenários de prática, evidenciou-se um aprendizado

exponencial. A experiência de compartilhar os plantões com colegas e profissionais que, na maioria das vezes, foram solícitos e preocupados em sanar dúvidas, ensinar técnicas e passar todo conhecimento que somente anos de prática ensinam, mostrou-se muito positiva.. Percebe-se que ter um preceptor ao lado, que realmente queira ensinar e passar o conhecimento faz com que o plantão seja super produtivo e auxilia na sedimentação do aprendizado.

Outro ponto que observado sobre os cenários, foi a falta de educação continuada nos serviços de saúde da cidade. Acredito que a educação continuada de toda equipe de saúde, em todos os cenários de prática, pode trazer grandes benefícios aos pacientes, alunos, residentes e a todos os trabalhadores da saúde. A atualização constante promove melhoria do atendimento aos pacientes e do ambiente de trabalho, reduzindo erros, melhorando a prestação do serviço e até mesmo melhorando o ambiente de trabalho.

Sobre a construção deste trabalho, o mesmo foi desenvolvido ao longo do ano, desde o primeiro plantão. As anotações e estudos sobre os casos clínicos, atividades desenvolvidas e pontos a serem revisados foram levantados no decorrer do ano. A professora orientadora mostrou-se sempre solícita em atender dúvidas e questionamentos, corroborando à conclusão do trabalho.

Com relação à autoavaliação, denota-se que muitas atividades foram desenvolvidas ao longo do estágio, sendo perceptível nosso crescimento, mantendo uma rotina semanal de estudos sobre os temas da urgência e emergência e sempre tentando relacionar a teoria estudada com os casos clínicos vistos. Importante salientar que existem vários pontos nos quais preciso me dedicar mais e tenho trabalhado para que isso aconteça de forma eficiente.

REFERÊNCIAS

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR. **Manual operacional de bombeiros**: resgate pré-hospitalar. Goiânia, 2016. Disponível em <https://www.bombeiros.go.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/MANUAL-DE-RESGATE-PR%C3%89-HOSPITALAR.pdf>. Acesso em 12 out. 2019.

GOOGLE IMAGENS. Disponível em <https://www.google.com/imghp?hl=pt-BR>. Acesso em 05 abr. 2020.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Orientação Semiotécnica para o Exame Clínico**. 2ª edição. Santa Maria: Editora UFSM, 2010.

LIMA, Alexandre César da Cruz; BOTELHO, Luis Fábio Barbosa. **Trombose venosa profunda dos membros superiores**: relato de caso. Disponível em <http://www.ccm.ufpb.br/ccm/contents/documentos/biblioteca-1/tccs/tccs-2016/alexandre-cesar-cruz.pdf>. Acesso em 23 set. 2019.

MARTINS, Herlon Saraiva *et al.* **Medicina de Emergência**: abordagem prática. 12ª edição. São Paulo: Editora Manole, 2017.

SALA DE PARADA. **Intubação na prática**. Ebook disponível em <https://saladeparada.com.br/ebook-intubacao-na-pratica>. 2018. Acesso em 19 mai. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Sinais de infecção em idosos**. Disponível em <http://www.sbgg-sp.com.br/pro/sinais-de-infeccao-em-idosos>. Acesso em setembro 2019.

UNASUS. **Redes de Atenção à Saúde**. Disponível em http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes05.pdf. Acesso em 15 mar. 2020.