

Caderno de Situações - Problema

I Semestre de 2014



Curso de
Graduação
em Medicina



FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS
CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
CCS - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

MANTENEDORA: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS - FESO

CONSELHO DIRETOR

Presidente

Antonio Luiz da Silva Laginestra

Vice-Presidente

Jorge de Oliveira Spinelli

Secretário

Luiz Fernando da Silva

Vogais

Jorge Farah

Kival Simão Arbex

Luiz Fernando da Silva

Paulo Cezar Wiertz Cordeiro

CONSELHO CURADOR

Presidente

Ariovaldo Antonio de Azevedo

Alexandre Fernandes de Marins

José Luiz da Rosa Ponte

Luiz Roberto Veiga Corrêa de Figueiredo

Wilson José Fernando Vianna Pedrosa

DIREÇÃO GERAL

Luis Eduardo Possidente Tostes

F977 Fundação Educacional Serra dos Órgãos.
Centro Universitário Serra dos Órgãos.
Caderno de situações-problema do curso de graduação em Medicina – primeiro semestre de 2014 / Fundação Educacional Serra dos Órgãos. --- Teresópolis: UNIFESO, 2014.

186f.

1-Fundação Educacional Serra dos Órgãos. 2- Centro Universitário Serra dos Órgãos. 3- Situações-problema. 4- Medicina. I. Título

CDD 378.007

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

MANTIDA: CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS - UNIFESO

CHANCELARIA

Antonio Luiz da Silva Laginestra

REITORIA

Verônica Santos Albuquerque

PRÓ-REITORIA ACADÊMICA

José Feres Abido Miranda

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS – CCHS

Ana Maria Gomes de Almeida

Curso de Graduação em Administração

Jucimar André Secchin

Curso de Graduação em Ciências Contábeis

Jucimar André Secchin

Curso de Graduação em Direito

Leonardo Figueiredo Barbosa

Curso de Graduação em Pedagogia

Maria Terezinha Espinosa de Oliveira

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS

Mariana Beatriz Arcuri

Curso de Graduação em Ciências Biológicas

Carlos Alfredo Franco Cardoso

Curso de Graduação em Enfermagem

Selma Vaz Vidal

Curso de Graduação em Farmácia

Valter Luiz da Conceição Gonçalves

Curso de Graduação em Fisioterapia

Andréa Serra Graniço

Curso de Graduação em Medicina

Manoel Antônio Gonçalves Pombo

Curso de Graduação em Medicina Veterinária

André Vianna Martins

Curso de Graduação em Odontologia

Monique da Costa Sandin Bartole

CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA - CCT

Elaine Maria Paiva de Andrade

Curso de Graduação em Ciência da Computação

Laion Luiz Fachini Manfroi

Curso de Graduação em Engenharia Ambiental e Sanitária

Vivian Telles Paim

Curso de Graduação em Engenharia de Produção

Vivian Telles Paim

Curso de Graduação em Engenharia Civil

Heleno da Costa Miranda

DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO

Edenise da Silva Antas

DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO

Solange Soares Diaz Horta

DIRETORIA DE PLANEJAMENTO

Michele Mendes Hiath Silva

ÓRGÃOS SUPLEMENTARES

CENTRO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS – CESO

Roberta Franco de Moura Monteiro

CLÍNICA-ESCOLA DE FISIOTERAPIA

Alba Barros Souza Fernandes

CLÍNICA-ESCOLA DE MEDICINA VETERINÁRIA

Priscila Tucunduva

CLÍNICA-ESCOLA DE ODONTOLOGIA PROF. LAUCYR PIRES DOMINGUES

Leonardo Possidente Tostes

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS COSTANTINO OTTAVIANO – HCTCO

Rosane Rodrigues Costa

AUTORES

Adriana dos Passos Lemos

Agnes Bueno dos Santos

Alexandre de Pina Costa

Álvaro Henrique Sampaio Smolka

Ana Maria Pereira Brasília de Araújo

Ana Paula Faria Diniz

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Anamarina Coutinho Barros de Britto

Andréia Santana Silva Moreira

Aniele de Pina Costa

Augusto Cezar M. Pereira de Bastos

Bruna Salgueiro Bruno

Bruno Rodrigues Rosa

Carlos Humberto Longobardi Vilhena

Carlos Luiz da Silva Pestana

Carlos Pereira Nunes

Carlos Romualdo Barbosa Gama

Carmem Maria S. L. M. Dantas da Silva

Cláudia de Lima Ribeiro

Daurema Conceição Docasar S. Silva

Débora Passos da Silva Jones

Emilene Pereira de Almeida

Erick Vaz Guimarães

Etelka Czako Cristel

Fernanda Capelleiro Nascimento

Flávio Antônio de Sá Ribeiro

Floriano Tadeu Garcia

Francisco Xavier Dourado Fialho de Oliveira

Geórgia Dunes da Costa Machado

Geórgia Rosa Lobato

Gleyce Padrão de Oliveira Zambrotti

Hélio Pancotti Barreiros

Ingrid Tavares Cardoso

Jeanne D'Arc Lima Fontaine

Jorge André Marques Bravo
José Carlos Lima Campos
Julia Paula Alves Dias dos Santos
Julio de Carvalho Neto
Kátia Liberato Sales Scheidt
Leandro Oliveira Costa
Leda Jung dos Santos
Lilian Kuhnert Campos
Lorileia Chaves de Almeida
Luciana da Silva Nogueira de Barros
Luis Antônio Lopes Pereira
Luis Cláudio de Souza Motta
Luis Roberto Barbosa de Melo
Luis Sérgio Lobianco
Margarete Domingues Ribeiro
Maria Aparecida Rosa Manhães
Maria de Fátima da S. Moreira Jorge
Mario Castro Alvarez Perez
Patrícia Araujo Correa Coelho
Patrícia Estrella Liporace Barcellos
Paulo Cesar da Fonseca Coelho
Paulo Freire Filho
Paulo José Pereira Camandaroba
Pedro Henrique Netto Cezar
Renata Figueiredo Frujuelli de Mello
Roberto Luiz Hungerbüler Pessôa
Robson Correa Santos
Rodrigo da Silva Bitzer
Rosalda Motta Diniz de Moura
Rosiane Fátima Silveira de Abreu
Sandro Javier Bedova Pacheco
Sheila da Cunha Guedes
Sueli Araújo Rodrigues
Suzelaine Tanji
Thiago Bretz Carvalho

Thiago Badaró da Silva
Valéria Francisca do Nascimento
Vânia Silami Lopes
Vanila Faber Palmeira
Walney Ramos de Sousa

Revisores

Andréa de Paiva Dóczy
Claudia Aparecida de Oliveira Vicente
Etelka Czako Cristel
Luciana Rosa Rúbio da Silva
Luis Filipe da Silva Figueiredo
Manoel Antônio Gonçalves Pombo
Mariana Beatriz Arcuri
Sueli Araújo Rodrigues
Walney Ramos de Sousa

Formatação

Grasiela Cardinot da Silva

Índice

APRESENTAÇÃO	14
CAPÍTULO 1	15
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO PRIMEIRO PERÍODO	15
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01.....	16
A Chegada Ao Novo Mundo	16
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	18
Situação inesperada	18
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	20
Pontos de Vista	20
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	22
Que Ciclo é Este!.....	22
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	23
Uma Segunda Chance!	23
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	24
Contagem Regressiva	24
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	25
É chegada a hora!	25
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	26
Uma nova vida!	26
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	28
Muitas Dúvidas.....	28
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10.....	30
Falta Muito Pouco.....	30
SITUAÇÃO-PROBLEMA 11.....	32
Grandes certezas	32
CAPÍTULO 2	33
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO SEGUNDO PERÍODO	33
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01.....	34
Tem coisas que nascem com a gente e tem coisas que a gente adquire com a vida	34
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	35
Um passo para trás e dois para frente.....	35
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	37
Nem tudo é fácil de entender!.....	37
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	39
Não é fácil ser criança.....	39
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	41
Essa tal de Adolescência.....	41
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	43
Flecha do Cupido.....	43
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	45
Pra frente Brasil.....	45
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	47
Essas crianças são terríveis.....	47
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	49
Pra frente Brasil 2.....	49

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10.....	51
Um churrasco e suas consequências.....	51
CAPÍTULO 3	53
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO TERCEIRO PERÍODO	53
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01.....	54
Um plantão de verão.....	54
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	55
Vida que segue	55
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	56
O corpo fala.....	56
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	57
Uma noite mal dormida	57
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	58
Vivendo e aprendendo	58
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	59
Ossos do Ofício	59
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	60
Saco Vazio não fica em pé.....	60
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	61
Nunca é tarde demais.....	61
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	63
A Saúde é o nosso bem maior!.....	63
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10.....	65
Fome de viver	65
CAPÍTULO 4	67
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO QUARTO PERÍODO	67
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01.....	68
“Idas e vindas”.....	68
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	70
“Diário da casa azul”	70
“Made by Gabi”.....	70
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	71
“O PITI DE MARIA DAS DORES”	71
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	72
“Momentos de decisão de um homem decidido (e bem sucedido)!”	72
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	74
“Nós não envelhecemos, nós vivemos!”	74
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	76
“Tempos Difíceis”	76
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	78
“Superbactéria mata duas pessoas em hospital de Montes Claros”	78
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	80
Nem tudo que reluz é ouro!	80
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	82
“Família que adocece unida, permanece unida.”	82
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10.....	83
“Do amor e na dor”	83

SITUAÇÃO-PROBLEMA 11.....	85
“Mais vale perder um minuto na vida, do que a vida num minuto”.....	85
SITUAÇÃO-PROBLEMA 12.....	86
“É O FIM DA PICADA...”.....	86
CAPÍTULO 5.....	88
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO QUINTO PERÍODO	88
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01.....	89
Um mundo de dúvidas.....	89
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	91
Coisas que acontecem.....	91
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	93
Então Surpresas.....	93
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	95
Muito aprendizado e muito susto... Será sempre assim?.....	95
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	98
Reveses da vida.....	98
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	100
No consultório: duas primas, um encontro, dois problemas.....	100
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	103
Um médico: duas vidas, algumas soluções.....	103
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	105
Coisas que acontecem!.....	105
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	107
Tempos tempestuosos: medo, angústia, incerteza.....	107
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10.....	109
Ainda não é tarde.....	109
CAPÍTULO 6.....	111
Situações-Problema do Sexto Período	111
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01.....	112
Fugindo de um problema, achando outro pior.....	112
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	114
Que dia cheio!.....	114
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	117
Tarde de Outono.....	117
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	119
Maria e seu dia na UBSF.....	119
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	121
Reunião de serviço.....	121
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	123
Que dor chata.....	123
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	124
Que dia de ambulatório.....	124
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	126
Um problema de Saúde Pública.....	126
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	128
Ufa! Que susto.....	128

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10.....	130
Problema de adolescente??	130
CAPÍTULO 7	132
Situações-Problema do Sétimo Período.....	132
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01.....	133
Câncer no Reino Unido.....	133
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	135
Que Pena! Podia ser diferente.....	135
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	137
Podia ter sido evitado.....	137
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	139
Triste fim de Joana.....	139
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	141
Que problema é não se amar!.....	141
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	143
Mais um desafio.....	143
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	145
Será que é “mal de família”?	145
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	147
Pode o amarelo mudar?.....	147
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	149
Nem sempre a ciência dá conta.....	149
CAPÍTULO 8	151
Situações-Problema do Oitavo Período.....	151
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01.....	152
Doutrina Monroe... But Only for US(A).....	152
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	155
2FAST 4YOU.....	155
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	157
Dois coelhos	157
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	159
Elementar, meu caro... Leite?	159
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	160
Perdendo a cabeça	160
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	163
Another day in paradise	163
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	165
O Canto do ganso cinza	165
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	167
Isaac Bem Solomon: Vivendo Protegido pelo cigarro?.....	167
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	169
From The Bing Bang Theory to the Bowel Boundaries: a Scientific Journey.....	169
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10.....	171
Ser ou não ser, eis a questão.....	171
SITUAÇÃO-PROBLEMA 11.....	173
Os possíveis Tumores de Francisco- Exercício Diagnóstico.....	173

SITUAÇÃO-PROBLEMA 12.....	175
Pernas pra quem te quero.....	175
SITUAÇÃO-PROBLEMA 13.....	177
“O Canto da Sereia”.....	177
SITUAÇÃO-PROBLEMA 14.....	179
“PARECE, MAS NÃO É!”.....	179
Bibliografia	181
1º PERÍODO – CICLO DE VIDA – CONCEPÇÃO E FORMAÇÃO DO SER E DESENVOLVIMENTO ATÉ 1ª INFÂNCIA	181
2º PERÍODO – CICLO DE VIDA – DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	181
3º PERÍODO – CICLO DE VIDA – VIDA ADULTA, SENESCÊNCIA E ENVELHECIMENTO.	182
4º PERÍODO – CICLO DE VIDA – VIDA ADULTA, SENESCÊNCIA, ENVELHECIMENTO, FINITUDE E MORTE.	183
5º PERÍODO – CICLO DE VIDA – SAÚDE DA MULHER	184
6º PERÍODO – CICLO DE VIDA – SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	185
7º PERÍODO – CICLO DE VIDA – APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DO ADULTO E DO IDOSO	185
8º PERÍODO – CICLO DE VIDA – APRESENTAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DO ADULTO E DO IDOSO.....	186

**SITUAÇÕES-PROBLEMA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
DO PRIMEIRO SEMESTRE DO ANO DE 2014**

SITUAÇÕES-PROBLEMA DO PRIMEIRO AO OITAVO PERÍODOS

APRESENTAÇÃO

O Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO adota o currículo integrado, construído com base na formação de competências e a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), como metodologia de ensino- aprendizagem. Assim sendo, as situações-problema (SP) se revertem de importância capital como disparador dos temas constituintes do currículo do Curso e do recorte curricular de cada Período.

Uma SP para o curso de medicina deve trazer recortes da realidade e ser capaz de suscitar nos estudantes o desafio de identificar os problemas de saúde envolvendo um sujeito ou uma comunidade, formular hipóteses explicativas para dar conta dos problemas identificados, e propor planos de Cuidados.

Com esse olhar, a construção das SP se ancora no Núcleo Condutor de Histórias, construído pela Equipe de Construção de Situações Problema (ECSP).

As SP são critério-referenciadas, construídas com base no “Termo de Referência Para Construção de Situação Problema Para o Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO”.

CAPÍTULO 1

SITUAÇÕES-PROBLEMA DO PRIMEIRO PERÍODO

Autores

Adriana dos Passos Lemos

Agnes Bueno dos Santos

Ana Maria Pereira Brasília de Araújo

Cláudia de Lima Ribeiro

Débora Passos da Silva Jones

Etelka Czako Cristel

Geórgia Dunes Machado

Gleyce Padrão de Oliveira Zambrotti

Jeanne D'Arc Lima Fontaine

Leda Jung dos Santos

Maria de Fátima da S. Moreira Jorge

Roberto Luiz Hungerbüler Pessôa

Sueli Araújo Rodrigues

Vânia Silami Lopes

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

A Chegada Ao Novo Mundo

João Afonso chega cheio de planos e expectativas a Problemópolis, cidade com 160 mil habitantes cuja principal fonte de renda é a produção agrícola de hortaliças. Possui pequeno parque industrial e, pela proximidade com a capital do Estado, apresenta algumas áreas de invasão e alto índice de favelização.

O Centro Universitário de Problemópolis (UNIP) recebe um grande número de estudantes de outros municípios e estados e foi o local escolhido pelo rapaz para fazer seu tão sonhado curso de graduação em Medicina.

João Afonso mal chegara à UNIP e um turbilhão de pensamentos e sentimentos já o incomodava:
- Será que conseguirei estudar, gerir o orçamento mensal, fazer compras de supermercado, limpar e arrumar a casa? E os imprevistos, como lidar com eles?

Precisava se organizar para dar conta de tudo. Nossa! Como sua família fará falta!

Logo no primeiro dia, a Coordenadora do período explicou a ele e aos seus novos colegas, que não teriam as disciplinas de Anatomia, Fisiologia, Histologia, Bioquímica, Biofísica, como num currículo tradicional, e que já neste período estariam inseridos em uma Unidade Básica Saúde da Família (UBSF), como parte integrante da equipe com várias atribuições tais como: visitas domiciliares(VD), participação nos grupos de gestantes, acompanhamentodas gestantes, atividades em creches e escolas, mapeamentodo território para reconhecimento do mesmo, orientando a comunidade dentro e fora da Unidade em relação à prevenção de agravos.

Informou também que a Instituição tinha passado por uma mudança curricular, assim como outras faculdades de medicina no Brasil. Esclareceu também que essa mudança pautava-se nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina e que o ensino se fundamentava em Metodologias Ativas.

Discorreu sobre aprendizagem significativa, os diferentes passos da sessão tutorial e a avaliação formativa. Sugeriu, também, que os acadêmicos fizessem uma leitura do Planejamento do primeiro período do curso e aprofundassem eventuais dúvidas com seus tutores.

Terminada a explanação, ele e seus colegas foram orientados a procurar seu grupo tutorial.

A sala de tutoria em nada se comparava com aquela do cursinho pré-vestibular. Uma mesa grande e única rodeada por cadeiras possibilitava o contato visual com todos do grupo. Essa conformação, a princípio, parecia estimular a conversa que, com o passar do tempo, ficara bem descontraída. Entretanto, com a chegada do tutor, toda a empolgação inicial se transformara num grande pavor. Como aprenderiam a ser médico sem um professor? Qual o papel desse tutor?

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

Situação inesperada

João Afonso caminha apressado em direção à Faculdade. Ao chegar próximo da portaria principal da UNIP, ouve gritos e, em seguida, observa um carro atropelar um casal. Rondinelli e sua esposa Maria das Dores, vítimas do acidente, ficaram caídos no chão sem socorro.

Assustado, João Afonso se aproxima. Sem saber o que fazer, disca pelo celular para os bombeiros. A pessoa que o atende faz algumas perguntas e, em poucos minutos, chegam duas ambulâncias.

João observa que Rondinelli está aparentemente desorientado e com dificuldade para respirar e ao olhar para Maria das Dores, caída sobre uma poça de sangue, acredita que a mesma apresenta uma deformação no braço.

Após avaliação rápida da cena, os profissionais de saúde isolam a área e iniciam os primeiros socorros, usando luvas e máscaras. João logo se lembra do acidente do seu piloto favorito, Schumacher.

Em poucos minutos, Rondinelli está respirando melhor e, totalmente imobilizado, é levado ao hospital na primeira ambulância. Maria das Dores, com o braço estabilizado, segue na segunda.

Sem entender como conseguiram resolver as prioridades de atendimento e de remoção, João Afonso se afasta da cena e, ao encontrar sua veterana Patrícia, comenta:

- Será que algum dia serei capaz de realizar um socorro como o que eu vi hoje?
- Será sim, João. Responde a menina. O que eles fizeram hoje foi usar um pensamento científico, você percebe?
- Como eles concluíram que aquela ordem de prioridade de atendimento era a correta? Pergunta João.
- Eles usaram o conhecimento prévio, avaliaram a cena e só depois decidiram pela conduta. Explica Patrícia.
- O que me garante que a conclusão a qual eles chegaram é a certa? Insiste João.
- A melhor conclusão sempre será fruto de uma observação minuciosa dos fatos.

Ao receber uma Situação-problema você utiliza seus conhecimentos prévios para fazer algumas hipóteses. Essas hipóteses serão a base dos seus estudos porque o seu objetivo final será refutá-las ou confirmá-las. Ao receber um paciente no consultório será assim também, você não acha?

- O que você acha ter acontecido com Maria das Dores? Pergunta João.

- Provavelmente você sabe que houve uma lesão tecidual, com comprometimento ósseo do membro superior e que os tecidos humanos apresentam características histológicas diferentes em função de suas diferenças celulares. E, afinal, o que é uma célula? Se eles não tivessem o conhecimento prévio da anatomia dos órgãos afetados, como eles agiriam? Seria um desastre! Você está usando conhecimento prévio aplicado em observações. Isso é pensamento científico.

Entusiasmado com o que acabara de ouvir e ver resolveu ir à biblioteca e folhear vários livros. No de Anatomia, encontrou um capítulo somente sobre “planos e eixos do corpo humano” que lhe pareceu ser fundamental para iniciar seus estudos. No de Histologia, viu que a primeira seção abordava os “tecidos fundamentais”. Ficou todo animado imaginando como seria interessante estudar aqueles assuntos, com a certeza de que este era apenas o primeiro passo.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

Pontos de Vista

Hoje, João Afonso acorda ansioso porque irá, pela primeira vez, à Unidade Básica de Saúde (UBSF).

Ao chegar, ele e seus colegas são recepcionados pela equipe e encaminhados à sala de reuniões, onde recebem informações acerca da hierarquização do Serviço de Saúde prestado pelo Município.

A rede municipal de saúde de Problemópolis tem cobertura de 40% para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) através de doze UBSF, três UBS, três Unidades de média complexidade e da parceria com o setor privado com uma Unidade Hospitalar e, mais recentemente, com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Terminada a explanação, os estudantes são convidados para participar de uma das reuniões semanais da UBSF. Hoje, o tema principal do encontro é o Planejamento Familiar.

Ao entrar na sala, João Afonso escuta de uma das pacientes que seu maior sonho é ser mãe.

Dinorah, casada com o primo de primeiro grau que desde a infância é muito ciumento, expressa que o seu desejo é rodeado de grande preocupação porque teme pela saúde de seu bebê. Diz saber de várias histórias sobre o nascimento de crianças fruto de casamentos consanguíneos, histórias essas que são interpretadas por seu marido como desculpa para uma possível traição. Ele diz que vai fazer questão de realizar o teste de DNA, para comprovar que é seu filho.

A equipe sensibilizada com o desabafo de Dinorah explica, com vocabulário acessível, como a informação é passada dos genitores para a prole e a probabilidade do aparecimento de defeitos genéticos em filhos de casais com parentesco tão próximo. Além disso, enfatiza a importância de se conhecer o grupo sanguíneo e o fator Rh do casal.

Ainda durante o encontro, os acadêmicos dos cursos de medicina e enfermagem utilizam desenhos e gravuras para apresentar o Sistema Reprodutor Masculino, a formação e o caminho percorrido pelos espermatozoides.

Ao final, a equipe se despede dos presentes e informa o tema do próximo encontro.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

Que Ciclo é Este!

- Esse método me pegou de jeito! Disse João Afonso, na última tarde de domingo, a seu colega de apartamento, Daniel Vitor, que também está no primeiro período do curso de Medicina.

Estudamos, na última situação-problema, o Sistema Reprodutor Masculino, a espermatogênese e os hormônios que regulam o seu funcionamento. Agora, fico me perguntando sobre os eventos que ocorrem nas mulheres.

- O que é o ciclo menstrual? Todos os órgãos do Sistema Reprodutor Feminino sofrem alterações durante o ciclo menstrual?

As meninas estão sempre atribuindo à tensão pré-menstrual (TPM) as dores de cabeça, a irritação e as variações de humor que antecedem a menstruação. Será que isso realmente existe?

- Calma, João! Você está me deixando confuso. Ainda estou tentando entender o que é um hormônio, onde são produzidos e como conseguem achar exatamente o local de ação no meu organismo. Isso, por enquanto, é o que mais me intriga!

A fala de Daniel deixa João Afonso pensativo. Ele percebe que as dúvidas do colega são também as suas dúvidas.

- Não sei respondê-lo, Daniel, mas me lembro que li algo sobre o eixo hipotálamo-hipófise-gônada.

Acho que existe alguma espécie de porta nas células por onde os hormônios entram e saem fazendo as modificações necessárias! O que você acha?

- Se for assim, qualquer hormônio entra em qualquer célula.

- Será que não existem “portas” específicas? Como a ação desse hormônio acaba?

- Eh, Daniel, é melhor tentarmos encontrar tais respostas em alguma fonte confiável. Que tal irmos amanhã cedo à Biblioteca?

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

Uma Segunda Chance!

As reuniões semanais da UBSF que João Afonso frequenta o deixam tão entusiasmado que contagiou seu colega Daniel Vitor. Ambos acreditam que o contato precoce com os pacientes, esclarecendo suas dúvidas, compartilhando seus medos e alegrias é fundamental para a sua formação pessoal e profissional.

Hoje, as atividades estão voltadas para o grupo de gestantes onde também foi explicado o fundamento do exame de diagnóstico de gravidez, visto que Jéssica, “marinheira de primeira viagem”, havia apenas feito o teste de farmácia que dera positivo: Pode confiar nele? É garantido que ela está realmente grávida com este resultado. Ansiosa, Jéssica aguardava sua primeira consulta do pré-natal sendo informada de que deveria realizar os vários exames de rotina.

Jéssica estava sonhando em acompanhar a gestação com ultrassonografias semanais para que pudessem mostrar o desenvolvimento de seu bebê.

Outra gestante, Rita, já a desanimou neste seu sonho em relação à ultrassonografia, informando ao grupo dos riscos associados à formação do embrião. São muitas as perguntas. Mas por que precisa fazer o exame? Se há risco, por que os médicos o solicitam? Agora, quase no final do primeiro trimestre e prestes a realizar a sua segunda consulta, ela sabe que seria bom se lhe solicitassem a translucêncianucal, pois ela havia visto tal informação em um *site* da internet. É verdade que esse exame detecta possíveis doenças no bebê?

João e Daniel, atentos aos questionamentos, esclarecem as dúvidas com vocabulário acessível. Explicam, sucintamente, como ocorre o desenvolvimento do embrião até a oitava semana, os riscos de mal-formações associados aos hábitos maternos, principalmente com relação ao etilismo e tabagismo e os principais achados ultrassonográficos.

Ao final, a equipe considera a dinâmica com o grupo de gestantes, ótima. Todas conseguem expor suas dúvidas e, ao mesmo tempo, compartilhar experiências. O comprometimento dos rapazes é mencionado e muito elogiado pelos presentes.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

Contagem Regressiva

Jéssica, de apenas 16 anos deixava seu pai, Rondinelli, inconformado e preocupado com sua gravidez. Pairava a incerteza com relação ao futuro da família. cursando o ensino médio e sem trabalhar, Jéssica fora abandonada pelo pai do bebê e os proventos do Sr. Rondinelli mal custeavam as despesas do mês.

Jamais passara pela cabeça de Jéssica que, apesar de toda a felicidade que envolve a gravidez, há também bastante desconforto. Algumas mulheres, mesmo fora da curva do Cartão da Gestante, continuam comendo e engordando. Dizem que precisam se alimentar por dois. Outras, sentem-se temerosas pela hora do parto.

Na UBSF, no grupo de gestantes, uma delas comentou que sua bacia parecia ser grande, o que provavelmente favoreceria o parto normal.

As queixas e dúvidas das gestantes se sucediam num turbilhão:

- Mal consigo andar e me equilibrar, com tanto peso.
- Meu coração parece que vai sair pela boca ao menor esforço.
- Sinto muita falta de ar e não consigo dormir de tanta azia.
- Como é que o meu bebê respira dentro da minha barriga e recebe a comida que eu

como?

Uma das gestantes, que era doméstica e cuja patroa engravidara por inseminação artificial, disse estar muito preocupada com o nascimento do bebê. Era realmente possível fazer uma criança em laboratório? Ela contou sobre a gestação que transcorria sem problemas e que o médico solicitara alguns exames laboratoriais diferentes, como a glicemia, verificação da função tireoidiana e outros de imagem.

João Afonso, mais uma vez saiu satisfeito da reunião do grupo de gestantes e estimulado a estudar as modificações do organismo na gestação.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

É chegada a hora!

Jéssica, quando estava na trigésima oitava semana de gestação, começou a ficar incomodada e tensa com o momento do parto.

Na semana seguinte, ligou para sua mãe, pois estava com muitas dores na barriga. Lembrava-se das orientações que recebera nos encontros de gestantes da UBSF. Preocupada, Maria das Dores foi ao seu encontro e, imediatamente, levou sua filha ao hospital.

Chegando lá, Jéssica foi atendida por uma médica residente, Dr^a. Francisca que colheu o histórico da gestação, avaliou sua caderneta da gestante e procedeu ao exame físico, constatando que ela apresentava os sinais e sintomas da síndrome de trabalho de parto. Solicitou os exames laboratoriais complementares necessários para a internação na maternidade.

Maria das Dores, já bastante nervosa e impedida de estar na sala de pré-parto após alegarem falta de estrutura, questionava-se sobre os motivos que a afastavam de sua filha em um momento tão importante.

Ao chegar à sala de pré-parto, Jéssica encontrou uma antiga vizinha, Helena, que estava na quinta gestação e que, em poucos minutos, estava parindo ali mesmo. Ela, ao contrário, apesar das contrações cada vez mais frequentes e intensas, continuou por mais algumas horas, sendo acompanhada pela equipe, até ser encaminhada à sala de parto, onde o obstetra de plantão acelerou seu trabalho de parto, rompendo a bolsa.

Algum tempo depois, já na presença de Maria das Dores, Dra. Francisca fez o parto por via baixa de João Ronaldo. Ainda tendo algumas contrações, Jéssica teve o que a médica chamou de dequitação da placenta. O parto foi considerado sem intercorrências e João Ronaldo era um bebê saudável, com Apgar 9/10, pesando 3,250Kg e medindo 49cm.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

Uma nova vida!

Hoje, João Afonso está muito ansioso. Após a sessão tutorial irá para a UBSF e realizará junto com a agente comunitária de saúde Inês, uma visita domiciliar a Jéssica, uma de suas pacientes do grupo de gestante, e ao seu bebê, João Ronaldo. A manhã termina e ele, finalmente, vai ao encontro dos dois.

Jéssica apresenta João Ronaldo e confia que o nome do bebê foi uma homenagem a ele. Ela relembra os momentos difíceis – o abandono de Alessandro e a insatisfação de seu pai com a gravidez, pois o Sr. Rondinelli, com a chegada do neto está fazendo hora extra para aumentar os proventos e garantir o sustento da família.

Relata que João Ronaldo nasceu pesando 3.250g, medindo 49 cm e APGAR 9/10. No alojamento conjunto, foi orientada a amamentá-lo por livre demanda. E que apesar da sede e das cólicas que sentia durante as mamadas, ficou muito feliz por tê-lo tão próximo.

Foi muito importante ter participado dos encontros do Grupo de Gestantes. Lá se informou sobre o tecido da mama e recebeu explicação sobre a ejeção do leite dependente da posição e pega durante as mamadas. Jéssica disse que com essa informação, pode acalmar outra puérpera que estava ao meu lado, cuja apoiadura demorou um pouco mais e estava sendo dolorosa.

João Ronaldo foi avaliado pela Dra. Rafaela no mesmo dia em que nasceu. Durante o exame, a médica identificou que ele era a termo, adequado para a idade gestacional e constatou que apresentava boa transição da vida intra-uterina para a vida extra-uterina.

Fiquei surpresa ao ver, ainda durante o exame físico, meu bebê urinando e eliminando o que a Dra. Rafaela chamou de mecônio. Ao final do exame, a médica registrou todas as informações na Caderneta de Saúde da Criança.

João Ronaldo foi submetido ao teste do reflexo vermelho, sem anormalidades, e apresentou uma perda de 10% do peso de nascimento após 48 horas de vida. Mesmo assim, Dra. Rafaela decidiu pela alta hospitalar, já que ele sugava muito bem.

No período de permanência no alojamento conjunto, percebi que o Hospital de Problemópolis estava se candidatando ao título de Hospital Amigo da Criança.

Pouco antes de deixar o Hospital com João Ronaldo, Jéssica foi orientada a fazer o “teste do pezinho” até, no máximo, o sétimo dia de vida, e a agendar uma consulta na UBSF para este período, momento em que receberia as vacinas do primeiro mês.

Com tantas informações dadas por Jéssica, João Afonso nem percebeu a hora passar, e ao despedir-se, pensou que as informações recebidas nas tutorias embasam a significância da prática.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

Muitas Dúvidas...

Na primeira consulta após o parto, verificou-se uma excelente involução uterina e ótima cicatrização da episiotomia da puérpera Jéssica. Hoje, retornando no dia marcado para o Grupo de Puericultura, Jéssica aproveitou para compartilhar com várias mães suas dúvidas e soluções.

Luiza, uma destas mães, estava preocupada com o término de sua licença maternidade. Até então amamentando exclusivamente ao seio, questionava sobre a possibilidade de oferecer leite em pó à sua filha ou mesmo de começar a introduzir alimentos sólidos ou em papinhas. Dr. Miguel explicou ser realmente importante oferecer qualidade e variedade de fontes protéicas para garantir a existência de todos os aminoácidos essenciais no conteúdo protéico da alimentação. Porém, alertou à puérpera que ainda era o caso dela continuar apenas com o leite materno exclusivo mesmo retornando ao trabalho. Comparou a constituição do leite humano com o de vaca, esclareceu como se dá o desmame no primeiro ano de vida e pontuou as vantagens da amamentação. Aproveitou ainda para ressaltar que ao completar seis meses, o bebê de Luiza deveria iniciar o Programa de Suplementação de Ferro.

Outras mães também se manifestaram, e as dúvidas foram as mais variadas:

- “A criança precisa pegar sol?”

- “Meu bebê está com onze meses. Ele já pode comer de tudo?”

- “Todos os bebês sentam, andam e falam na mesma idade? O que esperar de um bebê de dois anos neste sentido?”

Uma última mãe, após ouvir a todos os questionamentos anteriores, resolve compartilhar com o grupo a preocupação que sentiu quando seu filho, com apenas 5 dias de vida, ficou “amarelinho”, embora tenha sido na época acalmada pela médica que afirmou ser uma condição passageira.

Dr. Miguel respondeu a cada pergunta, enfatizando que a introdução de alimentos deve estar de acordo com a capacidade de deglutição, digestão e absorção dos diversos nutrientes nas diferentes fases do desenvolvimento da criança, respeitando a lógica da pirâmide alimentar.

Ainda durante a discussão e agora, focado no calendário básico de imunização da criança nos primeiros dois anos de vida, Dr. Miguel explicou sobre quais doenças são evitáveis através das vacinas e em que situações elas não devem ser aplicadas e sobre o mecanismo de ação dos imunobiológicos.

Ao final, Dr. Miguel certificou-se de que as informações foram entendidas por todas as mães presentes e despediu-se.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

Falta Muito Pouco...

João Afonso começa a contagem regressiva...

De passagem comprada e malas feitas aguarda ansiosamente pelo fim do período. Suas idas à UBSF se intensificam na última semana e, sempre que pode, assiste às consultas e participa das dinâmicas propostas pela equipe nas consultas com as crianças na primeira infância.

Percebendo o interesse e, sob sua supervisão, Dra. Carolina permite que o rapaz colha a anamnese de Marina baseado nas informações fornecidas por sua mãe, Luiza.

A mãe relata que a menina começou a falar com um ano de idade, desde o final do segundo ano não usa mais fraldas e atualmente, com três anos, já come sozinha. Ingressou na creche no mês passado e tem se socializado cada vez melhor com os novos amigos.

A queixa principal é o aparecimento de caroços no pescoço da filha sempre que fica com infecção de garganta e os resfriados frequentes. A médica acalma Luiza explicando que isso faz parte do desenvolvimento imunológico de Marina.

Em seguida, a mãe diz que Marina conversa muito com as bonecas, parecendo imitar os pais. A médica responde que esse pensamento mágico faz parte do desenvolvimento emocional da criança.

Ao exame físico, Dra. Carolina verifica que a menina não apresenta nenhuma alteração clínica e demonstra desenvolvimento da linguagem e habilidades motoras compatíveis com sua idade. Analisa os registros da estatura (105cm), do peso (16kg) e do perímetro cefálico (47cm), contidos na Caderneta da Criança, concluindo que ela mantém sua curva de crescimento, com percentil adequado. Confere a estatura do pai e da mãe e calcula o alvo genético de Marina.

Ao final, João Afonso acompanha Luiza e Marina à porta e chama a próxima criança.

Sandro, de quatro anos, adentra ao consultório com sua mãe Adelaide externando bastante insatisfação com o comportamento do menino.

Dra. Carolina mal tem tempo para se apresentar. A mãe se adianta dizendo que o filho é muito ativo, que sua curiosidade excessiva geralmente o coloca em situação de risco.

- Outro dia, levei o maior susto com esse menino. Por pouco, não leva um choque!

- Se deixar, essa criança corre o dia todo! Ele só fica quieto enquanto dorme. Essa agitação é normal?

A médica espera pelo término do bombardeio de perguntas e tranquilamente explica como se dá o desenvolvimento neurológico e psíquico da criança.

A próxima criança chama-se Sofia, com seis anos. Ela mora com os pais numa casa modesta próxima a UBSF. A mãe é diarista e trabalha muito para sustentar a família. O pai está desempregado e, segundo relatos da Agente Comunitária, ele bebe o dia todo na companhia dos traficantes locais.

Ela estuda no turno da manhã na Escola Municipal Problemopolisense. Foi levada à UBSF pela professora Bianca devido a uma queda durante o recreio, com traumatismo na região dorsal.

Durante a anamnese, Bianca relata que Sofia sempre foi uma menina alegre e dedicada, mas que ultimamente vem apresentando dificuldade de aprendizagem e está muito introspectiva. Sua mãe, apesar de convocada várias vezes pela escola, nunca compareceu.

Dra. Carolina examina a menor, na presença da auxiliar de enfermagem, e encontra vários hematomas em fase de resolução. Ao indagar a origem das lesões, Sofia, muito retraída, disse que caiu da bicicleta.

Após a saída da menina, a médica reúne a equipe e notifica o caso ao Conselho Tutelar.

João Afonso fica preocupado com a conduta da Dra. Carolina, temendo que o pai da menina se irrite e faça alguma coisa contra ela. Afinal de contas, todas as suspeitas recaem sobre ele.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 11

Grandes certezas

João Afonso e Daniel Vitor, seu colega de turma, retornam das últimas atividades na UBSF conversando sobre a proximidade da conclusão do primeiro período do curso.

João Afonso relembra como chegou com tantas expectativas e algumas angústias no início do período. E de como cada ferramenta utilizada no curso permitiu a construção de um conhecimento tão importante como o início da vida, o nascimento e o desenvolvimento na primeira infância. Daniel destacou a importância de cada passo da tutoria e João conclui que cada passo deste processo vai perpassar toda a futura vida profissional. João Afonso se entusiasma na conversa e relembra:

- No último feriado quando estive na minha cidade pude atuar com bastante segurança num acidente automobilístico na estrada; já entendo a importância das vacinas para os profissionais de saúde desde sua formação e como tudo acontece desde a concepção até o nascimento...

Daniel Vitor concorda com as afirmações de João Afonso e reforça a importância de ter adquirido conhecimentos técnicos, cognitivos e relacionais que juntos formarão o futuro profissional de saúde mais humanizado tão defendido pela sociedade e pelo governo nas suas políticas de Humanização.

João Afonso relata como tem atuado nas atividades da creche e na unidade com muita atenção ao desenvolvimento neuropsicomotor das crianças. E que sua grande curiosidade despertada para um projeto de pesquisa é de identificar por que tantas crianças neste município nascem de cesariana e como orientar as mães sobre as necessidades nutricionais das crianças diante de suas realidades socioeconômicas. E que no próximo período avaliará melhor os fatores de risco de acidentes e de violência doméstica das crianças de sua comunidade.

Enfim chegam em casa e logo iniciam toda a organização das malas, do apartamento e em seguida retornam à biblioteca para concluírem os trabalhos finais do período, pois falta muito pouco para retornarem para suas casas, afinal faltam poucos dias para o Natal!

CAPÍTULO 2

SITUAÇÕES-PROBLEMA DO SEGUNDO PERÍODO

Autores

Alexandre de Pina Costa

Anamarina Coutinho Barros de Brito

Andréia de Santana Silva Moreira

Anielle de Pina Costa

Bruna Salgueiro Bruno

Bruno Rodrigues Rosa

Floriano Tadeu Garcia

Luis Sérgio Lobianco

Maria Aparecida Rosa Manhães

Patrícia Araujo Correa Coelho

Rosiane Fátima Silveira de Abreu

Thiago Bretz Carvalho

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

Tem coisas que nascem com a gente e tem coisas que a gente adquire com a vida ...

Dona Maria das Dores estava preocupada com a saúde de seu filho caçula, Cauã, de 5 anos. Frequentemente a garganta de Cauã ficava muito vermelha e cheia de pus! Eram dias difíceis, já que o menino não conseguia comer direito e ficava fraquinho! Dona Maria se questionava se as células de defesa de seu filho estavam diminuídas e porque Cauã tinha tantos problemas na garganta? Também estava preocupada com a saúde bucal de Cauã, já que desconhecia em que idade ocorreria a sua troca de dentes. Disposta a esclarecer essas questões, agendou uma consulta com Dra Sofia, médica reconhecida por todos por ter o dom de ouvir seus pacientes. D. Maria não era diferente, confiava e seguia sempre suas recomendações!

Durante a consulta, Dra Sofia examina com presteza Cauã. Questiona a mãe sobre o aleitamento materno e na inspeção e palpação verifica a presença de adenomegalia em cadeia cervical anterior e posterior e discreta esplenomegalia. Identificou também a presença de placas pultáceas em ambas as tonsilas, e observou dentição decídua D. Maria questionou Dra Sofia, o que aqueles “glândulas” no pescoço representavam... Comentou também que quando criança, fez uma cirurgia para retirada das amígdalas. Será que essa não seria uma boa tentativa para o caso de seu filho? Dra Sofia checou a caderneta de saúde se atentando para o calendário vacinal de Cauã e tranquilizou a mãe.

Ao final da consulta, João Afonso, acadêmico de Medicina que atua com a equipe de saúde da UBSF desde o semestre anterior e acompanha a família de D. Maria das Dores, perguntou à Dra Sofia se nessa faixa etária é comum a hiperreatividade imunológica e questionou se Cauã realmente poderia receber todas as vacinas preconizadas no calendário do Ministério da Saúde e como o organismo de uma criança era capaz de produzir diferentes anticorpos. Além de orientar a mãe, Dra Sofia também esclareceu as dúvidas de João Afonso, e o questionou sobre a ontogênese linfóide. João Afonso cada dia se encanta mais com a medicina de família praticada por Dra Sofia, vendo nela, um exemplo a ser seguido...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

Um passo para trás e dois para frente

Após mais um dia na faculdade, João Afonso retorna tranquilamente para casa, à pé. Porém, subitamente, é atropelado por um corredor, que vem em sua direção... de costas!! E dois corpos vão para o chão.

- Nossa, rapaz! O quê que é isto? Ainda bem que nenhum de nós bateu com a cabeça no chão! Isto poderia ter sido perigoso! E, rapidamente, João se levanta e ajuda o corredor, seu vizinho Alexandre, a se levantar.

- Pôxa, João, desculpa! Isso é Neuróbica! Estou correndo de costas para ativar meus neurônios!! “Use-os ou perca-os”! Alexandre estava estudando para o Vestibular e, assim, vivia lendo e estudando muito.

João Afonso, que já havia estudado sobre os neurônios, começou a pensar e disse para o jovem Alexandre:

- Mas não são as sinapses que são estimuladas com os exercícios?

- Sinapses?

- Sim! E João Afonso começou a explicar o que eram sinapses e como elas funcionam.

- Ah! Então estou estimulando minhas sinapses!

- Ou inibindo... João Afonso replicou. Existem vários tipos de conexões entre os neurônios.

E também vários tipos de neurônios... E eles não funcionam sozinhos. Você sabia que um estudo sobre o cérebro de Einstein descobriu que ele tinha mais células gliais do que em outros cérebros?

- Nossa, João! Mas, voltando à Neuróbica, também li que a servia para estimular o outro lado do cérebro que não utilizamos...

- Alexandre, realmente nosso cérebro é um órgão muito importante e tem muitas funções. Mas ele, também, não funciona sozinho. O cérebro é só uma parte do sistema nervoso. E este exerce muitas funções ao mesmo tempo e todas tem que estar integradas para um bom funcionamento.

- João, agora entendi! Quando atropeliei você acho que algumas partes do meu sistema nervoso não estavam integradas. Por isso aconteceu o acidente... Rsrtrs.

- Sim! Isso é pura metacognição!

- Ops, João! Agora você complicou!

- Alexandre, vamos tomar uma PEPSI que depois eu te explico.

- Mas, João você não ficou chateado comigo?

- Não, Alex! *“Não importa quantos passos você deu para trás, o importante é quantos passos você vai dar pra frente...”*

E saíram conversando animadamente, sem lembrar mais do episódio ocorrido...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

Nem tudo é fácil de entender!

Dona Rosalina, avó de Luíza de cinco anos, anda muito preocupada com sua neta, pois de uns anos para cá vem percebendo que Luíza é menos desenvolvida do que as crianças da mesma idade. Diante de tanta preocupação, anda pensando em voz alta:

"- Luíza é pequena perto dos amiguinhos da rua, demorou mais do que os outros para começar a falar e andar,... ainda não caiu nenhum dente de leite,... quando vai desenhar e pintar mal segura direito a canetinha,... e quando vai brincar com as crianças na rua vive caindo! Já bateu a cabeça umas duas vezes! E agora, para piorar, deu para falar sozinha!"

Em conversa com sua vizinha sobre as preocupações com Luíza, confessou não levar a neta ao pediatra desde quando tinha um ano de vida e contou suas dificuldades: "- Criei Luíza sozinha, com muita luta! A mãe dela sumiu no mundo quando ela tinha seis meses e eu tive que me virar! Coitadinha, enquanto eu cuidava da casa e lavava roupa para fora, Luíza ficava no cercadinho... e assim passaram-se anos!"

No dia seguinte, Dona Rosalina achou melhor levar a neta para uma consulta com o pediatra na UBS que fica no mesmo bairro. Enquanto aguardava, foi chamada por Sandra, enfermeira da Unidade, para a realização das medidas antropométricas de Luíza e para a avaliação de sua caderneta e de seu cartão vacinal. Após as mensurações, Sandra anota na Caderneta de Saúde da Criança os seguintes dados encontrados: Peso -14 kg; Altura -1,02 m; e o IMC calculado - observa anotações que confirmam o desenvolvimento fetal normal de Luíza e o nascimento sem intercorrências (objetivo 3 - Conhecer a ontogênese, divisões, medula, tronco, diencéfalo, telencéfalo.) - e demonstra muita preocupação ao constatar a ausência das vacinas de 15 meses e de 4 anos no campo de registro das vacinas da caderneta. Dona Rosalina assustada diz que não sabia dessas vacinas e coopera com o planejamento proposto por Sandra para a administração das mesmas.

Enquanto Sandra termina as explicações sobre a importância das vacinas, Dr Romero - pediatra da UBS - grita de dentro do consultório o nome de Luíza. Prontamente Sandra direciona Dona Rosalina à porta do consultório, que entra com Luíza no colo e percebe Dr. Romero de cabeça baixa fazendo algumas anotações. Dr Romero então verbaliza: "- Pode sentar, a Senhora tem cinco minutos... O que houve dessa vez?"

Dona Rosalina apreensiva com o tempo para o término da consulta, fala rapidamente sobre as suas aflições quanto ao desenvolvimento de Luíza. Dr. Romero então, tenta explicar em poucas palavras alguns aspectos do desenvolvimento neuropsicomotor infantil relacionados com as queixas trazidas por D. Rosalina:

"- Minha Cara, não se preocupe. Pelo que a senhora está me dizendo, está tudo relacionado ao córtex cerebral de Luíza, especificamente nas áreas 4 e 6 de Brodmann e na área somestésica do giro pós-central quanto à propriocepção! ...a área de Broca também tem a sua importância... e quanto a falar sozinha, fique tranqüila, faz parte da idade!"

"- O que a Senhora pode fazer para ajudar é estimular as brincadeiras em grupo, ler histórias para ela e dar papel e caneta para colorir!"

A consulta então termina e D. Rosalina sai da UBS com a imagem daquele médico dizendo todas aquelas palavras difíceis e pensa: "- Meu Deus! Agora vou tentar marcar consulta com a Dra Sofia, porque aquela sim que é médica de verdade, entendo tudo que ela diz!"

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

Não é fácil ser criança

Era mais um dia como outro em Problemópolis, e Mônica, mãe de Gustavo de 8 anos, aguardava a visita de sua amiga Maria Clara, sua amiga e mãe de Betinho.

- Gustavo! Betinho está aqui e veio estudar com você!

- Ah, mãe! Tô brincando poxa... Menino! Vamos lá, depois você brinca mais um pouquinho...

Mônica deixa Betinho com Gustavo no quarto e volta para sala para conversar com Maria Clara.

- Maria Clara! Que bom que você veio! Betinho está tão lindo "*banguelinha*".

- Como é difícil educar as crianças nesta idade, não é, Mônica? Pois, é! Nem sei como agradecer por trazer Betinho para ajudar Gustavo. A professora disse que ele está com problemas de aprendizado e concentração e não consegue acompanhar a turma...

- Será que não é problema de vista, Mônica?

- Será? Uma vez ele reclamou do excesso de luminosidade na praia, mas, por outro lado ele lê com facilidade, mesmo à noite... Além disso, já vi o caderno dele e a caligrafia está boa... Eu acho que o pior problema dele mesmo, é se lembrar do que estudou na época das provas...

- Mônica, nunca ouvi falar que criança tem problema de memória... Não seria ansiedade?

- Será??

- Clara, deixa eu te contar, hoje, mais cedo levei o Gustavo na pediatra.

- Nooossa, o que aconteceu?

- Nada de grave, mas ele já vem há um bom tempo reclamando de dores nas pernas e, além disso, essa dificuldade de aprendizado estava me deixando aflita!!!

- Sabe o que a médica disse? Dor de crescimento!! Além disso, me fez uma série de perguntas sobre *um tal* de crescimento e o desenvolvimento neuropsicomotor... Como eu não sabia direito o que era, ela me explicou sobre os aspectos referentes a percepção, cognição e linguagem!

- Mônica, tantas coisas acontecem durante a infância que a gente nem percebe né?

- Mas, Clara, mesmo após a doutora me tranquilizar, fiquei novamente aflita, pois a sala de espera estava cheia de crianças com catapora!!!! Tinha tantas perguntas para doutora, que acabei me esquecendo de perguntá-la sobre este surto! Não me lembro de catapora ser uma doença grave! Estou com medo do meu filhote pegar esta doença. Será que é transmissível?

- Será que tem vacina? Não me recordo exatamente de todas as vacinas que ele já recebeu... Essa época do ano tem muita criança com catapora. Várias, inclusive, crianças estão de licença médica lá na escola dos meninos!

De repente, um som ensurdecedor abala a casa! Um rock pesado, nos últimos decibéis...

-MAS, O QUE ESTÁ ACONTECENDO? RAFAEEEL!!! AI, MEUS TÍMPANOS!

E antes de Mônica gritar de novo para chamar atenção de seu filho adolescente, Betinho sai do quarto e grita:

- Ô, RAFAEL! ABAIXA AÍ ESSE SOM. ESTAMOS TENTANDO ESTUDAR AQUI DO LADO, VIU?

E Gustavo ao final desabafou para Betinho:

-É, Betinho, não é fácil ser criança...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

Essa tal de Adolescência

Era mais um dia de ambulatório e Dra Sofia se preparava para mais um atendimento, Douglas, 14 anos, que estava acompanhado de sua mãe, Márcia. Sofia inicia a consulta e pergunta a Douglas, qual era o motivo de sua visita. Márcia se apressa em dizer que estava preocupada, pois Douglas apesar de mais velho que sua irmã e algumas vizinhas não apresentava o “mesmo desenvolvimento”. Enquanto Douglas ainda parece uma criança, a irmã que “já é mocinha” desde os onze, e agora acabou de fazer treze anos, já parece um “mulherão”! Márcia demonstra aflição, e pergunta se há algo errado com seu filho, além disso, questiona também quando ele entrará na adolescência... “Isso é diferente para meninos e meninas Dra?”

Dra Sofia, pergunta a Douglas se ele gostaria de ser atendido sem sua mãe. Douglas pede que Marcia que se retire, mas permite que João Afonso acompanhe sua consulta.

“Vamos começar de novo Douglas? Conte o que está acontecendo? Douglas relata que já “*pensa coisas de homem*”, e que coisas estranhas acontecem durante a noite, mas o seu corpo de criança o incomoda. Relata também que nos últimos tempos percebeu também “*tipo assim, um carocinho, sabe Doutora*” na região do mamilo. Depois de fazer a anamnese, Dra Sofia checa a caderneta do adolescente, seu desenvolvimento neuropsicomotore inicia a inspeção e exame físico. Observa sua saúde bucal e seu estado nutricional. Nota olheiras e Douglas informa que dorme pouco, já que a madrugada é o melhor horário para ficar na internet. Procede com a aferição de medidas antropométricas fazendo sua disposição no gráfico. Checa os sinais vitais e palpa uma massa de consistência firme bilateral, não móvel na região subareolar. Avalia, ainda, seu estadia mentomaturacional de acordo com a escala de Tanner. Ao examinar suas costas percebe escoriações na região posterior do tórax - Douglas informa se tratar de um acidente recente de moto e pede segredo... Já que estava na garupa da moto sem capacete e sem camisa e sua mãe nem imagina!!

Ao terminar o exame físico, orienta sobre as situações de risco que Douglas se envolvendo e pede que Márcia entre novamente no consultório. Explica que não observou alterações significativas no exame físico de Douglas. Preocupado em conquistar um corpo com músculos definidos, Douglas aproveita para pedir uma orientação quanto à prática de musculação e ao

uso de suplementos de proteínas para ganhar mais massa muscular. Dra Sofia, então, orienta sobre a importância de uma alimentação adequada e da necessidade de no mínimo oito horas de sono. Ao final, a encaminha para o dentista da unidade e orienta sobre a necessidade de atualização do cartão vacinal.

A seguir, é convidado pela enfermeira Ana para participar das reuniões de jovens que acontecem toda semana na unidade, onde são abordados temas como métodos contraceptivos, planejamento familiar, orientações sobre sexualidade, uso de drogas e bebidas alcoólicas. Antes de se despedirem, Dra Sofia e Ana orientam D. Márcia para que também traga sua filha caçula para uma consulta, afinal, seu crescimento, desenvolvimento, sua menarca, telarca e pubarca precisam ser avaliados. D. Márcia questiona as profissionais sobre a vacina do HPV, já que algumas vizinhas, não querem que suas filhas recebam, com medo de que isso estimule o início da vida sexual... Após a explicação recebida, D. Márcia sorri e agradece, já que estava cheia de dúvidas e com vergonha de abordar estes temas em casa.

Ao término da consulta, Sofia conversa com João Afonso. Ela cita o eixo hipotálamo-hipófise-gônadal-adrenal e o questiona sobre sua fisiologia e anatomia. João Afonso suspira e pergunta a Sofia sobre a produção e mecanismo de ação dos diferentes hormônios produzidos pelo nosso corpo. Ouvindo atentamente as explicações de Sofia, João Afonso reflete sobre o quanto ainda precisa aprender sobre a fisiologia do corpo humano.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

Flecha do Cupido

Rafael tem 15 anos e estava distraído no pátio do colégio, quando seu amigo Leandro o encontrou.

- E aí, Rafa, pensando na vida?

Rafael suspirou e respondeu:

- Tô nada, Leandro! Tô aproveitando para dar uma fuxicada na vida da Anitta no *Facebook* e no *Instagram*... Quero me informar sobre as coisas que ela gosta! Tô muito a fim dela!

Como coincidências não existem, um grupo de meninas passa perto dos dois e, neste exato momento, Anitta, centro das atenções, estava comentando com as amigas:

- Vocês já conheceram o aluno novo, o Luan? Viram como ele é “sarado”? Acabei de achar ele no “*Face*” e no “*Insta*”! Nossa, ele tem só 16 anos!

Foi uma ducha fria para Rafael. E tudo piorou quando ele viu o tal Luan...

- Caramba! O cara é sarado mesmo! Vou ter que malhar muito pra competir com ele!!!

No mesmo dia, Rafa começou a “seguir” vários perfis de *fitness* e alimentação no *Instagram* e decidiu se matricular em uma academia. Inscreveu-se e já no primeiro dia iniciou com gás total seu **#projetoverão**, seguindo as dicas que tinha observado na internet! No primeiro dia fez 60 minutos de exercícios, com cargas pesadas e repetições intermináveis. Terminou dispneico e com artralgia! Nem conseguiu voltar andando para casa, teve que ligar para seu pai buscá-lo!!

No caminho, seu pai, José Luis, percebeu o desejo instantâneo de ficar forte de Rafael, e ao chegar em casa, preocupado, imediatamente entrou em contato com Mário, antigo colega de futebol e hoje, médico do time da AAMUT. Por telefone, Dr Mário conversou com Rafael e o orientou:

- Rafa, não será assim que você alcançará seus objetivos. Sua estrutura óssea ainda não está preparada para tanto esforço. Você precisa ir devagar, poupar ligamentos e articulações, condicionar suas fibras musculares... Ah, e nem pense em usar anabolizantes ou esteroides! São verdadeiras bombas para seu organismo! Além disso, todo suplemento, deve ser tomado com orientação profissional! Não existe milagre!

Rafael, embora entristecido, acatou a voz da razão... Interessou-se pelo tema e passou o resto do dia se informando sobre fisiologia do exercício. Achou informações interessantes sobre massa óssea, exercícios físicos exagerados e até sexualidade para adolescentes em um *site* sobre “Hebiatria”. Compreendeu que o ganho muscular deve ser gradativo! E é, a associação de exercícios e alimentação!

No dia seguinte, na escola, seus músculos pareciam não responder aos seus comandos. Ainda com mialgia, encontrou no colégio o amigo Leandro que, ao vê-lo mancando, não perdeu a oportunidade:

- E aí, Rafa? Tá mancando, cara? Será que a flecha do Cupido pegou no seu Tendão de Aquiles, rrsrsrs?

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

Pra frente Brasil

“Noventa milhões em ação

Pra frente Brasil

Do meu coração

Todos juntos vamos

Pra frente Brasil

Salve a seleção

De repente é aquela corrente pra frente

Parece que todo Brasil deu a mão

Todos ligados na mesma emoção

Tudo é um só coração

Todos juntos vamos

Pra frente Brasil, Brasil

Salve a seleção!”

Era mais um dia de instrutoria do Prof. Lacerda e João Afonso aguardava, no fundo da sala, navegando na internet e vendo mais um vídeo no *You Tube*. Uma música da Copa do Mundo de 1970 havia chamado sua atenção: *“Pra frente Brasil.”*

De repente o professor chega e observa o estudante concentrado em seu smartphone:

- Boa tarde, João! Tudo bem?

- Nossa, professor! Estou ansioso! Faltam menos de dois meses para a Copa! Meu coração não aguenta mais tanta expectativa!

- Pois é, João! Como pode um órgão que cabe em nossa mão mexer tanto com a gente!

- Meu coração não cabe no meu peito, foi só ouvir esta música e ele já acelerou aqui dentro.

- E você já sabe por que isso acontece, João?

- Bem, eu andei estudando um pouco... Parece que as células musculares cardíacas trabalham como a torcida do Brasil, todas juntas...

- Movidas pela “*corrente pra frente*”?
- Como assim, professor?

E assim, prof. Lacerda começou a falar sobre o músculo cardíaco, destacou as diferenças com a musculatura esquelética e como o grande sincício cardíaco permitia a propagação da “*corrente para frente*”

- E, todas as células miocárdicas ficam “*ligadas na mesma emoção*”, João?
- Não sei, professor... Acho que sim! O senhor pode me explicar?
- Ah, João Afonso... esse é o tema da nossa instrutoria de hoje. Pra frente, João!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

Essas crianças são terríveis...

Verônica estava trabalhando na fábrica quando foi chamada na recepção para atender ao telefone. Era a diretora do colégio de sua filha Josiane, pedindo que ela fosse buscar a menina que estava “passando mal”. Aflita, foi o mais rápido que pode. No caminho pensava: Josiane, que tinha 10 anos, deveria estar tendo mais uma crise respiratória. Ao chegar ao colégio, encontrou a filha extremamente ofegante, com taquipneia, palpitações e um pouco tonta. Notou que seus lábios estavam arroxeados. Foi informada que a menina estava correndo no pátio do colégio na hora do recreio e começou a sentir-se mal, inicialmente com uma crise de tosse seca e, logo em seguida, com um “chiado no peito” e uma sensação de falta de ar, que se acentuava gradativamente. Resolveu levá-la ao Posto de Urgência que, por sorte, ficava próximo do colégio.

Quando lá chegou, Josiane foi rapidamente atendida pelo plantonista que lhe prescreveu oxigênio e medicamentos inalatórios através de nebulização.

Verônica sentou-se ao lado da maca onde estava Josiane, aguardando sua melhora. Percebeu que havia, no Box ao lado, uma outra mãe ansiosa, acompanhando o filho que também estava recebendo oxigênio, e perguntou:

- O que houve com o menino?
- Ele estava andando de motocicleta e de repente sentiu uma dor no peito e falta de ar. Os amigos o trouxeram para cá e depois ligaram pra mim. Quando cheguei aqui, o médico de plantão conversou comigo. Disse que mandou fazer uma “chapa de pulmão” do meu filho. O Roger tem 12 anos, mas é muito travesso, vive aprontando! As vezes ele pega a moto do pai escondida! E a sua menina, como está?
- A Josiane é muito alérgica, que aliás, é um mal de família. O meu marido também é alérgico - tem asma brônquica. A Josiane teve uma crise na escola depois de um esforço muito intenso. Essas nossas crianças são mesmo terríveis, não é mesmo?

Neste momento o médico de plantão veio falar com ambas:

- Olha, Dona Mercedes, a telerradiografia do menino mostra que ele tem está com um pneumotórax espontâneo. Trata-se de um problema na pleura, a estrutura que recobre os pulmões. Vou drenar e ele ficará bem. Com relação à sua filha, Dona Verônica, fique tranquila

também. Logo ela estará respirando normalmente, mas ela precisará ser acompanhada por um pneumologista. A senhora deve marcar uma consulta para a menina no ambulatório.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

Pra frente Brasil 2

Paulo Ricardo, engenheiro, competente e respeitado, foi promovido a gerente de sua construtora e convidou Jorge, seu amigo de trabalho, para um almoço comemorativo com sua família. Sua esposa Mônica e seu filho adolescente Rafael também estão à mesa.

- “Ricardo, todos ficaram muitos satisfeitos com sua promoção”! Jorge comenta.
- “Ricardo sempre foi muito responsável, ele mereceu”! Completa a esposa.
- “Obrigada, Jorge e Mônica! Mas hoje nada de trabalho, ok? Vamos nos servir?”
- “Ah, que bom! Minha barriga já estava roncando”! Rafael exclama!

Jorge se serve, porém com apenas uma pequena porção de salada e grelhado. E confessa:

- “Ricardo, hoje eu vim para comemorarmos este dia especial, mas para comer está difícil... Estou com uma dor na barriga nos últimos dias que está me incomodando bastante. Já tomei antiácido, mas não está resolvendo. E para piorar, quando deito, tem me dando uma azia que tenho que dormir com o travesseiro bem alto”...

Neste momento, Mônica comenta:

- “Aposto que você está tenso com o prazo de entrega de alguma obra... Ricardo também é assim, é só ficar nervoso que aparece alguma coisa. Tem até tomado remédio para dormir”!

Enquanto isso, Rafael come animadamente.

- “Tudo bem, Jorge! Pode deixar que o que você não quiser, eu como”! E, ainda, fala com a boca cheia... Mônica replica:

- “Rafael! Presta atenção! Pára um pouco para respirar, meu filho, senão você acaba se engasgando! Lembra-se daquele dia que você exagerou na festa de seu amigo e chegou aqui vomitando? Seu estômago não é de ferro, não”...

E, então Paulo Ricardo retoma a conversa com Jorge.

- “Pois é, Jorge. Mas você sabe que acho que este remédio está me dando constipação? Estou preocupado, por que meu intestino está preguiçoso? Ele costumava ser como um relógio”!

E Mônica comenta:

- “Desde que ele passou a trabalhar mais, parou de comer em casa e, ainda, saiu da

academia, acabou ficando com este problema de intestino preso. Já estou deixando até uns jornais e revistas no banheiro para ver se ajuda...”

- “É que às vezes, a vontade vem na hora em que não dá para ir ao banheiro...”

Neste momento, Rafael já terminou seu almoço e se levanta, se despedindo:

- “Gente, o papo está bom, mas acho que vocês podem relaxar, minha professora falou sobre isso na escola e não é nada de doença. É apenas uma alteração do tal de peristaltismo intestinal. Vou indo nessa pai, minha turma está me esperando pra jogar futebol!” E soltou uma sonora eructação enquanto parabenizava a mãe pelo almoço.

- “Tava ótimo, mãe”!

- “Rafael! Seja mais educado à mesa! E antes que você vá, só mais uma coisinha, nada de jogar futebol após a refeição. Não sabe que pode dar uma congestão”?

- “Com o quê? Mãe, depois você me explica! Pra frente, Brasil”!!!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

Um churrasco e suas consequências...

Domingo passado Rafael foi convidado para um churrasco, na casa de um amigo. Ao chegar ele não resistiu e foi ao ataque: o cheiro daquela picanha com aquela gordurinha é de dar água na boca! A costelinha de porco – que delícia! E aquela linguicinha calabresa, hum... E ainda tinha uma batata-frita sequinha e crocante! Foi um dia perfeito!

Mas o castigo veio em seguida. No meio da madrugada, seu intestino “desandou”. Muita cólica. Várias idas ao banheiro. As fezes estavam espumosas e malcheirosas. Que situação! Rafael não se recordava de ter tamanha sensibilidade a alimentos gordurosos.

No dia seguinte, sua mãe, Mônica, preparou um chá de carqueja bem forte para ver se ajudava, mas não adiantou... Teve que levá-lo para uma consulta médica na UBSF.

Chegando lá Rafael explicou o ocorrido:

- Dra. Sofia, aqui estou eu de novo! Há uns dias, tive uma diarreia terrível!
- Ainda bem que isto só acontece de vez em quando, não é mesmo, Rafael? Vamos conversar a respeito...

Dra. Sofia realizou uma anamnese dirigida e examinou Rafael, pesquisando algumas manobras específicas. Tranquilizou-o, ao constatar que estava tudo normal. Não encontrou pontos dolorosos específicos e também não havia icterícia.

- Rafael, considerando o que você me contou e o seu exame físico, eu julgo que você não tem nada de grave. Fique tranquilo!

Dra. Sofia conversou um pouco mais com Rafael, aproveitando o seu interesse pelo assunto. Falou sobre as etapas da digestão e as principais substâncias envolvidas. Explicou que ele teve um episódio de esteatorréia. E que este problema poderia atrapalhar a absorção dos alimentos e assim, reforçou a importância de aumentar o volume de líquidos ingeridos, se possível tomar soro caseiro ou água de coco, e seguir uma dieta branda para ajudar em sua recuperação e na reposição da sua “flora intestinal”.

- Tá legal, Dra. Sofia, entendi direitinho. Mas que exames eu vou precisar fazer? E que

medicamentos eu vou ter que tomar daqui pra frente?

- Fique tranquilo, Rafael. Por enquanto, nada de exames e nada de medicamentos.

Você só precisa voltar aos bons hábitos alimentares.

CAPÍTULO 3

SITUAÇÕES-PROBLEMA DO TERCEIRO PERÍODO

Autores

Agnes Bueno dos Santos

Anamarina Coutinho Barros de Britto

Bruna Salgueiro Bruno

Carmem Maria S. L. M. Dantas da Silva

Emilene Pereira de Almeida

Geórgia Dunes Machado

Geórgia Rosa Lobato

Hélio Pancotti Barreiros

Ingrid Tavares Cardoso

Luis Claudio de Souza Motta

Luis Cláudio de Souza Motta

Paulo José Pereira Camandaroba

Pedro Henrique Netto Cezar

Suzelaine Tanji (*In memoriam*)

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

Um plantão de verão

Maikon, 18 anos, tinha uma banda de rock com seus amigos chamada “Matrix” que se apresentava em alguns eventos e no clube do bairro onde moravam. Após uma das apresentações, em uma noite de verão, Maikon queixou-se para os companheiros de intensa odinofagia, que quase o impossibilitara também de atingir os tons mais altos das canções. Seguindo o conselho de João, procurou a UPA de seu bairro para avaliação naquela mesma noite.

Ao ser indagado pela Dra. Cíntia sobre sua queixa principal, Maikon informou que o quadro álgico iniciara-se há cerca de 24h e vinha piorando de intensidade. A médica então iniciou anamnese detalhada para melhor caracterização do sintoma, indagando também a presença de outras sintomatologias associadas, ao que Maikon respondeu estar apresentando nesse mesmo período quadro de astenia, sonolência e calafrios. Em seguida, passando ao exame físico, Dra Cíntia aferiu a temperatura axilar: 39°C e observou a presença de hipertrofia e hiperemia das tonsilas. Diante da ansiedade de Maikon em saber o que estava acontecendo, Dra. Cíntia o tranquilizou, dizendo que prescreveria um antitérmico injetável e o deixaria no repouso.

A próxima paciente era Mônica, 36 anos, queixando-se de dor em punho D há cerca de 8 meses e que há 1 dia apresentara piora. Em sua história, a paciente referia ser digitadora e ter trabalhado muitos anos em uma empresa onde as condições ergonômicas não eram adequadas, tendo pedido demissão para realizar seu trabalho em casa, onde geria melhor sua carga de trabalho. Referia permanente aumento de volume no punho D, além de limitação de movimento nas atividades manuais repetitivas, como foi comprovado pela médica ao exame físico. Mônica mostrava-se bastante ansiosa, referindo-se desacreditada, pois já tinha tentado vários tratamentos alternativos sem sucesso, referindo diminuição importante da sua qualidade de vida desde então. Dra. Cíntia então lhe prescreveu um anti-inflamatório injetável, indicou-lhe fisioterapia e encaminhou-a em seguida a um ortopedista que havia sido seu professor e que com certeza a ajudaria.

E o plantão só estava começando...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

Vida que segue

Ramiro, 81 anos, após o falecimento repentino da esposa, tragicamente vitimada em um atropelamento, foi viver com o filho Elias e a nora Ruth. À medida que os meses passavam, Ruth percebia que o humor do sogro vinha apresentando alterações. Outrora uma pessoa que sentia prazer em pequenas coisas, como uma comida saborosa ou uma boa música clássica, atualmente tais atividades já não lhe traziam o mesmo interesse nem mesmo os alongamentos e exercícios físicos dos quais não abria mão todas as manhãs. Por diversas vezes, Ruth tentara convencer o sogro a frequentar o clube do bairro, onde se reuniam os aposentados para jogar cartas, sinuca ou simplesmente um bom bate papo, mas Ramiro preferia ficar em casa dormindo ou assistindo televisão. Ruth expôs a situação ao marido, que disse não estar muito preocupado, por achar que se tratava de um processo de luto normal, visto que a mãe havia falecido há 9 meses.

A situação de Ramiro foi apresentando piora nos dias que se seguiram. Passou a não cuidar mais da higiene pessoal, recusando-se a tomar banho e fazer a barba, comia muito pouco, dormia a maior parte do dia e repetidas vezes expressava desejo de “deixar essa vida” para encontrar-se com a esposa. Preocupados, Elias e Ruth levaram Ramiro ao Dr. Alberto, psiquiatra que acompanhava os transtornos de humor da mãe de Ruth. Dr. Alberto fez uma minuciosa anamnese, indagando sobre possíveis patologias que pudessem produzir quadro semelhante e encontrou ao exame físico de Ramiro um paciente apático, respondendo por meio de monossílabos e olhar triste. O médico então chamou Ruth e Elias, informando-lhes seu diagnóstico e tranquilizando-os disse que prescreveria uma medicação para colaborar na reversão dos sintomas, indicou o acompanhamento com sessões de psicoterapia e marcou nova consulta para dali a 21 dias, para continuar o tratamento.

Após 6 meses, o tratamento resultou em melhora progressiva do paciente. Já havia voltado às caminhadas 3 vezes na semana sempre acompanhado por Ruth, havia feito amizade com o pai da vizinha, ficando horas a fio a jogar sueca e já pedia à nora que fizesse seus pratos preferidos. E a vida seguia seu curso....

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

O corpo fala

João Afonso, 20 anos, estava no 4º período da faculdade de Medicina. Aluno muito dedicado, procurava sempre estar em dia com os assuntos estudados, muitas vezes abrindo mão de seus momentos de lazer. A época das avaliações estava próxima e João certa noite acordou sobressaltado, sentindo “o coração bater na boca”, como mais tarde relataria a uma colega de turma. Já não era a primeira vez que essa sensação ruim acontecia. Por algumas vezes já havia apresentado insônia associada com taquicardia, tremores e xerostomia, todas antecedendo a apresentação de seminários ou a realização de arguições orais nas prescrições com os professores das bancas avaliadoras, por ter dificuldades de expressar-se em público, já que sempre fora bastante tímido. Como tais episódios estavam deixando-o bastante preocupado, procurou o conceituado professor Praxedes, clínico que havia sido seu tutor no 2º período.

Dr. Praxedes, surpreso ao ver seu pupilo em seu consultório, recebeu-o com um largo sorriso:

- “Então você veio se consultar? Que prazer imenso!”

João Afonso relatou suas queixas ao médico e como elas estavam interferindo em suas atividades acadêmicas. Dr. Praxedes ouviu atentamente, indagando sobre outros possíveis quadros clínicos que pudessem explicar os sintomas apresentados. Em seguida, realizou o exame físico do paciente, detendo-se no exame do aparelho cardiovascular, onde detectou *ictus cordis* em 5º espaço intercostal esquerdo, móvel, medindo cerca de 2 polpas digitais e RCR em 2T com BNF. O restante do exame físico não apresentou alterações significativas.

- “O que o senhor achou, professor? Vou precisar de um ansiolítico?” - perguntou um João Afonso ávido por uma solução para seu problema.

Dr. Praxedes explicou a João, que para ele tratava-se de uma fobia, em virtude de sua timidez excessiva, que estava manifestando-se com um quadro de ansiedade e que seria melhor encaminhar-lhe para um colega psicólogo, que poderia acompanhá-lo melhor e referendá-lo para uma avaliação com um psiquiatra, posteriormente, caso realmente fosse necessária a prescrição farmacológica de um ansiolítico. Tranquilizou João, orientando-o a relaxar um pouco com os amigos e fazer uma atividade física de sua predileção, pois o curso de medicina estava apenas começando.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

Uma noite mal dormida

Romilda, 29 anos, e Rita, 26 anos, eram amigas de longa data e trabalhavam como costureiras em uma confecção. O serviço era intenso, principalmente em épocas festivas, quando a produção praticamente dobrava para atender às demandas do mercado. Naquela manhã, ao chegar ao ponto de ônibus, Romilda encontrou sua amiga com uma aparência cansada e com olheiras.

- Nossa, você está com cara de acabada! O que aconteceu?

Rita, então, relatou à amiga não ter conseguido dormir à noite, por ter apresentado quadro de disúria, polaciúria, estrangúria, além de uma sensação de peso em região hipogástrica. De fato, as queixas urinárias eram frequentes entre as funcionárias da confecção. As idas ao banheiro eram muito controladas e muitas ao sentirem vontade de urinar, evitavam sair da sala, para não serem chamadas a atenção.

- Minha médica já me explicou que nós mulheres temos mais problemas de urina do que os homens. Vou ver se hoje quando sair do trabalho, vou à minha médica, para solicitar um exame de urina. Fico muito preocupada de esse problema poder atingir os rins e eles de repente pararem de funcionar! O marido da minha vizinha, coitado, começou com uma história de creatinina e uréia altas no sangue e em pouco tempo os rins dele foram ficando ruins. Não quero isso pra mim não!

- Não deixa passar não, senão você fica igual à Dona Margarida lá do trabalho, tendo que tomar aquele remédio que faz urinar o tempo todo para não ficar toda inchada. Ih, menina, faz sinal que o ônibus já tá virando ali a esquina!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

Vivendo e aprendendo

Maria das Dores, 52 anos, deixava a UBSF de seu bairro junto com a vizinha Solange, 48 anos, após terem assistido uma palestra proferida pela Dra. Manoela no grupo de hipertensos, do qual faziam parte. Assim como suas amigas que assistiram ao evento, Maria das Dores conseguiu esclarecer muitas dúvidas, pois sempre tivera dificuldades em controlar sua pressão arterial.

Durante o caminho para casa, foram comentando os pontos que mais chamaram a atenção na exposição da médica. Maria das Dores achava curioso o fato de mesmo com todas as políticas voltadas para o tratamento da hipertensão arterial, ela ainda ser uma doença de alta prevalência e letalidade em nosso meio. Além disso, a preocupava o fato de seus filhos poderem também desenvolver quadro semelhante futuramente. Já para Solange, um dos pontos que mais considerou importante foi quando a médica comentou acerca do controle da alimentação e da importância da atividade física, pois fazia tempos que se preocupava com os fatores de risco da hipertensão e como trabalhava o dia inteiro, não tinha tempo para os exercícios. Solange era professora do ensino fundamental e não bastasse trabalhar em 2 escolas todos os dias, frequentemente chegava em casa estressada, com cefaléia e, invariavelmente, quando sua filha que era enfermeira aferia sua pressão arterial, ela encontrava-se acima dos níveis aceitáveis. A própria Maria das Dores já lhe havia sugerido que solicitasse ao seu médico um laudo para perícia médica a fim de conseguir aposentadoria precoce, visto ainda demorar um pouco para conseguir aposentar-se por tempo de serviço.

E assim estavam entretidas, animadas com o quanto haviam aprendido, que não perceberam o ônibus para seu bairro passar por elas. Melhor assim, pois teriam mais tempo para colocar o papo em dia!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

Ossos do Ofício

Maria das Dores, 52 anos, trabalhava como cozinheira em uma empresa de bebidas há muitos anos. Conhecida pela eficiência de seu trabalho era querida por todos. Naquela manhã, Maria das Dores precisou chegar mais tarde, pois foi à escola de seu filho Maikon para conversar com a professora, sobre o fraco desempenho do rapaz nos estudos. Encontrou suas companheiras de cozinha agitadas, pois o horário de almoço dos funcionários estava chegando e outras colegas de trabalho haviam faltado ao serviço.

Após desculpar-se, Maria das Dores rapidamente botou mãos à obra, indo descascar uma pilha de batatas. Preocupada com o avançar da hora, descuidou-se, ferindo a mão direita com a afiada faca que estava utilizando. Ao verem o sangue, suas colegas imediatamente amarraram uma toalha em sua mão e a levaram ao posto médico.

Chegando lá, foram recebidas pelo Dr. Salomão, médico do trabalho e pela enfermeira Nicole, que prontamente procederam ao exame da lesão. Tratava-se de uma ferida incisa, de cerca de 6 cm na face medial da mão D. O médico então acalmou a paciente e logo procederam aos cuidados com a ferida. Indagada sobre seu estado vacinal para o tétano, Maria das Dores referiu ter recebido a última dose há mais de 20 anos. Julieta, funcionária da cozinha que havia acompanhado Maria das Dores, indagou ao Dr. Salomão se o ocorrido configurava caso de acidente de trabalho, ao que o médico respondeu, orientando a paciente. Ao ser liberada, Maria das Dores perguntou ao médico se ficaria uma cicatriz no local, pois ouviu falar da importância da barreira cutânea na defesa do organismo. Dr. Salomão, então, disse que não se preocupasse, pois os procedimentos necessários haviam sido realizados.

Mais aliviada, Maria das Dores comentou:

- Fazer o que, né? Ossos do ofício...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

Saco Vazio não fica em pé

Era mais um dia de consulta ambulatorial na Unidade Básica de Saúde onde trabalhava a Dra. Eugênia e com certeza seria uma manhã cheia, tantos eram os pacientes que a procuravam, pela sua competência e simpatia.

O primeiro paciente do dia era Maikon, 18 anos, levado pela mãe, Maria das Dores. Como já eram conhecidas de longa data, Dra. Eugênia perguntou com um largo sorriso:

- E aí, Das Dores? O que esse rapagão andou aprontando?

- Então, doutora- começou Maria das Dores – faz mais ou menos 1 mês que esse menino só anda cansado, desanimado que só, não tá rendendo na escola e nem mais quer tocar na banda! Comer comida que é bom, já se foi o tempo! Não come um feijão, uma verdura, só quer saber de salgadinho e batata frita!

Dra. Eugênia procedeu ao exame físico de Maikon, detectando mucosas hipocoradas ++/4+; queilite angular; aparelho cardiovascular com um sopro sistólico +/6+, pancardíaco e frequência cardíaca de 110 bpm. Em seguida, explicou sua suspeita para Maria das Dores e informou que solicitaria uns exames para confirmação. Tranquilizou-a, dizendo que se os resultados fossem elucidativos, Maikon estaria bem em pouco tempo. Duas semanas depois, Maikon retornou com os exames, porém sem a mãe, que não tinha conseguido tirar folga no trabalho. Dra. Eugênia, foi logo dizendo:

- Dá cá esses exames, que eu estou curiosa para ver os resultados!

Analisando seu hemograma, percebeu que o hematócrito e a hemoglobina estavam baixos e os índices hematimétricos sugeriam hemácias microcíticas e hipocrômicas. Humm, sua ferritina também está baixa e a capacidade de combinação do ferro está alta, o que só confirma o seu diagnóstico! Dra. Eugênia explicou a Maikon que seu problema tinha relação direta com seus hábitos alimentares, orientando-o em relação aos alimentos que deveria consumir mais no momento. Prescreveu-lhe um medicamento para fazer uso por via oral e orientou-o a retornar em algumas semanas para fazer seu acompanhamento. Satisfeito por ter resolvido o problema, Maikon agradeceu a médica e disse que logo estaria enviando-lhe um convite para vê-lo tocar com sua banda no SESC do bairro!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

Nunca é tarde demais

Em uma ensolarada manhã de sábado, Maria das Dores conversava com sua vizinha Clenilce sob o muro que separava suas casas, enquanto colocavam a roupa no varal. Maria das Dores estava apressada, pois o esposo Rondinelli tinha ido buscar o irmão Julião que morava na zona rural, para ficar um tempo na sua casa:

- Rondinelli tá muito preocupado com o irmão, pois desde que a mulher morreu, vem bebendo direto e até perdeu o emprego!

Julião, 45 anos, há 1 ano perdera a esposa e o filho que esperavam durante o parto. Desde então, vivia solitário, recusando convite dos familiares para ficar em suas casas e começara a beber, principalmente bebidas destiladas. Outrora uma pessoa tranquila, agora Julião era frequentemente visto em discussões e por vezes até agressões físicas no trabalho e na rua, motivo pelo qual fora despedido da oficina onde trabalhava. Amigos apreensivos com sua situação entraram em contato com Rondinelli, que decidiu trazê-lo para a cidade, para se tratar.

Maria das Dores conversou com a Dra. Eugênia da UBSF de seu bairro e agendou uma consulta para o cunhado. No dia marcado, a médica recebeu-o de forma bastante acolhedora, iniciando sua anamnese. Julião explicou-lhe as dificuldades que vinha passando desde a morte da mulher e de como a bebida o ajudava a escapar desses momentos. Porém, mostrava-se preocupado em tratar-se, pois durante vários anos acompanhara o pai também etilista ao médico e lembrava-se de ouvi-lo explicar que o álcool no organismo age de forma semelhante a uma droga. Seu pai apresentara deterioração a longo prazo das funções do fígado e do pâncreas, evoluindo com recorrentes episódios de epistaxe e gengivorragia.

Ao exame físico, Dra. Eugênia encontrou um paciente emagrecido, hipocorado +/4+, icteríco +/6+, ausculta cardíaca com sopro sistólico +/6+ pancardíaco; PA: 130x80mmHg. Abdome com fígado a 2 dedos do rebordo costal direito, indolor. Restante do exame sem alterações. Dra. Eugênia então, explicou-lhe que solicitaria exames laboratoriais, dentre os quais estariam alguns para avaliar sua função hepática e pancreática, além de um exame de imagem para auxiliar na investigação. Falou então da importância de Julião ter procurado ajuda e que só dependeria dele o sucesso de seu tratamento. Despediu-se, orientando-o a retornar com os resultados dos exames tão logo estivessem prontos, e em seguida disse com um sorriso:

- Nunca é tarde, né, Julião?

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

A Saúde é o nosso bem maior!

Paulo Ricardo, 38 anos é um engenheiro civil bem sucedido, responsável pela gerência da construtora da cidade onde mora. Por ser uma pessoa extremamente competente e dedicada em tudo o que faz, ascendeu rapidamente em sua carreira, assumindo sozinho muitas das responsabilidades com o trabalho. Ultimamente seu tempo era escasso para tantas atividades. Naquela manhã de setembro, ao se despedir da mulher, Mônica, a mesma perguntou:

- Amor, que horas você vai chegar para o almoço?

- Ih, linda, hoje tem uma reunião super importante com um fornecedor. Se der certo, vamos fechar um negócio e tanto! Depois eu peço um lanche!

Por cerca de 4 meses Mônica vinha escutando desculpas semelhantes. Ora era uma reunião, ora um empecilho... A verdade era que Paulo Ricardo vinha negligenciando seus horários de refeição, optando por lanches em *fast food* e à noite geralmente trazia pizza ou pedia comida do restaurante italiano vizinho ao seu prédio. Mônica estava ficando preocupada, pois Paulo não estava mais frequentando a academia por falta de horário e, além disso, havia perdido 3 calças no último mês, pois não lhe cabiam mais! Paulo sempre tivera tendência ao sobrepeso, assim como seus irmãos e sempre lutava contra a balança realizando dietas que iniciava, mas não conseguia levar adiante. Naquela noite, após o jantar, Mônica sentou-se com o marido e teve com ele uma longa conversa sobre suas preocupações com sua saúde e terminou por convencê-lo a procurar o clínico da família, Dr. Helio, para uma avaliação.

Dr. Helio era muito amigo da família e já tinha tentado infrutíferas vezes levar Paulo Roberto ao seu consultório, por isso surpreendeu-se com a marcação da consulta. Paulo expôs ao médico sua vida atribulada, seu sedentarismo e o ganho de peso recente. Quando perguntado se havia largado o cigarro, Paulo disse que havia diminuído para meio maço ao dia.

- Dr., a Mônica, minha esposa, vive me assustando, dizendo que as minhas artérias podem entupir de uma hora para outra. É verdade?

Dr. Helio acalmou o paciente, dizendo que depois discutiriam este assunto e procedeu ao exame físico. Começou por medir e pesar o paciente: 1,70m; 84kg, circunferência abdominal: 123cm e PA: 150X95mmHg. Em seguida, solicitou alguns exames laboratoriais, um eletrocardiograma e

um ecodoppler de carótidas. Despediu-se de Paulo, instruindo-o a retornar assim que os exames estivessem prontos.

Uma semana depois, Paulo retorna e vai logo dizendo:

-Dr., não aguentei a curiosidade e abri os exames. Tá tudo ruim! Essas HDL, LDL, estão todas alteradas! O que é isso doutor? Meu açúcar tá 180! Eu não sou diabético! Por que isso doutor?

Dr. Helio diante da ansiedade de seu paciente, explicou-lhe detalhadamente as alterações apresentadas nos exames e em seguida deu-lhe importantes recomendações. Recomendou-lhe que retornasse em 2 meses para uma nova consulta, a fim de reavaliar sua conduta. Paulo agradeceu a atenção e mostrou-se disposto a acatar as orientações de Dr. Hélio. Afinal de contas, a saúde é o nosso bem maior!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

Fome de viver

A casa de Maria das Dores e Rondinelli acabara de ganhar um novo morador: Dona Rosalina, 78 anos, mãe de Maria das Dores. Desde o falecimento do esposo, Rosalina optara por morar sozinha em uma cidade próxima, mas diante das freqüentes solicitações da filha, que ficava preocupada por não poder dar-lhe a atenção devida pela distância, resolveu mudar-se. Filha única, Maria das Dores sempre fora bastante presente em relação aos pais, cuidando para que nada lhes faltasse.

Rosalina foi muito bem acolhida pelo genro e pelos netos, que a cercavam de mimos e atenção e Maria das Dores, logo tratou de agendar uma consulta na Unidade Básica de Saúde de seu bairro com a Dra. Eugênia. Dona Rosalina sempre gozara de boa saúde, porém, já vinha apresentando alguns sinais e sintomas relacionados ao processo de senescência. Nos últimos meses, vinha apresentando dificuldade para enxergar por visão turva, motivo pelo qual Das Dores não a deixava sair à rua sozinha, com medo de que a mãe sofresse alguma queda. Além disso, a acúsia de Rosalina já não era tão boa, o que a fazia solicitar com freqüência que as pessoas falassem um pouco mais alto.

No dia da consulta, Dra. Eugênia recebeu Maria das Dores e a mãe da forma acolhedora de sempre e logo começaram a conversar. Maria das Dores informou sobre as alterações visuais e auditivas e acrescentou também o fato de Rosalina estar apresentando resfriados e estertotações freqüentes, já que há 2 anos se recusava à receber a vacinação antigripal, com medo das reações colaterais. Além disso, relatou que a mãe queixava-se de dores ósseas freqüentes, o que às vezes a impedia de sair de casa. A médica realizou o exame físico de Rosalina, não tendo detectado alterações significativas, e elogiou sua pressão arterial de 130x80mmHg.

- Doutora, é preciso dar cálcio pra ela? – perguntou Maria das Dores. Outra coisa, a senhora não esquece de passar um remedinho pra memória, ela anda tão esquecida...

Tranquilizou Maria das Dores, explicando de forma clara o processo da senescência e orientou-a em relação aos cuidados dietéticos, respeitadas as necessidades nutricionais do paciente idoso. Por fim, a encaminhou a um otorrino e a um oftalmologista. Dona Rosalina sentiu-se

bastante confiante com a segurança da médica e garantiu que voltaria com os resultados dos exames, pois ainda queria viver muito para cuidar dos seus bisnetos!

CAPÍTULO 4

SITUAÇÕES-PROBLEMA DO QUARTO PERÍODO

Autores

Alexandre de Pina Costa

Álvaro Henrique Sampaio Smolka

Anielle de Pina Costa

Bruno Rodrigues Rosa

Carlos Humberto Longobardi Vilhena

Carlos Luiz da Silva Pestana

Erick Vaz Guimarães

Kátia Liberato Sales Scheidt

Paulo Cesar da Fonseca Coelho

Rodrigo da Silva Bitzer

Vanila Faber Palmeira

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

“Idas e vindas”

Os tios de Valquíria estavam assustados com que estava acontecendo com sua sobrinha de apenas dezenove anos de idade. Desde que ocorreu o fim de seu namoro, não saía mais de casa, nem para ir à academia que tanto gostava, pois dizia que estavam perseguindo ela. Valquíria dizia não conseguir dormir a noite, pois havia um homem que falava com ela o tempo todo, chamando-a de gorda e feia. Seus pais haviam relatado que ela Vinha apresentando mudanças nos seus hábitos sociais anteriores parando de entrar nos sites de relacionamento onde ficava conectada por horas teclando com seus amigos. Ao contrário só queria ver televisão em alto som deitada o dia todo. Além disso, uma bela tarde, sua mãe dona Sueli, foi acordada pela manhã pelos gritos de Valquíria. Ao chegar ao banheiro, Valquíria disse para a mãe que quando foi escovar os dentes, havia outra pessoa no espelho. Por tudo isso, sua mãe pediu conselhos a Mônica, sua cunhada, que a recomendou levar Valquíria a Unidade Básica de Saúde (UBSF).

Sra. Sueli resolve seguir o conselho de Mônica e leva sua filha ao clínico geral da UBSF. Ao entrar no consultório, Dra. Sofia percebe total falta de higiene pessoal de Valquíria. Durante a anamnese observa ansiedade, idéias pessimistas e dificuldade de dormir. Valquíria se cala. O exame físico apresentava-se essencialmente normal. Diante do quadro Dra. Sofia a encaminha à Divisão de Saúde Mental do município.

Já no ambulatório de Saúde Mental, Dra. Marta através do exame psíquico apurado constata que a paciente apresenta alucinações e delírios. Exaltam-se no quadro clínico: alteração no curso do pensamento, a ansiedade, autismo e sinais de automutilação como tricotilomania e arranhaduras em braços. Durante a entrevista, Dra. Marta descobre que Valquíria é parenta de segundo grau de um probando. Há solicitação de exames complementares para o diagnóstico diferencial e prescrição de antipsicótico e ansiolítico.

Após trinta dias, Valquíria retorna a consulta e Dra. Marta não observa melhora com a terapêutica, pois os sintomas persistem e, segundo os familiares, houve tentativa de suicídio. Há a solicitação de internação voluntária em nosocômio psiquiátrico após consentimento dos pais.

Durante a internação, pais e tios, percebem a melhora de Valquíria que recebeu alta e foi referenciada para acompanhamento com Dr. Ferraz. No caminho de volta pra casa, agora todos dentro do carro de Mônica, Sra. Sueli, aliviada, comenta com a cunhada:

- Temos nossa menina de volta!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

“Diário da casa azul”

“Made by Gabi”

Terça feira completo 21 anos, não me sinto feia, mas tenho notado espinhas no meu rosto. Logo agora, aos 21, porque não antes? E o pior: estou com espinhas nas costas e minha gordura também. Estou roliça! Minha irmã que faz Medicina diz que é dos meus ovários, mas fiz o ultrasson porque estava sem menstruar (ai que medo!) e minha ginecologista Dra Ana disse que estava normal que eu não tinha policistose ovariana. Tenho uma penugem no lado da face que está piorando, e minha barriga está horrível com estrias (estrias purpúreas segundo minha irmã). De vez em quando dou umas olhadas nos cadernos da minha irmã. Estava lá, OBESIDADE + MULTIPARIDADE + DOR ABDOMINAL EM QUADRANTE SUPERIOR DO ABDOMEN IGUAL A.... Fiquei pensando se sinto dor no local, mas, acho que é flatulência, como diz minha irmã.

Obesidade, eu detesto esta palavra, queria ter uma barriga tanquinho. É verdade que ninguém tem na minha família, e também não consigo parar de comer! Ah, mas é bonito. Vejo como olham para minha amiga Verinha, barriga negativa, é assim que falam! A minha é um bujão! Meus colegas não comentam. É proibido o “bulling”. Droga! Enfim, eu tenho namorado, o Juci, e ele gosta de mim assim. Melhor que a Sureide que é uma tábua e nem namorado tem!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

“O PITI DE MARIA DAS DORES”

Maria das Dores dava entrada pela 5ª. vez este ano na UPA. O pessoal do plantão até já estava acostumada, o famoso “piti” da Maria das Dores. A sudorese, a palidez e a palpitação! Dr. Carlos a recebeu com a reconhecida paciência. A enfermeira Ana Neri que o acompanhava verificando os sinais vitais e já a conhecia da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) da Ponte chegou a comentar:

- É muita pressão, ela tem dificuldades de agüentar todos estes eventos estressantes. A separação, a perda da criança quando quase morreu!

- Nossa! Mas hoje a pressão de Maria das Dores está mais elevada do que o costume, Dr. Carlos!

- Podemos considerar como o efeito do Sistema Nervoso Simpático. A Reação Aguda ao Estresse! Olhando o prontuário de Maria das Dores exclamou: “- PA- 160x100mmhg, FC-104 bpm!”

Após o término do exame físico pelo Dr. Carlos, a psicóloga Lucilia que dava assistência na UPA foi chamada para assisti-la. A prescrição de benzodiazepina já estava pronta quando Lucilia intervém:

- Engraçado! A Maria das Dores pelo menos por agora não teve nenhum evento estressante que servisse de gatilho para disparar este quadro!

Dr. Carlos ouviu o comentário de Lucilia e disparou: “- Para tudo! Acho que temos que reformular nosso diagnóstico!” Ato contínuo a re-examinou tendo o cuidado de palpar profundamente seus flancos. “- Meça a pressão agora”, disse para Ana Neri enquanto palpava o flanco esquerdo.

- Nossa mãe, PA-190x120mmHg, exclamou Ana Neri.

- Na mosca! Disse Dr. Carlos. Hipertensão paroxística! Acho que ela pode ser portadora de hipertensão secundária!

Elaborou uma rotina diagnóstica e quando ia saindo pediu para o interno Leôncio: “- Leôncio, por via das dúvidas solicite também o sódio e potássio!”

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

“Momentos de decisão de um homem decidido (e bem sucedido)!”

E não é que a “boulangerie” de Artur virou capa da VEJA RIO? Artur, 55 anos, estava em êxtase com o sucesso obtido. Já fazia algum tempo que ele deixou sua vida de motorista pra trás pra se dedicar a uma paixão: cozinhar. Lá no fundo restava uma preocupação. Tinha emagrecido. Ué! Mas não tinha sonhado a vida toda com isto? Pois é, mas ele não tinha feito nada para emagrecer. Muito pelo contrário, vinha tomando meia garrafa pet cola no almoço!!!

E agora vinha a baila porque na página interior da VEJA RIO vinha àquela coisa do aumento da incidência do diabetes nos países em desenvolvimento e relacionado à obesidade.

À noite Artur se apercebeu que aquela sensação incômoda de dormência nas pernas que associava a ter andado muito não passava. Levantou 6 vezes a noite e não era um xixizinho não, era aquela torrente de xixi. E no final aquela espuma que o impressionava.

Pegou a VEJA sem dormir e tentou ler, OPS! Faltavam os óculos. Tinha, segundo a doutora, “presbiopia!”. Pôs os óculos, mas se lembrou que tinha que ir ao oftalmologista. Os óculos tinham ficado “fracos”! Mas deu para ler:

Brasil avança no ranking internacional do diabetes

Em 20 anos, projeção é um aumento de 67% nos casos brasileiros!

E agora não tinha mais Dra. Sofia. “Bons tempos aqueles de Unidade básica de saúde da família (UBSF)”! Agora, na Zona Sul era diferente, seu plano era caro, mas o atendimento era em 10 minutos e com pouca atenção. Bom, pelo menos ainda tinha “grana”. Pensou: amanhã vou ver a Dra Sheila lá no UBSF do Bairrinho! E assim conseguiu adormecer!

E lá foi no dia seguinte procurar Dra. Sofia. E não era que estava lá! Um grande abraço!

- Que carrão hem Artur!

- Pois é, doutora, mas sexo tá ruim e a vista tá pior!

- Você emagreceu, fez dieta?

- Não doutora, este é o problema!

- IH! Artur, então o problema é mais sério! Vamos conversar! A prevalência do diabetes na sua idade é muito grande! Vamos ter que pedir exames, e falar sobre alimentação e exercícios, ok?

- Eu li incidência na veja. Afinal é prevalência ou incidência, doutora Sheila?

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

“Nós não envelhecemos, nós vivemos!”

Inês, agente comunitária da unidade básica da saúde da família (UBSF) conversa com Ana Neri, enfermeira e colega de trabalho, sobre seu Ramiro, 80 anos, freqüentador do Hiperdia. Elas vêm percebendo que ele anda muito esquecido, lembrando-se de detalhes da sua vida quando jovem, mas agora repete várias vezes o mesmo assunto e esquece fatos novos. Além disso, recentemente, ele reclamou de dores musculares nas costas e pernas. Já faz dois meses que seu Ramiro perdeu seu irmão, e tem estado muito triste, e melancólico. Quando Inês perguntou sobre o ocorrido, ele respondeu: “- Sabe, minha filha, o Everaldo tinha 82 anos, “um garoto, perto de mim”. Não sentia nada, sempre bem humorado, caminhava todo dia, sempre disposto, morreu dormindo. Realmente não consigo compreender. Eu, velho, senil, sem equilíbrio, estou aqui! Desde que fiquei viúvo, e vim morar com meu filho e nora, eu preciso me manter ocupado, pois eles não me deixam fazer nada, sempre dizendo que tem medo que eu me machuque. O problema é que quanto mais eles me “pouparam” mais me sinto um “entulho” na casa. Eles não me deixam nem ficar mais sozinho, desde que eu tive uma alucinação, como me disse o médico, por causa de uma infecção. Eu me sinto anódino! Mas ainda sim, estou com minha família, não é? Você se incomodaria de ler para mim uma carta que o Everaldo escreveu para o seu filho? Sabe, ele adorava escrever poemas! Minhas mãos não têm firmeza e minhas vistas não ajudam.”

Inês responde: “- Claro seu Ramiro.” E começa a ler:

Carta de um PAI para seu FILHO.

“Meu querido menino, no dia que você perceber que estou envelhecendo, eu peço a você para ser paciente, mas acima de tudo, tentar entender pelo o que estarei passando. Se quando conversarmos, eu repetir a ...mesma coisa dezenas de vezes, não me interrompa dizendo: “Você disse a mesma coisa um minuto atrás”. Apenas ouça, por favor. Tente se lembrar das vezes quando você era uma criança e eu li a mesma história noite após noite até você dormir.

Quando eu não quiser tomar banho, ou me sujar, não se zangue e não me encabule. Lembra de quando você era criança eu tinha que correr atrás de você dando desculpas e tentando colocar você no banho? E quantas vezes eu troquei suas fraldas?

Quando você perceber que tenho dificuldades com novas tecnologias, me dê tempo para aprender e não me olhe daquele jeito... Lembre-se, querido, de como eu pacientemente ensinei a você muitas coisas, como comer direito, vestir-se, arrumar seu cabelo e lidar com os problemas da vida todos os dias... Se eu ocasionalmente me perder em uma conversa, dê-me tempo para lembrar e se eu não conseguir, não fique nervoso, impaciente ou arrogante. Apenas lembre-se, em seu coração, que a coisa mais importante para mim é estar com você.

E quando eu envelhecer e minhas pernas não me permitirem andar tão rápido quanto antes, me dê sua mão da mesma maneira que eu lhe ofereci a minha em seus primeiros passos. Quando este dia chegar, não se sinta triste. “Apenas fique comigo e me entenda, enquanto termino minha vida com amor.”

Atenciosamente,

Teu velho

Então, ao final da carta Inês diz: “- Seu Ramiro, nós não envelhecemos, nós vivemos!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

“Tempos Difíceis”



Ao menos vinte e duas crianças morreram por uma intoxicação alimentar depois de um almoço gratuito em uma escola primária no paupérrimo estado de Bihar, no leste da Índia, o que provocou uma onda de indignação. Vinte crianças, que morreram na terça-feira (16), foram enterradas nesta quarta-feira (17) perto da escola, um estabelecimento público do vilarejo de Masrakh, na região de Saran. Outros 30 alunos permaneciam em vários hospitais do estado de Bihar, o mais populoso da Índia e também considerado o mais pobre.

"Depois de 21 mortes, soubemos há pouco que mais uma criança faleceu enquanto era tratada", informou o secretário de Saúde do estado, Vyas Ji, à AFP, quando as suspeitas recaem sobre a possível presença de inseticida na comida. Este drama provocou a indignação dos habitantes de Chhapra, a principal cidade de Saran, onde centenas de pessoas quebraram as janelas de ônibus escolares e saquearam uma delegacia na noite de terça-feira. Os manifestantes exigiam "medidas firmes contra os funcionários responsáveis", segundo eles, pela morte das crianças, indicou um funcionário local, S.K. Mall. Os alunos comeram um prato de arroz e lentilhas preparado na mesma escola. Em vários dos 29 estados da Índia, as autoridades oferecem almoço gratuito às crianças nas escolas públicas como forma de combater a pobreza generalizada.

Os primeiros elementos da investigação revelaram a provável presença de substância contida em inseticidas, segundo um funcionário do governo local, Amarjeet Sinha. A causa das mortes seria um envenenamento, razão pela qual os pacientes estão sendo tratados com atropina, um antídoto utilizado, acrescentou:" - Meus filhos foram à escola para aprender. Voltaram para casa chorando e se queixando de dor", contou o pai de duas crianças afetadas ao canal de televisão NDTV. "Peguei-os em meus braços, mas não paravam de chorar e de se queixar de uma dor de estômago terrível e salivavam terrivelmente, acrescentou.

O acidente ocorreu dia 17, no dia 21 foi preso um dos cozinheiros da escola Segundo a NBC News. "O envenenamento, foi causado por armazenamento de óleo de cozinha em um recipiente de pesticida usado, matou as crianças tão rapidamente que alguns morreram nos braços de seus

pais ao ser levado para o hospital. O acusado disse que o recipiente aparentava ter sido lavado e que ele pressupôs que o processo de cozimento eliminaria qualquer resto de veneno.

Após ler o artigo, Pedro, 28 anos, agricultor na lavoura de tomates, se lembrou da papelada que o patrão de seu pai (também lavrador) teve que preencher após o suicídio de Antônio, que trabalhava há 20 anos com Malation. Dizia seu pai: “- Sabe meu filho, sempre use seu EPI, nunca re-utilize os frascos, pois nada me tira da cabeça que o Antônio se matou, pois estas substâncias vão entrando na gente e mudam nossa cabeça. Coitado do Toninho, ele tomou chumbinho!”

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

“Superbactéria mata duas pessoas em hospital de Montes Claros”

“Superbactéria mata duas pessoas em hospital de Montes Claros”

“23/01/2014 21h03

Do G1 Grande Minas com informações do MG Inter TV 2ª Edição.

A Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, Norte de Minas Gerais, informou nesta quinta-feira (23) que duas pessoas morreram nesta semana contaminadas pela superbactéria *Klesbiella pneumoniae* (KPC) em um hospital da cidade. Além das duas mortes, duas pessoas foram infectadas pela bactéria e outras sete foram diagnosticadas como portadoras da KPC, o que corresponde a dizer que a doença não se desenvolveu nesses pacientes. A KPC já foi identificada em MG, SP, DF, GO e SC.

Segundo a secretária interina de Saúde de Montes Claros, Ana Paula Nascimento, os registros foram em apenas um dos hospitais da cidade e os profissionais que trabalham na instituição não correm risco de infecção, pois a bactéria se desenvolve apenas em pacientes que estão com o sistema imunológico baixo ou debilitado por alguma doença grave.

A secretária informou ainda que não há motivos para alarde. “Equipes da Vigilância Sanitária Municipal e Estadual e de controle de infecção dos hospitais estão trabalhando na formulação e tomadas de medidas de controle da proliferação da bactéria”, afirma.

O município, ainda segundo a secretária, está criando campanhas educativas. “É preciso mostrar para a população que precisamos aprender a conviver com situações presentes em outras cidades e que chegou agora em Montes Claros. Medidas muito simples como lavar as mãos, podem evitar a proliferação da bactéria”, explica.

De acordo com o médico Luciano Fernandes, especialista em infectologia pela USP e que tem experiência no tratamento de pacientes infectados pela KPC, a bactéria pode ser controlada. "A *Klesbiella pneumoniae* foi diagnosticada pela primeira vez no Brasil em 2006 e há experiências bem sucedidas de tratamento dos pacientes infectados"

Informações sobre a KPC

A superbactéria KPC foi identificada em um hospital da Carolina do Norte (EUA) em 2001. No Brasil, ela foi detectada pela primeira vez em 2006. Em 2010, um surto da KPC provocou 18 mortes no Distrito Federal. A KPC pode causar pneumonia, infecções sanguíneas

no trato urinário e feridas cirúrgicas, sintomas que podem evoluir para o quadro de infecção generalizada e provocar a morte do paciente.

O consultor médico da Secretaria de Saúde, Cláudio Henrique Rebelo, explica que a KPC faz parte da flora intestinal das pessoas e pode ser transmitida por meio do contato. As complicações ocorrem somente em casos de pacientes com baixa imunidade, como os que estão com câncer em estágio avançado ou passaram por transplantes. Cláudio Henrique esclarece ainda que os sintomas da KPC são comuns como outros de quaisquer bactérias. Ao entrar na corrente sanguínea, a superbactéria pode causar febre alta, pneumonia e formação de pus, por exemplo. A dificuldade, segundo o especialista, é que os antibióticos que fazem efeito na maioria dos casos, não combatem à KPC. Para o tratamento são utilizados os chamados “remédios de segunda linha”, que são restritos ao uso hospitalar. Daí a terminologia “superbactéria”, usada para organismos que apresentam padrão de resistência diferenciado.”

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

Nem tudo que reluz e ouro!

Cleide e Marli, amigas e vizinhas, mostram para Clara, filha de Marli e Médica, sobre reportagens que Cleide leu no jornal.

28/11/2012 18h25- Atualizado em 28/11/2012 20h11

Morte de aposentada por pneumonia será investigada em Rio Preto, SP

A Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto (SP) anunciou nesta quarta-feira (28) que vai abrir uma sindicância para apurar a morte de uma senhora de 65 anos por pneumonia. Segundo a família, durante 11 dias ela passou por pelo menos três unidades básicas de saúde (UBS) do município com falta de ar e a doença não foi descoberta.

O diagnóstico só foi dado depois que uma consulta e uma radiografia foram feitas e pagas em um hospital particular. A mulher chegou a ser internada, mas morreu por causa de insuficiência renal e infecção generalizada.

Esta é a segunda vez, em menos de uma semana, que o atendimento na rede municipal é questionado. A família de outra mulher, 45 anos, que morreu vítima da dengue acusa médicos e enfermeiros de negligência.

Eles dizem que a vítima, que já tinha contraído o tipo hemorrágico há quatro anos, apresentava os sintomas da doença e foi levada a uma Unidade de Saúde por seis dias seguidos. Apesar disso, o diagnóstico demorou a sair. A Secretaria de Saúde também abriu sindicância para apurar este caso.

Cleide pergunta: - Então Clarinha, qual a diferença entre gripe e pneumonia? Por que nos dias de hoje alguém ainda pode morrer por pneumonia? Afinal, se eu for tomar a vacina da gripe também estou protegida contra as pneumonias? Por que dengue também não tem vacina? Por que quando a gente fica resfriada o médico libera a gente dizendo que é uma virose? E sempre ficamos pior durante a noite? E por último, o que é epidemia e por que os jornais chamam a dengue de virose emergente?

Antes que Clara possa responder, sua mãe ri e também fala: - Ora, Cleide, gripe, pneumonia e dengue são muito parecidas, mas não são iguais. O médico pode escutar o pulmão pra saber, e também aparece no RX e exame de sangue. E o tratamento é com antibiótico, não é filha?

Clara responde a todas as perguntas de Cleide com muita paciência, destacando que as três doenças são bem diferentes, com etiopatogenia, clínica e tratamento diferenciados, e resume brincando com elas: - Lembrem-se senhoras, nem tudo que reluz é ouro!!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

“Família que adocece unida, permanece unida.”

Inês, agente comunitária, chega ainda pela manhã na casa de Verônica, 42 anos para uma visita domiciliar. Na casa moram Verônica, sua filha, Samanta, 14 anos, sua prima Mirtes, 22 anos e Kleber de apenas 15 dias. Durante a conversa sobre o pequeno Kleber e a mamãe Mirtes, Inês percebe Verônica tossindo muito e a questiona há quanto tempo ela está assim. Verônica explica que está com a “tosse de cachorro” há mais de dois meses e já tomou até antibiótico, mas a tosse não passa. Verônica relata ainda, que trabalha como designer numa fábrica de bijuterias e lida com tinta, o que achou que pudesse estar piorando sua tosse. Inês sugere que Verônica vá a unidade básica de saúde da família (UBSF) para que Dra. Sofia possa examiná-la.

Ao chegar a UBSF, Verônica relata para a médica que todo dia tem uma “febrinha” no final de tarde, e acorda toda suada durante a noite. Além disso, disse que vem emagrecendo, pois anda sem fome e se sentindo sem vontade para nada. Dra. Sofia Considerando Verônica como uma sintomática respiratória, explicou a ela o motivo, e vestiu uma máscara para realizar o exame físico. A paciente demonstrava “fácies” de doença crônica, peso de 50 quilos e altura de 165 cm. A ausculta pulmonar apresentava diminuição do murmúrio vesicular no ápice do pulmão direito. Verônica deixa a UBSF com a solicitação de exames de imagem e baciloscopia.

Dra. Sofia já com o resultado do BAAR do escarro positivo e a radiografia de tórax demonstrando nódulo pulmonar calcificado na base do pulmão direito, além de um infiltrado no ápice do lobo superior direito, comenta com o técnico Jorginho: “- É, Jorginho, mais uma paciente com tuberculose pulmonar, provavelmente pelo *M. tuberculosis*. Vamos ter que notificar. Vou precisar de sua ajuda, pois precisaremos fazer uma investigação epidemiológica da família. E, principalmente, para realizar o DOTS. Vamos ter que recomendar uma alimentação balanceada, além de muito líquido, e nem pensar em álcool, já bastam os efeitos colaterais do tratamento, não é?”

Já em casa, Verônica conversa com sua filha e sua sobrinha, explicando tudo, o tempo de tratamento, os cuidados com os utensílios, roupas, com a casa, e dizendo que vai precisar muito da ajuda delas pra ficar boa. Por fim Samanta brinca com a mãe: “- Fique tranqüila, mãe, pois família que adocece unida, permanece unida, não é?”

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

“No amor e na dor”

Era uma manhã ensolarada, quando Ana Neri partiu para mais uma visita domiciliar. Ela havia recebido a informação de que se tratava de uma jovem, chamada Paula, com seus 19 anos e trabalha na quitanda do bairro com sua mãe, dona Marli, que é amiga e vizinha de Pedro e Rita. Paula namora Raul, 25 anos que é o pai do seu filho, Mateus, de 08 meses. Ana Neri sabe também que Paula e sua mãe vieram do Norte há pouco tempo.

Ao chegar à quitanda, Ana Neri pergunta por Paula, e dona Marli responde que a filha está lá dentro, e acrescenta: - Aliás, ela não quer sair e nem receber as pessoas por causa dos caroços e das manchas, você acha que pode ajudá-la?

Ana Neri, então responde: - Vamos ver o que Paula tem, e aí poderei dizer o que teremos que fazer certo, dona Marli? Agora, por favor, me leve até Paula.

Ao entrar no quarto de Paula, Ana Neri vê que a moça tem a pele do rosto infiltrada e eritematosa, principalmente o nariz e as orelhas, com madarose, e vários nódulos no corpo. Além disso, Ana Neri detecta oito (8) manchas indolores, castanhas e simétricas no corpo de Paula. Imediatamente, Ana Neri pergunta sobre a vacinação do pequeno Mateus, e pede-lhe faz uma proposta de trazer Dra. Sofia, médica da unidade básica da saúde da família (UBSF), dentro de alguns dias para uma consulta.

Quando Ana Neri e Dra. Sofia voltam para conversar com Paula, Raul também está presente, além de dona Marli e o pequeno Mateus. Dra. Sofia cumprimenta a todos e começa a examinar Paula, ela percebe que a paciente apresenta alteração na sensibilidade periférica do rosto da jovem, realiza o exame dermatoneurológico completo, e comenta: - Paula, você está com hanseníase.

Dona Marli então responde: - Hanseníase? Nossa! Há alguns anos, meu irmão Ribamar, 62 anos, que vive lá no norte teve hanseníase, mas o caso dele era diferente... Ele teve apenas umas três manchas brancas no nas costas, doutora, não tem que fazer um exame para confirmar?

A médica prontamente tranqüiliza dona Marli. Explica que o caso de Paula tem tratamento e que não há necessidade de exames. Somente em alguns casos é necessário realizar a baciloscopia ou a biópsia. Em seguida, ela explica que durante um ano, uma vez por mês, Paula terá que tomar alguns comprimidos na UBSF, e dois comprimidos diariamente em casa. Dra. Sofia diz ainda: - A propósito Nazaré, nós teremos que examinar as pessoas que convivem mais próximas da sua filha. Por quem podemos começar? Então Raul se manifesta.

Ao examiná-lo, Dra. Sofia observa hipoestesia nos dedos anular e mínimo, dor à palpação do cotovelo irradiada proximalmente à face interna do braço e hipotrofia dos músculos intrínsecos da mão esquerda. A cicatriz de BCG estava presente. Raul diz: - Trabalho como digitador, e estou fazendo horas extras para tentar ganhar um dinheirinho a mais. Tem noite, que sinto muita dor e choque no cotovelo esquerdo.

Dra. Sofia diz que o problema de Raul pode estar associado ao seu trabalho, mas que também pode estar associado a hanseníase de Paula, e que para confirmar o diagnóstico, ele terá que fazer uma eletroneuromiografia.

A médica também examina o pequeno Mateus e dona Marli, ambos contendo a marca vacinal para BCG, e sem nenhum dado no exame físico que indique qualquer problema.

Ao finalizar a consulta, Dra. Sofia pergunta para ambos, Paula e Raul, como se sentem e se há alguma dúvida. Paula diz estar mais aliviada por saber que ficará curada se fizer o tratamento até o final, e Raul brinca, abraçando Paula e dizendo: - Fica tranqüila, querida, pois estaremos juntos na saúde e na doença, no amor e na dor!!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 11

“Mais vale perder um minuto na vida, do que a vida num minuto”.

Dona Josilda, 48 anos, mãe solteira, passou por um período conturbado, após receber o resultado positivo da sua sorologia para o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV). Apesar do apoio de seu filho e nora, além de um acompanhamento psicoterapêutico. Agora, após cinco anos bem, agora passou a apresentar monilíase esofagiana, emagrecimento de uns 8 kg no último mês, fato que ela atribuía à diarreia constante. Após analisar seus exames laboratoriais em dois momentos, Dra. Ilda, infectologista lhe informou que dona Josilda terá que iniciar a terapia antiretroviral.

Hemograma	Há seis meses	atual	ADULTOS (MASC.)
Hemácias	4.5	3.9	4.4 a 5.9 milhões/mm ³
Hemoglobina	13.1	12.7	13,0 a 18,0 g/dL
Hematócrito	41	38	40,0 a 52,0 %
Leucócitos	4.400	4200	4.500 a 11.000/mm ³
Eosinófilos	1	1	2 a 500/mm ³
Basófilos	0	0	0 a 100/mm ³
Monócitos	220	198	200 a 1.000/mm ³
Linfócitos	850	490	1.000 a 3.000/mm ³
Plaquetas	141.000	138.000	140.000-450.000 mm ³
Relação CD4/CD8	0,83	0,94	
Carga viral	970. 776 cópias de genoma HIV-RNA	985.089 cópias de genoma HIV-RNA	

Dona Josilda pergunta para Dra. Ilda: “- Doutora, por quanto tempo eu terei que tomar esta medicação? São muitos remédios? E o preço, eles são caros?”

- O coquetel é um conjunto de medicamentos que precisam ser tomados juntos para produzirem melhor efeito. É fundamental que você não se esqueça de tomá-los conforme programado, senão graves conseqüências podem surgir. E quanto ao preço, não se preocupe, pois eles são fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Dra. Ilda comenta: “- De agora em diante, a senhora terá que tomar cuidado com as vacinas, e relação sexual só com camisinha, então lembre-se, dona Josilda: “Mais vale perder um minuto na vida, do que a vida num minuto”.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 12

“É O FIM DA PICADA...”

Saulo trabalha na lavoura de tomates junto com Pedro. Um dia, Saulo estava voltando para o trabalho da lavoura, mas ainda com o sol do verão iluminando a vegetação, calçado de chinelo e vestido de bermuda e blusa. Como queria chegar rápido em casa, andava apressado e resolveu cortar caminho por um atalho, quando de repente sentiu uma dor no pé. Imediatamente parou e ao olhar para baixo viu dois pontos de sangue no dorso do pé. Assustado, voltou para a estrada de terra, mas a dor no local da picada já estava muito forte além do edema ser evidente. Uma equimose atingiu boa parte do pé e também da sua canela.

Alguns minutos depois passa um veículo pela estrada que pára ao ver Saulo sentado no chão com a perna esticada. “- O que houve?” pergunta o motorista, Saulo responde: um bicho me mordeu! Acho que era uma cobra, mas não tenho certeza, pois não ouvi barulho de chocalho. Além disso, estes matos têm muita aranha e escorpiões, você sabe né? Preciso ir ao hospital. Será que você pode me levar, Por favor?! Imediatamente Saulo foi colocado no veículo e o motorista nervoso, fez um garrote na perna afetada na tentativa de ajudá-lo. Ao chegar à Unidade de pronto atendimento (UPA), Saulo foi atendido pela enfermeira Julia que logo viu que seu pé estava muito escurecido e imediatamente retirou o torniquete da perna, exclamando: “não devia ter feito isso”. Após realizar perguntas rápidas e objetivas a Saulo e ao motorista, a enfermeira percebeu que havia sangue saindo da sua boca. Ela imediatamente colocou soro na veia e chamou o Dr. Dias que estava de plantão. Quando o médico chegou para ver Saulo, examinou o ferimento, perguntou quanto tempo havia decorrido do acidente e solicitou exames laboratoriais. Tentou acalmá-lo, ainda fez algumas perguntas e em seguida pegou o telefone e ligou para o Hospital Central solicitando ampolas de soro anti-botrópico e não anti-crotálico, e preencheu a documentação. Enquanto as ampolas não chegavam, aplicou em Saulo, analgésico, amoxicilina IV, toxóide tetânico IM e procedeu à notificação do caso. Após uma hora, o soro anti-botrópico chegou e Júlia aplicou 3 ampolas em Saulo que em seguida adormeceu.

Duas semanas depois o motorista reencontrou Saulo na mesma estrada do acidente e ao perguntá-lo como estava após o ocorrido, Saulo tirou a bota e mostrou seu pé agredido no qual faltavam dois dedos. Em seguida falou: “Tiveram que amputá-los, além disso, o doutor disse que se demorasse mais um pouco para chegar o soro, eu morreria. Mas ainda bem que foi cobra e

não escorpião, eles são piores, eu acho. Até semana passada eu urinava sangue, mas agora estou bem melhor”.

O motorista após ouvir a estória de Saulo, fala: “Rapaz que coisa doida! Ainda bem que tudo deu certo e você está vivo!” Quer uma carona? Saulo responde: “quero sim, estou atrasado para o trabalho e já ia cortando caminho de novo. Isso seria o fim da picada...”

CAPÍTULO 5

SITUAÇÕES-PROBLEMA DO QUINTO PERÍODO

Autores

Adriana dos Passos Lemos
Ana Paula Vieira dos Santos Esteves
Carlos Luiz da Silva Pestana
Carlos Romualdo Barbosa Gama
Fernanda Capelleiro Nascimento
Geórgia Dunes Machado
Gleyce Padrão de Oliveira Zambrotti
Jeanne D'Arc Lima Fontaine
Julio de Carvalho Neto
Patrícia Estrella Liporace Barcellos
Renata Figueiredo Frujuelli de Mello
Roberto Luiz Hungerbüler Pessoa
Sandro Javier Bedoya Pacheco
Valéria Francisca do Nascimento

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

Um mundo de dúvidas

Dra. Francica, sempre preocupada com a preparação do médico sabendo da chegada de João Afonso e Daniel ao 5º período e do interesse deles pela Saúde da Mulher, convidou-os para acompanhá-la no ambulatório de tocoginecologia, para tanto orientou-os quanto às questões éticas, humanas, sociais e emocionais envolvidas no atendimento das mulheres.

Hoje é o primeiro dia no consultório e ao chegarem Dra. Francisca já estava a postos revendo sua agenda de trabalho e logo após recebê-los iniciou o primeiro atendimento.

A primeira paciente era Teresa de 18 anos, que tão logo entrou mostrou toda sua ansiedade e dúvidas, dizendo: - “Dra. O que está acontecendo comigo”? Uso anovulatórios há dois anos, há dois meses apareceu um corrimento brancacento acompanhado de prurido vulvar intenso e agora tem dois dias apareceu uma sensação estranha quando vou urinar doi muito e sai muito pouca urina”.

Após a anamnese, Dra. Francisca solicitou que ela se preparasse para o exame físico.

João pensou: - “Nossa como é diferente a anamnese em ginecologia, são tantas etapas! Eu preciso estudar bastante para conseguir realizá-las bem. E voltando-se para Daniel comenta: - quanto a queixa urinária será que pode ser estrangúria?”

Enquanto Teresa se preparava, a Dra. sugeriu que observassem cuidadosamente o passo a passo do exame físico.

No exame de Teresa, puderam observar: mamas flácidas, simétricas sem alterações à inspeção e palpação, abdome flácido, indolor à palpação superficial e profunda. No exame da genitália externa hiperemia, escoriações e fissuras no intróito vulvar. No exame especular corrimento branco em placa aderente, com aspecto de leite coalhado e consistência pouco fluida.

Nesse momento surgiu uma inquietação e Daniel perguntou: - qual a incidência, prevalência e grau de letalidade deste tipo de corrimento em relação aos demais?

Logo a seguir foi a vez de Juliana 17 anos, que na queixa principal relatou estar preocupada com o atraso da menstruação. Em seguida ela explicou que suas menstruações sempre foram regulares, até há três meses, quando cessaram. Referiu sexarca a oito meses, com uso do método Ogino Knaus e condom.

No momento do exame de Juliana, observou-se: cloasma em face, congestão mamária e hiperpigmentação da aréola primária. No exame do abdome útero palpável quatro dedos acima da sínfise pubiana e ao uso do sonar Doppler BCF positivo. A inspeção da genitália externa mostrou: vulva congesta e no exame especular, mucosa vaginal violácea (muito diferente da paciente examinada anteriormente).

Ao término das consultas (e da manhã no ambulatório), além de tudo que Daniel e João já haviam decidido estudar, Dra. Francisca sugeriu que revisitassem a anatomia, a histologia do aparelho reprodutor feminino, e a fisiologia do ciclo menstrual.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

Coisas que acontecem

Começa mais um dia no ambulatório de Dra. Francisca junto com João e Daniel. Neste dia eles conheceram Kamilla 23 anos e seu namorado Herbert 27.

Kamilla relatou que seu ciclo menstrual desde a menarca aos 12 anos, era de 28 dias, durava de 4 a 5 dias, e que há dois meses tudo mudou. A menstruação atrasou agora o intestino está preso, apresenta sialorréia, pirose, humor instável, e vontade de comer coisas esquisitas.

Hoje Dra., começou uma cólica e um sangramento que parece “borra de café”.

João neste momento comenta com Daniel: – “qual sera o motivo da amenorréia de Kamilla”?
Daniel responde: amenorréia ou só atraso?

A anamnese seguiu e na HPP ela relatou ter utilizado há três meses antibiótico para infecção do trato urinário (ITU) e também uso de contraceptivos orais há seis meses.

Como de praxe após a anamnese completa Dra. Francisca orienta-a a preparar-se para o exame ginecológico.

O exame do tórax e abdome não mostrou anormalidades. O exame especular mostrou: sangramento discreto, borráceo, exteriorizando-se pelo orifício externo do colo. O toque evidenciou útero amolecido, aumentado de volume compatível com o atraso relatado.

Dra. Francisca após o exame físico de Kamilla expôs as possíveis hipóteses diagnósticas e solicitou os exames pertinentes, acalmando o casal em sua angústia.

João e Daniel comentaram após a saída do casal suas suspeitas com a Dra. Francisca que sugeriu que anotassem suas hipóteses e buscassem a confirmação nos livros de propedêutica, fisiologia, ginecologia e obstetrícia.

A seguir foi a vez de Marta 37 anos paciente muito conhecida por todos do ambulatório, menos de João e do Daniel, esta relatou cirurgia de apendicectomia, colecistectomia, depois de três

gestações uma laparotomia com LT, logo depois disso passou a ter dores embaixo ventre que no começo eram discretas e pouco a pouco foram piorando muito. A seguir Marta comenta que viveu razoavelmente bem e sem problemas até que há alguns meses passou a apresentar sangramento irregular, com aumento do volume abdominal e agora está com atraso menstrual de 2 meses.

Dra. Francisca após a anamnese solicita que Marta se troque para o exame físico e pede que Daniel e João Afonso levantem suas hipóteses diagnósticas para o caso.

No exame físico ao toque observou-se útero doloroso a mobilização e presença de tumoração em região anexial à direita.

Completando o exame físico, Dra Francisca solicita os exames complementares pertinentes e a orienta para retornar assim que os mesmos fiquem prontos.

Após a saída da paciente, discute os exames solicitados e as hipóteses de João e Daniel.

Ela ainda atendeu mais algumas pacientes e no final das consultas reviu todos os casos. Dra. Francisca encerrou o dia cansada, mas com a certeza de que honra seu juramento todos os dias.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

Então Surpresas...

Monica 23 anos, iniciou o pré-natal tão logo percebeu a possibilidade de estar grávida marcando uma consulta com Dra. Francisca. Tudo correu bem até hoje, quando Monica solicitou uma consulta de emergência.

Ao recebê-la junto com Dra. Francisca João e Daniel ouvem o pedido: - Dra., me ajude! Eu estou sangrando.

Dra. Francisca enquanto procede a anamnese e solicita que os estudantes revisem o prontuário no qual encontraram os exames do primeiro trimestre que mostravam:

SÉRIE VERMELHA

Hemácias: 3,0 milhões/ml - **Hemoglobina:** - 10g/dl - **Hematócrito:** 30% -
Plaquetas: 180.000/ml. **Grupo Sanguíneo:** O **Fator Rh:** + **Glicemia:** 75 mg/dl
VDRL: 1/32 **Anti HIV I e II:** negativo - **Toxoplasmose:** IgG REAGENTE 28 UI/ml.
Hepatite B: IgM e IgG negativos IgM Negativo.

EAS

EXAME FÍSICO	Valor de Referência
Cor Amarelo citrino	Amarelo citrino
Aspecto Turvo	Límpido
Densidade 1.025	1.005 a 1,030
PH 5,5	5,5 a 8.0

EXAME QUÍMICO

Glicose Ausente
Proteínas Ausente
Acetona Ausente
Urobilinogênio Ausente
Leucócitos Ausentes
Hemoglobina Negativa
Nitrito Negativo

MICROSCOPIA DO SEDIMENTO

	Valor de referência:
Células epiteliais	Moderadas (Moderadas)
Piócitos	Incontáveis (até 5p/c)
Hemácias	Ausente (até 5p/c)
Muco	Ausente (Ausente)
Cristais	Ausentes (Ausentes)
Cilindros	Ausentes (Ausentes)
Leveduras	Ausentes (Ausentes)

Ultra-sonografia transvaginal de 17-09-2013: feto único, ativo, BCF 140 BPM, placenta corporal posterior grau Ø de Grannum, ocluindo o OI do colo uterino, líquido amniótico de volume normal.

Conclusão: O exame é compatível com 11 semanas de gestação.

Colpocitologia oncótica: Alterações citológicas inflamatórias inespecíficas, de grau leve.

De posse destes dados e após a anamnese, durante o exame físico, Dra. Francisca constatou: AFU= 34 cm, feto em situação longitudinal, dorso à esquerda, BCF=140 bpm no QSE. Tonus Uterino: normal sem metrossístoles.

Toque: Colo com: 0 /1,5/ 0 /l/R Sangramento vivo de média intensidade por via vaginal. Apresentação **SIEA**, no 1º/2º plano de Hodge.

Os exames do terceiro trimestre não apresentavam mais as alterações verificadas no 1º trimestre.

Dra. Francisca após acalmar Monica a orienta e encaminha ao HCTCO para as medidas necessárias.

Os estudantes logo após a saída da paciente perguntam: - Dra. Qual foi o diagnóstico que a de suspeição de Monica e o que aconteceu com ela hoje? Foi o toque que a fez sangrar mais? Ela responde: - vocês analisaram os exames e ouviram minhas orientações, sugiro que estudem estes assuntos para discutirmos no nosso próximo encontro.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

Muito aprendizado e muito susto... Será sempre assim?

Dra. Francisca, Daniel e João, retornando do carnaval atendem a primeira paciente Leila que vem pela 1ª vez e de urgência.

João e Daniel observaram Leila caminhar para a consulta e perceberam que ela apresentava dificuldade ao deambular e estava edemaciada.

Leila relatou estrelinhas em frente aos olhos (escotomas cintilantes), náuseas, vômitos, tonteira e dor de cabeça intensa. – “Doutora eu não consigo entender o que se passa, tenho sono, enjoo, isso até parece gravidez, mas eu não posso estar grávida! Eu me separei e a última relação ocorreu há oito meses e além do mais o meu sangue é O negativo e não combina com o dele”.

Na história fisiológica (HF): relatou ciclos menstruais: 12/28/5 dias, sexarca aos 27 anos, uso de contraceptivos orais até nove meses atrás, um mês após separar-se de Marcelo.

Dra. Francisca após ouvi-la procedeu ao exame físico onde constatou: Mucosas hipocoradas +++/4+, Mamas gravídicas. Ausculta cardíaca: Sopro sistólico pan-cardíaco, P. A. = 200/110 mmHg, Ausculta pulmonar: MV. presentes, ausência de ruídos adventícios.

Abdômen: Manobras de Leopold sugerindo feto em situação transversa BCF no QSE = 128 BPM, AFU 33 cm.

Diante do quadro, doutora Francisca solicitou a presença da ambulância encaminhando a paciente para a emergência do hospital de referência, para que fosse realizada avaliação e definida a conduta mais indicada.

Na emergência Leila foi recebida pelo Obstetra de plantão Dr. Marcus, neste momento seu quadro era de cefaléia intensa e epigastralgia. No exame físico geral Dr. Marcus constatou: PA= 210/120 mmhg, BCF: 108 BPM, útero com metrossístoles esparsas, toque: com colo fechado e presença de discreto sangramento via vaginal.

Dr. Marcus solicitou então que ela fosse encaminhada à sala de parto (SP), onde procedeu as medidas de estabilização e solicitou os exames de urgência adequados ao caso. O Doppler colorido realizado de urgência demonstrou: feto centralizado, pesando em torno de 2.100g, com idade gestacional estimada em 34 semanas.

Após a estabilização, Leila foi conduzida ao centro cirúrgico para cesariana. Depois do procedimento, ainda na sala de recuperação pós-anestésica, apresentou crise convulsiva sendo encaminhada a unidade de terapia intensiva (UTI).

Enquanto isso, no ambulatório, chegou a vez de Tânia na 34ª semana (pela USG de 1º trimestre), queixando-se de ter ganho muito peso, de sentir muita fome, e que embora tenha sono, não consegue dormir direito, pois toda hora acorda para urinar.

Na anamnese relatou ter 26 anos e ser referenciada ao CMI (Centro Materno Infantil) para Dra. Francisca, pois no exame realizado há alguns dias apresentava: glicemia de jejum de 180mg/dl.

Ao exame físico geral: peso 76 kg, (peso pré-gravídico 58 kg) altura – 160 cm, mucosas normocoradas, ausculta cardiopulmonar normal, PA= 100/60mmHg, pulso 80bpm, MI = edema de ++/4+.

Exame físico específico: AFU = 40 cm, BCF= 156bpm no QIE, toque colo fechado, feto alto flutuante.

USG de 7/3/2014 mostrando feto único, em apresentação cefálica, dorso à esquerda; líquido amniótico aumentado de volume (polidrâmnio) em gestação de 33 semanas. Placenta corporal posterior grau I de Grannum.

Logo após o atendimento de Tânia, que foi orientada, medicada e encaminhada ao especialista para o caso, a enfermeira de Dra. Francisca entrou amparando Karla de 16 anos, que apresentava variação ortostática da pressão arterial. Sua mãe relatou atraso menstrual de \pm 2 meses. Karla queixava-se de tonteira, vômitos, dor em baixo ventre intensa e sangramento discreto com início hoje. Informava também sexarca há 2 anos, sem uso de métodos contraceptivos.

Dra. Francisca constatou no exame físico, diminuição dos ruídos hidroaéreos à ausculta abdominal. Na palpação Blumberg positivo, e no toque sangramento vaginal discreto, escuro, e sinal de Proust presente. Após o exame encaminhou-a para internação hospitalar de emergência. Mais uma vez a doutora acionou a ambulância, e comentou com Daniel e João:

- Que dia! Hoje está acontecendo de tudo, se fosse sempre assim eu acho que não aguentaria!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

Reveses da vida...

Maristela como seu próprio nome diz é mar e estrela, vive feliz a beira mar, conhece as ondas, os peixes e todas as estrelas que enfeitam o céu, o mar e a vida. Hoje comemora a estrela que vem enfeitar seu lar. Descobriu-se grávida, buscou seu pescador e contou-lhe a novidade: - “Teremos um filho, o nosso primeiro filho, meu velho”!!!

Pedro emocionou-se e juntos procuraram a UBSF para acompanhamento, como Maristela já estava com 39 anos foram referenciados para Dra. Francisca no ambulatório por se tratar de gestação com “algum grau de risco”.

Preocupados com o que lhes foi dito no mesmo dia procuraram por Dra. Francisca, esta e os estudantes acalmaram o casal e expuseram suas considerações e dos riscos prováveis de toda gestação inclusive para a de Maristela.

Os meses foram passando tudo corria bem e religiosamente seguiam as orientações e realizavam os exames necessários ao pré-natal.

Com 34 semanas uma manhã Maristela percebeu que sua roupa íntima, amanhecera úmida pensou: - algo esta diferente! O que será que esta acontecendo? Ainda bem que hoje é dia de consulta.

Ao ser examinada por Dra. Francisca, foi informada que poderia ser tampão mucoso já que o colo estava um pouco mais curto embora fechado e que também havia agora um corrimento a ser tratado.

Três dias após, durante o banho Maristela assustou-se com a quantidade de água que saía de dentro dela, gritou por Pedro que de imediato a levou para Dra. Francisca, esta constatou o problema e encaminhou-a ao hospital para a conduta adequada.

No hospital após ser admitida às 8 horas ficou “esquecida” até as 19 horas quando Dra. Francisca assumiu o plantão encontrando-a febril e sem cobertura antibiótica.

Marcelo nasceu com APGAR 7/8/9. Foi colocado para o alojamento conjunto com uso de antibióticos. Após 10 dias de cuidados Marcelo recebeu alta da enfermaria, junto com a mãe. Maristela apresentou ingurgitamento mamário, pois teve dificuldade inicial na amamentação, problema que foi logo resolvido pela equipe da obstetrícia e pediatria, que incentivam o aleitamento materno exclusivo.

Na enfermaria, Maristela se tornou amiga de Lucimar uma puérpera que fora internada há uma semana, por dores nos membros inferiores, justificadas pelas varizes, e por um quadro gripal complicado por pneumonia.

Quando estava para ter alta, entrou em trabalho de parto, que evoluiu como o esperado.

No terceiro dia do puerpério de Lucimar, Maristela se assustou quando a viu se levantar para ir ao banheiro, gemer sentindo forte dor nas costas, e desfalecer. Assustada, Maristela gritou por socorro, entrando em desespero.

Após a avaliação e socorro inicial ainda na enfermaria, viu sua amiga levada ao CTI.

Cláudia outra puérpera culpava-se pelo ocorrido, já que havia insistido para que Lucimar levantasse do leito, acusando-a de preguiçosa, pois o parto ocorrera há mais de 72h e ela ainda não o fizera, nem para amamentar e nem para suas necessidades fisiológicas, fazendo uso da “comadre” neste período. Após angustiantes horas de dor, João, o marido de Lucimar recebeu um médico do CTI que cansado e abatido lhe informou que apesar de todo o esforço da equipe ela não resistira vindo a falecer.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

No consultório: duas primas, um encontro, dois problemas

Adélia passou uma noite terrível e não via à hora do dia chegar e, com ele, sua consulta com a ginecologista. Sofria com a ansiedade e a dor.

No consultório de Dra. Francisca o dia promete. Nem bem ela chegou e a secretária anuncia que a sala de espera já está repleta.

As primas Adélia 16 e Violeta 15 anos aguardam encaixe. Pois seus problemas são encarados por elas como uma grande urgência, portanto, necessitam de atendimento imediato.

Nesse encontro não combinado conversam sobre a vida, namorados e seus problemas.

Adélia conta: - “Tudo começou há mais ou menos 15 dias. Uma dorzinha insistente aqui no "pé da barriga". No começo nem liguei, mas ela foi piorando e há três dias piorou muito, Ontem nem consegui ter relações. Além disso, apareceu um caroço na entrada da vagina que também esta doendo muito. Hoje amanheci com febre, por isso resolvi procurar a doutora”.

Violeta por sua vez comenta: - “Não sei o que acontece comigo, perto da menstruação fico muito nervosa!”.

- Da última vez fiquei tão irritada que quase bati no meu namorado. Ainda bem que ele é muito bonzinho e vendo o meu descontrole me deu um chocolate e foi embora. O engraçado é que o chocolate até alivia um pouquinho... Por mim comia a caixa inteira! Essa coisa ruim dura até a chegada da menstruação, aí então eu sinto tanta dor que fico de cama. Nesses dias não sirvo para nada e nem consigo ir para a escola. Tenho medo de perder meu namorado se isto tudo continuar... Será que se eu engravidar isto passa? Vou perguntar para a doutora!

Adélia emenda: - “Eu também estou com medo do meu namorado me largar! Será que estou com alguma doença”?

Após algumas horas de angústia pela demora a enfermeira conduz Violeta ao atendimento.

Dra. Francisca após cuidadosa anamnese, a examina e relata no prontuário eletrônico:

Mamas flácidas ausência de nódulos à palpação, linfonodos não palpados nas cadeias: cervical anterior, axilares, supra e infraclaviculares.

Abdome flácido indolor à palpação superficial e profunda.

Genitália: normotrófica.

Ao exame especular: presença de secreção amarelo-esverdeada, colo hiperemiado, com teste de Schiller positivo.

Toque: útero em AVF de forma, volume, consistência, mobilidade, superfície e sensibilidade (FVCMSS) normais e anexos impalpados. Francisca solicitou exames complementares e orientou Violeta quanto ao tratamento e acompanhamento de seu caso.

A seguir atendeu Adélia e suas anotações foram:

Mamas flácidas, ausência de nódulos à palpação, linfonodos não palpados nas cadeias: cervical anterior, axilares, supra e infraclaviculares.

Abdome flácido doloroso à palpação superficial e profunda em baixo ventre, linfonodos inguinais palpáveis e dolorosos.

Genitália normotrófica, presença de abscesso em glândula de Bartholin à esquerda.

O exame especular presença de secreção amarelada profusa em orifício externo do colo uterino, cavidade vaginal sem alterações.

Toque extremamente doloroso à mobilização do colo, do corpo uterino e em regiões anexiais; útero em AVF de forma, volume, consistência e superfície normais, pouco móvel. Em região anexial direita presença de tumoração complexa, dolorosa, de limites imprecisos. Percebe-se ainda aumento da temperatura vaginal.

Dra. Francisca encaminhou Adélia ao Hospital para internação, solicitou exames complementares e indicou medicação venosa.

Daniel e João observaram tudo com muita atenção e resolveram investigar a fisiopatologia dos quadros apresentados pelas primas e encontrar a melhor solução para cada uma delas.

Daniel ainda comentou: - É João! Eu pensei que a ginecologia fosse mais tranquila!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

Um médico: duas vidas, algumas soluções

O dia está agitado no ambulatório, Daniel e João Afonso mais uma vez acompanham as consultas e quase no final do dia conhecem Regina e Josélia, esta cliente antiga de Dra. Francisca.

Regina é casada mora na casa ao lado de Josélia e entre elas nasceu uma grande amizade. Encontram-se diariamente no curso de artesanato da comunidade e ultimamente Josélia percebeu tristeza e inquietação no olhar da amiga. Um dia ao voltarem da aula Regina relatou a causa de sua angústia. Josélia lembrou de sua história e a trouxe para ser cuidada por Dra. Francisca.

Regina aos prantos se queixa: - Quero engravidar e não consigo Dra, será que nunca vou conseguir? Meu marido já está até falando em adotar um bebê!

Dra. Francisca busca maiores informações.

Regina continua: - Tenho 23 anos, sou casada há dois anos, meus ciclos menstruais são regulares e duram 5 dias (T.M=12/28/5), menstruei pela primeira vez aos 12 anos. Minha primeira relação foi com meu marido aos 21 anos, não uso contraceptivos e nunca tive nenhuma doença. Todo mês espero engravidar e nada.

- E então Dra? O que será que acontece comigo? Nunca vou engravidar? Tenho que fazer algum tratamento?

Dra. Francisca a examina solicita alguns exames laboratoriais e de retorno a sala de consultas diz: - Regina, só depois de realizar os exames poderemos saber o que está acontecendo.

Logo após a saída de Regina, Dra. Francisca, como de costume e sabendo que para nós o assunto era novidade perguntou: - e então que hipóteses vocês levantariam? Pensem bem e estudem, então voltaremos a conversar.

Dando seguimento aos atendimentos chegou a vez de Josélia ser consultada e dirigindo-se à João e Daniel diz: - Sabe Drs. minha paz acabou desde que fiquei mocinha, minhas menstruações eram dolorosas, aos 15 anos tive que operar de urgência o apêndice, aos 28 já com dois filhos

para criar, foi a vez da vesícula, achei que ia morrer e deixar meus meninos sozinhos. Logo depois fiquei grávida de novo e desta vez veio a minha menininha. As dores na barriga foram aumentando principalmente nas menstruações e foi preciso uma nova cirurgia para tratamento. Graças a Dra. Francisca fiquei boa!

Meu marido ia fazer a cirurgia de vasectomia, mas os amigos disseram que ia prejudicar seu desempenho sexual, então ele ficou com medo e quem acabou tendo que operar fui eu.

Dra Francisca de pronto solicita que vocês levantem hipóteses diagnósticas para as queixas e que proponham um tratamento para as hipóteses.

- O que me trouxe aqui hoje é o aumento da minha barriga e um sangramento que vai e volta, doloroso “como se fosse parir um bebê”.

- Foi isto que me fez voltar ao “Anjo” que me socorreu e com certeza vai solucionar o meu problema mais uma vez. Dra Francisca a examina e constata:

Abdome flácido, doloroso a palpação em baixo ventre.

Ao toque: massa irregular na linha média contígua ao colo de mais ou menos 12 cm.

Ao exame especular: presença de massa exteriorizando-se pelo orifício externo.

Logo após a saída da paciente Dra. Francisca questiona sobre as possíveis causas das queixas atuais e do exame físico de Josélia e como deverão agir nesta situação. Em seguida ela reviu todos os casos atendidos encerrando o dia cansada, mas feliz com o progresso dos dois alunos que ela mais gostava.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

Coisas que acontecem!

Mais uma vez no ambulatório com Dra. Francisca João e Daniel atendem Marta 28 anos em sua primeira consulta.

Marta relata que após atraso menstrual de dois meses, acordou hoje, com dor em baixo ventre e sangramento via vaginal. Relatou ainda um episódio de sangramento ocorrido há mais ou menos 15 dias, indolor que após algumas horas cessou espontaneamente. Como o sangramento reiniciou e desta vez com dor, se preocupou e resolveu buscar cuidados médicos.

Marta informa ser casada desde os 18 anos e que ainda não realizou o sonho da maternidade. Relata também uma consulta clínica há 6 meses.

História fisiológica: menarca aos 13 anos, ciclos irregulares, ficando às vezes até 8 meses sem menstruar. Sexarca aos 18 anos. Uso de anovulatório por um ano, logo após o matrimônio. Uma menstruação normal há dois meses e o aparecimento de pelos no rosto e no tronco iniciado há alguns anos.

Queixa-se que em dois anos de busca de cuidados médicos não houve resolução do seu caso, na última consulta, o clínico solicitou exames de glicose, insulina e alguns hormônios sem lhe explicar por que, e a encaminhou para ginecologista.

Durante a inspeção, eles observaram: pele oleosa e acneica em face e dorso e presença de pelos androgenizados em face e tronco anterior, circunferência abdominal de 110 cm, índice de massa corporea de 28, PA de 130 X 90 mmHg.

Ao toque: útero em AVF, de forma, volume, sensibilidade, mobilidade, consistência e superfície normal, anexos impalpáveis, sangramento discreto em dedo de luva.

Enquanto ela se vestia, Dra Francisca solicitou que a partir dos dados do caso apresentassem e embasassem as hipóteses diagnósticas, indicando a propedêutica adequada para a confirmação das mesmas.

No retorno Marta pergunta:

— E então doutores! O que está acontecendo? É gravidez? Eu estou perdendo meu filho?

— Dra. Francisca responde: Não podemos afirmar ainda, precisamos esclarecer algumas dúvidas. Para isto solicitei alguns exames complementares e aguardo seu retorno tão logo estejam prontos.

Após a orientação e da atenção recebida Marta retirou-se esperançosa prometendo retornar no dia agendado, pois quer muito ter um filho e para isto faria o impossível.

Dando continuidade aos atendimentos do dia vocês receberam no consultório, Carmem de 56 anos.

Carmem relata luto a seis meses devido à morte por infarte de Ranulfo, seu esposo, e que a dor ainda era muito grande.

Vitória, a filha mais nova, que a acompanha na consulta, relata que desde que seu pai morreu a mãe está deprimida e se queixa de insônia, calor seguido de frio, e que, até a menstruação antes tão certinha começou a falhar e diz: - Dra.meus irmãos e eu estamos preocupados pois ela não reage a este estado. Eu penso que é necessário tratar de menopausa e eles acham que ela precisa é de psiquiatra.

Dra. Francisca explicou que precisava de outras informações, de conversar com Carmem e de avaliá-la para saber qual a melhor forma de abordar e cuidar do problema.

Dando sequência a consulta Dra Francisca indagou de Carmem dados de sua história fisiológica. Esta informou que a menarca ocorreu aos 12 anos, com ciclos regulares de 28 dias durando em média cinco dias e que durante o período pré-menstrual apresentava mastodínia, que era mãe de quatro filhos aos quais amamentou por até seis meses. Contou que seu casamento foi feliz e durou 38 anos, e desabafou: - Dra. ando muito triste, as vezes quero até morrer para parar de me sentir assim. A senhora pode me ajudar?

Dra Francisca mais uma vez tranquilizou a paciente, dizendo que iria tentar resolver seu problema, após pedir alguns exames complementares, aí sim ela teria plenas condições de medicá-la para amenizar suas queixas.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

Tempos tempestuosos: medo, angústia, incerteza

Continuando o atendimento de Carmen 56 anos e após responder a Vitória, dra Francísca se dirige a Carmen e convida: - vamos conversar um pouco? Ao receber a afirmativa retomou a anamnese e anotou: na história fisiológica: TM: 12/28/5 dias, mastalgia pré-menstrual, que era mãe de quatro filhos aos quais amamentou por seis meses. Que fez uso de anovulatórios até os 30 anos.

Na história patológica progressiva: exérese de nódulo mamário há 20 anos, colecistectomia e salpingotripsia.

Na história familiar: Avó e duas de suas irmãs desenvolveram câncer de mama e realizaram mastectomia.

Durante o exame físico, Dra. Francísca observou no quadrante superior externo da mama direita uma alteração cutânea e à palpação constatou presença de um nódulo sólido, localizado neste mesmo quadrante, medindo dois centímetros de diâmetro, indolor, imóvel, de contornos irregulares, aderido a planos vizinhos e com retração na pele. Linfonodos axilares impalpados.

Dona Carmem enquanto se levanta da maca pergunta: - Está tudo bem doutora? A Sra. Ficou preocupada ao examinar minha mama. O que aconteceu com minhas irmãs vai acontecer comigo também? Vou tirar o seio e fazer aquele tratamento horrível?

Ela responde: - Logo que você se trocar conversaremos com calma.

Enquanto a paciente se troca Dra. Francísca conversa com Vitória explicando o quadro da mãe e do quanto ela necessitará dos filhos para superar seus problemas.

Quando Carmem retorna, Dra. Francísca expõe as várias possibilidades, solicita os exames necessários, esclarecendo que só então terá condições conduzir adequadamente o caso.

D. Carmen não consegue esconder sua angústia e responde: - está bem doutora, farei tudo como a senhora solicita. Deus não desamparou minhas irmãs e também não há de me desamparar.

Após a retirada da paciente Dra. Francisca se dirige a João e Daniel e pergunta:

- Qual o perfil epidemiológico das mulheres acometidas por patologias mamárias malignas?

- Qual a incidência de mastodínia na população feminina em geral?

- Existe o risco de câncer de mama em pacientes com história familiar desta patologia?

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

Ainda não é tarde

Dra. Francisca aguarda a última paciente desta semana atribulada, Marina, encaminhada pelo colega Dr. Mário da Unidade de Saúde da Família do Bairro através de uma referência.

Marina se apresentou relatando ter 42 anos. Percebeu há seis meses um corrimento amarelo escuro, que inicialmente não valorizou.

O tempo passou, o que inicialmente parecia ser sem importância ganhou novos tons, agora havia episódios de sinusiorragia, e o corrimento antes sem odor se tornara fétido e foram estes fatos que a fizeram decidir por procurar atendimento com Dr. Mário na UBSF.

Dr. Mário, atenciosamente realizou a anamnese, procedendo a seguir ao exame físico geral e específico. Ao exame especular verificou: uma lesão suspeita ao redor do orifício externo (OE), que se mostrava friável, sangrante ao manuseio e com odor fétido. Diante do achado, fez a coleta da colpocitologia. Sabendo da urgência orientou e a referenciou para atendimento especializado com Dra Francisca, o mais breve possível.

Com os internos Dr. Mário reviu o prontuário de Marina, encontrando um relato de quatro anos, de NIC II e HPV sem descrição de conduta. Discutiu com eles o resultado encontrado e perguntou:

- Que conduta deveria ter sido adotada na ocasião?
- A colpocitologia tem elevada especificidade e sensibilidade para este diagnóstico
- Qual a incidência e prevalência dessa patologia?

Marina, chegou para a consulta ainda sem noção da gravidade do seu quadro. Mas preocupada com as orientações recebidas de Dr. Mário, marcou consulta particular, pois pelo SUS só conseguiria agendar para dois meses depois.

Dra. Francisca, após apropriar-se das informações fornecidas, procede à consulta fazendo o exame físico e durante o exame especular realizou a colposcopia, após confirmar a presença de lesão vegetante ao redor do OE.

Descreveu o exame especular solicitando que Daniel anotasse no prontuário: - lesão com aspecto cerebróide, friável, sangrante, medindo 2,0 cm de diâmetro; vagina livre de lesões e paramétrios livres ao toque retal. Enquanto procedia em seguida à biópsia da tumoração e da área adjacente. Devido a suspeita clínica e a necessidade de intervenção, solicitou os exames pré-operatórios na intenção de apressar o acesso de Marina à rede de cuidados, seguindo assim o itinerário terapêutico (UNACON) adequado.

Dra. Francisca após as orientações pertinentes solicitou que Marina retornasse assim que os resultados estivessem prontos.

Uma semana após, Marina retorna nervosa e assustada e questiona: - Doutora: É Câncer? Eu vou morrer? Apontava tremula para o laudo do histopatológico.

Dra. Francisca, com calma e atenciosamente explica-lhe o significado do resultado, a conduta terapêutica a ser tomada, e termina com a frase que encheu Marina de esperança.

- “Não vamos pensar em morte Marina, a cura é possível. Ainda não é tarde para lutar e vencer”.

Mais uma vez, após a saída da paciente Dra. Francisca questiona aos alunos João e Daniel: qual a probabilidade de cura do Ca de colo? E qual a importância epidemiológica da prevenção através da colpocitologia?

Neste momento a secretaria pergunta: - Dra. É possível atender a uma emergência? Após receber resposta afirmativa, faz entrar a Sra. Telma.

Telma, 62 anos, muito nervosa relata que após +ou- 10 anos de menopausa passou a apresentar sangramento via vaginal e que uma amiga falou que era câncer de endométrio. Dra é câncer? Vou morrer? Acalmado-a, Dra. Francisca procede ao exame físico e solicita os exames complementares pertinentes.

Após a retirada de Telma a Dra. Pergunta aos estudantes: - e então quais as hipóteses para esta paciente?

CAPÍTULO 6

SITUAÇÕES-PROBLEMA DO SEXTO PERÍODO

Autores

Ana Paula Faria Diniz

Andrea Santana Silva Moreira

Anielle de Pina Costa

Augusto Cezar M. Pereira de Bastos

Daurema Conceição Docasar Silva

Lilian Kuhnert Campos

Luís Claudio de Souza Motta

Luís Roberto Barbosa de Melo

Margarete Domingues Ribeiro

Patrícia Araujo Correa Coelho

Pedro Henrique Netto Cezar

Rosalda Motta Diniz de Moura

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

Fugindo de um problema, achando outro pior...

Kamilla, adolescente de 17 anos de idade, vivia numa casa de três cômodos numa comunidade pobre, convivendo com três irmãos menores, um padrasto alcoólatra que a surrava freqüentemente e com a omissão materna diante dessa situação. Sempre viveu mais na rua do que em casa e desde os 15 anos frequentava bailes funk onde “rolava de tudo”. Tinha vida sexual ativa desde então e um namorado “firme” havia seis meses. Acabou por engravidar de Murilo, seu namorado de 18 anos.

Ao saber que seria pai, Murilo sugeriu que Kamilla fizesse um aborto, mas, além deles não terem dinheiro para pagar, ela tinha medo pois quase perdeu uma amiga devido a infecção generalizada em decorrência de um aborto provocado. Sua mãe Claudinéia também havia sido mãe na adolescência. Com medo de magoar a mãe e da violência do padrasto Armando, escondeu a gravidez até quase o final e não fez pré-natal.

Certo dia, iniciou com dor abdominal que foi aumentando de intensidade e freqüência e procurou o Hospital Regional. Foi constatado trabalho de parto e internada. Cerca de 12 horas depois a bolsa rompeu espontaneamente com saída de liquido amniótico claro sem grumos, parindo logo depois um recém-nascido do gênero masculino, via vaginal. Chorou logo ao nascer. Após procedimentos adequados, apresentou no quinto minuto Apgar 9. O peso de nascimento foi 2200g, estatura de 46cm, perímetro cefálico 32 cm. Foi feita a identificação e os demais cuidados de rotina, sendo encaminhado para Unidade Intermediária para observação clínica e administração da primeira vacina, enquanto era checado o resultado do anti-HIV materno. O Capurro Somático indicou uma idade gestacional de 38 semanas e 3 dias, sendo classificado como FIG.

Já durante o primeiro exame físico, Dr. Navantino encontrou o bebê ativo, mas irritado ao manuseio, com fígado palpável a 6 cm do rebordo costal e baço a 2 cm. Discutiu o caso com os

internos, questionando quais exames seriam importantes para esclarecer o caso. Logo depois os resultados dos exames maternos revelaram: Tipagem sanguínea O+, VDRL 1:32, HIV teste rápido (+) e do RN tipagem sanguínea O+, coombs direto negativo. Dr. Navantino conversou com a puérpera e sua mãe esclarecendo sobre as condições do bebê e sobre a necessidade de tratamento imediato, tentando resolver as dúvidas das mesmas e aliviar a ansiedade que naturalmente instalou-se.

No terceiro dia apresentava icterícia em zona III de Kramer. A dosagem de bilirrubina mostrou total de 12mg% e Bb direta de 4,0mg%, hematócrito 48% e reticulócitos 5%. Dr. Navantino discutiu com os médicos residentes os possíveis diagnósticos diferenciais, solicitou novos exames complementares e intervenção do Psicólogo Hospitalar e Assistente Social para acompanharem a adolescente e sua família.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

Que dia cheio!

Na passagem de plantão, Dra. Flávia descreve para o colega, Dr. Daniel, os casos dos bebês que atendeu no dia anterior. O primeiro foi o RN de Valéria que nasceu de parto vaginal dentro do carro, na porta da maternidade. Foi aquela correria... O cordão só foi clampeado após 10 min do nascimento. Era a terceira gestação de Valéria, 23 anos, que estava com 37/38 sem pela DUM. Fez apenas três consultas de pré-natal e tem exames só do 1º trimestre, normais. A mãe relata que vinha perdendo “líquido” há cerca de 24hs, mas como não estava sentindo dor não procurou logo o hospital. O RN nasceu chorando e com 10 min de vida o Apgar foi 9. Peso de nascimento: 2.900g, classificado como AIG após a confirmação da IG pelo Capurro. Como encontrava-se clinicamente bem e com exames admissionais maternos normais, foi liberado para o alojamento conjunto, embora estivesse um pouco pletórico. Dr Daniel relata que solicitará os exames complementares pertinentes ao caso.

O segundo paciente foi o RN de Beatriz: um parto cesáreo de urgência por pré eclâmpsia e centralização do fluxo útero-placentário. Mãe hipertensa crônica, em uso de anti hipetensivos diariamente, porém sem controle da pressão arterial. Está internada há uma semana e já fez duas doses de corticóide. Bolsa rota no ato, idade gestacional de 35 semanas com PN 1800g (PIG). O RN nasceu hipotônico, bradicárdico e em apnéia necessitando manobras de reanimação. Apgar 3/6/8, sem malformações aparentes ao exame físico. Evoluiu com taquipnéia, gemência e tiragem subcostal sendo encaminhado à Unidade Intermediária e colocado em berço aquecido, dieta zero, hidratação venosa (HV) e CPAP nasal para oxigenoterapia. O Rx de tórax evidenciou bom volume pulmonar, sem outras alterações. A gasometria evidenciou moderada acidose metabólica e a primeira glicemia capilar foi 35mg/dl antes da instituição da HV. Agora com 12 hs de vida apresenta ainda desconforto respiratório, hipoatividade e glicemia capilar de 65mg/dl. Beatriz está muito ansiosa, indagando sobre o prognóstico do RN que é muito desejado.

O terceiro bebê, RN de Fabiana, ainda está internado na UI, agora com 48hs de vida. Nasceu de parto cesáreo por DPP com 32 semanas de gestação, PN=1400g / AIG, Apgar 5/8 e precisou de

VPP na sala de parto. O RN evoluiu com desconforto respiratório com piora progressiva e aumento da necessidade de oxigênio, sendo solicitado Rx de tórax que evidenciou infiltrado reticulo-granular difuso com aerobroncogramas. Foi então administrado surfactante e mantida terapia de suporte. Agora já está eupneico e iniciando dieta. O rastreamento infeccioso foi negativo não sendo prescritos antibióticos.

Dra Flávia, após passar o plantão, segue para sua rotina no consultório...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

Tarde de Outono

Em uma tarde de Outono, em um Hospital Universitário, Dr. Roberto inicia seu atendimento no ambulatório de Pediatria, além de supervisionar também os trabalhos de seu residente Dr. João, pediatra muito dedicado a sua profissão. O clima andava muito frio e seco. Como sempre nesta época do ano, a sala de espera estava cheia.

Dr. João recebe Dona Mônica com seu filho de sete anos, Rafael e traz um resumo de alta pós internação; entrega-o a Dr. João que lê o seguinte relato: há 10 dias, Rafael fora levado por sua mãe à Emergência devido a tosse e cansaço iniciados dois dias antes; medicado nestes dias com nebulização domiciliar com fenoterol, porém sem melhoras. Ao exame de admissão no PS, Rafael apresentava-se afebril, sudoreico, com palidez cutânea, cianose perioral e de extremidades, agitado, comunicando-se com frases monossilábicas (palavras entrecortadas), além de apresentar tosse espasmódica e dispneia expiratória importante; à ausculta, havia sibilos difusos, quase inaudíveis, diminuição global do murmúrio vesicular, presença de tiragens intercostais e subcostais e batimento de asa de nariz; saturava à 89% em ar ambiente. Foi prescrito imediatamente oxigenioterapia, β_2 agonista inalatório com uso do espaçador e corticóide oral. Feito reavaliação após uma hora: a saturação de O₂ em ar ambiente mantinha-se em 91%, já conseguia falar e não estava mais cianótico; à ausculta, observou-se melhora da entrada de ar, e os sibilos estavam bem mais audíveis. Solicitada internação e exames. O Raio X de tórax evidenciou infiltrado perihilar bilateral e hiperinsuflação. Hemograma com leve leucocitose com neurofilia. Rafael teve alta após cinco dias de internação com orientação expressa para acompanhamento ambulatorial, em uso de corticóide inalatório associado a agonista beta-adrenérgico de ação prolongada.

Ao término da leitura deste relato, Dr. João procede a Anamnese, pois esta é a primeira vez de Rafael neste ambulatório.

Na história patológica pregressa, chama a atenção o relato de Mônica de que seu filho sofria com “problemas de resfriado” desde os primeiros anos de vida, “coceira no nariz e nos olhos”, que piorava em locais abafados e em dias frios. À noite, tinha um sono agitado, roncava muito e dormia de boca aberta.

Aos nove meses apresentou um quadro de febre, tosse, “chiado no peito” e cansaço que foi inicialmente diagnosticado como virose, mas evoluiu com piora e necessitou internação. O diagnóstico à época foi Bronquiolite. Refere dois episódios posteriores de “falta de ar e chiado”, sendo atendido em serviço de pronto-atendimento e medicado com nebulização com fenoterol com melhora. Uma dessas vezes foi prescrito também um antibiótico devido a uma “manchinha no pulmão”.

Ao exame físico, Dr. João observa importante xerodermia e manchas hipocrômicas em locais de flexuras de cotovelos e joelhos, algumas com escoriações; dermatografismo presente. No rosto, apresentava olheiras pronunciadas, hiperemia conjuntival, Pregas de Denni-Morgan e um sulco horizontal proeminente no nariz. No momento, ausculta pulmonar sem alterações.

Quanto à história familiar e social, os pais são saudáveis, assim como o irmão de 6 anos, mas a mãe refere que ela “teve bronquite” na infância. A avó é fumante e cuida das crianças enquanto a mãe trabalha como doméstica e o pai como pedreiro. A família mora numa casa nos fundos da casa da avó com um quarto apenas e pouca ventilação. Nega outros problemas de saúde.

Dr. Roberto, após ouvir o relato de Dr. João, indaga-o como ele explicaria todos aqueles achados clínicos, qual era seu plano terapêutico de agora em diante e que exames solicitaria. Perguntou também como saber se aquele primeiro episódio de sibilância teria sido mesmo uma Bronquiolite e qual tipo de reação de hipersensibilidade estava acontecendo com Rafael. Dr. João percebeu o quanto precisava ainda estudar sobre aquelas doenças...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

Maria e seu dia na UBSF

Em mais um dia do seu internato de medicina na UBSF, Maria está acompanhando o atendimento da primeira cliente.

Karina, 15 anos, ao entrar no consultório com sua mãe Sandra, parece ser uma menina introvertida. Sua mãe a trouxe, pois acha que sua filha está muito baixa em relação ao restante da família. Dra. Sofia, médica responsável pelo atendimento, perguntou se Karina já havia menstruado. Maria, naquele momento, não entendeu o porquê da pergunta, mas se espantou com a resposta negativa da mãe. Dra. Sofia explicou para as duas a importância do exame físico minucioso e procedeu o exame completo, registrando os dados antropométricos, o estadiamento de Tanner e o alvo genético da menina. Notou, além da baixa estatura, que Karina parecia ter pescoço muito curto. Solicitou alguns exames e a encaminhou para avaliação especializada.

O dia foi passando e os casos novos pareciam cada vez mais desafiadores.

O pequeno Carlos, 4 meses de vida, nascera de parto normal com 39 semanas de gestação, Apgar 6/8, pesando 2400g. Desde o primeiro exame físico, ainda na maternidade, fora observado alguns distúrbios com reflexo de Moro débil, conforme relato na caderneta da criança. Permanecera internado por 10 dias para investigar malformações associadas e riscos potenciais e porque não sugava bem. Mesmo sendo acompanhado pela fonoaudiologia e apesar do empenho de toda a equipe, não foi possível a amamentação ao seio devido à grande dificuldade do RN. A opção adotada foi leite de partida, tendo então alta hospitalar para seguimento ambulatorial. Sua mãe Verônica, 42 anos, relatou como o médico da maternidade dera a notícia a ela e ao marido Antônio, 40 anos, mas argumentara que na sua família existem algumas pessoas com os olhos um pouco puxados e que seu filho lhe parece normal. Maria verificou pela caderneta da criança que Carlos havia recebido todas as vacinas indicadas para sua faixa etária e seu ganho pondero-estatural estava abaixo do esperado para sua idade.

O motivo da consulta de hoje, informa Verônica, é o aparecimento de febre alta (39 graus) há cerca de três dias, com coriza e cansaço, além de “ficar roxinho” quando chora. Dra. Sofia então, realiza o exame morfológico, confere e confirma os dados relatados na caderneta: observa

importante hipotonia axial, braquidactilia, hiperterolismo ocular, pregas epicânticas, ponte nasal achatada, discreta micrognatia, orelhas de implantação baixa. Porém, o que mais o preocupou foi que Carlos estava gemente, com frequência respiratória de 64irpm e com tiragens subcostais e intercostais. À ausculta pulmonar, apresentava estertores crepitantes em metade inferior do pulmão direito; ausculta cardíaca com sopro sistólico pancardíaco (3+/6+). Explicou para a mãe que o bebê tinha indicação de internação e seria levado para a UPA imediatamente onde tudo seria providenciado.

Verônica aguardara muito por esse bebê e era extremamente dedicada. Maria, entretanto, ficou impressionada com a aparente calma de Verônica diante de uma situação tão difícil. Parece que apenas a febre a preocupava... Refletiu como seria difícil a conciliação dos cuidados com o filho com seu trabalho quando acabar a licença-maternidade...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

Reunião de serviço

Na reunião semanal do Serviço de Pediatria, os internos lotados na enfermaria discutem os casos clínicos. Maria, interna da pediatria, apresenta o primeiro caso: João Carlos, 10 anos, encontra-se no terceiro dia de internação; dera entrada na UPA com relato de estar “urinando pouco” e apresentar “urina marrom e inchaço” iniciados três dias antes. No exame físico da internação, apresentava-se afebril, acianótico, anictérico, eupnéico, hidratado, edema palpebral bilateral, PA 150X100 mmHg, frequência cardíaca de 80 bpm, frequência respiratória de 22 irpm; ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações; membros inferiores apresentava-se com edema (2+/4+) com cacifo e manchas hiperocrômicas cicatriciais, além de algumas crostas melicéricas. A mãe relatara que elas apareceram há mais de um mês, ficavam “inflamadas” e melhoravam com o uso de pomada de antibiótico, mas reapareciam em outro local. A prescrição médica continha antibiótico, que havia sido feito apenas no primeiro dia, diurético, balanço hídrico rigoroso, medicação SOS em casos de picos hipertensivos e dieta apropriada para o caso. Maria relata o resultado de alguns dos exames solicitados: EAS evidenciou dismorfismo eritrocitário, cilindros hemáticos, 10 leucócitos por campo e proteínas (++)/4+; hemograma e escórias nitrogenadas normais. Ainda aguardavam o resultado de outros exames. Com o tratamento apresentou alguma melhora, persistindo ainda picos hipertensivos e oligúria. Ao término da leitura, Maria questionou se não seria melhor realizar a troca da medicação, pois estava preocupada com a demora da remissão dos sintomas.

O segundo caso apresentado por Maria é de Vinicius, 4 anos, internado há 22 dias com quadro de anasarca. No exame físico da internação encontrava-se levemente dispneico, acianótico, anictérico, afebril, pressão arterial 90x50mmHg, edema importante de face, bolsa escrotal e membros inferiores, além de aumento do volume abdominal com sinal do piparote presente. Na ocasião, segundo a mãe, o menino queixava-se também de dor torácica e abdominal, notara diminuição da diurese e quando o menor urinava percebia “espuma” no vaso sanitário. Os exames solicitados fecharam o diagnóstico suposto e norteou o tratamento. Antes de iniciá-lo, foi verificado o cartão vacinal: não constava as doses de reforço preconizadas para esta idade; realizado PPD, exame de fezes, e prescrito albendazol por três dias. Hoje, no 18º dia de prednisona e diuréticos, apresentava melhora do estado geral, com aumento da diurese e

diminuição dos edemas. O professor responsável questiona Maria qual o procedimento atual, tendo em vista os 18 dias de tratamento e a melhora apresentada.

Quando os relatos estavam terminando, a mãe de Ana Lúcia foi até a sala solicitar um médico para ver umas “bolinhas” que havia aparecido nesta noite na sua filha. Ana Lúcia, lactente de 11 meses, havia sido internada no dia anterior com um quadro de febre a esclarecer. Maria, ao examinar as lesões, define-as do tipo eritemato-papulares com vesículas, observadas na região de implantação dos cabelos, pescoço e em mucosa oral. A menina estava num leito bem próximo ao de Vinícius. O professor, após examinar a criança, confirmou o diagnóstico aventado por Maria e solicita ao residente e à enfermagem que tomassem as providências cabíveis ao caso. Imagine o que poderia acontecer numa criança como Vinícius?

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

Que dor chata...

Ao iniciar seu plantão na UPA, Dra. Thais recebe criança encaminhada pela Dra. Sofia proveniente da UBSF. José, lactente de quinze meses apresentou um episódio de vômito e “choro intenso”. A mãe Amélia, conta que seu filho na noite anterior apresentou febre de 39°C e acordou várias vezes chorando. Ao amanhecer começou a vomitar e apresentar urina com cheiro desagradável e mais escura que o habitual, procurando então atendimento na UBSF. No exame físico chama atenção o abdome distendido, depressível, doloroso à palpação. Peristalse presente, algo diminuída. Genitália masculina com presença de fimose acentuada. Ao exame neurológico criança atenta ao meio, fontanela depressível e sem sinais de irritação meníngea. Dra. Thais solicita, então, solicita exames complementares. Após a avaliação dos resultados confirma a sua suspeita diagnóstica, informando aos pais a necessidade de internação hospitalar. D. Amélia, assustada, não entende porque uma criança saudável como seu filho possa ter apresentado tal doença. D. Amélia fica mais tranquila ao sentir segurança nas colocações da médica.

No mesmo dia Dra. Thais atendeu Rafael, 14 anos, que estava apresentando dor aguda no testículo esquerdo. Rafael informou que no mês anterior, jogando futebol, levava uma bolada nas partes íntimas que ficaram doloridas por uns dois dias. Hoje, porém, a dor era diferente: começara de repente há cerca de 6hs sem razão aparente e estava piorando. Queixava-se também de náuseas e sua temperatura era 37,5°C. Dra. Thais evidenciou ao exame, bolsa escrotal extremamente dolorosa à palpação, elevada e aumentada de volume à esquerda, com hiperemia local. O reflexo cremastérico estava ausente daquele lado e a transiluminação foi negativa.

Mônica, mãe de Rafael pergunta se aquilo não seria hérnia inguinal. Sem outras alterações no exame físico. Dra. Thais conversou com a família sobre a gravidade do quadro e possibilidade de cirurgia de urgência. Como havia não há ultrassonografia na UPA, solicitou transferência para o hospital de referência, onde foi realizado o ultrassom com Doppler confirmando o diagnóstico. Sua mãe, assinou o termo de consentimento após esclarecimento e o menino foi operado em tempo hábil, evitando as possíveis complicações.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

Que dia de ambulatório...

A residente de Pediatria, Dra. Vanessa, cumpria a sua agenda de atendimentos no ambulatório de Pediatria Geral. Seu primeiro paciente fora Miguel, um lactente de nove meses, sendo esta sua primeira consulta em ambulatório. Sua mãe, Dona Célia, informa que seu filho iniciou com quadro com febre, coriza e tosse há cerca de oito dias. Há seis dias além da febre, apareceu edema nos quirodáctilos de ambas as mãos. Evoluiu com melhora da febre e da tosse, mas com aumento do edema, aparecimento nos pododáctilos de ambos os pés, irritabilidade e choro intenso quando manipulado. Ontem, percebeu que a criança ficou muito pálida e prostrada.

Indagada sobre a gravidez, relata que fez apenas três consultas de pré-natal. Peso ao nascer: 3000 g, estatura de 50 cm, parto normal, em ambiente hospitalar. Gesta IV/III, aborto I, primeiro filho com o atual marido. Não fizera o Teste do Pezinho, nem acompanhamento pediátrico até então, pois tem muito trabalho com seus outros filhos. Sobre alimentação, refere leite materno até o momento, tendo já iniciado suco, frutas e legumes com carne no almoço e jantar. Até o momento, nega outras patologias e uso de medicamentos. Indagada sobre os outros membros familiares, relata que tem um primo com uma “doença no sangue” que já retirou o baço quando criança. Vacinas atualizadas. Moram em casa de quatro cômodos em boas condições de higiene.

Ao exame físico, Dra Vanessa encontra um lactente com estado geral comprometido, com fácies de dor, porém hidratado, hipocorado ++/4+, subictérico, acianótico, eupnéico. ACV: RCR em dois tempos, BNF, sem sopros. AP com MV rude e presente universalmente com roncos esparsos. Abdome: fígado a 1 cm do RCD, de características normais. Baço a 5 cm do RCE. Membros com dor à manipulação. Presença de edema nos quirodáctilos e pododáctilos com dor, calor e rubor local. Fontanela plana, normotensa, sem sinais de irritação meningéia. Informa à Dona Célia que seu filho precisava de internação para realização de exames, diagnóstico e tratamento.

Na internação, os resultados dos exames iniciais: Hm: 3.2 milhões/mm³; Hb: 5,9; Ht: 18%; plaquetas: 280.000/mm³; reticulócitos: 29%; presença de poiquilocitose e anisocitose; leucócitos de: 12.300 – 0/2/0/0/4/40/60/6. Foi medicado com hidratação venosa, suporte hemoterápico e uso de analgésicos, além de ácido fólico. Após a alta, seria acompanhado por equipe multidisciplinar.

O segundo paciente a ser atendido por Dra. Vanessa, é levado pela sua mãe, dona Clarisse que informa que seu filho, João, até então saudável, está a uma semana claudicando e se queixando de dor no membro inferior e no joelho esquerdo. Ele não sofreu trauma recente, e sua história patológica pregressa não identifica eventos dignos de nota. O exame físico revela temperatura de 38° C, ausência de edema, de assimetria ou de fraqueza nas extremidades inferiores. Ele demonstra sensibilidade dolorosa sobre o joelho esquerdo, hepatoesplenomegalia e petéquias na face e no tórax. João também será internado para investigação diagnóstica. Solicitado hemograma completo que revelou 2,8 milhões de hemácias/mm³, Ht° 24%, 30.000 leucócitos, 6% de batões, 1 blasto, 10% de segmentados, 80% de linfócitos, 3% de monócitos, 50.000 plaquetas/mm, 0% reticulócitos³. Clarisse fica apavorada, pois percebe que a situação é grave.

O terceiro paciente: Marcelo de 18 meses, primo de Miguel. Segundo sua mãe, Rose, seu filho começou a apresentar palidez cutânea há cerca de um ano, sem outras queixas. A mãe informa que o menino anda muito desanimado, dormindo muito e comendo muito pouco. A mãe informa que já fez uso de compostos ferrosos, de forma irregular porque causava cólicas e às vezes diarreia. Sua alimentação é rica em carboidratos e toma leite engrossado com maisena duas vezes ao dia. Ao exame físico, apresentava palidez cutâneo-mucosa 2+/4+, fígado e baço impalpáveis, sem outras alterações no exame. A médica já havia solicitado exames anteriormente que chegaram naquele dia: Hm: 3,7 mg/dl; Ht°: 28%; Hb: 9,2 mg/dl; leucócitos: 8000 (2/7/0/0/5/46/34/6); VCM: 72; RDW:18; plaquetas normais, reticulócitos diminuídos; ferro sérico de 45; saturação da transferrina de 15% e eletroforese de Hb com 95% de A1. D. Rose perguntou se seu filho tinha o mesmo problema do primo. Dra Vanessa a esclareceu sobre o caso explicando como seria o tratamento e agendou a consulta para acompanhamento. D. Rose se despediu satisfeita, pois seu filho agora estava sendo tratado.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

Um problema de Saúde Pública

Maria, interna do 11º Período de medicina, está no internato no módulo de pediatria, rodando na UPA e junto com a plantonista atende Laura, de 1 ano e 3 meses, encaminhada para internação pelo ambulatório geral para investigar diarreia.

Segundo relato, o quadro iniciou logo após seu aniversário de 1 ano com febre (38,5°C), acompanhada por vários episódios de vômitos e diarreia aquosa, sem sangue ou muco, tratada inicialmente com soro caseiro. Sua mãe Graça contou que, apesar de Laura estar bebendo tudo que lhe era oferecido, vomitava logo em seguida e foi ficando cada vez mais “caidinha”, quando então foi levada ao Pronto-Socorro, onde ficou sob observação e tratamento por via oral durante 5 horas e liberada.

Desde então, a febre e os vômitos cederam, mas vem apresentando 5 a 6 evacuações diárias, aquosas, com cólicas, sem sangue, às vezes com restos alimentares, de odor fétido e que “assam” o períneo. Fez exames de sangue e de urina, porém nada foi constatado. Usou “remédio de vermes”, que não alterou o curso da diarreia. Não ganha peso e não cresce desde o início do quadro. Fez uso de soro caseiro e de chás por todo esse tempo sem resultado. Recebeu aleitamento materno exclusivo até o terceiro mês, quando sua mãe começou a trabalhar. Daí iniciou leite de vaca integral engrossado com farinha e açúcar. Frutas e papas salgadas aos quatro meses. Vacinação completa. Nega uso de medicamentos. Atualmente, leite de vaca integral 3X/dia, sem verduras e laranja.

Ao exame físico, criança ativa, mas de aspecto emagrecido, hipocorada +/4+, hidratada, acianótica, anictérica, eupnéica, com abdome distendido moderadamente, mas flácido à palpação e com peristaltismo exacerbado. Peso e estatura abaixo do percentil 2,5; hiperemia perineal importante. Restante do exame físico sem anormalidades.

Maria anota os dados para que na visita da enfermagem possa discutir o caso com o médico assistente.

Enquanto isso, na sala ao lado, chega Clara de 5 meses, com história de três dias estar apresentando tosse, esternutação, coriza e febre de 38°C. Há cerca de 24 horas, iniciou quadro

de vômitos, acompanhado por defecações líquidas, volumosas, sem muco ou sangue. A mãe refere ter oferecido apenas água e chá. Percebeu que sua filha estava “caidinha” e que sua última diurese fora há cerca de 4 horas. Nega patologias anteriores. Aleitamento materno exclusivo somente até o primeiro mês. Introduziu “leite de caixinha engrossado com maisena”, porque, como seu bebe chorava muito, “achava que seu leite era fraco e que não a sustentava”. Ao exame físico, lactente sonolenta, com olhos muito fundos, mucosas muito secas, pele com turgor e elasticidade diminuídos, ausência de lágrimas, enchimento capilar de 5 segundos. Pulso fino; FR: 60/min. FC: 140/min. Peso: 6 kg. Restantes do exame físico sem alterações. Diante do quadro apresentado, foi levada para a sala de medicação. Maria acompanha a punção venosa para se dar o início da infusão de solução cristalóide. A plantonista informa a mãe que sua filha necessita de internação. Após 2hs, Clara estava melhor e já havia urinado uma vez, sendo colhidos exames que revelaram: Na⁺ = 132 mEq/L; K⁺ = 5,2 mEq/L; glicemia = 90 mg%; Gasometria: pH = 7,25; pCO₂ = 28 mmHg; Bic = 14 mEq/L, BE = -10. A plantonista pede a Maria que calcule as próximas etapas da hidratação venosa. Maria questiona se deveria prescrever antibióticos e a plantonista responde com outra pergunta: “O que, dentro do quadro clínico de Clara, indicaria o uso de antibióticos?”. Clara foi transferida para o hospital de referência.

No dia seguinte, durante o “round” da enfermaria, foi destacado com estudantes a importância da abordagem correta das doenças infecciosas mais comuns e de como o reconhecimento e a intervenção precoce colaboram em muito na redução da taxa de mortalidade infantil. Os estudantes foram questionados sobre a situação atual deste indicador de saúde e dos Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio no Brasil.

Após três dias, as duas crianças já estavam melhores. Laura estava evacuando em menor número de vezes, embora ainda sem ganho ponderal após o início da alimentação apropriada. Clara ainda apresentava diarreia, mas já estava melhor, sendo suspensa a hidratação venosa, prescrito terapia de rehidratação oral e orientada quanto à alimentação, tendo alta hospitalar no sétimo dia de internação já com ganho de peso, o que muito tranquilizou sua mãe.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

Ufa! Que susto...

Há cerca de 24 horas, Jéssica levou seu filho Ronaldo, de 4 anos, ao pronto-socorro devido ao surgimento de febre (37,9°C), sem outros sintomas. Após o exame físico, o médico plantonista disse que acreditava tratar-se de uma “virose” e orientou-a a administrar antitérmicos e retornar em caso de piora.

Hoje retornou, sendo atendida por Dra. Edite. Relata que, no dia anterior notou o filho muito sonolento, mas pensou ser em decorrência da febre. Hoje, porém, observou que estava mais sonolento, recusando alimentação, inclusive líquidos, e que nas últimas doze horas apresentara três episódios de vômitos. Contou também que seu filho queixara-se de “dor de cabeça”. A febre tornara-se persistente e não cedia com antitérmico. Ao exame físico: menor encontra-se febril (38,5°C), sonolento, porém despertável, palidez cutânea discreta, hipohidratado (+/4+), taquipnéico, taquicárdico, perfusão periférica lentificada. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Abdome flácido, sem visceromegalias. SNC com sinais clássicos de irritação meníngea. Dra. Edite informa à mãe sua hipótese diagnóstica, a necessidade de internação para o caso e explica os exames que serão realizados para confirmação diagnóstica, além do tratamento e acompanhamento do caso. Dra. Edite faz inquérito epidemiológico e toma as medidas cabíveis. Jéssica ficou preocupada com seu outro filho mais velho de 8 anos. Relatou que Ronaldo frequenta a creche-escola municipal da comunidade onde mora.

Enquanto aguardava o resultado dos exames, Dra. Edite prescreve hidratação venosa com parcimônia, corticoide e antibioticoterapia. Nesse momento, recebe parte dos exames solicitados: hemograma com 18.300 leucócitos (0/0/0/0/9/66/24/1) e líquido com pleiocitose com predomínio de polimorfonucleares, proteínas elevadas, concentração baixa de glicose e bacterioscopia positiva para cocos gram negativos. Ronaldo foi então transferido para o hospital de referência.

Felizmente, Ronaldo evoluiu bem, sem complicações. Jéssica pensou que ia enlouquecer quando a médica revelou sua hipótese diagnóstica inicial... Mas o pior já tinha passado!

Dra. Edite achou que o plantão iria acalmar, quando Paula, que aguardava atendimento para seu filho Mateus de 8 meses, começou a gritar desesperadamente e foi encaminhada para a sala

de emergência. Paula informa a Dra. Edite que Mateus iniciou quadro de febre há cerca de 12 horas, de 38,5°C, com tosse e coriza, motivo de sua vinda ao Pronto-Atendimento. Porém, na sala de espera, Mateus começou a se debater e não respondia aos seus chamados. Ao exame físico, havia desvio conjugado do olhar, movimentos tônico-clônicos em membros, taquicardia, taquipnéia, cianose perioral, além de Tax = 39,3°C. A médica solicitou acesso venoso, administrando diazepam e antitérmico com melhora do quadro. Paula informou que isso nunca havia acontecido antes. Com a situação controlada, Dra. Edite reexamina o menor e verifica que o bebê está dormindo, não conseguindo despertá-lo; está hidratado, acianótico, eupnéico, afebril, fontanela anterior normotensa e plana, boa perfusão periférica, sem outras alterações. Solicita então exames e conversa com Paula informando a necessidade de observação na unidade de saúde e esclarecendo os possíveis diagnósticos e prognósticos.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

Problema de adolescente??

Ana é uma menina de 14 anos de idade que vem sofrendo por causa das “espinhas” na face. Ela já usou vários produtos vendidos na farmácia sem necessidade de prescrição, à base de hidratante sem sucesso. O que mais a incomoda são os “cravos” pretos e algumas lesões profundas e dolorosas. Seguindo os conselhos da mãe, deixou de comer chocolates e batatas fritas, mas nada até agora surtiu muito efeito e ela, que era comunicativa e alegre, está ficando cada vez mais retraída e agressiva. Foi convidada para apresentar-se na escola de dança e deseja melhorar sua aparência. Francisca, mãe de Ana, resolveu agendar uma consulta com o pediatra da família, mas nesse meio tempo sua sogra adoeceu e ficou internada por 10 dias. Ana ficou muito abalada, pois é muito apegada à avó. Francisca notou que Ana perdeu vários quilos durante as últimas semanas, relacionando este emagrecimento, no início, com a doença da avó, mas agora queixa-se também de fadiga, sede intensa e poliúria diurna. Quando finalmente ligou para o consultório do Dr. Otávio só conseguiu vaga para duas semanas depois. Resolveu aguardar a consulta.

Hoje, porém, Ana acordou queixando-se de dor abdominal e apresentou três episódios de vômito. Algumas horas depois Ana começou a ficar sonolenta e “não falar coisa com coisa”, quadro que foi piorando enquanto era levada ao hospital. No serviço de emergência, seus sinais foram aferidos e demonstram FC de 140 bpm, PA de 80/50 mmHg, Tax. de 36°C e respirações rápidas e profundas, às vezes irregulares. Seu enchimento capilar é de 5 segundos, e apresenta redução do turgor cutâneo com formação de prega, bem como rebaixamento do nível de consciência. Dra. Selma observa na face numerosos comedões abertos, fechados e pústulas de vários tamanhos.

Dra Selma solicita que a Enfermeira Daniela faça uma glicemia capilar e imediatamente iniciou a hidratação venosa (HV) com soro fisiológico. A glicemia capilar foi 520 mg%. Chama o laboratório para coleta de exames.

Conversando com Francisca, descobre que Ana é fruto de gestação complicada por diabetes gestacional. Refere aleitamento exclusivo por 3 meses apenas. Atualmente, come de tudo e abusa de refrigerantes. Moram em casa própria de alvenaria, com 5 cômodos. Francisca relata também que sua irmã apresentou Doença de Graves há 5 anos, mas que está curada.

Volta a Ana e prescreve insulina. O laboratório envia o resultado: glicemia = 470 mg/dl, K = 5,9 mEq/L, Na = 137 mEq/L, cloro = 101 mEq/l, Uréia = 35 mg/dL, Creatinina = 1,6 mg/dl; gasometria com pH 7,03, pCO₂ 18,7 mmHg, HCO₃ 4,7 mEq/L, BE - 26. A médica então calcula o ânion gap e a osmolaridade sérica e observa que estão aumentados. Programa nova avaliação clínica e laboratorial para uma hora depois do início da infusão da insulina. Explica a Francisca que Ana precisa ser internada, o que é preciso fazer e porque tantos exames de sangue.

Na segunda hora da hidratação, Ana já mostra melhora clínica importante, com diurese presente. Dra. Selma então prescreve etapa de manutenção da HV. Com 6 horas de hidratação venosa, Ana já está acordada e começando a conversar com a mãe. A glicemia venosa foi 222 mg% e PH sanguíneo de 7,29. Com esses resultados Dra. Selma reavalia o plano terapêutico. Na manhã seguinte Ana parecia outra. Dra. Selma calcula e prescreve a dose da insulina de ação intermediária.

Ana melhorou progressivamente e recebeu alta hospitalar após 7 dias, com prescrição de insulinas humana de ação rápida e intermediária, além de ter recebido todas as informações sobre a aplicação do medicamento, dieta, mudanças de hábitos e complicações que poderiam ocorrer. Marcada consulta para o ambulatório multidisciplinar especializado, além de ambulatório de dermatologia.

CAPÍTULO 7

SITUAÇÕES-PROBLEMA DO SÉTIMO PERÍODO

Autores

Carlos Pereira Nunes

Floriano Tadeu Garcia

Julia Paula Alves Dias dos Santos

Lorileia Chaves de Almeida

Luciana da Silva Nogueira de Barros

Luis Antonio Lopes Pereira

Robson Correa Santos

Rosiane Fátima Silveira Abreu

Thiago Badaró da Silva

Vanila Faber Palmeira

Walney Ramos de Sousa

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

Câncer no Reino Unido

O Reino Unido tem conseguido diminuir as mortes ocasionadas por câncer, mesmo com o número de casos aumentando. Dados mostraram uma redução em torno de 20% na taxa de mortalidade nas últimas duas décadas, um número inédito entre estatísticas da doença no mundo, já que a tendência em boa parte dos países, incluindo o Brasil, é o de crescimento alarmante tanto da incidência quanto de óbitos. Segundo especialistas, os britânicos não descobriram a roda, apenas ampliaram as estratégias já bastante conhecidas de diagnóstico precoce, tratamento e prevenção.

Segundo a análise do Instituto de Pesquisa do Câncer do Reino Unido, a taxa de mortalidade caiu 20% entre mulheres (de 185 para 147 casos por 100 mil habitantes) no período de 1990 a 2011. Entre os homens, a redução foi ainda mais expressiva: de 27% (de 277 para 203 por 100 mil). Os dados foram publicados no periódico "British Medical Journal".

O país europeu tem um sistema universal e gratuito de saúde. A redução de mortes é atribuída pelo instituto ao aumento do conhecimento sobre prevenção; à melhoria das técnicas cirúrgicas, *principalmente a radioterapia*; e a drogas mais eficientes. Lá, inclusive, segundo dados da mesma pesquisa, 519 mil vidas foram salvas devido aos avanços científicos, que apostam em técnicas cada vez mais personalizadas para combater uma das principais causas de morte no mundo.

A proporção de pessoas morrendo de câncer diminuiu mesmo com o aumento dos casos. Taxas gerais de diagnóstico cresceram 12% entre as décadas de 90 e 2000. Este aumento é em grande parte devido ao envelhecimento da população, já que a doença é mais comum entre os mais velhos.

Quatro tipos de câncer - pulmão, intestino, mama e próstata - representam quase a metade (46%) das mortes por câncer no Reino Unido, sendo que o de pulmão é responsável por 22%. O de intestino é o segundo mais comum (10%), seguido pelo de mama (7%).

O câncer de intestino teve redução de mais de 40% pelo método que obviamente é o diagnóstico precoce, a colonoscopia, uma política implantada lá há muitos anos. Aqui no Brasil ainda é o

terceiro caso mais prevalente.

No Brasil, a taxa de mortalidade é separada por sexo. Entre 1979 e 2011, houve um aumento de cerca de 15% para mulheres (de 55 para 62,99 por 100 mil) e de 20% para homens (de 73,16 para 87,75 por 100 mil). Em números absolutos, o aumento de mortes foi de 80% entre 1996 e 2011, segundo levantamento com base no Datasus (subindo de 103.408 para 184.384).

Mas os investimentos não estão à altura do problema. Um levantamento da “Lancet Oncology” mostra que o gasto por indivíduo com câncer, em 2009, no Brasil, foi de US\$ 8, abaixo de países como Argentina (US\$ 12), Chile (US\$ 15) e Reino Unido (US\$ 182). E quanto maior o orçamento em saúde, maior chance de cura de pacientes com a doença, segundo trabalho apresentado no Congresso Europeu de Câncer este ano.

Não adianta diagnosticar precocemente sem acesso a tratamento - critica Tabak. - Determina-se o prazo de 60 dias para tratar o tumor depois de diagnosticado, mas isso não acontece. E geralmente o diagnóstico aqui é feito já em estágio avançado da doença.

Os casos de câncer devem subir 38,1% no Brasil ao longo desta década (de 366 mil em 2009 para mais de 500 mil novos em 2020), segundo a “Lancet Oncology”. O número é similar ao esperado em China (34,6%) e Índia (33,8%), mas superior a Estados Unidos (26,2%), Grã-Bretanha (15,5%) ou Japão (15,4%).

Países em desenvolvimento como o Brasil têm visto um aumento de sua expectativa de vida, além da mudança de hábitos de vida que influenciam na ocorrência de câncer: sedentarismo, obesidade, abuso de álcool e tabagismo. Enquanto isto são os países mais desenvolvidos, a exemplo do Reino Unido, que têm conseguido, apesar do aumento de casos, reduzir as mortes a partir de estratégias de tratamento.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

Que Pena! Podia ser diferente...

Lucimar 50 anos, cozinheira, é irmã de Lúcia que vocês conhecem da SP 01. Lucimar é tabagista há 30 anos. Teve menopausa espontânea há dois anos, e não fez terapia de reposição hormonal. Sabe ser diabética há dez anos, não tendo aderido adequadamente ao tratamento e assim, mantém o uso das medicações prescritas há dois anos, sem acompanhamento médico. Há algumas semanas durante a caminhada até seu trabalho Lucimar vinha apresentando dor precordial opressiva com irradiação para a mandíbula que aliviava com o repouso ao sentar-se por cerca de uns 5min, pensava lá com seus botões “deve ser do cigarro, preciso largar esta porcaria”. Nesta madrugada, despertou com o mesmo quadro, entretanto como a dor foi mais intensa e persistiu por mais de 30min, ficou assustada, e resolveu procurar a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Na UPA após 2h do início de dor apresentava-se com palidez cutânea, eupneica, acianótica, com sudorese fria e pegajosa. PA 110/70 mmHg. Ausculta cardíaca: taquicardia, ritmo cardíaco regular em 3 tempos (B3). Ausculta pulmonar com crepitações bolhosas bi basais. ECG mostrava elevação ST de 2,5mm de V1 a V6. Telerradiografia de tórax com discreto infiltrado intersticial em bases. Marcadores de lesão miocárdica solicitados estavam alterados. Dr. Celso procedeu ao tratamento para SCA (síndrome coronariana aguda) inclusive com trombolítico, pois considerou o tempo para angioplastia coronário não adequado (UPA ao Centro de Referência). Quando hemodinamicamente estabilizada, foi transferida para um Hospital Geral permanecendo três dias na Unidade Coronariana e sete dias na enfermaria. Recebeu alta após 10 dias com terapêutica otimizada e encaminhamento para o ambulatório de cardiologia.

Lúcia, sua irmã a acompanha na consulta com a Dra. Sídia e encontra Vilmar, que aguarda sua cirurgia e ela já relata já ter sido operada e está muito bem.

Lucimar não aderiu ao tratamento prescrito pela cardiologista, não parou de fumar, apenas manteve os antidiabéticos orais. Passado uns seis meses, Lucimar começou a observar de forma gradativa edema de MMII, cansaço aos pequenos e médios esforços, nictúria, e dispnéia paroxística noturna (DPN). Quando apresentou palpitação precordial, tão intensa que “parecia que o coração ia sair pela boca”, resolveu finalmente voltar à Dra. Sídia.

Ao exame físico registrou de positivo: ictus cordis palpável com 03 polpas digitais na linha hemi-clavicular anterior esquerda no 5º espaço intercostal, ritmo cardíaco irregular com FC110 bpm. Hepatomegalia dolorosa com refluxo hepato jugular. Edema de MMI com cacifo 2+/4+. Após realização e análise do ECG com ausência de ondas P e irregularidades dos espaços R-R e, conhecendo a história de Lucimar, optou por encaminhá-la, com seu consentimento, para tratamento hospitalar.

Dr.ª Suely, staff da enfermagem de cardiologia, solicitou exames laboratoriais e de imagem; após expor e explicar a sua situação de saúde propôs tratamento farmacológico/não farmacológico baseado no último consenso. Além disto, preocupada com a falta de adesão ao tratamento apresentado por Lucimar solicitou ao Serviço Social que convidasse os familiares para uma conversa educativa.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

Podia ter sido evitado...

Passaram-se 20 anos, Lúcia está com 48 anos, está casada com Jorge, tem um filho, Roberto de 15 anos. O procedimento para o tratamento da hipertensão renovascular foi exitoso. Ao longo destes anos Lúcia evoluiu para o diabetes mellitus e fez tratamento de forma bastante irregular, quase sempre perdendo as consultas agendadas e quando já está com a receita “vencida” procura a UBSF. Vez ou outra vai à reunião do HIPERDIA onde estudantes de medicina e profissionais da equipe de saúde explicam sobre as possíveis complicações do diabetes mal controlado, ela ouve tudo atentamente, mas certamente não compreende, ou julga que com ela não acontece, ou os profissionais de saúde não se fazem entender...

Lúcia estava muito atarefada com sua faxina, de tão envolvida com os afazeres não fez qualquer tipo de refeição e começa a apresentar sudorese facial fria e visão escura. Roberto observa a sudorese da mãe, e já “acostumado” com o quadro imediatamente oferece leite com açúcar, mas como ela não melhorou avisa ao pai que a leva à UPA.

Na UPA foi atendida por Dr. Manoel que já havia atendido e orientado Lúcia em pelo menos duas outras ocasiões, e após a conduta terapêutica imediata, conversa com Jorge explicando-lhe a necessidade de melhor acompanhamento e a referencia ao ambulatório de diabetes.

No ambulatório, Dr.^a Teresa, colhe da anamnese dirigida indicativos de piora do controle metabólico com várias idas à UPA por hiperglicemia e hipoglicemias. Relato de edema matinal periorbitário e de membros inferiores, urina espumosa, pele ressecada principalmente em braços, prurido corporal generalizado, cansaço e indisposição. Relato de vários episódios de queda de própria altura quando passava do decúbito dorsal para posição ortostática. Queixas de dor noturna tipo queimação em MMII e claudicação intermitente. Informa que faz uso de glibenclamida e metformina, há uns 12 anos. Ao Exame Físico de relevante: Peso 90 kg. PA 130/85 mmHg. Após a aferição da pressão arterial sentada, deitada e de pé, comprovou-se hipotensão postural. Palidez cutânea mucosa. Pele de coloração amarela palha, xerose. Edema periorbitário e de MMII 2+/4+. Membros inferiores com pulsos tibiais e pediosos diminuídos. Hipotrofia dos pequenos músculos interósseos dos pés. Pesquisa de sensibilidade plantar, com o monofilamento de 10g (Monofilamentos de Semmes-Weinstein) com comprometimento em 04 áreas. Dr.^a Teresa solicitou os exames laboratoriais rotineiros incluindo Filtração Glomerular

e proteinúria de 24h, um exame de imagem. Explicou-lhes cuidadosamente sobre as complicações que ela apresentava e orientou-os a retornar tão logo os exames complementares estivessem prontos.

Uma semana depois, com a vista dos resultados abordou nova terapêutica, e referenciou à nutricionista.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

Triste fim de Joana...

Joana agora está com 65 anos, continua casada com Pedro, e tem um neto, o Pedro Neto.

Ao longo destes 17 anos, Joana estabeleceu vínculos com Dr.^a Jane sua endocrinologista que exaustivamente a cada consulta volta a explicar-lhe a necessidade de melhor controle glicêmico e com Grazi enfermeira da UBSF aonde vai semanalmente para administração da eritropoietina. Faz uso de insulina NPH com dose fixa e de insulina regular com dose programada conforme resultado das glicemias capilares que deveriam ser realizadas em jejum, 2 horas após o almoço, 2 horas após o lanche e antes da ceia, entretanto Joana só faz a avaliação em jejum e antes do jantar uma vez que sua visão está bem comprometida e precisa da ajuda de Pedro que só está em casa nestes dois momentos. Atualmente Joana faz uso de um BRA em dose baixa, sinvastatina, AAS, ácido fólico, complexo B, e ferro. Embora Joana já não use carboidratos simples, não segue de forma adequada a orientação da nutricionista.

Rosa telefona para Joana avisando que finalmente conseguiu a consulta para a mãe, Dona Ondina, e que a acompanharia. Joana estava preparando o almoço pensando na consulta que sua mãe faria logo mais à tarde para esclarecer os “desmaios” que vinha apresentando, quando apresentou disartria, diminuição evolutiva da força muscular para perda da mobilidade do dimídio direito e perda da consciência, sendo levada para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Dr. Romero registra no exame de admissão pupilas isocóricas e fotorreagentes, Escala de Coma de Glasgow (ECG) 1+1+4=6; PA 160x100, FC 100bpm; ausculta cardíaca e pulmonar sem alteração. Glicemia capilar HI (>600). Foi procedida à proteção de via aérea, puncionado acesso venoso periférico, monitorização da saturação de oxigênio, e transferida para sala vermelha, enquanto aguardava vaga para uma UTI, a transferência ocorreu cerca de duas horas após a sua admissão.

Uma hora após sua chegada à UTI a Escala de Coma de Glasgow (ECG) era 1+1+2=4, o intensivista, Dr. Solano, solicita a primeira TCC (tomografia computadorizada de crânio), e enquanto isso colhe informações de Rosa sobre a situação de saúde de sua irmã. Rosa muito aflita observa que o estado de sua irmã piorou durante a transferência. Hélio, estudante do 11^º

período de medicina iniciando seu estágio na UTI, fica muito impactado com o caso e refletindo sobre o porquê da piora. A TCC solicitada foi normal, glicemia central 380mg/dL, creatinina 3,0mg/dl (0.6 a 1.2 mg/dL), ureia 120mg/dl (15- 45mg/dL), potássio 5.0 (3,5 a 5,5 mEq/l). Apesar de todo investimento terapêutico, Joana foi a óbito após cinco dias da internação, o que foi uma experiência ímpar para Hélio, que junto com Dr. Solano comunicou a notícia aos familiares, e preencheu a Declaração de Óbito, refletindo sobre o que causou a morte de Joana.

Rosa muito preocupada relata-lhes o que vem acontecendo com sua mãe:

- Doutor ela reclama que vez ou outra tem uma dor no peito e também por três vezes, quando estava capinando, caiu no chão e perdeu os sentidos, “voltando” logo depois. Da primeira vez que isto aconteceu ela foi atendida na UPA e o médico deu alta avisando que ela tinha um “sopro no coração” e que deveria ir ao cardiologista. No dia que a Joana teve o “derrame”, eu estava com ela no cardiologista, mas quando recebemos a notícia que Joana estava na UTI, saímos feitas duas loucas e não mostramos o ecocardiograma. Vocês poderiam olhar e me explicar?

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

Que problema é não se amar!

Marcelo tem 68 anos, médico bem sucedido, ainda em atividade. Atualmente vive sozinho após dois casamentos desfeitos, namora Jaqueline, reside numa chácara e conta com o auxílio de Sebastião, seu jardineiro há 10 anos. Marcelo é etilista há cerca de 40 anos, tabagista com carga tabágica 40 anos/maço. Não pratica sexo protegido, não faz exames médicos periódicos, não faz nenhuma atividade física, ou seja, não cuida de si. Não se ama?

Há dois anos vêm apresentando tosse produtiva com secreção clara principalmente matinal e dispneia de esforço que atribui ao cigarro, sabe que precisa parar de fumar, entretanto já fez duas tentativas infrutíferas. Jaqueline chama a sua atenção para a cor de sua pele que estava ficando avermelhada, muito perceptível por ter a pele muito clara, insiste para que ele procure um médico.

Marcelo agenda com seu colega de turma Renato, pneumologista, que após a anamnese registra de exame físico: tom vermelho-azulado da pele, unhas em vidro de relógio, dedos em baqueta de tambor e aumento do diâmetro anteroposterior do tórax. PA 130x 80 mmHg. FR 26 irpm. Ausculta pulmonar com MV diminuído difusamente, presença de ronos e sibilos em ambos os pulmões. RCR 2T, sem sopros. Renato solicita exames complementares (*solicitar que elenquem os exames necessários*), recomenda a suspensão do cigarro referenciando ao Programa Antitabagismo, prescreve bronco dilatador e o encaminha para um fisioterapeuta. Marcelo começa a fisioterapia e faz uso do bronco dilatador, o que lhe traz uma melhora relativa, protela por uns dois meses a realização dos exames solicitados, e não faz a telerradiografia de tórax. Gradativamente vem percebendo agravamento da falta de ar e da tosse matinal, muito cansaço, inapetência, e emagrecimento. Após apresentar dois episódios de escarros hemoptóicos volta ao consultório de Dr. Renato, que opta por sua investigação em ambiente hospitalar, solicitando ao Dr. Adolfo Lutz, médico residente R3 em pneumologia, que faça a sua internação, Mariana estudante do 9º período que está fazendo seu eletivo, acompanha a admissão.

Dr. Adolfo Lutz colhe a anamnese de Marcelo e fica refletindo e comentando com Mariana, como um profissional de saúde se permite tantos agravos que poderiam ser evitados...

Ao exame físico observam que Marcelo está emagrecido, hipocorado, e dispneico. Temperatura axilar 36.4°C PA de 110x80 mmHg, FR 28irpm. Sem linfonodos palpáveis nas cadeias ganglionares submandibulares, cervicais e supraclaviculares. Ausculta pulmonar com diminuição difusa do MV e abolido em terço superior do hemitórax direito com FTV diminuído e macicez à percussão nesta região. Dr. Adolfo Lutz avaliando a telerradiografia de tórax, mostra a Mariana a hipertransparência difusa, com imagem de condensação no 1/3 superior do pulmão direito, discutem com Dr. Renato, chefe do Serviço de Pneumologia, os exames complementares necessários para estabelecer possíveis diagnósticos e planos de cuidado para Marcelo. Dr. Adolfo Lutz apresenta também a Dr. Renato a TC de tórax de Pedro, 45 anos, paciente internado na enfermaria de pneumologia com queixa de falta de ar aos esforços e que também apresenta baqueteamento digital, tabagista há 20 anos (02 maços/dia) com história ocupacional de trabalhador em indústria de fibrocimento. Dr. Renato e Dr. Adolf Lutz, ao analisarem a situação de saúde de Pedro e Marcelo comentam com Mariana como histórias diferentes podem ter a mesma possibilidade diagnóstica. Dr. Renato provoca Marina solicitando que além de estudar sobre os dois casos, leia sobre *cor pulmonale*, situação por vezes “esquecida” e por isto pouco diagnosticada. Mariana aceita a provocação pensando que mais uma vez a “balada” vai ser cancelada do seu final de semana... Mas, por uma causa nobre!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

Mais um desafio...

Marcelo, finalmente consegue parar de fumar, a participação no Programa Antitabagismo, a ajuda de Jaqueline e o acolhimento de Dr. Manoel seu pneumologista e amigo desde os tempos da faculdade, foram fundamentais. Está mantendo a fisioterapia respiratória e fará tratamento cirúrgico do câncer de pulmão. Entretanto, ainda bebe seu uísque diariamente antes do jantar.

Durante a internação de Marcelo, Dr. Adolfo Lutz, em face de sua história social havia solicitado marcadores virais de hepatite que registraram anti-HBc total positivo, HBsAg negativo, HBeAg negativo, AntiHBe positivo, anti-HBs positivo e anti HVC positivo. Naquele momento, ele foi referenciado ao Serviço de Infectologia, mas não foi. Na sua última consulta com Dr. Manoel ele insiste que Marcelo dê prosseguimento à investigação, este reluta, mas aceita.

Marcelo foi atendido pelo Dr. Emilio Ribas e na anamnese informou ter sofrido um acidente biológico quando interno de medicina, mas que não fez nenhum acompanhamento posterior. Ao exame físico não foram encontrados sinais de insuficiência hepática e de positivo: hepatimetria de 16cm com fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito, indolor. Dr. Emilio Ribas solicita exames complementares para avaliar a função hepática, uma ultra sonografia (US) de abdômen superior, e exame de biologia molecular para vírus C pela técnica PCR (Polimerase Chain Reaction).

Uma semana depois, Dr. Emílio Ribas recebe os resultados e o PCR qualitativo do vírus C foi positivo e o quantitativo evidenciou 1.000.000 de cópias/mm³. O estudo do genótipo evidenciou tipo 1. Dr. Emílio Ribas após análise dos resultados indicou a realização de uma biópsia hepática percutânea, ao que Marcelo muito apreensivo relutava em fazer, mas após longa conversa e toda a ponderação de Dr. Emílio Ribas quanto aos possíveis desdobramentos, ele acaba por concordar, comprometendo-se também a parar de beber.

Marcelo chega em casa muito triste, encontra Sebastião cuidando do jardim e desabafa contando sobre a doença, Sebastião o anima dizendo que ele também teve hepatite e foi curado com chá de picão e muito doce. Marcelo sorri e pensa que em determinados momentos é melhor ter apenas o saber leigo e popular...

A biópsia hepática percutânea foi realizada sem complicações e o resultado baseado na classificação METAVIR revelou: fibrose portal, Peri-portal com raros septos e necrose lobular moderada. Com este resultado seria indicado tratamento antiviral com intéferonpeguilado mais ribavirina.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

Será que é “mal de família”?

Passou-se um ano, Marcelo não voltou a fumar, a cirurgia para o câncer de pulmão foi exitosa, mas ele não conseguiu parar de beber, e não foi elegível para tratamento da doença viral C. Ele recebe a visita de seu irmão Aurélio, 64 anos, engenheiro florestal que reside na Alemanha e não vinha ao Brasil há uns três anos. Como Marcelo, ele também é fumante e diariamente bebe vinho no almoço e uísque antes do jantar, nos finais de semana sempre se excede no uísque. Marcelo organiza um encontro com contemporâneos de Aurélio de faculdade e amigos comuns da juventude, o churrasco se estendeu de 13h até umas 22 horas, Aurélio se excedeu tanto na comida quanto na bebida, estava com saudade da brasileiríssima caipirinha de cachaça... No dia seguinte ele apresentou dor abdominal intensa e fezes amolecidas, brilhantes e fétidas, comentou com Marcelo que isto acontecia com alguma frequência, sempre que ele se excedia, Marcelo então resolve agendá-lo para uma consulta com Dr. Emílio Ribas. Continuando a conversa sobre saúde, Marcelo conta para Aurélio que vem se sentindo cansado, que tem notado aumento do volume abdominal e edema de membros inferiores, Aurélio pensativo, faz um desafio a Marcelo, parar de beber até o final da Copa.

Naquela noite Marcelo apresentou episódio de vultosa hemorragia digestiva, seguido por tontura e sudorese, sendo levado ao hospital. Ao chegar ao Pronto Socorro foi atendido pelo Dr. Adolfo Lutz que no exame físico estruturado da emergência constatou PA de 90 x60mm Hg, pulso fino de 110 bpm, palidez cutânea e sudorese. Puncionou uma veia para reposição volêmica e solicitou uma Endoscopia Digestiva Alta (EDA), que mostrou varizes esofagianas não sangrantes e varizes gástricas sangrantes tratadas endoscopicamente com cianoacrilato. Após a estabilização hemodinâmica, foi transferido para a UTI. Apresentava-se, emagrecido, com perda de massa muscular, abdômen globoso com cicatriz umbilical proeminente. Temperatura axilar de 36,6°C, mucosas descoradas ++/4+, intumescimento de parótidas; icterícia ++/4+, aranhas vasculares (*spiders*) no tórax e eritema palmar. Abdômen com ascite livre e fígado palpável ao rechaço. Edema ++/4+ dos membros inferiores. Os exames laboratoriais revelaram: Hemograma com anemia macrocítica, AST 168 UI (até 40), ALT 124 UI (até 30), fosfatase alcalina 150 UI (35-129), GGT 152 UI (12-73), bilirrubina total 3,8 mg% (0,20-1,00), bilirrubina direta 3,1 mg% (0,00-0,20), TAP de 50% (70-100), proteínas totais 5,3 g/dl (6-8), albumina 2,5 g/dl (3,8-5,2), anti-HCV positivo. A US abdominal com Doppler corroborou para o diagnóstico. Foi feita uma paracentese do líquido ascítico cuja análise caracterizou um GASA maior de 1,1 e a presença

de 400 leucócitos (pmn)/mm³. Foi Iniciadoespironolactona, furosemida, propranolol, cefotaxima e estabelecida uma dieta hipossódica. Após dois dias de tratamento começou a apresentar confusão mental, dormindo a maior parte do dia e permanecendo acordado à noite. Ao exame físico apresentou *flapping*, e o intensivista reduziu a dose de diuréticos e acrescentou metronidazol e lactulose à medicação, com boa recuperação do quadro.

Dr. Emílio Ribas foi chamado para um parecer, Marcelo entre alegre e constrangido, com a visita do “seu médico”, assente que agora vai realmente parar de beber. Ele conta que Aurélio está no Brasil relata-lhe as queixas do irmão, Dr. Emílio Ribas, convida Aurélio a vir imediatamente ao hospital para a realização de exames laboratoriais e de uma TC abdômen.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

Pode o amarelo mudar?

Mauricéa 23 anos, balconista de uma padaria do bairro, é casada com Sebastião jardineiro de Marcelo, sem filhos e com planos para engravidar no próximo ano com apadrinhamento de Marcelo. Ela vem se sentindo muito cansada para as suas atividades habituais e queixando-se também de dores ósseas, Sebastião insiste que ela procure a UBS, não somente pelo cansaço, mas também por uma ferida em sua perna, que não está cicatrizando.

Na anamnese, Dr. Silvio registra na História Fisiológica (HF) ciclo menstrual regular, com fluxo normal, em uso de contraceptivo oral, gesta 0/0. História Patológica Progressiva (HPP) anemia desde a infância sem investigação diagnóstica. História Patológica Familiar (HPF) irmão com anemia desde a infância com relato de hemo transfusão em mais de uma ocasião.

Ao examiná-la registra mucosas descoradas ++/4+, icterícia flavínica+/4+, FC 100 bpm, Temperatura axilar 37° C; respiração com 20 irpm. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos com sopro cardíaco pan sistólico. Exame do tórax e abdômen sem alterações. Úlcera profunda no maléolo esquerdo, sem sinais de infecção secundária. Pergunta a Mauricéa se ela havia sofrido algum trauma no local e ela informa que não se recorda, sentiu apenas um prurido e gradativamente a ferida foi se estendendo, sem melhora com as mesinhas costumeiras. Dr. Silvio solicita exames laboratoriais que ela trouxe após duas semanas: hemograma com 12.000 leucócitos e diferencial normal, hemoglobina de 8,9 g/dl, Ht 29%, reticulócitos de 6,5% (0,5-1,8) e bilirrubina total de 5,1 mg% com indireta de 3,0 mg%. Com estes resultados, Dr. Silvio solicitou uma eletroforese da hemoglobina, prescreveu ácido fólico e orientou para que aumentasse sua ingestão hídrica. Conversou com Mauricéa acerca dos planos gestacionais, orientando que ela cuidasse com muita atenção para não engravidar agora, uma vez que era necessário saber o diagnóstico preciso de sua anemia para melhor orientá-la.

Três meses se passaram, Mauricéa mantinha-se em uso do ácido fólico, entretanto sem o cuidado na ingestão de líquidos, e aguardava a liberação do SUS para a realização da eletroforese de hemoglobina. Há dois dias ela passou a apresentar dor lancinante, contínua, no andar superior do abdômen acompanhada de náuseas e vômitos incoercíveis, acolia fecal, colúria e prurido generalizado. Sebastião, muito aflito a leva para atendimento na UPA, era domingo e para alegria deles o médico plantonista era Dr. Silvio. Ao examiná-la estava hipocorada (++/4+),

ictérica (+++/4+) e ele um amante da semiologia a descreve agora como verdínica, com lesões de “coçadura” nos membros superiores, fácies de sofrimento agudo. Abdômen distendido, peristalse diminuída, difusamente doloroso à palpação superficial e dor exacerbada à palpação profunda em mesogástrio, hepatimetria de 15 cm, espaço de Traube livre. Dr. Silvio ante a este quadro explica a Mauricéa a necessidade de sua internação, com a qual ela concorda.

Na admissão, Dr. Florêncio, R2 de Clínica Médica, ante a anamnese e exame físico, imediatamente inicia hidratação venosa e analgesia, suspende alimentação oral e solicita exames que revelaram: Ht 27%, Hb 9 g/dl, leucocitose de 16.000 com 09 bastões, plaquetas de 150.000, glicose de 190 mg/dl. Bilirrubinas totais de 14,0 mg/dl com direta de 10,0 mg/dl, AST de 280 UI, ALT de 220 UI e fosfatase alcalina 410 UI. Amilase de 423 U/l (23-85) e Lipase 390 U/l (23- 300U/L). Dr. Florêncio discute com seu staff Dr.^a Rita, os exames de imagem a serem solicitados. A Ultrassonografia do abdômen e a TC do andar superior do abdômen são realizados de pronto e após sua vista optam pela realização de uma Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE), a ser realizada dali a dois dias e solicitam parecer da Clínica Cirúrgica, que mantém a conduta já adotada no aguardo da CPRE.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

Nem sempre a ciência dá conta...

“Em moléstias agudas, não é aconselhável prognosticar a morte ou a recuperação”.

Hipócrates de Cós.

Mauricea foi submetida à CPRE com retirada de um cálculo localizado em colédoco, sem intercorrências durante o procedimento, voltando logo a seguir para o HCTCO. Dois dias após o procedimento apresentou febre de 38º C acompanhada de calafrio, e queda do estado geral. Os exames laboratoriais mostraram leucocitose de 20.000 com 09 bastões e zero eosinófilos, amilase de 1000 U/ l, lípase 580 U/l, Bilirrubinas totais de 14,0 mg% com direta de 10,0 mg%, AST de 370 UI, ALT de 300 UI, ureia 54 mg/dL, creatinina 1.8mg/dL, sódio 135, potássio 4mEq/l, glicemia 180mg/dL, cálcio 8.0. Foi suspensa a alimentação oral, otimizada a hidratação venosa, instituído balanço hídrico, iniciada antibioticoterapia venosa, e interrogado sobre o início da nutrição parenteral. Você que havia feito a anamnese e exame físico de Mauricea antes da realização da CPRE, fica muito impactado com o quadro atual e participa da discussão acerca da melhor cobertura antibiótica a ser prescrita lembrando que ela é asplênica, bem como da indicação ou não de nutrição parenteral.

Dois dias depois Mauricea apresenta piora do quadro clínico, está desidratada, oligúrica, icterícia 3+/ 4+, apresentando vômitos e alteração do sensório. Frequência respiratória de 32irpm. Temperatura axilar de 39,2º, pulso 120pmn, PA 80 x 50mmHg. Ausculta cardíaca com RCR 2T, sopro pan sistólico. Ausculta pulmonar sem alterações. Abdômen silencioso, doloroso à palpação superficial e profunda em mesogástrio. Foi colhida gasometria arterial que mostrava hipoxemia, acidose metabólica com anion gap (AG) normal, ureia 200mg/dL, creatinina 2.1mg/dL, potássio 5.7 mEq/l, amilase 3000 u/l, leucocitose 23.000 leucócitos 12 bastões 00 eosinófilo. Você chega à enfermaria ansioso por encontrar Mauricea, e se assusta ao ver como tinha sido a sua evolução, ela está sendo transferida para a UTI e você a acompanha. No percurso você vê Marcelo conversando abraçado com Sebastião que chorava de forma contida, a cena lhe chama atenção de forma positiva e serena um pouco a sua emoção. Foi indicada a assistência ventilatória assistida, não há mudança significativa na conduta terapêutica, exceto o aumento na hidratação venosa. Na manhã seguinte, não houve melhora da situação de saúde de Mauricea, e a despeito da conduta terapêutica, a manhã termina junto com a vida de Mauricea.

Dr. Florêncio que vinha acompanhando na enfermaria e seguiu na UTI, juntamente com o intensivista, Dr. Robson, convidam você a participar da elaboração da Declaração de Óbito e depois a noticiar a morte a Marcelo e Sebastião.

CAPÍTULO 8

SITUAÇÕES-PROBLEMA DO OITAVO PERÍODO

Autores

Álvaro Henrique Sampaio Smolka

Flávio Antônio de Sá Ribeiro

Francisco Xavier Dourado Fialho de Oliveira

Hélio Pancotti Barreiros

Jorge André Marques Bravo

José Carlos Lima Campos

Leandro Oliveira Costa

Mário Castro Alvarez Perez

Paulo Freire Filho

Pedro Henrique Netto César

Sheila da Cunha Guedes

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

Doutrina Monroe... But Only for US(A)

“O Senhor Presidente da República encontra-se internado no Centro de Tratamento Intensivo (CTI) do Hospital Central do Distrito Federal (HCDF), sendo mantido em aparelho que o auxilia a respirar. O porta-voz da presidência informou que, horas após abrir uma correspondência não rastreada, o Senhor Presidente começou a apresentar sintomas gripais e evoluiu com progressivo desconforto respiratório. Todos no Planalto aguardam um pronunciamento oficial do Itamaraty.” A notícia pronunciada no principal jornal televisivo nacional alarmava toda a sociedade brasileira.

O duro golpe era evidentemente uma retaliação política. Anos após explicitar seu apoio aos regimes de esquerda na América Latina, a crise diplomática entre o nosso país e a superpotência imperialista econômica encontrava-se em seu clímax, tendo atingido níveis alarmantes. Muitos analistas políticos sinalizaram que a tensão política vigente apenas encontrava ecos na crise dos mísseis de Cuba ocorrida 60 anos antes. Evitando o conflito armado, a tenebrosa opção escolhida pela máquina de guerra tinha sido o ataque silencioso e covarde das armas biológicas.

No HCDF, a equipe média tentava manter a vida do Presidente:

- *Bacillus anthracis*... eu só conhecia essa doença por meio dos livros – disse o Dr. Luis Inácio, chefe do CTI. – Bom, todos sabíamos que poderia acontecer. Vamos começar antibiótico sistêmico, além de manter o suporte respiratório e hemodinâmico.

Em seguida, o *staff* do CTI permaneceu discutindo que, embora houvesse especulações de que o primeiro líder militar a lançar mão de armas biológicas teria sido Alexandre, o Grande, da Macedônia – ele poderia ter utilizado a tularemia como estratégia para enfraquecer os exércitos rivais –, a primeira documentação histórica do uso de tal artimanha cruel de extermínio remonta ao século XIV quando, na guerra da Crimeia, os tártaros lançavam através de catapultas cadáveres vitimados pela peste negra (ou bubônica) contra o exército rival.

“Tan-tan-tan-tan-tan-tantantantam, tan-tan-tan-tan-tantantam... o anúncio sonoro na TV acusava a entrada de reportagem emergencial:

- O senhor ministro-chefe da Casa Civil da Presidência acaba de ser internado com quadro de graves queimaduras ao longo de todo o seu corpo. Segundo fonte do Planalto, o senhor

ministro havia chegado ao seu gabinete cerca de 4 horas antes, quando sentiu um estranho odor de cebolas podres e mostarda no local; nenhuma outra anormalidade havia sido detectada.

O quadro clínico do ministro era muito grave, havendo queimaduras químicas em cerca de 70% de sua superfície corporal, além de hiperemia conjuntival e da mucosa das vias aéreas superiores. Ele apresentava sinais de síndrome da resposta inflamatória sistêmica e encontrava-se em insuficiência respiratória aguda e com instabilidade hemodinâmica. Sua troca gasosa era muito ruim, com uma P/F de 185, sua complacência pulmonar estava muito reduzida e havia infiltrados bilaterais na radiografia de tórax, sendo o paciente mantido em assistência ventilatória recomendada pela *ARDS Network*.

Apesar de todas as intervenções terapêuticas instituídas terem sido corretas, o quadro clínico do ministro piorou progressivamente, ao longo das horas seguintes, com a terapia de reposição volêmica guiada pela fórmula de Parkland, que, todavia, foi corretamente mantida com o intuito de assegurar um débito urinário mínimo de 0,5ml/kg/H. Os médicos atendentes também realizaram uma escarectomia do tórax, na tentativa de melhora da mecânica ventilatória. Antibióticos não foram prescritos em tal momento, sendo programada a realização de debridamento tangencial e curativos com sulfadiazina de prata diariamente. Foi iniciada nutrição enteral (com aporte calórico corrigido pela fórmula de Currier) e introduzido *dripping* de insulina, posto que suas glicemias apresentavam-se persistentemente superiores a 200 mg/dl.

Nos dias subsequentes, tanto o presidente quanto o seu ministro-chefe persistiram sob ventilação mecânica protetora e em monitorização hemodinâmica invasiva (cateteres de Swan-Ganz e de PAM). Ambos pacientes evoluíram, então, com febre, secreção purulenta aspirada pelo TOT, piora da leucometria e do desvio à esquerda no leucograma, aumento da procalcitonina sérica e infiltrados radiológicos novos, quadro esse associado com deterioração de seus perfis hemodinâmicos – hipotensão arterial associada com diminuição da resistência vascular periférica, índice cardíaco aumentado, lactato sérico elevado e saturação venosa central de O₂ de 60%, sendo que as pressões de encunhamento da artéria pulmonar encontravam-se baixas. Hemoculturas e cultura de secreção traqueal foram imediatamente colhidas, antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro foi introduzida na 1ª hora do reconhecimento do quadro de choque e deu-se início ao protocolo de ressuscitação guiado por metas preconizado pela *Surviving Sepsis Campaign*.

Antes do final da semana, a capa do periódico francês *Le Monde* estampava a manchete “*Guerre Chimique et Biologique: Le Troisième Cas Détekté Au Brésil*”. A matéria relatava a detecção de uma terceira vítima da guerra químico-biológica em curso, no caso o líder do governo na Câmara, que havia sido internado de emergência com quadro de crise colinérgica decorrente de intoxicação por gás sarin. Um editorialista condenava mais essa ação terrorista, destacando que apesar da condenação aos ataques similares na Síria e no metrô de Tóquio, ocorridos nas décadas precedentes, e de serem signatários da “Convenção sobre Armas Químicas” (CWC), os agressores nunca haviam se desfeito de seus arsenais.

A nação assistia atônita aos noticiários na TV. Os veículos mais sensacionalistas lembravam o Armagedon. Em verdade, havia o risco iminente de novos ataques por armas biológicas e/ou químicas. Embora as autoridades de Saúde procurassem evitar criar um clima de pânico, deixavam claro que qualquer pessoa vitimada por um quadro suspeito deveria procurar assistência médica com urgência.

- Vinte e nove de outubro de 2022. Sete dias após o ataque biológico sofrido no último sábado, o coração do Senhor Presidente da República parou de bater. Segundo o porta-voz da Presidência, o assassinato de um líder mundial com o uso de armas biológicas, fato sem precedentes na História Mundial, exige uma resposta imediata do país – alarmou o repórter.

(Fragmento retirado e traduzido do e-book HUXLEY, A. Primórdios do Fim da idade Contemporânea. In:____, ed. O Admirado Mundo Novo 1ª ed. New York: New York Press. 2147. p 123).

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

2FAST 4YOU

Jovem de 22 anos volta de uma "chopada" em sua motocicleta, quando perde o controle de seu veículo a 120 km/H. É atendido pelo GSE do corpo de bombeiros, que inicia os procedimentos de acordo com o ATLS. O socorrista, após retirada do capacete e posicionamento do colar cervical, na avaliação do "B", percebe assimetria do tórax, que revela-se hipertimpânico à esquerda, com elevação e diminuição da movimentação do hemitórax esquerdo. Na avaliação do "C", percebe que o paciente encontra-se com PA inaudível. Imediatamente, o médico inicia procedimento que estabiliza o paciente. Assim que o paciente é estabilizado, é levado ao pronto-socorro, onde é iniciado o ABCDE secundário.

Na fase do "E", pode-se perceber extenso hematoma tóraco-abdominal e fratura exposta do fêmur esquerdo Gustilo e Anderson grau IIIA. O paciente agora permanece taquicárdico, 125 bpm, PA = 80 x 50 mmHg, FR = 25 irpm, interagindo com o examinador de forma algo letárgica, e queixando-se de dispneia. O médico de plantão indica intubação orotraqueal com tubo 8.5, sob protestos dos acadêmicos de medicina que alegavam estar o paciente em Glasgow superior a 9. Também solicita prontamente exames de admissão, entre eles tipagem sanguínea e fator Rh, e solicita imediatamente 04 concentrados de hemácias ao banco de sangue.

São solicitadas radiografias de coluna cervical, membro inferior esquerdo, tórax e bacia. A radiografia do fêmur esquerdo demonstrou uma fratura complexa, multifragmentada de diáfise femoral, confirmando a classificação de Gustilo e Anderson IIIA. O raio-X de tórax revelou fraturas segmentadas de seis arcos costais à esquerda e pneumotórax simples ipsilateral. É indicada drenagem de tórax em selo d'água. Concomitantemente, a avaliação secundária do ATLS continua a ocorrer.

Quando da passagem do cateter vesical, pôde-se observar volumosa hematúria. A avaliação pelo eFast (*Extended Focused Assessment with Sonography for Trauma*) foi positiva. O paciente foi referido, então, ao centro cirúrgico. À laparotomia exploradora, foi identificada uma laceração hepática grau III, uma laceração esplênica grau II e lesão renal esquerda grau IV.

O paciente foi levado no pós-operatório à UTI, onde evoluiu com insuficiência respiratória grave e falência no desmame do ventilador. O raio-X de tórax no leito, realizado nas primeiras 24 horas

de pós-operatório, demonstrou diversas condensações distribuídas irregularmente pelo hemitórax esquerdo. A partir do segundo dia, estas condensações espalharam-se por ambos os hemitóraces, e a ventilação mecânica se tornou extremamente difícil, exigindo-se altas frações de O₂ inspiradas e altas pressões de admissão no ventilador.

No sexto dia de internação, o paciente evoluiu ao óbito. O médico plantonista solicitou à enfermeira supervisora o formulário de declaração de óbito para que a família pudesse dar entrada com os procedimentos necessários para o funeral.

- O senhor tem certeza, doutor? – Indagou a enfermeira.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

Dois coelhos

Andavam de mãos dadas André, 21 anos, e Joaquina — 17 anos, 11 meses e 30 dias — sua namoradinha, no entorno de um canteiro de obras, quando, desleixadamente, um operário derruba uma bacia contendo massa fresca de cimento do alto de um andaime. A fachada, para o azar do jovem casal, não era protegida. Tal foi a sorte dos amantes que o projétil os atingiu, com toda a fúria newtoniana, diretamente na região de onde provém todas as filosofias. Jaz aqui com os nubentes a lírica, e a mão fria da ciência há de alcançar os prometidos.

André acorda cercado de curiosos ao seu redor. Levanta-se e, para seu horror, percebe sua amada inconsciente no chão. Todos falam para "não mexer nela". Mas, ele se apavora cada vez mais. Ela está ficando azulada. Ele percebe que o tórax de sua namorada não está se movimentando. Sua boca está toda ensanguentada. O corpo de bombeiros não chega... André toma coragem, estufa o peito, e apesar dos protestos de todos os curiosos, "mexe em sua namorada". Limpa o excesso de sangue, e tira um volumoso coágulo que ocluía as vias aéreas superiores de Joaquina. Neste exato momento, chega o corpo de bombeiros. André toma uma tremenda bronca do médico socorrista. Não devia estar "mexendo" na vítima. André ouviu atentamente tudo o que acontece ao seu redor: "abertura ocular = 2; resposta verbal = 2; resposta motora = 3. Pupilas assimétricas (esquerda > direita), com reflexo fotomotor diminuído à esquerda. PA = 200 x 120mmHg, FC = 56bpm. Ritmo respiratório irregular. O médico, após colocação do colar cervical, procede à intubação orotraqueal utilizando lâmina de Miller e, como indução rápida, succinilcolina, etomidato e fentanil. Também solicita que se utilize solução salina a 7,5% em *bolus* e que se hiperventile a paciente. André e Joaquina são levados pelos bombeiros para o pronto-socorro mais próximo. Joaquina é submetida a uma TC de crânio, que revela um hematoma com aspecto em lente biconvexa, hiperdenso. Joaquina é levada imediatamente ao centro cirúrgico, onde são tomadas as medidas necessárias – incluindo a colocação de cateter para monitoração da PIC –, sendo levada, no pós-operatório, à UTI.

Enquanto Joaquina era atendida, um sextoanista de Medicina conversava com André:

—E aí, tudo bem? O que aconteceu?

—Eu...

—Você estava com a Joaquina, certo? Vou pedir um Raio-x de crânio para você. Deixa eu pegar meu carimbo aqui. Vou levar para meu *staff* validar – completou o interno.

Feito o raio-X de crânio, o interno mostra o exame para seu *staff*, que o considera normal. André é liberado, e deixa o hospital ainda meio zozzo, sem saber o que fazer. Com muita dor de cabeça, com uma prescrição de dipirona em uma mão e o celular na outra, pensa em ligar para a mãe de Joaquina. Para na faixa de pedestres, e olha para os dois lados, antes de atravessar. Nesse momento, em frente ao hospital, vai ao chão. Uma horda de transeuntes corre a socorrê-lo. Levam-no novamente ao hospital. Nesse momento, André encontra-se em insuficiência respiratória aguda, com paralisia flácida e arreflexia dos quatro membros, apresentando uma PA de 70 x 40mmHg e FC de 80bpm, apesar de suas extremidades persistirem aquecidas.

São iniciadas as manobras diagnósticas e terapêuticas apropriadas ao caso de André. Ele é levado para tratamento pós-emergencial na UTI. Há muita preocupação com a pressão de perfusão cerebral de ambos nubentes.

Apesar do tratamento correto, André e Joaquina falecem em 12 de Junho de 2014. O médico plantonista solicita à enfermeira supervisora os formulários de declaração de óbito para que as famílias de ambos possam providenciar seus funerais.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

Elementar, meu caro... Leite?

Senhor Geraldo Aquino Rego, 62 anos, apresenta-se no pronto-socorro com história de dor no quadrante inferior esquerdo do abdome e diarreia. Queixa-se de piora progressiva da dor, náuseas, vômitos e febre. Ele relata ter apresentado dois episódios prévios tratados com sucesso apenas com o uso de antibióticos prescritos por médico da família. Não possui fatores de risco cardiovasculares ou pulmonares. Ao exame, apresenta-se com PA = 140 x 80mmHg, FC = 110bpm, temperatura = 38,5°C. O abdome está levemente distendido, com sons de peristalse presentes e presença de dor à compressão e descompressão de quadrante inferior direito. Dr. Jacinto Leite, MD, residente de plantão, solicita rotina radiológica mínima de abdome agudo e exames laboratoriais. O hemograma demonstra leucocitose (20.000 leucócitos/mm³) com desvio para esquerda.

— Doutor, já sinto estes sintomas há muito tempo. Não dá para o senhor me passar uns antibióticos? — Questionou o Sr. Geraldo.

— De maneira nenhuma, Sr Rego. Revi seus exames de imagem; não vi nenhum sinal típico, seja o sinal do “ceco ereto”, ou qualquer um daqueles conhecidos como sinais da “pilha de moedas”, do “bico de pássaro”, do “colar de pérolas”, da “maçã mordida”, ou ainda da “borda em cremalheira”... Iremos fazer uma colonoscopia.

— É aquele exame em que eu entro em um tubo?

— Não... Este é o exame em que o tubo entra em você! — disse Dr. Jacinto em um tom funesto, com um sorriso entreaberto nos lábios.

A colonoscopia foi diagnóstica. Todavia, o Sr. Rego passou a apresentar, nas 24 horas que se seguiram ao procedimento, importante aumento da dor abdominal, evoluindo com abdome em tábua, queda da pressão arterial, aumento da frequência cardíaca e queda do nível de consciência. Dr. Jacinto solicitou que o cirurgião preceptor avaliasse o caso. Ato contínuo, o Sr. Rego foi levado ao centro cirúrgico, onde foi submetido a procedimento terapêutico, sendo, no pós-operatório, encaminhado para a UTI.

O Sr. Rego falece no terceiro dia de pós-operatório. Não estão presentes no hospital, no momento do óbito, o cirurgião-preceptor ou Dr. Jacinto Leite. Apenas o plantonista da UTI. A família solicita que o plantonista da UTI forneça a declaração de óbito. Este se recusa, pois alega que se trata de caso para o IML ou para o Dr. Jacinto Leite, MD.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

Perdendo a cabeça

- Sabe aquele músico que chegou com crises convulsivas? – perguntou João Afonso, acadêmico-bolsista da unidade de emergência.

- Sim, o Oliver, aquele que toca sax – respondeu Marino, célebre intensivista. – Você o reavaliou?

- Ele está com uma agnosia intensa. Quando eu lhe pedi que colocasse suas mãos na cabeça, ele as colocou no peito; depois, nas pernas e na barriga; finalmente, me disse: “desculpe, doutor, mas eu não tenho a menor ideia de onde fica minha cabeça.” Vamos pedir a TC?

Oliver havia sido trazido à unidade de emergência com crises convulsivas parciais complexas, que evoluíram com generalização secundária. Enquanto Oliver ainda se encontrava em estado pós-ictal, Marino havia incumbido João Afonso de avaliá-lo mais detalhadamente do ponto de vista neurológico. Como o paciente nunca havia apresentado crises tônico-clônicas no passado, a desconfiança de Marino era que Oliver fosse portador de uma lesão estrutural encefálica.

A TC de crânio com contraste revelou a presença de lesão única hiperdensa, levemente realçada pelo contraste venoso, com cerca de 1,5cm de diâmetro, localizada ao nível da transição temporoparietal direita; havia importante efeito de massa, com significativo edema perilesional e desvio da linha média.

- O radiologista me disse que o aspecto pode ser compatível com um tumor primário, como um astrocitoma de alto grau, mas não descartou uma lesão metastática – afirmou João Afonso.

- Corticoide e anticonvulsivante profilático. O resto, você já sabe; colhe a anamnese...

- Já colhi; eu te conheço, Marino – interrompeu-o João Afonso. – O Oliver tem 56 anos, é um tabagista inveterado, com carga tabágica de cerca de 80 maços-ano. Há uns 2 meses, começou a apresentar uma tosse seca; não teve febre. Procurou um facultativo, que achou que poderia ser uma sinusite crônica e passou um tratamento, que de nada adiantou. Nas últimas semanas, vinha se queixando de cefaleia e turvação visual. Ah, também há relato de emagrecimento significativo nos últimos 2 meses.

Em seguida, ao relatar o exame físico de Oliver, João Afonso destacou que, além do evidente emagrecimento, Oliver apresentava-se com níveis tensionais elevados e apresentava linfonodos

supraclaviculares de consistência petrificada à direita. Decidiram, então, solicitar uma telerradiografia de tórax em PA e perfil, que revelou a existência de um nódulo pulmonar central (justa-hilar), sem calcificações de perimeio, à direita.

Horas mais tarde, após analisarem os exames complementares que haviam sido solicitados na unidade de emergência, Marino, virando-se para seu pupilo, proferiu as primeiras palavras que efetivamente representavam um progresso na avaliação diagnóstica do caso:

- Tabagista com massa pulmonar central com disseminação precoce, quadro associado com hipertensão arterial sistêmica e hipocalcemia, o que provavelmente representa uma manifestação paraneoplásica neuroendócrina. Está entendendo o que eu estou querendo dizer, João?

Não, João Afonso ainda não tinha aquela bagagem teórica toda. Mas, não havia dúvidas quanto ao fato de Oliver ter que ser admitido no hospital para completar a avaliação diagnóstica e ter iniciado o tratamento indicado para seu caso.

No plantão seguinte, João Afonso foi conversar com o seu paciente na enfermaria de Clínica Médica. Depois dos cumprimentos iniciais, e ante a pergunta do interno sobre como se sentia e se a equipe médica já havia chegado ao diagnóstico de seu caso, Oliver respondeu:

- Parece que é câncer, doutor. Me disseram que tem a ver com o cigarro. Será que é da laringe? Meu pai morreu com câncer na garganta – finalizou o paciente.

João Afonso sabia que músicos são frequentemente afetados por lesões estruturais nas cordas vocais, que os tumores de laringe representam um dos tipos mais comuns de câncer ligado ao tabagismo e que esses tumores podem ser divididos em glóticos, infraglóticos e supraglóticos. Sabia ainda que, dependendo de sua localização, tais tumores tinham maior ou menor chance de metastatizar para linfonodos locais. Mas, em função da lesão pulmonar central observada em seu paciente e muito em razão da discussão do caso que tinha realizado com Marino, estava certo de que Oliver era portador de um dos subtipos de câncer de pulmão.

“Marino, pelo que vi no prontuário, estão programando a realização de radioterapia e quimioterapia”, falou João Afonso ao voltar a contatar seu supervisor no mesmo plantão. Continuou, então, a consultá-lo:

- Ele tem metástase cerebral única... não poderia ser operado? A ressecção cirúrgica não aumentaria a taxa de sobrevivência do Oliver? – insistiu João Afonso preocupadamente.

- Meu caro João, você não se lembra o que conversamos sobre o tipo histopatológico mais provável no caso do Oliver? Tais tumores não são, em princípio, cirúrgicos.

Dois dias depois, ainda em uso de corticoide e anticonvulsivante profilático, e já com significativa melhora neurológica, Oliver recebia alta hospitalar para realizar tratamento ao nível ambulatorial. Iniciava-se, então, sua busca desesperada por cura.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

Another day in paradise

Em uma gloriosa manhã pós-chopada, você acorda bem disposto, com todo o "gás" do mundo. Passarinhos cantam para você, enquanto você se encaminha para mais uma manhã no ambulatório de Clínica Cirúrgica. Nesta manhã esfuziante, você é apresentado ao Sr. Roberto, 48 anos, *bonvivant* contumaz (i.e, moderadamente obeso, com uso regular de bebidas alcoólicas). Ele se queixa de dor epigástrica e substernal recorrente, quase que diariamente nos últimos 04 meses. Relata piora dos sintomas quando em decúbito dorsal e após às refeições. Nega emagrecimento ou disfagia. À revisão dos sistemas, você percebe uma queixa de sibilos e rouquidão pela manhã nos últimos meses. O paciente relata ter tomado, por conta própria, omeprazol, com resolução parcial dos sintomas.

Você ainda está pensando no diagnóstico mais provável, no mecanismo da doença, nas complicações associadas com a fisiopatologia da doença, nas alterações histológicas crônicas causadas por esta condição e suas implicações a longo prazo, bem como onde você deve ter deixado seu carro na noite passada, quando outra paciente se apresenta. É Rosana, vinda diretamente do ambulatório de Cardiologia. Rosana possui 39 anos, não é tabagista, hipertensa, dislipidêmica ou possui quaisquer outros fatores de risco para doença cardiovascular. Todavia, Rosana possui várias passagens pela emergência com diagnóstico clínico de *angina pectoris* — inclusive com resposta a nitratos —, o que a levou a uma cineangiocoronariografia, que foi normal.

Você ainda está pensando na pobre Rosana, nos seus diagnósticos diferenciais, mecanismos de doença, quais exames complementares poderão ser solicitados para a confirmação diagnóstica e por que diabos você está vestindo uma calcinha da galinha pintadinha, quando outro paciente se apresenta.

Você está atento. Seus reflexos são rápidos como os de um guepardo, seu raciocínio é aguçado. "Pode mandar mais três!" Você fala em voz alta, e se dá conta de que isso se tornou um reflexo condicionado, decorrente de suas frequentes solicitações ao *barman* na noite passada.

O outro paciente é Roosevelt, 65 anos, histórico de dor epigástrica em queimação nos últimos 20 anos, porém sem nunca ter procurado assistência médica, pois a dor melhorava "quando

tomava leite". Todavia, nos últimos seis meses, notou perda de peso acentuada (maior do que 15 Kg) e involuntária, associada com plenitude pós-prandial precoce, vômitos (com conteúdo não digerido, ingerido dias antes), distensão abdominal alta (no andar superior do abdome) e "um caroço debaixo do sovaco esquerdo".

Você está pensando nas possibilidades diagnósticas da doença que iniciou o quadro de Roosevelt, se haveria algo que poderia ter sido feito para retardar ou impedir a progressão da doença até o estágio atual. Também lhe ocorre quais seriam os exames a ser solicitados neste momento e qual seria a melhor conduta para o paciente. Você também pensa nos possíveis diagnósticos diferenciais, fisiopatologia, tratamento... Nada lhe escapa! Nada como trabalhar em dia pós-chopada!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

O Canto do ganso cinza

Acabou. Passou a primeira ACI, e você vai comemorar com seus colegas na base da já tradicionalíssima chopada. Na verdade, o término da ACI é só um pretexto. Beber já se tornou um hábito arraigado. Quando está feliz, você bebe para comemorar. Quando está triste, bebe para afogar as mágoas. Quando não está feliz, nem triste, bebe para afastar os tamanduás cor-de-rosa da sua cama. Nesta chopada, por estar particularmente feliz, você consome quantidades mastodônticas de cerveja e vodca.

Ao retornar para casa, você não se sente mais feliz. Começa a sentir dor abdominal, epigástrica, irradiando-se para o dorso. Você começa a vomitar, mas isso não lhe traz melhora alguma. Não tem jeito, você vai ter de procurar o pronto-socorro. Quando o faz, já se vão 4 horas desde o início da dor, sem melhora alguma. Sua temperatura é 38.8°C, FC = 110bpm, PA = 110 x 60mmHg, FR = 28irpm. Seu abdome está distendido e é doloroso à palpação no epigástrio e região periumbilical. Hemograma = 18.000 leucócitos/mm³; hematócrito = 47%; glicose = 210 mg%; bilirrubina total = 3,2 mg/dL; AST = 380; ALT = 435; LDH = 300; e amilase = 6800. A rotina simples de abdome agudo revelou um pequeno derrame pleural à esquerda e distensão difusa das alças intestinais. Você entra em desespero quando um colega que está participando de seu atendimento de emergência lhe diz que você ficou em prescrição! Este mesmo colega fica animadíssimo quando percebe um sinal semiológico característico nos seus flancos. Ele tira uma foto com o celular e posta no "face" da turma. Todos postam os diagnósticos diferenciais possíveis e os mecanismos fisiopatológicos implicados, e lhe mandam um abraço.

O maldito tamanduá cor-de-rosa insiste em disputar espaço com você no leito. Isso é um absurdo. Inaceitável! Você começa a montar um "barraco". Exige seus direitos veementemente. Demonstra a seriedade de suas opiniões através do lançamento do "patinho" na cabeça da enfermeira. Grita, clama por socorro: "tirem logo este tamanduá daqui!".

Você é transferido para a UTI, não sem antes receber um coquetel – não aquele que você gostaria, mas, sim, um de diazepam e haloperidol.

Você pensa nos exames que serão realizados a seguir; imagina se algum deles tem valor prognóstico. "Serei submetido a cirurgia?", "Quais podem ser as complicações do meu quadro?",

você pensa. A dor começa a passar; a velocidade do *dripping* de fentanil foi aumentada. Todas as suas preocupações parecem ficar para trás enquanto sua vista vai embotando.

Outro você está voltando do funeral do seu colega de faculdade. A pergunta que não quer se calar é: "ele não deveria ter sido removido para o IML?". Mas a vida continua; você se prepara para mais um dia no ambulatório de clínica cirúrgica, e deixa esta pergunta postada no "face" da turma.

O primeiro paciente do dia lhe faz lembrar-se do seu amigo recém-falecido. Ele está icterico, embora bem mais icterico do que seu amigo estava. Este senhor possui 65 anos, é tabagista e etilista. Ele relata perda de peso importante, mas não sabe quantificar. Você logo percebe que é uma perda significativa: o arco zigomático do paciente é visível! O paciente também se queixa de dor abdominal constante, sem alívio com nenhuma medida, epigástrica, irradiada para o dorso. À revisão dos sistemas, você percebe que o paciente está em uso de Xarelto[®], prescrito para um episódio recente de trombose venosa profunda. Ao exame físico, além do emagrecimento significativo e da icterícia, você detecta a palpação uma vesícula biliar distendida e indolor. Tendo em mente o diagnóstico, você consegue agendar para o mesmo dia uma TC de abdome, que demonstrou dilatações das vias biliares intra e extra-hepáticas associadas com uma massa na cabeça do pâncreas, massa esta invadindo a artéria mesentérica superior. A TC também demonstrou múltiplas imagens hipodensas, com realce anelar na fase arterial, distribuídas difusamente pelo parênquima hepático. Após o término do procedimento, você está pensando nas opções terapêuticas pertinentes, quando o paciente lhe pergunta: "Doutor, eu tenho câncer de fígado?".

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

Isaac Bem Solomon: Vivendo Protegido pelo cigarro?

- Desta vez, você está errado, Marino. Você está ficando maluco? O paciente não tem nada para megacólon chagásico! – Bradou João Afonso.

O paciente da vez era um senhor de origem judaica, Isaac Ben Solomon, de 45 anos de idade, que havia adentrado o setor de emergência com quadro de parada de eliminação de gases e fezes, distensão abdominal intensa, febre, taquicardia, taquipneia e hipotensão arterial. Tomadas as medidas iniciais para o suporte hemodinâmico e respiratório, a equipe havia solicitado uma rotina radiológica de abdome agudo, que mostrara um cólon transversal com diâmetro superior a 11cm. Considerado o diagnóstico de megacólon tóxico, Marino havia orientado que João Afonso colhesse a anamnese do seu novo paciente.

Com ar irônico e indagador, o *staff* fitou o interno, aguardando que o mesmo prosseguisse.

- O paciente viveu, há décadas, em centro urbano próximo – continuou João Afonso. – “Tá” certo que a cidade fica na região do Vale do Paraíba, mas ele nunca morou em casas de pau a pique, nem conhece o barbeiro, muito menos foi hemotransfundido ou é usuário habitual de açai. Em suma, ele não tem nada para doença de Chagas.

- E quem falou em doença de Chagas? – Argumentou Marino. – O único tipo de megacólon que você conhece, João, é o chagásico?

Marino decidiu ir junto com João Afonso reavaliar o Sr. Isaac. Após as habituais apresentações, o médico perguntou diretamente:

- O senhor já teve diagnóstico de doença inflamatória intestinal?

Isaac Ben Solomon havia tido diagnóstico de uma de tais condições quando tinha cerca de 30 anos. À época, Isaac iniciara quadro de diarreia sanguinolenta intermitente. Segundo dizia, um médico havia valorizado sua ancestralidade judaica, logo solicitando uma colonoscopia. Esse exame revelou uma colite extensa, contínua, situada entre a flexura esplênica do cólon e o reto; o laudo do exame histopatológico mostrou que a inflamação era restrita à mucosa e submucosa colônicas. Isaac foi tratado com mesalamina e corticoide até sua doença entrar em remissão, sendo mantido em seguida apenas com o uso da preparação do 5-ASA.

Ao longo dos anos, a doença de Isaac evoluiu com pequenos e curtos momentos de exacerbação, sempre controlados com a reintrodução de corticoide, às vezes associado com outro imunomodulador. Nos últimos oito anos, passou a ser submetido a colonoscopias anuais de controle, ocasiões em que múltiplos fragmentos de biópsia eram analisados quanto à presença e grau de displasia da mucosa local.

Havia 2 meses, Isaac Ben Solomon tinha decidido parar de fumar, posto que, em consulta realizada com seu gastroenterologista, havia sido detectada a presença de colestase de origem autoimune, uma das conhecidas complicações extra-hepáticas de sua doença. Nos últimos dias, o paciente voltara a ter uma exacerbação de sua doença, desta vez com mais de 10 episódios diários de diarreia sanguinolenta, febre e queda do estado geral.

- Vamos tratar o megacólon tóxico de forma conservadora, isto é: pausa alimentar, reposição hidroeletrólítica, corticoide intravenoso e analgesia. Mas, Sr. Isaac, não está descartada a necessidade de uma intervenção cirúrgica – concluiu Marino.

Apesar do tratamento conservador corretamente instituído, a evolução de Isaac não foi satisfatória, tendo sido necessária intervenção cirúrgica de urgência.

- A única coisa que ainda me preocupa quanto a esta experiência clínica a que você está tendo acesso, João – disse Marino –, é que você não fique com a impressão de que a doença inflamatória intestinal é uma entidade patológica exclusiva de um determinado grupo religioso. Embora os judeus Ashkenazi representem o grupo com maior risco relativo para a ocorrência da condição, isto apenas representa uma razão de chances. Em verdade, a maioria dos pacientes que já vi com doença de Crohn ou retocolite ulcerativa não tinha tal fator de risco. É que nem a relação inversa com o tabagismo... e não vai achar que cigarro faz bem, hein!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

From The Bing Bang Theory to the Bowel Boundaries: a Scientific Journey

Conta-se que num dos mais técnicos *rounds* de enfermagem ocorridos naquele hospital escola, o interno Kevin Space Sheldon teria argumentado com seu preceptor “mas essa lesão perianal hipercrômica da dona Amy Gata não poderia ser uma marca de transformação tumoral de um pólipó de Peutz-Jeghers? Poderíamos justificar tudo, inclusive a suboclusão intestinal baixa.”

- Não é provável, Kevin – respondeu o Dr. Gabriel Neruda. – A paciente não possui lesões hipercrômicas em lábios ou outras topografias e, além disso, não são as lesões discrômicas que evoluem com transformação neoplásica.

Realmente, a biópsia da lesão que decidiram realizar mostrou, à imunoistoquímica, marcação para S100; um melanoma anorretal acabara de ser descoberto. O estadiamento revelou que a lesão era profunda, com provável acometimento linfonodal e metástases à distância, mas tanto Gabriel Neruda, como Kevin Space Sheldon, ficaram em dúvida sobre a aplicabilidade dos sistemas de estadiamento de Clark, de Breslow e do TNM.

- Esse é um dos tumores relacionados à síndrome Lynch? Temos que fazer *screening* familiar? Apesar de ter 48 anos, a dona Amy tem uma filha de 28 anos com diagnóstico de câncer de colo uterino – completou Kevin.

- Até onde me recordo, não parece ter relação – disse Gabriel Neruda. – Se você argumentasse uma possível relação com infecção pelo HPV, eu ficaria mais em dúvida, pois tal vírus é um dos poucos agentes associados ao desenvolvimento de câncer anal – completou.

- Entendo, Gabriel. Mas, digamos que seja Lynch, sabe uma coisa que não entendo: que raio é aquela tal de instabilidade de microssatélites?

- “Pô”, cara, teu sobrenome é por acaso? Você tem “*space*” no nome, mas não entende nada do cosmos? O que são satélites? – argumentou o Dr. Gabriel Neruda.

Entraram, então, numa discussão sobre o papel do material genômico não transcrito e sua possível utilização como marcador fenotípico de transtornos hereditários. Durante a discussão, acharam, inclusive, uma lógica entre o nome da paciente e os transtornos de que se aproximavam. Finalizaram reconhecendo que a paciente não possuía nenhuma das síndromes de câncer colorretal hereditário, nem as variantes associadas à polipose hereditária, nem um dos tipos de câncer colorretal hereditário não-polipose.

Voltaram-se, então, para a discussão do quadro do segundo paciente da enfermaria, o Sr Gastão, 55 anos, que havia sido submetido, cinco dias antes, a uma cirurgia de Hartmann para tratamento um câncer de reto – chegaram a discutir a eventual necessidade de uma cirurgia de Miles, mas o procedimento de Hartmann revelou-se tecnicamente possível.

O tumor do Sr. Gastão havia sido descoberto através da realização de colonoscopia para *screening* primário de câncer de cólon. Dado o perfil dietético do paciente e seu histórico de constipação intestinal, e apesar do uso rotineiro de AINE e estatina, seu médico assistente indicara a intervenção de profilaxia secundária a partir dos 50 anos de idade do Sr. Gastão.

- Quanto às próximas etapas do tratamento do Sr. Gastão, sei que vamos começar mais tarde o tratamento radioterápico. Entretanto, eu tenho algumas dúvidas: há indicação de anticorpo monoclonal anti-EGF ou anti-VEGF? – Perguntou Kevin.

- Existem ainda pontos controversos – respondeu evasivamente Gabriel –, quer ver? Da mesma linha do que você me pergunta: se o tumor do Sr. Gastão não estivesse no estágio IIA, mas, sim, no estágio IV, por comprometimento hepático, pode-se dizer que seu tumor seria obrigatoriamente inoperável e/ou incurável?

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

Ser ou não ser, eis a questão...

O dia estava relativamente tranquilo no plantão do HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITÁRIO, quando o residente de cirurgia do primeiro ano, o Dr. Frederico de Médici, foi avisado pela enfermeira de plantão que havia chegado um paciente no pronto-socorro com queixas de dor na virilha para avaliação cirúrgica. Imediatamente ele pensou “Lá vem essa enfermeira me perturbar logo cedo!”.

O senhor Alexandre Bórgia, o qual tinha 52 anos de idade e era brevílneo, queixava-se do aparecimento de dor na virilha à direita, há dois dias, durante uma partida de tênis. Relatou que ao voltar para casa notou um inchaço na área. Como a dor não melhorou, ele decidiu procurar o pronto-socorro.

Ao ser questionado sobre a sua história médica pregressa disse:

- Doutor Frederico, eu tenho pressão alta e açúcar alto no sangue. Tomo um remédio que me faz tossir e outro que me faz urinar muito. Um outro para a glicose e mais um para afinar o sangue. O problema é que não me lembro do nome deles. Mas o que me incomoda mesmo é a minha prisão de ventre e uma hemorroida que sangra muito. Sempre que eu vou ao banheiro “ela” vem para fora e eu preciso empurrar para dentro. Estou até fazendo exames para poder ser operado. Tenho consulta com um cardiologista na semana que vem para mostrar o eletrocardiograma e fazer o risco cirúrgico.

O residente também constatou que o paciente era tabagista de longa data. Examinou o eletrocardiograma que o senhor Bórgia trazia consigo e constatou que estava normal.

O doutor Frederico então botou imediatamente o paciente deitado e examinou o inchaço. Viu que o local estava um pouco quente. “Será uma hérnia encarcerada?” pensou. Concluindo que poderia ser uma hérnia tentou reduzi-la sem sucesso, por causa da dor local importante. Optou então por persistir com o tratamento conservador e, depois de 40 minutos e da adoção de algumas manobras e administração de medicações específicas, conseguiu reduzir o inchaço. Escreveu no prontuário do paciente e deu alta hospitalar imediata. Neste momento o Sr. Bórgia perguntou se havia necessidade tomar alguma atitude em relação ao problema da virilha ou

deveria tomar algum cuidado específico e o Dr. Frederico respondeu “o senhor tem que procurar um médico para resolver o seu problema”, saindo apressado para o quarto de descanso.

Vinte e quatro horas depois, o senhor Alexandre Bórgia retornou ao PS com queixas de dor abdominal difusa, náuseas e vômitos, abdome distendido e piora da constipação com parada da eliminação de gases e fezes. Havia descompressão dolorosa por todo o abdome no exame físico. O cirurgião responsável pelo plantão, o Dr. Nicolau Maquiavel, estava visivelmente irritado com o residente Frederico de Médici porque solicitou o prontuário do atendimento anterior do paciente e viu que só havia uma linha escrita - “Paciente com hérnia. Após redução, encaminhado para casa”. Os sinais vitais do paciente eram PA de 80x50mmhg, FC de 98bpm, FR de 27 incursões respiratórias por minuto e Temperatura axilar de 37 graus celsius. A glicemia era de 395mg/dl, sódio de 130mEq/L e potássio de 2,0mEq/L. O Raio X de tórax estava normal e o ECG apresentava arritmia cardíaca.

O Paciente perguntou ao cirurgião preceptor se ele gostaria de ver os exames pré-operatórios que ele havia feito para a cirurgia de hemorroidectomia. O doutor Maquiavel falou que não era necessário.

O Sr. Bórgia foi então submetido à estabilização do quadro clínico, correção dos distúrbios hidroeletrólíticos e exames complementares, que confirmaram a presença de espessamento difuso do cólon sigmoide, pneumoperitônio e de líquido livre intra-abdominal. Após confirmação diagnóstica foi levado ao centro cirúrgico para tratamento específico. O doutor Maquiavel ordenou ao doutor Frederico que permanecesse no PS para aprender a escrever direito nos prontuários. O residente acabara de perder uma cirurgia.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 11

Os possíveis Tumores de Francisco- Exercício Diagnóstico

Conta-se que, numa manhã ensolarada de primavera, em pleno ambulatório do hospital escola, Marino e João Afonso travaram mais uma de suas célebres discussões acadêmicas. Desta feita, o ponto de partida tinha sido o caso de um senhor de 62 anos, de nome Francisco, que comparecera ao ambulatório com queixa de hematúria indolor.

- E então, João Afonso, qual é a causa mais comum de hematúria indolor em idosos? – Arguiu Marino.

- Marino, carcinoma de células renais, o antigo hipernefroma – ressaltou João Afonso –, não deve ser o caso; o senhor Francisco não tem dor lombar nem massa abdominal palpável...

- Espera aí, João – Marino interrompeu-o –, a tríade clássica desse tumor só está presente em uns 10% dos casos. Só falta você dizer que a ausência de manifestações paraneoplásicas também fala contra o diagnóstico.

- Para com isso, Marino! Você sabe o que eu quero dizer – retrucou o pupilo.

João Afonso continuou argumentando que litíase renal era bastante improvável, não apenas pela idade em que a hematúria havia se apresentado pela primeira vez, mas, principalmente, pelo fato de hematúria ser indolor. “Se fosse cálculo, poderiam haver sinais sobrepostos de infecção urinária, condição que caminha lado a lado com a nefrolitíase” teriam sido suas últimas palavras sobre tal hipótese diagnóstica. Em seguida, vendo o silêncio de seu mentor, sentiu-se mais confiante – “quem cala consente”, lembrou-se do ditado – e continuou:

- Sei que o CA de bexiga (ou outro tumor de urotélio) seria uma boa hipótese, mas estou particularmente preocupado com a próstata. Ele tem histórico de prostatismo.

- Você já fez o toque retal? – Perguntou inicialmente Marino, que continuou dizendo “câncer de próstata geralmente não leva a sinais e sintomas obstrutivos...”

- Eu sei, Marino, mas não há uma associação possível entre as condições? O problema é que o Sr. Francisco é aquele tipo de paciente que acha que toque retal não é “coisa pra homem” – concluiu João Afonso.

A investigação subsequente do paciente levou à conclusão da existência de nódulo de consistência endurecida na superfície posterior da próstata. As dosagens de PSA e seus refinamentos sugeriam tratar-se de um adenocarcinoma prostático em estágios iniciais. O laudo

da biópsia transretal forneceu um resultado de Gleason elevado, e o processo de estadiamento indicava que o CA encontrava-se realmente num estágio inicial.

Algumas semanas após, Marino e João Afonso atenderam novamente o Sr. Francisco. Antes que o paciente entrasse na sala do ambulatório, conversaram:

- O oncologista propôs a realização de prostatectomia radical – disse Marino, voltando-se para João Afonso. – Ele disse que já há evidências de que a cirurgia para o caso do Sr Francisco é melhor que a radioterapia, prolongando a sobrevivência dos pacientes. Disse que a cirurgia deve ser indicada para pacientes “mais jovens” com tumores em estágios iniciais. Parece ter sido liberado recentemente um estudo do USPSTF que permite tal conclusão.

Em seguida, após a entrada do paciente no recinto e subsequente discussão da proposta de tratamento formulada pelo oncologista – momento em que Marino e João Afonso deixaram claro que o tratamento seria conduzido por tal especialista –, o supervisor perguntou-lhe se estava animado com a possibilidade atual de um melhor tratamento.

- “Tô” com medo da tal da impotência, doutor – respondeu o Sr. Francisco. – Tem risco de um ficar “daquele jeito”?

SITUAÇÃO-PROBLEMA 12

Pernas pra quem te quero

O Dr. Alexander Fleming, do alto da sua experiência como cirurgião vascular, já dava sinais de cansaço. Afinal, já se passavam 20 anos desde que tinha começado aquele ambulatório no Hospital Central Universitário, onde atendia de 20 a 30 pacientes por turno. Eram trombozes arteriais e venosas, pés diabéticos, gangrenas e outras doenças diversas, todas atendidas por aquele mesmo salário, desde o início de tudo. Mesmo assim, ele continuava dando o seu melhor... pelos pacientes.

Naquele dia, o primeiro paciente veio encaminhado do ambulatório de ortopedia. Era o senhor Carlos Chagas, de 58 anos, hipertenso crônico que apresentava queixa de “dor ao andar”. O paciente relatava sentir dor e fadiga nas pernas ao caminhar, tendo tais sintomas aparecido 10 meses antes, com piora progressiva desde então. Ao examinar o paciente, o Dr. Fleming notou dor e contratura muscular em ambas as panturrilhas, fato evidente após o paciente ter saltado da condução e caminhado menos de uma quadra para chegar até o hospital. Além desse dado, o pulso femoral estava presente bilateralmente, mas os pulsos poplíteos, tibiais posteriores e pediosos estavam ausentes. Apesar disto, os membros inferiores encontravam-se quentes e sem lesões. O senhor Carlos Chagas, então, disse ao médico assistente que normalmente sua dor melhorava após um breve período de repouso, durante uma pausa para um cigarro.

O cirurgião, após classificar o paciente como estágio 2 de Fontaine, pediu-lhe um Doppler de membros inferiores e superiores, visando a obter uma avaliação mais detalhada dos índices tornozelo-braquiais. Solicitou também avaliação das carótidas e um ecocardiograma com estresse farmacológico. “Não vá sumir hein, senhor Chagas!” Se despede o médico.

Dando continuidade ao atendimento, foi chamado o senhor Azevedo Lima, 72 anos, hipertenso e diabético tipo 2, que se queixava da presença de uma lesão dolorosa, fétida e com alteração da coloração, localizada nos dedos do pé esquerdo. O Dr. Fleming, então, perguntou sobre a evolução do diabetes, tendo o senhor Lima relatado que seu endocrinologista havia se aposentado 6 meses antes, não vindo desde então em acompanhamento.

O paciente estava estável clínica e hemodinamicamente. O cirurgião pediu à enfermeira Leila Diniz que realizasse um HaemoglucoTest (321mg/dl), e ao examinar o pé esquerdo do paciente,

notou necrose úmida do quarto e quinto pododáctilos, havendo uma ferida infectada à altura do tarso. Determinou a internação imediata do paciente, e prescreveu antibioticoterapia, protetor da mucosa gástrica e analgesia, além de ter solicitado todo o pré-operatório. Não prescreveu hidratação venosa vigorosa por não conhecer melhor a função cardíaca do paciente; optou por solução cristalóide. A enfermeira, então, perguntou se não seria um caso para cirurgia de urgência, e o Dr. Fleming respondeu que “sendo gangrena úmida em pacientes não sépticos ou gangrena seca, temos que avaliar primeiro a vascularização dos membros inferiores para depois traçarmos a melhor conduta”.

De repente, adentrou correndo no ambulatório um residente de gastroenterologia, que avisou ao Dr. Fleming “Professor, temos um paciente cirrótico, o senhor Lourenço Jorge. Ele está em tratamento de trombose venosa profunda e com hemorragia digestiva alta! Precisamos urgentemente de um filtro de veia cava!”. Nesse momento, o cirurgião vascular constatou que o dia iria ser longo.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 13

“O Canto da Sereia”

O dia começava agitado no ambulatório mais movimentado do Hospital de Clínicas Universitário: o ambulatório de obesidade. O doutor Constantino Ottaviano chegou para o atendimento e logo encontrou o doutor Bruno Pareja, residente do terceiro ano do Serviço de Cirurgia.

Chamaram o primeiro paciente. Tratava-se da senhora Ana Neri, 38 anos, casada, hipertensa, fazendo uso de Glifage para resistência à insulina, com história recente de erisipela de membro inferior direito e vasculopatia venosa periférica. A mesma relatou aos médicos que fez diversas tentativas nos últimos 2 anos para perder peso, com dietas variadas e exercícios físicos. Mas não conseguia devido a sua atividade profissional (era cantora) e por ter 2 filhos e ter que dar atenção aos mesmos.

- Doutor, eu não consigo me exercitar direito por causa do meu joelho. Na verdade não sei o porquê de ter engordado tanto. Não como quase nada! Quero emagrecer. Minha mãe era muito gorda também e morreu de infarto. E eu preciso ficar bonita! Meu marido iria adorar! Com dieta é muito difícil...

O cirurgião preceptor solicitou que seu assistente examinasse a paciente e pediu para calcular o IMC. O doutor Bruno prontamente atendeu as ordens e concluiu que o IMC era de 39,84375 kg/m², baseado em um peso de 102 kg e uma altura de 1,60m. PA de 158 x 86 mmHg e FC de 92 bpm. O exame das extremidades inferiores revela leve edema, veias varicosas e dermatite por estase venosa bilateral. Pensou por um momento e argumentou junto ao doutor Constantino: “chefe, essa paciente não tem indicação para a realização de nenhum procedimento cirúrgico restritivo, disabsortivo ou misto. O IMC é menor do que 40. De repente um balão intragástrico seria uma boa opção”.

A paciente então, em desespero, argumentou: “Doutor, pelo amor de Deus! Essa é minha única chance de ficar bonita! Eu preciso emagrecer de qualquer jeito. Ainda quero fazer plástica e colocar silicone nos seios. Sou cantora e preciso de uma aparência normal. Até engordei um pouco para poder operar!”.

O preceptor acalmou a paciente e serenamente falou: “Bruno, essa paciente tem histórico familiar de doença coronariana e obesidade, hipertensão, resistência insulínica, vasculopatia

periférica e obesidade. Têm exames laboratoriais mostrando dislipidemia. Já temos o diagnóstico de síndrome metabólica e mesmo com esse IMC, ela tem indicação de cirurgia, apesar da possibilidade de complicações cirúrgicas e pós-operatórias. A literatura médica prova que esse tipo de paciente é beneficiado com uma gastroplastia”.

- E qual seria a melhor opção cirúrgica? - perguntou o residente. O Doutor Constantino, do alto dos seus 25 anos de experiência, respondeu - uma gastroplastia vertical restritiva seria a minha indicação. Depois, com a perda de peso, poderíamos fazer uma abdominoplastia e retirar o excesso de pele dos membros superiores e inferiores. A paciente ficou muito feliz e disse – ótimo doutor. Não se esqueça do meu silicone! Acho que vou até trazer minha filha de 16 anos, que está com 105 kg, para uma consulta com o senhor.

- Calma minha senhora! Primeiro vamos cuidar da sua saúde física e mental. Depois veremos o problema da sua filha. Com adolescente é diferente – ponderou.

Assim, ele solicitou ao doutor Bruno que pedisse todo o pré-operatório, encaminhasse a paciente para o ambulatório de nutrição, psicologia e clínica médica – o tratamento é multi-profissional – explicou ao residente. Assim, a paciente agradeceu e saiu cantarolando, satisfeita com seu início de tratamento.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 14

“PARECE, MAS NÃO É!”

Após um dia agitado no ambulatório o Dr. Alexander Fleming chegou às pressas na enfermaria de gastroenterologia, trazido pela residente do segundo ano de clínica médica, a Dra. Sara Palin que apressadamente relatou a situação:

- Temos aqui o paciente Adão Pereira Nunes, 58 anos, dislipidêmico, cirrótico por hepatopatia crônica à custa de vírus C. Ele estava internado para drenagem da ascite quando evoluiu com suspeita de TVP no membro inferior direito. Começamos anticoagulação plena e o paciente apresentou vômitos em borra de café acompanhados de melena. No momento encontra-se estável hemodinamicamente, com hematócrito de 25% e sem hematêmese. Precisamos de um filtro de veia cava!

O Dr. Fleming calmamente examinou o paciente, que estava sonolento, icterico (++/4+), mal distribuído com ascite moderada e edema de membros inferiores (sem dor), com 28 IR/min, 88 bpm e PA de 120 x 70 mmHg. Após o exame inicial, perguntou:

- Esse paciente já fez endoscopia digestiva alta? Precisamos descartar outras causas como Lesão de Dieulafoy ou doença péptica. Se for sangramento por varizes de esôfago foi limitado. Não vejo indicação para TIPS. Qual seria a indicação para paracentese de alívio? Acho que ele não tem TVP. Algum sinal de hemorragia digestiva baixa?

Neste momento o Dr. Galvão, chefe da enfermaria de gastroenterologia chegou, cumprimentou seu amigo de longa data, o Dr. Fleming e perguntou para a Dra. Palin o que estava acontecendo. Após um breve relato da residente, ele disse:

- Minha querida Sara, dificilmente um paciente cirrótico e icterico vai evoluir com fenômenos tromboembólicos. Esses pacientes tendem a ter coagulopatia. O senhor Adão está na fila de transplante de fígado e como está com o score MELD acima de 15, pode ser contemplado a qualquer momento. Temos inclusive um possível doador na Unidade de Emergência, vítima de TCE, com suspeita de morte encefálica sendo avaliado na Unidade de Emergência.

A doutora Sara ansiosamente disse:

- Que ótimo, quer dizer, que pena pra família do doador! O doador é jovem? Tem comorbidades? A morte encefálica já foi confirmada? Há compatibilidade HLA entre os dois? E o escore Child? Não é importante?

O doutor Galvão então explicou que um colega da emergência já havia aberto o protocolo para confirmação de morte encefálica há aproximadamente 2 horas, de acordo com as especificações contidas no Termo de Declaração de Morte Encefálica. Comentou com o Dr. Fleming:

- Aguardaremos o segundo exame clínico e a realização do Doppler transcraniano para agir. A equipe de captação de órgãos está de sobreaviso. Como o paciente está no nosso hospital teremos um tempo de isquemia fria ótimo, o que vai ser benéfico para o senhor Adão.

O Doutor Fleming concordou e disse que não via indicação para colocação de um filtro de veia cava e achava necessário uma paracentese de alívio. Não viu sinais de hemorragia digestiva baixa também. Pediu apenas para terem cuidado com uma retirada exagerada de líquido ascítico o que poderia causar uma piora da hipoproteïnemia.

O Dr. Galvão concordou e disse:

- O doador e o receptor tem compatibilidade ABO e para transplante hepático isso já é o suficiente. Os exames laboratoriais protocolares do doador já foram solicitados. Fazemos uma endoscopia para diagnosticar e prevenir novos sangramentos e vamos aguardar o tão desejado fígado. E o Child foi substituído pelo MELD desde 2006, minha querida residente. Você está precisando ler mais um pouco.

Bibliografia

1º PERÍODO – CICLO DE VIDA – CONCEPÇÃO E FORMAÇÃO DO SER E DESENVOLVIMENTO ATÉ 1ª INFÂNCIA

- 1) BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). **Recurso eletrônico**.
- 2) BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). **Recurso eletrônico**.
- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 84 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). **Recurso eletrônico**.
- 4) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32), **Recurso eletrônico**.
- 5) De ROBERTIS, Edward M; HIB, José. De Robertis. **Biologia Celular e Molecular**, 16ª edição. **Recurso eletrônico**.
- 6) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. **Histologia Básica**, 12ª edição, 2013. **Recurso eletrônico**.
- 7) MOORE, Keith L. **Anatomia orientada para a clínica**. 7ed. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014. **Recurso eletrônico**.
- 8) MOORE, Keith L. **Embriologia básica**. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 365p.
- 9) MURRAY, Robert K.; BENDER, David A.; BOTHAM, Kathleen M.; KENNELLY, Peter J.; RODWELL, Victor W.; WE. **Bioquímica Ilustrada de Harper (Lange)**, 29ª edição, 2013. **Recurso eletrônico**.

2º PERÍODO – CICLO DE VIDA – DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

- 1) ABBAS, Abul K. **Imunologia celular e molecular**. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 564p.
- 2) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 60 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). **Recurso eletrônico**.

- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). **Recurso eletrônico.**
- 4) **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 96 p. – (Série E. Legislação de Saúde). **Recurso eletrônico.**
- 5) GUYTON, Arthur C. et al. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 1115p.
- 6) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. **Histologia Básica**, 12ª edição, 2013. **Recurso eletrônico.**
- 7) MOORE, Keith L. **Anatomia orientada para a clínica**. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014. **Recurso eletrônico.**
- 8) MURRAY, Robert K.; BENDER, David A.; BOTHAM, Kathleen M.; KENNELLY, Peter J.; RODWELL, Victor W.; WE. **Bioquímica Ilustrada de Harper (Lange)**, 29ª edição, 2013. **Recurso eletrônico.**

3º PERÍODO – CICLO DE VIDA – VIDA ADULTA, SENESCÊNCIA E ENVELHECIMENTO.

- 1) BAYNES, John W.; DOMINCZACK, Marek H. **Bioquímica médica**. 3. ed. Elsevier, c2011. 653 p.
- 2) BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). **Recurso eletrônico.**
- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). **Recurso eletrônico.**
- 4) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Obesidade /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). **Recurso eletrônico.**
- 5) BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 32). **Recurso eletrônico.**

- 6) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Saúde do trabalhador**. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. **Recurso eletrônico**.
- 7) BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce A.; KNOLLMANN, Björn C. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman**, 12ª edição. **Recurso eletrônico**.
- 8) GUYTON, Arthur C. et al. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 1115p.
- 9) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. **Histologia Básica**, 12ª edição, 2013. **Recurso eletrônico**.
- 10) MELLO FILHO, Julio; BURD, Miriam e colaboradores. **Psicossomática Hoje**, 2ª edição. **Recurso eletrônico**.
- 11) MOORE, Keith L. **Anatomia orientada para a clínica**. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014. **Recurso eletrônico**.
- 12) OESTMANN, Jörg-Wilhelm; WALD, Christoph; CROSSIN, Jane. **Introdução à radiologia clínica: da imagem ao diagnóstico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 357p.
- 13) PORTH, Carol Mattson. **Fisiopatologia 2 Vols.**, 8ª edição. **Recurso eletrônico**.

4º PERÍODO – CICLO DE VIDA – VIDA ADULTA, SENESCÊNCIA, ENVELHECIMENTO, FINITUDE E MORTE.

- 1) ABBAS, Abul K. **Imunologia celular e molecular**. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 564p.
- 2) BLUMENFIELD, Michael; TIAMSON-KASSAB, Maria. **Medicina psicossomática**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 292p.
- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). **Recurso eletrônico**.
- 4) BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). **Recurso eletrônico**.
- 5) BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). **Recurso eletrônico**.

- 6) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica - Manual para Profissionais Médicos** - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 24 p. **Recurso eletrônico.**
- 7) BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 32). **Recurso eletrônico.**
- 8) BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. **Recurso eletrônico.**
- 9) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Tuberculose na Atenção Primária à Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 131 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). **Recurso eletrônico.**
- 10) BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Cadernos de Atenção Básica, n. 21) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). **Recurso eletrônico.**
- 11) BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce A.; KNOLLMANN, Björn C. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman**, 12ª edição. **Recurso eletrônico.**
- 12) DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 2. Porto Alegre ArtMed 2011. **Recurso eletrônico.**
- 13) PORTH, Carol Mattson. **Fisiopatologia 2 Vols.**, 8ª edição. **Recurso eletrônico.**
- 14) PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. **Semiologia Médica**, 7ª edição. **Recurso eletrônico.**

5º PERÍODO – CICLO DE VIDA – SAÚDE DA MULHER

- 1) ALMEIDA FILHO, Naomar de; BARRETO, Mauricio L. **Epidemiologia & Saúde - Fundamentos, Métodos e Aplicações.** **Recurso eletrônico.**
- 2) BEREK, Jonathan S. (ed.). **Berek & Novak | Tratado de Ginecologia**, 15ª edição. **Recurso eletrônico.**
- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 13). **Recurso eletrônico.**

- 4) BRASIL. Ministério da Saúde. **Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana**. Coordenação de Laboratório do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. 2014. **Recurso eletrônico**.
- 5) BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. **Recurso eletrônico**.
- 6) MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Obstetrícia**, 12ª edição. **Recurso eletrônico**.

6º PERÍODO – CICLO DE VIDA – SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

- 1) ALMEIDA FILHO, Naomar de; BARRETO, Maurício Lima. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2014. xxiv, 699 p. **Recurso eletrônico**.
- 2) BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). **Recurso eletrônico**.
- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e nutrição complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). **Recurso eletrônico**.
- 4) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 4 v.: il.; **Recurso eletrônico**.
- 5) KLIEGMAN, Robert. **Nelson tratado de pediatria**. 19. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2013. 2 v. **Recurso eletrônico**.

7º PERÍODO – CICLO DE VIDA – APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DO ADULTO E DO IDOSO

- 1) BRASILEIRO FILHO, Geraldo. **Bogliolo/Patologia**, 8ª edição. **Recurso eletrônico**.
- 2) FREITAS, Elisabete Viana de; PY, Ligia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 3ª edição. **Recurso eletrônico**.
- 3) LONGO, Dan L.; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; HAUSER, Stephen L.; JAMESON, J. Larry; LOSCAL, Joseph. **Medicina Interna de Harrison**. 18ª. Ed. Mc Graw Hill, 2013. **Recurso eletrônico**.

- 4) TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto. **Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias**. 4ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015.
- 5) VILAR, Lucio. **Endocrinologia Clínica**, 5ª edição. **Recurso eletrônico**.

8º PERÍODO – CICLO DE VIDA – APRESENTAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DO ADULTO E DO IDOSO

- 1) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Procedimentos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. **Recurso eletrônico**.
- 2) BRASILEIRO FILHO, Geraldo. **Bogliolo/Patologia**, 8ª edição. **Recurso eletrônico**.
- 3) FERRADA, Ricardo; RODRIGUEZ, Aurélio (Ed.). **Trauma: Sociedade Panamericana de Trauma**. São Paulo: Atheneu, 2010. 859p.
- 4) FREITAS, Elisabete Viana de; PY, Ligia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 3ª edição. **Recurso eletrônico**.
- 5) TOWNSEND, Courtney; MATTOX, Kenneth; BEAUCHAMP, Daniel. **Sabiston – Tratado de Cirurgia**. 19ª. Ed. São Paulo: Elsevier, 2015.