

# Caderno de Situações - Problema

II 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 – Segundo semestre de 2014./ Fundação Educacional Serra dos Órgãos. --- Teresópolis: UNIFESO, 2014.  
179f.

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

CDD 378.8153

## **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 Buenos dos Santos

Alexandre de Pina Costa

Alexandre Queiróz Franco Henriques

Álvaro Henrique Sampaio Smolka

Ana Maria Pereira Brasília de Araujo

Ana Paula Faria Diniz

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Anamarina Coutinho Barros de Brito

Andrea Santana Silva Moreira

Anielle de Pina Costa

Antônio José Magalhães da S. Moreira

Augusto Cezar M. Pereira de Bastos

Bruna Salgueiro Bruno

Bruno Rodrigues Rosa

Carlos Humberto L. Vilhena

Carlos Luiz da Silva Pestana

Carlos Pereira Nunes

Carlos Romualdo Barbosa Gama

Carmem Maria S. L. M. Dantas da Silva

Claudia de Lima Ribeiro

Daurema Conceição Docasar S. Silva

Débora Passos da Silva Jones

Emilene Pereira de Ameida

Erick Vaz Guimarães

Etelka Czako Cristel

Fernanda Capelleiro Nascimento

Flávio de Sá Ribeiro

Floriano Tadeu Garcia

Geórgia Dunes Machado

Geórgia Rosa Lobato

Gleyce Padrão de Oliveira Zambrotti

Hélio Pancotti Barreiros

Ingrid Tavares Cardoso  
Jeaane D'Arc Lima Fontaine  
Joelma de Rezende Fernandes  
Jorge André Marques Bravo  
José Carlos Lima Campos  
Julia de Paula Alves Dias dos Santos  
Julio Antônio de Carvalho Neto  
Kátia Crisitna Felippe  
Kátia Liberato Sales Scheidt  
Leandro Oliveira Costa  
Leda Jung dos Santos  
Lilian Kuhnert Campos  
Lorilea Chaves de Almeida  
Luciana da Silva Nogueira de Barros  
Luis Antonio Lopes Pereira  
Luís Cláudio de Souza Motta  
Luís Roberto Barbosa de Melo  
Luis Sérgio Lobianco  
Margarete Domingues Ribeiro  
Maria Aparecida Rosa Manhães  
Maria de Fátima da S. Moreira Jorge  
Mário Castro Alvarez Perez  
Patrícia Araujo Correa Coelho  
Patrícia Estrella Liporace Barcelos  
Paulo César da Fonseca Coelho  
Paulo Freire Filho  
Paulo José Pereira Camandaroba  
Pedro Henrique Netto César  
Roberto Luiz Hungerbüler Pessôa  
Robson Correa dos Santos  
Rodrigo da Silva Bitzer  
Rosalda Motta Diniz de Moura  
Rosiane Fátima Silveira de Abreu  
Sheila da Cunha Guedes

Simone Rodrigues  
Sueli Araújo Rodrigues  
Suzelaine Tanji (*In memoriam*)  
Thiago Badaró da Silva  
Thiago Bretz Carvalho  
Valéria Francisco 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 .....	13
CAPÍTULO 1 .....	14
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO PRIMEIRO PERÍODO .....	14
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01.....	15
A Chegada Ao Novo Mundo.....	15
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	17
Situação inesperada.....	17
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	19
Pontos de Vista .....	19
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	21
Que Ciclo é Este! .....	21
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	22
Uma Segunda Chance!.....	22
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	23
Contagem Regressiva.....	23
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	24
É chegada a hora!.....	24
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	25
Uma nova vida!.....	25
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	27
Muitas Dúvidas.....	27
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10.....	29
Falta Muito Pouco.....	29
SITUAÇÃO-PROBLEMA 11.....	31
Grandes certezas .....	31
CAPÍTULO 2 .....	32
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO SEGUNDO PERÍODO .....	32
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01.....	33
Tem coisas que nascem com a gente e tem coisas que a gente adquire com a vida ... ..	33
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	34
Um passo pra trás e dois pra frente .....	34
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	36
Nem tudo é fácil de entender! .....	36
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	38
Não é fácil ser criança .....	38
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	40
Essa tal de adolescência... ..	40
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	42
Flecha do Cupido .....	42
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	44
Pra frente Brasil .....	44
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	46
Essas crianças são terríveis.....	46
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	48
Pra frente Brasil 2 .....	48
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10.....	50

Um churrasco e suas consequências.....	50
CAPÍTULO 3 .....	52
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO TERCEIRO PERÍODO.....	52
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01.....	53
PARTIU PLANTÃO! .....	53
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	54
E A VIDA CONTINUA.....	54
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	55
VENCENDO BARREIRAS .....	55
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	57
AHH... QUEM DISSE QUE OS RINS TAMBÉM NÃO COMPLICAM? .....	57
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	58
ETERNO APRENDIZADO.....	58
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	59
A PRESSA É INIMIGA DA PERFEIÇÃO! .....	59
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	60
SINAL DE ALERTA .....	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
A MELHOR IDADE.....	65
CAPÍTULO 4 .....	67
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO QUARTO PERÍODO.....	67
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01.....	68
“Loucuras do século XXI.” .....	68
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	69
“Diário da casa azul”.....	69
“Made by Gabi” .....	69
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	70
“O PITI DE MARIA DAS DORES”.....	70
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	71
“Momentos de decisão de um homem decidido (e bem sucedido)” .....	71
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	73
“Nós não envelhecemos, nós vivemos!” .....	73
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	75
“Tempos Difíceis”.....	75
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	77
“Nem tudo que reluz é ouro!” .....	77
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	79
“A velha dama”.....	79
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10.....	83
“Mais vale perder um minuto na vida, do que a vida num minuto”.....	83
SITUAÇÃO-PROBLEMA 11.....	84
Felicidade é o melhor remédio .....	84
CAPÍTULO 5 .....	86
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO QUINTO PERÍODO .....	86

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01.....	87
A ESTRÉIA NO 5º PERÍODO: UM MUNDO DE DÚVIDAS .....	87
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	89
Coisas que acontecem.....	89
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	91
Então Surpresas.....	91
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	93
Muito aprendizado e muito susto... Será sempre assim?.....	93
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	96
Tristeza na maternidade, onde foi que eu errei? .....	96
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	98
Continuando o atendimento: é preciso enfrentar o medo, a angústia e a incerteza. ....	98
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	100
Duas vidas, muitas dores, algumas soluções .....	100
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	102
Angústia, incerteza medo! O que eu tenho Dra? .....	102
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	104
Continuando o atendimento: Um raio cai quantas vezes numa mesma família?.....	104
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10.....	106
Ainda não é tarde .....	106
CAPÍTULO 6 .....	108
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO SEXTO PERÍODO .....	108
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01.....	109
O primeiro ano de Davi.....	109
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	111
Quantas hipóteses diagnósticas.....	111
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	113
A história do pequeno João .....	113
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	115
O plantão de Maria.....	115
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	117
“A gorda e a magra” .....	117
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	119
Na emergência.....	119
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	121
Na emergência.....	121
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	123
Que dia de ambulatório.....	123
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	125
Um problema de Saúde Pública .....	125
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10.....	127
Ufa! Por pouco.....	127
CAPÍTULO 7 .....	129
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO SÉTIMO PERÍODO .....	129
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01.....	130
A atenção à anamnese faz a diferença .....	130
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	131
A anamnese é sempre tudo! .....	131

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	133
HEPATITES VIRAIS .....	133
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	135
Recomeçar é difícil... ..	135
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	137
Sinucas Bar .....	137
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	139
Aprendizagem significativa é tudo de bom! .....	139
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	141
A vida nem sempre é doce! .....	141
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	143
“O Coração que Chora” .....	143
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	145
Esperança da Vida.....	145
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10.....	147
Uma teia de dados .....	147
CAPÍTULO 8 .....	149
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO OITAVO PERÍODO .....	149
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01.....	150
Alguém lembra de janeiro de 2013?.....	150
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	153
“Cinto Salva Vidas” .....	153
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	155
Dois coelhos.....	155
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	157
“Sempre Alerta” .....	157
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	159
“PARECE MAS NÃO É!” .....	159
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	161
“Esperança ou Probabilidade?” .....	161
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	163
“From The Bing Bang Theory to the Bowel Boundaries: a Scientific Journey” .....	163
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	165
“Isaac BenSolomon: meu risco é maior que o dos outros?” .....	165
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	167
“Perdendo a Cabeça”.....	167
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10.....	170
Elementar, meu caro... Leite?.....	170
SITUAÇÃO-PROBLEMA 11.....	172
“Gordinha mas muito feliz” .....	172
<b>Bibliografia</b> .....	174
1º PERÍODO – CICLO DE VIDA – CONCEPÇÃO E FORMAÇÃO DO SER E DESENVOLVIMENTO ATÉ 1ª INFÂNCIA.....	174
2º PERÍODO – CICLO DE VIDA – DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE .....	174
3º PERÍODO – CICLO DE VIDA – VIDA ADULTA, SENESCÊNCIA E ENVELHECIMENTO. ....	175
4º PERÍODO – CICLO DE VIDA – VIDA ADULTA, SENESCÊNCIA, ENVELHECIMENTO, FINITUDE E MORTE .....	176
5º PERÍODO – CICLO DE VIDA – SAÚDE DA MULHER .....	177
6º PERÍODO – CICLO DE VIDA – SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	178
7º PERÍODO – CICLO DE VIDA – APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DO ADULTO E DO IDOSO .....	178
8º PERÍODO – CICLO DE VIDA – APRESENTAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DO ADULTO E DO IDOSO .....	179

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

**SITUAÇÕES-PROBLEMA DO PRIMEIRO AO OITAVO PERÍODOS 2014-2**

## 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**

Agnes Bueno dos Santos

Ana Maria Pereira Brasília de Araujo

Claudia de Lima Ribeiro

Débora Passos da Silva Jones

Etelka Czako Cristel

Geórgia Dunes Machado

Gleyce Padrão de Oliveira Zanbrotti

Jeaane 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, acompanhamento das gestantes, atividades em creches e escolas, mapeamento do 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 a 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 deu 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 ultrassonografia semanais para que pudessem mostrar o desenvolvimento de seu bebê.

Outra gestante, Rita, já se 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 malformações 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.<sup>a</sup> 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 Alexandro 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 seu lado, cuja apojadura 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 intrauterina para a vida extrauterina.

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

Anielle de Pina Costa

Antônio José Magalhães da S. Moreira

Bruna Salgueiro Bruno

Bruno Rodrigues Rosa

Floriano Tadeu Garcia

Joelma de Rezende Fernandes

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 aquelas “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 pra trás e dois pra frente

Após mais um dia na faculdade, João Afonso retorna tranquilamente para casa, a 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.

- Poxa, 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... RsRsRs

- 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 - 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 relacionado 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 tranquila, 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 pediatria.

- 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 ES TÁ A CON TE CEN DO? 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 apresentavam 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 Márcia 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 neuropsicomotor e inicia a inspeção e exame físico. Observa sua saúde bucal e estado nutricional. Nota olheiras e Douglas informa que dorme pouco, já que a madrugada é o melhor horário para ficar na internet. Procedo 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 estadiamento maturacional 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 uma alimentação adequada e da necessidade de mínimo oito horas de sono. Ao final, o 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 *#projeto verão*, seguindo as dicas que tinha observado na internet! No primeiro dia fez 60 minutos de exercícios, com cargas pesadas e repetições intermináveis. Terminou dispnéico 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 esteróides! 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! Às 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 lingüicinha 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 Buenos dos Santos  
Anamarina Coutinho B. Brito  
Bruna Salgueiro Bruno  
Emilene Pereira de Azeiteiro  
Geórgia Dunes Machado  
Geórgia Rosa Lobato  
Hélio Pancotti Barreiros  
Ingrid Tavares Cardoso  
Kátia Crisitna Felipe  
Luis Cláudio de Souza Motta  
Luis Cláudio de Souza Motta  
Paulo José Pereira Camandaroba  
Pedro Henrique Netto Cezar  
Suzelaine Tanji (*In memoriam*)

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

### PARTIU PLANTÃO!

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 de atingir os tons mais altos das canções. Seguindo o conselho do amigo João, que percebera as dificuldades durante a apresentação, 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<sup>o</sup>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, achados que a médica comprovou ao realizar o exame da articulação. Mônica mostrava-se bastante ansiosa, referindo-se desacreditada, pois já tinha tentado vários tratamentos sem sucesso. Referia que a dor a fazia perder a paciência com pequenas coisas, inclusive com o filho de 4 anos, referindo diminuição importante da sua qualidade de vida desde então. Dra. Cíntia então lhe prescreveu um anti-inflamatório injetável, encaminhando-a em seguida à um ortopedista que havia sido seu professor e que com certeza a ajudaria. E o plantão só estava começando...

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

### E A VIDA CONTINUA...

Ramiro, 74 anos, após o falecimento repentino da esposa, 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 nas duas semanas 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 alegava sentir-se muito cansado, como se suas forças “estivessem minguando”, sem prazer de fazer as coisas que gostava. 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, de movimentos lentos e respondendo também de forma lentificada, além de manter o 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 agendou nova consulta 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

### VENCENDO BARREIRAS

João Afonso, 20 anos, estava no 4º período da faculdade de Medicina. Perfeccionista em grande parte do que fazia, era um aluno muito dedicado, procurando 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 sintomas como insônia, taquicardia, tremores e xerostomia, todas antecedendo apresentação de seminários ou realização de argüições orais nas prescrições com os professores das bancas avaliadoras, por ter dificuldades de expressar-se em público, já que sempre fora muito 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 me visitar? 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 1 polpa digital e RCR em 2T com bulhas normofonéticas. O restante do exame físico não apresentou alterações significativas.

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

Dr. Praxedes explicou à 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 inicialmente acompanhar seu caso com colega psicólogo que poderia avaliá-lo melhor e caso necessário referendá-lo para uma avaliação com um psiquiatra, posteriormente. Telefonou então, para o Dr. Julião, seu amigo e marcou uma consulta para o fim da semana. Tranqüilizou

João, orientando-o a relaxar um pouco com os amigos e fazer uma atividade física de sua predileção, pois essa fobia seria um inimigo a ser batido gradativamente com o apoio e a ajuda especializada.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

### AHH... QUEM DISSE QUE OS RINS TAMBÉM NÃO COMPLICAM?

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 freqüentes entre as funcionárias da confecção. As micções 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 médica como encaixe, para solicitar um exame de urina. Fico muito preocupada desse problema poder atingir os rins e eles de repente pararem de funcionar! O marido da minha vizinha, coitado, começou com uma tal 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

### ETERNO APRENDIZADO

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 lutava contra o sobrepeso 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 que deveriam tomar passar por elas. Melhor assim, pois teriam mais tempo para colocar o papo em dia!

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

### A PRESSA É INIMIGA DA PERFEIÇÃO!

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 lavaram sua mão, a amarraram em uma toalha 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 confirmou, orientando a paciente. Ao ser liberada, Maria das Dores perguntou ao médico se ficaria uma cicatriz no local, pois sempre tivera muito cuidado com a pele, pois ouvira 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

### SINAL DE ALERTA

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 - esse menino já tem mais ou menos 1 mês que 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 confirmatórios, 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 freqüentemente 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+, icterício +/6+, ausculta cardíaca com sopro sistólico +/6+ pancardíaco; PA: 130x80mmHg. Abdome com fígado a 3 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, 46 anos de idade, 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 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 fica 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. Hélio 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. Além disso, Dr. Hélio sensibilizou Paulo quanto à campanha do Ministério da Saúde do “novembro azul” e a mobilização para a saúde do homem, e aproveitou para lhe esclarecer sobre as possíveis alterações prostáticas que surgem com o desenvolver da senescência e agendar com um urologista o exame físico e exames laboratoriais para avaliação da mesma. 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

### A MELHOR IDADE

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 há 6 meses, Rosalina optara por morar sozinha em uma cidade próxima, mas diante das frequentes 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 audição de Rosalina já não era tão boa, o que a fazia solicitar com frequência 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 frequentes, 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 frequentes, 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

Carlos Humberto L. Vilhena

Carlos Luiz da Silva Pestana

Erick Vaz Guimarães

Kátia Liberato Sales Scheidt

Paulo César da Fonseca Coelho

Rodrigo da Silva Bitzer

Vanila Faber Palmeira

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

### “Loucuras do século XXI.”

Era Domingo de manhã, quando Mônica abordou o assunto de sua sobrinha com Paulo Ricardo, seu marido: “ - Paulo, a Valquíria vem se tratando no ambulatório de Saúde Mental, com a Dra. Marta, desde os seus 18 anos e agora já há quase dois anos, parece que ela não está mais falando com o gato (e pior, dizendo que ele a responde), voltou a sair de casa (não acha mais que está sendo seguida por zumbis) e diz que não ouve mais as vozes das pelúcias do quarto dela. Sua irmã está se sentindo tão aliviada. Coitada da Sueli! Ela passou por muitas coisas, não é?

- Que coisa boa, querida. Realmente essa história da Valquíria mexeu muito com a Sueli.

Este assunto me lembra uma coisa que me esqueci de te contar. Você sabe aquele menino, Charles, meu estagiário novo que só tem 23 anos? Pois é, no início da semana ele me relatou que quando nós entramos para as reuniões e ele não pode usar o celular, ele sente como se o seu coração fosse sair pela boca, sua nas mãos e sente o peito apertado. Conversei com o psicólogo da empresa, com medo que fosse algo parecido com a Valquíria, mas ele me disse que parece que o Charles sofre de transtorno ansioso, e me pediu para conversar com ele.

- Hoje em dia, a gente fica escravo da tecnologia. Quem diria que isso iria até gerar um transtorno, né? Mas ele não está como a Valquíria, não é? Ela tinha parado de tomar banho, ficava ansiosa a maior parte do tempo, tinha dificuldades de dormir e comportamento autista. O caso de Valquíria não foi o primeiro em nossa família, nosso tio também teve algo parecido. Os médicos dizem que ele foi o probando. Ele tomava antipsicótico e ansiolítico, e depois que tentou se matar e ficou internado um tempão.

- Não, Mônica, o caso do Charles é diferente, acho que se enquadra em “loucuras do século XXI”.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

### “Diário da casa azul”

#### “Made by Gabi”

Terça feira completo 21 anos, não me sinto feia, mas tenho notado minha pele muito oleosa e muitas espinhas no meu corpo e rosto. Logo agora, aos 21, porque não antes? Além disso, estou roliça! Minha irmã que faz Medicina diz que é dos meus ovários, mas fiz o ultrassom 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, a pressão alta e a tal resistência insulínica (palavras da minha irmã) não me incomodam, afinal eu não sinto elas, mas eu queria ter uma barriga tanquinho. É verdade que na minha família ninguém tem, 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! Apesar disso, eu tenho namorado, o Juci, e ele gosta de mim mesmo 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 aguentar 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- 104bpm!”

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 reexaminou 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!

- 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, paciente de muito tempo da UBSF. Elas vêm percebendo que ele vem apresentando afasia, e 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 “poupam” 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

### “Nem tudo que reluz e ouro!”

Cleide, mostra para Paula, sua filha e Médica, reportagens que andou lendo.....

**10/10/2014** **Jornal do Comércio**

#### **“Hospital no Rio proíbe internações no CTI depois de infecções por superbactéria”**

O Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), na zona norte do Rio, fechou o centro de tratamento intensivo (CTI) adulto para novas internações, após a confirmação de cinco casos de infecção por uma bactéria resistente, conhecida como *Acinetobacter*. Além desses, foram identificados em duas enfermarias nove pacientes que, segundo a direção da unidade, foram colonizados – têm a bactéria, mas não desenvolveram nenhum tipo de doença. O alerta foi feito pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da própria unidade. A médica infectologista da Fundação Oswaldo Cruz Diana Ventura explica que a *Acinetobacter* pode ser transmitida pelo contato tanto físico quanto com superfícies infectadas. “As bactérias costumam atacar principalmente as pessoas com sistema imunológico mais fragilizado e que dependem de dispositivos invasivos como suporte, como uma sonda, que podem servir de entrada para a doença, portanto alguns cuidados devem ser tomados para evitar um surto de casos de infecção, entre os quais, a higienização constante, principalmente dos profissionais de saúde.”

**12/06/2014** **Jornal A Cidade**

#### **“Primeiro diagnóstico de paciente que morreu de dengue foi de fungos”**

*Homem procurou atendimento três dias antes e médico receitou antifúngic.*

Sandra Maria Ribeiro da Silva Medeiros afirma que médico diagnosticou manchas vermelhas no corpo de seu marido, suposto sintomas da dengue, como fungo. “Ele não pediu nenhum exame, somente prescreveu o medicamento Flucovil e uma pomada para micose: “- Ele chegou a tomar três comprimidos do fungicida, mas não teve qualquer sinal de melhora.”

04/06/2014 G1 - Mato Grosso do Sul

“Jovem de 21 anos morre em MS com suspeita de H1N1, diz Saúde”

**Coleta de material para atestar a presença do vírus não foi feita.**

Uma jovem de 21 anos morreu nessa terça-feira (3) com suspeita de gripe A em Campo Grande. Segundo a Secretaria de Saúde Campo Grande, foram registradas como causas da morte, insuficiência respiratória e pneumonia viral. À TV Morena, família admitiu que jovem não tomou vacina.

Cleide então pergunta: “- Filha, resfriado, gripe, pneumonia e dengue são muito parecidas, mas não são iguais, não é? O médico pode escutar o pulmão pra saber, ou tem que pedir RX e exame de sangue? E o tratamento é com antibiótico? Se eu for tomar a vacina da gripe também estou protegida contra as pneumonias? Por que dengue também não tem vacina? O tratamento é igual para bactéria, vírus e fungos? O que é epidemia e surto, e por que os jornais chamam a dengue de virose re-emergente? A dengue é igual ao ebola? Por que o ebola parece matar mais que a dengue?”

Paula responde a todas as perguntas de sua mãe com muita paciência, destacando que são doenças bem diferentes, com etiopatogenia, clínica e tratamento diferenciados, e resume brincando com ela: - Lembrem-se mãe, nem tudo que reluz é ouro!!

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

### “A velha dama”

O Domingo amanheceu chuvoso, e Mirtes (22 anos), prima de Verônica (42 anos), resolve lê algumas reportagens:

#### SÃO PAULO

25/07/2013 - **“Resultado dos exames de Thiaguinho é divulgado; cantor tem tuberculose”**

Foi divulgado nesta quinta-feira (25) o resultado dos exames de Thiaguinho. Segundo comunicado da assessoria de imprensa do cantor, o diagnóstico é de [tuberculose pleural, forma não transmissível da doença](#). O cantor pegou a doença pelo ar e terá que se tratar com uma combinação de antibióticos durante cerca de seis meses, segundo o infectologista Adilson Westheimer, dos hospitais Albert Einstein e Heliópolis, em [São Paulo](#).

#### AMAZONAS

25/05/2014 – **“Amazonas registra mais de 800 casos de tuberculose em quatro meses”**

Com um total de 876 casos registrados de tuberculose até o mês de abril deste ano, o [Amazonas](#) lidera a lista dos estados com os maiores índices da doença em todo o Brasil, segundo a Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS). De acordo com a coordenadora do Programa Estadual de Controle da Tuberculose, Marlúcia Garrido, o estado possui um histórico preocupante da doença. "A doença afeta a população a mais de 100 anos. Além da transmissão ser muito fácil, o acesso ao diagnóstico ainda é muito difícil, algumas unidades de saúde não têm condições de fazer nem o exame de escarro. As pessoas também encontram dificuldades de ir e vir para fazer tratamento na capital", afirmou.

#### NORTE FLUMINENSE

11/08/2014 – **“Incidência de tuberculose é três vezes maior em homens, diz pesquisa”**

No Brasil, são anualmente, cerca de 100 mil casos de tuberculose notificados, sendo que destes 85 mil casos são novos. A idade média do doente de tuberculose no Brasil é 36 anos. A maioria (64,5%) dos doentes é do sexo masculino. Do total, 80% são analfabetos ou fizeram até o primeiro grau escolar e 20% têm segundo grau ou ensino superior. O sucesso do tratamento é de 71% se a indicação for seguida corretamente pelos pacientes – ressaltou o vice-prefeito e secretário de Saúde, Doutor Chicão. Em Campos, o Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PCT) funciona no Centro de Referência Augusto Guimarães (CRAG), ao lado do Hospital Geral de Guarus (HGG), onde os pacientes diagnosticados são avaliados mensalmente até a cura. As pessoas que tiveram contato com os pacientes também são consultadas e, se necessário, tratadas.

Então, Mirtes comenta: “- Sabe, prima eu achava que tuberculose era doença de pobre, mas até cantor famoso tem!”

Verônica brinca com a prima: “- Mirtes, tuberculose é uma doença velha que se adaptou ao novo mundo, ela não tem preconceito de idade, classe ou sexo, a velha “dama” é pra todos!”

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

### 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 10

**“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 <sup>3</sup>
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 <sup>3</sup>
Eosinonófilos	1	1	2 a 500/mm <sup>3</sup>
Basófilos	0	0	0 a 100/mm <sup>3</sup>
Monócitos	220	198	200 a 1.000/mm <sup>3</sup>
Linfócitos	850	490	1.000 a 3.000/mm <sup>3</sup>
Plaquetas	141.000	138.000	140.000-450.000 mm <sup>3</sup>
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 consequências 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 11

### Felicidade é o melhor remédio

Há duas semanas, Marcelo, 35 anos, casado há 5 anos, bancário, havia mudado para a nossa rua e tivemos oportunidade de presenciar três episódios de descontrole emocional, nos quais gritava muito alto e batia portas. Uma tarde, durante um de seus acessos de ira, foi necessário levá-lo ao hospital, pois sua pressão arterial era de 180 x 100 mmHg e queixava-se de desconforto precordial. No dia seguinte, entretanto, ele já estava de volta sem quaisquer medicações prescritas e, assintomático.

O assunto passou a ser bastante comentado na nossa vizinhança, quando soubemos por dona Carmem, amiga de muito tempo, que Marcelo sempre foi muito competitivo e ansioso desde a infância e reagindo freqüentemente com muita cólera ante a menor contrariedade. Carmem também relatou que os hábitos alimentares da família incluíam muito sal, bebida alcoólica e nenhuma prática de atividade física.

O susto da ida ao hospital nos aproximou da família de Marcelo e pudemos observar seu sofrimento: muitas vezes passava vários minutos deitado para se recuperar de palpitações, falta de ar e dores no peito. Ariane, sua esposa, queixa-se do comportamento do marido, fato que vinha prejudicando decisões de progresso familiar. Ficamos impressionados e acabamos por indicar uma avaliação com Dr. Gerson, o médico de família de nossa unidade que era referência do programa HIPERDIA e, já havia ajudado alguns conhecidos nossos.

Durante a consulta, o médico registrou que não havia história patológica de doenças crônicas, negava diabetes, dislipidemia, tabagismo, etilismo, uso de drogas, acidente vascular cerebral, doença renal prévia, doenças da tireóide e doença arterial coronariana. Havia relatos de queixas de dispnéia aos moderados esforços, ortopnéia, enxaquecas freqüentes e edema de membros inferiores há um ano. Negava roncos noturnos, apnéia, sudorese, palpitação, dor precordial ou qualquer outro sintoma. O exame físico revelou bom estado geral, corado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril. Tinha ausência de sopro carotídeo, Bulhas normofonéticas, ritmo cardíaco regular em três tempos com B3, pressão arterial (PA): 220 X 120 mmHg em ambos os membros superiores, freqüência cardíaca (FC): 120 bpm. A fundoscopia apresentava sinais de retinopatia hipertensiva com arteríolas estreitas, tortuosas e brilhantes (fio de prata), cruzamento arterial patológico e exsudatos algodonosos.

Dr. Gerson solicitou alguns exames de imagem e laboratoriais de rotina: EAS com proteínas 4+, microalbuminúria e hemácias 6 por campo; nos exame de sangue foi evidenciado hipocalemia e Hipopotassemia, aumento da creatinina sérica, níveis plasmáticos suprimidos de renina e aldosterona e hipercortisolismo. O Rx e o ECG estavam normais.

O médioco via claramente uma relação entre seu quadro clínico com o temperamento do paciente e seu estilo de vida. Também se preocupou com as repercussões neuroendócrinas capazes de precipitar alterações vasculares e posteriores lesões em muitos órgãos alvo. Preferiu prescrever um inibidor da enzima de conversão de angiotensina, bloqueadores dos canais de  $Ca^{+2}$ , mas não diuréticos. Além de indicar a Marcelo a necessidade de uma psicoterapia, a fim de se evitar o uso freqüente de ansiolíticos.

Depois do susto, Marcelo parece uma nova pessoa, mais paciente e muito feliz a espera do seu primeiro filho com Ariane. Ele aprendeu que a HAS não tem cura, mas que pode ser controlada, principalmente se aprendermos que a felicidade é o melhor remédio.

## 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 Antônio de Carvalho Neto  
Kátia Crisitna Felipe  
Patrícia Estrella Liporace Barcelos  
Roberto Luiz Hungerbüler Pessoa  
Valéria Francisco do Nascimento

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

### A ESTRÉIA NO 5º PERÍODO: UM MUNDO DE DÚVIDAS

Dra. Francisca, 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”? Usos anovulatórios há dois anos e, há dois meses apareceu um corrimento brancacento acompanhado de prurido vulvar intenso e agora tem dois dias apareceu uma sensação estranha quando vou urinar dói 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 de 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 será 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

	<b>Valor de referência:</b>
<b>Células epiteliais</b> ..... Moderadas	(Moderadas)
<b>Piócitos</b> ..... Incontáveis	(até 5p/c)
<b>Hemácias</b> ..... Ausente	(até 5p/c)
<b>Muco</b> ..... Ausente	(Ausente)
<b>Cristais</b> ..... Ausentes	(Ausentes)
<b>Cilindros</b> ..... Ausentes	(Ausentes)
<b>Leveduras</b> ..... 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= 210/120mmhg, 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 ganhado 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

### Tristeza na maternidade, onde foi que eu errei?

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 nova 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 às 19 horas quando Dra. Francisca assumiu o plantão encontrando-a febril e sem cobertura antibiótica.

Marcelo nasceu com APGAR 4/7/9. Foi encaminhado ao 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, 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

### Continuando o atendimento: é preciso enfrentar o medo, a angústia e a incerteza.

Continuando o atendimento de Carmen 56 anos e após responder a Tânia, Dra. Lúcia 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 pregressa: 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. Lúcia 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. Lúcia conversa com Tânia explicando o quadro da mãe e do quanto ela necessitará dos filhos para superar seus problemas.

Quando Carmem retorna, Dra. Lúcia 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. Lúcia 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?

- Qual o percentual de risco do câncer de mama em pacientes com esta história familiar?

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

### Duas vidas, muitas dores, 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 uma nova cliente de Dra. Francisca, trazida por sua vizinha Josélia.

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 uma grande tristeza e inquietação no olhar da amiga.

Na consulta durante a anamnese Regina diz: - 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, 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 e a seguir na sala de consulta solicita alguns exames laboratoriais orienta a paciente e explica: - Regina só depois de realizar estes exames poderemos saber o que está acontecendo.

Logo após a saída de Regina, Dra. Francisca, como de costume e sabendo que para eles o assunto era novidade perguntou: - Que hipóteses vocês levantam para o caso de Regina? 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 e 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 diagnosticas 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 e dói como se eu fosse ter um filho.

- 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 alunos de que ela mais gostava.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

### Angústia, incerteza medo! O que eu tenho Dra?

Claudia 25 anos procurou o ambulatório de ginecologia trazendo uma referência do dermatologista; chegou aflita relatando que após um período de dois meses de atraso menstrual iniciou um sangramento via vaginal fato este que já ocorrerá há 15 dias e cessara espontaneamente.

Após acalmá-la Dra. Lúcia iniciou a anamnese sendo informada que Claudia procurou Dra. Vanessa dermatologista para tratar-se da acne que a acompanhava desde a adolescência e que há alguns anos piorou muito.

- Aí Dra, durante o exame físico fui informada por Dra. Vanessa que apresentava algo chamado "cantose negra" ou pelo menos assim foi que entendi o que foi dito.

Na história fisiológica Claudia relatou menarca aos 12 anos, ciclos menstruais irregulares, menstruações quando presentes dolorosas e escassas.

Dra Lúcia solicitou então que ela se preparasse para o exame físico e dirigindo-se aos seus alunos perguntou: - e então como deveremos conduzir o caso?

Tão logo vocês procederam com a orientação de Claudia foi à vez de Vitória 26 anos.

Vitória relatou uso de anticoncepcional oral por dois anos e que nos dois últimos meses de uso não menstruou o que a fez interromper o medicamento esperando resolver o problema.

Quatro meses se passaram e como a menstruação não ocorreu, buscou atendimento no pronto socorro o médico que a atendeu solicitou teste de gravidez e encaminhou-a ao ambulatório para acompanhamento e elucidação do caso.

Dra. Lúcia chama a atenção de seus alunos para a importância do exame físico e solicita que eles elenquem hipóteses diagnosticas para o quadro apresentado por Vitória.

Dando continuidade aos atendimentos do dia vocês receberam no consultório, Carmem de 48 anos.

Carmem relata luto a seis meses devido à morte por infarte de Ranulfo.

Tânia, 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. Pensamos ser necessário tratar de menopausa.

Dra. Lucia 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 a Dra 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 Lucia 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

### Continuando o atendimento: Um raio cai quantas vezes numa mesma família?

Continuando o atendimento e após responder a Vitória, Dra. Francisca 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, GESTA IV PARA IV aos quais amamentou por seis meses. Uso de anovulatórios até os 30 anos, quando o esposo fez vasectomia.

Na história patológica pregressa relatou ter sido submetida à 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. Francisca 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? 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. Francisca conversa com Vitória explicando o quadro da mãe e do quanto ela necessitará dos filhos para superar seus problemas.

Quando Carmem retorna, Dra. Francisca 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: - tudo bem doutora, farei 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?
- Qual a incidência de mastodínia na população feminina em geral?
- Qual o percentual de risco de câncer de mama em pacientes com esta história familiar?

## 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 e sabendo da urgência orientou e referenciou-a 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 cerebrióide, 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

Carmem Maria S. L. M. Dantas da Silva

Daurema Conceição Docasar S. Silva

Débora da Silva Jones

Lilian Kuhnert Campos

Luís Roberto Barbosa de Melo

Margarete Domingues Ribeiro

Pedro Henrique Netto Cezar

Rosalda Motta Diniz de Moura

Simone Rodrigues

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

### O primeiro ano de Davi

Juciara, de 25 anos, saudável, fizera pré-natal no PSF da sua comunidade, com mais de 6 consultas sem quaisquer anormalidades. Encontra-se com 38 semanas de idade gestacional pela DUM e é sua primeira gestação. Foi internada em trabalho de parto, com relato de perda de líquido amniótico claro há cerca de 2 Horas. A pediatra de plantão colhe a anamnese e checa o cartão de Pré-Natal e exames, verificando que todas as sorologias de rotina foram negativas para infecções agudas e tipagem sanguínea (A+). Nega uso de drogas lícitas e ilícitas. Cerca de 10 horas após a internação, Juciara dá a luz a Davi, neonato masculino, que chora logo ao nascer, apresenta movimentos ativos de pernas e braços, mas mantém cianose de extremidades. Sendo assim, seu APGAR foi 9/9. Após o passo a passo do atendimento em sala de parto, foi feita a prescrição de rotina e Davi e Juciara foram liberados para o alojamento conjunto em aleitamento materno exclusivo. Seu Peso foi 3.300g; comprimento 50cm e perímetro cefálico 35cm. Segundo o Método Capurro, sua idade gestacional fora de 38 semanas, coincidindo com avaliação pela DUM, classificado como AIG (peso adequado para a idade gestacional).

No dia seguinte, Juciara queixa-se de dificuldades com a amamentação. Davi é examinado de forma detalhada, incluindo peso e avaliação da pega ao seio materno e exame das mamas da mãe. Juciara informa que Davi já havia urinado e evacuado. Com 60 horas de vida, após as orientações, Davi já suga bem o seio e apresenta perda de peso fisiológica. Recebe alta hospitalar e é encaminhado para a realização dos demais exames de Triagem Neonatal, Juciara é liberada para seu domicílio, com consulta agendada em uma semana vida para o ambulatório de Puericultura de sua comunidade.

Com 1 mês Davi pesava 4420g, media 55 cm e o PC era 37cm e estava em aleitamento materno exclusivo. Juciara referia que ele acordava muito a noite e parecia ter cólicas, além de vomitar em pequena quantidade, com aspecto de leite, após a mamada várias vezes ao dia. Ao exame a pediatra observa que o bebê já acompanha objetos com o olhar e se volta ao escutar alguns sons. Procede ao exame físico, incluindo o teste do reflexo vermelho, sem alterações. O médico checa ainda os resultados dos testes de triagem e as anotações da maternidade, anota todos os dados na Caderneta da Criança e orienta quanto ao uso da cadeira veicular adequada para transporte do lactente.

Na consulta de 2 meses não apresentava queixas e foi informada que estava tudo bem com o bebê.

Na consulta de 4 meses Davi pesava 6800g, media 63 cm e seu PC era 41 cm. Sua mãe contou as peripécias do bebê que era muito sorridente e já mudava de posição no berço tentando alcançar os brinquedos. As vacinas estavam em dia, mas Juciara ficara preocupada, pois o lactente apresentou febre e irritabilidade por quase dois dias quando tomou as vacinas de 2 meses, além de ter ficado com um “calombo” na perna. Relatou melhora dos vômitos e da qualidade do sono. A pediatra orientou quanto às reações vacinais esperadas e quanto à prevenção de acidentes domésticos.

Na consulta do 6º mês, Juciara estava ansiosa, pois a sua licença maternidade iria acabar. Queria saber como ficaria o regime alimentar de Davi, quais vacinas seriam aplicadas hoje e como estava o seu desenvolvimento. Informou que o lactente estava sentando com apoio e que já emitia alguns sons. Suas medidas antropométricas foram: PC= 44cm, P= 8Kg, Comprimento= 68cm, sendo colocados no gráfico da caderneta da criança. No exame físico o teste de Hirschberg estava normal, para alívio da mãe. O pediatra orientou a introdução de outros alimentos, suplementação de ferro, higiene bucal e ainda reforçou a prevenção de acidentes. Informou quais as vacinas que seriam feitas e agendou nova consulta para o 9º mês.

No 9º mês, Juciara não compareceu a consulta. Retornou ao ambulatório quando Davi estava para completar 1 ano. Apesar de apresentar exame físico normal, desenvolvimento próprio para a idade, a pediatra alertou a Juciara quanto a importância do acompanhamento adequado e de se manter as vacinas em dia. Davi recebeu as vacinas em atraso e as pertinentes aos 12 meses. A mãe foi orientada quanto às possíveis reações adversas das vacinas de germes mortos e de germes atenuados, quanto a acidentes e violências. Novo retorno foi agendado após 6 meses. Juciara agradeceu e se despediu dizendo que não faltaria mais as consultas.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

### Quantas hipóteses diagnósticas...

Thamires, residente de Pediatria, iniciando seu plantão no hospital-escola, fora chamada para atendimento de uma sala de parto. Depara-se com uma situação preocupante: Eliane, uma adolescente de 15 anos, na 30ª semana de gestação, dá entrada para atendimento com quadro de desorientação, cefaleia, desconforto respiratório, hipertensão arterial, dor abdominal, evoluindo para crise convulsiva generalizada. O obstetra de plantão faz o diagnóstico de eclampsia e após estabilização cardiorrespiratória, Eliane é encaminhada para o centro cirúrgico, onde fora submetida à cesárea de urgência, dando à luz a pequena Eloá, que nasce com respiração irregular e hipotônica banhada em líquido amniótico fétido, com ausência de mecônio. Diante do quadro, Thamires procede rapidamente às manobras de reanimação neonatal, com boa resposta do RN, que apresentou apgar 4/8. Eloá, no 1º exame físico, apresenta gemência e fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito. Peso ao nascer: 1.400g.

Thamires encaminha a pequena Eloá para a UTI Neonatal. Coloca-a em incubadora aquecida e em oxyhood com FiO<sub>2</sub> de 40%. Mesmo assim, ocorrem episódios de apneia. Thamires procede à colocação de Eloá em CPAP de 5cm H<sub>2</sub>O com FiO<sub>2</sub> de 50%, porém sem resposta adequada, necessitando de ventilação mecânica. O Rx de tórax evidenciou infiltrado retículo granular difuso, recebendo medicação por via intratraqueal sem melhora no controle radiológico após 6 horas. Eloá evolui ainda com palidez, pele moteada, perfusão lentificada e hipoatividade, sendo necessárias outras medidas diagnósticas e terapêuticas.

Ao conferir o cartão de pré-natal, Thamires verifica ainda que Eliane possui apenas 3 consultas. Não tem relato de pesquisa para *Streptococcusagalactiae*. Chama atenção a sorologia para toxoplasmose IgG e IgM positivos com 20 semanas de IG, com teste de avidéz alta na 24ª semana, sem relato de tratamento.

Eloá obtém melhora do quadro respiratório nos 3 dias subsequentes, sendo possível a redução dos parâmetros da ventilação mecânica. Entretanto, no 10º dia de vida, passa a apresentar retorno da taquidispnéia, necessitando de maior FiO<sub>2</sub>, taquicardia, precórdio hiperdinâmico, pulsos periféricos amplos e sopro cardíaco. Diante do quadro, Thamires solicita um Ecocardiograma, que confirma sua hipótese inicial. Toma, então, as devidas providências para o caso.

No 50º dia de vida, Eloá está pronta para alta. Thamires faz o resumo de alta e agenda retorno para o Ambulatório de Follow-up.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

### A história do pequeno João

Em seu ambulatório de Pediatria, durante sua residência no hospital-escola, Juliana inicia seus atendimentos, sob a supervisão do staff. Seu primeiro paciente, João, filho de Dona Lúcia, tem 3 anos, nascido na cidade de Teresópolis e é sua primeira vez neste ambulatório. Dona Lúcia refere preocupação com seu filho, pois o mesmo vem apresentando “tosse e falta de ar” com frequência nestes últimos dois meses, de predomínio noturno e que se intensifica com exercício físico.

É seu primeiro filho, nasceu à termo, sem intercorrências durante a gestação e o período neonatal. Amamentação materna exclusiva por 1 mês; introduziu “leite em pó” até os seis meses, e depois desta idade, optou por “leite de caixinha”; calendário vacinal atualizado; desenvolvimento neuropsicomotor dentro da normalidade. Refere uso de medicamentos para diagnóstico de “Refluxo” desde 2 meses de vida, de uso inconstante até os seis meses, quando suspendeu as medicações por conta própria por achar que seu filho estava melhor. Iniciou papa de frutas, almoço e jantar aos 4 meses por orientação das avós. Refere uso de sulfato ferroso por um ano, iniciado aos 6 meses. Com 3 meses apresentou quadro de febre baixa e obstrução nasal seguidas de “tosse, cansaço e chiado no peito”, necessitando de internação hospitalar por sete dias. Desde este episódio, refere crises de “falta de ar”. Quando isto ocorre, leva-o ao Pronto Atendimento, onde é submetido à nebulização e medicação oral, obtendo melhora. Refere ainda repetidos episódios de obstrução nasal e coriza de aspecto hialino, além de crises esternutatórias matutinas com intenso prurido nasal e ocular principalmente nas mudanças de temperatura. Tem sono agitado, apresentando roncos noturnos e halitose.

Em relação a história familiar, Dona Lúcia refere ter tido “crises de bronquite” na infância. No momento, ainda “espirra muito e coça muito o nariz”. Sobre o pai, revela ter saúde, mas preocupa-a o fato de que ele “fuma muito”.

Ao exame físico, João encontra-se em bom estado geral, com peso e estatura no z score 0, afebril, hipocorado, hidratado, levemente dispnéico, acianótico, com frequência respiratória de 38 irpm, sem outros sinais de esforço respiratório. Observa-se também presença de círculos escuros sob os olhos e prega transversal sobre a ponte nasal; cornetos nasais pálidos, edemaciados com presença de secreção hialina; pele seca e áspera em MMSS, com descamação

retroauricular bilateralmente e rash em região de dobras. À ausculta pulmonar, verifica-se sibilos esparsos e roncos. Restante do exame físico sem alterações.

Diante desta história, Juliana discute com seu orientador sobre suas hipóteses diagnósticas para o caso. Sob a orientação do mesmo, traçam um plano terapêutico, orientam a mãe quanto ao tratamento a ser instituído, a necessidade de seguimento do mesmo e principalmente, o controle do ambiente onde vivem. É enfática quanto a necessidade de acompanhamento ambulatorial. D. Lúcia vai para casa confiante, com a certeza que dessa vez seu filho vai melhorar.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

### O plantão de Maria

Maria, interna da pediatria, está no plantão e foi chamada para realizar a internação de Gustavo 3 anos, proveniente da UPA. Seu staff solicita que ela após colher história clínica e efetuar o exame físico, formule sua hipótese diagnóstica para posterior discussão sobre as ordens médicas.

A mãe de Gustavo, D. Francisca, relata que há cerca de 7 dias, seu filho iniciou quadro de tosse e febre não aferida. Fez uso de antitérmico sem melhora. Depois de três dias, resolveu levá-lo a UBSF. No relatório da UBSF, a criança encontrava-se em estado geral regular, com FR de 50irpm, febril (39°C), acianótico, anictérico, hidratado, normocorado; orofaringe sem alterações; ausculta pulmonar com estertores crepitantes em hemitórax direito, sem esforço respiratório. Demais aparelhos sem alterações. Foi entregue medicação para uso domiciliar e agendado retorno em 48 horas, ou mesmo antes disso, em caso de piora. D. Francisca relata que, conforme orientação, retornara à UBSF após 48 horas. Informara ao médico que a febre persistia e que achava seu filho “cansado”. Após esta segunda avaliação, fora então, encaminhada para a UPA. Na UPA, Gustavo fora atendido pela Dra. Jéssica, que indicara internação após efetuado o exame clínico, e solicitado exames complementares. Após tomar conhecimento destes dados, Maria procede ao exame físico: Gustavo encontra-se em estado geral regular, dispnéico, febril (38°C), acianótico, hipocorado, hidratado, com boa perfusão periférica, FR de 52irpm, tiragem intercostal e subcostal, saturação de O<sup>2</sup> 92% em ar ambiente; à ausculta pulmonar: murmúrio vesicular abolido em base de hemitórax direito, presença de estertores crepitantes e sopro tubário em terço médio; à palpação, frêmito toraco-vocal abolido em base de hemitórax direito. Demais aparelhos sem alterações. Checa história patológica pregressa e familiar as quais sem dados significativos. Vacinas em dia e desenvolvimento neuropsicomotor normal para a idade. Maria então formula sua impressão diagnóstica, discute com o staff a prescrição médica, questionando-o se o quadro não poderia ser causado por um germe atípico. O staff esclarece a questão e ambos vão dar ciência à mãe sobre o diagnóstico e o plano terapêutico.

Internada também há outra criança que fora atendida por Maria no ambulatório. Yara tem 3 anos e 8 meses. Sua mãe informara que a menina vem tossindo há mais de um mês, já tendo tentado todo tipo de xarope e alguns medicamentos para alergia prescritos por outros médicos. Há cerca de 10 dias, iniciara febre moderada, um pico por dia. Fizera uso de antibiótico sem

melhora da febre. Informara também que a menina está inapetente e já perdera cerca de 2 kg. Ao exame, Yara encontrava-se apática, emagrecida, pálida, levemente dispnéica, acianótica, hidratada. Roncos difusos na ausculta pulmonar, sem outras alterações. As vacinas estavam em dia e com cicatriz de BCG presente. O pai acabara de ser diagnosticado com Tuberculose e iniciara o tratamento há 3 dias. O casal tinha mais dois filhos de 5 e 7 anos, sem queixas. A menina fora internada para investigação diagnóstica. Maria estava no aguardo dos exames solicitados para discutir com seu staff sua impressão diagnóstica.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

### “A gorda e a magra”

Gabriela, 9 anos de idade, ficou muito abalada com a internação da avó Rosalina. Sua mãe Francisca notou que Gabriela 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.

Hoje, porém, Gabriela acordou queixando-se de dor abdominal e apresentou três episódios de vômitos. Algumas horas depois, Gabriela começou a ficar sonolenta e “não falar coisa com coisa”, quadro que foi piorando enquanto era levada ao hospital. No serviço de emergência, foi atendida por Dra. Selma que observou FC de 140bpm, PA de 80/50mmHg, Tax. de 36°C e respirações rápidas e profundas, às vezes irregulares. Apresenta redução do turgor cutâneo com formação de prega, bem como rebaixamento do nível de consciência.

Dra. Selma solicitou uma glicemia capilar e imediatamente iniciou a hidratação venosa (HV) com soro fisiológico. A glicemia capilar foi de 520mg%. Chama o laboratório para coleta de exames. Volta a Gabriela e inicia insulinoterapia. O laboratório envia o resultado: glicemia = 470mg/dl, K = 5,9mEq/L, Na = 137mEq/L, cloro = 101mEq/l, Uréia = 3 5mg/dL, Creatinina = 1,6mg/dl; gasometria com pH = 7,03, pCO<sub>2</sub> = 18,7mmHg, HCO<sub>3</sub> = 4,7mEq/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. Explica a Francisca que Gabriela precisa ser internada, o que é preciso fazer e o porquê de tantos exames de sangue.

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

Gabriela melhorou progressivamente e recebeu alta hospitalar após 7 dias, com prescrição e orientação sobre a aplicação da insulina, dieta, mudanças de hábitos e complicações que poderiam ocorrer. Marcada consulta para o ambulatório multidisciplinar especializado.

Agora que Gabriela está melhor, Francisca pensa em Amanda, sua filha mais velha de 11 anos, que também está precisando de cuidados. Nos últimos anos, Amanda vem comendo vorazmente e engordou muito. É bastante tímida e se recusa a praticar esportes, passando a maior parte do tempo em casa assistindo TV ou jogando no computador. Cresceu muito e desenvolveu pelos pubianos muito cedo em comparação com as outras meninas da sua idade. Recentemente, seu peso estava em 65 kg e a estatura 1,48 m. Francisca conversou com Dra. Selma sobre ela e a médica orientou sobre a necessidade de uma avaliação nutricional completa, alguns exames complementares e muito empenho da família para tratar o problema.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

### Na emergência...

Durante o seu plantão na UPA, a interna Maria acompanha o caso de Luiz, 10 anos, que acabara de chegar acompanhado pela mãe, com queixa de cefaléia. Durante o exame físico apresentou movimentos tônico-clônicos generalizados. A plantonista rapidamente levou-o, para a sala vermelha ofertando O<sub>2</sub> e prescrevendo medicação pertinente. Ao exame apresenta edema palpebral bilateral, PA 170X100mmHg, frequência cardíaca de 90bpm, eupneico, ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Nos membros inferiores apresenta edema (2+/4+) com cacifo e manchas hipercrômicas cicatriciais, além de algumas crostas melicéricas. A mãe relata que Luiz está urinando pouco e apresenta urina “marrom” e inchaço iniciados três dias antes. Na história patológica pregressa nunca apresentou problema maior de saúde, fazendo até parte do time de futebol da escola. Nega disúria ou febre. Quando questionada a mãe referiu que vinha apresentando há mais de um mês lesões cutâneas recorrentes que ficavam “inflamadas” e melhoravam com o uso de pomada de antibiótico, mas reapareciam em outro local. O EAS evidenciou incontáveis hemácias com cilindros hemáticos, 10 leucócitos por campo e proteínas (++)/4+, hemograma e escórias nitrogenadas normais. Maria foi orientada a solicitar a internação, iniciar antibiótico, furosemida e balanço hídrico rigoroso. Maria indagou quais exames laboratoriais seriam uteis na internação baseado na principal hipótese diagnóstica.

No dia seguinte, já no rotatório da enfermaria, conheceu o caso de seu paciente Vinicius, de 4 anos, internado há 30 dias com quadro de anasarca. Ao exame físico da internação estava eutrófico, pressão arterial 90x50mmHg, edema importante de face, bolsa escrotal e membros inferiores, além de aumento do volume abdominal com sinal do piparote presente. Segundo a mãe, o menino queixava-se também de dor torácica e abdominal, e notava espuma no vaso sanitário após urinar. Foram solicitados exames inclusive urina de 24hs. Os exames iniciais revelaram proteinúria (4+)/4+, hipoalbuminemia e colesterol elevado e pequeno derrame pleural bilateral. Antes de iniciar o tratamento foi verificado o cartão vacinal (não havia tomado as doses de reforço aplicadas com 4 anos). Com uma semana de tratamento deu um susto na equipe, pois, apresentou dor abdominal intensa, sendo realizados outros exames. Evoluiu com diarreia que melhorou em poucos dias, sem grandes repercussões. Hoje no 21º dia de prednisona, apresentando melhora do estado geral, aumento da diurese e diminuição dos edemas.

Seu segundo paciente da enfermaria é Ana Lúcia, uma lactente de 9 meses internada no dia anterior com um quadro de febre a esclarecer, evoluindo hoje com lesões eritemato-papulares com vesículas e crostas e lesões também em mucosas. A menina estava num leito bem próximo ao de Vinícius. As outras mães logo perguntaram se não era algo contagioso. O professor, após examinar a criança, confirmou o diagnóstico suspeitado e solicitou ao residente e à enfermagem que tomassem as providências cabíveis ao caso. Imagine o que poderia acontecer a uma criança como Vinícius?

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

### Na emergência...

Dolores, 43 anos e Valdeci, 45 anos, residentes de uma pequena área rural isolada, estavam felizes com a gravidez que era acompanhada no SUS.

Tudo começou quando Flávia nasceu, momento este muito esperado pelo casal. Nascida de parto cesárea, chorou ao nascer. Apgar 9/9, porém, o pediatra Fagundes observou algumas particularidades no RN: excesso de pele na nuca, fenda palpebral oblíqua e epicanto. Perguntou-se se poderia estar diante de um caso de Trissomia do 21. Fez, então, exame morfológico mais minucioso procurando outros sinais que permitissem o diagnóstico clínico e liberou para alojamento conjunto.

No dia seguinte, ao passar visita na menina, Dr. Fagundes disse à família que Flávia era portadora da Síndrome de Down. Este fato abalou profundamente o casal. Dolores pôs-se a chorar e perguntou se não era necessário fazer um exame para confirmar. O médico informou que o bebê seria encaminhado para um ambulatório de referência onde seria acompanhada por uma equipe multidisciplinar e outros exames seriam realizados. Antes da alta, solicitou um Ecocardiograma, onde constatou-se um problema cardíaco muito comum nos pacientes portadores desta síndrome. Toda a equipe se empenhou em ajudar a família a aceitar melhor a situação.

Mesmo com encaminhamento adequado, Dolores ainda não levava sua filha aos ambulatórios especializados, e, com cerca de três semanas de vida, começou a perceber que Flávia estava com a respiração rápida e cansada para mamar. Incentivada por uma vizinha que percebia que o casal escondia a criança até da própria família, Dolores levou Flávia à UPA da sua região. Após anamnese e exame físico, a médica constatou fígado a 4 cm do rebordo costal direito, taquidispnéia leve, sibilância generalizada, taquicardia e sopro sistólico +/6+ no bordo esternal esquerdo. Encaminhou a criança para internação, onde exames foram feitos, confirmando o diagnóstico inicial. Dr. Paulo, médico da rotina da enfermaria de Pediatria, adotou medidas de suporte e diuréticos.

Depois deste susto, Dolores iniciou tratamento ambulatorial, seguindo todo o protocolo previsto na Caderneta de Saúde para a situação de sua filha. Flávia passou a ser acompanhada por uma equipe multidisciplinar. Apresentou duas infecções respiratórias que foram tratadas

ambulatorialmente, enquanto aguardava vaga para cirurgia cardíaca. Durante a internação para cirurgia cardíaca, Dolores conheceu o pequeno Pedro Henrique de 1 ano, que tinha outro problema de coração, esteve entre a vida e a morte logo após o nascimento e agora se preparava para sua segunda cirurgia. Dolores ficou impressionada como Pedro era “roxinho”.

Agora, após a cirurgia realizada num hospital especializado, já com 10 meses, Flávia passa bem. Mamou leite materno ordenhado até o sexto mês de vida e agora recebe alimentação adequada para idade. Dolores, contemplando o lindo sorriso da pequena Flávia, pensa no árduo caminho que tinha percorrido e que ainda tinha a percorrer e no quanto de alegria que, apesar de tudo, uma filha tão especial estava lhes proporcionando.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

### Que dia de ambulatório...

A residente de Pediatria, Dra. Mariana, cumpria a sua agenda de atendimentos no ambulatório de Pediatria Geral. Seu primeiro paciente é levado pela sua mãe, Mônica, que informa que seu filho, Rafael, de 14 anos, até então saudável, está “mancando” há aproximadamente uns dez dias e queixando-se de “dor nas pernas, principalmente no joelho esquerdo”. Ele não sofreu trauma recente, e sua história patológica pregressa não identifica eventos dignos de nota. O exame físico revela adolescente algo prostrado, temperatura de 38°C, palidez cutâneo-mucosa de 2+/4+, ausência de edema e de fraqueza nas extremidades inferiores. Ele relata dor na mobilização do joelho esquerdo, hepatoesplenomegalia e petéquias na face e no tórax. Imunização em dia pela Caderneta de Saúde. Preocupada com as “queixas” de seu filho, Mônica fez exames “por conta própria” e solicita avaliação do mesmo pela Dra. Mariana, que encontra os seguintes resultados: 3,2 milhões/mm<sup>3</sup>, hemoglobina: 7g/dl, hematócrito: 21%; leucócitos: 3.900/mm<sup>3</sup>, (0/0/0/0/7/10/80/3); reticulócitos: 0%; plaquetas: 50.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>. Juntado as queixas do menor, o exame físico e o resultado dos exames, Dra. Mariana informa que João deve ser internado imediatamente para esclarecimento diagnóstico. Mônica fica apavorada, mas concorda com Dra. Mariana e procede a internação.

O segundo paciente a ser atendido por Dra. Mariana, fora Miguel, um lactente de oito meses, primeiro e único filho de Célia e Josiel. Célia informa que seu filho iniciou com quadro de febre, coriza e tosse há cerca de seis dias. Há três dias apareceu “inchaço nos dedos” de ambas as mãos. Evoluiu também com “inchaço nos pés e chorando muito” quando manipulado. Ontem, percebeu que a criança ficou muito pálida e prostrada. Refere que se mudou para Teresópolis quando o bebê tinha 10 dias e não sabe informar o resultado do Teste do Pezinho. Com a confusão da mudança, também não tinha iniciado o acompanhamento pediátrico até então, mas as vacinas estão atualizadas. Sobre alimentação, refere leite materno até o momento, tendo já iniciado frutas e legumes com carne no almoço e jantar. Até o momento, não havia apresentado nenhuma “doença”. Nega uso de medicamentos. Moram em casa de quatro cômodos em boas condições de higiene. Ao exame físico, Dra. Mariana encontra um lactente com estado geral comprometido, febril, irritado ao manuseio, hipocorado, hidratado, ictérico +/4+, acianótico, taquipnéico, taquicárdico. AC: RCR em dois tempos, BNF, com sopro sistólico, pancardíaco, 2+/4+, FC: 140bpm. À ausculta pulmonar, MV rude universalmente com roncos

esparços, FR: 42irpm. Abdome: fígado à 1 cm do RCD, de características normais. Baço à 7 cm do RCE. Membros com dor à manipulação. Presença de edema nos quirodáctilos e pododáctilos com dor, calor e rubor local. Fontanela plana e normotensa. Informa à Dona Célia que seu filho precisava de internação para diagnóstico e realização de exames. Dra. Mariana soube, posteriormente, que Miguel fora medicado com hidratação venosa, suporte hemoterápico e uso de analgésicos. Os exames iniciais da internação evidenciaram: Hm: 2,8 milhões/mm<sup>3</sup>, Hb: 6,0 mg/dl, Ht<sup>o</sup>: 18%, reticulócitos: 25%, plaquetas: 280.000/mm<sup>3</sup>; leucócitos: 12.300 (0/2/0/0/5/30/60/3). Outros exames estavam sendo aguardados, inclusive dos pais. Após a alta, seria necessário acompanhamento com equipe multidisciplinar.

O terceiro paciente, Maycon, oito anos, faz acompanhamento com Dra. Mariana em consultas ambulatoriais para esclarecimento de Anemia. Na primeira consulta foi medicado com sulfato ferroso, mas, segundo sua mãe Maria das Dores fizera uso irregular do mesmo em virtude de dores abdominais em cólica atribuídas ao medicamento. Refere também cansaço, perda de apetite e fraqueza, pois perdeu vigor para as brincadeiras. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, eupneico, eucárdico, mas com palidez cutaneomucosa 2+/4+; ausculta pulmonar e cardíaca normais; abdome plano sem visceromegalias; restante sem alterações. Checa os resultados dos exames solicitados anteriormente: Hm: 3.7 milhões/mm<sup>3</sup>, Ht<sup>o</sup>: 28%, Hb: 9,2mg/dl, leucócitos 8.000 (0/16/0/0/5/40/32/7), VCM 72, RDW 18, plaquetas normais; reticulócitos diminuídos; ferro sérico de 45; ferritina: 10; saturação da transferrina de 15%; pesquisa de sangue oculto nas fezes: negativo; parasitológico de fezes em andamento. Dra. Mariana, esclareceu a mãe sobre o provável diagnóstico, deu orientações quanto à alimentação, prescreveu medicamentos cabíveis ao caso e agendou consulta de retorno.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

### Um problema de Saúde Pública

A agente comunitária Inês e a médica Sofia, em uma visita domiciliar, chegam à casa de Rafaela. Lá, observam que Laura, filha de Rafaela, de apenas 1 ano, está febril (38,5°C). Rafaela refere, além da febre, episódios de “vômitos e diarreia em grande quantidade” há cerca de 24 horas. Nega sangue ou muco nas fezes. No momento, os vômitos cederam e ela está aceitando alimentação que lhe é oferecida, principalmente líquidos. Diurese presente. Nega uso de medicação. Dra. Sofia procede ao exame físico de Laura e verifica que a criança está bem. Rafaela conta que amamentou Laura até o terceiro mês, quando começou a trabalhar iniciando “leite em pó engrossado com farinha e açúcar”. Aos quatro meses, iniciou frutas e papas salgadas por conta própria. Vacinação em dia, compatível com a idade. Dra. Sofia orienta a mãe sobre a evolução natural da doença, o risco de complicações e reforça a conduta a ser realizada em domicílio.

Vinte e cinco dias após este encontro, Rafaela compareceu à UBSF, relatando que Laura vem mantendo 5 a 6 evacuações diárias, aquosas, com cólicas, sem sangue, às vezes com restos alimentares, de odor fétido e que “assam” o períneo. Fizera uso de “remédio de verme” por conta própria, pois atribuíra a permanência da diarreia à verminose, porém sem sucesso. Refere perda de peso desde o início do quadro. Dra. Sofia não compreende porque Rafaela não retornou como orientado e solicitou a internação de Laura.

Na sala ao lado, chega Clara, lactente de cinco meses de idade, filha de Suelem, que informa que a menor apresentou tosse, coriza e febre de 38°C há cerca de três dias. Há cerca de 24 horas, iniciou quadro de vômitos, acompanhado por defecações líquidas, volumosas, sem muco ou sangue. Suelem refere ter oferecido chá e soro caseiro com aceitação pela menor. Mesmo assim, sua filha “foi ficando caidinha”. Além disso, chamou sua atenção o fato de ter urinado pouco nas últimas quatro horas. Dra. Sofia procede ao exame físico e observa lactente irritada, com turgor e elasticidade diminuídos, olhos fundos, fontanela deprimida, mucosa oral seca, pulsos finos, tempo de enchimento capilar de 5 segundos. FR: 40irpm; FC: 140bpm; Peso: 6 kg. Feito isto, encaminha Clara para a UPA. Dra. Sara recebe Clara, solicita exames e estabelece um plano de rehidratação para a menor, solicitando anotação do peso e da quantidade oferecida de líquidos a cada hora. Duas horas após o início do plano, Clara continuava mantendo o mesmo peso; os vômitos haviam cessado, mas a diarreia persistia. Dra. Sara revê o plano terapêutico,

muda a programação inicial, reforçando a importância das anotações solicitadas. Enquanto isso, Suelem conta que amamentou exclusivamente ao seio somente até o primeiro mês. Introduziu “leite em pó engrossado com maisena”, porque, como seu bebe chorava muito, “achava que seu leite era fraco e que não a sustentava”. Nega outros tipos de alimentos. Nega uso de medicamentos. Dra. Sara avalia o resultado dos exames e mantém sua conduta. Exames: Na<sup>+</sup>: 136mEq/L; K<sup>+</sup>:5,2mEq/L; glicemia: 90mg%; Gasometria: pH: 7,33mmHg; pCO<sub>2</sub>: 36mmHg; Bic: 20mEq/L, BE: -6. Duas horas depois, Clara estava melhor, com ganho de peso e já até havia urinado duas vezes. Dra. Sara informa à mãe que Clara será liberada. Orienta a conduta domiciliar e informa sobre os sinais possíveis de complicação. Se necessário, retornar a Unidade. A interna questiona se deveria prescrever antibióticos e Dra. Sara responde com outra pergunta: “O que, dentro do quadro clínico de Clara, indicaria o uso de antibióticos?”

Na enfermaria, o caso de Laura foi amplamente discutido com os internos. Foi destacada com eles 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, Laura estava evacuando em menor número de vezes, embora ainda sem ganho ponderal. Orientada quanto à alimentação e medicação, obteve alta hospitalar no décimo segundo dia de internação, já com ganho de peso e com consulta de seguimento agendada para sete dias após a alta. Rafaela sentia-se tranquila com a melhora da sua filha.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

### Ufa! Por pouco...

Há cerca de 24 horas, Jéssica levou seu filho Ronaldo, de 4 anos, ao pronto-socorro devido ao surgimento de febre (37,9°C), rinorréia hialina e tosse esporádica. Após o exame físico, o médico plantonista disse que acreditava tratar-se de uma virose respiratória e orientou-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 ainda, 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. Neste momento, Ronaldo apresentou uma convulsão tônico-clônica generalizada, com desvio conjugado do olhar para direita e nistagmo lateral. Dra. Edite solicita a enfermagem um acesso venoso e faz uma dose de Diazepam e antitérmico com melhora do quadro.

Dra. Edite informa à mãe sua possibilidade diagnóstica e da necessidade de internação para o caso e explica os exames que serão realizados para confirmação, 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 escola municipal da comunidade onde mora.

Enquanto aguardava o resultado dos exames, Dra. Edite prescreve hidratação venosa com parcimônia, corticóide 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 gran 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!

## CAPÍTULO 7

### SITUAÇÕES-PROBLEMA DO SÉTIMO PERÍODO

#### **Autores**

Antônio José Magalhães da S. Moreira

Carlos Pereira Nunes

Floriano Tadeu Garcia

Julia de Paula Alves Dias dos Santos

Lorilea Chaves de Almeida

Luciana da Silva Nogueira de Barros

Luis Antonio Lopes Pereira

Luís Cláudio de Souza Motta

Robson Correa dos Santos

Rosiane Fátima Silveira de Abreu

Thiago Badaró da Silva

Vanila Faber Palmeira

Walney Ramos de Sousa

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

### A atenção à anamnese faz a diferença

Miriam, natural da Bahia, 18 anos, ensino fundamental incompleto, noiva com planos gestacionais para 2016, há seis meses veio do interior do estado de Mato Grosso para trabalhar na casa de João Afonso (personagem que vocês conhecem desde o primeiro período do curso).

Há quatro dias vem apresentando dores nas pernas e tórax. Fez uso de paracetamol, sem melhora. Como a dor torácica se tornou muito intensa com piora à inspiração e febre, telefonou para a casa dos pais de João Afonso, que estava com ele sem férias. João Afonso percebe que ela está dispnéica e a orienta a procurar imediatamente a UPA.

Na UPA foi atendida por Dr<sup>a</sup>. Eloá que colhe da anamnese estruturada que Miriam quando criança foi internada com tumefação dolorosa das mãos e “dor nas juntas” e que apresentou ao longo de sua vida vários episódios de dores ósseas principalmente em membros inferiores (MMII). Na época, recebeu diagnóstico de anemia mas, com a dificuldade de acesso a serviços de saúde, não deu continuidade a investigação, nem a qualquer tratamento. Ao exame físico: Temperatura Axilar = 39.5º; Pressão arterial= 100 x 60mmHg; Frequência Respiratória= 25irpm; Fácies de sofrimento, prostrada, dispnéica, icterícia +/4+e mucosas hipocoradas. Precórdio com Ictus visível. Ausculta cardíaca com ritmo cardíaco regular em 2 tempos com frequência de 124bpm e sopro holossistólico. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular universalmente audível com crepitações na base direita. Abdômen plano, indolor a palpação superficial e profunda, espaço de Traube livre, sem visceromegalias. Hipóxia (PaO<sub>2</sub>< 80 mm Hg) demonstrada pela gasometria arterial. Dr<sup>a</sup>. Eloá elabora suas hipóteses diagnósticas e enquanto aguarda os exames solicitados prescreve hidratação venosa vultuosa e oxigenioterapia. O hemograma denota 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 5,1mg% com indireta de 3,0mg%. Telerradiografia de tórax com opacidades alveolares em base direita. Com estes resultados, Dr.<sup>a</sup> Eloá acrescenta cobertura antibiótica à terapêutica já instituída e a transfere para uma UTI.

Passados sete dias, Dr.<sup>a</sup> Eloá faz contato com seu colega intensivista, Dr. Robson, e recebe a grata notícia que Miriam evoluiu muito bem. João Afonso estava na UTI e ouve do Dr. Robson que o cuidado de Dr.<sup>a</sup> Eloá foi fundamental para esta boa evolução.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

### A anamnese é sempre tudo!

Francisco tem 42 anos, trabalha como magarefe no abatedouro municipal, sua diversão é o jogo de sinuca com os parceiros Rondineli (personagem que vocês conhecem de períodos anteriores), Jovêncio e Claudio. Era um sábado de verão e Rodineli estranhou a ausência de Francisco, pois era a final do campeonato de sinuca, telefonam para a casa dele e a esposa avisa que está levando Francisco à UPA porque ele estava com febre desde segunda feira.

Na UPA foi atendido por Dr. Celso, Francisco relata que há seis dias apresentava febre não aferida e dores no corpo, e que desde esta madrugada se sentia prostrado, e passou a apresentar tosse seca. Na anamnese além das informações sobre seu labor, negava ter viajado para fora do Estado, etilismo e/ou tabagismo, prática de sexo não seguro, hemotransfusão, aplicação de *piercing* e/ ou tatuagens. Relata tabagismo há 20 anos em média de 20 cigarros/dia. Dr. Celso, ao examiná-lo notou de relevante: Tax 39.5°C, icterícia rubínica 3+/4+, sufusões hemorrágicas nas conjuntivas e petéquias nos membros inferiores; mucosas secas; ausculta cardíaca sem alterações; ausculta pulmonar com roncosparsos; hepatomegalia dolorosa com hepatimetria de 16 cm. Ante aos dados coletados em sua anamnese e exame físico estabelece acesso venoso periférico com vistas à hidratação venosa, preenche a Ficha de Notificação Compulsória e, com a ciência e concordância de Francisco o transfere para o HCTCO. Dr. Celso chama Thompson (interno da medicina) que estava na Sala Vermelha, para discutir o caso de Francisco e o do missionário vindo do Haiti, que apresentava febre alta, mialgia e dor articular intensa, que eles haviam atendido há 01 semana, pede que Thompson procure a Vigilância Epidemiológica para saber do resultado da sorologia solicitada.

Na manhã seguinte, Pablo, médico-residente da Clínica Médica, ao fazer a visita, observa piora do estado geral de Francisco. Pablo apressa-se em ir ao laboratório buscar e avaliar os exames já colhidos na internação, junto com Alícia, estudante do 7º período de medicina, discute o resultado das escórias nitrogenadas que estavam elevadas, dos eletrólitos que os surpreendeu, do leucograma, da avaliação plaquetária e da bilirrubina; otimiza a hidratação venosa e inicia antibioticoterapia por via intra venosa. No final da manhã, após a Sessão Clínica do Serviço, voltam à enfermaria acompanhados pelo Dr. Silvio, staff do Serviço, para apresentar e discutir a conduta que haviam adotado. Dr. Silvio orienta para o aumento da hidratação venosa, controle rigoroso do balanço hídrico, solicita que seja colhido novo hemograma, eletrólitos, bilirrubina

total e frações, TAP; telerradiografia de tórax, e exames que possam definir o diagnóstico etiológico. Discute o plano de cuidados com o Serviço de Infectologia e Nefrologia e todos optam em manter a conduta já adotada. Era final da tarde, e Pablo foi chamado para avaliar Francisco, o encontra com tosse, dispnéia e relato devultosa hemoptise. Após a avaliação da telerradiografia de tórax e da gasometria, realizados com urgência, foi transferido para a Unidade de Tratamento Intensivo, submetido à intubação oro traqueal e colocado em ventilação mecânica, mas a despeito do cuidado veio a óbito. O resultado da necropsia e uma sorologia IgM ELISA selaram o diagnóstico (o resultado da IgManti-HVA, HBsAg e anti- HVC foram negativos).

<b>Exame Francisco</b>	<b>Valor encontrado</b>	<b>Valor de referencia</b>
Hemoglobina	10g/dL	13,5-18
Hematócrito	31%	40-54
Leucócitos totais	18.000	5.000-10.000
	87% de segmentados	40- 65%
	8% de bastões	1-7%
	1% de metamielócitos	0%
Plaquetas	49.000	150.000-400.000
Creatinina	3,0mg/100ml	0,6-1,3
Uréia	157 mg/100ml	10-45
Sódio	140 mEq/l	135-145
Potássio	3,5mEq/l	3,5-5,5
AST	73 UI	até 40
ALT	75 UI	até 30
Fosfatase alcalina	188 UI	35-129
GGT	185 UI	12-73
Bilirrubinas totais	17 mg%	0,20-1,00
indireta	2 mg%	
direta	15 mg%),	
TAP	80%	70-100
CPK	212 UI	38-174
EAS	Pigmentos biliares, sedimento urinário com mais de 20 leucócitos por campo e incontáveis hemácias, proteinúria moderada	
Rx Tórax	Infiltrados alveolares difusos bilaterais nas regiões periféricas, com predomínio nos lobos inferiores	
Gasometria arterial	hipoxemia e hipocapnia	
Ig-M Elisa	Positivo para leptospira	
Exame missionário		
IgM e IgG ELISA	Positivo para CHIKV (vírus da Chikgunya)	

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

### HEPATITES VIRAIS

Jorginho, 38 anos, é técnico de enfermagem na UBSF que concilia com atividade de plantonista na UPA. Ele está no plantão, quando sofre acidente biológico ao prestar atendimento a um homem trazido de uma clínica para tratamento de dependentes químicos. Não valoriza o ocorrido e, assim, não comunica ao enfermeiro e/ou ao médico o acidente. Consequentemente, não se adotam as medidas recomendadas no protocolo para acidente biológico. Cerca de seis semanas após o acidente, Jorginho passa a apresentar cansaço, mialgia e inapetência que atribui a um estado gripal, mas se assusta ao perceber a urina escura e, dois dias depois, os olhos amarelos. Conversa com Dr.<sup>a</sup> Sofia, médica da UBSF, que, na coleta da anamnese, identifica que Jorginho não está com a imunização adequada ao profissional de saúde e que faz uso de bebida não destilada nos finais de semana quando está de folga. O exame físico apresenta de positivo a icterícia de esclera, pele e mucosa. Foram solicitados exames laboratoriais para serem colhidos de pronto, concede licença médica com recomendações e orienta que retorne tão logo os exames estejam prontos.

Jorginho evolui com melhora da sintomatologia e dez dias depois retorna com os exames que mostram: ALT e AST elevadas, hiperbilirrubinemia, HbsAg(+), antiHBe (+), antiHBsIgM (+), anti-HCV (-), anti -HIV (-). Dra. Sofia o orienta quanto aos desdobramentos explicando-lhe a importância de seguir o acompanhamento proposto. Jorginho pede a médica e colega de trabalho que atenda seu irmão Roberto Carlos, o que fica agendado para o dia seguinte.

Roberto Carlos, 36 anos é operário da construção civil, divorciado e tem vida sexual ativa sem sexo protegido. Assim como Jorginho, faz uso de bebida não destilada nos finais de semana. Não apresenta quaisquer queixas. Fez doação de sangue e recebeu em casa notificação para procurar um serviço de saúde. Ele o fez e lhe foi solicitado exames laboratoriais que ele leva para Dra. Sofia. Na anamnese, ele nega hemotransfusão e/ou hemoderivados, tatuagens, piercing ou uso de drogas ilícitas. O exame físico é normal. Os exames mostram: anti-HBc total (IgM e IgG) positivo, HBsAg negativo, HBeAg negativo, antiHBe positivo, anti-HBs positivo e anti HVC positivo. Dra. Sofia solicita exames complementares para avaliar a função hepática e exame de biologia molecular para vírus C pela técnica PCR (Polimerase Chain Reaction). Passado 02 semanas, Roberto Carlos retorna com os resultados. O PCR qualitativo do vírus C foi positivo e o quantitativo evidenciou 1.000.000 de cópias/mm<sup>3</sup>. O estudo do genótipo era tipo 1. Dra. Sofia

após análise destes resultados o encaminhou ao Centro de Referência explicando-lhe as possíveis consequências e a necessidade absoluta de suspender o uso de bebida alcoólica. Passados dois meses Roberto Carlos vai à UBSF noticiar Dra. Sofia seu estado atual e agradecer-lá pelo cuidado.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

### Recomeçar é difícil...

Jovêncio, 56 anos, marceneiro, veio com Rondinelli trabalhar na construção civil. A sua mudança foi mais uma tentativa de deixar a bebida, as suas frequentes faltas ao trabalho as segundas feiras lhe custou sua demissão do emprego, além disso, sua mulher “desistiu” de ajudá-lo e rompeu o casamento. No primeiro mês na nova cidade e novo emprego lhe trouxeram alegria e conseguiu diminuir a quantidade da bebida, mas com o passar dos meses, gradativamente voltou a beber diariamente com libação nos finais de semana e novamente começou a faltar ao trabalho. Era domingo e Rondinelli convida Jovêncio para almoçar em sua casa, aproveita para conversar com ele porque vinha percebendo as suas queixas frequentes de cansaço e notando que ele estava ficando com os pés inchados e com a barriga grande, insiste para ele ir à UBSF. Após o almoço, todos foram deitar, subitamente, Jovêncio vomitou sangue, ficou pálido e suando frio, Rondinelli assustado o levou à UPA.

Na UPA foi atendido por Dr. Joel que no exame físico estruturado da emergência constatou PA de 80 x 40 mm Hg, pulso fino de 110 bpm, palidez cutânea e sudorese. Puncionou uma veia para reposição volêmica, solicitou exames laboratoriais e solicitou sua transferência para um Hospital Geral, felizmente logo conseguiu a vaga e o transferiu.

No hospital foi atendido por Dr. Saulo, foi submetido imediatamente a uma Endoscopia Digestiva Alta (EDA). Após a estabilização hemodinâmica, Dr. Saulo procede à anamnese onde Jovêncio informa ser etilista (bebida destilada) desde os 18 anos, tabagista em média 20 cigarros/dia há 30 anos, nega uso de drogas ilícitas, hemotransfusão, piercing, tatuagens, e prática de sexo não seguro. Ao exame físico registra intumescimento de parótidas e sinais de insuficiência hepática. Analisa os exames laboratoriais realizados na UPA cujos resultados o possibilitavam proceder à paracentese diagnóstica, não sem antes solicitar outro exame laboratorial imprescindível para o objetivo. Solicita exames laboratoriais para coleta eletiva, e uma ultrassonografia de abdômen, para o dia seguinte. Foi feita a paracentese do líquido ascítico, sem intercorrência, iniciado espirolactona, furosemida, propranolol, cefotaxima e estabelecida uma dieta hipossódica. Dois dias depois passa a apresentar confusão mental, dormindo a maior parte do dia e permanecendo acordado à noite, e ao exame físico apresentou *flapping*. Foi feito ajuste da terapêutica com boa recuperação do quadro. Dr. Saulo calcula a pontuação de Jovêncio na Classificação de Child-Pugh, analisa o resultado dos marcadores

sorológicos com o anti- HCV positivo, e então conversa com Jovêncio e sem culpabilizá-lo, explica a gravidade de seu caso, a absoluta necessidade da suspensão da bebida alcoólica e o referencia ao Centro de Referência.

Exames:

Hemograma com anemia macrocítica, AST 168 UI (até 40), ALT 124 UI (até 30), fosfatase alcalina 220 UI (35-129), GGT 32 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), AntiHBc negativo, HBsAg negativo e anti-HCV positivo. US abdominal com doppler evidenciando hepatomegalia com parênquima heterogêneo, ascite e esplenomegalia, veia porta de 15mm com fluxo hepatofugal e veia gástrica esquerda dilatada.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

### Sinucas Bar

Claudio, 56 anos, tabagista há 39 anos é cozinheiro do bar onde Jovencio e seus amigos jogam sinuca. Quando tinha uns 15 anos, servia a “dose de branquinha” aperitivo antes do almoço para seu pai, daí foi tomando gosto e desde então vem bebendo diariamente. Tem fama de bom cozinheiro e prefere fazer pratos “fortes” (especialmente feijoada e mocotó), sempre acompanhados por uma caninha e rebatidos por cerveja. Ultimamente vem apresentando evacuações amolecidas e fétidas precedidas por dor abdominal que são mais frequentes às 4ª feiras, dia de jogo, quando serve e come mocotó no Bar e, aos domingos, dia de churrasco em casa. Este final de semana comemorou 25 de casamento com uma grande churrascada e “bebeu todas”. Na madrugada de segunda feira despertou com dor abdominal mais intensa que as anteriores e acompanhada de vômito. Não melhorou, como de costume, com analgésico comum e chá. Já era final da manhã quando sua esposa levou-o à UPA.

Dr. Rafael ao examiná-lo registra: Temperatura axilar 37º C. PA 100/70 mmHg. Pulso 100pm. FR 20irpm. Lúcido, gemente, fácies de sofrimento agudo, posição antálgica (genuflexão). Mucosas secas, icterícia (+/+4). Ausculta cardíaca e pulmonar, sem alterações. Abdômen distendido, peristalse diminuída, difusamente doloroso à palpação superficial e dor exacerbada à palpação profunda em mesogástrio. Sem visceromegalias e/ou massas, espaço de Traube livre. Dr. Rafael solicita exames laboratoriais e de imagem disponíveis na UPA. Com os resultados, aplica os Critérios de Ranson e, ante ao quadro clínico, adota as medidas de cuidado indicadas e explica a Claudio a necessidade de sua internação, com a qual ele concorda.

Na enfermaria do hospital geral, dois dias depois Claudio apresenta piora do quadro clínico, está desidratado, oligúrico, com alteração do sensório. Frequência respiratória de 28irpm. Temperatura axilar de 39,2º, pulso 120pmn, PA 80 x 50mmHg. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdômen silencioso, doloroso à palpação superficial e profunda em mesogástrio. Os exames laboratoriais pertinentes corroboravam a piora, a gasometria arterial mostrava acidose metabólica com anion gap (AG) normal, ele foi transferido para a UTI, evoluiu satisfatoriamente e doze dias depois recebeu alta hospitalar com orientação geral e compromissado com o vizinho de enfermaria de procurar o Alcoólicos Anônimos (AA).

**Exames:**

**UPA:**

Rx Tórax normal. Rx simples de abdômen com calcificações em mesogástrio.

Leucocitose de 16.000 com 09 bastões, plaquetas de 170.000, glicose de 190 mg/dl. Amilase de 423 U/l (23-85) e Lipase 390 U/l (23- 300U/L).

**Hospital:**

TC abdômen (realizada no primeiro dia internação hospitalar): Dilatação de pequenos ductos. Grande número de rolhas protéicas.

Leucocitose 23.000 leucócitos 12 bastões 00 eosinófilo, amilase de 1000 U/ l, lípase 580 U/l, creatinina 2.1 mg/dL, Uréia 65 mg, sódio 135, potássio 4.0, glicemia 215mg/dL, cálcio 8.0.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

### Aprendizagem significativa é tudo de bom!

Rosalina, parda, 78 anos, hipertensa (que vocês conhecem do 4º período), embora “frequente” as reuniões do HIPERDIA, não segue a orientação alimentar e nem regularmente a terapêutica medicamentosa propostas por Dr<sup>a</sup>. Sofia (médica UBSF que vocês conhecem desde 1º período), losartan potássica e, hidroclorotiazida. Rosalina acorda com cefaléia parietal esquerda, atribui a não ter dormido bem, faz uso de dipirona, e segue para a quitanda do bairro. Ainda no percurso a cefaléia se torna mais intensa e subitamente cai desacordada sendo levada por transeuntes para à UPA. Rapidamente é conduzida para a Sala Vermelha, apresentava PA 220 x 130 mmHg Temperatura Axilar (T<sub>ax</sub>) 37°C Glasgow (ECG) 1+1+2=4 Fundoscopia com papiledema Glicemia capilar 150mg/dL. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alteração. Dr. Manoel procede à proteção de via aérea, monitorização da saturação de oxigênio, e punciona acesso venoso periférico e nitroprussiato de sódio, ficando ao seu lado monitorando os níveis pressóricos, você está acompanhando o atendimento. Cerca de 40 minutos depois, ela é transferida para a UTI, você se compromete com Dr. Manoel, que no dia seguinte irá visitá-la e o informará sobre a evolução.

Você acompanha Dr. Manoel e ele o encaminha para o atendimento a Artur, você logo se lembrou dele da SP quando no seu 4º período, pois ele muito brincalhão, dizia “que a vida sem torresmo não tinha graça e exercício físico só circundar a mesa de sinuca”... Artur, 55 anos, é tabagista, hipertenso, dislipidêmico, em uso irregular de captopril, indapamida e sinvastatina. Você colhe informações de Zoraide, mulher de Artur e logo relata ao Dr. Manoel que ele estava preparando o café da manhã quando apresentou disartria, e diminuição evolutiva da força muscular para perda da mobilidade do dimídio direito, e assim ela o trouxe à UPA, do ictus até a chegada decorreram 50 minutos. Artur estava com PA 180 x 110mmHg T<sub>ax</sub> 36°C Glasgow 4+5+6 = 15 Glicemia capilar 100mg/dL Oximetria de pulso 92%. Ausculta cardíaca ritmo cardíaco regular em 3 tempos (B3), FC 90bat/min. Ausculta pulmonar sem alteração. ECG sinais de hipertrofia de ventrículo esquerdo. Dr. Manoel solicita TC crânio sem contraste a ser realizada no hospital, a Central de Regulação informa que há disponibilidade na enfermaria e Dr. Manoel então o transfere. Novamente orienta você a no dia seguinte visitar Artur. Ele discute a conduta que poderia ser adotada para Artur se o sistema de saúde estivesse adequadamente organizado, e diz acreditar que isto em breve ocorrerá a tempo de você vivenciar no seu internato.

Você reúne seu grupo de estudo e juntos estudam as situações vivenciadas. No dia seguinte você toma conhecimento que Rosalina evoluiu ao óbito na madrugada e visita Artur, que está evoluindo muito bem, as TC de crânio sem contraste foram vistas junto com Professor Léo e resignificaram o que você havia estudado.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

### A vida nem sempre é doce!

Maria das Dores, esposa de Rondineli, está agora com 62 anos, ao longo destes quatro anos estabeleceu vínculos com Dr.<sup>a</sup> Sofia, médica da UBSF e se encontra às voltas para conseguir chegar ao nefrologista a quem foi referenciada por ela, e também e principalmente com Grazi enfermeira da UBSF aonde vai semanalmente para administração da eritropoietina. Atualmente Maria das Dores teve suspenso a metformina e a glibenclamida e foi insulinizada, precisando do auxílio da família, uma vez que sua visão está bem comprometida. Além da insulina faz uso de losartana em dose baixa, sinvastatina, AAS, ácido fólico, complexo B, e ferro. Embora já não use carboidratos simples, não segue de forma adequada a orientação da nutricionista. Ela estava aguardando a antecipação de sua consulta com Dr.<sup>a</sup> Sofia, vez que vinha percebendo que estava acordando com edema de MMII e periorbitário, além de estar urinando mais à noite do que de dia. Seus filhos também chamaram a sua atenção para a sua palidez e o “descontrole” do diabetes, ela com frequência estava fazendo hipoglicemia.

Maria das Dores estava muito atarefada com sua faxina, pois ia receber amigas de vendas da “AVON” e queria a casa impecável, de tão envolvida com os afazeres não fez qualquer tipo de refeição e começa a apresentar sudorese facial fria e visão escura. Jéssica, observa a sudorese da mãe, e já “acostumada” com o quadro imediatamente oferece leite com açúcar, mas como a mãe não melhorou avisa ao pai que a leva à UPA, tendo o cuidado de levar a “pasta de exames” com o resultado da última urina de 24 horas.

Dr. Reginaldo registra no exame de admissão pupilas isocóricas e fotorreagentes, Escala de Coma de Glasgow (ECG) 1+1+4=6; PA 160x90, FC 100bpm; ausculta cardíaca e pulmonar sem alteração. Glicemia capilar = 400. 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 Rondinelli sobre a situação de saúde de sua esposa. Ele muito aflito observa que o estado de sua esposa piorou durante a transferência. Celina,

estudante do 11º período de medicina iniciando seu estágio na UTI, fica muito impactada 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), uréia 120mg/dl (15- 45mg/dL), potássio 5.0 (3,5 a 5,5 mEq/l). O serviço de nefrologia foi solicitado para parecer acerca da conduta, mas antes da implementação do plano de cuidado, Maria das Dores foi a óbito dois dias após a internação, o que foi uma experiência ímpar para Celina, que junto com Dr. Solano comunicou a notícia aos familiares, e preencheu a Declaração de Óbito, refletindo sobre o que causou a morte de Maria das Dores.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

### “O Coração que Chora”

Paulo Ricardo Maia (vocês conhecem do 4º período) é engenheiro civil e responsável pela obra onde trabalha Rondinelli. Atualmente está com 52 anos, soube ser portador de síndrome metabólica há um ano, ocasião em que foi orientado à mudança do estilo de vida e a cessar o tabagismo. Ele não conseguiu seguir as orientações, muito pelo contrário, assumiu a gerência da construtora o que o levou ao aumento da carga de trabalho e de estresse. Mantém a vida sedentária, o tabagismo, o uso regular da losartana potássica e da metformina, mas suspendeu o uso da estatina.

Há algumas semanas durante a caminhada vistoriando a obra 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”. Era final de semana e estava em sua chácara que fica na zona rural e tem difícil acesso, na madrugada, despertou com o mesmo quadro, entretanto como a dor foi de maior intensidade e persistiu por mais de 30 min, assustou-se, lembrou da história do pai que faleceu aos 50 anos, subitamente em casa, e assim resolveu procurar o pronto atendimento de um hospital geral de médio porte.

Chegou ao hospital 2 horas após o início de dor, apresentava-se com palidez cutânea, eupneico, acianótico, com sudorese fria e pegajosa. PA 110/70mmHg. Ausculta cardíaca: taquicardia, ritmo cardíaco regular em 3T (B4). Ausculta pulmonar com estertores em velcro, bi basais. ECG mostrava elevação ST de 2,5mm de V1 a V6. Rx tórax com discreto infiltrado intersticial em bases. Os marcadores de lesão miocárdica solicitados estavam alterados. Foi transferido para Unidade Coronariana e Dr. Sérgio procedeu ao tratamento para SCA (síndrome coronariana aguda) inclusive com trombolítico, pois considerou o tempo para angioplastia coronário não adequado (hospital - Centro de Referência). Após três dias foi conduzido para o quarto, recebendo alta após dez dias com terapêutica otimizada e encaminhamento para o acompanhamento com cardiologista. Logo voltou ao trabalho, a construtora havia encampado mais uma obra, um anexo ao ginásio poliesportivo, e Paulo Ricardo que gostava de desafios, aceitou acelerar a obra mesmo que isto significasse mais tempo de trabalho... Como estava sentindo-se bem, não procurou o cardiologista.

Passado uns seis meses Paulo Ricardo começou a observar de forma gradativa edema de MMII, cansaço aos pequenos e médios esforços, nictúria, e dispnéia paroxística noturna (DPN). Mônica, sua mulher, percebendo estas alterações o convenceu a ir à consulta por ela agendada. Dr.<sup>a</sup> Carla 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 regular em 3T (B3) com FC110bpm. Hepatomegalia dolorosa com refluxo hepato jugular. Edema de MMI com cacifo 2+/4+. Após a anamnese e exame físico, optou pela internação hospitalar explicando-lhes o plano de cuidado.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

### Esperança da Vida...

Ramiro tem 80 anos, não alfabetizado, sempre trabalhou na lavoura e até a morte de sua mulher há oito meses, ainda cuidava da plantação de couve. Como ficou sozinho Danilo, seu filho, o levou para morar com eles em Problemópolis, vindo a ser vizinho de Rondinelli. Danilo e sua família, com a convivência mais próxima passaram a perceber que Ramiro esquecia a torneira do banheiro aberta e a boca do gás acesa, perguntava repetidamente a mesma questão, e por vezes não reconhecia o filho. Aguardavam o seu cadastramento na UBSF para o atendimento médico, não se preocuparam muito por atribuírem a “caduquice”.

Ramiro estava roçando o “mato” da rua, e Rondineli o observava comparando a sua capacidade para aquela atividade física e ele que era tão mais novo, mal agüentava subir a ladeira de tão cansado, acendeu o seu cigarro e ficou refletindo, era hora de procurar Dr.<sup>a</sup> Sofia. Viu Ramiro parar a atividade, gritar dizendo “Ai meu Deus, que dor”, ao mesmo tempo em que levava a mão ao peito e caía, correu para socorrê-lo. Segundos depois Ramiro abre os olhos e levanta-se, Rondineli quer levá-lo à UPA, mas ele diz que não é necessário porque isto lhe já aconteceu outras duas vezes, sempre quando ele estava roçando, e ele até já fez um “exame do coração”, mas não levou para vistas médicas. Rondineli o leva para casa, conta o ocorrido para Danilo, que se compromete a ir à UBSF e solicitar prioridade para atendimento médico. Rondinelli, muito impactado com o que tinha assistido toma a decisão de não ir ao trabalho e sim aguardar um “encaixe” para Dr.<sup>a</sup> Sofia.

Na sala de espera está também Idalina, 76 anos, tabagista por 60 anos estando abstêmia há uns três meses desde que passou a apresentar piora do cansaço e edema de MMII, e Dr.<sup>a</sup> Sofia ter lhe explicado que tudo era decorrente do cigarro. Hoje ela aguardava a consulta e a vista dos exames solicitados. Conta para Rondinelli que se sente bem melhor e que embora sinta falta do cigarro, quando se lembra da falta de ar a “vontade passa”.

Dr.<sup>a</sup> Sofia recebe Rondinelli que informa ter 56 anos, trabalhar na construção civil na fase de acabamento, sempre usando EPI, que fuma desde os doze anos de idade, e atualmente com média de 30 cigarros/dia. Relata que há uns dois anos vem apresentando tosse produtiva com secreção clara principalmente matinal e dispneia de esforço, tentou para de fumar, mas não conseguiu e envergonhado não procurou auxílio médico. Mas, como vem percebendo piora do

cansaço e mudança na cor da pele que está ficando avermelhada resolveu vir à consulta. Ao exame físico ela registra positivo: tom vermelho-azulado da pele, unhas em vidro de relógio, e aumento do diâmetro anteroposterior do tórax. PA 130x 80mmHg. FR 26irpm. Ausculta pulmonar com MV diminuído difusamente, presença de roncosp e sibilos em ambos os pulmões. RCR 2T, sem sopros. Ao final ela solicita exames diagnósticos e complementares. Explica sua situação de saúde e recomenda a suspensão do cigarro informando sobre o Grupo Antitabagismo da UBSF. Prescreve bronco dilatador, o encaminha para o ambulatório de pneumologia e para a Clínica de Fisioterapia.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

### Uma teia de dados

Mônica é esposa do Paulo Ricardo (vocês conhecem da SP 08) com quem tem dois filhos. Ela está com 42 anos, é tradutora e trabalha em casa. Embora tenha ajustado seu trabalho de forma ergonômica e faça as pausas recomendada durante a digitação, apresenta constantemente artralgia em punhos. Na última visita ao ortopedista recebeu diagnóstico de síndrome do túnel do carpo. Ela vem apresentando irregularidade menstrual, percebendo queda acentuada de cabelos e, ultimamente, artralgia migratória, mas o que realmente lhe incomoda é uma tristeza imensa, assim agenda consulta com sua ginecologista de longa data. Mônica tem estado também muito preocupada com o estado de saúde de Paulo Ricardo, principalmente porque ele não segue as orientações médicas. Na consulta, a médica registra como positivo aumento de 5Kg em 1 ano, assim como, modificação nos níveis pressórico registrando PA= 120/90mmHg. No exame das mamas observou galactorrêia poliductal bilateral com restante do exame ginecológico normal. Ante a anamnese, o exame físico e a negativa do uso de quaisquer medicamentos, a médica referencia Mônica ao endocrinologista. O mesmo que já acompanha sua mãe e uma tia paterna.

Dr.<sup>a</sup> Maria Teresa colhe de sua minuciosa anamnese que Mônica há, aproximadamente, três anos, vem se sentindo cansada para suas atividades habituais e, de forma insidiosa e progressiva, já acorda cansada. Relata também uma astenia que se exacerba após exposição solar, sensação de tristeza imensa e falta de élan; Apresenta dificuldade de concentração fazendo com que repita leitura de textos banais como notícias de jornal e relata, ainda, diminuição da sua capacidade cognitiva com dificuldades de resolver cálculos simples de matemática. Queixas de termias para o frio, estando frequentemente agasalhada mesmo em temperaturas mais quentes; fenômeno de Raynaud desencadeado no frio; modificação do hábito intestinal que se tornou constipado; ganho ponderal com o mesmo hábito e padrão alimentar; unhas quebradiças; queda acentuada e espontânea de cabelos e de forma episódica apresenta artrite oligoarticular e migratória. História Patológica Familiar: relato positivo para diabetes, hipertensão, tireoidiopia e doença reumática não sabendo informar diagnóstico. Ao exame físico de positivo encontrou: Voz algo empastada. PA= 120/ 90MMHG. Pulso 52pm, rítmico. Palidez cutânea mucosa 1+/4+. Xantelasmas palpebrais. Macroglossia. Úlceras em mucosa oral. Cabelos com diminuição de volume e queda espontânea observada na maca. Tireoide palpável, firme elástica, superfície finamente irregular. Reflexo Aquileu com

descontração lentificada. Cotovelo e punho direito com calor, rubor e dor à movimentação passiva. Dr.<sup>a</sup> Maria Teresa explica-lhe sobre suas hipóteses diagnósticas e solicita os exames laboratoriais pertinentes com orientação de retorno com os resultados.

## CAPÍTULO 8

### SITUAÇÕES-PROBLEMA DO OITAVO PERÍODO

#### **Autores**

Alexandre Queiróz Franco Henriques

Álvaro Henrique Sampaio Smolka

Flávio de Sá Ribeiro

Hélio Pancotti Barreiros

Jorge André Marques Bravo

Jorge André Marques Bravo

José Carlos Lima Campos

Leandro Oliveira Costa

Mario Castro Alvarez Perez

Mário Castro Alvarez Perez

Paulo Freire Filho

Pedro Henrique Netto César

Sheila da Cunha Guedes

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

### Alguém lembra de janeiro de 2013?

No distante ano do Nosso Senhor Jesus Cristo de 27 de Janeiro de 2013, um incêndio consumiu a boate Kiss, em Santa Maria, RS e a vida de 242 jovens que estavam no interior da casa. No dia seguinte, era evidente a culpa dos proprietários do estabelecimento e do poder público que, apesar de atormentar diariamente nossas vidas com todo o tipo de regulação, fiscalização e decreto, deixara a boate funcionar normalmente, apesar das inúmeras irregularidades na mesma. O consenso nacional era de que os responsáveis pela tragédia seriam celeremente punidos. As provas e os pormenores do incêndio estão reunidos em 13.000 páginas de um inquérito policial. Dos 32 indiciados, nenhum está preso, e ninguém recebeu indenizações pelas perdas causadas pelo desastre. Para quem já esqueceu (ou para quem está pisando neste momento no planeta Brasil) segue um breve relato do ocorrido.

**Domingo, 27/01/2013 - 03h: 14min.** A banda Gurizada Fandangueira inicia os primeiros versos do funk *Amor de Chocolate*. Estavam presentes no interior da boate, majoritariamente, jovens estudantes da Universidade Federal de Santa Maria.

**03h: 15min.** O vocalista da banda aciona um sinalizador de uso exclusivo em ambientes externos no interior da boate. Instantaneamente o teto do recinto – cujo revestimento acústico é composto de poliuretano barato – entra em combustão, liberando uma escura e densa névoa.

**03h: 18min. às 03h:20min.** A fumaça toma toda a área do palco e nos minutos seguintes ocupa toda a boate. A fiação elétrica entra em curto. Todas as luzes se apagam. As luzes de emergência não funcionam. As mais de 1000 pessoas no interior da boate – com capacidade para apenas 690 – correm para única porta de saída. A boate se transforma em uma armadilha, um inferno negro com temperaturas superiores a 300 °C. Vinícius Rosado possui 26 anos, 2 metros de estatura e 130 kg. Após escapar do inferno, retorna à boate para socorrer outras quatorze vítimas. Em determinado momento, chega a carregar duas pessoas ao mesmo tempo. Gustavo Ferreira é uma delas. Gustavo apresenta extensas lesões indolores, com aspecto brancacento na região central e bordos avermelhados. Apresenta também lesões recobertas por flictenas de variados tamanhos. As lesões estão distribuídas por todo o membro superior direito, tórax (anterior e posterior) e raiz da coxa direita. O rosto e pescoço também estão comprometidos. A

outra pessoa é a estudante de enfermagem Ingrid Preigschadt, 21 anos, que consegue escapar ileso e auxilia na triagem dos pacientes trazidos por Vinícius.

**03h: 23min.** O fogo se extingue, mas a fumaça permanece no interior da boate. O primeiro grupo de bombeiros chega ao local. Vinícius segue socorrendo vítimas e começa a apresentar cefaléia e alguma astenia. Um dos médicos do corpo de bombeiros avalia Gustavo e, sob protestos do auxiliar de enfermagem que avaliara a escala de Glasgow de Gustavo (eram 15 pontos), procede à imediata intubação orotraqueal utilizando etomidato e succinil-colina. É iniciada a infusão rápida Ringer Lactato em dois acessos venosos periféricos calibrosos.

**03h: 35 min.** Gustavo é removido para o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Vinícius, ainda no local, apresenta quadro de síncope seguido por convulsões, que cessam com 10mg de diazepam IV. Apresenta-se em Glasgow 6 (1+1+4). É prontamente intubado e ventilado com O<sub>2</sub> a 100%. Também é transferido para o HUSM.

**04h.** Os bombeiros encerram os trabalhos de salvamento. Uma segunda equipe de bombeiros chega ao local e ajuda um grupo de jovens que abriam um buraco na parede externa do banheiro com marretas emprestadas. 100 mortos estavam empilhados no interior do banheiro, nenhum deles apresentava queimaduras. Vinícius, já no HUSM, permanece comatoso, refratário ao tratamento com O<sub>2</sub> a 100%. Apresenta os seguintes resultados bioquímicos: pH = 7,15, PO<sub>2</sub> = 145, PCO<sub>2</sub> = 20, Saturação arterial de O<sub>2</sub> = 99%, Saturação venosa central de O<sub>2</sub> = 89%, HCO<sub>3</sub> = 7, Cloro = 95, Na<sup>+</sup> = 135, K<sup>+</sup> = 4,5. Um interno de medicina que acompanha o caso não consegue entender o porquê da acidose com *ânion gap* elevado. Um dos médicos responde que se deve ao lactato, e afirma que se trata de um "envenenamento" e que esta foi a *causa mortis* dos 100 jovens sem queimaduras encontrados no banheiro da boate. Destaca a alta saturação venosa de O<sub>2</sub> — o que deixa o interno ainda mais confuso quanto à fisiopatologia do evento.

**04 às 12h.** Gustavo é avaliado na emergência e, devido à extensão da Superfície Corporal Queimada (SCQ) calculada e à gravidade das lesões, é decidido que ele deve ser transferido para o Centro de Tratamento de Queimados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Gustavo apresenta grande dificuldade durante a ventilação mecânica. Apresenta a relação PO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub><200, infiltrados bilaterais à radiografia de tórax e complacência pulmonar diminuída. O quadro piora progressivamente com a terapia de reposição volêmica guiada pela fórmula de Parkland. São observados resíduos de material carbonáceo à aspiração do tubo orotraqueal. Apesar da deterioração da mecânica ventilatória, médicos continuam a reposição volêmica

guiada pela fórmula de Parkland visando um débito urinário mínimo de 0,5ml/kg/h. Os médicos atendentes também iniciam escarectomia do tórax na tentativa de melhora da mecânica ventilatória. Antibióticos não são prescritos. Ingrid vai muito abalada para sua casa, mas permanece assintomática.

**12h-22h.** Gustavo é transferido para o CTQ do HCPA. É colocado em ventilação mecânica protetora e em monitorização hemodinâmica através de monitorização invasiva da PA e cateter de Swan-Ganz. Seu perfil hemodinâmico é de diminuição da resistência vascular periférica, índice cardíaco aumentado, lactato sérico elevado, saturação venosa central de O<sub>2</sub> de 60%. PA e Pressão de encunhamento normais. Continua apresentando sinais de complacência pulmonar diminuída e PO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub><200. Sua saturação arterial de O<sub>2</sub> é de 90%. A equipe do CTQ opta por aumentar o aporte volêmico com cristalóides, apesar da diurese normal. Sua glicemia apresenta-se persistentemente > 200 mg% a partir do início da noite. É iniciada nutrição enteral com aporte calórico corrigido pela fórmula de Currieri. Iniciado *dripping* de insulina. Não foi indicada imunização antitetânica ativa ou passiva. Ingrid interrompe suas postagens de luto no Facebook, por apresentar dispnéia progressiva e segue para o PS do HUSM. Chegando ao PS, a equipe médica realiza Raio-x de tórax e gasometria arterial. Ingrid apresenta infiltrados bilaterais ao Raio-x e diminuição da relação PO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>. É colocada em ventilação mecânica e é transferida de helicóptero para o CTI do Hospital Conceição, em Porto Alegre.

**Segunda-Feira, 28/01/2013 a quinta-feira 31/01/2013.** Gustavo é submetido a debridamento tangencial e curativo com sulfadiazina de prata diariamente. Na quinta-feira apresenta dois picos febris. Os níveis de PA e lactato, que haviam se estabilizado, passam a se elevar. É iniciado o protocolo de ressucitação guiada por metas preconizado pela *Surviving Sepsis Campaign*. É iniciada terapia antibiótica com cefepime e vancomicina, após discussão com a comissão de controle de infecção hospitalar. Ingrid recebe alta da UTI.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

### “Cinto Salva Vidas”

Aconteceu tudo muito rápido, logo no início da rotina pesada do Hospital Universitário. O residente de cirurgia João Afonso mal tinha acabado de chegar à sala de trauma quando deram entrada dois pacientes trazidos pelo Corpo de Bombeiros, vítimas de um acidente automobilístico – uma colisão entre um carro de passeio com três ocupantes e um anteparo fixo (vulgo poste). Um ocupante do carro foi a óbito no local. Tratava-se do ocupante do banco de trás que estava sem cinto de segurança e foi “jogado” para fora do veículo, sofrendo um TCE grave associado a traumas abdominal e torácico.

Diante dos casos graves o residente acionou o Staff de plantão, Dr. Marino, que estava no refeitório. Ao chegar na sala de trauma, se deparou com dois pacientes: Manoel, 31 anos, estricado e intubado, apresentando múltiplas escoriações por todo o corpo e movimentos respiratórios paradoxais à direita. O hemitórax esquerdo não estava expandindo bem e a ausculta do tórax revelava diminuição dos ruídos respiratórios por todo o quadrante. Estava em choque, com PA de 80 x 40 mmHg - mesmo depois da infusão de 2 litros de solução cristalóide por dois acessos periféricos calibrosos, FC de 130 bpm e TAX de 35,5°C. Havia turgência jugular à esquerda e o paciente estava piorando rapidamente. O socorrista informou que o paciente estava sem cinto de segurança. O Glasgow de entrada era de 7.

Após toracostomia de urgência o paciente foi reavaliado. Continuava hipotenso e taquicárdico. No exame abdominal foi observada uma distensão moderada e uma reação dolorosa do paciente à palpação. O cirurgião responsável acionou seu colega de plantão, o Dr. Pires e ordenou ao residente – “Ao centro cirúrgico imediatamente! Temos que realizar uma drenagem torácica definitiva e uma laparotomia de urgência”. Visivelmente angustiado, João Afonso disse – “Chefe, não seria prudente realizar uma tomografia de crânio, tórax e abdome? Ele foi projetado para fora do carro! Temos um provável TCE”. Dr. Marino respondeu – “vamos para a cirurgia imediatamente! Não há tempo para tomografia agora. Esse paciente tem um abdome agudo e desse jeito ele morre antes de terminarmos a tomografia” – e foram para o centro cirúrgico.

Já o outro paciente, Joaquim, de 38 anos, estava também na prancha, com colar cervical e acessos periféricos calibrosos fluindo bem. Escontrava-se lúcido e orientado, ventilando ao ar

ambiente e reclamando de dor tóraco-abdominal discreta. O Dr. Pires perguntou para o paciente – “Tudo bem Joaquim? O que houve?”. O paciente olhou para o cirurgião, meio ansioso, e respondeu – “Tudo bem doutor. Estou apenas com um pouco de dor na barriga. Acho que dormi no volante. Não bebi nada! Eu juro! Estava de cinto de segurança e acho que me salvei por causa disso porque a pancada foi forte. Meus primos estão bem? Eles beberam bastante”. Já vencemos o A, o B, o C e o D, pensou o médico, já que o paciente chegou hipotenso (mas respondeu ao volume infundido) e permanecia levemente taquicárdico. Ao expor o acidentado notou uma equimose no flanco direito e orientou o Dr. Guilherme, o outro residente de plantão que havia acabado de chegar à sala de trauma – “Vamos tomografar esse paciente, já que não temos um eFAST aqui disponível. Não vejo necessidade de um lavado peritoneal”.

Na tomografia de Joaquim foi identificado uma lesão hepática traumática com pequena quantidade de líquido no espaço de Morrison, associada a uma fratura do nono arco costal do hemitórax direito. Dr. Pires optou por realizar tratamento conservador e internou Joaquim numa unidade semi-intensiva para observação clínica. Nessa hora, desceram do centro cirúrgico Marino e João Afonso. Pires perguntou como tinha sido a cirurgia. Marino respondeu – “Início de dia agitado. Fizemos uma esplenectomia e rafia da segunda porção duodenal com cirurgia de Vaughan por causa de um trauma duodenal grau 3. Realizamos a toracostomia em selo d’água no hemitórax esquerdo. O Manoel vai demorar para sair deste hospital...”.

## 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 ouve atentamente tudo o que acontece ao seu redor: "abertura ocular = 2; resposta verbal = 2; resposta motora = 3. Pupilas assimétricas. Esquerda > direita. Reflexo fotomotor diminuído à esquerda. PA = 200 x 120, FC = 56. Ritmo respiratório irregular. O médico, após colocação do colar cervical, procede à intubação orotraqueal utilizando lâmina de Miller e, como indução rápida, succinil-colina, etomidato e fentanil. Também solicita que se utilize solução salina a 7,5% em bolus e 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 foi levada imediatamente ao centro cirúrgico, onde foram tomadas as medidas necessárias, e levada ao pós-operatório na 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.

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 zozinho, 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. Encontra-se em insuficiência respiratória, com paralisia flácida dos quatro membros, arreflexia. PA 70 x 40, FC 80, extremidades aquecidas.

São iniciadas as manobras diagnósticas e terapêuticas apropriadas ao caso de André. Ele é levado para tratamento pós-emergencial na UTI.

André é internado no leito ao lado de Joaquina. Ambos permanecem em estado grave. No terceiro dia de internação, Joaquina passa a apresentar instabilidade hemodinâmica, necessitando de aminas vasoativas. Seu exame neurológico demonstra reflexo fotomotor ausente, reflexo córneo-palpebral ausente, ausência de reflexo óculocefálico, ausência de reflexo óculovestibular, ausência de reflexo de tosse e apneia. Durante a visita, o médico assistente declara à família de Joaquina que a mesma se encontra em coma "Glasgow zero" e que a mesma pode ouvir, apesar do coma, as palavras de conforto de sua família. Relata não haver necessidade de nenhum exame complementar no momento.

Apesar do tratamento, André e Joaquina falecem em 12 de Junho de 2014. O médico plantonista solicita à enfermeira supervisora o formulário de declaração de óbito para que a família de ambos possa providenciar o funeral.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

### “Sempre Alerta”

Após um plantão cansativo e trabalhoso, porém com resultados gratificantes, os residentes de cirurgia João Afonso e Guilherme tomaram o desjejum e seguiram para a enfermaria de cirurgia do Hospital Universitário para o round com os staffs. Aquela era uma rotina realizada pela manhã, lá pelas 10 horas, para facilitar a visita médica dos pacientes internados e definir com mais precisão as condutas a serem tomadas. Reuniram-se com os internos e quando os doutores Pires e Marino chegaram começaram.

O primeiro paciente era o Sr. Tarcício Andrade. Tratava-se de um senhor de 65 anos, diabético tipo 2 controlado com o uso de hipoglicemiantes orais, que estava no 5º DPO após tratamento cirúrgico de um trauma abdominal fechado consequente a um acidente automobilístico. João Afonso, após dar as informações iniciais sobre o caso observou – “Esse paciente apresentava um hemoperitônio na avaliação inicial, depois confirmado por FAST. Foi submetido a uma laparotomia exploradora mediana seguida de esplenectomia total e já está se alimentando bem. Teve 2 episódios de febre nas últimas 24 horas”. Dr. Pires perguntou o porquê da febre e os residentes levantaram a hipótese de comprometimento pulmonar. Foi informado que a vacinação do paciente também já estava programada. A ausculta pulmonar estava normal. Pediu para ver a ferida operatória e notou que a enfermagem já tinha feito o curativo. Mesmo assim ele desfez o curativo e observou que havia hiperemia e hipertermia na parte infra-umbilical. Perguntou – “como está a glicemia deste paciente? Estamos diante de uma complicação pós-operatória”. O interno Eduardo da Silva observou – “provavelmente houve uma falha na fase de inflamação da cicatrização da ferida. Não acha professor?”. Pires concordou e ordenou aos residentes que procedessem com o tratamento adequado e avaliassem a troca do antibiótico.

O próximo paciente era um homem de 36 anos, Kleber da Gama, sem co-morbidades, etilista crônico e usuário de cocaína, vítima de queda de motocicleta há uma semana. No atendimento inicial apresentava múltiplas escoriações pelo corpo e uma extensa laceração no membro inferior direito, na altura do pé e tornozelo. Foi submetido a síntese local e desde então estava fazendo curativos diários com colagenase e usando cefazolina por via endovenosa. O paciente encontrava-se sonolento, com PA de 70 x 40 mmHg, FC de 132bpm e FR de 30 IR/min. Havia um curativo com atadura de crepom em “bota” no membro inferior direito e no exame físico notava-se infiltração e edema até a raiz da coxa. Após a retirada do curativo observou-se necrose das

bordas da área suturada, crepitação ao toque, edema importante inelástico (acometendo inclusive o pé), saída de secreção purulenta em moderada quantidade pela ferida com um odor muito fétido, palidez da área acometida e muita dor a manipulação de todo o membro inferior direito.

O cirurgião chefe, Dr. Marino, visivelmente preocupado, perguntou como ninguém tinha visto a deteriorização do quadro clínico do paciente. João Afonso respondeu – “chefe, ele não estava assim anteontem à tarde. Havia somente uma hiperemia da ferida operatória. Nem pedimos exames laboratoriais. Parecia uma celulite pós-operatória”.

Após coleta de urgência dos exames laboratoriais, os resultados mostraram trombocitopenia, leucopenia, anemia, hipoalbuminemia, elevação do PCR e das escórias nitrogenadas e coagulopatia. Dr. Marino solicitou que o paciente fosse submetido a outros exames complementares para um melhor diagnóstico. Tudo isso com extrema urgência para uma melhor avaliação da extensão das lesões - “Isso poderia ter sido visto antes. Temos que estar sempre alertas em casos de infecções de partes moles. Quanto mais precoce for o tratamento, maiores as chances de sobrevivência do paciente! Rápido pessoal! Avisem ao CTI que podemos precisar utilizar imunoglobulina endovenosa e oxigenoterapia hiperbárica”.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

### “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 as custas 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 escore 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 dopplertranscraniano 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 hipoproteinemia.

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. Façamos 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.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

### “Esperança ou Probabilidade?”

- Sheila, minha filha, vem cá correndo – disse Marlene, ao abrir a porta do banheiro. – Meu xixi “tá” corte de mate. Será que eu “tô” com hepatite, que nem o Cacau? – completou a idosa.

Cacau era o apelido de Carlos Augusto, seu neto de 11 anos, que havia apresentado um quadro de hepatite viral tipo A alguns meses antes. O quadro clínico de Cacau tinha sido típico, com febre, náuseas, vômitos e mialgias, seguidos logo depois por icterícia, quadro que não era exatamente o mesmo daquele apresentado por Marlene.

- Mas, mamãe, você não está vomitando, nem teve febre, não é mesmo? Você “tá” sentindo alguma coisa? – argumentou Sheila.

De fato, havia algum tempo que Marlene vinha sentindo uma lombalgia que ela chamava de “estranha”, pois não era aliviada com analgésicos comuns, diferentemente de outras que já sentira na vida. Quanto ao resto, não se pode dizer que sentisse algo mais. Lembrou-se, porém, que uma amiga em comum a havia achado meio amarelada alguns dias antes, quando a fora visitar. Mãe e filha decidiram, então, procurar auxílio médico na UPA, onde Marlene foi atendida pelo Dr. Josué, que, após se apresentar e ouvir atentamente às queixas iniciais da paciente, passou a obter sua HDA.

- Suas fezes estão sem cor? A senhora teve febre, calafrios ou dor nessa parte da “barriga”? – questionou o médico apontando para o hipocôndrio direito da idosa.

Descartada a tríade de Charcot, e tendo completado a colheita da anamnese dirigida, Dr. Josué passou a examiná-la. À ectoscopia, a paciente estava ictérica (2+ \ 4+) e hipocorada (+ \ 4+), além de apresentar cordões venosos superficiais de aspecto eritematoso e doloroso em ambos MMII. Ao exame físico do abdome, o sinal de Murphy era negativo, mas uma massa cística de cerca de 7 cm no maior diâmetro era palpada no hipocôndrio direito. “Regra de Courvoisier–Terrier...”, pensou o médico, “vou solicitar logo um exame de imagem para esclarecer”.

- Dona Marlene, a senhora parece estar com um problema no pâncreas. É o mais provável. Vou pedir uns exames de sangue e uma ultrassonografia do abdome. A enfermagem virá colher seu sangue e a encaminhará para o setor de radiologia. Depois, eu voltarei com os resultados. OK? – completou Dr. Josué.

Marlene se perguntava o porquê de ter um problema no pâncreas. “Nem diabética eu sou”, pensava a idosa. “Será que tem a ver com o cigarro?” – se questionou.

Após receber os exames solicitados, em que ficava evidente uma colestase extra-hepática – sugerida pelos exames de bioquímica do sangue e confirmada pela citação de dilatação das vias biliares extra-hepáticas no laudo do exame de imagem (em que não era visualizada nenhuma imagem compatível com litíase biliar) –, o médico informou-lhe que a encaminharia para investigação diagnóstica, que provavelmente uma tomografia computadorizada e outros exames seriam solicitados e que, talvez, dona Marlene tivesse que ser operada nas próximas semanas.

- E aí, doutor? – perguntou Sheila, chamando Josué reservadamente a um canto da sala.  
– Não é nada demais, “né”? A mamãe vai ficar boa, não vai?

Numa manhã de 6ª-feira, dias após ter realizado a tomografia computadorizada de abdome a que o Dr. Josué fez alusão, Marlene apresentou episódio súbito de dor torácica, ventilatório-dependente, evoluindo rapidamente com dispneia severa. Levada em caráter de urgência para a unidade de emergência de um grande hospital-escola (Leo D’Or), chegou no local com instabilidade hemodinâmica. Um eletrocardiograma solicitado revelou a presença de alterações de ST-T na parede anterior do coração, além da presença do padrão S1Q3T3. Ao exame clínico, a paciente apresentava-se gravemente hipotensa, com sibilos generalizados na ausculta respiratória e presença de edema intenso no MID, proximal (desde a raiz da coxa). Após indicar tratamento intravenoso contínuo com heparina não-fracionada, o Dr. Ray definiu a conduta seguinte:

- Direto à tomografia, pessoal. Vocês sabem se a bomba infusora da TC está funcionando?  
– completou o médico.

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

### “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 hereditário, 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 08

### “Isaac BenSolomon: meu risco é maior que o dos outros?”

- 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 11 cm. 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 ingere habitualmente açai ou caldo de cana. 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 com João Afonso para avaliarem juntos 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 20 anos. À época, Isaac iniciara quadro de dor abdominal intermitente associada com diarreia intermitente. Segundo dizia, ao constatar uma massa palpável em sua fossa ilíaca direita, um médico havia valorizado sua ancestralidade judaica, logo solicitando uma colonoscopia. Esse exame revelou a presença de ileíte terminal e alguns focos esparsos de colite, intercalados por áreas de cólon totalmente normal. O laudo do exame histopatológico mostrou que havia

inflamação transmural, sendo detectados alguns granulomas não-caseosos. Isaac foi tratado com mesalamina e corticoide até sua doença entrar em remissão.

Ao longo dos anos, a doença de Isaac evoluiu com alguns momentos de exacerbação, com sinais de obstrução intestinal mecânica, situações em que foi tratado de forma conservadora, sempre procurando evitarem-se ressecções intestinais desnecessárias. Teve várias fístulas, exigindo periódicos cursos de tratamento com ciprofloxacina e metronidazol; em uma ocasião, teve iniciado tratamento com agente imunomodulador biológico. Cursou, ainda, com importante doença orifical anal, evoluindo com fissuras, fístulas e abscessos perianais.

Nos últimos dez anos, Isaac 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 BenSolomon tinha decidido voltar a fumar; ficara nervoso, posto que, em consulta realizada com seu clínico, havia sido detectada a presença de espondiloartropatia soronegativa, uma das conhecidas complicações extraintestinais de sua doença. Nos últimos dias, o paciente voltara a ter uma exacerbação de seu quadro, desta vez com distensão abdominal, febre e queda do estado geral.

- Vamos tratar o megacólon tóxico de forma conservadora. 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, seja étnico ou 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 inflamatória intestinal não tinha tal fator de risco. É mais ou menos o mesmo fenômeno que atribui uma relação inversa de risco entre tabagismo e retocolite... e não vai achar que cigarro faz bem, hein!

## SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

### “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 à 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 10

### 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/mm<sup>3</sup>) 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 11

### “Gordinha mas muito feliz”

Liz era uma linda mulher, do alto dos seus 32 anos, cabelos lisos longos, dourados, pele bonita, um ótimo emprego, um noivo apaixonado... enfim, vivia uma vida plena e feliz. Mesmo o fato de estar alguns quilos acima do peso ideal nunca atrapalhou em nada. Tinha uma alimentação razoavelmente equilibrada, mas não se privava de um bom churrasco ou feijoada. O seu noivo sempre dizia: “gosto de carne. Não quero saber de osso”.

Certo dia, após uma alimentação pesada (almoço de negócios regado a costelas bovinas) apresentou uma forte dor no abdome, acompanhada de náuseas e vômitos, sendo necessário recorrer a um pronto-socorro. Essa dor já a incomodava há alguns anos, mas nunca havia ficado assim tão forte. Até o ombro direito estava dolorido. Lá chegando foi atendida pelo Dr. Marino, cirurgião de plantão que, após algumas perguntas e um exame físico detalhado falou para os internos João Afonso e Frederico: “Ao meu ver trata-se de um caso de colecistopatia. A dor e os outros sintomas, além da história da doença atual (HDA), são característicos. Devemos prosseguir com os exames complementares mais adequados para confirmar se temos um quadro de urgência cirúrgica ou não”.

Os internos então acompanharam a paciente e, após a realização dos exames, procuraram o doutor Marino, relatando que havia alteração dos leucócitos com desvio para a esquerda. O hepatograma estava alterado com elevação discreta das transaminases, da fosfatase alcalina e da bilirrubina total, as custas da fração direta. Falaram ainda que no exame de imagem havia um espessamento das paredes da vesícula biliar a qual estava escleroatrófica. Houve uma dificuldade para avaliar o retroperitônio devido ao intenso meteorismo intestinal. Isso tudo mostrava que se tratava de um quadro agudo.

- É cirúrgico de urgência então – disse Marino. Continuou – essa paciente precisa ser operada imediatamente e ser submetida a uma colangiografia intra-operatória. Há absoluta indicação.

- Isso não pode ser uma colangite ou pancreatite? – disparou João Afonso. O seu colega Frederico retrucou – mas essa paciente não tem a dor característica da pancreatite, apesar da alteração do hepatograma. E também não tem a tríade de Charcot.

Marino concordou com Frederico, porém informou que havia risco de colangite e que até a hipótese de Síndrome de Mirizzi não podia ser afastada – Devemos prepará-la imediatamente para a cirurgia.

Ao saber da notícia Liz pediu – doutor, não dá para ser aquela cirurgia por “laser”? Eu não queria ficar com cicatrizes muito feias senão não dá mais para usar um biquíni. Marino admirou aquela mulher porque apesar de estar um pouco acima do peso era bonita e feliz consigo mesma... muito bem resolvida. “Fique tranquila Liz. Sua cirurgia será pela técnica minimamente invasiva” afirmou Marino.

O procedimento cirúrgico transcorreu de forma tranquila e após a colangiografia o cirurgião disse – precisaremos de uma CPRE. Avise a equipe de endoscopia de sobreaviso. João Afonso perguntou intrigado – você não vai deixar um dreno de Kehr? Ela pode fazer colangite. Marino concordou e explicou que até a CPRE a paciente ficaria com antibióticos. Foi visto também que o contraste feito durante a colangiografia passava para o duodeno - por isso a icterícia dela era flutuante - falou Frederico atento ao procedimento.

No dia antes da CPRE João Afonso notou que a paciente estava muito sonolenta e confusa. Notou também que o dreno de Kehrtinha débito de 700 e 800 ml nos últimos 2 dias. Chamou o preceptor que mandou tratar o distúrbio hidroeletrolítico e perguntou se estava sendo administrada vitamina K. Os internos disseram que sim e, após confirmação da causa do quadro neurológico, resolveram o problema.

No dia seguinte Liz foi submetida a CPRE que foi um sucesso. No pós-CPRE evoluiu com elevação da amilase e lipase, mas que logo depois regrediram e a paciente teve alta hospitalar sem queixas. Agora podia voltar a sua rotina sem medo, pois não haveria mais vesícula para se preocupar.

## 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.