

Caderno de Situações - Problema

I Semestre de
2015

Curso de
Graduação
em Medicina



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

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS
FESO**

Conselho Diretor

Antônio Luiz da Silva Laginestra
Presidente

Jorge de Oliveira Spinelli
Vice-Presidente

Hermínio Gomes de Mello
Secretário

Jorge Farah
Kival Simão Arbex
Luiz Fernando da Silva
Paulo Cezar Wiertz Cordeiro
Vogais

Prof. Luis Eduardo Possidente Tostes
Diretor Geral

F977 Fundação Educacional Serra dos Órgãos.
Centro Universitário Serra dos Órgãos.

Caderno de Situações-Problema do Curso de Graduação em Medicina –
Primeiro Semestre de 2015 / Fundação Educacional Serra dos Órgãos. ---
Teresópolis: UNIFESO, 2015.
188f.

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

CDD 378.8153

AUTORES

Adriana dos Passos Lemos

Agnes Bueno dos Santos

Alexandre de Pina Costa

Alexandre Queiróz Franco Henriques

Álvaro Henrique Sampaio Smolka

Américo Fernando dos S. Gonçalves

Ana Maria Pereira Brasília de Araújo

Ana Paula Faria Diniz

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Anamarina Coutinho Barros de Brito

Andréia Santana da Silva Moreira

Anielle de Pina Costa

Antônio José Magalhães S. Moreira

Augusto César M. Pereira de Bastos

Bruna Salgueiro Bruno

Bruno Rodrigues Rosa

Carlos Luiz da Silva Pestana

Carlos Pereira Nunes

Carlos Romualdo Barbosa Gama

Carmem Maria S. L. M. Dantas da Silva

Cláudia de Lima Ribeiro

Daurema Conceição Docasar S. Silva

Débora Passos da Silva Jones

Emilene Pereira de Almeida

Erick Vaz Guimarães

Etelka Czako Cristel

Fernanda Capelleiro Nascimento

Flávio Antônio de Sá Ribeiro

Floriano Tadeu Garcia

Geórgia Dunes da Costa Machado

Geórgia Rosa Lobato
Gleyce Padrão de Oliveira Zambrotti
Hélio Pancotti Barreiros
Ingrid Tavares Cardoso
Jeanne D'Arc Lima Fontaine
Joelma de Rezende Fernandes
Jorge André Marques Bravo
José Carlos Lima Campos
Julia Paula Alves dos Santos
Julio Antônio de Carvalho Neto
Kátia Cristina Felipe
Leandro Oliveira Costa
Leda Jung dos Santos
Lilian Kuhnert Campos
Lorileia Chaves de Almeida
Luciana da Silva Nogueira de Barros
Lucianna Miguel Ferreira
Luis Antônio Lopes Pereira
Luis Cláudio de Souza Motta
Luis Roberto Barbosa de Melo
Luis Sérgio Lobianco
Luiz Antônio Lopes Pereira
Margarete Domingues Ribeiro
Maria Aparecida Rosa Manhães
Maria da Glória R M de Barros
Maria Teresa Menegat
Mário Antônio Simões
Mário Castro Alvarez Perez
Michelle Telles Bravo
Paulo Cesar da Fonseca Coelho
Paulo Freire Filho
Paulo José Pereira Camandaroba

Pedro Henrique Netto Cezar
Roberto Luiz HungerbülerPessôa
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 Francisca do Nascimento
Vânia Glória Silami Lopes
Walney Ramos de Sousa

Revisores:

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

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
CAPÍTULO 1	2
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO PRIMEIRO PERÍODO	2
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	3
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02	5
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03	7
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04	9
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05	12
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06	14
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07	15
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08	18
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09	20
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10	22
CAPÍTULO 2	24
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO SEGUNDO PERÍODO	24
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	25
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02	27
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03	29
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04	31
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05	33
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06	35
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07	37
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08	38
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09	40
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10	42
CAPÍTULO 3	43
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO TERCEIRO PERÍODO	43
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	44
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02	45
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03	46
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04	48
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05	50

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	52
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	54
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	56
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	57
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10.....	58
CAPÍTULO 4.....	60
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO QUARTO PERÍODO	60
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01.....	61
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	62
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	63
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	64
<i>Brasil avança no ranking internacional do diabetes</i>	64
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	66
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	68
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	70
10/10/2014 Jornal do Comércio	70
“Hospital no Rio proíbe internações no CTI depois de infecções por superbactéria” 70	
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	72
AMAZONAS.....	72
25/05/2014 – “Amazonas registra mais de 800 casos de tuberculose em quatro meses”	72
11/08/2014 – “Incidência de tuberculose é três vezes maior em homens, diz pesquisa”	72
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	74
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10.....	76
SITUAÇÃO-PROBLEMA 11.....	77
CAPÍTULO 5.....	79
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO QUINTO PERÍODO	79
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01.....	80
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	82
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	84
EAS.....	84
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	86
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	88
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	90
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	92
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	94

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09	96
CAPÍTULO 6	98
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO SEXTO PERÍODO	98
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	99
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02	102
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03	103
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04	105
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05	107
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06	109
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07	110
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08	112
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09	114
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10	116
CAPÍTULO 7	118
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO SÉTIMO PERÍODO	118
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	119
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02	121
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03	123
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04	125
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05	128
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06	130
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07	132
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08	134
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09	136
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10	138
SITUAÇÃO-PROBLEMA 11	140
CAPÍTULO 8	142
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO OITAVO PERÍODO	142
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	143
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02	147
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03	149
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04	151
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05	153
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06	155
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07	157

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	158
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	160
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10.....	162
SITUAÇÃO-PROBLEMA 11.....	164
SITUAÇÃO-PROBLEMA 12.....	166
SITUAÇÃO-PROBLEMA 13.....	169
Bibliografia.....	171
1º PERÍODO – CICLO DE VIDA – CONCEPÇÃO E FORMAÇÃO DO SER E DESENVOLVIMENTO ATÉ 1ª INFÂNCIA.....	171
2º PERÍODO – CICLO DE VIDA – DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	172
3º PERÍODO – CICLO DE VIDA – VIDA ADULTA, SENESCÊNCIA E ENVELHECIMENTO.	173
4º PERÍODO – CICLO DE VIDA – VIDA ADULTA, SENESCÊNCIA, ENVELHECIMENTO, FINITUDE E MORTE.....	175
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	179
8º PERÍODO – CICLO DE VIDA – APRESENTAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DO ADULTO E DO IDOSO.....	180

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 Araújo

Cláudia de Lima Ribeiro

Débora Passos da Silva Jones

Etelka Czako Cristel

Geórgia Dunes da Costa Machado

Gleyce Padrão de Oliveira Zambrotti

Jeanne D'Arc Lima Fontaine

Jorge André Marques Bravo

Leda Jung dos Santos

Roberto Luiz Hungerbüler Pessoa

Sueli Araújo Rodrigues

Vânia Glória Silami Lopes

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

A Chegada Ao Novo Mundo

João Afonso chega a Problemópolis cheio de planos e expectativas, 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 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 o incomodavam. Será que conseguirá 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, o Coordenador 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), participando dos grupos como: entre eles, de gestantes, e acompanhando-as, atividades em creches e escolas, mapeando o território para reconhecimento do mesmo, orientando a comunidade dentro e fora da Unidade em relação a prevenção de agravos.

Informou também que a Instituição tinha passado por uma mudança curricular, assim como outros cursos 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 do instrutivo 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 junto ao Perez, seu colega de turma. Ao chegarem próximo da portaria principal da UNIP, ouvem gritos e, em seguida, observam 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 que o tio de um amigo próximo sofreu, apenas respondendo a alguns estímulos.

Em poucos minutos, Rondinelli está respirando melhor e 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. Será que isso é pensamento científico ou senso comum?

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” e as principais diferenças entre eles. 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 da Família (UBSF). Ao chegar, ele e seus colegas são recepcionados pela equipe e encaminhados à sala de reunião, 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 nove UBSFs, três Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 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) como uma das portas de entrada do sistema.

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 consangüíneos, estórias essas que são interpretadas por seu marido como desculpa para uma possível traição. Ele sempre brinca que vai fazer questão de realizar o teste de DNA, para comprovar que o filho é seu.

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 aparelho 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 aparelho reprodutor feminino sofrem alterações durante o ciclo menstrual?

As meninas estão sempre atribuindo à tensão pré-menstrual (TPM) a cefaléia, 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 responder-lhe, Daniel, mas 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.

- “Fonte Confiável”? Como assim, “Fonte Confiável”? Se está no livro já não é confiável? – Retrucou Daniel.

- Não necessariamente. Depende da hierarquia do grau de evidência. Há uma grande diferença entre livro, estudos observacionais, ensaios clínicos, revisões sistemáticas, metanálises etc. Que tal irmos amanhã cedo à biblioteca?

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

São Muitas as Perguntas

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, adolescente de 16 anos, “marinheira de primeira viagem”, havia apenas feito o teste de farmácia que dera positivo: Posso confiar nele? É garantido que eu estou 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.

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

Outra gestante do grupo, Rita, diz que ouviu dizer que existem riscos em alguns exames para formação do embrião! São muitas as perguntas: “- Por que precisamos fazer os exames? Se há risco, por que os médicos os 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 translucência nugal, 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 apresentadas no grupo com vocabulário acessível. Explicam 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 considerou ótima a dinâmica com o grupo de gestantes. Todas conseguiram expor suas dúvidas e, ao mesmo tempo, compartilhar experiências. João Afonso e Daniel ficaram tão entusiasmados que decidiram iniciar um estudo sobre os coeficientes de incidência de malformações na população atendida por

aquela UBSF. O comprometimento dos estudantes foi mencionado e muito elogiado pelos presentes.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

Contagem Regressiva

Jéssica, só com 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 não contava com o apoio de Alessandro, seu namorado e pai do bebê. Os proventos de seu pai mal custeavam as despesas do mês com os atuais membros da família. O aumento de mais um preocupava a todos.

Jamais passara pela cabeça de Jéssica que, apesar de toda a emoção 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 se sentem 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 doutor da sua patroa lhe deu um pedido médico solicitando alguns exames laboratoriais diferentes, como o teste oral de tolerância à glicose, verificação da função tireoidiana, HTLV1,2 e outros de imagem.

João Afonso, mais uma vez, saiu satisfeito da reunião do grupo de gestantes. Estava atento aos comentários da médica da unidade que descrevia outros sintomas como a emese gravídica e a pirose. Estimulado, foi embora certo que passaria a tarde estudando as modificações do organismo na gestação.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

É chegada a hora!

Foi na 38ª semana de gestação que Jéssica começou a ficar incomodada e tensa com o momento do parto. Não era para menos, na semana seguinte, começou a sentir muitas dores na barriga. Lembrava-se das orientações que recebera nos encontros de gestantes da UBSF, mas preocupada, ligou para sua mãe que prontamente foi ao seu encontro e, imediatamente, levou sua filha ao hospital.

Chegando lá, João Afonso acompanhou a médica residente Francisca que colheu o histórico da gestação de Jéssica, 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.

Já bastante nervosa, Maria das Dores questionava-se sobre a falta de estrutura alegada como impedimento para que ela acompanhasse sua filha para a sala de pré-parto. Mas acabou por se conformar.

Enquanto isso, Jéssica seguia com contrações cada vez mais frequentes e intensas por mais algumas horas era acompanhada pela equipe de plantão. Distraía-se apenas observando Helena, uma antiga vizinha que ela coincidentemente lá encontrou. Ela estava na quinta gestação e, em poucos minutos, estava parindo ali mesmo.

O trabalho de parto de Jéssica acabou por ser acelerado pelo obstetra de plantão, já na sala de parto, que realizou uma aminiotomia em sua bolsa permitindo que, algum tempo depois e já na presença de Maria das Dores, Dra. Francisca pudesse fazer o parto por via baixa. Sem intercorrências, Jéssica ainda apresentava algumas contrações quando teve o que a médica chamou de dequitação da placenta. Estava maravilhada em ouvir João Ronaldo, um bebê saudável com Apgar 9/10, pesando 3,250Kg e medindo 49cm.

João Afonso estava particularmente emocionado com o nascimento desta criança. Afinal, parte desse nome era uma homenagem à sua dedicação. Neste dia, ineditamente, deixou o IETEC e entrou no ônibus em direção ao Rio de Janeiro. Na viagem alongada pelo extenso engarrafamento, lembrava-se de quando resolveu fazer

medicina. Foi em maio de 2014, após visitar com uns amigos, a badalada exposição do escultor hiper-realista australiano Ron Mueck (1958-) que levou mais de 230 mil pessoas ao Mam para visitar o museu.

Ron Mueck, autor das obras expostas “Couple under an Umbrella” (2013), “Mask II” e “Mother and Child” (2002), as representava de forma tão realista reproduzindo fielmente os detalhes anatômicos do corpo humano, seus ossos, suas rugas, pêlos, distribuição de gordura, músculos e tudo o mais que despertou seu interesse por estes aspectos antes observados apenas no conjunto. Já chegando à rodoviária e estimulado pelo parto de Jéssica, João Afonso consultou na internet o nome de Ron Mueck e encontrou obras que traziam o tema da gestação e do parto, como “Big Baby” (1997), “Mother and Child”(2001) e “Pregnant Woman”(2002).

	
<p>Couple under an Umbrella (2013)</p>	<p>Mask II</p>
	
<p>Big Baby (1997)</p>	<p>Mother and Child(2001)</p>



Mother and Child(2002)



Pregnant Woman(2002)

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 reafirma que o nome do bebê foi uma homenagem a ele. Ela lembra os momentos difíceis – o abandono de Alexandro e a insatisfação de seu pai com a gravidez. Hoje no entanto 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. 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 intra-uterina para a vida extra-uterina.

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

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

No período de permanência no alojamento conjunto, participou de atividades educativas, pois o Hospital de Problemópolis estava se candidatando ao título de Hospital Amigo da Criança.

Pouco antes de deixar o hospital com João Ronaldo já vacinado, Jéssica foi orientada a fazer o “teste do pezinho” até, no máximo, o sétimo dia de vida, agendar uma consulta na UBSF para este período, momento em que receberia orientações sobre os cuidados com seu filho.

Com tantas informações dadas por Jéssica, João Afonso nem percebeu a hora passar, e ao despedir-se, pensou que as informações sedimentadas em tutorias são prova de uma aprendizagem significativa.

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? Existe uma dieta balanceada específica para crianças nesta idade?”

- “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 3 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 (105 cm), do peso (16 kg) e do perímetro cefálico (47 cm), 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 4 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 6 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.

CAPÍTULO 2

SITUAÇÕES-PROBLEMA DO SEGUNDO PERÍODO

Autores

Alexandre de Pina Costa

Américo Fernando dos S. Gonçalves

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Anamarina Coutinho Barros de Brito

Antônio José Magalhães S. Moreira

Bruna Salgueiro Bruno

Bruno Rodrigues Rosa

Floriano Tadeu Garcia

Joelma de Rezende Fernandes

Luis Sérgio Lobianco

Maria Aparecida Rosa Manhães

Mário Antônio Simões

Rosiane Fátima Silveira de Abreu

Thiago Bretz Carvalho

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

Respostas que precisam ser ativadas

Maria das Dores se questionava porque Cauã de 5 anos tinha tanta inflamação na garganta. Frequentemente a garganta de Cauã ficava hiperemiada e purulenta, apresentava odinofagia e conseqüentemente alimentava-se mal.

Qual não foi sua surpresa quando João Afonso, Acadêmico de Medicina, junto com a Agente Comunitária de Saúde Inês, que atua com a equipe de saúde da UBSF daquela área, aparece em sua residência para uma visita domiciliar. E mediante a esta história iria agendar e acompanhar uma consulta para Cauã com a Dra. Sofia (Médica reconhecida por todos devido a competência em acolher e ouvir atentamente seus pacientes e familiares/cuidadores).

Na anamnese, entre outras perguntas, Dra. Sofia a questiona sobre o aleitamento materno e Maria das Dores responde que o aleitou até 03 meses sem entender o Porquê da pergunta...

Durante o exame físico na etapa da inspeção e palpação verifica a presença de adenomegalia, em cadeia cervical anterior e posterior. Ao exame da cavidade oral realiza uma ampla inspeção, observou as mucosas, a língua, dentes decíduos e a presença de placas pultáceas em ambas tonsilas. A palpação abdominal identificou discreta esplenomegalia.

Dra. Sofia checou a caderneta de saúde atentando para o calendário vacinal de Cauã e verificou que existiam imunobiológicos com datas atrasadas. Ao final da consulta, Dra. Sofia esclareceu todas as dúvidas de Maria das Dores, realizou as orientações necessárias, informou inclusive com a orientação de atualizar as vacinas hoje na sala de hipodermia.

João Afonso, perguntou à Dra. Sofia se nessa faixa etária é comum a hiperreatividade imunológica, se Cauã poderia receber as vacinas preconizadas no mesmo dia e como o organismo de uma criança era capaz de produzir diferentes anticorpos.

Dra. Sofia aproveitou a ocasião e o instigou a pesquisar sobre o desenvolvimento linfóide e sua importância e o compromisso em trazer na próxima semana para a educação permanente da equipe.

João Afonso a cada dia está mais entusiasmado com a Medicina e suas novas formas de aprender a ser médico.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

Os impulsos maternos e suas conexões com a vida

Marlene comparece a UBSF com Yuri (03 anos), para uma consulta com a Dra. Sofia e comenta: - Doutora este menino cai muito! Sempre bate com a cabeça! Estou preocupada porque acho que isso pode ter consequências no futuro. Sabe, ele é muito estabanado... A senhora não acha que isso poderia afetar-lhe o cérebro. Eu me lembro que assim que ele nasceu, os médicos ficaram preocupados com a “moleira” dele. Será que agora a doutora não poderia pedir para ele fazer aquele exame: a Tomografia?

A médica a escuta atentamente, sorri e dando prosseguimento a sua anamnese criteriosa, a questiona sobre o pré-natal e o desenvolvimento de Yuri no primeiro ano de vida. Pergunta se ela fez uso de ácido fólico no início do primeiro trimestre da gravidez. Marlene relata que correu tudo bem na gravidez.

Durante a consulta Dra. Sofia observa atentamente Yuri ter a atitude de pegar a caneta da mesa e ficar riscando os papéis que estão ao seu alcance e mostra-se um tanto irrequieto, o que faz com que Marlene o repreenda aos gritos.

Dra. Sofia, fala para Marlene deixar Yuri brincar e ela responde: - Este menino parece quietinho porque gosta de ficar isolado doutora, mas mesmo sozinho ele é terrível! Ainda outro dia queimou o braço no forno do fogão, deixando cair o prato de comida que tinha na mão. Não posso descuidar um minuto!

Após o exame físico, Dra. Sofia tranquiliza Marlene e informa que não há motivos no momento, para preocupações, pois seu filho apresenta desenvolvimento neurológico dentro do esperado para a sua idade.

João Afonso – estudante de Medicina - que por acaso estava acompanhando a consulta junto com os internos – curioso, faz algumas perguntas a equipe, como por exemplo: Nós já nascemos com todos os neurônios? Será que este menino cai tanto porque não tem todas as suas sinapses formadas? As quedas são causadas como consequências das perdas de neurônios? As perdas de neurônios podem ser reparadas?

A Dra. Sofia aproveita a ocasião, para instigá-los a trazer uma busca mais aprofundada sobre o tema. E pergunta ao grupo vocês repararam que quando Marlene

gritou com Yuri para parar de rabiscar, ameaçando-o de bater, ele deixou a caneta cair e ficou pálido com o susto?

João Afonso pergunta: - Mas Dra. Isso também tem a ver com o sistema nervoso?

Dra. Sofia complementa: - E quanto a Tomografia? Aqui na UBSF seria o nível de atenção à saúde ideal para se solicitar este tipo de exame?

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

Crianças sempre surpreendem

Numa reunião de pais numa escola de Problemópolis, se encontravam Maria das Dores, mãe de Cauã de 5 anos e, assim como ela, várias outras mães preocupadas com o desenvolvimento de seus filhos. Antes de começar a reunião, Maria das Dores falava sobre Cauã com duas outras mães. Ela repetia que Cauã sempre foi muito baixo e magro, mas que seu pediatra insistia que seu crescimento estava dentro do esperado mostrando a ela, inclusive, as anotações que fazia nos gráficos de desenvolvimento pômdero-estatural da caderneta de saúde dele. Dizia ainda que seu filho é muito atrapalhado, que já havia se queimado várias vezes no fogão e no ferro de passar roupa e quase se afogou na piscina de um clube não fosse a presença de um bombeiro salva-vidas no local. Cauã não tinha apresentado nenhuma dentição decídua, falava frases completas e bem encadeadas, mas não sabia escrever seu nome nem ler. Maria das Dores, enfim, falou que queria ver seu filho, no final desse ano letivo, lendo e escrevendo tudo, fazendo desenhos bem detalhados e não se machucando mais na sua cozinha.

Lindalva, mãe de Jenifer de 4 anos e meio, ouvia Maria das Dores pacientemente. Em seguida, falou que Jenifer de 28kg e 115cm de estatura é muito esperta, consegue escrever seu nome todo, mas não sabe ler nem dançar direito e fica o tempo todo vendo televisão e falando sozinha com sua amiguinha imaginária. O pediatra de Jenifer, inclusive, já havia alertado várias vezes que seu peso estava muito acima do esperado e como seu IMC já estava acima de +3DP(ou +3escores Z), já apresentava obesidade. Lindalva ainda dizia que a vacinação de Jenifer estava toda atrasada devido a sucessivos resfriados e que nem as vacinas de 1 ano ela havia tomado. Pra acabar falou que tinha muita preocupação dela cair da laje onde fica brincando sozinha ou de se afogar na piscina nova que havia comprado, mas só ficava tranquila quando colocava nela bóias de braço para fazer suas coisas de casa.

Sônia, mãe de Júlio de 6 anos, logo lembrou que quando ele tinha 1 ano e meio quase morreu por uma meningoencefalite infecciosa porque também estava com sua vacinação atrasada. Ela desabafou que Julio ficou com muitos problemas neurológicos após a meningite e se não fosse o excelente trabalho de estimulação multidisciplinar

com hidroterapia, Fonoaudiologia e equoterapia, ele não conseguiria nem ter andado aos 2 anos nem ter falado aos 3. Sônia mencionou ainda que foi proibida de usar andador. Contudo, Julio mantinha uma ptose parcial à esquerda, diplopia, hipoacusia leve, uma hidrocefalia que havia sido corrigida com uma derivação ventrículo-peritoneal e uma hemiparesia à direita que deixava sua mãe muito apreensiva nas suas atividades físicas e aulas, principalmente após uma queda que sofreu no banheiro.

Finalmente, depois de tanta conversa, chegaram professora Teresa com Dr. Lucas, médico cadeirante (paraplégico por mielomeningocele congênita), e começam a explicar quais estímulos seriam aplicados para um melhor desenvolvimento das crianças. Eles explicaram que as atividades pedagógicas, por mais simples que sejam, estimulam sempre diferentes áreas do Sistema Nervoso Central, inclusive promovendo novas ligações entre os neurônios e desfazendo as ligações e as células em desuso. Lembram que à semelhança que acontecia quando éramos apenas embriões, nossas crianças quando recebem estímulo e carinho, sempre nos surpreendem.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

A gente chama as crianças e parece que estão no mundo da lua

Na praça principal de eProblemópolis, Mônica, mãe de Gustavo de 8 anos encontra Maria Clara, a mãe de Betinho prestes a fazer 7 anos.

- Gustavo! Betinho está aqui e vocês vão poder brincar!

Mônica deixa Betinho com Gustavo e ambos saem correndo pela praça.

- 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 Maria Clara! Betinho e Gustavo são tão amigos! E eu tenho andado muito preocupada com o Gustavo na escola, a professora disse que ele está com problemas de concentração e aprendizado e não consegue acompanhar a turma. Parece que isto ocorre com várias outras crianças da turminha dele. Será coisa da idade e não tenho que me preocupar? Vi uma vez uma entrevista na TV sobre isso, mas já faz tempo e não lembro dos detalhes. Vou sugerir na reunião da escola palestra para os pais sobre Aprendizagem e também sobre comportamento. Informação quanto mais, melhor, você não acha?

- Será que não é problema de visão Mônica? Uma vez uma mãe me comentou que pediu para seu filho ser trocado do fundo da sala para frente e a professora pediu para ela levar o filho ao Oftalmologista ao invés de trocá-lo.

-Tenho lido o caderno dele e a caligrafia é boa e ele lê com facilidade e não gagueja. Eu acho que o problema dele mesmo, é se lembrar do que estudou na época das provas, e se ele estudasse um pouco todo dia fixaria melhor do que deixar para estudar tudo em cima da hora! - Às vezes eu preciso falar várias vezes e não sei se ele está me ouvindo ou está distraído? Vou marcar um médico para examinar a visão e a audição dele. Será que é só a memória?

- Mônica, nunca ouvi falar que criança tem problema de memória, isto não ocorre só com gente de idade?... Não seria ansiedade?

- Maria Clara, deixa eu te contar, hoje mais cedo levei o Gustavo na pediatra. A médica 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 à percepção, cognição e linguagem!

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

- Mas, Maria Clara, mesmo após a médica me tranquilizar, fiquei novamente aflita, pois a sala de espera estava cheia de crianças com catapora! Tinha tantas perguntas, 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? Pode atacar os nervos? Pode deixar seqüelas? Não sei exatamente todas as vacinas que ele já recebeu. Essa época do ano tem muita criança com catapora. Inclusive, várias delas estão de licença médica lá na escola dos meninos!

- Monica, eu preciso ir, tenho que levar o Betinho na nataçãõ.

- Mas já Maria Clara? Da próxima vez vamos achar um tempinho para conversarmos mais.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

Adolescência, uma fase complicada?

Em mais um dia de ambulatório de Hebiatria com Dra Sofia, João Afonso, estudante de Medicina, chegava à unidade de Saúde com muita alegria e disposição. Logo na primeira consulta, entram Márcia e seu filho Alexandre de 13 anos. Márcia relata com muita ansiedade que acha o pênis de seu filho muito pequeno, conta que fica horas seguidas na internet do computador do seu quarto, não gosta de sair de casa para nada e nem tão pouco se interessa por meninas. Ela ainda lembra que foi à escola de Alexandre porque sofria bullying e cyberbullying pela sua obesidade e jeito de ser. Após a saída da mãe, João Afonso examinou Alexandre e percebeu que se encontrava no estadiamento G2P3 de Tanner com genitália de medidas normais, ginecomastia leve bilateral, lipomastia acentuada, IMC de 31kg/m^2 , PA de 120X80mmHg e considerando as medidas antropométricas prévias da caderneta de saúde do adolescente, identificou que ele estava iniciando o estirão puberal com uma velocidade de crescimento média de 9cm/ano. Após considerar todas essas informações, Dra Sofia orientou Márcia sobre a puberdade de Alexandre e conversou separadamente com João Afonso a respeito de todos os fatores intrínsecos e extrínsecos que poderiam influenciar no desenvolvimento da identidade sexual de Alexandre.

Logo em seguida, entram no consultório Isabela e sua filha Catarina de 12 anos e, também muito ansiosa, começa a falar que sua filha já menstruava, estava “quase toda formada” e perguntava se ela ainda ia crescer mais. Após dispensar Gabriela, Dra Sofia começou a conversar sozinha com Catarina a respeito de suas amizades, seus relacionamentos, sonhos, projetos e dúvidas. Catarina falou que sonhava em se casar virgem, ter uma família feliz com muitos filhos e ser uma ótima médica. Mencionou que estava insegura em receber a vacina contra HPV e achava que não precisaria dela. Dra Sofia constatou pelo exame físico completo um estadiamento M4P4 de Tanner, PA de 100X70 mmHg, IMC de 19kg/m^2 e pelas análises retrospectivas uma telarca aos 9 anos, uma pubarca aos 10 anos, uma menarca aos 11anos e uma desaceleração da velocidade de crescimento para 1cm/ano. Após as devidas orientações de planejamento familiar e contracepção, liberou-as.

No final do dia de atendimento, Dra Sofia contou para João Afonso alguns casos interessantes que ela havia atendido. Falou de Pedro, um menino que na ocasião com 5 anos apresentou uma puberdade precoce com o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários, aceleração da velocidade de crescimento, idade óssea mais avançada que a cronológica e alterações neurológicas. Após investigação por uma Ressonância Magnética de sela túrcica e avaliações subsequentes se diagnosticou um tumor hipotalâmico com posterior extração cirúrgica. Lembrou também de Juliana, uma menina de 6anos com diagnóstico de puberdade precoce com aumento expressivo das gonadotrofinas e dos esteróides sexuais por uma provável ativação prematura e idiopática do eixo hipotálamo-hipófise-gônadas. Ela, inclusive, foi tratada com análogo do GnRH com sucesso.

Então João Afonso suspirou pensando “adolescência, que fase complicada!”

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

AS AÇÕES DE SAÚDE NA COMUNIDADE: os estudantes de medicina e as ligas acadêmicas

A Liga de Pediatria do Centro Universitário estava organizando uma ação de saúde que realizariam em um colégio da Zona Rural de Problemópolis. Almejavam atender em torno de 100 crianças. Tratava-se de uma grande ação de participação social e produção de cuidado integral em saúde. Tudo articulado pelos estudantes do Centro Universitário que mobilizaram para isso apoio junto a Sociedade Brasileira de Pediatria.

João Afonso vai participar representando o segundo período, na equipe que avaliará nas crianças a parte de coordenação motora, audição e equilíbrio. Ele pratica “*slackline*” e junto com Carolina que pratica “tecido acrobático”, ficará na parte de recreação desta equipe. João Afonso foi chamado para entrar na vaga de Flávio que sofreu um rompimento de tendão. Ao mesmo tempo em que estava animado, estava nervoso e comentava com Carolina:

- Não posso fazer feio Carol! Eu iniciei um programa de exercícios físicos para emagrecer e ganhar massa muscular. Com essa ACI, engordei, a fita de equilíbrio do “*slackline*” vai encostarno chão! Comecei a “seguir” vários perfis de *fitness* e alimentação no *Instagram* e me matriculei em uma academia. No primeiro dia fiz 60 minutos de exercícios anaeróbicos, com cargas pesadas e repetições intermináveis. Terminei dispneico, com artralgia e mialgia! Nem consegui voltar andando para casa.

Na manhã seguinte, o professor de educação física da academia, ao observar o grande esforço de João Afonso e sua posição antálgica ao deambular, o orienta:

- João, 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. Grande parte do nosso corpo é constituída por músculo esquelético e você precisa entender a anatomia, fisiologia e como ocorre o mecanismo de contração muscular.

Ao chegar para a instrutoria da tarde João Afonso não acreditou, o tema foi sobre: suplementos, anabolizantes e esteroides. O professor comentava que poderiam ser verdadeiras bombas para o organismo! E que todo suplemento, deve ser tomado

com orientação profissional, (aquele recado parecia que era para mim, pensa João Afonso).

João Interessou-se pelo tema se informou sobre fisiologia do exercício. Aproximou-se dos conceitos de hipertrofia muscular e hiperplasia das células. Realizou uma busca ativa de conhecimento e encontrou informações interessantes sobre massa óssea e exercícios físicos. Compreendeu que o ganho muscular deve ser gradativo! Ao encontrar Carolina na tutoria do segundo período desabafou:

- É Carol, até nos preparativos para a ação de saúde a fisiologia está comigo (mostra o *Guyton*[®] que está carregando), aprendi que a gente estuda não só para “aprender a conhecer”, mas também para “aprender a ser” na vida. E agora tenho que pensar e agir como um profissional de saúde. Já estou fazendo exercício corretamente (seria isométrico, pensa João Afonso).

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

É CHEGADO O GRANDE DIA: o resultado da ACI, haja coração!

João Afonso estava no corredor das salas de tutoria, aguardava o momento em que seu grupo “G”, seria chamado a sala nº 13, para receber o resultado da primeira ACI pelo Coordenador do 2º período. Não sabia o que esperar, pois várias eram as reações dos que saíam daquela sala: alguns colegas saíam gritando, outros chorando, outros falando que estavam com o coração batendo a mil por minuto! Carol, sua colega inseparável, ao mesmo tempo em que segurava sua mão suada, comentava:

- Olha João, como minhas mãos estão geladas! Meu coração parece que “vai sair pela boca”, de tão nervosa que eu estou! Não suporto todo este estresse! “Mainha”, não pára de me ligar, ela se preocupa muito comigo nesta época de provas e eu fico aqui preocupada com ela, pois a minha família tem história de cardiopatias e ela é sedentária, obesa, tabagista. Nossa! Será que meu coração vai funcionar bem depois de tudo isso! João Afonso a abraça.

- Calma Carol! Estamos cansados! Vamos superar isso tudo! Além do que, sabemos que estudamos muito para esta ACI! E com relação ao seu coração, ele é forte, um músculo potente, está funcionando bem sim, contrai e relaxa pelo menos é o que eu consigo lhe explicar com o conhecimento construído até agora, (risos)! Vai passar bem por mais essa! Esse é o laudo do futuro cardiologista Dr. João Afonso.

- Eu sei! Obrigado amigo! Sei que vamos ser suficientes e que vou dar esta felicidade para “mainha”! Agora, João Afonso, você falou tanto em coração, que até lembrei, a conferência desta semana é sobre o potencial de ação da fibra muscular cardíaca, ou seja, já vamos entrar em outro sistema! Você já imaginou a próxima ACI?

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

“Tempo ruim em Problemópolis”

No meio da madrugada Verônica acorda e percebe que sua filha Samanta de 14 anos está sentada na cama, respirando com dificuldade e com dor torácica.

Samanta não quis preocupar sua mãe, pois sabia que ela sofria do coração e sua pressão sobe quando ficava nervosa.

Verônica perguntou a ela se já havia usado algum medicamento, mas Samanta falou que não usa medicamentos sem autorização dela e estava aguardando melhorar, e sentada respirava melhor que deitada.

Verônica percebeu que sua filha falava com dificuldade e tinha uma tosse seca junto com aquele “chiado” já conhecido de outras crises. Verônica foi buscar os medicamentos já prescritos anteriormente e antes verificou a validade dos medicamentos.

- Vou esperar algum tempo (falou Verônica à sua filha), se você não melhorar vou pegar sua caderneta de saúde e vamos para a UPA.

Passado uma hora a apesar de ter feito nebulização e medicamentos continuava com tosse sem secreção, falta de ar, dor torácica e agora com lábios cianóticos e tonteira.

Verônica acordou seu marido e foram para a UPA. Samanta mal conseguia falar e andar.

Na UPA foi atendida pelo Dr. Ernesto que enquanto a examinava solicitava tratamento específico à enfermagem.

O médico, fez diversas perguntas a família: - A crise apareceu após esforço? É sua primeira crise? Ela está assim há quanto tempo?

Verônica foi respondendo: – Ela fez muito esforço de gritar na torcida de sua escola no final da tarde e até ficou rouca! Depois foi deitar, mas como aqui em Problemópolis tem havido muita variação de temperatura e esta noite esfriou muito, acho que isso facilitou sua crise. Ela já teve várias crises menores, ela está assim há quase 2h, e agora antes de chegar à UPA falou que sua dor está piorando.

Dr. Ernesto continuou: - Ela tem alergia a alguma coisa?

Verônica respondeu: - Sim Dr. Ernesto ela teve que se desfazer de sua cachorrinha “Yorkshire”, tiramos tapetes, cortinas e tudo que acumula pó em casa! Até o pai dela que tem enfizema e DPOC “graças a Deus” parou de fumar por orientação da médica e da equipe do nosso postinho que nos tem ajudado bastante.

Dr. Ernesto continuando seu exame percebeu que Samanta apresentava tiragem intercostal. Verônica então começou a contar que Samanta nasceu prematura e logo após apresentou “Síndrome de Angustia Respiratória” e precisou de 2 doses de “Surfactante”, depois antes dos 2 anos teve bronquiolite, mais tarde vieram a rinite, resfriados freqüentes, gripes e se não fosse os cuidados freqüentes da UBSF, controle vacinal e demais cuidados eu não sei o que poderia ter acontecido!!!

Samanta agora já está medicada então vou pedir uma radiografia do Tórax disse Dr. Ernesto.

Verônica então pergunta: - E se ela também não melhorar com todos estes medicamentos, soro e oxigênio o que vamos fazer?

Dr. Ernesto responde: - Há alternativas: transferi-la para a UTI, respiração assistida após intubação endotraqueal, oximetria de pulso, dosagem sanguínea da gasometria arterial, e outros exames, mas eu acho que nada disto será necessário, pois confio que ela irá melhorar.

Após algum tempo Samanta deitada no leito comenta com Verônica que agora estava melhor e não tinha mais “falta de ar”, mas precisava ir ao banheiro e então observar se ao esforço a dispnéia reaparece?

Dr. Ernesto retorna com uma boa notícia: - O Rx de Tórax não mostrou Pneumotórax, nem Pneumomediastino. Não há líquido estranho nem ar na cavidade pleural e também não há Pneumonia. Após exame minucioso disse: - Vou então após o término do soro liberá-la. Deixo uma prescrição que deve ser cuidadosamente seguida até ser atendida pelo Pneumologista, ele provavelmente lhe pedirá uma “Espirometria”. O casal e a filha agradecem felizes pelo acolhimento.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

“É DURO DE DIGERIR...”

Num dia especial na UBSF, Dra Sofia recebia a visita de Dr. Antônio Calçado, excelente gastroenterologista, para avaliarem juntos alguns pacientes. Primeiro entra no consultório Júlio de 20 anos com obesidade mórbida e diabetes mellitus tipo II para ser avaliado após ter sido submetido à cirurgia bariátrica com redução gástrica e bypass de alça intestinal. Júlio foi relatando alegremente que seu apetite havia reduzido muito e com pequenas quantidades de comida já ficava saciado. Ele porém só reclamava que ainda tinha que comer somente alimentos pastosos ou muito bem mastigados e perguntava porque mantinha muita flatulência e fezes com alguma espuma e gordura. Dr. Calçado, após orientações, prescreveu vitaminas e progrediu um pouco mais sua dieta.

Em seguida, entram Amanda de 5anos e sua mãe Clarissa. Amanda é portadora de Fibrose Cística, diagnosticada por Dra Sofia no teste do pezinho e apresentava insuficiência pancreática exócrina e litíase biliar. Calçado explicava para Dra. Sofia e Clarissa que pela doença de Amanda, suas secreções são muito espessas e disfuncionais. Ela deveria continuar tomando enzimas pancreáticas e seria esperada a ocorrência frequente de litíase e esteatorréia. Amanda, no momento com diarreia, perguntou carinhosamente para os médicos se podia tomar leite com chocolate. Após as devidas orientações, Dr. Calçado aproveitou para revisar com Dra. Sofia as diferentes enzimas digestivas nas diferentes etapas da digestão.

Finalmente entram Kauê de 8meses no colo de sua mãe Laura, nitidamente preocupada com o futuro do seu filho. Kauê é portador de Aganglionose Colônica que, por malformação congênita da inervação entérica, apresentava megacólon com constipação grave, fezes em cíbalos e hematoquezia. Laura perguntou o que poderia melhorar o transito intestinal de Kauê e de seu outro filho Jonathan de 8anos, também com constipação só que funcional. Dr. Calçado manteve a prescrição de lactulose para Kauê, encaminhou-o para cirurgia e fez orientações para os dois.

Depois de tantos pacientes complicados, Dra. Sofia desabafou para Dr. Calçado: “Hoje fiquei tão estressada que não estou mais aguentando tanta dispepsia. Acho que preciso descontraír, comer melhor e tomar uma ranitidina ou um omeprazol.” Dr.

Calçado então respondeu: “Já eu, estou morrendo de fome e começo até a salivar só de pensar numa picanha”

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

Como é difícil absorver as coisas!!!

Maria das Dores foi buscar seu filho Cauã na escola e aguardava o momento da sua saída conversando com alguns pais. Elza, mãe de José da turma de Cauã, estava contando que seu filho havia apresentado uma diarreia líquida há 1 semana e só havia melhorado após usar um remédio chamado Simbioflora. Elenice, mãe de Joana, lembrou imediatamente que estava usando um remédio semelhante, só que era para tentar melhorar sua dermatite atópica. Então elas começaram a se questionar como remédios tão parecidos poderiam ser eficazes para doenças tão diferentes. Maria das Dores então explicou para suas colegas que tinha visto uma reportagem do Dr. Drauzio Galera falando sobre Microbioma Humano, disbioses, simbioses e que achava muito inusitado nossas bactérias serem importantes para nosso sistema imunológico e até poderiam ter relação com a obesidade, o câncer e outras coisas.

Por fim apareceu Everaldo, pai de Carlos de 6 anos e contou que seu filho é portador de Doença Celíaca, uma intolerância ao glúten que deflagrava reações auto-imune com perda das microvilosidades intestinais. Ele lembrava que até fechar seu diagnóstico, Carlos ficou desnutrido e até por vezes desidratado porque não conseguia absorver os nutrientes da digestão.

Após o sinal da escola tocar, Cauã, pálido, sai correndo para os braços de sua mãe e começa a vomitar. Preocupada, Maria das Dores começa a tentar explicar o que poderia ter ocasionado esse vômito: o antiinflamatório que ele estava tomando? Os salgadinhos que levou de merenda? Ou era porque mais uma prova estava se aproximando?... Como é difícil absorver as coisas!

CAPÍTULO 3

SITUAÇÕES-PROBLEMA DO TERCEIRO PERÍODO

Autores

Adriana dos Passos Lemos

Agnes Bueno dos Santos

Anamarina Coutinho Barros de Brito

Bruna Salgueiro Bruno

Emilene Pereira de Almeida

Geórgia Dunes Machado

Geórgia Rosa Lobato

Hélio Pancotti Barreiros

Ingrid Tavares Cardoso

Luis Cláudio de Souza Motta

Paulo José Pereira Camandaroba

Pedro Henrique Netto Cezar

Suzelaine Tanji (*In Memoriam*)

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

Ninguém merece!

Maria das Dores estava preparando tranquilamente o café da manhã, quando foi interrompida pelos gritos do filho Maicon, 18 anos:

- Mãeee, corre aqui!

Maicon estava escovando os dentes no banheiro quando ao olhar-se no espelho percebeu um aumento de volume, hiperemia e calor em região malar esquerda. Na noite anterior, praticamente não conseguira dormir devido à uma odontalgia em região de 2º pré-molar superior esquerdo que não apresentou melhora com o uso de analgésicos comuns.

Maria das Dores chegou rapidamente e ao ver a face do filho foi logo dizendo:

- Isso é dente ruim! Vivo falando que você tem que ir ao dentista, mas você não me ouve!

- Mãe, tô com dor no corpo, moleza e muito frio também. Vê aqui a temperatura!

Maria das Dores aferiu a temperatura do filho: 38,5°C. Frente ao quadro de Maicon, Maria das Dores levou-o à UBSF para uma avaliação.

Em outro ponto da cidade, Mônica, 35 anos, procura seu ortopedista, Dr. Afonso por motivo da recorrência das dores em punho D. Mônica era digitadora e, atualmente, para ajudar no orçamento familiar, aceitava muitos serviços extras para fazer em sua residência. Queixava-se que em seu trabalho sua mesa e cadeira não a deixavam confortável, já tendo conversado sobre as condições ergonômicas com seu chefe, sem muito sucesso. Após realizar a anamnese do quadro algico atual o médico durante o exame físico encontrou também aumento de volume e diminuição da mobilização em punho D, aspectos presentes nas consultas anteriores. Mônica confessou ao médico estar insatisfeita com seu trabalho de digitadora, pois sempre o associa “à esta dor que a persegue”, porém, precisa ajudar o marido com as despesas. Isso estava deixando-a bastante perturbada. Dr. Afonso procurou acalmá-la, explicando-lhe que no momento prescrever-lhe-ia um antiinflamatório e solicitaria fisioterapia para melhora de seu quadro.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

Devagar se vai longe!

Rondinelli, 45 anos, trabalhava na construção civil e no momento estava encarregado de supervisionar as obras de um complexo esportivo. Naquela manhã chuvosa, o despertador não tocou na hora habitual, sendo acordado pela esposa, Maria das Dores, às 9h, que desdobrou-se em desculpas por não ter programado adequadamente o aparelho. Após pular da cama e praticamente engolir o café da manhã, Rondinelli saiu a toda velocidade para o trabalho.

Ao chegar, andou apressadamente em direção ao local onde estavam os trabalhadores. Como chovia muito, escorregou numa poça, caindo com toda força sobre uma pilha de tábuas colocada displicentemente no meio do caminho. Sentiu uma forte dor em seu joelho direito, que exibia ferida corto contusa com extravasamento de sangue. Ajudado por 2 trabalhadores que o acudiram rapidamente, Rondinelli foi levado ao pronto-socorro mais próximo, onde foi atendido pela Dra. Kátia, que realizou os primeiros cuidados com a ferida, indagando em seguida sobre sua situação vacinal para o tétano. Rondinelli lembrou-se que quando deu baixa no quartel há 8 anos, havia tomado a dose de reforço. Dra. Kátia orientou o paciente a manter repouso por alguns dias para facilitar o processo de cicatrização da ferida, explicando que a perda da barreira da pele o deixa vulnerável à infecções secundárias. Rondinelli agradeceu bastante o atendimento da médica.

No dia seguinte, Rondinelli compareceu ao serviço médico da construtora, acompanhado pelo seu superior, onde conversou com o Dr. Fabiano, médico do trabalho, explicando-lhe detalhadamente o acidente. Após examinar o paciente, o médico confirmou o acidente de trabalho, deu as instruções cabíveis ao caso e reiterou as recomendações da médica do pronto-socorro. Ao se despedir, Rondinelli brincou com o médico:

- É doutor... A pressa é inimiga da perfeição!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

De gole em gole

- Jovêncio faltou ao trabalho de novo? – perguntou Rondinelli incrédulo ao fazer sua supervisão na obra do complexo esportivo.

Jovêncio, 36 anos, era conhecido entre os colegas de trabalho por gostar de uma “purinha” e com frequência faltava ao trabalho, sobretudo nos dias onde havia abusado da ingestão alcoólica na véspera, perdendo a hora. Rondinelli já havia conversado seriamente com o amigo, aconselhando-o a procurar ajuda na UBSF do bairro, pois essa situação estava interferindo no seu rendimento no trabalho, onde mostrava-se desconcentrado e emocionalmente lábil, tendo seus companheiros reclamado de seu comportamento por vezes agressivo. Magnólia, esposa de Jovêncio, já havia confidenciado à Maria das Dores sua intenção de divorciar-se do marido se o mesmo não se tratasse.

Ciente do problema que estava causando para seus familiares e seus colegas de trabalho, Jovêncio teve uma séria conversa com Magnólia e foram consultar o doutor Davi, médico da UBSF, que os recebeu de forma bastante acolhedora. Magnólia procurou deixar o marido à vontade para conversar com o médico, a fim de que desenvolvessem uma boa relação médico-paciente. Um pouco acanhado, Jovêncio começou a contar sua estória. Durante sua infância convivera com o alcoolismo de seu padrasto, lembrando-se de como sua mãe sofria com seus acessos de violência. Estava muito preocupado, pois ouviu dizer que o álcool era prejudicial para vários órgãos, principalmente para o fígado. Uma vez recordava-se que seu padrasto apresentara coloração amarelada dos olhos, o que levou à internação para investigação diagnóstica.

Dr. Davi procedeu ao exame físico de Jovêncio, encontrando um fígado à 3 dedos do rebordo costal direito, pouco doloroso à palpação profunda. Em seguida, informou que solicitaria exames laboratoriais para avaliar a função hepática e um exame de imagem para avaliar melhor o fígado e o pâncreas, já que este último órgão também poderia sofrer os efeitos do álcool e ter suas funções comprometida. Jovêncio comprometeu-se a realizar os exames o quanto antes, além de aceitar o convite do

médico para freqüentar as reuniões dos alcoólicos anônimos na igreja local, onde frequentemente dava palestras de esclarecimento aos participantes.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

Hoje eu vou mudar!

O último ano não foi moleza para Maria das Dores, 53 anos. Recentemente fora demitida da firma onde trabalhara por muitos anos como cozinheira, sob alegação de contenção de despesas. Além disso, sua filha Jéssica, de 17 anos, estava grávida do namorado, Alexsandro, e por conta disso vinha se desentendendo frequentemente com o pai, Rondinelli. Por conta de todos esses contratempos, Maria das Dores estava bastante ansiosa, o que a levava a alimentar-se de forma descontrolada, especialmente doces, pães, salgadinhos e refrigerantes, habitualmente encomendados da padaria de sua vizinha. Por conta disso, percebeu ganho ponderal progressivo, que já a fizera perder vários vestidos, apresentando significativo aumento de tecido adiposo em região abdominal.

Maria das Dores passou a evitar o marido sexualmente, pois sentia-se inibida ao despir-se na sua frente, dando desculpas frequentes. Além disso, não queria sair de casa para não ser alvo dos comentários da vizinhança, deixando de comparecer às aulas de hidroginástica, pois não queria ser vista de maiô e com aquela barriga! Percebendo que a situação só piorava, Maria das Dores resolveu procurar a Dra. Sílvia na UBSF para uma avaliação.

A médica que já a conhecia de longa data, recebeu-a com um largo sorriso:

- Resolveu me visitar, né? Temos muito a conversar!- Por várias vezes Dra. Sílvia a havia pedido que fosse para uma consulta.

Maria das Dores relatou sobre o stress constante em que sua vida se transformara e no aumento de peso que estava mexendo com sua auto-estima. Também estava preocupada, pois em sua família havia várias pessoas obesas. Ao examinar a paciente, a médica procedeu à análise dos dados pôndero-estaturais: 1,60m e 90kg, calculando seu IMC. PA: 140x80mmHg; aparelhos cardiovascular e respiratório sem alterações e exame do abdome mostrando um formato globoso. Maria das Dores manifestou à médica desejo de avaliar “suas gorduras no sangue”, pois lembrava-se que sua mãe havia falecido por um acidente vascular encefálico e seu pai, por um infarto agudo do miocárdio. Estava ansiosa por saber se já estava iniciando alterações nesse sentido.

Dra. Sílvia tranquilizou-a, dizendo que solicitaria não apenas os exames mencionados, mas que também preocupava-se com sua glicemia, pois seu ganho ponderal poderia ter alterado seus níveis. Ressaltou a importante relação entre o aumento do peso e desenvolvimento de dislipidemias sua importância como fator de risco cardiovascular. Em seguida, solicitou os exames laboratoriais, orientando Maria das Dores a retornar tão logo os mesmos estivessem prontos.

- Certamente há muito trabalho pela frente – disse a médica- Mas com a sua colaboração tudo dará certo!

Maria das Dores sorriu, ciente de sua responsabilidade nessa empreitada.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

Vida que segue

Pedro, 28 anos, morava com a mãe Josilda e a irmã Rita na região rural, onde se dedicava com afinco ao cultivo da terra, seguindo os passos do pai, que falecera recentemente. Desde adolescente, Pedro chamava atenção da família por suas frequentes flutuações de humor, onde alternava períodos de euforia com episódios onde se mantinha introspectivo, falando pouco. Seus pais, a princípio, acharam que poderia ser da idade e que à medida que crescesse se resolveria. Porém, os anos se passaram e o quadro de Pedro se mantinha inalterado. A irmã o encorajava a aproveitar a vida, sair com os amigos nos finais de semana e arrumar uma namorada, porém, após algum tempo, o rapaz parecia não extrair tanto prazer dessas atividades.

A doença do pai e seu rápido falecimento abateram Pedro profundamente, pois ambos eram inseparáveis. Nos primeiros meses após o ocorrido, Josilda começou a perceber que o filho mostrava-se ainda mais recluso, por vezes recusando-se a trabalhar, praticamente não procurava mais os amigos, apresentava anorexia e hipersonia quase todos os dias e até com a aparência estava descuidando, tendo deixado a barba e o cabelo crescerem. Josilda e Rita comparavam o quadro de Pedro ao do vizinho, que também havia perdido a mãe na mesma época e que havia permanecido em estado de luto por um bom tempo. Porém, já havia passado quase 8 meses do falecimento do pai e Pedro não apresentava nenhuma melhora, ao contrário de seu vizinho que já voltara às suas atividades habituais.

Aconselhada por uma amiga, Josilda levou o filho à UBSF do bairro onde moravam, onde foram atendidos pela Dra. Roberta, que ouviu atentamente o relato de Josilda, passando em seguida ao exame físico de Pedro. Percebeu um paciente apático, bradilálico, emagrecido e com os olhos fixos no horizonte. Conversou então com Josilda, explicando-lhe sua hipótese diagnóstica e da importância do jovem ser visto por um psiquiatra. Conseguiu uma consulta para o dia seguinte com o Dr. Alexandre, que havia sido seu professor na faculdade.

Na hora combinada, Josilda estava com o filho no consultório do médico, que não demorou muito para confirmar a hipótese diagnóstica da colega, tranquilizando Josilda que com a medicação adequada, o filho apresentaria melhoras, mas que

deveria manter um acompanhamento mais regular, associado se possível à psicoterapia, em face de sua história pregressa.

Já passados 6 meses de acompanhamento, Pedro voltara ao trabalho com o mesmo afinco de antes, saía com os amigos no fim de semana e até já estava interessado em uma das amigas de Rita. Vida que segue.....

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

Caminhos Cruzados

Romilda, 29 anos, trabalhava em uma confecção de roupas femininas. Sempre muito ativa e saudável, começara a trabalhar desde cedo. Nos últimos 3 meses começara a sentir-se indisposta, cansada aos pequenos esforços e várias vezes ouviu de seus familiares que estava muito pálida, embora não percebesse. Em função do cansaço crescente, Romilda resolveu procurar a UBSF de seu bairro, para consultar-se com a Dra. Vanda, sua antiga conhecida dos tempos em que Romilda trabalhara como agente comunitária de saúde.

Dra. Vanda recebeu Romilda com bastante entusiasmo, pois não se viam há bastante tempo. Ouviu atentamente suas queixas e procedeu ao exame físico, no que lhe chamou atenção: mucosas hipocoradas ++/4+ e FC: 120 bpm. O restante do exame estava normal. Em seguida, Dra. Vanda indagou sobre os ciclos menstruais de Romilda, que referiu episódios de hipermenorréia há uns 5 meses, porém pela falta de tempo devido ao seu ritmo de trabalho, não tivera tempo de procurar o ginecologista. Solicitou alguns exames e pediu que Romilda voltasse os resultados assim que estivessem prontos.

Após liberação dos resultados, não demorou para uma nova consulta entre as 2 amigas, onde a Dra. Vanda analisou os exames laboratoriais. O hemograma completo de Romilda mostrou: 4300000 hemácias, 33% de hematócrito, 6.000 leucócitos e 240.000 plaquetas, volume corpuscular médio: 78fl, hemoglobina corpuscular média: 20pg e concentração de hemoglobina corpuscular média: 29%; RDW 8%; Além disso deu uma olhada nos exames de ferro, ferritina, saturação de transferrina, capacidade de combinação do ferro. Dra. Vanda perguntou se Romilda havia marcado consulta com o ginecologista, ao que a paciente respondeu que seria semana que vem. Em seguida, a médica explicou-lhe sua hipótese diagnóstica, tranquilizando-a que logo estaria pronta para outra.

Em outro ponto da cidade, Roberto, 18 anos, foi levado pela mãe, Maria Clara, à UPA, por apresentar aumento súbito de volume e dor em joelho esquerdo, sendo recebidos pelo Dr. Túlio. Maria Clara explicou ao médico, que Roberto apresentava quadros recidivantes de hemartrose desde a infância, salientando que o rapaz sempre

sangrara por períodos prolongados quando apresentava alguma ferida corto-contusa ou incisa. O médico acalmou Maria Clara, dispensando toda a atenção ao caso de Roberto.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

Turbilhão de emoções

João Afonso, 19 anos, está no 3º período da faculdade de Medicina. Sempre muito preocupado e dedicado em todas as suas atividades, vinha estudando com afinco, sendo considerado pelos colegas o melhor aluno de sua turma. No que diz respeito ao plano acadêmico estava tudo bem, em relação à sua vida pessoal não se podia dizer a mesma coisa. João Afonso era proveniente de um estado distante e para poder realizar seu sonho de ser médico, teve que deixar a família e a namorada em sua cidade natal. Filho único, sempre fora muito ligado aos pais e por isso sentia muito a sua falta, além do que preocupava-se persistentemente com a saúde dos mesmos, principalmente com seu pai, que já estava ficando idoso e não estava muito bem há algum tempo. Devido ao ritmo das atividades na faculdade, não podia viajar com frequência para vê-los.

Nos 6 últimos meses, João Afonso começou a apresentar episódios de insônia, acordando por vezes sobressaltado no meio da noite, com xerostomia e sudorese. Além disso, vinha apresentando cefaleias ocasionais geralmente acompanhadas por náuseas, dificuldade de concentração na leitura, estando com o pensamento grande parte do tempo voltado para sua família. Como vinha notando uma queda no seu rendimento na faculdade, resolveu conversar com seu professor, Dr. Fernando, que o orientou a procurar-lhe em seu consultório para uma avaliação.

No dia da consulta, João Afonso foi recebido pelo Dr. Fernando, que de forma bastante acolhedora lhe pediu que contasse o que vinha sentindo. João relatou a preocupação com a família, a saudade da namorada e os sintomas que vinha apresentando e que estavam dificultando seu estudo e interferindo em sua vida social. Queixou-se também de taquicardia em alguns momentos, principalmente após saber pela mãe que seu pai precisaria ser submetido a um exame, onde necessitaria ficar internado por uns dias. Após o relato de João Afonso, Dr. Fernando realizou o exame físico: ectoscopia sem alterações; frequência cardíaca: 98bpm; pressão arterial: 120x80mmHg; ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas; ictus cordis medindo 1 polpa digital; demais partes do exame sem alterações significativas. Em seguida, explicou à João Afonso que provavelmente seus

sintomas estariam relacionados aos problemas pelos quais estava passando e que solicitaria por enquanto apenas um eletrocardiograma para corroborar sua impressão diagnóstica. Orientou-lhe a tirar uns dias para visitar sua família, onde poderia interagir-se do que estava acontecendo e assim ficar mais tranquilo e no retorno, procurar realizar uma atividade que o deixasse mais relaxado. João Afonso ficou satisfeito com o atendimento recebido pelo médico, sentindo-se mais tranquilo e confiante e logo trataria de pôr em prática as orientações recebidas. Essa fase ruim certamente estaria com os dias contados!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

Conversa entre amigas

Rita, 25 anos, era secretária de um escritório de advocacia. Funcionária dedicada, chegava sempre no horário e cuidava para que tudo estivesse ao gosto de seus patrões. Orgulhava-se por nunca ter sido repreendida nos 2 anos de trabalho naquele escritório. Numa manhã de 6ª-feira, Rita chegou correndo ao escritório, pois estava atrasada. Encontrou a auxiliar de serviços gerais, Romilda, na recepção:

- Desculpe, Romilda! Me atrasei hoje! Estou acompanhando minha tia que está internada no hospital, com problema nos rins. Saí mais tarde, pois o médico queria conversar comigo. Tá tudo bem?

Ao saber que os chefes naquele dia tinham uma reunião no fórum e ainda não haviam chegado, Rita ficou mais tranquila e começou a conversar com Romilda:

- Rim é coisa séria, né? – comentou. Eu fico preocupada, pois às vezes vem a vontade de urinar e eu tenho que prender para não ir tanto ao banheiro e deixar a recepção sozinha. Minha bexiga só falta explodir! E eu tava lendo esses dias, que a mulher já tem mais tendência à infecção de urina que o homem.

Eventualmente, Rita apresentava disúria, estrangúria e polaciúria, sendo necessário procurar atendimento médico.

- É sim, eu também já li—concordou Romilda. E sua tia tá melhor?

- Ah, um pouco... O médico disse que os rins dela tão filtrando pouco o sangue e por conta disso ela está inchada. Tá tomando diurético direto, mas mesmo assim a urina tá saindo concentrada. Ele também tentou explicar que isso fazia com que o sangue ficasse mais ácido que o normal, mas eu não entendi bem. Hoje eu até ajudei ela a colher urina para fazer aquele exame de análise e amanhã ela vai fazer um ultrassom. Bom, tá nas mãos de Deus! Deixa eu começar a trabalhar, que logo o povo tá de volta!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

Uma bela tarde de sábado

Maria das Dores e sua vizinha Jurema, 56 anos, da raça negra, conversavam numa ensolarada tarde de sábado, enquanto colocavam suas roupas no varal:

– Então, foi ao cardiologista? – perguntou Maria das Dores interessada.

– Fui, sim! Minha pressão estava alta como sempre, né? Não sei mais o que fazer para controlar! Herança que minha mãe me deixou! – disse com um sorriso— Tava 150 por 100!

Jurema trabalhava como doméstica para uma família há 20 anos, orgulhando-se de ter ajudado a criar os 2 filhos do casal. Porém, ultimamente, a filha mais velha separou-se e foi morar com os filhos na casa dos pais e as crianças proporcionavam a Jurema bastante trabalho. Jurema chegava em casa esgotada! Já havia pensado em pedir um laudo para seu médico, a fim de ser submetida a uma perícia no INSS para conseguir uma possível licença médica que a permitisse descansar por uns dias, mas tinha pena de deixar a família sem a sua ajuda. Já havia tentado aposentar-se, mas ainda não tinha idade suficiente nem tempo de contribuição salarial compatível.

— O médico me explicou que as artérias estão muito sobrecarregadas e que com o tempo elas ficam com problemas. Fiquei envergonhada de pedir pra ele explicar isso melhor... A gente que tem pouco de estudo muitas vezes não entende, né? Ele me pediu um exame com nome estranho das artérias do pescoço, Du..., Du...

— Duplex Scan! Respondeu Maria das Dores, que trabalhara um tempo como agente comunitária de saúde. Minha mãe já fez esse exame também!

Jurema tecia só elogios ao Dr. Péricles, que durante a consulta ressaltou a importância da hipertensão arterial como doença de elevada prevalência, morbidade e mortalidade! E assim seguiram conversando por um longo tempo, até se darem conta que era hora de preparar o jantar!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

Ilustre visitante

Maria das Dores acordou cedo naquela manhã. Estava ansiosa, pois iria apanhar sua mãe na rodoviária de Paraisópolis. Finalmente, Rosalina, 78 anos, resolvera sair de casa para visitar a família. Maria das Dores iria aproveitar a estadia da mãe, para levá-la a um geriatra, pois, há muito tempo Rosalina não ia a uma consulta médica.

A chegada de Rosalina trouxe muita alegria para a família, pois todos tinham um carinho especial por ela. Além do mais, nos últimos anos, Rosalina havia se isolado em sua casa na zona rural, onde morava sozinha desde o falecimento de seu esposo. Quando indagada por Maria das Dores sobre o motivo deste recolhimento, se limitava a dizer:

- Minha filha, nós velhinhos gostamos de ficar em casa!

Maria das Dores levou Rosalina à consulta com a Dra. Marisa, conhecida geriatra que tinha consultório em seu bairro. A médica recebeu a paciente com um largo sorriso, elogiando seu vestido, o que deixou Rosalina à vontade. Ao ser indagada sobre como estava, Rosalina respondeu:

- Ah, doutora, a gente vai envelhecendo e vão aparecendo as queixas, né? O corpo vai ficando fraco... Para começar, eu sinto dor no corpo inteiro, parece que meus ossos vão virar farinha. Já me falaram que é falta de cálcio! Todo mundo me manda pegar um pouco de sol!

Dra. Marisa explicou à Rosalina, que tais queixas eram compatíveis com o seu processo de senescência e deu-lhe algumas recomendações importantes. Em seguida, Maria das Dores relatou que a mãe vinha apresentando lapsos de memória, anomia e dificuldade para lembrar os locais onde guardava as coisas. A médica riu e disse que ela mesma às vezes esquecia algumas coisas. Em seguida indagou:

- E a vacina da gripe? Já tomou?

- Ah, isso ela não esquece! - adiantou-se Maria das Dores - Ela vinha ficando resfriada com muita frequência, mas depois que passou a tomar a vacina, nunca mais!

Ao término da consulta, Rosalina comentou com a médica:

- Doutora, obrigado! Gostei muito da sua consulta! Sabe entender a gente muito bem! Tenho certeza que vai me ajudar. Posso lhe dar um beijo?

A médica aceitou, pois já estava acostumada com as demonstrações de carinho de suas pacientes.

CAPÍTULO 4

SITUAÇÕES-PROBLEMA DO QUARTO PERÍODO

Autores

Alexandre de Pina Costa

Álvaro Henrique Sampaio Smolka

Anielle de Pina Costa

Carlos Luiz da Silva Pestana

Carmem Maria S. L. M. Dantas da Silva

Erick Vaz Guimarães

Gleyce Padrão de Oliveira Zambrotti

Lucianna Miguel Ferreira

Luiz Antônio Lopes Pereira

Michelle Telles Bravo

Paulo Cesar da Fonseca Coelho

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 ultrasson porque estava sem menstruar (ai que medo!) e minha ginecologista Dra Ana disse que estava normal que eu não tinha policistose ovariana. Tenho uma penugem no lado da face que está piorando, e minha barriga está horrível com estrias (estrias purpúreas segundo minha irmã). De vez em quando dou umas olhadas nos cadernos da minha irmã. Estava lá, OBESIDADE + MULTIPARIDADE + DOR ABDOMINAL EM QUADRANTE SUPERIOR DO ABDOMEN IGUAL A.... Fiquei pensando se sinto dor no local, mas, acho que é flatulência, como diz minha irmã.

Obesidade, eu detesto esta palavra, 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 agüentar todos estes eventos estressantes. A separação, a perda da criança quando quase morreu!

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

-Podemos considerar como o efeito do Sistema Nervoso Simpático. A Reação Aguda ao Estresse! Olhando o prontuário de Maria das Dores exclamou: “- PA-160x100mmhg, FC-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 re-examinou tendo o cuidado de palpar profundamente seus flancos. “- Meça a pressão agora”, disse para Ana Neri enquanto palpava o flanco esquerdo.

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

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

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

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

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

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

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

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

Brasil avança no ranking internacional do diabetes

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

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

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

-Que carrão hem Artur!

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

-Você emagreceu, fez dieta?

-Não doutora, este é o problema!

-IH! Artur, então o problema é mais sério! Vamos conversar! A prevalência do diabetes na sua idade é muito grande!

-Eu li incidência na veia. 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. Desde que fiquei viúvo, e vim morar com meu filho e nora, eu preciso me manter ocupado, pois eles não me deixam fazer nada, sempre dizendo que tem medo que eu me machuque. O problema é que quanto mais eles me “pouparam” mais me sinto um “entulho” na casa. Eles não me deixam nem ficar mais sozinho, desde que eu tive uma alucinação, como me disse o médico, por causa de uma infecção. Eu me sinto anódino! Mas ainda sim, estou com minha família, não é? Você se incomodaria de ler para mim uma carta que o Everaldo escreveu para o seu filho? Sabe, ele adorava escrever poemas! Minhas mãos não têm firmeza e minhas vistas não ajudam.”

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

Carta de um PAI para seu FILHO.

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

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

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

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

Atenciosamente,
Teu velho

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

“Tempos difíceis”



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

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

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

O acidente ocorreu dia 17, no dia 21 foi preso um dos cozinheiros da escola Segundo a NBC News. “O envenenamento, foi causado por armazenamento de óleo de cozinha em um recipiente de pesticida usado, matou as crianças tão rapidamente que alguns morreram nos braços de seus pais ao ser levado para o hospital. O acusado disse que o recipiente aparentava ter sido lavado e que ele pressupôs que o processo de cozimento eliminaria qualquer resto de veneno.

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

“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 a Enfermeira 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 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 nas costas, doutora, não tem que fazer um exame para confirmar?

A médica prontamente tranquiliza 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 Marli, 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, passou a apresentar monilíase esofagiana, emagrecimento de uns 8 kg no último mês, fato que ela atribuía à diarreia constante. Após analisar seus exames laboratoriais em dois momentos, Dra. Ilda, infectologista lhe informou que dona Josilda terá que iniciar a terapia antiretroviral.

Hemograma	Há seis meses	atual	ADULTOS (MASC.)
Hemácias	4.5	3.9	4.4 a 5.9 milhões/mm ³
Hemoglobina	13.1	12.7	13,0 a 18,0 g/dL
Hematócrito	41	38	40,0 a 52,0 %
Leucócitos	4.400	4200	4.500 a 11.000/mm ³
Eosinófilos	1	1	2 a 500/mm ³
Basófilos	0	0	0 a 100/mm ³
Monócitos	220	198	200 a 1.000/mm ³
Linfócitos	850	490	1.000 a 3.000/mm ³
Plaquetas	141.000	138.000	140.000-450.000 mm ³
Relação CD4/CD8	0,83	0,94	
Carga viral	970.776 cópias de genoma HIV-RNA	985.089 cópias de genoma HIV-RNA	

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

- O coquetel é um conjunto de medicamentos que precisam ser tomados juntos para produzirem melhor efeito. É fundamental que você não se esqueça de tomá-los conforme programado, senão graves 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

“É o fim da picada...”

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

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

Duas semanas depois o motorista reencontrou Saulo na mesma estrada do acidente e ao perguntá-lo como estava após o ocorrido, Saulo tirou a bota e mostrou seu pé agredido no qual faltavam dois dedos. Em seguida falou: “Tiveram que amputá-los, além disso, o doutor disse que se demorasse mais um pouco para chegar o soro, eu morreria. Mas ainda bem que foi cobra e não e nem escorpião, eles são piores, eu acho. Até semana passada eu urinava sangue, mas agora estou bem melhor”.

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

CAPÍTULO 5

SITUAÇÕES-PROBLEMA DO QUINTO PERÍODO

Autores

Adriana dos Passos Lemos

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Carlos Luiz da Silva Pestana

Carlos Romualdo Barbosa Gama

Fernanda Capelleiro Nascimento

Geórgia Dunes Machado

Gleyce Padrão de Oliveira Zambrotti

Jeanne D'Arc Lima Fontaine

Julio Antônio de Carvalho Neto

Kátia Cristina Felipe

Roberto Luiz HungerbülerPessoa

Valéria Francisca do Nascimento

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

Um mundo de dúvidas

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

Hoje é o primeiro dia no consultório e Dra. Francisca os aguardava. Já havia revisto sua agenda de trabalho e logo após recebê-los iniciou o primeiro atendimento.

Vivian a primeira paciente de 18 anos mostrou toda sua ansiedade e dúvidas, dizendo:

-“Dra. O que está acontecendo comigo? Uso pílula há dois anos. Há mais ou menos três meses apareceu um corrimento branco e coceira na entrada da vagina que fica muito pior perto da menstruação. Este mês chegou a machucar e dói quando faço xixi. Há dois dias que sinto dor e sai pouca urina”.

Após proceder a anamnese completa, 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 você e Daniel, comentou: - Quanto a queixa urinária será que pode ser estrangúria?”

Daniel pensativo respondeu: - E agora qual é a diferença de estrangúria, polaciúria e disúria?

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

No exame de Vivian vocês observaram e anotaram tudo o que a Dra. falou: 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 puderam ver um corrimento branco em placa aderente, com aspecto de leite coalhado e consistência pouco fluida.

Nesse momento surgiu uma inquietação e Daniel perguntou: - existem outros tipos de corrimento ? Se houver o que leva a cada um deles?

Você sabedor da importância epidemiológica das patologias questiona qual a incidência, prevalência e grau de morbidade 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 há oito meses, com uso do método Ogino-Knaus e condom.

No momento do exame de Juliana, vocês anotaram as observações da Dra. Francisca: Congestão mamária e hiperpigmentação da aréola primária. No exame do abdome útero palpável quatro dedos acima da sínfise púbica 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).

A Dra. sabedora da curiosidade de vocês solicitou que comparassem os exames realizados e procurassem justificar as diferenças.

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

Que será que eu tenho, doutora?

Começa mais um dia no ambulatório de Dra. Francisca junto com você, João e Daniel. Neste dia vocês 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, o intestino está preso, apresenta sialorréia, pirose, humor instável, e vontade de comer coisas esquisitas.

Dra, hoje começou uma dor em baixo ventre e um sangramento que parece “borra de café”.

João neste momento comenta com vocês: – “Qual será o motivo da amenorréia da Kamilla”? Daniel responde: amenorréia ou só atraso? Você acha que ela gostaria de saber que está grávida, João?

A anamnese seguiu e na HPP ela relatou ter utilizado há três meses antibiótico para infecção do trato urinário (ITU) e também que faz 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 a DUM.

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

Você, 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 vocês, relatando que há alguns meses passou a apresentar sangramento irregular, 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 vocês levantem suas hipóteses diagnósticas para o caso.

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

Completando o exame físico, Dra Francisca solicitou os exames complementares pertinentes e a orientou para retornar assim que os mesmos ficassem prontos.

Após a saída da paciente, discutiu os exames solicitados e as hipóteses dos estudantes.

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 estargrvida marcando uma consulta com Dra. Francisca. Depois do susto inicial a gestaocorreu bem até hoje, quando Monica solicitou uma consulta de emergência.

Ao recebê-la junto com Dra. Francisca vocês ouvem o pedido: - "Dra. me ajude! eu estou sangrando".

Dra. Francisca, enquanto procede a anamnese, solicita que vocês revisem o prontuário no qual encontram 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
Urobilinognio Ausente
Leucócitos..... Ausentes
Hemoglobina Negativa
Nitrito Negativo

MICROSCOPIA DO SEDIMENTO

	Valor de referência:
Células epiteliaisModeradas	(Moderadas)
PiócitosIncontáveis	(até 5p/c)
HemáciasAusente	(até 5p/c)
MucoAusente	(Ausente)
CristaisAusentes	(Ausentes)
CilindrosAusentes	(Ausentes)
LevedurasAusentes	(Ausentes)

Ultrassonografia transvaginal de 17-09-2013: feto único, ativo, BCF 140 BPM, placenta corporal posterior grau \emptyset 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.

Os exames de controle mostravam: VDRL:1/16 Western-blot não reativo. Os exames do terceiro trimestre ainda não haviam ficado prontos.

De posse destes dados e após a anamnese, durante o exame físico, Dra. Francisca constatou: AFU= 34 cm, feto em situação transversa, dorso anterior, BCF=140 BPM anterior a esquerda. Tonus Uterino: hipertonia.

Toque: Colo com: 0 / 1,5 / 0 / I/ R Sangramento escuro em borra de café por via vaginal. Apresentação alta.

Dra. Francisca após o exame a encaminha ao HCTCO para as medidas necessárias.

Os estudantes logo após a saída da paciente perguntam: - Dra. Qual foi o diagnóstico de suspeição de Monica e o que aconteceu com ela hoje? O que foi que a fez sangrar? Ela responde: - vocês analisaram os exames, ouviram minhas orientações e a conduta, sugiro que estudem sangramento da 2ª metade da gestação para discutirmos no nosso próximo encontro.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

Muito aprendizado muito susto... Será sempre assim?

Dra. Francisca, Daniel, João e você, retornando a rotina diária do consultório atendem Leila a primeira paciente do dia em sua primeira consulta e de urgência.

Vocês observaram-na caminhar para a consulta e perceberam que ela apresentava dificuldade para deambular e estava edemaciada.

Leila relatou estrelinhas frente aos olhos (escotomas cintilantes), náuseas, vômitos, tonteira e dor de cabeça intensa. – “Doutora eu não consigo entender o que se passa, tenho sono, enjôo, 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 um ano atrás.

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.

Abdôme: Manobras de Leopold sugerindo feto em situação longitudinal BCF no QSE = 110 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 reavaliação e definida a conduta mais indicada para o momento.

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

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

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

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

Na anamnese relatou ter 26 anos e ter sido referenciada para Dra. Francisca, pois no exame realizado há alguns dias apresentava: glicemia de jejum de 180 mg/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 7/3/2015 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 2meses. 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 vocês:

- 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. Hoje comemora a notícia: uma nova estrela que vem enfeitar seu lar. Descobriu-se grávida, buscou seu esposo e contou-lhe a novidade: -“teremos um filho, o nosso primeiro filho, amor!!!”

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 33 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, também foi feita uma coleta para exame laboratorial vaginal e retal.

Cinco dias depois, 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 as 8 horas ficou “esquecida” até as 19 horas quando Dra. Francisca assumiu o plantão encontrando-a febril e sem cobertura antibiótica.

Marcelo nasceu com APGAR 5/7/9. Nas primeiras 48 horas mãe e filho ficaram em isolamento com uso de antibiótico venoso até que a infecção cedesse, após este período foram colocados no 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 na amamentação, o que a fez não querer amamentar, problema que foi logo resolvido pela equipe da obstetrícia e pediatria, que incentivam o aleitamento materno exclusivo.

Na enfermaria, Maristela se tornou amiga de Laura 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 Laura, 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.

Claudia, outra puérpera que aguardava o teste de HIV, já que não o fizera antes, culpava-se pelo ocorrido, já que havia insistido para que Laura levantasse do leito, acusando-a de preguiçosa, pois o parto ocorrera há mais de 72 h 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 Laura recebeu o 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 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 de 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

Um médico: duas vidas, algumas soluções

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

Regina é casada e vizinha de Josélia entre elas nasceu uma grande amizade. Encontram-se diariamente no curso de artesanato da comunidade. Há uns 15 dias Josélia vem percebendo tristeza e inquietação no olhar de Regina. Um dia ao voltarem da aula surgiu a oportunidade e Regina relatou a causa de sua angústia. Josélia ao lembrar-se de sua própria história trouxe Regina para ser cuidada por Dra. Francisca.

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

Dra. Francisca busca maiores informações.

Regina continua: - Tenho 23 anos, sou casada há dois anos, meus ciclos menstruais são regulares e duram 5 dias (T.M=12/28/5), menstruei pela primeira vez aos 12 anos. Minha primeira relação foi com meu marido aos 21 anos, não uso contraceptivo 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, após ouvi-la responde que é cedo para responder que precisa examiná-la e talvez solicitar alguns exames laboratoriais.

A seguir encaminha sua paciente a sala de exames e após o exame físico minucioso e, já de retorno a sala de consultas diz: - Regina, só depois de realizar os exames que solicitei poderemos saber o que está de fato acontecendo.

Logo após a saída de Regina, Dra. Francisca, como de costume e sabendo que para nós o assunto era novidade perguntou: - e então que hipóteses vocês levantaram? 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 Dra. minha paz acabou desde que fiquei mocinha aos 12 anos, minhas menstruações eram muito dolorosas, de repente aos 15 anos tive que operar de urgência o apêndice, pensei que minhas dores fossem acabar,

mas que nada. Aos 28 já com dois filhos para criar, foi a vez da vesícula, achei que ia morrer e deixar meus meninos sozinhos. Logo depois fiquei grávida de novo e desta vez veio a minha menininha. As dores na barriga foram aumentando principalmente nas menstruações e foi preciso uma nova cirurgia para tratamento. Graças a Dra. Francisca fiquei boa!

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

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

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

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

Abdome flácido, doloroso a palpação em baixo ventre.

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

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

Logo após a saída da paciente Dra. Francisca questiona sobre as possíveis causas das queixas atuais.

Quanto ao exame físico de Josélia questiona e como vocês acreditam que deverão agir nesta situação. Em seguida ela reviu todos os casos atendidos encerrando o dia, cansada, mas feliz com o progresso dos dois alunos que ela mais gostava.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

Coisas que acontecem!

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

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

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

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

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

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

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

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

No retorno Marta pergunta:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

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

Carmen 56 anos, após fazer todos os exames solicitados pela Dra. Francisca, retornou ao ambulatório, acompanhada por Vitória, sua filha mais nova.

Dra. Francisca se dirige a ela e convida: - vamos conversar mais um pouco? Na última consulta que tivemos você não estava em condições de conversar muito, tamanha a sua tristeza! Carmen concordou com a cabeça e disse: - Aquele remédio que a senhora receitou me ajudou um pouco. Dra. Francisca retomou a anamnese e reviu na história fisiológica: TM: 12/28/5 dias, mastalgia pré-menstrual, gesta IV para IV, amamentação por seis meses com todos os filhos e 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 aos 65 anos e duas de suas irmãs (aos 40 e 42 anos) 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? 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.

Após Carmem se trocar Dra. Francisca conversa com ela e Vitória, explicando o quadro e expondo as possibilidades diagnósticas. Solicita os exames necessários esclarecendo que só então terá condições de conduzir adequadamente o caso e dirigindo-se a Vitória explica o quanto ela necessitará dos filhos para superar seus problemas.

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

Após a retirada da paciente Dra. Francisca se dirige aos alunos 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?

Dra. Francisca se preparava para encerrar as atividades quando Solange, sua atendente, entrou com Rosane para atendimento de urgência, após ter sofrido agressão física e sexual praticada por seu companheiro.

Rosane relatou que este relacionamento teve início há 15 dias. No exame físico apresentava vários hematomas e algumas lesões traumáticas na vulva. Após encaminhar a paciente à emergência, Dra. Francisca procedeu a notificação compulsória e perguntou aos alunos: - Para onde devo encaminhá-la? A Delegacia de polícia, a Delegacia Especializada da Mulher, ao Ministério Público, a Assistente Social ou ao Psicólogo?

CAPÍTULO 6

SITUAÇÕES-PROBLEMA DO SEXTO PERÍODO

Autores

Ana Paula Faria Diniz

Andréia Santana da Silva Moreira

Anielle de Pina Costa

Augusto César M. Pereira de Bastos

Carmem Maria S. L. M. Dantas da Silva

Daurema Conceição Docasar S. Silva

Débora da Silva Jones

Lilian Kuhnert Campos

Luis 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 na UBSF da sua comunidade com Dra. Sofia, 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 50 cm e perímetro cefálico 35 cm. 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.

Juciara comparece a primeira consulta de puericultura quando Davi estava com um mês. Davi pesava 4420g, media 54 cm e o PC era 37 cm estava em aleitamento materno exclusivo. Juciara referia que ele acordava muito a noite e parecia ter cólicas. Refere também alguns episódios de vômitos em pequena quantidade, com aspecto de leite. Ao exame, a pediatra observa que o bebê já acompanha objetos com o olhar e se volta ao escutar alguns sons. Restante do exame físico sem alterações, exceto pela

presença de fimose. Refaz o Teste do Reflexo Vermelho, sem alterações. A pediatra checa os resultados dos testes de triagem, as anotações da maternidade, confere se as vacinas foram administradas, anota os dados atuais na Caderneta da Criança, orienta quanto ao uso da cadeira veicular adequada para transporte do lactente, orienta quanto à vacinação de dois meses e agenda retorno para dois meses de idade.

Na consulta de 2 meses, Juciara estava mais tranquila e não apresentava queixas, exceto que “ficou assustada” com a reação de seu filho com a vacina de dois meses: havia apresentado febre alta e irritabilidade por quase dois dias. Após orientação da pediatra, foi informada que estava tudo bem com o bebê.

Na consulta de 4 meses, Davi pesava 6800g, media 64 cm e seu PC era de 42 cm. Sua mãe contou as peripécias do bebê: uma criança muito sorridente e que já mudava de posição no berço tentando alcançar os brinquedos, além dos sons que fazia. As vacinas estavam em dia e desta vez não referia efeitos pós-vacinas. Relatou melhora dos vômitos e da qualidade do sono. A pediatra marca os dados nos gráficos (Crescimento, Estatura e Desenvolvimento), mostra-os à mãe, dando-lhe parabéns pela evolução do seu filho, encorajando-a a manter o leite materno até os 6 meses, quando seria a próxima consulta. Orienta quanto às vacinas e quanto à prevenção de acidentes domésticos.

Na consulta do 6º mês, Juciara estava ansiosa, pois a sua licença maternidade iria acabar. Seu horário de trabalho seria de 09 às 17 horas. Davi ficaria com sua avó materna durante este período. Queria saber como ficaria o regime alimentar de Davi. Informou que o lactente estava sentando com apoio, atendia pelo nome e que mantinha emissão de sons. Suas medidas antropométricas foram: peso de 7.800 g, comprimento de 68 cm e seu PC era 44cm, sendo colocados no gráfico da caderneta da criança, juntamente com os marcos do desenvolvimento. No exame físico, o teste de Hirschberg estava normal, para alívio da mãe. O pediatra orientou a introdução de outros alimentos, suplementação de ferro em uso contínuo até dois anos, higiene bucal e ainda reforçou a prevenção de acidentes. Informou sobre as vacinas e agendou nova consulta para o 9º mês.

No 9º mês, Juciara não compareceu a consulta. Retornou ao ambulatório quando Davi estava com 1 ano. Apesar de apresentar exame físico normal com desenvolvimento próprio para a idade e medidas no percentil 50, a pediatra alertou a

Juciara quanto à importância do acompanhamento adequado, principalmente nos dois primeiros anos de vida. Ao checar a Caderneta, observa atraso nas vacinas. Confere se está mantendo o uso de ferro e orienta alimentação própria para tal idade. Orienta também 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...

Ana, 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 (indicação dos passos iniciais da reanimação). Diante do quadro, Ana procede rapidamente às manobras de reanimação neonatal, obtendo boa resposta após 30 segundos (prover calor, posicionar, aspirar se necessário, secar e reposicionar, avaliar FC e respiração), porém, Eloá, no 1º exame físico, apresenta gemência e fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito. Peso ao nascer: 1.600g, com Apgar de 6/8 e líquido amniótico fétido. Tempo de bolsa rota de 16hs, sem pesquisa para *Streptococcusagalactiae*.

Ana encaminha a pequena Eloá para a UTI Neonatal. Coloca-a em incubadora aquecida e em CPAP nasal com FiO₂ de 40%. Mesmo assim, ocorre piora do esforço respiratório e episódios de apneia. Eloá evolui ainda com palidez, pele moteada, perfusão lentificada e hipoatividade. Ana procede a intubação para ventilação mecânica e uso de surfactante.

Os exames de admissão de Eliane são liberados e revelam HIV negativo e VDRL 1:8. Ana, então, associa mais uma hipótese diagnóstica e inicia a investigação, solicitando os exames pertinentes e conversando com a família sobre a conduta para o caso.

No 25º dia de vida, Eloá está pronta para alta. Ana faz o resumo de alta e encaminha o RN para o seu ambulatório, com retorno agendado para 48 horas.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

A Visita

No feriado de carnaval, Rondineli e Maria das Dores, receberam a visita de sua sobrinha Clara, uma adolescente que, como sua filha Jéssica, já é mãe do pequeno Marcos de 3 anos. Após dois dias da chegada, Marcos inicia um quadro de espirros, secreção nasal hialina e obstrução nasal.

Maria das Dores ficou preocupada, pois a UBSF permaneceria fechada durante o feriado e temia que Marcos piorasse. O que de fato aconteceu. A família procurou atendimento na UPA já que agora o menor evoluiu com “tosse e falta de ar”, que exacerba-se à noite e quando Marcos brinca de correr.

No pronto atendimento, Clara revelou que, ao contrário de sua prima Jéssica, não conseguiu amamentar seu filho, apesar de algumas tentativas para fazê-lo; introduziu “leite em pó” até os seis meses segundo recomendação pediátrica. Depois desta idade, optou por “leite de caixinha por causa do preço” e introdução de alimentos sólidos. Não fez uso de nenhuma vitamina neste período. Segundo a Caderneta de Saúde, o calendário vacinal encontra-se atualizado e o desenvolvimento neuropsicomotor dentro dos padrões de normalidade. Contou que, aos 3 meses, Marcos apresentou quadro de febre baixa seguida de “tosse, cansaço e chiado no peito”, necessitando de internação hospitalar por sete dias. Depois deste episódio, refere “crises de falta de ar” desde então, o que a levou diversas vezes ao pronto atendimento, onde seu filho era submetido à nebulização e medicação oral com melhora dos sintomas. Compareceu, neste período, em consultas ambulatoriais para realização de exames complementares, sem elucidação diagnóstica e que, concomitantemente, fizera uso de “Label e Motillium”, suspendendo seu uso por conta própria pois “não via melhoras”. Refere também episódios repetidos de “coceira nos olhos e no nariz, nariz entupido, catarro claro e crises de espirro pela manhã”, principalmente nas mudanças de temperatura. Pensa que, por conta disto, seu sono à noite é “agitado”. Ronca muito e tem “mal hálito”.

Em relação a história familiar, Clara 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, Marcos encontra-se em regular estado geral, com peso e estatura no z score 0, afebril, hipocorado, hidratado, dispneico, 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 difusos e roncos. Restante do exame físico sem alterações.

Diante da história clínica e exame físico, o plantonista expõe suas hipóteses diagnósticas para o caso. Medica o menor, observa melhoras e encaminha-o para o domicílio, orientando a mãe da necessidade de seguimento do menor em ambulatórios especializados e é enfático quanto ao controle do ambiente onde vivem. A família vai para casa confiante na melhora.

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, taquipneica, com FR de 50 irpm, subfebril (37,2°C), acianótico, anictérico, hidratado, normocorado; orofaringe sem alterações; ausculta pulmonar com roncos difusos à ausculta pulmonar, 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 solicitara internação, após, efetuado o exame clínico e também exames complementares. Após tomar conhecimento destes dados, Maria procede ao exame físico: Gustavo encontra-se em estado geral regular, febril (38°C), taquipnéico, acianótico, hipocorado, hidratado, com boa perfusão periférica, tiragem intercostal e subcostal, SpO₂ 95% em ar ambiente; à percussão do tórax, observa-se macicez em base de hemitórax direito, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído em hemitórax direito, abolido em base, com estertores crepitantes na metade superior e broncofonia na mesma localização; FR de 52 irpm. 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 necessidade de novo exame de imagem, prescrição médica e ambos vão dar ciência a mãe sobre o diagnóstico e o plano terapêutico aventado ao caso.

O caso de outra criança internada na enfermaria chama a atenção de Maria. 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 sete dias iniciara febre moderada, um pico por dia. Informara também que a menina está inapetente e já perdera cerca de 2 kg. Ao exame, Yara encontrava-se apática, emagrecida, pálida, levemente dispneica, acianótica, hidratada. Roncos difusos na ausculta pulmonar, sem outras alterações. As vacinas estavam em dia e com cicatriz de BCG presente. O pai está em investigação de tosse crônica, aguardando resultados de exames. O casal tem 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

Quanto mais rápido, melhor!

Em pleno domingo, Fernando, 5 meses, acordou um pouco choroso e Clara, sua mãe, logo observou que o filho estava febril. Aferiu a temperatura que era de 38,3°C e administrou um antitérmico. Levou-o imediatamente à Unidade de Pronto-Atendimento sendo examinado pelo Dr. Tiago que não evidenciou alterações no exame físico e liberou a criança para observação domiciliar, prescrevendo apenas antitérmico, solicitando que procurasse o posto de saúde no dia seguinte para reavaliação.

Como a febre retornou mais alta no final da tarde (39,3°C) resolveu levá-lo novamente à UPA antes de administrar nova dose do antitérmico. Enquanto aguardava o atendimento na sala de espera, ansiosa por achar seu filho cada vez mais “caidinho”, notou que Fernando de repente ficou com o olhar vago, não respondendo às solicitações, iniciando logo após quadro de contraturas musculares em membros e desvio do olhar para direita. Clara entrou correndo no consultório com o bebê que foi prontamente atendido pelo pediatra e equipe de enfermagem. Foi puncionado acesso venoso e administrado medicação IV com melhora do quadro. Clara, que era muito curiosa, questionou que medicação estava sendo administrada e qual era seu mecanismo de ação.

Dr. Tiago, que ainda não deixara o plantão, procedeu o exame físico completo: O menor encontrava-se febril (39,5°C), dormindo naquele momento, não despertável, com discreta palidez cutânea, taquipnéico, taquicárdico, perfusão periférica lentificada. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Abdome flácido, sem visceromegalias. Fontanela plana, algo tensa, sem rigidez de nuca. Dr. Tiago então prescreveu hidratação venosa, solicitou exames complementares e verificou a caderneta da criança, observando que havia uma vacina em atraso. Cerca de duas horas depois, na reavaliação, Fernando acordara, mas continuava sonolento, choroso, com temperatura axilar de 37,4°C e agora com discreto abaulamento de fontanela. O hemograma evidenciou 17800 leucócitos, diferencial 0/0/0/1/9/58/25/7, Hto 34%, 180000 plaquetas, PCR 35. Dr. Tiago então conversou com a mãe sobre a necessidade de realizar um exame mais invasivo, colocou a criança em isolamento respiratório e de

contato e acionou a equipe de enfermagem para o procedimento. Fez ainda inquérito epidemiológico e tomou as demais medidas cabíveis. Clara, naturalmente, ficou desesperada com a provável doença do filho e Dr. Tiago fez o possível para tranquilizá-la explicando a importância do diagnóstico precoce na evolução dos casos como o de Fernando. Clara ficou preocupada também com seu filho mais velho de 8 anos.

Enquanto aguardava o resultado dos exames, Dr. Tiago reviu a hidratação venosa, prescreveu corticoide e antibiótico endovenoso. Pouco depois recebeu o resultado dos exames do material enviado: pleiocitose com predomínio de polimorfonucleares, proteínas 120mg/dl, glicose 42 mg/dl e bacterioscopia positiva para cocos gram negativos. Fernando foi então transferido para o hospital de referência.

Felizmente, Fernando evoluiu bem, sem complicações. Clara pensou no quanto foi importante para ela e sua família ter se deparado com profissionais acolhedores. Foram momentos muito difíceis e ainda era preciso observar se ficaria alguma seqüela, mas o pior já tinha passado e ela estava confiante!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

O olho tá inchado, doutor!

Verônica anda preocupada com sua filha Samanta, 14 anos, por achar que ela está com o rosto meio “inchado” e resolve levá-la ao consultório da pediatra, Dra. Cristina, que a acompanha desde o nascimento. Fez o atendimento na presença da mãe, mas, no final, conversou também com a adolescente a sós e conferiu a Caderneta de Vacinação do adolescente. Samanta nunca apresentou problema maior de saúde, é bastante ativa, participando da banda e do time de voleibol da escola. Nega uso de drogas ou atividade sexual. Tem bom relacionamento social e bom rendimento escolar e namora “firme”. Há duas semanas ela apresentou febre e dor de garganta por 2 dias, mas melhorou espontaneamente e sente-se bem desde então. A revisão dos sistemas foi significativa apenas para edema discreto de pálpebras, que ela atribuiu aos estudos até tarde da noite por causa das provas finais. Ao exame físico está ativa, sem febre, sem aparência tóxêmica, sua pressão arterial é de 135/90 mmHg e apresenta edema periorbitário discreto. Após pesar Samanta verifica que a menina ganhou 2 kg em relação ao último peso relatado pela mãe. Dra. Cristina pede então um exame dos elementos anormais da urina e verifica uma gravidade específica de 1035, 2+ para eritrócitos, 2+ para proteínas e presença de cilindros hemáticos ao exame do sedimento. Dra. Cristina informa que solicitará novos exames para confirmar sua suspeita diagnóstica e que Samanta terá que fazer um acompanhamento cuidadoso, eventualmente necessitando de internação hospitalar. Aproveitou o momento de privacidade com Samanta para orientá-la quanto à proteção contra DSTs e contracepção já que ficou claro o interesse da adolescente acerca desse assunto. Fez a prescrição e agendou retorno em 48hs.

O caso de Samanta fez Dra. Cristina lembrar de outra criança que atendera naquela semana. Guilherme era um menino de 4 anos que fora também trazido pela mãe com queixas de aparecimento há cerca de 10 dias de edema periorbitário e de membros inferiores, sem outras queixas. Ao exame notava-se edema de face, membros inferiores e bolsa escrotal 2+/4+, sem outras alterações. Dra. Cristina então fez perguntas de modo a direcionar a anamnese e solicitou os exames iniciais após analisar as possíveis causas para o quadro do menino.

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

É preciso estar atento..

Ana, com 12 anos de idade, chega à UBSF acompanhada de sua mãe para avaliação médica. Sua mãe, Cláudia, está preocupada, porque Ana está desanimada e teve queda do rendimento escolar. Sua mãe informa que Ana, até o momento, sempre foi sadia. Ao interrogatório sintomatológico, suas únicas queixas são sonolência e fadiga. Não percebeu alterações do ritmo intestinal nem da diurese e diz que não houve perda ou ganho excessivo de peso em associação com o início dos sintomas. Teve menarca aos 11 anos, tem ciclos regulares, e ocasionalmente, o fluxo é mais abundante. Ainda não iniciou atividade sexual. Mora em uma fazenda, onde seu pai trabalha como administrador. Anda descalça e ajuda na lavoura. A alimentação da família é composta principalmente de arroz, feijão, farinha e carnes, além de leite, que todos consomem com fartura. Não têm hábito de comer hortaliças. Ela substituía carne por ovos ou por queijo frito, com muita frequência. O exame físico revela IMC= 19 Kg/m², discreto abatimento, palidez cutânea (+/4+), aparelhos cardiovascular e respiratório normais, ausência de adenomegalias ou hepato-esplenomegalia. Não há anormalidades neurológicas. Após 15 dias, retorna com o resultado dos exames solicitados: Leucócitos totais com 6.000/mm³ com diferencial de: B=1%;Eo: =10%, Bts= 5%, Seg=50%; L= 30%;Mo= 4%. Hemácias 4,0 milhões/mm³, Hemoglobina 8,7 g/dl, Hematócrito 30%, plaquetas 460.000 mm³, RDW 15%, Reticulócitos 0,9%, Ferritina 10µ/dl.O médico assistente prescreveu medicamentos baseados na história clínica e no resultado dos exames. Solicitou novos exames para o oitavo dia de tratamento. A contagem de reticulócitos foi igual a 6% e não houve elevação significativa dos níveis de hemoglobina e hematócrito. A mãe de Ana ficou muito preocupada com esses resultados, pois tem um sobrinho portador de doença falciforme que já necessitou de internação mais de uma vez, porém, logo após a consulta, se tranquilizou. Ana evoluiu bem com melhora dos sintomas.

Aos 15 anos, Ana apresentou um quadro de febre moderada, principalmente noturna, e cansaço. Dona Cláudia, inicialmente, pensou tratar-se de uma gripe. Porém, os sintomas persistiram, e no sétimo dia, observou aparecimento de manchas roxas pelo corpo, cansaço mais evidente e também palidez. Procurou a UBSF onde foi

atendida e constatado no exame físico que Ana estava em REG, hipocorada (1+/4+), febril, com gânglios palpáveis em cadeias cervicais e axilares, petéquias em tronco e membros e hepatoesplenomegalia. Restante do exame sem alterações. Ana foi então encaminhada para atendimento na UPA e realização de exames. Os resultados iniciais revelaram Hto=28%, Hb=8,1g/dl, plaquetas=47.000 e leucometria de 52.300, com diferencial de: 0/0/3/5/21/39/22/10. Ana foi então encaminhada para internação em serviço especializado, onde teria todo o suporte de uma equipe multidisciplinar. Sua família ficou muito preocupada, mas o médico os tratou com muita atenção para que eles se sentissem mais confiantes.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

Mãe é Mãe...

Verônica não planejou a gestação, mas ficou bastante feliz ao descobrir que estava grávida, pois já tinha 42 anos. Nunca teve um relacionamento duradouro antes do seu atual namorado. Anderson, 40 anos é divorciado e tem dois filhos do primeiro casamento, saudáveis.

Mas as coisas não correram como Verônica imaginou... Durante o pré-natal foi evidenciado crescimento intra-uterino restrito e Amanda acabou nascendo prematuramente com 35 semanas de cesariana por sofrimento fetal. Necessitou de reanimação na sala de parto com resposta rápida e o Apgar foi de 6/8. Evoluiu com desconforto respiratório e cianose, necessitando admissão na UI. Ao exame físico de admissão foram observadas algumas alterações: RN hipoativo, cianose central, face triangular com fendas palpebrais estreitas, retromicrognatia, implantação baixa de orelhas, hirsutismo na fronte, orelhas dismórficas, punhos cerrados, clinodactilia nas mãos e pés com o segundo dedo sobre o médio e o quinto sobre o quarto, pé em mataborrão, genitália feminina com entroito vaginal estreito e ânus anteriorizado. À ausculta do tórax pulmões limpos com boa entrada de ar, FR= 70 irpm, esforço moderado. ACV: RCR 2T BNF sopro sistólico 3+/6+ em bordo esternal esquerdo. FC=152 bpm. Restante sem alterações. Na UI, Dra Cândida colocou Amanda em oxihood e fez o teste da hiperóxia, prescreveu dieta zero e hidratação venosa, além da vitamina K e primeiras vacinas. Depois de prestar assistência ao recém-nascido conversou com os pais que estavam ansiosos para ter notícias da filha. Após Cândida ter explicado o quadro clínico do RN, o pai de Amanda discordou da hipótese diagnóstica, pois para ele sua filha se parece muito com Verônica e a acha perfeitamente normal. Já Verônica, ficou muito abalada, questionando se sua filha era como aquelas crianças com síndrome de Down da APAE. Entretanto, independente da confirmação do diagnóstico, diz que lutará pela saúde dela e quer que seja feito tudo que for necessário para sua filha sobreviver. Dra. Cândida explicou que teriam que aguardar resultados de exames para melhor esclarecimento.

Amanda evoluiu com desconforto respiratório persistente, apesar de não apresentar alterações no parênquima pulmonar ao RX de tórax. Foram realizados os

exames de ecocardiograma, US transfontanela e de abdome. O ecocardiograma revelou anomalia que necessitava de tratamento clínico a princípio. OUS transfontanelaapresentou anomalias do corpo caloso e o US de abdome rins policísticos.

Na segunda semana de vida apresentou piora clínica com acentuação do esforço respiratório e aumento da necessidade de oxigênio. O exame do tórax evidenciou um precórdio hiperdinâmico, taquicardia e estertores bilaterais à ausculta. O RX de tórax nesse momento evidenciou congestão pulmonar bilateral, sendo iniciada a administração de diuréticos. Houve necessidade de intubação e início de ventilação mecânica. Como o quadro não estava com boa evolução e em função do resultado da investigação genética, Dra. Cândida solicitou ajuda da assistente social e da psicóloga do serviço. Era um momento muito difícil para a família, mas era fundamental esclarecê-los sobre o prognóstico da doença de Amanda e o plano terapêutico sob essa nova perspectiva...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

Dia cheio na vida de uma cirurgiã!!

Cláudia estava voltando para casa cansada após um dia exaustivo e lembrados casos que havia atendido. O primeiro paciente que atendeu de manhã no consultório foi Antônio, um recém-nascido de 15 dias que apresentava constipação intestinal desde o nascimento. Ana, sua mãe, informou que o bebê só evacuou após 24h de vida depois de uma “lavagem intestinal”. Depois disso, só evacua quando coloca supositório de glicerina. Mas quando consegue... “- sai da frente, pois vai cocô pra todos os lados”. Vive com a “barriga inchada” e apresenta vômitos eventuais. O bebê nasceu a termo, de parto normal, sem intercorrências gestacionais. Cláudia observou ao exame abdome distendido e hipertimpânico. Ao toque retal observou ampola retal vazia, com evacuação em jato logo após. Informou aos pais que seria necessário realizar um clister opaco para esclarecimento diagnóstico o mais rápido possível e esclareceu sobre o provável procedimento terapêutico. Os pais ficaram muito ansiosos, pois são da religião Testemunhas de Jeová e não autorizariam qualquer transfusão de sangue. A médica informou então que, em geral, não é necessário transfusão neste tipo de procedimento, mas intercorrências são possíveis, embora raras.

Atendeu também dois meninos com fimose: um de 11 meses que apresentava também criptorquidia intracanalicular à direita e o outro de quatro anos com complicações decorrentes da fimose, demandando mais tempo da médica para as orientações e agendamento da cirurgia.

O penúltimo paciente foi Júlio, um bebê de 40 dias que iniciou um quadro de vômitos alimentares com cerca de 20 dias de vida que pioraram progressivamente até que o menino foi internado de urgência com desidratação e perda de peso acentuada. Na internação foi observada distensão do andar superior do abdome com ondas peristálticas visíveis e palpado a oliva pilórica. Hoje, no 10º dia de pós-operatório, Júlio está bem e ganhando peso. Como era gratificante acompanhar estas crianças!!

Por fim atendeu João, um lactente de 15 meses que apresenta, desde bebê, um aumento de bolsa escrotal à direita, intermitente, que piora principalmente quando chora ou corre muito. Dra. Cláudia examinou o menor, observando aumento de

volume da bolsa escrotal à direita, com sinal da transiluminação positivo e sem sinais flogísticos locais. Era difícil palpar o testículo, lhe pareceu que não havia diferença de tamanho para o esquerdo. Luísa, mãe de João, estava agora preocupada, pois um sobrinho seu havia operado de urgência na semana anterior com diagnóstico de hérnia inguino-escrotal estrangulada e também tinha há algum tempo aumento intermitente da bolsa escrotal. Resolveu então procurar um cirurgião pediátrico. Cláudia tranquilizou-a informando que a cirurgia do seu filho seria marcada eletivamente, já que eram problemas diferentes.

Quando estava terminando o atendimento do consultório recebeu um telefonema do Hospital no qual trabalhava pedindo para que ela avaliasse um paciente, de 14 anos (Wellington) que estava apresentando dor aguda no testículo esquerdo. Cláudia foi imediatamente para lá. Wellington informou que no mês anterior, jogando futebol, levava uma bolada nas partes íntimas que ficaram doloridas por uns dois dias. Hoje, porém, a dor era diferente: começara de repente há cerca de 6h e sem razão aparente e estava piorando. Queixava-se também de náuseas e sua temperatura era 37,8°C. Dra. Cláudia evidenciou ao exame bolsa escrotal extremamente dolorosa à palpação, elevada e aumentada de volume à esquerda, com hiperemia local. O reflexo cremastérico estava ausente daquele lado e a transiluminação foi negativa. Sem outras alterações no exame físico. Cláudia conversou com a família sobre a gravidade do quadro e necessidade de cirurgia de urgência. Como havia ultrassonografista no hospital, solicitou sala no centro cirúrgico e acompanhou Wellington no Ultrassom confirmando o diagnóstico com o Doppler. A família assinou o termo de consentimento após esclarecimento sendo o menino operado com bom resultado e em tempo hábil, evitando as possíveis complicações.

CAPÍTULO 7

SITUAÇÕES-PROBLEMA DO SÉTIMO PERÍODO

Autores

Antônio José Magalhães S. Moreira

Carlos Pereira Nunes

Floriano Tadeu Garcia

Julia Paula Alves dos Santos

Lorileia Chaves de Almeida

Luciana da Silva Nogueira de Barros

Luis Antônio Lopes Pereira

Luis Cláudio de Souza Motta

Maria Teresa Menegat

Rosiane Fátima Silveira de Abreu

Thiago Badaró da Silva

Walney Ramos de Sousa

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

A dificuldade de reconhecer os limites da carga de trabalho...

Paulo Ricardo Maia (vocês conhecem do 4º período – tabagismo, hipertensão, sedentarismo, estresse) é engenheiro civil e responsável pela obra de construção de um ginásio poliesportivo em Problemópolis. Atualmente está com 52 anos, há um ano soube ser portador de síndrome metabólica, 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 de 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 30min, 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 normais. Com este quadro, Dr. Sérgio o classificou com Killip II e o transferiu para Unidade Coronariana, onde foi submetido 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 horas 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 dispneia paroxística noturna (DPN). Mônica, sua mulher, percebendo estas alterações o convenceu a ir à consulta por ela agendada. Dr.^a Carla ao exame físico registrou de positivo: *ictus cordis* palpável com 03 polpas digitais na linha hemiclavicular anterior esquerda no 5º espaço intercostal, ritmo cardíaco regular em 3T (B3) com FC110 bpm. 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 a indicação e a proposta do plano de cuidado.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

Amizade é um bem precioso...

Jovêncio, 60 anos, marceneiro, não diabético e não hipertenso, veio com Rondinelli trabalhar na construção civil. A sua mudança foi mais uma tentativa de deixar a bebida, as suas frequentes faltas ao trabalho às segundas feiras lhe custaram sua demissão do emprego. Era domingo e Rondineli 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, insiste para ele ir à UBSF. Durante a conversa, **Jovêncio** relata que tem precisado colocar dois travesseiros para dormir e que há duas noites precisou sentar-se, tal era a falta de ar. Após o almoço, todos foram deitar, subitamente, **Jovêncio** vomitou sangue, ficou pálido e suando frio, Rondineli assustado o levou à UPA.

Na UPA foi atendido por Dr. Joel que no exame físico estruturado da emergência constatou PA de 90 x 60 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) seguida de um tratamento específico. Após a estabilização hemodinâmica, Dr. Saulo procedeu à anamnese onde Jovêncio informava ser etilista (bebida destilada) desde os 18 anos, negava uso de drogas ilícitas, hemotransfusão, piercing, tatuagens e, prática de sexo não seguro. Ao exame físico registrava de positivo: dispneia objetiva, turgência de jugular a 45º, perda de massa muscular, mucosas descoradas ++/4+, intumescimento de parótidas, icterícia +/4+, aranhas vasculares (*spiders*) no tórax e eritema palmar. *Ictus cordis* palpável com 03 polpas digitais no 7º espaço intercostal da linha hemiclavicular esquerda (LHE). Ausculta cardíaca com RCR em 3T (B3). Ausculta pulmonar com crepitações em bases. Abdômen com macicez móvel e fígado palpável ao rechaço. Edema de membros inferiores ++/4++. Analisou os exames laboratoriais realizados na UPA cujos resultados o possibilitaram proceder à paracentese diagnóstica, não sem antes solicitar outro exame laboratorial imprescindível para o objetivo. Solicitou exames laboratoriais para

coleta eletiva, uma ultrassonografia de abdômen e um ecocardiogramatranstorácico, para o dia seguinte. Foi feita a paracentese do líquido ascítico cuja análise caracterizou um GASA maior de 1,1 e a presença de 400 leucócitos pmn/mm³. Foi iniciada medicação com espironolactona, furosemida, cefotaxima, estabeleceu-se discussão sobre a indicação da prescrição de propranolol naquele no momento, e foi estabelecida uma dieta hipossódica. Após dois dias deste tratamento começou a apresentar confusão mental, dormindo a maior parte do dia e permanecendo acordado à noite. Ao exame físico apresentou *flapping*. A dose de diuréticos foi reduzida e foi acrescentado metronidazol e lactulose à medicação com boa recuperação do quadro. Dr. Saulo calculou a pontuação de Jovêncio na Classificação de Child-Pugh, analisou o resultado dos marcadores sorológicos para hepatite B e C que foi negativo. Após isto, conversou com Jovêncio em culpabilizá-lo, explicando-lhe a gravidade de seu caso e a absoluta necessidade da suspensão da bebida alcoólica.

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 negativo. US abdominal com doppler evidenciando hepatomegalia com parênquima heterogêneo, ascite e esplenomegalia, veia porta de 15 mm com fluxo hepatofugal e veia gástrica esquerda dilatada. Ecocardiograma com aumento difuso das câmaras cardíacas com FE < 45%.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

Como explicar tantas queixas...

Mônica Maia (vocês conhecem do 4º período com LER/ DORT) é esposa do Paulo Ricardo (vocês conhecem da SP 01). Ela está com 42 anos, é tradutora e trabalha em casa, mas embora tenha ajustado seu posto de trabalho de forma ergonômica e faça as pausas recomendada durante a digitação conforme recomendação do ortopedista, apresenta constantemente artralgia em punhos e, assim, retorna ao médico que diagnostica síndrome do túnel do carpo além do relato de outras queixas como irregularidade menstrual, queda acentuada de cabelos e uma tristeza imensa. Ele a referencia a uma endocrinologista.

Dr.^a Maria Teresa colhe de sua minuciosa anamnese que Mônica, desde aproximadamente três anos, de forma insidiosa e progressiva, vem se sentindo cansada para suas atividades habituais. Já acorda cansada e relata uma astenia que se exacerba após exposição solaralem de sensação de tristeza imensa, diminuição da libido e dificuldade de concentração, fazendo com que repita leitura de textos banais como notícias de jornal. Relata ainda diminuição da sua capacidade cognitiva com dificuldades de resolver cálculos simples de matemática; 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; de forma episódica apresenta artrite oligo articular e migratória. Mônica pontua que suas queixas se acentuaram após o estresse trazido pelo adoecimento de Paulo Ricardo. História Patológica Familiar: relato positivo para diabetes, hipertensão, tireoideopatia 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+. Xantelasma palpebrais. Macroglossia. Úlceras em mucosa oral. Cabelos com diminuição de volume e queda espontânea observada na maca. Tireoide palpável, firme elástica, superfície finamente irregular. Galactorreia poliductal bilateral à expressão. Reflexo Aquileu com descontração lentificada. Cotovelo e punho direito com calor, rubor e dor à movimentação passiva. Dr.^a Maria Teresa explica-lhe sobre

suas hipóteses diagnósticas e solicita os exames laboratoriais pertinentes com orientação de retorno com os resultados.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

Febre e mialgias: quantas doenças podem ser!!!

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. Negava etilismo e prática de sexo não seguro, hemotransfusão, aplicação de *piercing* e/ ou tatuagens. Relatava 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 roncos esparsos; hepatomegalia dolorosa com hepatimetria de 16 cm. Ante a 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.

Na manhã seguinte, Dr. Pablo, staff 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 e observa 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. Diante desse quadro Dr. Pablo se lembra de Dr. Sérgio Petendorfer seu estimado professor amante da propedêutica que dizia “sempre que aparece um caso, logo depois vem um parecido”... Ora, veja só! Há duas semanas foi internado Alberto, natural do Rio de Janeiro que havia estado acampado na mata em Nova Friburgo, com relato de febre, mal-estar, mialgia, cefaleia e após alguns dias, a febre vinha com episódios de elevação rápida da temperatura e calafrios

seguidos de sudorese intensa e defervescência, Alberto foi encaminhado para o Instituto Fiocruz e hoje viria um infectologista do Instituto para a Sessão Clínica para apresentar e discutir o diagnóstico de Alberto. No final da manhã, após a Sessão Clínica do Serviço, Dr. Pablo volta à enfermaria para apresentar e discutir a conduta que havia adotado com o infectologista, que 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. Discutem o plano de cuidados com o Serviço de Nefrologia e todos optam em manter a conduta já adotada. Era final da tarde, e Dr. Pablo estava lendo um artigo sobre doenças infecciosas emergentes e reemergentes, quando foi chamado para avaliar Francisco, ele o encontrou com tosse, dispneia e relato de vultosa 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). Quanto ao diagnóstico de Alberto, foi confirmada a suspeição diagnóstica, o tratamento foi instituído e Alberto evoluiu muito bem.

Exame Francisco	Valor encontrado	Valor de referencia
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	3,0 mg/100ml	0,6-1,3
Uréia	157 mg/100ml	10-45
Sódio	140 mEq/l	135-145

Potássio	3,5 mEq/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 Alberto :		
IgM - ELISA	Negativo para Dengue	
IgM ELISA	Negativo para CHIKV (vírus da Chikgunya)	
Gota espessa	Positivo para plasmodiumvivax	

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

Miriam tem uma anemia crônica?

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

Miriam, desde há quatro dias vem apresentando dor nas pernas e torácica fez uso de paracetamol, sem melhora. Como a dor torácica se tornou muito intensa com piora à inspiração e apresentou febre, telefonou para a casa dos pais de João Afonso que estava com eles em férias, João Afonso percebe que ela está dispneica e a orienta a procurar imediatamente a UPA.

Na UPA foi atendida por Dr. Celso que colhe da anamnese estruturada que Miriam apresentava ao longo da vida vários episódios de dor óssea principalmente em membros inferiores (MMII), que recebeu diagnóstico de anemia, mas com a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, não deu continuidade a investigação, nem fez qualquer tratamento. Ao exame físico: Temperatura Axilar=39.5°. Pressão arterial=100 x 60 mmHg. Frequência Respiratória=25 irpm. Fácies de sofrimento agudo, prostrada, dispneica, icterícia ++/4+, e mucosas hipocoradas. Precórdio com *ictuscordis* visível. Ausculta cardíaca com ritmo cardíaco regular em 2 tempos com frequência de 124 bpm e, sopro mesossistólico e pan cardíaco. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular universalmente audível com estertores na base direita. Abdômen plano, indolor a palpação superficial e profunda, espaço de Traube livre, sem visceromegalias. Hipóxia (PaO₂ < 80 mm Hg) demonstrada pela gasometria arterial. Dr. Celso elabora suas hipóteses diagnósticas e enquanto aguarda os exames solicitados prescreve hidratação venosa vultosa e oxigenioterapia. O hemograma denota 12.000 leucócitos com diferencial normal, hemoglobina de 8,9 g/dl, Ht 29%, reticulócitos de 6,5% (0,5-1,8) e bilirrubina total de 5,1 mg% com indireta de 3,0 mg%. Telerradiografia de tórax com infiltrado em base direita. Com estes resultados Dr. Celso acrescenta cobertura antibiótica à terapêutica já instituída e a transfere para uma UTI.

Passados sete dias, Dr. Celso 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. Celso foi fundamental para esta boa evolução.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

Que dor!!!

Claudio, 56 anos, tabagista há 39 anos é cozinheiro do bar onde Jovêncio (da SP2) e seus amigos jogam sinuca.

Claudio tinha uns 15 anos, quando passou a servir uma “dose de branquinha” antes do almoço para seu pai, daí foi tomando gosto e desde então vem bebendo diariamente. Tem fama de bom cozinheiro, prefere fazer e comer 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 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 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 20 irpm. 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 aos Critérios de Ranson e, ante ao quadro 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 120pmm, PA 80 x 50 mmHg. 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 os 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 frequente 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, sódio 135, potássio 4, glicemia 215mg/dL, cálcio 8.0.

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^a. 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.^a 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), ureia 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

Não seguir os protocolos traz problemas...

Cláudio (que vocês conhecem da SP 6), está frequentando o Alcoólicos Anônimos (AA) e está abstinente há seis meses. Na última reunião do AA foi pedido a todos que fizessem doação de sangue para um dos membros, e todos logo se mobilizaram. Claudio não foi, mas acompanhou Paulo, seu irmão e Roberto seu sobrinho à coleta, informando como endereço o Bar do Jovêncio.

Passados trinta dias, Claudio recebe um telegrama do Centro de Hemoterapia solicitando que Paulo e Roberto procurassem a UBSF para receberem orientações acerca dos exames sorológicos que se mostraram alterados. Inês, agente comunitária de saúde, passa no Bar e, Claudio mostra o telegrama. Inês agenda as consultas para daí a dois dias.

Paulo, 48 anos, caminhoneiro, etilista preferencialmente bebida destilada há 30 anos, abstinente há quatro meses. Casado há 25 anos, mas com algumas parceiras fortuitas ao longo da vida, com prática de sexo não seguro. Sem quaisquer queixas, Negahemotransfusãoe/ou hemoderivados, tatuagens, piercing, uso de drogas ilícitas. O exame físico não mostra nenhuma alteração. Dr.^a Sofia analisa os exames: anti-HBc total (IgM e IgG) positivo, HBsAg negativo, HBeAg negativo, AntiHBe positivo, anti-HBs positivo e anti HVC positivo. Dr.^a. Sofia explica-lhe a sua situação de saúde, reiterando a absoluta necessidade de manter-se abstinente ao álcool. Solicita avaliação laboratorial da função hepática e uma ultrassonografia abdominal, e o referencia ao Centro de Referência.

Roberto, 34 anos, técnico de enfermagem trabalha na UPA. Solteiro com prática de sexo protegido desde a sexarca. Nega hemotransfusão e/ou hemoderivados, tatuagens, piercing, uso de drogas ilícitas e/ou álcool. Conta que estava mesmo precisando ir ao médico porque há dez dias, com início agudo, passou a apresentar cansaço, mialgia e inapetência que atribuiu a um estado gripal, mas percebeu a urina escura e, dois dias depois, os olhos amarelos. Dr.^a. Sofia pergunta sobre sua imunização e ele informa que não está completa. No exame físico de positivo apresenta somente a icterícia de esclera, pele e mucosa. A médica analisa seus exames: HbsAg(+), antiHBe (+), antiHBsIgM (+), anti- HCV (-), anti -HIV (-). Após a análise ela questiona sobre

acidentes biológicos na UPA, Roberto diz não recordar-se, mas conta que muitas vezes, nos plantões mais atribulados, trabalha sem EPI. Dr^a. Sofia solicita exames laboratoriais para coleta imediata, emite licença médica com a recomendação de repouso relativo, e explica-lhe sobre a sua situação de saúde.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

A vida nem sempre é doce, ainda que longa!

Maria das Dores (que vocês conhecem do 4º período – obesidade central, hipertensão arterial, dislipidemia, resistência insulínica), está agora com 62 anos. Ao longo destes anos evoluiu para o diabetes mellitus e fez tratamento de forma bastante irregular, quase sempre perdendo as consultas agendadas e quando já estava com a receita “vencida” procurava a UBSF. Vez ou outra ia à reunião do HIPERDIA onde estudantes de medicina e profissionais da equipe de saúde explicavam sobre as possíveis complicações do DM mal controlado, ela ouvia tudo atentamente, mas certamente não compreendia, ou julgava que com ela não aconteceria, ou os profissionais de saúde não se faziam entender...

Há dois anos, apresentou uma crise hiperglicêmica aguda, foi atendida na UPA e após melhora dos níveis glicêmicos recebeu alta, com orientação de retornar à UBSF. Dr^a. Sofia (médica da UBSF), na anamnese estruturada, colheu que Maria das Dores ainda é tabagista, e que mantém vida sedentária principalmente porque vem apresentando dor em membros inferiores (MMII) que a fazem interromper a marcha por alguns instantes. Que apresenta dor noturna tipo queimação em MMII; que apresenta episódios de queda da própria altura quando passa do decúbito dorsal para posição ortostática; que apresenta episódios sugestivos de hipoglicemia sem prodromos. Procedeu ao exame físico que denotou de positivo: Peso 90 kg. Circunferência abdominal 102cm. PA 130/85 mmHg. Após a aferição da pressão arterial sentada, deitada e de pé, comprovou hipotensão postural. Membros inferiores com pulsos tibiais e pediosos diminuídos. Hipotrofia dos pequenos músculos interósseos dos pés. Pesquisa de sensibilidade plantar, com o monofilamento de 10g (Monofilamentos de Semmes-Weinstein) com comprometimento em 04 áreas. Dr^a. Sofia solicitou os exames laboratoriais da rotina do DM incluindo a Taxa de Filtração Glomerular; fundoscopia; e ECG. Manteve a glibenclamida, metformina, losartana e sinvastatina. Quinze dias depois, Maria das Dores retornou com os resultados. Dr^a. Sofia após a análise suspendeu os antidiabéticos orais iniciando insulinização, manteve a losartana e a sinvastatina. Fez orientação alimentar, mais uma vez e de novo,

explicou-lhe sobre a sua atual situação de saúde. Referenciou-a ao nefrologista e nutricionista.

Atualmente Maria das Dores, faz uso diário de insulina, losartana em dose baixa, sinvastatina, AAS, ácido fólico, complexo B, e ferro; e uso semanal de alfa eritropoietina. Seus filhos a trouxeram à UBSF antes da consulta agendada, porque a ferida no pé direito estava com um cheiro muito forte, e, além disso, notaram que ela estava acordando com os olhos e os pés inchados, urinando mais à noite do que de dia, e fazendo hipoglicemias frequentes. Ao exame físico: Palidez cutânea mucosa 2+/4+. Pele de coloração amarela palha. Edema periorbitário e de MMII 2+/4+. Pé direito com pulso tibial posterior e pedioso bastante diminuído comparativamente ao esquerdo, e úlcera úmida com odor nauseante em hálux. Dr^a. Sofia conversa com a plantonista da UPA, preenche a Ficha de Referência, e só então conversa com Maria das Dores e seus filhos sobre a necessidade de tratamento hospitalar.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

Complicações daqueles que não tratam a hipertensão!

Ivone, parda, 78 anos, hipertensa e diabética há mais de 20 anos foi levada por familiares a UPA. Dr. Nilson colhe dos familiares, que ela faz uso losartana potássica, hidroclorotiazida, metformina e glibenclamida e que hoje ela acordou com cefaleia parietal esquerda, que em poucas horas evoluiu para coma, e que eles imediatamente a trouxeram. **Ivone** na Sala Vermelha, apresentava PA 220 x 130mmHg. Temperatura Axilar (T_{ax}) 37°C. Glasgow (ECG) 1+1+2=4. Fundoscopia com papiledema. Glicemia capilar 30mg/dL. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alteração. Dr. Nilson procede à proteção de via aérea, monitorização da saturação de oxigênio, e punciona acesso venoso periférico. Corrige a hipoglicemia e inicia o nitroprussiato de sódio. Cerca de 40 minutos após as medidas iniciais, ainda em coma, é transferida para a UTI.

Ainda impactado com a situação de saúde de **Ivone**, Dr. Nilson convida **você** para que o acompanhe ao atendimento de **Artur** (personagem que vocês conhecem do 4º período - tabagista, hipertenso, dislipidêmico). Você colhe informações de Zoraide, mulher de Artur e relata ao médico sua anamnese: **Artur**, 65 anos, atualmente faz uso irregular de captopril, indapamida e sinvastatina. Despertou sem queixas e enquanto estava preparando o café da manhã apresentou disartria, e diminuição evolutiva da força muscular para perda da mobilidade do dimídio direito. Do *ictus* até a chegada à UPA decorreram 50 minutos. Dr. Nilson procede ao exame físico que denota: PA 180 x 110mmHg. T_{ax} 36°C. Glasgow 4+5+6 = 15. Glicemia capilar 100mg/dL. Oximetria de pulso 92%. Ausculta cardíaca ritmo cardíaco regular em 2 tempos, FC 90bat/min. Ausculta pulmonar sem alteração. Realiza-se ECG que mostra sinais de hipertrofia de ventrículo esquerdo. Dr. Nilson solicita vaga para tratamento hospitalar e uma TC crânio sem contraste a ser realizada no HCTCO. A Central de Regulação informa que há disponibilidade de vaga na enfermaria e o médico o transfere, ainda sem a realização do exame de imagem. Dr. Nilson discute com você os dois casos, e comenta sobre 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.

Em casa, você apresenta aos seus colegas do grupo de estudo as duas situações vivenciadas, e todos se debruçam no estudo do tema. No dia seguinte você tem atividade no HCTO e toma conhecimento que Ivone evoluiu ao óbito na madrugada; faz visita a Artur, que está evoluindo muito bem. As tomografias de crânio sem contraste realizadas nos dois pacientes e que foram vistas junto com Professor Léo, resignificaram o que você havia estudado.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 11

A ciência explica o que a crença melhora

Primum non nocere [Hipócrates]

“a obrigação de não causar dano intencionalmente”

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 e de José Flecha, com quem Ramiro construiu uma bela amizade. José Flecha conta 85 anos, hígido, independente, é natural do Amazonas, indígena Yanomami, viveu até os anos 70 na tribo, quando durante a implantação de projetos de desenvolvimento no âmbito do "Plano de Integração Nacional" lançado pelos governos militares da época, trabalhou na abertura de um trecho da estrada Perimetral Norte, ocasião em que conheceu Laura e com ela saiu da região amazônica. Entretanto, ele manteve os vínculos com a sua tribo, bem como com suas tradições, especialmente na condução de eventuais adoecimentos.

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 Rondinelli o observava quando subitamente 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, logo a seguir chegou também José Flecha, que pronunciou algumas palavras em sua língua natal. Segundos depois Ramiro abre os olhos e levanta-se, Rondinelli 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. Rondinelli o leva para casa, conta o ocorrido para Danilo, que se compromete a ir à UBSF e solicitar prioridade para atendimento médico. José

Flecha logo depois chega trazendo um chá terapêutico, Danilo sente-se incomodado e temeroso, mas aceita por respeito às tradições do amigo de Ramiro.

Dr.^a Sofia recebe Ramiro acompanhado de Danilo que lhe relata os acontecimentos. A médica procede ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM), e a seguir ao exame físico que denota de positivo: PA= 170 x 90mmHg Pulso *tardus* e *parvus*. Ausculta cardíaca com hipofonese de B2 e sopro mesossistólico melhor audível no foco aórtico com irradiação para o ápice. Dr.^a Sofia explica a Danilo suas hipóteses diagnósticas, explica-lhe a limitação do prosseguimento diagnóstico na Atenção Básica de Saúde e faz as referências à Atenção Secundária de Saúde. Ela solicita os exames laboratoriais pertinentes, uma telerradiografia de tórax e um ECG, orientando que os leve para a consulta no serviço referenciado. Orienta para que Ramiro evite esforço físico, e despede-se dizendo que fará acompanhamento conjunto na UBSF. Danilo lembra-se de mostrar o chá oferecido por José Flecha. A médica respeitosamente diz que conhece a história de José Flecha, mas explica que ante a situação de saúde de Ramiro os tratamentos alternativos não são eficazes, entretanto, não ver maleficência em usá-lo, caso Ramiro tenha a crença que pode ajudá-lo.

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

José Carlos Lima Campos

Leandro Oliveira Costa

Maria da Glória R M de Barros

Mário Castro Alvarez Perez

Paulo Freire Filho

Pedro Henrique Netto Cezar

Sheila da Cunha Guedes

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

Alguém lembra de janeiro de 2014?

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 ilesa 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 O₂ 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 O₂ a 100%. Apresenta os seguintes resultados bioquímicos: pH = 7,15, PO₂ = 145, PCO₂ = 20, Saturação arterial de O₂ = 99%, Saturação venosa central de O₂ = 89%, HCO₃ = 7, Cloro = 95, Na⁺ = 135, K⁺ = 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 O₂ — 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 $PO_2/FiO_2 < 200$, 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_2 de 60%. PA e Pressão de encunhamento normais. Continua apresentando sinais de complacência pulmonar diminuída e $PO_2/FiO_2 < 200$. Sua saturação arterial de O_2 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_2/FiO_2 . 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 ressuscitação guiada por metas preconizada 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 interno 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 interno 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 distensão moderada e reação dolorosa do paciente à palpação. O cirurgião responsável acionou seu colega de plantão, o Dr. Pires e ordenou ao interno – “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. Encontrava-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 ao 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 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 identificada 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 Alessandro, 21 anos, e Jéssica — 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.

Alessandro 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... Alessandro 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 Jéssica. Neste exato momento, chega o corpo de bombeiros. Alessandro toma uma tremenda bronca do médico socorrista. Não devia estar "mexendo" na vítima. Alessandro 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. Alessandro e Jéssica são levados pelos bombeiros para o pronto-socorro mais próximo. Jéssica é submetida a uma TC de crânio, que revela um hematoma com aspecto em lente biconvexa, hiperdenso. Jéssica foi levada imediatamente ao centro cirúrgico, onde foram tomadas as medidas necessárias, e levada ao pós-operatório na UTI.

Enquanto Jéssica era atendida, um sextoanista de medicina conversava com Alessandro:

—E aí, tudo bem? O que aconteceu?

—Eu...

—Você estava com a Jéssica, 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. Alexsandro é liberado, e deixa o hospital ainda meio zozzo, sem saber o que fazer. Com muita dor de cabeça, com uma prescrição de dipirona em uma mão e o celular na outra, pensa em ligar para a mãe de Jéssica. 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 Alexsandro. Ele é levado para tratamento pós-emergencial na UTI. Apesar do tratamento, Alexsandro e Jéssica 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

“Gordinha mais 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.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

“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 comorbidades, 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 hiperemia e edema 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 06

“Ser ou não ser, eis a questão...”

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

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

Ao ser questionado sobre a sua história médica pregressa disse:

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

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

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

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

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

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

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

Elementar meu caro... Leite?

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

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

—De maneira nenhuma, Sr Rego. Revi seus exames de imagem. Não vi o sinal do ceco ereto, tampouco o sinal da pilha de moedas, ou o sinal do bico de pássaro, ou mesmo o sinal do colar de pérolas, ou o sinal da maçã mordida, ou ainda o sinal 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, Sr. Rego passou a apresentar, nas 24h que seguiram o procedimento, importante aumento da dor abdominal, abdome em tábua, queda da pressão arterial, aumento da frequência cardíaca, queda do nível de consciência. Dr. Jacinto solicitou que o cirurgião preceptor avaliasse o caso. Ato contínuo, Sr. Rego foi levado ao centro de operações onde foi submetido a procedimento terapêutico e pós-operatório em UTI. 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, MD. 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 Dr. Jacinto Leite, MD.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

Não tô sentindo dor nenhuma!

Naquela manhã ensolarada no município de Problemópolis o interno João Afonso estava ansioso. Formatura chegando, já em contato com pacientes e “pegando” a rotina atribulada dos plantões médicos e do “corre-corre” diário da profissão. Naquela terça-feira em especial ele estava na sua primeira visita na enfermaria como aluno do 12º período.

A paciente que estava no leito hospitalar destinado a ele era a dona Rosalina, 78 anos, diabética e hipertensa, acompanhada de uma de suas filhas (tinha 5 filhos), Maria das Dores. O motivo da internação era uma distensão abdominal, iniciada há aproximadamente 5 dias. João Afonso então abordou a paciente: “bom dia dona Rosalina! Como estamos hoje? A barriga diminuiu um pouquinho com essa borracha no nariz? A senhora está com alguma dor?”.

Dona Rosalina respondeu, meio incomodada com a “borracha” no nariz: “doutor, esse negócio aqui é muito ruim. Já estou há 2 dias com ela e nada melhorou. Nunca tive prisão de ventre. Minha barriga murchou um pouco mas ainda dói. E não para de sair líquido dessa borracha. Quando eu posso tirar?”.

O interno estava terminando a visita quando chegou o Dr. Marino, o preceptor responsável. Ele perguntou como estava o exame físico da paciente e João Afonso relatou que a paciente estava um pouco desidratada e descorada +/-4. Sem perda ponderal importante. O abdome era globoso e doloroso difusamente, sem massas palpáveis, Blumberg negativo e com peristalse de luta. Sem sinal do piparote. O MBV estava diminuído em ambas as bases pulmonares, porém sem RA. Débito diário de 800ml de secreção entérica pelo CNG. Toque retal como já era esperado.

E os exames complementares? - Disse Marino. O aluno prontamente falou que ela apresentava 14.800 leucócitos, sódio e potássio no limite inferior da normalidade, HT de 34% e rotina radiológica de abdome agudo mostrando “sinal de empilhamento de moedas. Não achei imagem de grão-de-café”. O preceptor então examinou o abdome da paciente e falou: “você só esqueceu de relatar duas coisas (como assim! – pensou João Afonso). Primeiro que a paciente tem um Pfannestiel . O exame completo

do abdome é muito importante...e acho que essa lesão no pé esquerdo também passou despercebida”.

João Afonso olhou imediatamente para o pé esquerdo da dona Rosalina e notou uma lesão infectada no 4º e 5º pododáctilos. Tentou palpar o pulso pedioso, porém não teve sucesso. Falou então – temos que amputar esses dedos! - No mesmo momento dona Rosalina arregalou os olhos e falou – Ninguém vai mexer no meu pé! Não tô sentindo dor nenhuma!

Marino, com a voz da experiência falou: “Acalmem-se. Resolveremos um problema de cada vez. Em relação ao pé, precisamos de alguns exames antes de indicar qualquer procedimento cirúrgico. Precisamos avaliar o suprimento sanguíneo dos MMII. E no que se refere ao abdome, acho que o tratamento clínico não vai resolver. Já deve haver translocação bacteriana e acho que estamos perdendo tempo. Inicie antibiótico venoso e avise ao centro cirúrgico que teremos uma laparotomia exploradora”.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

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

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

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

Realmente, a biópsia da lesão que decidiram realizar mostrou, à imunohistoquímica, 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 recorde, não parece ter relação – disse Gabriel Neruda. – Se você argumentasse uma possível relação com infecção pelo HPV, eu ficaria mais em dúvida, pois tal vírus é um dos poucos agentes associados ao desenvolvimento de câncer anal – completou.

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

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

Entraram, então, numa discussão sobre o papel do material genômico não transcrito e sua possível utilização como marcador fenotípico de transtornos hereditários. Durante a discussão, acharam, inclusive, uma lógica entre o nome da paciente e os transtornos de que se aproximavam. Finalizaram reconhecendo que a

paciente não possuía nenhuma das síndromes de câncer colorretal hereditário, nem as variantes associadas à polipose hereditária, nem um dos tipos de câncer colorretal hereditário não-polipose.

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

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

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

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

“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 icterica (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 11

“Isaac Ben Solomon: 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, 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 açaí 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 é o chagásico?

Marino decidiu ir com João Afonso para avaliarem 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 associada com diarreia, intermitentes. 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 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, situações em que foi tratado de forma conservadora, sempre procurando evitarem-se intervenções cirúrgicas desnecessárias. Houveram episódios de necessidade de tratamento com ciprofloxacina e metronidazol; em uma ocasião, teve iniciado tratamento com agente imunomodulador biológico. Courseu, 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 Ben Solomon 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 extra-intestinais 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 tratá-lo no momento 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 atribuí uma relação inversa de risco entre tabagismo e retocolite... e não vai achar que cigarro faz bem, hein!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 12

“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 1,5 cm 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 linfonodossupraclaviculares 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 permeio, 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 13

“É preciso usar a cabeça, e pescoço”

O estudante de medicina do Centro Universitário de Problemópolis (UNIP) João Afonso estava ansioso para frequentar o ambulatório de Endocrinologia da Faculdade já que tinha em seus planos futuros se especializar nesta área. Estava muito tranquilo por considerar a endocrinologia uma especialidade de doenças fáceis de tratar, com atendimento rápido e sem muitas complicações, pois sua pretensão é ser um médico competente, mas sem pacientes graves ou estresse no dia a dia! Porém em seu primeiro atendimento do ambulatório ficou muito assustado com o relato da sua paciente: "Doutor, tenho um nódulo na minha tireoide". João logo pensou: "Nossa! Será mesmo? Uma paciente tão jovem!"

A paciente se chama Andressa, de 37 anos, que foi diagnosticada com um nódulo de tireoide ao ultrassom durante um *checkup*. Também apresentava TSH levemente elevado e tireoglobulina elevada. Calcitonina elevada. “Doutor – continuou a paciente – minha tia morreu de hemorragia durante uma cirurgia para a retirada de um câncer de tireoide. Mas meu clínico falou para eu não ficar assustada, pois mais da metade das mulheres tem um nódulo de tireoide. É verdade isso?” A paciente continuou a contar sua história. Mostrou uma USG da tireoide que evidenciava nódulo misto, medindo 4,5 x 3,0 cm em lobo esquerdo, de contornos imprecisos, hipocogênico, com microcalcificações e fluxo intranodular ao doppler. João Afonso discutiu com o seu Staff a necessidade de melhor investigação diagnóstica. Ele achava melhor encerrar a investigação por ali mesmo, pois não encontrou indícios de malignidade, todavia seu staff optou por solicitar uma PAAF do nódulo.

Algumas semanas depois, a paciente retorna com o resultado da citologia: “Bethesda V”. “E aí, João, vamos dar alta para a paciente?” Perguntou seu staff, com uma boa dose de sarcasmo.

Andressa foi encaminhada ao serviço de cirurgia de cabeça e pescoço do hospital. Os cirurgiões indicaram tireoidectomia total. 48h após a cirurgia, a paciente começou a apresentar parestesia dos lábios e extremidades, evoluindo para tetania e laringoespasma e parada cardiorrespiratória. Dr. Marino, chefe da UTI foi acionado e

atendeu a paciente na enfermaria, de acordo com os protocolos do ACLS. A parada foi revertida, e a paciente transferida para UTI.

João Afonso foi visitar Andressa na UTI. Percebeu que a mesma encontrava-se rouca. Pensativo, João considerava: “Será que foi trauma durante a intubação?” O interno ao ler o resultado do histopatológico ficou ainda mais assustado. Marino, ao perceber a expressão na face de seu interno, respondeu: “João, este resultado revela uma alteração derivada das células foliculares da tireoide. Na verdade, este tipo de achado é muito comum”. A paciente muito apreensiva questionou o que significava aquele resultado e se seria necessário algum outro tratamento, pois os cirurgiões disseram que será necessário usar iodo radioativo, além de uso de medicação para o resto da vida.

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, nº 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.; DOMINICZACK, 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.