

## **PARECER DO PADRÃO ESPERADO DE PROCEDIMENTO DA PROVA DE HABILIDADES CLÍNICAS (PEP)**

### **ESTAÇÃO 2 - ÁREA: CIRURGIA GERAL**

A Estação 2 do Revalida consistia em um paciente com trauma abdominal por arma branca em parede anterior do abdome, após briga, há cerca de 40 minutos. O objeto não estava alojado no corpo, segundo a descrição do caso, e o paciente apenas queixava-se de dor no local do ferimento e os sinais vitais encontravam-se dentro dos limites da normalidade. O paciente simulado apresentava uma ferida simulada que não atravessava o peritônio, portanto não penetrante na cavidade abdominal.

O impresso 1 demonstrava os sinais vitais do paciente (Frequência cardíaca= 98bpm; Frequência respiratória = 16ipm; pressão arterial 110x70mmHg; e saturação de oxigênio=96%) que estava hemodinamicamente estável; e o exame físico abdominal demonstrava abdome plano e normotenso, ruídos hidroaéreos presentes, sem sinais de irritação peritoneal. E também a presença de ferimento corto-contuso de 3 cm no hipocôndrio direito (parede abdominal anterior).

Esperava-se do candidato conhecimento e habilidades de comunicação, anamnese, paramentação, técnica asséptica, anestesia local e diagnóstico e conduta de trauma abdominal penetrante por arma branca, sem violação do peritônio. O paciente simulado estava orientado a responder caso o candidato realizasse as perguntas, portanto, características como estar desempregado, fumar, uso de bebida alcoólica estavam alinhadas com o perfil do paciente e o candidato saberia caso houvesse perguntado. As características da faca também estavam descritas ao paciente simulado, que responderia caso a anamnese dirigida fosse realizada: faca usada por açougueiros, com base larga e que se afina somente na ponta ( $\pm 12$  cm).

O *checklist* do examinador inicia-se com o item 1, em que a conduta esperada do candidato era cumprimentar e se identificar adequadamente ao paciente simulado. No item 2, esperava-se, através da anamnese, que o candidato identificasse pontos fundamentais, tal como o estado de vacinação do paciente.

O itens 3 e 9 avaliaram a tomada de decisão pela exploração da ferida como ponto fundamental para a conduta perante um trauma penetrante por arma branca na parede abdominal anterior, uma vez que a observação de penetração na cavidade peritoneal ou não definiria pelo tratamento cirúrgico ou pela simples sutura da ferida, enquanto os itens 4, 5, 6, 7 e 8 avaliaram o conhecimento e a habilidade de paramentação, técnica asséptica e anestesia local.

Segundo o ATLS de 2009(1), a exploração digital do ferimento faz parte do exame físico, pois caso seja observada a integridade do peritônio, sem penetração abdominal, fica definida a conduta não operatória (1). Esta conduta foi avaliada nos itens 3 e 9 do *checklist* do examinador. No item 3, a conduta esperada do candidato era inicialmente a indicação da realização do procedimento de exploração digital e a explicação ao paciente simulado da necessidade desta exploração; e, no item 9, esperava-se, com a realização do procedimento de exploração digital da ferida usando luva estéril, a identificação da integridade do peritônio (a qual é evidente no simulador de ferida).

Nos itens 4, 5, 6, 7 e 8 do *checklist*, foram avaliadas a habilidade de paramentação e a técnica asséptica, que são habilidades cirúrgicas esperadas de todo médico generalista formado no Brasil. Esperava-se que o candidato colocasse inicialmente gorro e máscara e, posteriormente, a luva de procedimento (mas também foi aceito se ele colocou inicialmente a luva estéril). A conduta de técnica asséptica exigia a limpeza da ferida com clorexidine alcoólico, o qual estava à disposição do candidato na sala da Estação 2. A anestesia local deveria ser demonstrada, realizando a aplicação nas bordas íntegras do ferimento. E esperava-se como adequada a troca da luva de procedimento por estéril para a exploração da ferida para não permitir contaminação da ferida traumática do abdome do paciente.

Ferimentos de arma branca em abdome anterior, caso não haja penetração do peritônio parietal, a limpeza local e o fechamento da ferida podem ser realizados nos ferimentos de duração de até 6 horas. Neste caso o paciente apresentava ferimento por arma branca na parede abdominal anterior após briga em bar há cerca de 40 minutos; portanto, esperava-se como conduta do candidato a indicação da realização da sutura no item 10.

No item 11, esperava-se o uso de critério e bom senso do candidato para explicar ao paciente a necessidade de observação por curto período. A observação clínica por curto período de tempo é conduta clínica esperada, pois o paciente acabara de sair de um traumatismo devido a uma briga de bar e sofrera ferimento por arma branca. No *checklist* a observação clínica exigida era de curto período de tempo (cerca de 6 horas) implicava em cuidado adequado e não na conduta do ATLS, em caso de dúvidas diagnósticas acerca da penetração ou não na cavidade abdominal que exigiria exame clínico seriado ou outras investigações por exames complementares (1).

Portanto, nos itens 11, 12, 13, e 14, foram avaliados a habilidade e o conhecimento do candidato em realizar às orientações mínimas que deveriam ser dadas ao paciente e incluíam: a) orientar observação clínica por curto período (cerca de 6 horas) (bom senso clínico) para não dar alta logo após o trauma (item 11); b) orientar acerca da retirada de pontos entre o 5º e o 7º dia pós procedimento (item 12); c) orientar acerca da necessidade do reforço da vacinação antitetânica no item 13 (o objeto que causou o ferimento não pôde ser avaliado); d) explicar que não é necessário o uso de antibióticos (uma vez que o intervalo entre a lesão e o atendimento foi de apenas 40 minutos e a ferida tinha aspecto limpo, sem sujidades) (item 14); e e) orientar o paciente acerca de retorno ao serviço de saúde em caso de piora da dor, alterações do hábito intestinal e febre, ou queda/piora do estado geral; são recomendações básicas e quem respondia ao menos 3 já apresentou o item 15 do *checklist* como adequado.

Com relação ao item 12, orientar a retirada de pontos entre o 5º e o 7º dia pós procedimento, existe, sim, precedência para verificação do recurso, uma vez que considerar apenas do 5º ao 7º dia pós procedimento como correto pode restringir a um período apenas, sendo que muitos livros e artigos de referência em feridas e cicatrização ampliam este período de retirada de pontos para 7 a 14 dias (4). Pode haver variação maior do que 5 a 7 dias, podendo chegar até a 10 dias, dependendo da localização da ferida, do estado nutricional do paciente, ou das condições locais na hora da reavaliação.

O curto espaço de tempo entre o ferimento e o atendimento (menos do que 6 a 8 horas); e o aspecto da ferida simulada, que se apresentava limpa, caracterizaram a não necessidade de antibiótico, portanto, cabia ao médico explicar ao paciente que não haveria necessidade de antibióticos, como foi avaliado no item 14 (1,2). Neste item, existia, inclusive, a orientação para o paciente simulado perguntar se não havia necessidade de antibiótico para o candidato responder de forma adequada que não era necessário.

Portanto, nesta estação esperava-se como ação do candidato realizar o atendimento do paciente simulado; adotar a conduta médica necessária e demonstrar a realização de procedimentos médicos, caso necessário. Portanto, a comunicação adequada, a verbalização e a explicação de cada passo da conduta são condutas esperadas do médico. Além disso, a conduta médica adequada e necessária exige a paramentação adequada, que incluem colocação de gorro, máscara, luva de procedimentos ou luvas estéreis, bem como outros procedimentos necessários para a adequada avaliação do ferimento do paciente. Está bem claro pela palavra “demonstração” que os procedimentos deveriam ser realizados, exceto caso fosse explicitado o contrário, como aconteceu com a entrega do impresso 2, no qual estava explícito “Considere o procedimento de sutura realizado. Qualquer outro procedimento que implicasse em avaliação e conduta no paciente deveria ser demonstrado. Por essa razão, a sala

de exame dispunha de todos os materiais necessários para a realização dos procedimentos requeridos na Estação 2.

Comissão Assessora de Avaliação da Formação Médica – CAAFMM

### **Referências**

1. American College of Surgeons Committee on Trauma. Abdominal and Pelvic Trauma. In: **Advanced Trauma Life Support Student Course Manual**, 9th ed, chp 5. 2012. 123-140.
2. MARTINS, H. S.; DAMASCENO, MC de T.; AWADA, S.B. **Pronto-socorro: medicina de emergência** 3ª edição. Baurer, SP: Manole, 2013, pp. 679-81.
3. TOWNSEND, C. D.; BEUCHAMP, R. D.; EVERS, B. M.; MATTOX, K. L. **Sabiston: tratado de cirurgia. A Base da Prática Cirúrgica Moderna**. 19ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
4. SABISTON, D. C. Jr.; ed. et al. **Tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna**. 19ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
5. CAMPOS, ACL; BORGES-BRANCO, A; GROTH, AK. **Cicatrização de feridas**. ABCD Arq Bras Cir Dig, 2007; 20 (1): 51-8.