

Caderno de Situações - Problema

II 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 –
Segundo Semestre de 2015 / Fundação Educacional Serra dos Órgãos. ---
Teresópolis: UNIFESO , 2015.
178f.

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
Álvaro Henrique Sampaio Smolka
Ana Maria Pereira Brasília de Araujo
Ana Paula Faria Diniz
Ana Paula Vieira dos Santos Esteves
Annamarina Coutinho Barros de Britto
Andrea Santana Silva Moreira
Anielle de Pina Costa
Antonio José Magalhães da Silva Moreira
Augusto Cezar M. Pereira de Bastos
Bruna Salgueiro Bruno
Bruno Rodrigues Rosa
Carlos Luiz da Silva Pestana
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 da Sá Ribeiro
Floriano Tadeu Garcia
Francisco Xavier D. F. de Oliveira
Geórgia Dunes da Costa Machado
Geórgia Rosa Lobato
Gleyce Padrão de Oliveira Zambrotti
Hélio Pancotti Barreiros
Ingrid Tavares Cardoso
Jeanne D'Arc Lima Fontaine
Joelma de Rezende Fernandes
Jorge André Marques Bravo
José Carlos Lima Campos
Julia Paula Alves dos Santos
Julio de Carvalho Neto
Kátia Cristina Felipe
Kátia Liberato Sales Scheidt
Leandro Oliveira Costa
Leda Jung dos Santos
Lilian Kuhnert Campos
Lorilea Chaves de Almeida

Lucia Cunegatto Guimarães
Luciana da Silva Nogueira de Barros
Lucianna Miguel Ferreira
Luis Antonio Lopes Pereira
Luis Claudio de Souza Motta
Luís Roberto Barbosa de Melo
Luis Sérgio Lobianco
Luiz Antônio Lopes Pereira
Margarete Domingues Ribeiro
Maria Aparecida Rosa Manhães
Maria de Fátima da Silva Moreira Jorge
Maria Teresa Menegat
Mário Castro Alvarez Perez
Michelle Telles Bravo
Paulo Cesar da Fonseca Coelho
Paulo Cesar de Oliveira
Paulo Cesar Silva Tavares
Paulo Freire Filho
Paulo José Pereira Camandaroba
Pedro Henrique Netto César
Roberto Luiz Hungerbüler Pessôa
Rosalda Motta Diniz de Moura
Rosiane Fátima Silveira de Abreu
Sheila da Cunha Guedes
Simone Rodrigues
Sueli Araújo Rodrigues
Thiago Badaró da Silva
Thiago Bretz Carvalho
Valéria Francisca do Nascimento
Vânia 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.....	11
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	13
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	15
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	17
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	19
CAPÍTULO 2	21
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO SEGUNDO PERÍODO.....	21
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01.....	22
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	23
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	25
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	27
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	28
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	30
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	31
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	32
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	34
CAPÍTULO 3	36
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO TERCEIRO PERÍODO	36
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01.....	37
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	38
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	39
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	41
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	43
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	44
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	46
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	48
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	49
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10.....	51

CAPÍTULO 4	53
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO QUARTO PERÍODO	53
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	54
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02	55
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03	56
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04	58
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05	59
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06	60
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07	62
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08	64
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09	66
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10	67
CAPÍTULO 5	69
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO QUINTO PERÍODO.....	69
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	70
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02	72
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03	74
EXAME QUÍMICO	75
Glicose.....Presente	75
Urobilinogênio.....Ausente.....	75
Proteínas.....Ausente	75
Leucócitos.....Ausentes	75
Acetona.....Ausente.....	75
Hemoglobina.....Negativa	75
Bilirrubina.....Ausente	75
Nitrito.....Negativo	75
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04	77
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05	79
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06	81
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07	84
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08	87
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09	89
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10	91
CAPÍTULO 6	93
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO SEXTO PERÍODO	93
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	94

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	97
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	99
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	101
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	104
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	106
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	108
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	110
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	112
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10.....	114
CAPÍTULO 7	116
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO SÉTIMO PERÍODO	116
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01.....	117
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	119
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	121
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	123
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	125
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	127
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	130
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	132
Muito mais do que uma ressaca.....	132
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	134
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10.....	137
CAPÍTULO 8	139
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO OITAVO PERÍODO.....	139
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01.....	140
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	144
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	146
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	148
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	150
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	152
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	155
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	157
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	159
Bibliografia.....	163
1º PERÍODO – CICLO DE VIDA – CONCEPÇÃO E FORMAÇÃO DO SER E DESENVOLVIMENTO ATÉ 1ª INFÂNCIA.....	163

2º PERÍODO – CICLO DE VIDA – DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	164
3º PERÍODO – CICLO DE VIDA – VIDA ADULTA, SENESCÊNCIA E ENVELHECIMENTO.	165
4º PERÍODO – CICLO DE VIDA – VIDA ADULTA, SENESCÊNCIA, ENVELHECIMENTO, FINITUDE E MORTE.....	167
5º PERÍODO – CICLO DE VIDA – SAÚDE DA MULHER	169
6º PERÍODO – CICLO DE VIDA – SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	170
7º PERÍODO – CICLO DE VIDA – APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DO ADULTO E DO IDOSO.....	171
8º PERÍODO – CICLO DE VIDA – APRESENTAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DO ADULTO E DO IDOSO	172

APRESENTAÇÃO

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

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

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

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

CAPÍTULO 1

SITUAÇÕES-PROBLEMA DO PRIMEIRO PERÍODO

Autores

Agnes Bueno dos Santos

Ana Maria Pereira Brasília de Araujo

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

Maria de Fátima Silva Moreira Jorge

Roberto Luiz Hungerbüler Pessôa

Sueli Araújo Rodrigues

Vânia Silami Lopes

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

A Chegada Ao Novo Mundo

João Afonso se despediu das férias em um rico *workshop* que ocorreu no Centro Cultural do Banco do Brasil no Rio de Janeiro. O debate: “Como as ciências e as artes podem se aproximar culturalmente e abrir novos caminhos do conhecimento e da sensibilidade?” contava com o famoso físico Luiz Pinguelli Rosa e estimulava João Afonso. Ele estava cheio de planos e expectativas e em breve seguiria para Problemópolis, uma cidade com 160 mil habitantes próxima à capital, com pequeno parque industrial e algumas áreas de invasão e favelização. Lá, onde a produção agrícola de hortaliças é a principal fonte de renda, cursaria seu tão sonhado curso de graduação em Medicina.

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 incomodava. Será que conseguiria 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 e na valorização do pensamento científico.

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, até mesmo sobre aspectos como ACI e prescrição.

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 estava se adaptando à sua nova rotina. Comprar mantimentos fazia parte desta novidade e, frequentemente, João seguia para o supermercado ao final do dia. Em um destes dias, acompanhado por um amigo veterano, ouvem tiros. Havia um barzinho bem em frente ao mercado. Um homem que estava nesta calçada havia sido baleado. Os tiros cessaram e em instantes, uma mulher gritava aos prantos. Era Maria das Dores, esposa de Rondinelli, o baleado. Saíra do supermercado e, desesperada, correu ao encontro do marido. Desavisada, jogou-se em frente a um carro que passava justo naquele instante. Que tragédia! Foi atropelada.

Assustados e sem saber como agir, João Afonso e o veterano Mateus tiveram a iniciativa de chamar os bombeiros pelo celular. A pessoa que o atendeu fez algumas perguntas e, em poucos minutos, duas ambulâncias estavam na cena.

João e Mateus se aproximaram de Rondinelli e o viram desacordado. Uma bala entrou pelo lado frontal esquerdo de sua cabeça e ficou alojada neste plano coronal esquerdo. Havia sangue por todos os lados, mas, em particular, saindo de seu ouvido. Ao contrário, Maria das Dores estava acordada, consciente e respirava bem. Aparentemente, notaram uma deformação em seu braço direito e, provavelmente, uma lesão no processo espinhoso de T12.

Ao chegar, a equipe de saúde fez uma rápida, porém minuciosa avaliação da cena e, isolaram a área. Iniciaram os primeiros socorros usando luvas e máscaras e, em poucos minutos, Rondinelli foi levado em uma primeira ambulância e Maria das Dores em uma segunda.

Estavam impressionados com a situação, mas seguiram os planos iniciais. Fizeram as compras, prepararam um jantar e durante a refeição, voltaram ao assunto. João entendeu que a equipe resolveu as prioridades de atendimento e remoção usando o pensamento científico que aprendera na primeira SP.

- O que você acha ter acontecido com eles, Mateus? Perguntou João.

- Maria das Dores lesionou o membro superior direito. Tudo indica que houve comprometimento ósseo. Entretanto, me preocupa mais a lesão na coluna.

- Eh... disse João. Não sei como o tecido nervoso e seus neurônios se comunicam com as pernas, mas todo o mundo sabe que ao lesionar a coluna, há riscos de não mais as senti-las. Será que isso acontecerá com ela?

- Em relação ao Rondinelli... em voz alta, Mateus continuou refletindo: Fico pensando nas estruturas que estão na região que o tiro atingiu e em suas implicações. Preciso rever a anatomia, a divisão do sistema nervoso com base nos critérios anatômicos!

- Você falando de estruturas anatômicas e eu ainda pensando em células, Mateus! Estou tentando lembrar e... neurônios e ... com é isso mesmo? Há um abismo entre nós! Brincou João.

- João, você está no caminho certo! O neurônio não é tudo, mas é à base de tudo! Você conhece o tecido nervoso? Sabe sobre a importância das sinapses?

Entusiasmado com o assunto, João se planejou para acordar mais cedo no dia seguinte. Iria à biblioteca e se entregaria aos livros.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

Pontos de Vista

João Afonso estava começando a se inteirar sobre o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBSF) e já até sabia que Rondinelli precisou ser encaminhado para uma unidade hospitalar pois, embora não apresentasse sequelas motoras ou sensitivas, apresentara alterações comportamentais que o tornaram uma “pessoa completamente diferente”, segundo seus familiares. Rondinelli passou a assediar mulheres, falar palavrões em ambientes formais e até a tirar a roupa toda no interior da praça de alimentação do *shopping*. Este comportamento patologicamente desinibido, de acordo com Mateus, indicava lesão na região frontal do cérebro de Rondinelli.

A rede municipal de saúde de Problemópolis tem cobertura de 40% para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) através de três UBSF. Conta ainda com 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).

A inserção de João no curso de medicina ocorria com muita empolgação e ele queria entender todos os assuntos de saúde que o rodeavam. Nesta semana, Dinorah que trabalhava como passadeira em sua casa, lhe falou sobre uma explanação que ouviu sobre o Planejamento Familiar na UBSF que frequenta.

Dinorah sempre sonhou em ser mãe e João, muito atencioso, sabia disso. Entretanto, também acompanhava as suas dúvidas. Dinorah era casada com o primo de primeiro grau e, por esta razão, tinha medo de engravidar. Temia pela saúde de seu bebê. Na região em que morava, a assustavam muito e, confiante em seu patrãozinho estudante de medicina, o João, lhe pedia respostas sobre o nascimento de crianças fruto de casamentos consangüíneos. Para piorar, seu marido embebido de ciúmes e histórias não fundamentadas, acreditava que ela nem conseguiria engravidar por conta da consanguinidade.

- Se você engravidar farei o teste de DNA! A ameaçava.

Apesar de não estar seguro, não acreditava existir alguma relação da consanguinidade com a dificuldade de gerar um filho, achou aquela história do marido

de Dinorah meio esdrúxula e, desvirtuando desta resposta, saiu de casa rumo à faculdade!

João estava ciente de suas limitações, afinal, estava apenas começando a graduação, mas estudava prometendo à angustiada Dinorah, explicar para ela 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. Apenas arriscou a lhe dizer que precisava conhecer seu grupo sanguíneo e o fator Rh, assim como de seu marido.

Após estes esclarecimentos e um beijo de gratidão, João seguiu para a faculdade onde foi recompensado com a coincidência do tema de estudo para o dia. A situação-problema aberta falava sobre o papel do homem na formação do ser, estimulando seu grupo tutorial a elencar como objetivos de estudo o sistema reprodutor masculino, assim como a formação e o caminho percorrido pelos espermatozoides. Empolgado, tentou correlacionar este tema com o trabalhado na SP anterior e propôs, ainda no *brainstorm*, trabalhar as referências anatômicas das estruturas responsáveis pela estimulação hormonal para a produção dos espermatozoides.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

Um Estudante de Primeira Linha!

Era um final de tarde de sexta-feira quando João se rendeu aos convites de alguns amigos e resolveu se divertir um pouco. Também seria uma chance de se aproximar de sua colega de turma, a bela morena Renata.

Estava convicto de que já dominava bem os assuntos da última situação-problema, então se permitiria este momento de relaxamento e até estava ansioso por ele. No último encontro da turma, a Renata não foi alegando estar com TPM (tensão pré-menstrual) referida pela cefaléia, irritação e variações de humor que, frequentemente, antecediam suas menstruações. Foi uma decepção! João até desanimou porque, na verdade, não acreditava que isso tudo realmente existisse. Seria frescura?

Esse foi o ponto de partida para sua conversa com seu colega de quarto Daniel sobre o ciclo menstrual. Daniel começou a falar sobre as alterações hormonais que ocorriam no ciclo, o método Ogino Knaus baseado nele e sobre suas repercussões no sistema reprodutor das mulheres.

João estava realmente “mordido” pelo método e, enquanto escolhia entre suas duas camisas azuis novas, a turquesa e a marinho, percebia que, mesmo tendo estudado o eixo hipotálamo-hipófise-gônadas no homem, ainda não sabia nem mesmo o que vinha a ser um hormônio e como estes conseguem achar exatamente o local de ação em meio a tantos tecidos. Acreditava em uma espécie de porta nas células por onde os hormônios entram e saem fazendo as modificações necessárias nos tecidos que escolhiam. Isso o intrigava, mas ainda assim, precisava se apressar em sair.

Os dois rapazes saíram atrasados. João estava ansioso pelo encontro, mas também em entender os novos assuntos que o rodeavam e se atrapalhava. Daniel, inoculado pelos questionamentos, lembrou o caso de Maria das Dores que lesionou a T12 e, conseqüentemente não conseguia mais se locomover sem auxílio de cadeira de rodas. Fazendo o papel de um tutor, indagou a João sobre se o eixo hipotálamo-hipófise-ovariano da Maria ficaria afetado.

Desta vez, Daniel nem sabia a resposta. Na verdade, não conseguia achar razoável que uma área relativamente pequena do diencéfalo, com estruturas situadas

nas paredes laterais do III ventrículo, abaixo do sulco hipotalâmico, além das formações do assoalho do III ventrículo como corpos mamilares, quiasma óptico, túber cinéreo e o infundíbulo pudessem ter suas funções hipotalâmicas alteradas com relação à regulação do sistema endócrino, mais especificamente, relacionado à adeno-hipófise.

Como já estavam quase chegando, Daniel decidiu por interromper o assunto. Apenas estimulou João a procurar fontes confiáveis de informação no dia seguinte, alertando-o para o fato de que estar em um livro não era garantia. Tudo dependeria da hierarquia do grau de evidência. Um estudo observacional, um ensaio clínico, uma revisão sistemática, uma metanálise foram alguns exemplos de diferenças de confiabilidade citados por Daniel que, como última cartada para esgotarem o assunto, prometeu a João acompanhá-lo à biblioteca no dia seguinte após às 11h. Tinha outros planos para ocupar sua mente naquele momento.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

As Reuniões do Grupo de Gestantes

Jéssica já desconfiava, pois vinha apresentando alguns sinais de presunção de gravidez. Entretanto, estava muito ocupada em ajudar na recuperação de seu pai Rondinelli e sua mãe Maria das Dores. Foi adiando, mas acabou por se submeter a um novo teste de farmácia, agora quantitativo que indicou 4 semanas de gestação, e se encheu de forças e foi procurar ajuda na UBSF de seu bairro. Atendida pela Dra. Sofia, colheu sangue para exame de maior sensibilidade e, logo em seguida, foi conhecer a reunião do grupo de gestantes de lá.

Nesta primeira participação de Jéssica, estavam explicando às pacientes o fundamento do exame de diagnóstico de gravidez, a primeira e as demais consultas do pré-natal e os exames de rotina que lhe solicitariam. Enfatizaram também a importância da suplementação com ácido fólico no desenvolvimento do sistema nervoso e na diferenciação e organização neuronal. Foi como uma carta de boas-vindas para Jéssica, a novata do grupo.

Sabia que os exames incluíam as famosas ultrassonografias (USG) que, até então, ela esperava serem realizadas semanalmente para uma observação criteriosa do desenvolvimento do bebê.

Outra gestante do grupo, Rita, riu de suas expectativas e afirmou que a USG não era realizada todas estas vezes porque apresentava riscos ao embrião o que culminou em explicações esclarecedoras sobre os pontos supracitados, a rotina de pré-natal e sobre as correlações entre malformações no bebê e o exame de translucência nugal comumente citadas na *internet*.

As reuniões semanais do grupo de gestantes de uma UBSF são entusiasmantes para os estudantes de medicina. Nestes encontros, os pacientes esclarecem suas dúvidas, compartilham seus medos e alegrias e, por isso mesmo, normalmente representam importante disparador de hipóteses explicativas para eles.

Com João Afonso e seu amigo de turma Daniel, não foi diferente. Diante deste relato, aproveitaram para fazer algumas hipóteses sobre o desenvolvimento do embrião até a oitava semana, sobre os principais achados ultrassonográficos, assim

como sobre a conduta adequada para evitar lesões do tubo neural e riscos de malformações associadas aos hábitos maternos como o consumo de álcool e o tabagismo, durante o primeiro trimestre de gestação, quando está ocorrendo o desenvolvimento das cristas neurais, do tubo neural, assim como a diferenciação e organização neuronal. Percebeu, inclusive, a importância de iniciarem um estudo sobre os coeficientes de incidência de malformações na população atendida por aquela UBSF.

Seguiram para o AAD com muitos objetivos de estudo. Nem sabiam se dariam conta de todos eles, mas, ainda assim, João comentou com Daniel que, novamente, estes temas o faziam lembrar-se do acidente que havia presenciado ao lado de Mateus. Como não se lembrar do tecido nervoso, do encéfalo e da medula que chega no tronco encefálico, se estamos tratando do desenvolvimento embrionário dos mesmos?

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

As Dúvidas da Espera

Rondinelli já havia se recuperado, mas estava inconformado. Aceitar a gravidez de sua filha Jéssica de apenas 16 anos de idade, despreparada física, emocional e financeiramente para tal o deixava angustiado. Sonhou que Jéssica pudesse mudar o rumo da família se formando, recebendo uma boa remuneração e se casando bem. Todavia, Jéssica ainda cursava o ensino médio, não trabalhava e Alexandre, seu namorado e pai do bebê, não tinha o futuro garantido e nem a apoiava.

A gravidez de Jéssica, apesar dos pesares, a deixava feliz. Sentia-se bem-sucedida por estar prestes a carregar o *status* de mãe. Havia sido orientada para se manter na curva do Cartão da Gestante e frequentemente se queixava da dificuldade em se equilibrar com tanto peso, resultado da alimentação errada que estava praticando. Seu coração parecia-lhe que sairia pela boca ao menor esforço, mas ainda assim continuava a engordar o que só piorava.

Márcio, por sua vez, estava maravilhado! A gravidez de sua filha Amora veio fechar com chave de ouro o ano de 2014: ela se formou em arquitetura como ele, se casou com seu namorado, o engenheiro Artur e voltou grávida da viagem de lua de mel que fez pela Europa. Márcio ainda guardava na memória o nascimento da linda filha de 24 anos de idade e agora, acompanharia o crescimento de seu neto.

Amora, boa ouvinte de sua avó Violeta que a classificava como uma provável boa parideira, se gabava por ser dona de um quadril largo e se sentia confiante de poder realizar o parto via baixa. Suas únicas queixas eram a frequente azia e a falta de ar. Temia que isto implicasse em não passar oxigênio suficiente para seu bebê através da placenta.

Dra. Sofia atendia na UBSF e em seu consultório particular. Em ambos os cenários, preocupava-se em manter as gestantes tranquilas e esclarecia todas as dúvidas expostas sobre a êmese gravídica, a pirose e outras modificações do organismo na gestação. Na última semana, terminou a manhã atendendo Jéssica e, preocupada, solicitou um exame de tolerância à glicose para a adolescente.

Do outro lado da cidade, Amora aguardava na sala de espera do consultório, sua segunda consulta da rotina de pré-natal e tinha em mãos, alguns exames

laboratoriais e uma USG-TV. Conversava com outra cliente de Dra. Sofia. Estava entusiasmada com as imagens do exame de ultrassonografia morfológica com 20 semanas de gestação. Nele, a foto abaixo apresentada, até a vascularização cerebral, com o polígono de Willis, foi verificada.

Amora não conhecia este exame, mas ficou curiosa para saber quais outros exames ainda poderia realizar para acompanhar a formação de seu bebê. Até então, achava que o mais diferente era a tal ultrassonografia em 3D que frequentemente, era colocada em porta-retratos pelas mães' orgulhosas e não via a hora de poder realizá-la.

Dra. Sofia estava ciente que sua sala de espera estava cheia, mas precisava parar nem que fosse por 30 minutos. Seguiu para o restaurante natural próximo ao consultório ao som de *Kashmir* do grupo inglês Led Zeppelin. Afinal, o dia estava apenas na metade e precisava recarregar as baterias.



SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

É chegada a hora!

Após muitas sessões de fisioterapia e fonoaudiologia, a neuroplasticidade havia permitido que Maria das Dores apresentasse expressiva melhora. Acompanhou apoiada por muletas, Jéssica ao hospital, quando ela começou a sentir muitas dores na barriga. Foi um desafio para Jéssica reconhecer os sinais e sintomas da síndrome de trabalho de parto, mas já na 38ª. semana de gestação, das Dores insistiu para que seguissem para a maternidade.

A médica residente Francisca a atendeu. Colheu o histórico da gestação, avaliou sua caderneta da gestante, procedeu ao exame físico, constatando o trabalho de parto e solicitou exames laboratoriais complementares necessários para a internação na maternidade.

Maria das Dores estava nervosa e não se conformava com a alegação de falta de estrutura impedindo-a de acompanhar sua filha à sala de pré-parto. Lá, Jéssica seguia com contrações cada vez mais frequentes e intensas. Como primigesta, precisou lidar grande tempo com a observação da rápida evolução de algumas multíparas que deixaram a sala, até a decisão da equipe que a acompanhava de encaminhá-la à sala de parto.

Seu parto, realizado via baixa pelo obstetra de plantão que rompeu sua bolsa para acelerá-lo, seguiu sem intercorrências até a dequitação da placenta que a mantinha apresentando ainda algumas contrações.

Ronaldo era um bebê saudável e foi avaliado pela Dra. Rafaela no mesmo dia em que nasceu. Durante o exame, a médica identificou que ele era a termo, pesando 3,250Kg e medindo 49cm, todos estes parâmetros adequados para a idade gestacional e anotados na Caderneta de Saúde da Criança.

Jéssica ficou impressionada ao ver, ainda durante o exame físico, seu bebê urinando e eliminando o mecônio, mas ficou tranquila após a Dra. Rafaela afirmar que o pequeno Ronaldo estava fazendo uma boa transição da vida intra-uterina para a vida extra-uterina.

Neste mesmo dia, Amora se esmerava em finalizar os últimos detalhes da decoração do quarto do bebê. Para colocar sobre a cômoda, escolheu uma foto sua

com Artur no momento em que ele sugeriu construir uma família, bem diante da obra “Mother and Child” (2002) do badalado escultor hiper-realista australiano Ron Mueck (1958-), na exposição que levou mais de 230 mil pessoas ao MAM, no Rio de Janeiro em maio de 2014.

A ida à esta exposição foi planejada por Artur exatamente contando com a recorrente temática da gestação do artista plástico como “Big Baby” (1997), “Mother and Child”(2001) e “Pregnant Woman”(2002), além das apresentadas obras “Couple under an Umbrella” (2013) e “Mask II”.



Couple under an Umbrella (2013)



Mask II (2001-2)



Big Baby (1997)



Mother and Child(2001)



Mother and Child(2002)



Pregnant Woman(2002)

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

Uma nova vida!

Desde o nascimento de Ronaldo, eram raros os momentos tranquilos da puérpera Jéssica que vinha sofrendo com as cólicas durante as mamadas. Sua apojadura demorou e estava sendo muito dolorosa deixando-a tão à flor da pele, que pensou em substituir seu leite pelo de vaca e parar de amamentar, apesar das orientações do Grupo de Gestantes. Porém a internet em seu celular a distraía e permitia que mantivesse a amamentação.

Em um desses momentos, Jéssica leu sobre a importância de se cumprir o calendário vacinal dos primeiros dois anos de vida. No mesmo texto, também descreviam como seu leite e a vacinação ainda no hospital garantiam proteção ao seu bebê ainda com respostas inata e adquirida pouco desenvolvidas. Tal leitura a deixou intrigada e, com a consulta na UBSF agendada para o período adequado à realização do “teste do pezinho”, incluiu esta pergunta na lista de desejos de orientação sobre os cuidados com seu filho.

A jovem mãe havia recebido informações sobre o tecido mamário, explicações sobre a ejeção do leite dependente da posição e pega durante as mamadas, mas as dificuldades que vinha enfrentando como o abandono de Alexsandro e a insatisfação de seu pai Rondinelli, que mal havia se recuperado e precisava fazer horas extras de trabalho para aumentar os proventos da família, também a desequilibravam.

Foi na consulta da UBSF que Jéssica verbalizou pela primeira vez estas dificuldades. Em meio a conferência dos dados sobre o peso (3250g), medida (49cm) e APGAR 9/10) de Ronaldo no seu nascimento, assim como reafirmação das orientações recebidas no alojamento conjunto sobre a amamentação, a enfermeira Lúcia a escutava atentamente, sempre afirmando que a amamentação deveria ser por livre demanda, mas representando um tempo protegido e feliz entre ela e seu bebê.

A conversa durante a consulta foi muito positiva. A amamentação seguinte representou uma oportunidade de reflexão para Jéssica que ficou a lembrar, com um sorriso discreto, os primeiros momentos de Ronaldo, ainda na maternidade do hospital candidato ao título de Hospital Amigo de Criança. Ele foi considerado sem anormalidades no teste do reflexo vermelho e, mesmo apresentando uma perda de

10% do peso de nascimento, recebeu alta hospitalar com 48 horas de vida, já que sugava muito bem.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

Vidas Distintas...Vidas que Seguem...

João Afonso começou a contagem regressiva para o fim do período. Estava com passagem comprada e malas feitas. Sua bagagem havia aumentado. Se aproveitou de todas as situações vivenciadas dentro e fora da universidade para ampliar seu conteúdo médico. Concentrava-se agora nos últimos assuntos: os marcos do desenvolvimento dos primeiros dois anos da primeira infância, o mecanismo de ação dos imunobiológicos e notificações de violência ao Conselho Tutelar.

Apresentando uma excelente involução uterina e ótima cicatrização da episiotomia em sua primeira consulta após o parto, a vida da puérpera Jéssica agora estava focada em seu filho Ronaldo. Retornou no dia marcado para o Grupo de Puericultura e recebeu uma avalanche de informações. Dúvidas sobre: como e quando começar a introduzir alimentos sólidos ou em papinhas; como garantir dieta balanceada de acordo com a pirâmide alimentar respeitando a capacidade de deglutição, digestão e absorção dos nutrientes; como garantir qualidade de fontes proteicas contendo aminoácidos essenciais e por que e para que levar a criança para pegar sol eram algumas delas.

Eram tantas informações, perguntas e dúvidas muitas vezes exaltadas, que Jéssica começou a anotar tudo temendo esquecer algo. Até tentou se concentrar nos primeiros meses como no caso de uma mãe preocupada com a condição fisiológica e passageira de seu filho que ficou todo amarelinho com 5 dias de vida, mas acabou por se render e também anotou o calendário básico de imunização da criança para os primeiros dois anos de vida, evitando algumas doenças, assim como em que situações tais vacinas devem ser evitadas.

Dra. Carolina era pediatra na UBSF. Havia voltado de férias nesta semana. A primeira paciente: Marina de 3 anos de idade. Na anamnese, sua mãe Luiza relatou a menina ter começado a sentar e andar na idade esperada, o que indicava que seus núcleos da base, assim como suas vias e demais estruturas responsáveis por seu equilíbrio e coordenação motora estavam se desenvolvendo bem. Começou a falar com um ano, abandonou as fraldas no final do segundo ano, já comia sozinha e socializava muito bem na creche. Queixava-se apenas dos resfriados e do

aparecimento de caroços no pescoço da filha sempre que ela fica com infecção de garganta e das frequentes conversas de Marina com as bonecas.

Marina estava bem. Os caroços faziam parte do desenvolvimento imunológico e o pensamento mágico, do desenvolvimento emocional infantil. Além disso, ao exame físico, nenhuma alteração clínica, desenvolvimento da linguagem e habilidades motoras compatíveis com sua idade e dados de estatura (105 cm), peso (16 kg) e perímetro cefálico (47 cm) da Caderneta da Criança mostravam que Marina mantinha sua curva de crescimento, com percentil adequado e de posse da estatura do pai e da mãe, a médica pode calcular seu alvo genético de Marina. Seu desenvolvimento neurológico e psíquico deveria ainda ser observado com o decorrer do tempo.

CAPÍTULO 2

SITUAÇÕES-PROBLEMA DO SEGUNDO PERÍODO

Autores

Alexandre de Pina Costa

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Anamarina Coutinho Barros de Brito

Antonio José Magalhães da Silva Moreira

Bruna Salgueiro Bruno

Bruno Rodrigues Rosa

Floriano Tadeu Garcia

Joelma de Rezende Fernandes

Luis Sérgio Lobianco

Maria Aparecida Rosa Manhães

Paulo Cesar de Oliveira

Paulo Cesar Silva Tavares

Rosiane Fátima Silveira de Abreu

Thiago Bretz Carvalho

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

Respostas que precisam ser ativadas

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

João Afonso, Acadêmico de Medicina, junto com Inês, a Agente Comunitária de Saúde diante desta história sugestiva de “baixa imunidade” ficou curioso para entender o que estaria provocando essa reação. Se prontificou em agendar e acompanhar uma consulta para Cauã com a Dra. Sofia, médica da UBSF.

Na anamnese, entre outras perguntas, Dra. Sofia questionou sobre o aleitamento materno e Maria das Dores responde que o aleitou até 3 meses sem entender o porquê da pergunta...

Durante o exame físico, na etapa de inspeção e palpação, verificou a presença de adenomegalias em cadeia cervical anterior e posterior, observou a presença de placas pultáceas em ambas as tonsilas, no exame da cavidade oral e, na palpação de abdome, não evidenciou esplenomegalia ou qualquer outra alteração nos órgãos relacionados com a defesa orgânica do menino.

Dra. Sofia, então, checou a caderneta de saúde, atentando para o calendário vacinal de Cauã e verificou que alguns imunobiológicos estavam com datas atrasadas. Ao final da consulta esclareceu as dúvidas de Maria das Dores e forneceu as orientações necessárias, inclusive para atualizar as vacinas 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.

João Afonso a cada dia está mais entusiasmado, pois compreendeu o quanto essas informações seriam úteis para o seu aprendizado na Medicina.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

Conversas em uma “sala de espera”...

Maria das Dores estava muito preocupada com seu filho Cauã, de 3 anos, porque achava que ele tinha algum atraso no desenvolvimento, principalmente na coordenação motora. Ele não conseguia “pular amarelinha”, se atrapalhava ao jogar bola e batia palmas sempre fora do ritmo, além de ter pequenos tremores quando pegava um copo com água. Assim, Maria das Dores conseguiu um encaminhamento para um ambulatório de Neurologia Pediátrica.

Chegando na sala de espera, encontrou Josefina, mãe de Ronaldo de 5 anos, e começaram a conversar enquanto esperavam a consulta. Josefina contou que Ronaldo teve uma meningite grave aos 6 meses de idade que o deixou com algumas sequelas. Ele apresenta crises convulsivas eventuais, uma monoparesia no membro superior direito e uma hipoacusia leve.

Ouvindo a conversa, Simone, mãe de Catarina resolveu participar também da “conversa de sala de espera”, contando a história da sua filha. Ela falou que Catarina, quando tinha 2 anos, sofreu um grave acidente de carro, por um milagre sobreviveu, mas permaneceu, também, com sequelas semelhantes. Ela apresenta uma hemiparesia à direita, mas nesse caso, segundo lhe informaram, por uma lesão de tronco cerebral.

Maria das Dores ficou assustada de ver tantos casos complicados, especialmente o do Alexandre de 8 anos, um cadeirante que ficou com uma paraplegia com hiporreflexia, após ser atingido na coluna por uma “bala perdida”, quando brincava na laje da sua casa. Maria das Dores imaginando que seu filho pudesse ter alguma doença grave, ficou muito ansiosa, pálida e taquicárdica.

Finalmente, Dr. Alberto Lente, o neurologista, junto com João Afonso, acadêmico que o acompanhava, após anamnese e cuidadoso exame físico em Cauã, explicaram a Maria das Dores que seu filho apresentava desenvolvimento normal, que as ligações entre seus diferentes neurônios se aperfeiçoavam a cada dia e bastava estimulá-lo.

Logo após a saída dos pacientes, Dr. Alberto perguntou ao João Afonso quais seriam os prováveis locais das lesões de cada paciente, pedindo que ele descrevesse

todo o trajeto das vias neurais descendentes e ascendentes. Aí então foi a vez de João Afonso ficar pálido e taquicárdico. . .

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

. . . nossas crianças sempre nos surpreendem.

Maria das Dores foi chamada para uma reunião que se realizaria na escola de seu filho Cauã, com a presença da Professora Teresa e da Dra. Sofia. Lá Maria das Dores encontrou várias outras mães, também preocupadas com o desenvolvimento de seus filhos. Antes de começar a reunião, Maria das Dores comentou com outras mães, que Cauã tinha 5 anos mas ela achava que o menino sempre fora muito baixinho e magrinho, embora o seu pediatra lhe havia dito que o 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. Cauã 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 do ano letivo, lendo e escrevendo tudo, fazendo desenhos bem detalhados e não se machucando mais na sua cozinha, como frequentemente acontecia.

Lindalva, mãe de Jenifer, que tinha 5 anos e meio, ouviu Maria das Dores atentamente. Em seguida, comentou que sua filha é muito esperta, consegue escrever seu nome todo, mas não sabe ler nem dançar direito. Disse que a menina fica o tempo todo vendo televisão e falando sozinha com uma “amiguinha imaginária”. O pediatra de Jenifer, inclusive, já havia alertado várias vezes que seu peso estava muito acima do esperado e ele achava que ela já apresentava sinais de obesidade. Lindalva ainda disse que a vacinação de Jenifer estava toda atrasada devido a sucessivos resfriados e que nem as vacinas de 1ano ela havia tomado.

Finalmente, depois de algum tempo, a professora Teresa chegou acompanhada da Dra. Sofia e elas começam a explicar às mães, que estímulos deveriam aplicados para um promover melhoras no desenvolvimento das crianças. Dra Sofia mostrou um desenho com o “Homúnculo de Penfield”, mas, as mães riram muito e confessaram que não entenderam nada “daquilo”. A professora e a doutora 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 de células em desuso. A reunião foi interessante e

as mães saíram muito satisfeitas com tudo o que ouviram. Maria das Dores, ao final, comentou:

- De uma coisa eu tenho certeza, essas nossas crianças quando recebem estímulo e carinho, sempre nos surpreendem.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

As crianças parecem estar “no mundo da lua”. . .

Certo dia, na praça principal de Problemópolis, Mônica, mãe de Gustavo de 8 anos encontrou uma boa amiga, a Maria Clara, mãe de Betinho, que vai fazer 7 anos.

Mônica disse à Maria Clara que tem andado muito preocupada com o Gustavo. Na escola, a professora falou que ele está com problemas de concentração e aprendizado e não consegue acompanhar a turma. Parece que isto ocorre com outras crianças da turma dele.

- Será que isso é coisa da idade?

Maria Clara sugeriu a Mônica que pedisse à diretora da escola a marcação de uma reunião, em que houvesse uma palestra para os pais, sobre a aprendizagem e, também, sobre o comportamento das crianças nessa fase escolar. Ela lembrou que uma vez, numa dessas reuniões de escola, uma das mães pediu para seu filho ser trocado do fundo da sala para frente. A professora, no entanto, sugeriu que a mãe levasse o filho a um Oftalmologista, ao invés de, simplesmente, trocá-lo de lugar, e isto foi uma informação muito interessante para ela, na ocasião.

Mônica comentou que observou o caderno de Gustavo notando que sua caligrafia é boa. Ela percebeu que ele já lê com facilidade, sem gaguejar.

Ela acha que o problema de Gustavo é, na hora da prova, não lembrar o que tinha estudado poucos dias antes. Pensa que, se ele estudasse um pouco todo dia, talvez fixasse melhor do que deixando para estudar em cima da hora da prova.

Por outro lado, observou também que, com frequência, ela precisa repetir várias vezes a mesma coisa para ele, pois não sabe se ele não está ouvindo, se está apenas distraído ou “no mundo da lua”.

Será que Gustavo tem problemas de visão ou de audição ou será mesmo dificuldades de memória?

- Afinal, acontecem tantas coisa durante a infância de nossos filhos que a gente nem percebe. . .

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

Puberdade e adolescência... existe diferença?

João Afonso chegou para o IETC e observou que estava escalado para ficar com Dra. Sofia no ambulatório de Hebiatria. Encaminhou-se então para a sala e iniciou – junto a sua preceptora - a 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 ele fica horas na internet do computador do seu quarto, não gosta de sair de casa para nada e tão pouco se interessa por meninas. Ao examiná-lo, João Afonso percebeu que ele se encontrava no estadiamento G2P3 de Tanner com genitália de medidas normais, ginecomastia leve bilateral, lipomastia acentuada, IMC de 31 kg/m², PA de 120x80 mmHg e, verificando as medidas antropométricas prévias da Caderneta de Saúde do Adolescente, identificou que ele estava iniciando o seu estirão puberal com uma velocidade média de crescimento de 9 cm/ano.

Após avaliar todos estes dados do exame físico realizado por João Afonso, Dra Sofia orientou Márcia sobre a puberdade de Alexandre e conversou separadamente com João Afonso a respeito dos fatores intrínsecos e extrínsecos que poderiam influenciar no desenvolvimento da identidade sexual de Alexandre.

Em seguida, entra no consultório Catarina de 12 anos e sua mãe Isabela que relata que sua filha já menstruava, estava “quase toda formada”. Após dispensar Isabela da sala, Dra. Sofia começou a conversar 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, pois achava que não precisaria dela. Dra Sofia constatou pelo exame físico um estadiamento M4P4 de Tanner, PA de 100x70 mmHg, IMC de 19 kg/m² e analisando sua Caderneta do Adolescente, observou que a telarca fora aos 9 anos, a pubarca aos 10 anos, a menarca aos 11 anos e percebeu uma desaceleração da velocidade média de crescimento de 1 cm/ano. Após as devidas orientações de planejamento familiar e contracepção, liberou Catarina para ir ao encontro de sua mãe.

No final do dia de atendimento, Dra. Sofia contou para João Afonso um caso interessante que ela havia atendido - Juliana, uma menina de 6 anos com diagnóstico de puberdade precoce com aumento expressivo das gonadotrofinas e dos esteroides sexuais por uma provável ativação prematura e idiopática do eixo hipotálamo-hipófise-gônadas. Ela havia sido tratada com análogo do GnRH com sucesso. Por fim Dra. Sofia pediu ao João Afonso que trouxesse, para o próximo dia de atividade no IETC, um texto sobre os aspectos epidemiológicos de mortalidade, incidência e prevalência das principais doenças da adolescência.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

Como se preparar para uma Ação de Saúde na comunidade...

O Centro Universitário está pretendendo organizar, no próximo mês, uma “Ação de Saúde” em um colégio de Problemópolis. A ideia é colocar 100 crianças e adolescentes para participar, com orientação dos acadêmicos de medicina. João Afonso foi chamado para entrar na vaga do seu colega Flávio, que havia sofrido um rompimento de tendão. Ele foi escalado para participar da equipe responsável pelas atividades de recreação esportiva e que realizará a avaliação física das crianças. Animado com a perspectiva de sua atuação com um “pseudo educador-físico”, João planejou se preparar para tal e comentou com sua amiga Carolina: - Carol, anteontem eu me matriculei em uma academia e iniciei um programa de exercícios, para ganhar massa muscular e ficar tonificado. Ontem, no meu primeiro dia, acho que exagerei. Fiz 60 minutos de exercícios anaeróbicos, com cargas pesadas e repetições intermináveis. Quando terminei os exercícios estava esgotado, com artralgia e uma mialgia “danada”. Quase não consegui voltar andando para casa.

Na manhã de hoje João chegou, para o segundo dia de treinamento na academia, “acabado”. O professor de educação física, ao observar o esforço que ele fazia para deambular, chamou sua atenção dizendo que ele já estava, inclusive, adotando uma postura antálgica: - João, eu acho que você está exagerando. Já imaginou o que vai acontecer com as crianças e adolescentes que você vai orientar na recreação, se você aplicar uma carga de exercícios tão forte? Eles não vão conseguir. A estrutura óssea deles não está preparada para tanto esforço. É preciso ir devagar, poupar ligamentos e articulações, condicionar as fibras musculares. Grande parte do nosso corpo é feito de músculos esqueléticos. Você precisa entender a anatomia, respeitar a fisiologia e saber como ocorre o mecanismo de contração muscular. Se você quer se preparar fisicamente para participar das atividades e orientar as crianças que vão ficar com você, vou lhe ensinar como fazer. Você e as crianças devem se exercitar de maneira adequada, senão esta “Ação de Saúde” vai provocar muita “doença”...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

Chegou o grande dia: o resultado da ACI. Haja coração . . .

João Afonso estava no corredor das salas de tutoria, aguardando o momento em que seu grupo seria chamado, pelo Coordenador do Período, para receber o resultado da primeira ACI. As reações dos que saíam daquela sala eram curiosas: alguns colegas saíam sorrindo, outros chorando, alguns gritavam de alegria, outros falando que estavam com as mãos frias e o coração batendo a mil por minuto, comentavam: É muita adrenalina!

Ao seu lado, Carol, sua colega inseparável, segurando sua mão, comentou com ele: - Olha João, como minhas mãos estão geladas! Não suporto todo este estresse! Minha mãe então, não para de me ligar. Ela se preocupa muito comigo nesta época de provas e eu com ela porque sei que é hipertensa. Uma vez ela já foi parar no Pronto Socorro, com uma arritmia no coração, depois de ter sofrido um assalto. Na ocasião, fizeram um eletrocardiograma e, somente depois disto é que o médico me tranquilizou, dizendo que tinha sido apenas uma taquicardia devido ao susto. Aí é que eu pude ficar sossegada. Será que meu coração vai funcionar bem depois de tudo isso!

João Afonso a abraça. - Calma Carol, nós não vamos ter que ir ao 2º Passo. Você sabe que estudamos muito para esta ACI. Fique tranquila com relação ao seu coração, ele é forte, um músculo potente que contrai e relaxa normalmente. Garanto que suas valvas e seus potenciais de ação estão funcionando plenamente! Pelo menos é o que eu consigo lhe explicar com o conhecimento construído até agora. (risos) - Será? Comenta Carol.- Tenho certeza, diz João. Você vai passar bem por mais esse susto, acredite. Esse é o laudo do seu futuro cardiologista, Dr. João Afonso!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

“Uma noite nada agradável para Samanta”

No meio de uma madrugada fria, Verônica acordou com sua filha Samanta de 14 anos, tossindo muito e com aquele “chiado no peito” já conhecido de outras crises. Percebeu que ela, sentada na cama, respirava com dificuldade e se queixava de dor torácica. Verônica foi buscar os medicamentos que costumava usar nessas ocasiões.

Passado uma hora e apesar de ter feito uma nebulização, continuava com uma tosse úmida e persistente, com dispnéia, e agora com febre. Seus lábios estavam cianóticos e ela se queixava de tonteiros. Permanecia sentada tentando respirar melhor.

Verônica acordou seu marido e foram todos para a UPA. Samanta mal conseguia falar e andava com dificuldade, com intensa sensação de cansaço.

Na UPA foi atendida pelo Dr. Ernesto que enquanto a examinava, solicitou à enfermeira que administrasse rapidamente um tratamento inalatório mais específico.

Na continuação da avaliação percebeu que Samanta apresentava taquipnéia com hipopnéia e na ausculta, notou a presença de sibilos difusos e bilaterais. Verônica informou ao médico que Samanta tivera bronquiolite, quando bebê, mais tarde teve frequentes episódios de resfriado e as crises de Asma.

- Samanta agora já está medicada para esta situação aguda, então, vou pedir alguns exames complementares, disse Dr. Ernesto.

Após algum tempo Samanta, agora deitada no leito, comenta com a mãe que já se sentia bem melhor da “falta de ar” e não tinha mais a sensação de tonteira.

Dr. Ernesto retorna com o resultado dos exames: - A radiografia do tórax e o hemograma confirmaram minhas suspeitas: Samanta tem uma pneumonia. Mas não se preocupem, pois a gasometria arterial que foi realizada mostrou que ela está reagindo prontamente à medicação e assim sendo poderá ser tratada em casa sem maiores problemas.

- Vou prescrever um antibiótico e após o término do soro, ela será liberada. A receita deve ser cuidadosamente seguida até ser atendida pelo pneumologista, para uma revisão, quando deverá então avaliar adequadamente sua função respiratória.

O casal e a filha agradeceram ao Dr. Ernesto, felizes pelo acolhimento e pela evolução tão favorável do problema.

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 17 anos, com obesidade e diabetes, para ser avaliado após ter sido submetido à cirurgia bariátrica. Júlio foi relatando alegremente que seu apetite havia diminuído muito e com pequenas quantidades de comida já ficava saciado. Ele só reclamava que ainda tinha que comer somente alimentos pastosos ou muito bem mastigados, caso contrário tinha regurgitações e até vomitava. Dr. Calçado, após orientações, prescreveu vitaminas, mas não modificou sua dieta. Em seguida, entram Amanda de 5anos e sua mãe Clarissa. Amanda é portadora de uma doença rara que altera as secreções do organismo, diagnosticada por Dra. Sofia no teste do pezinho. Além de problemas pulmonares, apresentava insuficiência pancreática exócrina e litíase biliar. Dr. 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 era esperada a ocorrência frequente de litíase, esteatorréia e espuma nas fezes. Amanda, no momento com diarreia, se queixava de incontinência fecal. Após as devidas orientações, Dr. Calçado aproveitou para revisar com Dra. Sofia as diferentes enzimas digestivas nas diferentes etapas da digestão. Nesse momento, já cansados de tantos problemas e nomes variados, Dra Sofia aproveitou a oportunidade para perguntar ao Dr. Calçado o que ele achava dela fazer as famosas dietas restritas em glúten e lactose. Com os olhos arregalados, ele exclama: - Até você! Doutora, a senhora não sabia que essas dietas são apenas indicadas em situações de intolerância a esses nutrientes? E que nesses casos, pode-se evoluir, inclusive, com desnutrição por disfunção das microvilosidades intestinais e assim comprometer a absorção dos nutrientes. Uma boa dieta deve ter sempre um bom equilíbrio entre carboidratos, lipídeos, proteínas e seus respectivos produtos de digestão. Espera aí, vai dizer que você também está tomando chazinho de hibisco para emagrecer? (risos) - Vocês acreditam em qualquer coisa que está na internet! Finalmente entra o último paciente, Kauê de 2anos com sua mãe Laura, nitidamente preocupada com o futuro do seu filho. Kauê é portador de uma malformação

congenita da inervação entérica pela ausência dos neurônios intramurais dos plexos nervosos parassimpáticos. Ele apresentava megacólon com constipação grave, fezes em cíbalos e hematoquezia. Dr. Calçado resolveu orientar a mãe para que o menino fosse avaliado por um cirurgião e deu orientações para mudanças no estilo de vida da criança. 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 um algum medicamento.” Dr. Calçado então respondeu: “Já eu, estou morrendo de fome e começo até a salivar só de pensar numa bela picanha”

CAPÍTULO 3

SITUAÇÕES-PROBLEMA DO TERCEIRO PERÍODO

Autores

Adriana dos Passos Lemos
Agnes Bueno dos Santos
Anamarina Coutinho Barros de Britto
Bruna Salgueiro Bruno
Bruno Rodrigues Rosa
Emilene Pereira de Almeida
Geórgia Dunes Machado
Geórgia Rosa Lobato
Hélio Pancotti Barreiros
Ingrid Tavares Cardoso
Luis Cláudio de Souza Motta
Paulo Cesar Silva Tavares
Paulo José Pereira Camandaroba
Pedro Henrique Netto Cezar

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

Coisas da vida

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 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

A pressa é inimiga da perfeição!

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 à 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 a 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

Felicidade urgente

O último ano não foi moleza para Maria das Dores, 53 anos de idade. Sua filha Jéssica, adolescente, estava grávida do namorado Alexsandro e por conta disso vinha se desentendendo frequentemente com o pai, Rondinelli. Além disso, o filho Maikon, 18 anos, fora reprovado pela 2ª vez no colégio, recusando-se a trabalhar e finalmente, no último mês, Maria das Dores fora despedida da empresa onde trabalhava como cozinheira sob alegação de “contenção de despesas”. Por conta de todos esses contratempos, Maria das Dores estava bastante ansiosa, o que a levava a se alimentar de forma descontrolada, especialmente doces, pães e salgadinhos habitualmente encomendados da padaria de sua vizinha, além do aumento da ingestão de refrigerantes. Por conta disso, percebeu ganho ponderal progressivo, que já a fizera perder vários vestidos e outras peças de seu vestuário, com significativo aumento de tecido adiposo em região abdominal.

Maria das Dores passou a evitar o marido sexualmente, pois se sentia 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. Também sentia dores nos joelhos e na coluna lombar, principalmente aos esforços, bem como episódios de cansaço. 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 contou 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: 120x80mmHg, aparelhos cardiovascular e respiratório sem alterações muito significativas e exame do abdome mostrando um formato globoso.

- Doutora, estou preocupada com a minha pressão arterial, pois ela às vezes não está controlada e para piorar a minha glicose vem aumentando há alguns meses. Pode ter relação com o meu ganho de peso? Desculpe, doutora, se pareço ansiosa, mas estou querendo melhorar minha qualidade de vida! Dra. Sílvia acalmou-a, dizendo que o caminho a percorrer seria longo, mas que se Maria das Dores aderisse corretamente ao tratamento, no fim tudo daria certo!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

A saúde é o nosso bem maior!

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

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

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

Por cerca de 4 meses Mônica vinha escutando desculpas semelhantes. Ora era uma reunião, ora um empecilho... A verdade era que Paulo Ricardo vinha negligenciando seus horários de refeição, optando por lanches em locais de fast food e à noite geralmente trazia pizza ou pedia comida do restaurante italiano vizinho ao seu prédio. Mônica estava ficando preocupada, pois Paulo não estava mais frequentando a academia por falta de horário e, além disso, aumentara sua carga tabágica.

Naquela noite, após o jantar, Mônica sentou-se com o marido e teve com ele uma longa conversa sobre suas preocupações com sua saúde e terminou por convencê-lo a procurar o clínico da família, Dr. Helio, para uma avaliação.

Dr. Helio era muito amigo da família e já tinha tentado infrutíferas vezes levar Paulo Ricardo ao seu consultório, por isso surpreendeu-se com a marcação da consulta. Paulo expôs ao médico sua dificuldade em manter um estilo de vida saudável e seu receio relacionado ao fato de seu pai ter apresentado um infarto agudo do miocárdio quando estava próximo de sua faixa etária.

O médico, após ouvir atentamente o relato de Paulo Ricardo, procedeu ao exame físico: PA: 150x100mmHg, ausculta cardíaca com RCR em 2 tempos; FC: 90bpm e restante sem alterações. Em seguida, solicitou alguns exames laboratoriais, um eletrocardiograma e um ecodoppler de carótidas. Despediu-se de Paulo, instruindo-o a retornar assim que os exames estivessem prontos.

Uma semana depois, Paulo retorna e vai logo dizendo:

- Dr., não aguentei a curiosidade e abri os exames. Tá tudo ruim! Essas HDL, LDL, estão todas alteradas! A Mônica fica me assustando, dizendo que as minhas artérias podem entupir de uma hora para outra. É verdade?

Dr. Helio diante da ansiedade de seu paciente, explicou-lhe detalhadamente o significado de uma dislipidemia, salientando o fato das doenças cardiovasculares apresentarem elevada prevalência, morbidade e mortalidade em nosso meio.

- É, doutor... A partir de agora, minha saúde vem em primeiro lugar!—disse com um leve sorriso.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

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 de bebida alcoólica na véspera. 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 por vezes mostrava-se desatento e emocionalmente lábil, exibindo comportamento agressivo em alguns momentos. 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 sabia que a ingestão frequente de bebida alcoólica era prejudicial para vários órgãos, principalmente para o fígado. Uma vez recordava-se que seu padrasto apresentara coloração amarelada dos olhos, o que o levou à internação para investigação diagnóstica. Na época sua mãe teve que deixar o trabalho de lado para acompanhá-lo no hospital.

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. Jovêncio comprometeu-se à 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 06

Do leme ao pontal

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 esforços e várias vezes ouviu de seus familiares que estava 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+, FC: 100bpm com taquisfigmia. O restante do exame físico 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 retornasse com os resultados assim que estivessem prontos.

Não demorou para o retorno da paciente, tendo a Dra. Vanda analisado os exames laboratoriais: o hemograma completo mostrou: 3.200.000 hemácias, 27% de hematócrito, 9.0 g/dl de hemoglobina; 6.000 leucócitos, 240.000 plaquetas, contagem total de reticulócitos: 2,6%, volume corpuscular médio: 78fl; hemoglobina corpuscular média: 20pg e concentração de hemoglobina corpuscular média: 29%; RDW: 15%; Além disso deu uma olhada nos exames de ferro, ferritina, saturação de transferrina, capacidade total de combinação do ferro - TIBC e dosagem sérica de ácido fólico e vit B12. 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

Como se não houvesse amanhã

Pedro, 33 anos, morava há alguns anos com a mãe Romilda e a irmã Rita na área rural, onde se dedicava com afinco a administrar a fazenda deixada por seu pai, além de também cuidar pessoalmente da produção agrícola. Dona Romilda estava feliz em ter o filho novamente ao seu lado, o qual retornara da zona urbana, pois sempre se preocupava com o estilo de vida do rapaz.

Enquanto viveu na região urbana da cidade próxima, Pedro aproveitara a vida ao máximo, sempre cercado por jovens bonitas. Sentia prazer na vida noturna, onde, graças ao emprego que conquistara numa multinacional, não poupava os gastos. Além disso, praticava esportes radicais, pois, para ele a adrenalina era um combustível necessário ao seu dia a dia. Sempre muito impulsivo, agia muitas vezes como se não houvesse amanhã, não respeitando certas convenções da sociedade, uma eterna luta de seu Id com seu Ego. Dona Romilda vivia reclamando que Pedro sempre dera muito trabalho. Na infância, era constantemente chamada na escola, pois as professoras se queixavam que o menino não conseguia manter a atenção nas aulas, dispersando com muita facilidade, embora por outro lado o elogiassem pela memória brilhante, sabendo de cor datas e fatos históricos, seu assunto predileto.

Há 3 anos, em uma das baladas que gostava de frequentar, Pedro abusou um pouco de bebidas alcoólicas e insistiu em voltar para casa dirigindo, o que resultou em um acidente automobilístico que o marcaria para sempre. Deu entrada na emergência do hospital em estado de obnubilação, tendo ao exame apresentado escala de Glasgow 9, ficando alguns dias na Unidade de Terapia Intensiva. Ainda internado, passou a repensar que talvez precisasse desacelerar seu frenético ritmo de vida.

Após alguns dias, a alta hospitalar de Pedro coincidiria com a descoberta da doença de seu pai, o que o fez voltar para a zona rural, para cuidar da família. Infelizmente, o estado de saúde de seu pai agravou-se e o mesmo veio a falecer. Os primeiros 4 meses foram de muita tristeza para toda a família, com Dona Romilda chorando pelos cantos da casa e recusando-se a sair, apesar dos pedidos incansáveis de Pedro e da irmã, para que aos poucos voltasse às suas atividades diárias. Felizmente, após esse período, Dona Romilda passou a aceitar melhor a situação,

passando a auxiliar o filho a administrar a fazenda. Hoje em dia, Pedro sente-se feliz, por ter conseguido seguir em frente o trabalho do pai. Certamente ele deveria estar orgulhoso!

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 está melhor?

– Ah, um pouco... O médico disse que os rins dela tão filtrando pouco o sangue e por conta disso ela está inchada. Está 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 para 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

Correndo riscos

Pedro, conhecido personagem da SP 07, decidira entrar para a faculdade de Agronomia, pois tinha ideia de dedicar-se à produção agrícola. Após graduar-se, começou a fornecer frutas, verduras e legumes aos centros comerciais da região onde morava. Como os negócios iam muito bem, contratou alguns trabalhadores para a lavoura, procurando sempre orientá-los em relação às técnicas profissionais seguras e uso adequado de seus EPIs. Os empregados reclamavam bastante, pois no calor se sentiam muito incomodados com tantos acessórios. Renato, 25 anos, era o que mais se queixava. Considerava um exagero todo aquele cuidado e sempre que Pedro se distraía, retirava algum componente do uniforme.

Numa quente manhã de dezembro, Pedro precisara ir ao centro da cidade para uma reunião com alguns comerciantes. Renato, aproveitando a ausência do patrão, retirou a máscara protetora por estar se sentindo sufocado, passando a maior parte do dia aspergindo o produto *Malathion* sobre a plantação, sem o uso adequado de seu EPI. Cerca de 3 horas mais tarde, já em casa, começou a apresentar fortes dores abdominais, episódios de vômitos e sialorréia, sendo levado à UPA do seu bairro por vizinhos. Foi atendido pelo Dr. Samuel, que após a anamnese dirigida, realizou o exame físico, que evidenciou presença de miose bilateral, miofasciculações, PA: 80x60mmHg e FC: 56 bpm. Após sua hipótese diagnóstica, procedeu às medidas imediatas, internando o paciente e solicitando exames complementares para melhor controle do caso. Tranquilizou o paciente e seus amigos, e procedeu a notificação do caso às entidades competentes.

Enquanto a enfermagem ocupava-se de Ricardo, dois homens adentraram à UPA correndo, trazendo Firmino, 40 anos, lavrador. Contaram ao médico que Firmino estava trabalhando em sua plantação, quando foi picado por uma serpente no pé direito. Após acomodar Firmino na sala de atendimento, um dos homens correu para apanhar o animal que fora morto por eles e colocado em um vidro. Era uma serpente de cabeça triangular e cauda lisa. Ao exame, o pé D de Firmino encontrava-se edemaciado, hiperemiado com presença de equimose no local da picada e bastante doloroso à mobilização. Imediatamente, Dr. Samuel acionou o laboratório para coleta

de um importante exame de sangue e orientou a enfermagem para iniciar a medicação específica o quanto antes. O médico informou que Firmino deveria ser internado para melhor avaliação e em seguida preencheu a ficha de notificação de acidente ofídico.

- Nossa, doutor! - desabafou Firmino - Eu já fui picado por aranha, escorpião, mas nenhum doeu tanto!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

Ilustre visitante

Maria das Dores acordou cedo naquela manhã. Estava ansiosa, pois iria apanhar sua mãe na rodoviária de Problemópolis. 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 Rosalina não ia à 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 de 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! Eu trabalhei durante 50 anos como professora e não sentia nada. Depois que eu me aposentei passei a sentir tudo! Pra completar, os remédios estão pela hora da morte e com minha pensão do jeito que tá pouco, é osso!

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, 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 Luíz da Silva Pestana

Carmem Maria S. L. M. Dantas da Silva

Erick Vaz Guimarães

Gleyce Padrão de Oliveira Zambrotti

Kátia Liberato Sales Scheidt

Lucianna Miguel Ferreira

Luiz Antônio Lopes Pereira

Maria de Fátima da Silva Moreira Jorge

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

“A Vida Não Para”

Josilda tinha um passado que lhe envergonhava. Há 20 anos atrás veio do interior grávida, sem conhecer o pai, e sem apoio da família. Para seu sustento e para cuidar de seu filho, foi garota de programa. Detalhe: sexo desprotegido. Agora, com 48 anos, 28 anos depois do nascimento do Pedro, as lembranças retornaram após ter lido na página de obituário do jornal, a morte de um dos parceiros que muito lhe ajudou na época e por quem ela se apaixonou. Ainda se lembrava da casa onde ele morava com sua mãe.

Lá teve grandes revelações e preocupações. A mãe de Agenor, vulgo Cazuza, contou que ele encontrou o que procurou. Bissexual, gostava da noite, bebia e não se cuidava. Talvez até usasse drogas, ela disse. A causa da morte: AIDS.

Josilda saiu de lá transtornada e foi direto na UBSF conversar com sua amiga Inês, agente comunitária de saúde.

Diante das revelações, Inês logo marcou a consulta. Acha que essas manchas na boca podem ter relação e que devo me preocupar.

Dois dias depois, Dr^a Sofia encontrou coisas que nem ela tinha percebido. Diarréia que vinha de vez em quando, emagrecida, e um aspecto cansado, até para contar sua história. (objetivo 3, 4) Para as manchas na boca Dr^a. Sofia deu a maior atenção e me disse que isso tudo não vinha de agora e que teria que fazer exames urgentes. E foi uma bateria de exames de sangue, urina, fezes, Raio X. Foi demorado, mas chegamos a uma conclusão. Estava mesmo doente. Dr^a. Sofia me orientou que tem tratamento, pelo Sistema Único de Saúde, fornecido pelo programa do Ministério da Saúde e baseado nos exames que realizei. Poderá ter efeito colateral, mas não devo parar. Relação sexual só com camisinha e até com as vacinas tenho que me preocupar.

Difícil vai ser contar para o Pedro.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

“Vida Bandida”

Josilda estava ótima. Trabalhando, cantando no ministério da música e vivendo, apesar da doença. Só tinha que voltar na Dr^a. Sofia daqui a seis meses.

Durante a consulta, relata que há um mês começou a ter tosse seca, febre, suor a noite e falta de ar ao cantar no coral. Dr^a. Sofia novamente faz o exame físico principalmente do pulmão que se mostra alterado, pede exames sangue e um novo RX tórax.

- Tá usando os remédios direitinho mesmo D. Josilda?

- No momento, Dr^a. Sofia tenho certeza que Deus me curou.

- D Josilda, usando o coquetel de forma irregular você fica suscetível a infecções oportunistas. Baseados nos seus sintomas você pode estar com pneumonia ou até tuberculose. Inclusive tuberculose é muito comum em qualquer pessoa principalmente quando HIV.

Os exames chegaram e Dr^a Sofia me explica tudo pacientemente.



Tudo novo de novo! O que é isso, como eu peguei, como se trata, os novos remédios, o tempo de tratamento e principalmente os novos cuidados que tenho ter. Não posso ir ao culto e terei que ficar um tempo afastada do trabalho. Serei encaminhada para a vigilância epidemiológica e novamente serei acompanhada de perto. Podem ter efeitos colaterais. Será que o coquetel muda?

- Dr^a. Sofia, você sabe que meu maior problema é o Pedro. Já foi na época do diagnóstico da doença e agora como vai ser?

- Infelizmente ele terá que vir a unidade porque temos um exame que ele vai ter que fazer. Ele tomou vacina quando nasceu?

- Todas, doutora.

- Ótimo, então é só trazê-lo que talvez ele tenha um remédio para tomar também.

- Essa é sempre a parte mais difícil...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

“E Que Doença É Essa?”

Paula acompanha sua mãe Marli na quitanda há 2 anos. Terminou o segundo grau e está estudando para o vestibular. Tem sentido muita dor para escrever os resumos dos estudos do pré-vestibular. Até para digitar na caixa da quitanda tá incomodando.

Mãe, hoje vou ver a médica na UBSF. Preciso ver minhas dormências. Acho que esse trabalho na caixa tá atrapalhando os meus estudos. Talvez esteja com doença de esforço repetido ou túnel do carpo.

- Mas com essa idade filha? Então vamos juntas.

Essa consulta trouxe o que falar na região e a fama de Dr^a. Sofia também correu pela comunidade. Marli contou para todo mundo que a médica fez um bom diagnóstico. A amiga Romilda curiosa fala: Conte os detalhes Marli.

A médica achou umas três manchas que nem Paula tinha percebido e com exames bem simples relacionou a mancha com as dormências que Paula achava que era da caixa da quitanda. Quis saber de qual Estado a gente era e a história de doença de toda a família. Quando falei que era do Maranhão e que minha mãe também tinha dormência, Dr^a. Sofia já disse: Acho que já sei a provável hipótese do que Paula tem.

Orientou toda família de como ela pode ter pego e perguntou sobre as nossas vacinas. Encaminhou para o serviço de vigilância epidemiológica para realizar mais exames e disse que se confirmado existe tratamento, tem cura e poucos riscos de sequelas.

E Romilda conclui:

- E que doença é essa Marli?

Paula não quer que eu conte Romilda, mas está até escrito na Bíblia.

SITUAÇÃO-POBLEMA 05

“O Atalho”

Tinha acabado mais um dia de trabalho exaustivo na lavoura. Valdir e Jorge vinham distraídos e conversando pelo atalho que sempre pegavam para chegar mais rápido em casa. Valdir virou o pé em um buraco e Jorge teve que auxiliá-lo, pois o amigo que não conseguia mais pisar no chão. O pé direito estava muito dolorido e com o passar do tempo parecia meio inchado também. Preocupado com o amigo, foram direto para a UPA e na espera do atendimento Valdir apresentou hemoptise.

Inicialmente foi visto pelo médico ortopedista do plantão, mas as informações colhidas o levaram a pedir ajuda ao Dr. Silas, clínico da unidade. Jorge ajuda o Dr Silas com as perguntas básicas e no exame do machucado além do edema, encontra equimose e dois pequenos orifícios. Imediatamente chama a enfermeira Julia para um acesso venoso, e antes mesmo de começar o tratamento se lembra de perguntar sobre possíveis alergias.

Enquanto Valdir recebe a medicação Jorge conversa com o médico.

- O que pode ser Dr Silas?

- Estamos no verão e com o desmatamento da Mata Atlântica, tornam-se frequentes acidentes por animais peçonhentos nessa região.

- O senhor acha que foi cobra? Será que não pode ter sido aranha ou escorpião?

- Acho que foi cobra mesmo, só não sabemos qual espécie. Os outros se manifestam de forma diferente e o tratamento também é diferente. Vamos fazer alguns exames laboratoriais, aplicar uma vacina, notificar o caso e seu amigo ficará bem.

- Da próxima vez, use botas.

SITUAÇÃO-POBLEMA 06

“Cheinha, Fortinha ou Gordinha?”

- Olá bom dia! Porque a senhora foi encaminhada à Endocrinologista?

- É a minha filha Gabriela, doutora. A médica do posto de Saúde disse que ela tem vários problemas que deveriam ser investigados melhor e de preferência ouvir a opinião de um especialista.

A Médica Rita olhou para a menina de 25 anos, encontrando vários sinais sugestivos de doença metabólica, como tantas no ambulatório. Mas a mesma não parecia compreender muito bem o que estava acontecendo.

- Sua filha tem alguma doença?

- Teve complicações no parto e até hoje é especial. Nunca foi ao colégio e é uma menina bem difícil. Desde pequena é bem fortinha, porem agora tá ficando pior e mesmo que a gente fale, ela come muito. Até bate na gente se não comprarmos as coisas que ela gosta, como refrigerante, bolo, biscoito...

Ao exame físico em Gabriela, a Facultativa encontrou pilificação androgênica no rosto, acantose nigricans, giba, estrias finas violáceas em abdômen com pelos supra e infraumbilicais.

Pressão arterial de 140x100 mm Hg, Altura 158cm, Peso 88kg, cintura abdominal 110cm.

- Olha, Dona Lucélia! Sua filha apresenta vários sinais preocupantes. Está obesa, acumulando muita gordura na barriga, a pressão está alterada, mas precisa ser confirmado se ela tem pressão alta mesmo! E esse escurecimento do pescoço pode ser um mal indicador. Ela menstrua regularmente?

- Não, muitos atrasos e por vezes nem vem.

- Então, teremos que fazer alguns exames para avaliar melhor. Desde já precisamos focar na dieta que será o grande pilar do tratamento. Independente do que possamos encontrar nos exames, a perda de peso é indispensável, não só para reduzir risco cardiovascular como ajudar a menstruação ficar mais regular.

- Mas ela não se importa em ser gordinha, é muito difícil fazer dieta nela doutora.

- Mas a família precisa ajudar e entender que o problema não é só estético e que o estado no qual ela se encontra no momento, aumenta muito o risco de morte por doenças do coração. Dependendo dos exames podemos até precisar usar remédio para sensibilizar insulina, que também pode ajudar bastante. É uma espécie de remédio que melhora o efeito da insulina que costuma estar alterada nas pessoas como as mesmas condições que sua filha apresenta.

- É Gabi, e eu achei que você só “tava” cheinha.

SITUAÇÃO-POBLEMA 07

“Escolhas Caras”

Amanheceria um sol radiante para brilhar o dia da tão sonhada comemoração de 60 anos de Mônica. Tudo tinha sido cuidadosamente planejado para realizar a festa de seus sonhos.

Mônica aguardava Maria das Dores, sua melhor amiga, que tinha ajudado a preparar todos os detalhes e hoje iriam para o salão juntas. Devido ao atraso decidiu ligar e descobriu que Maria das Dores tinha sido hospitalizada na madrugada devido a fortes dores nos pés. Mônica não pensou duas vezes e foi ver a amiga.

Mônica encontra Maria das Dores no quarto 205.

- O que houve, Dasdor?

- Estou com grave problema nas artérias dos pés.

- Nossa, como assim?

- Confesso que tenho cuidado pouco de mim e agora estou pagando o preço.

- Está falando do Diabetes?

- Sim, achei que a dieta era exagero da médica e acho muito chato ter que tomar um monte de remédios e por isso relaxei. Ontem, o médico da emergência me perguntou um monte de coisas e disse que minhas fisgadas e dormências no pé, que eu achava que era pelas mil coisas do dia a dia, podem ser do Diabetes e até as várias vezes que bebo água e faço xixi a noite podem estar relacionadas. Disse que o controle da minha glicose e os meus exames devem estar péssimos.

- Quanto tava sua glicose quando você chegou?

- 280 no teste do dedo.

- Mas você vinha emagrecendo! Achei que você estava de dieta, fazendo atividade física.

- Era o que deveria estar fazendo Mônica. A médica me orientou direitinho, me encaminhou para o Hiperdia, mas eu não fiz nada.

- Porque você não me contou que tava sentindo tudo isso? Eu teria te ajudado.

- Decidi curtir a vida, mas não achei que tomaria essa rasteira. E por causa da minha irresponsabilidade perdi essa noite tão planejada. Agora vai, você tem muito o que fazer, ficarei bem.

- Sentirei sua falta Dasdor...

- Essa conta é toda minha amiga, quem sabe assim não aprendo a lição...

SITUAÇÃO-POBLEMA 08

“Semelhantes Mas Não Iguais”

Era um papo de consultório. Gustavo e Monica aguardavam à consulta com Dr. Arthur (Psiquiatra da Saúde Mental). Este papo começou bem rápido, os dois tinham quase a mesma idade, Gustavo 18 anos e Monica 20. Falavam de assuntos comuns: músicas e baladas. Quando Gustavo falou que sua consulta era devido a uso de maconha, Monica falou: Ué, maconha faz mal?

- Não sei. Mas minha família falou que eu estou muito relaxado e às vezes meu humor varia e até vejo coisas sem sentido. Eu acho que não é nada, mas enfim... E você?

- Ah, eu já faço tratamento há um ano.

- É mesmo? Usa droga também? (objetivo 4)

- Não mais! Mas mesmo sem usar os sintomas não desapareceram. Mas como adivinhou que eu também usei drogas?

- Não sei, intuição. Mas fala...

- Eu comecei a mudar o meu comportamento, ver e sentir coisas diferentes, tipo você. Cheguei, segundo minha família, a falar que eu era uma cantora de Rock e tirar a roupa em público, que vergonha.

- Caramba surreal!

- Às vezes eu entrava no quarto e começava a falar sozinha com algumas vozes que só eu escutava.

- Monica sua vez – chama a secretária.

- Deixa eu ir, tchau. Melhoras...

Na consulta, Dr. Arthur através da anamnese específica e usando a súmula psicopatológica, avalia as funções psíquicas e comportamentais de Monica.

- Monica, começamos com medicamentos modernos para o seu quadro e como não obtivemos melhoras trocamos para os tradicionais, e tivemos grande sucesso. Acho você bem melhor agora e apresentando diminuição dos sintomas negativos

- O problema do Gustavo que está lá fora é igual ao meu Dr. Arthur? – pergunta Monica curiosa sobre o novo amigo.

- Não posso comentar, mas uma coisa eu posso falar: São semelhantes, mas não iguais.

SITUAÇÃO-POBLEMA 09

“Caminho Sem Volta”

Novamente, Seu Ramiro de 80 anos dava trabalho aos seus filhos. Pedro ligou para João.

- João, novamente pai fez besteira.

- E o que foi desta vez? João perguntou.

- Ele saiu pelo portão de casa correndo, como uma criança, atrás de uma pipa caindo na rua.

- E o que é que tem de mal?

- Até aí nada, se não fosse de cueca, sem camisa e de meia. E pra piorar, lá no meio da rua, começou a gritar dizendo que tinha sido sequestrado e que estava prisioneiro na nossa casa. Foi o auge.

- Jura? Papai vem dando muito trabalho nesses dois anos né, Pedro? Vem progredindo, não nos reconhece mais e nem os cuidadores aguentam. Semana passada a Júlia disse que ele cuspiu nela e disse que ela era inimiga e estava roubando suas economias. Nem suas necessidades ele tem controlado, e até para comer tá difícil.

- E o que vamos fazer João?

- O geriatra diz que é um caminho sem volta. O que ele mais precisa podemos oferecer em casa: amor e cuidado. Os medicamentos não são eficazes e não mudam história natural da doença. Temos de ficar de olho nele e precisamos de bons cuidadores para nos ajudar. O pior é que o médico disse que isso é hereditário sabia? Será que palavra cruzada previne?

- Ficar velho é mesmo um problema né João?

- Ah irmão, a outra opção é bem pior.

SITUAÇÃO-POBLEMA 10

“A Cena se Repete”

Pedro, 28 anos, trabalha há 12 anos em cultura temporária como cotonicultor. Possui baixo nível de escolaridade e aversão ao uso de botas, capas e outros equipamentos recomendados no seu trabalho.

Desde a infância seus familiares e vizinhos notaram que Pedro era muito “esquisito”. Sua mãe percebia a mudança frequente em seu comportamento, principalmente depois de todas as suas revelações sobre seu passado e sobre o diagnóstico de HIV, mas encontrava resistência para levá-lo à UBSF da comunidade para Dr^a. Sofia avaliá-lo.

Após muitos anos Pedro conheceu Judite, se apaixonou e logo iniciou um relacionamento com a jovem, atraído por seus dotes físicos. O fato da jovem ser bonita lhe provocava ciúmes, e as brigas se tornaram frequentes.

Certo dia, falou com o amigo João sobre suas angústias.

O amigo ouviu-o atentamente e aconselhou-o: “Pedro termina esse relacionamento, isso vai acabar mal.....”

Após mais uma das inúmeras discussões com Judite, Pedro, muito alterado emocionalmente lança mão de um produto químico do seu trabalho e após um tempo apresenta os seguintes sintomas: sialorréia, sudorese, visão turva, dispnéia, dor abdominal acompanhada de náuseas e vômitos. Fica prostrado e sem forças para procurar socorro.

Passaram-se alguns minutos e surge João, seu amigo-confidente e fica aterrorizado com a cena. Procura imediatamente ajuda com os colegas de trabalho e leva Pedro para a UPA.

Dr. Camilo, chefe de equipe, e Alfredo estudante do 4º período ao perceberem a correria se dirigem à ambulância e ao verem a situação de Pedro, acompanhado de João carregando um galão de organofosforado solicitam:

- Separem material de parada, peguem um acesso venoso e levem o homem imediatamente para a sala vermelha.

João com ar de preocupação vê o amigo sendo levado e pensa consigo mesmo: “Eu já sabia, aquela ciúmeira do Pedro só podia acabar mal....” O filme se repete,

assim como já aconteceu com o Antônio, o Lucas do trabalho, a Neide quando perdeu o namorado..... Que gente doida. Desde quando se matar resolve alguma coisa?

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
Georgia Dunes Machado
Gleyce Padrão de Oliveira Zambrotti
Jeanne D'Arc Lima Fontaine
Julio de Carvalho Neto
Kátia Cristina Felipe
Lucia Cunegatto Guimarães
Robert Luiz Hungerbüler Pessoa
Valéria Francisca do Nascimento

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

Um mundo de dúvidas

Dra. Francisca, sempre preocupada com a preparação do médico sabendo da chegada de João Afonso, Daniel e de você ao 5º período do interesse demonstrado pela Saúde da Mulher; convidou-os a 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, 18 anos, é a primeira paciente e 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, dói quando faço xixi, e há dois dias sinto dor e sai muito 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?”

Você pensativo responde: - e agora? Qual é a diferença de estrangúria, polaciúria e disúria? Já Daniel questiona: não será cistite essa queixa há dois dias?

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 que a Dra. falou: mucosas normocoradas, tireóide impalpável linfonodos impalpáveis, mamas flácidas, simétricas sem alterações à inspeção e palpação, abdome flácido, indolor à palpação superficial e profunda. No exame da genitália externa estavam presentes: 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 e se houver o que leva a cada um deles? E é possível a progressão para os outros órgãos pélvicos e abdominais.

Você sabedor da importância epidemiológica das patologias ginecológicas questiona: - qual a incidência, prevalência e grau de letalidade deste tipo de corrimento em relação aos demais caso existam?

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

No momento do exame de Juliana, 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 pubiana e ao uso do sonar Doppler, BCF positivo. A inspeção da genitália externa mostrou: vulva congesta e no exame especular, mucosa vaginal violácea (muito diferente da paciente examinada anteriormente).

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 vocês 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 e durava de 4 a 5 dias. 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 embaixo, na barriga e um sangramento que parece “borra de café”.

João neste momento comenta: – “Qual será o motivo da amenorréia da Kamilla e o que será que leva a isso?”

Daniel responde: - amenorréia ou atraso menstrual?

Você propõe uma questão: - Será que pode ser gravidez? Se for, por que está sangrando? A anamnese seguiu e na HPP ela relatou ter utilizado há três meses antibiótico para infecção do trato urinário (ITU) e que também 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, prescreveu a medicação adequada, acalmando o casal em sua angústia.

Você, pergunta: - Dra. o colo fica amolecido por causa da progesterona ou do estrogênio? Já Daniel pergunta: - Se for gravidez ela está perdendo o bebê? Como conduzir?

Dra. Francisca sugeriu que anotassem suas hipóteses buscando explicá-las e que buscassem a confirmação nos livros de propedêutica, fisiologia, ginecologia, obstetrícia e revisitassem as metodologias ativas.

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 as 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 ultrassonografia endovaginal pertinentes e a orientou para retornar assim que a mesma ficasse pronta, se possível ainda hoje.

Após a saída da paciente, discutiu as hipóteses dos estudantes.

Ela ainda atendeu mais algumas pacientes e no final das consultas reviu todos os casos enquanto aguardavam o retorno de Marta com o resultado da USG.

Marta retornou e após análise do exame foi então encaminhada para internação.

Dra. Francisca encerrou o dia, cansada, mas com a certeza de que honra seu juramento todos os dias.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

Então surpresas...

Jéssica, 23 anos, vive sua terceira gestação, tão logo percebeu a possibilidade de estar grávida marcou uma consulta no pré-natal, da UBSF. Jéssica não queria mais engravidar, pois seus relacionamentos duravam até engravidar e a partir daí vivia sozinha a gravidez e a criação dos filhos. Seus pais Rondineli e M^a das Dores a muito desistiram dela. Apesar de tudo a gestação correu bem até hoje, quando Jéssica solicitou uma consulta de emergência.

Ao recebê-la na emergência 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 cartão pré-natal 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:** positivo

Toxoplasmose: IgG REAGENTE 28 UI/ml. **Hepatite B:** IgM e IgG negativos

IgM Negativo

Anti-HBc IgM: negativo

EAS

EXAME FÍSICO

Valor de Referência

CorAmarelo citrino	Amarelo citrino
AspectoTurvo	Límpido
Densidade1.025	1.005 a 1,030
PH5,5	5,5 a 8.0

EXAME QUÍMICO

Glicose.....Presente
Urobilinogênio.....Ausente
Proteínas.....Ausente
Leucócitos.....Ausentes
Acetona.....Ausente
Hemoglobina.....Negativa
Bilirrubina.....Ausente
Nitrito.....Negativo

MICROSCOPIA DO SEDIMENTO

Valor de referência:

Células epiteliais Moderadas.....(Moderadas)
Piócitos 10 a 20 p/c(até 5p/c)
Hemácias Ausentes.....(até 5p/c)
Muco..... Ausente..... (Ausente)
Cristais Ausentes.....(Ausentes)
Cilindros..... Ausentes..... (Ausentes)
Leveduras Ausentes..... (Ausentes)

Ultrassonografia transvaginal de 26-12-2014: feto único, ativo, situação longitudinal, BCF 140 BPM, placenta corporal posterior grau Ø de Grannum, 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 solicitados para controle mostravam: VDRL:**1/16** Western-blot: **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 a esquerda. Tonus Uterino: hipertonia.

Toque: Colo com: 0 / 2,0 / 0 / I/ R Sangramento escuro em borra de café por via vaginal. Apresentação alta.

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

Os estudantes logo após a saída da paciente perguntam: - Dra. Qual foi o diagnóstico de suspeição de Jéssica 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 com mais profundidade no nosso próximo encontro. Agora vocês vão com a paciente para ver a resolução do caso com Dr Marcus Vinícius, enquanto eu continuo com os atendimentos no PS.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

Muito aprendizado, muito susto... será sempre assim?

Hoje no atendimento com Dra. Francisca, no consultório Leila veio para primeira consulta e esta é de urgência.

Vocês observaram-na caminhar para o consultório e perceberam que ela apresentava dificuldade para deambular e estava muito edemaciada.

Leila chegou relatando estrelinhas frente aos olhos, náuseas, vômitos, tonteira e intensa dor na cabeça.

– “Doutora eu não consigo entender o que se passa, tenho sono, enjoo, isso até parece gravidez. Mas eu não posso estar grávida! Eu me separei há oito meses e além do mais o meu sangue é O negativo e não combina com o dele”. Meus ciclos menstruais são regulares, fiquei mocinha aos 12 anos, vem todo mês e dura 5 dias, minha 1ª relação foi aos 27 anos, eu usei pílulas até oito meses atrás, quando ele começou a ir embora parei.

A seguir Dra. Francisca procedeu ao exame físico onde constatou: Mucosas hipocoradas +++/4+, Mamas gravídicas. Sopro sistólico pan-cardíaco, PA= 200/110 mmHg, Ausculta pulmonar: MV. presentes, ausência de ruídos adventícios. As manobras de Leopold sugerindo feto em situação longitudinal, BCF no QSE = 110 BPM, AFU 28 cm.

Diante do quadro, doutora Francisca solicitou a presença da UTI-Móvel, designou você para acompanhá-la à emergência do hospital de referência, onde seria definida a melhor conduta para o caso após reavaliação.

Lá chegando, foram recebidos por Dr. Júlio, Leila agora se queixava de cefaléia em capacete e epigastralgia. A PA= 210/120 mmHg, BCF: 100 BPM, útero sem metrossístoles, colo: fechado e com discreto sangramento via vaginal.

Dr. Júlio encaminhou-a à sala de parto (SP), onde procedeu as medidas de estabilização e solicitou os exames de urgência adequados ao caso.

O Doppler colorido de urgência demonstrou: feto centralizado, pesando em torno de 2.000g, com idade gestacional estimada em 34 semanas.

Leila já estabilizada foi conduzida ao centro cirúrgico. 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, 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 = 42 cm, BCF= 156bpm no QSE, toque colo fechado, feto alto flutuante.

USG de 21/8/2015 mostrando feto único, em apresentação pélvica, dorso à esquerda; líquido amniótico aumentado de volume. Em gestação de 36 semanas. Placenta corporal posterior grau I de Grannum. Tânia foi orientada, e encaminhada ao Dr. Júlio no PS.

Neste momento a enfermeira de Dra. Francisca entrou amparando Karla de 16 anos, que apresentava variação ortostática da pressão arterial. Sua mãe relatou atraso menstrual de 1/2meses. 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, por favor acompanhem-na para assistirem a resolução do caso!

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 Pedro, seu esposo e contou-lhe a novidade: -“teremos um filho, o nosso primeiro filho, amor”!!!

Pedro 42 anos, pescador por profissão, emocionou-se, e neste dia nem foi ao mar e sim junto com Maristela 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, expuseram suas considerações e expuseram os 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 está diferente! O que será que está acontecendo? Parece urina e ainda tem esse catarrinho que parece clara de ovo isto é um corrimento? Meu Deus o que é? 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 ao toque 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

No consultório: Duas primas, um encontro, duas histórias

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

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

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

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

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

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

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

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

Após algumas momentos de angústia pela demora a enfermeira conduz Adélia ao atendimento.

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

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

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

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

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

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

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

A seguir Violeta foi conduzida ao atendimento mostrava-se preocupada com o que ocorrera com a prima e ansiosa com medo de ter o mesmo destino.

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

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

Abdome flácido indolor à palpação superficial e profunda.

Genitália: normotrófica.

Ao exame especular: presença de secreção mucopurulenta, colo hiperemiado e friável, com teste de Schiller positivo.

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

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

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

Um médico: suas pacientes, dúvidas e soluções

Violeta, 23 anos, busca atendimento hoje no ambulatório e dirigindo-se a vocês e Dra. Francisca diz: - Gostaria tanto que os senhores pudessem me ajudar. Sou casada há dois anos e meio e não uso pílulas nem tenho nenhum problema de saúde, só não consigo realizar meu sonho de ser mãe.

Quero tanto engravidar e não consigo! Dr. será que nunca vou conseguir? Meu marido já está até falando em adotar um bebê! Por favor, descubram o que eu tenho e me ajudem!

Você comenta: - foi emocionante ouvir este desabafo e nasceu em mim a vontade de descobrir como ajudá-la. Vocês topam estudar comigo o assunto, buscando a forma investigar e encontrar a solução?

Na história fisiológica ela relatou TM: 12/28/5, sexarca há três anos, parceiro único, uso de contraceptivos até completar quatro meses de casada para poder engravidar.

Após ouvi-la Dra. Francisca pediu que trocasse de roupa e se preparasse para o exame. E perguntou a vocês: - o que faremos agora?

Dra. Francisca examina cuidadosamente a paciente enquanto orienta sobre os passos do exame que está sendo realizado e sobre os passos da investigação que serão seguidos.

Logo em seguida foi a vez do atendimento de Alaíde 28 anos que caminhava com fácies de dor e logo após sentar-se diz: - Dra. minha paz acabou logo que fiquei mocinha aos 12 anos. Minhas menstruações desde o começo eram dolorosas e com o passar do tempo foram ficando piores. Me casei aos 20 anos, tive dois filhos na esperança de que tudo melhorasse. - Sabem minha mãe sempre dizia que: “depois que casar sara” - Engravidei e acreditei que após o parto tudo melhoraria, que ilusão, as dores estão cada vez mais fortes a cada menstruação e agora tenho até dificuldade de manter relações sexuais com meu marido.

Na HPP relatou apendicectomia aos 18 anos.

Na história familiar que suas irmãs e sua mãe também sofreram com dor abdominal em baixo ventre e com suas menstruações mas que só com ela persistiu e agravou tanto.

Após exame físico minucioso Dra. Francisca solicita exames para confirmação de sua suspeição diagnóstica e prescreveu analgésico e agendou retorno para 15 dias.

Dando seguimento aos atendimentos chegou a vez de Josélia 45 anos, ser consultada. Muito descontraída diz: - Fiquei mocinha aos 14 anos, minhas menstruações eram irregulares, as cólicas passaram quando o ciclo ficou regular. Aos 15 anos tive que operar de urgência o apêndice, minhas dores que haviam acabado, retornaram e não guardavam mais relação com as menstruações. 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 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.

- Hoje o que me trouxe aqui 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, útero palpável dois dedos acima da cicatriz umbilical, 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. Mais uma vez solicitou os exames pertinentes, orientou e despediu-se de Josélia agendando o retorno em 15 dias.

Logo após a saída da paciente Dra. Francisca questiona sobre as possíveis causas das queixas atuais. E quanto ao exame físico de Josélia questiona: - como vocês acreditam que deverão agir nesta situação?

Dra. Francisca, como de costume e sabendo que para nós o assunto era novidade perguntou: - e então que hipóteses vocês levantaram para nossas pacientes? Pensem bem e estudem, então voltaremos a conversar.

Em seguida ela reviu todos os casos atendidos encerrando o dia cansada, mas feliz com o progresso dos seus alunos.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

Coisas que acontecem!

Mais uma vez no ambulatório com Dra. Francisca você, João e Daniel atendem Marta 28 anos em sua primeira consulta, em um encaixe, trazida pela auxiliar de enfermagem Norma, sua vizinha.

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, fato que a fez marcar uma consulta, porém só conseguiu para o mês seguinte, como o sangramento reiniciou e desta vez com dor, e ainda faltando algum tempo para a consulta, se preocupou e resolveu pedir ajuda a Norma.

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.

Na história fisiológica: menarca aos 13 anos, ciclos irregulares no primeiro ano, após, tornou-se normal até que aos 17 anos passou a ser novamente irregular ficando às vezes até 8 meses sem menstruar. Sexarca aos 18 anos. Uso de anovulatório por um ano, logo após o matrimônio. Há dois meses apresenta menstruação normal.

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

Ao exame físico observado: 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 algo amolecida e forma normal, anexos impalpáveis, sangramento discreto em dedo de luva.

Enquanto Marta se trocava, Dra Francisca solicitou que a partir dos dados do caso vocês embasassem e apresentassem suas hipóteses diagnósticas, indicando a propedêutica adequada para a confirmação das mesmas.

No retorno Marta pergunta:

— E então doutores! O que está acontecendo? É gravidez? 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 possível e até o impossível!

Dando continuidade aos atendimentos do dia vocês receberam, Carmem de 55 anos.

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

- “Dra. (diz Vitória 17anos, a filha mais nova, que acompanha Carmem na consulta), mamãe desde que ficou viúva se mostra apática, deprimida, chorosa, insone, já a peguei à noite zanzando pela casa na madrugada, nesta hora diz que sente um calor que não a deixa dormir. Até a menstruação antes tão certinha começou a falhar.

- Dra. meus irmãos e eu estamos muito preocupados pois ela não reage a este estado. Eu penso que seja necessário tratar de menopausa e eles acham que ela precisa de um psiquiatra.

Dra. Francisca explicou que precisava de outras informações, de conversar com Carmem e 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. Informou menarca: 12/28/05 e mastodínia pré-menstrual. 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.

Uma semana depois Carmen, após fazer todos os exames solicitados pela Dra Francisca, retornou ao ambulatório, mais uma vez acompanhada por Vitória sua caçula e Renan o filho mais velho.

Dra. Francisca se dirige a ela e convida: - vamos conversar mais um pouco? No último encontro 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.

Dra Francisca retomou a anamnese e reviu a história fisiológica: TM: 12/28/5 dias, mastalgia pré-menstrual, gesta IV para IV, amamentação por seis meses para 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, Vitória e Renan 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 aos filhos explica o quanto ela necessitará deles 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: - nestes casos após os cuidados de emergência para onde devo encaminhar? A Delegacia de polícia, a Delegacia Especializada da Mulher, ao Ministério Público, a Assistente Social ou ao Psicólogo?

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

Nem tudo é o que parece...

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

Mariana de 42 anos relata que há seis meses vinha apresentando um corrimento amarelo escuro, que inicialmente não valorizou, mas como este persistia e acresceu-se de um odor desagradável, procurou o Dr. Mário na UBSF.

Dr. Mário examinou-a cuidadosamente, realizou a coleta de citologia e prescreveu creme vaginal por sete dias agendando seu retorno para 4 semanas.

No retorno Mariana foi orientada a respeito do laudo de sua citologia: o exame é sugestivo de: NIC II/III e HPV. Dr. Mario então encaminhou-a ao ambulatório de Patologia Cervical.

Dra. Francisca após ouvi-la e apropriar-se do conteúdo da referência, solicitou que ela se preparasse para o exame físico.

Enquanto se preparava para examiná-la organizava o material de exame, Dra Francisca lhes perguntou:

- A colpocitologia tem elevada especificidade e sensibilidade para este diagnóstico?

- Qual a incidência e prevalência dessa patologia atualmente?

Procedendo ao exame especular observou colo íntegro e ausência de lesões visíveis a olho nu. A colposcopia mostrou área acetobranca no limite da junção escamocolunar, presença de pontilhados e mosaicos grosseiros, além de vasos atípicos. O teste de Schiller mostrou coloração amarelo-mostarda nas áreas afetadas.

Dra. Francisca mais uma vez questionou-os: - Qual o próximo passo desta investigação? O que devemos esperar? Como deveremos conduzir a partir do que vimos na colposcopia? Qual a probabilidade de cura do Ca de colo se este for o caso? E por fim qual a importância epidemiológica da prevenção através da colpocitologia?

Após realizar o procedimento adequado para o caso, a Dra orienta Mariana e solicita seu retorno em 15 dias quando então terá o resultado do exame realizado durante a colposcopia.

Neste momento, Solange a secretária pergunta: - Dra. É possível atender a uma urgência? Após receber resposta afirmativa conduz a Sra. Telma para atendimento.

Telma de 62 anos, muito nervosa, relata que há duas semanas, após 10 anos de menopausa, apresentou um sangramento tipo água de carne via vaginal e que uma amiga falou que provavelmente era câncer de útero. Dra., é câncer? Vou morrer? Acalmando-a, Dra. Francisca procede ao exame físico e solicita os exames complementares pertinentes.

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

Dra. Francisca ainda questionou: - se o sangramento apresentado por Telma acontecesse pós coito que nome receberia?

CAPÍTULO 6

SITUAÇÕES-PROBLEMA DO SEXTO PERÍODO

Autores

Ana Paula Faria Diniz
Andrea Santana Silva Moreira
Anielle de Pina Costa
Augusto Cezar M. Pereira de Bastos
Carmem Maria S. L. M. Dantas da Silva
Daurema Conceição Docasar S. Silva
Debora da Silva Jones
Lilian Kuhnert Campos
Luís Roberto Barbosa de Melo
Margarete Domingues Ribeiro
Pedro Henrique Netto Cezar
Rosalda Motta Diniz de Moura
Simone Rodrigues

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

O primeiro ano de Daiane

Rita, de 25 anos, faxineira, saudável, casada com Pedro, 28 anos, lavrador, fizera pré-natal na UBSF da sua comunidade com Dra. Sofia, com mais de seis consultas, sem quaisquer anormalidades. É sua segunda gestação. A primeira fora um aborto espontâneo aos dois meses. Neste momento, encontrava-se com 38 semanas de idade gestacional pela DUM. Fora internada em trabalho de parto, com relato de “perda de líquido” há cerca de duas horas. A pediatra de plantão refaz a anamnese e checka o cartão de Pré-Natal e os exames, verificando que todas as sorologias de rotina foram negativas para infecções agudas; tipagem sanguínea (A+). Nega uso de drogas lícitas e ilícitas. Cerca de 10 horas após a internação, Rita dá luz a Daiane, neonato feminino, que chorara ao nascer, apresentara movimentos ativos de pernas e braços e cianose de extremidades; APGAR 09/10. Após o passo a passo do atendimento em sala de parto, ao exame físico primário fora detectado a presença de sinéquia de pequenos lábios. Sem mais nenhuma alteração observada, foram prescritos cuidados de rotina. Peso ao nascer: 3.300g; comprimento: 49 cm e perímetro cefálico 34 cm. Segundo o Método Capurro, sua idade gestacional fora de 39 semanas, coincidindo com a avaliação pela DUM, classificada como AIG (peso adequado para a idade gestacional). Rita e Daiane foram liberadas para o alojamento conjunto em aleitamento materno exclusivo.

No dia seguinte, Rita queixara-se de dificuldades com a amamentação. Daiane fora examinada de forma detalhada, incluindo peso, avaliação da pega ao seio e exame das mamas da mãe. Rita informara que Daiane já havia urinado e evacuado. Com 60 horas de vida, Daiane sugava bem o seio e apresentara perda de 5% do peso inicial. Receberam alta hospitalar com encaminhamento para a realização dos demais exames de Triagem Neonatal e com a primeira consulta agendada para o ambulatório de Puericultura com sete dias de vida.

Rita comparecera à primeira consulta de puericultura quando Daiane estava com um mês. Pesava 4020g, media 54 cm, o PC era 36,5cm e estava em aleitamento materno exclusivo. Rita referira “cólica”. Ao exame, a pediatra observara que o bebê já

acompanhava objetos com o olhar e se voltava ao escutar alguns sons. Restante do exame físico sem alterações, exceto pela presença da sinéquia de pequenos lábios.

Refizera o Teste do Reflexo Vermelho, checara os resultados dos outros testes de triagem e as anotações da maternidade, conferira a administração das vacinas até o momento, anotara os dados atuais na Caderneta de Saúde da Criança, orientara quanto ao uso da cadeira veicular adequada para transporte do lactente, enquanto às vacinações e possíveis reações, agendando retorno para dois meses de idade.

Na consulta de 2 meses, Rita estava mais tranquila e não apresentara queixas, exceto que ficara “assustada” com a reação de sua filha com as últimas vacinas, embora já soubesse como proceder. Após as devidas anotações na Caderneta e orientações à mãe, nova consulta fora agendada.

Na consulta de 4 meses, Daiane pesava 6500g, media 63 cm e seu PC era de 41 cm. Sua mãe contara as peripécias do bebê. As vacinas estavam em dia. A pediatra marca os dados nos gráficos mostra-os à mãe, dando-lhe parabéns pela evolução de sua filha, encorajando-a a manter o aleitamento materno até os 6 meses, quando seria a próxima consulta. Orientara quanto às vacinas e quanto à prevenção de acidentes domésticos.

Na consulta do 6º mês, Rita estava preocupada, pois precisava voltar a trabalhar. Suas dúvidas recaíam sobre como ficaria a alimentação da sua filha daqui para frente. Daiane ficaria com sua avó materna. Informara que a lactente estava sentando com apoio, atendia pelo nome e que mantinha emissão de sons. Suas medidas antropométricas no momento: peso de 7.200 g, comprimento de 66 cm e seu PC era 42,5 cm, sendo colocados no gráfico da Caderneta da criança, juntamente com os marcos do desenvolvimento. No exame físico, o teste de Hirschber gestava normal. O pediatra orientou a introdução de outros alimentos, suplementação de ferro, higiene bucal ainda reforçou a prevenção de acidentes. Informou sobre as vacinas e agendou nova consulta para o 9º mês.

No 9º mês, Rita não comparecera a consulta. Retornara ao ambulatório quando Daiane estava com 1 ano. Perguntou sobre uma “vacina particular” que uma amiga sua informara. Apesar de apresentar exame físico normal com desenvolvimento próprio para a idade e medidas no percentil 50, a pediatra alertou a Rita quanto à importância do acompanhamento adequado, principalmente nos dois primeiros anos de vida.

Checa a Caderneta, confere as vacinas e o uso do ferro oral. Orienta quanto à alimentação. Novo retorno foi agendado após 6 meses. Rita agradeceu e se despediu dizendo que não faltaria mais as consultas.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

Um começo difícil!

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, adolescente de apenas 15 anos, na 30ª semana de gestação, dera entrada para atendimento com quadro de “perda de líquido há algumas horas, dor abdominal e febre”. Questionada sobre o cartão do pré-natal, informara que fora apenas a uma consulta e que não fizera nenhum exame solicitado, incluindo pesquisa para *Streptococcusagalactiae*. Nega uso de quaisquer medicamentos neste período. Eliane é encaminhada para o pré-parto por estar em franco trabalho de parto. Ana fora informada que os exames iniciais de admissão de Eliane evidenciaram leucocitose de 15.000, com desvio à esquerda. O obstetra iniciou penicilina cristalina EV. Cerca de 2 horas depois, Eliane dá à luz, por via vaginal, a pequena Eloá, a qual nasceu com respiração irregular, hipotônica e com líquido. Diante do quadro, Ana procede rapidamente às manobras de reanimação neonatal, obtendo boa resposta após 30 segundos, mas ocorre retorno da dificuldade respiratória, agora com gemência. Apgar 5/6. Tempo de bolsa rota presumida de 18 hs (SIC). Peso ao nascer: 1600g.

Ana encaminha a pequena Eloá à UTI Neonatal. Coloca-a em berço aquecido em CPAP nasal com FiO₂ de 40%. Mesmo assim, ocorre piora do esforço respiratório, o qual demanda em aumento da concentração de O₂. Episódios de apneia também são observados. Ana procede a intubação para ventilação mecânica, solicita Raio X de tórax e administra surfactante.

Eloá apresenta melhora parcial da dinâmica ventilatória, porém, simultaneamente, apresenta palidez, pele moteada, distermia, perfusão periférica lentificada e hipoatividade. Por conta da história clínica gestacional, dos resultados dos exames materno e o quadro clínico apresentado por Eloá, Ana solicita exames laboratoriais completos e prescreve medicações pertinentes ao caso.

Os demais exames de admissão de Eliane são liberados e revelam HIV negativo e VDRL 1;8. Ana associa mais uma possível hipótese diagnóstica ao caso e inicia a investigação, solicitando os exames pertinentes e conversando novamente com a família sobre a conduta atual.

Eloá evoluiu bem e fez todos os exames para rastrear as possíveis complicações da prematuridade, enquanto internada,

No 35º dia de vida, Eloá está sugando bem ao seio materno, com ganho satisfatório e progressivo de peso. Faz uso, no momento, de complexo vitamínico e ferro oral. Ana faz o resumo da alta hospitalar, dá todas as orientações para os pais, agenda retorno para revisão na semana seguinte, encaminhando-a também para acompanhamento e seguimento no ambulatório de follow-up de prematuros.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

É preciso pensar no futuro...

Nas férias de julho, Rondineli e Maria das Dores, receberam a visita de sua sobrinha Clara, 19 anos, 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, tosse e nariz entupido, com febre baixa”.

Maria das Dores ficou preocupada e a família procurou atendimento na UPA já que o menor evoluiu com “piora da tosse e iniciou falta de ar”.

No pronto atendimento, Clara revelou que não conseguira amamentar seu filho, apesar de algumas tentativas para fazê-lo; introduziu “leite em pó” até os seis meses segundo recomendação pediátrica. Depois desta idade, iniciou alimentos sólidos também por orientação pediátrica e manutenção do leite em pó, mas optou por “leite de caixinha por conta do preço”. Não fez uso de nenhuma vitamina neste período, embora tivera orientação para tal, até mesmo por conta da opção do leite que fizera. O calendário vacinal encontrava-se atualizado e o desenvolvimento neuropsicomotor dentro dos padrões de normalidade. Revelara, que aos 3 meses, Marcos apresentara “um problema na pele”, principalmente na face e na parte anterior dos membros superiores. Aos cinco meses, iniciou 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”, o que a levava diversas vezes ao pronto atendimento, onde seu filho fora medicado com nebulização e medicação oral com melhora dos sintomas. Comparecera em consultas ambulatoriais para elucidação diagnóstica. e que fizera uso de “Label e Motillium”, suspendendo seu uso por conta própria pois “não via melhoras”. Os exames realizados neste período não foram elucidativos. Por conta da manutenção do quadro clínico de “falta de ar”, fora medicado com nebulização domiciliar por, no mínimo 30 dias. Foi agendado retorno, mas não compareceu, pois as “crises” agora estão espaçadas. 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”. Dorme de “boca aberta 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 estado geral comprometido, afebril, hipocorado, hidratado, dispneico, acianótico, com frequência respiratória de 54 irpm, tiragem intercostal, batimento de asa de nariz, fala entrecortada, com Saturação de Oxigênio (SpO²) 90%. Ausculta pulmonar com sibilos disseminados. 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 e MMII com descamação em região de dobras. Restante do exame físico sem alterações.

Diante da história clínica e exame físico, o plantonista medica o menor e observa discreta melhora do esforço respiratório, acompanhando pela oximetria. Expõe sua hipótese diagnóstica para a mãe e indica internação hospitalar. Ainda, orienta a mãe quanto a necessidade de seguimento em ambulatórios especializados, sendo enfático sobre o controle do ambiente onde vivem.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

Infecções de vias aéreas: uma queixa constante em Pediatria

Maria, interna da pediatria, encontra-se de plantão no hospital-escola e fora chamada para realizar atendimentos provenientes da UPA.

Mateus, um lactente de oito meses, fora seu primeiro atendimento. A mãe de Mateus, Paula, relata que levara seu filho à UBS, após três dias de tosse e febre não aferida. No relatório da UBSF, na primeira avaliação, a criança encontrava-se em estado geral regular, taquipnéica, com FR de 55 irpm, subfebril (37,2°C), acianótico, anictérico, hidratado, normocorado; orofaringe sem alterações; ausculta pulmonar com roncos difusos e demais aparelhos sem alterações. Foi entregue medicação para uso domiciliar e agendado retorno em 48 horas, ou mesmo antes disso, em caso de piora. Paula retornara à UBSF após 48 horas, na revisão agendada, informando ao médico que a febre persistia e que achava seu filho “cansado”. Após esta segunda avaliação, Paula fora informada que seu filho precisava de internação, sendo encaminhada para a UPA e daí, para o hospital-escola. Maria, após tomar conhecimento destes dados, procede ao exame físico: Mateus encontrava-se em estado geral regular, acianótico, dispneico, FR: 56 e presença de tiragem subcostal. À percussão do tórax, observa-se macicez em base de hemitórax direito, com murmúrio vesicular abolido; broncofonia na mesma localização e estertores crepitantes na metade superior. 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 formula sua hipótese diagnóstica, procede a internação e discute com o staff os procedimentos terapêuticos e exames complementares.

Após ter resolvido o caso de Mateus, iniciara atendimento de Vítor, escolar de sete anos. Seu pai relatara que o quadro tivera início há cerca de três semanas com “coriza, tosse seca, febre, dores no corpo e dor de garganta”. Refere piora da tosse e um “leve cansaço”. Fizera uso de amoxicilina por sete dias sem sucesso. Informara que também apresentara o mesmo quadro há cerca de um mês, tendo feito uso de vários xaropes e um antibiótico. Nega contato com BK. Ao exame clínico, Vítor encontrava-se em bom estado geral, eupneico, corado, acianótico, hidratado; ausculta pulmonar com

MV presente universalmente e estertores crepitantes esparsos em ambos os pulmões. Radiografia de tórax: infiltrado intersticial, confluyente e peri-hilar. Maria expõe o caso ao seu staff, e, juntos, discutem a conduta a ser adotada neste caso.

Outra criança internada na enfermaria chamara a atenção de Maria. Yan tem 6 anos. Sua mãe informara que o menino vinha tossindo há mais de um mês, já tendo tentado todo tipo de xarope e alguns medicamentos para alergia prescritos por médicos, porém sem melhoras. Há cerca de quinze dias, iniciara febre moderada, um pico por dia. Informara também que o menino está inapetente e já perdera cerca de 2 kg nestes últimos trinta dias. As vacinas estavam em dia. O pai está em investigação de tosse crônica, febre e emagrecimento, aguardando resultados de exames. O casal tem mais dois filhos, de 4 e 8 anos, sem queixas até o momento. No dia da internação, há cerca de 15 dias atrás, Yan encontrava-se apático, emagrecido, pálido, levemente dispneico, acianótico, hidratado. Roncos difusos na ausculta pulmonar, sem outras alterações. Solicitados exames laboratoriais e Raio X de tórax que evidenciou esta imagem:



Diante das queixas clínicas, associadas a exames laboratoriais e Raio X, Maria discutira com o staff sua impressão diagnóstica e iniciaram tratamento. Após sete dias de terapêutica adequada, Yan apresentou melhoras clínicas visíveis. Solicitado novo Raio X, com a seguinte imagem, sendo aventada a hipótese de alta hospitalar, para continuar o tratamento e acompanhamento a nível ambulatorial.



SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

O olho tá inchado, doutor!

Mônica, casada com Paulo Ricardo, anda preocupada com seu filho Rafael, 14 anos, por achar que ele está com o rosto e as pernas “inchadas” há cerca de 5 dias. Tem reclamado de “dor de cabeça”. Nesta manhã, Rafael levanta-se com “falta de ar e cansado”. Resolve levá-lo ao consultório da pediatra, Dra. Cristina, que o acompanha desde o nascimento. Em um primeiro momento, o atendimento é realizado na presença da mãe, sendo conferida a Caderneta de Vacinação do adolescente. Rafael nunca apresentou problema maior de saúde. Nega uso de drogas ou atividade sexual. Introspectivo, tem bom rendimento escolar. Mônica relata que, há cerca de duas semanas, ele apresentou febre e dor de garganta por 2 dias, mas melhorou espontaneamente. Ao exame físico, encontra-se dispneico, com dificuldade para responder às perguntas da pediatra, mas está orientado, sem febre, sem aparência toxêmica, sua pressão arterial é de 150/100 mmHg e apresenta edema periorbitário, de parede abdominal e de MMII. À ausculta pulmonar, observa estertores crepitantes e bolhosos bilaterais, principalmente em bases pulmonares. Dra. Cristina, então, encaminha o menor para internação, explicando à mãe o porquê da necessidade da mesma. Lá chegando, é atendido e internado pelo colega de plantão, Dr. Fernando, que prescreve medicação adequada ao momento, e outros cuidados, enquanto aguarda os resultados dos exames. Verifica o primeiro resultado dos exames solicitados: o exame dos elementos anormais da urina revela densidade específica de 1035, 2+ para eritrócitos, 2+ para proteínas, presença de cilindros hemáticos ao exame do sedimento e dismorfismo eritrocitário. Analisa também o Raio X de tórax. Outros exames estão sendo aguardados. Dr. Fernando acompanha de perto a evolução de Rafael e só retorna ao atendimento, quando o mesmo encontra-se estável.

O caso de Rafael fez Dra. Cristina lembrar da consulta seguinte, Guilherme, que viera para consulta de seguimento, pois estivera internado durante 25 dias. Na época, Guilherme, 4 anos fora trazido pela mãe com queixas de aparecimento há cerca de 10 dias de “inchaço nos olhos e nas pernas”, sem outras queixas. Ao exame naquela consulta, notava-se edema de face, abdome, membros inferiores e bolsa escrotal 2+/4+, PA normal para idade, sem outras alterações. Relembrou ainda as perguntas

que fizera de modo a direcionar a anamnese e os exames iniciais que havia solicitado para analisar as possíveis causas para o quadro do menino. Na alta, os pais foram orientados quanto aos cuidados para se evitar possíveis complicações. Dra. Cristina estava ansiosa para rever seu pequeno paciente e avaliar a evolução do seu quadro.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

“A gorda e a magra”

Gabriela, 9 anos de idade, prima de Cauã, ficou muito abalada com a internação da avó Rosalina. Francisca, a mãe, notou que Gabriela perdeu vários quilos durante as últimas semanas, relacionando este emagrecimento, no início, com a doença da avó, mas agora queixa-se também de fadiga, sede intensa e poliúria diurna.

Hoje, porém, Gabriela acordou queixando-se de dor abdominal e apresentou três episódios de vômito. Algumas horas depois Ana começou a ficar sonolenta e “não falar coisa com coisa”, quadro que foi piorando enquanto era levada ao hospital. No serviço de emergência, foi atendida por Dra Selma que observou FC de 140 bpm, PA de 80/50 mmHg, Tax. de 36°C e respirações rápidas e profundas, às vezes irregulares. Apresenta redução do turgor cutâneo com formação de prega, bem como rebaixamento do nível de consciência. Dra. Selma solicita que a Enfermeira Daniela faça uma glicemia capilar e imediatamente iniciou a hidratação venosa (HV) com soro fisiológico. A glicemia capilar foi 520 mg%. Chama o laboratório para coleta de exames.

Volta a Gabriela e inicia insulinoterapia. O laboratório envia o resultado: glicemia = 470 mg/dl, K = 5,9 mEq/L, Na = 137 mEq/L, cloro = 101 mEq/l, Uréia = 3 5mg/dL, Creatinina = 1,6 mg/dl; gasometria com pH 7,03, pCO₂ 18,7 mmHg, HCO₃ 4,7 mEq/L, BE - 26. A médica então calcula o ânion gap e a osmolaridade sérica e observa que estão aumentados. Programa nova avaliação clínica e laboratorial para uma hora depois. Explica a Francisca que Gabriela precisa ser internada, o que é preciso fazer e porque tantos exames de sangue.

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

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

multidisciplinar especializado.

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

Problema de Saúde Pública

Maria está iniciando seu internato em pediatria, sendo escalada para o plantão naquele dia. Não consegue disfarçar sua ansiedade, pois pretende exercer esta especialidade depois de formada. Apresenta-se ao Dr. Alberto, seu preceptor no plantão, que determina o início dos atendimentos. Sua primeira paciente é Laura, uma lactente de 8 meses. Sua mãe, Camila, justifica sua ida ao PS, porque percebeu que sua filha estava “muito caidinha, recusando alimentação e urinando muito pouco nas últimas horas”. Todo este processo dera início há cerca de 24 horas, com “febre, vômitos e diarreia”. Nega evacuações com sangue ou muco. Ao exame físico, Maria depara-se com uma lactente prostrada, pálida, taquipnéica, acianótica, mucosas muito secas, olhos muito fundos, turgor subcutâneo diminuído, tempo de enchimento capilar de 8 segundos; ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações; FC: 130min; T. axilar: 36,6°C; peso: 7,2 kg.

Diante dos achados clínicos, solicita orientação do Dr. Alberto. Segue à risca suas instruções, além da solicitação de exames, que indicaram: Na = 132 mEq/L; K = 4,5 mEq/L; glicemia = 80 mg%; gasometria com pH = 7,10; pCO² = 22 mmHg; Bic = 8. Discute tais resultados com seu preceptor. Após 2 horas, Laura reagiu bem, está mais ativa, eupneica, com diurese presente, mucosas úmidas, turgor normal e tempo de enchimento capilar de 2 segundos. Relata ao seu preceptor o estado atual de Laura. Refazem seus procedimentos e solicitam internação para a menor, com o apoio de Camila, que entendera a necessidade de tal conduta.

Terminada esta tarefa, Maria foi atender outra criança. Marcos, lactente de 15 meses, filho de Carla, 19 anos. Carla informa a Maria que há cerca de 35 dias seu filho iniciou um quadro de febre, diarreia e vômitos. Avaliado em PS, após descartada complicações, fora orientada para tratamento domiciliar com uso de soro oral, intercalando com líquidos claros e que mantivesse a alimentação normal. Marcos reagira muito bem à esta conduta. Cessaram-se a febre e os vômitos, mas a diarreia tem se mantido deste então, com cerca de três a cinco episódios diários. Por conta deste processo, vem perdendo peso à olhos vistos. Fora medicada com “remédio pra verme”, sem sucesso. Na história patológica pregressa, destaca-se o desmame

precoce, iniciando “leite em pó aos dois meses de idade”. Aos seis meses, iniciara alimentação sólida e trocara o leite em pó pelo de “caixinha”, engrossado com cereal. Nega uso de medicamentos nesta fase. O regime alimentar atual de Marcos segue a alimentação familiar (almoço e jantar) e mais três mamadeiras de “leite de vaca engrossado com cremogema e açúcar” (manhã, tarde e noite). Refere que Marcos “não gosta de frutas” Na Caderneta de Saúde da Criança, o peso de nascimento fora de 3.250g e o comprimento de 50 cm. As consultas registradas não seguem o padrão determinado pelo Ministério da Saúde. Vacinação em dia para a idade, exceto as de 15 meses, que segundo a mãe, não fizera ainda por conta da diarreia. Após a exposição destes fatos, Maria examina o lactente e verifica que o estado geral do menor não está comprometido, exceto pelo emagrecimento e pela palidez. Encontra-se hidratado, hipocorado, eupneico, acianótico, afebril, com boa perfusão periférica. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Abdome depressível, sem visceromegalias. SNC sem sinais clássicos de irritação meníngea. Ao término do exame, chama atenção a presença de grande área de dermatite na região de fraldas. Peso atual de 7.500 kg.

Maria, após expor ao seu preceptor a anamnese que colheira e o exame físico que fizera, pede orientação para como proceder neste caso. Dr. Alberto discute com Maria o possível diagnóstico e informa à mãe da necessidade de internação do menor, pois ele terá que ser submetido à exames, além do acompanhamento diário pelo visitador, que irá determinar a terapêutica mais adequada ao caso. Carla aceita o fato, porque quer ver seu filho bem. Maria providência a internação, adianta-se na solicitação de exames e prescreve a terapêutica, conforme instruções do Dr. Alberto.

Dr. Alberto discute os dois casos com Maria. Ressalta a importância dessas doenças que contribuíram para os altos índices de mortalidade infantil no passado e como uma medida de saúde pública tão simples mudou a história. Questiona ainda sobre a atual situação da mortalidade infantil no Brasil e sobre as Metas para o desenvolvimento do milênio. Maria prometeu que estudaria mais o assunto.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

A Importância do Acompanhamento Ambulatorial

Alice é uma escolar de sete anos de idade, filha única, residente em Teresópolis, portadora de doença crônica diagnosticada no primeiro mês de vida. Sua mãe, Dona Maria, cuida de Alice em um hospital-escola com Dr. Felipe, seguindo rigorosamente suas recomendações. Faz uso regular de medicações profiláticas desde o terceiro mês de vida. Apesar disso, fora internada pela primeira vez com 7 meses, apresentando edema de mãos e pés e choro inconsolável. Com 1 ano e 5 meses, acontecera nova internação por quadro respiratório grave, necessitando de transferência para UTI pediátrica. Pelo aconselhamento genético, feito assim que foi diagnosticada a doença, seus pais, Maria e Antônio, optaram por não terem mais filhos. Vacinação em dia. O motivo da consulta de hoje, segundo Dona Maria, é o aparecimento de febre baixa, que cedeu com antitérmicos, e em seguida uma “vermelhidão” principalmente no rosto, mas também no tronco e nos braços. Ao exame, Alice encontra-se algo prostrada, palidez cutâneo mucosa, acianótica, afebril, com exantema máculopapular em face, com aspecto de “fácies esbofetada”, assim também como no tronco e extremidades. Dr. Felipe, diante da possibilidade diagnóstica, e conhecedor da doença da menor, solicita alguns exames laboratoriais e conversa com a família sobre a possível necessidade de internação.

O segundo paciente a ser atendido por Dr. Felipe, é levado pela mãe, Rosângela, que apresenta um encaminhamento da UPA para investigação. Rosângela informa que seu filho, Bruno, 4 anos, até então saudável, está a uma semana claudicando e se queixando de dor no membro inferior e no joelho esquerdo. Ele não sofreu trauma recente, e na sua história patológica pregressa chama a atenção apenas o relato de que apresentou anemia quando lactente, medicado com sulfato ferroso, somente aos 15 meses, com melhora. Apresenta um resultado de hemograma completo revelando 2,8 milhões de hemácias/mm³, Ht° 24%, 30.000 leucócitos, 6% de bastões, 1 blasto, 10% de segmentados, 80% de linfócitos, 3% de monócitos, 50.000 plaquetas/mm, 0% reticulócitos³. O exame físico revela temperatura de 38° C, ausência de edema, de assimetria ou de fraqueza nas extremidades inferiores. Ele demonstra sensibilidade dolorosa sobre o joelho esquerdo, hepatoesplenomegalia e

petéquias na face e no tórax. Dr. Felipe informa a família que Bruno deve ser internado para investigação diagnóstica. Rosângela logo entra em pânico, pois percebe que a situação é grave. Dr. Felipe conversa muito com ela, informando sobre os próximos passos e sobre o prognóstico de sua hipótese diagnóstica que costuma ser bem melhor na população pediátrica. Rosângela se recompõe do susto e promete que fará tudo que estiver ao seu alcance para ver seu filho curado.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

Tantas coincidências...

Maria e Renata conversam sobre seus filhos na antessala do ambulatório de Pediatria. Por coincidência, as duas famílias residem em Teresópolis há pouco tempo, vindas de outras cidades.

Maria percebe que Renata olhava com curiosidade para sua filha, mas já estava acostumada com isto. Relata que sua filha Lívia, de 6 anos, sempre fora “miudinha”. Tudo começara ainda nos primeiros dias de vida, com Lívia apresentando “cansaço e dificuldade para mamar”. Com 15 dias de vida, Lívia fora internada com diagnóstico inicial de Bronquiolite, mas, durante a internação, com acompanhamento clínico e laboratorial, o diagnóstico final fora de “um problema numa veia do coração e pressão alta”. Na época, a Pediatra encaminhou-a para acompanhamento em serviço de referência estadual para estas doenças, onde a menina foi operada e fazia acompanhamento ambulatorial regularmente. No momento, estava bem melhor, mas continuava miudinha. Frequentava também ambulatório de Genética.

Renata fala que seu filho Felipe, de 12 meses também tem “um problema no coração”, mas nunca fizera exames. Tal qual Maria, preocupa-se também com Felipe por achá-lo também “miudinho”. A avó diz que é porque “puxou” os pais (pai mede 161cm e a mãe 152cm), mas ela acha que não. A pediatra Carla chama Lívia neste momento.

A Dra. Carla olha Lívia entrando na sala e percebe sinais de criança síndrômica. Pergunta o motivo da consulta, ocorrência de casos semelhantes na família, como fora a gestação e as condições do parto, alimentação e patologias anteriores. Maria comenta que a gravidez de Lívia fora tranquila, que ela nascera no tempo certo, mas muito miudinha, com peso de 1900 kg e 43 cm de comprimento, com as mãozinhas e pezinhos muito inchados. Mostra exames solicitados pelo Geneticista, (cariótipo 45X), o laudo do primeiro Ecocardiograma e uma USG Renal e de Vias Urinárias que fora normal. Mostra o cartão com anotação nas curvas de estatura e peso, sempre bordeando o escore -2 e afastando-se dele nos últimos 2 anos. Dra. Carla procede ao exame clínico e verifica nevus pigmentados abundantes, cúbito valgo e 5º quirodáctilo curto. Lívia está ativa, acianótica, anictérica, afebril, hidratada. Ausculta pulmonar sem

alterações. Ausculta cardíaca com sopro, porém sem sinais de descompensação hemodinâmica. Explica que deve continuar com o acompanhamento no ambulatório de Genética e Cardiologia e que irá encaminhá-la para o ambulatório de Endocrinologia Pediátrica. Despede-se e deixa a próxima consulta agendada.

Felipe é o próximo paciente da Dra. Carla. Renata entra com Felipe e logo fala da sua angústia sobre o tamanho do seu filho. Renata informa que a gestação fora normal, que Felipe nascera de parto vaginal, a termo e mostra o cartão: APGAR 7/ 9, com 50 cm de comprimento e 3200 kg de peso. Passara o primeiro mês sem intercorrências, mamando exclusivamente ao seio materno. Com um mês de vida, o pediatra notara presença de um sopro cardíaco, mas como estava bem, deixou-o apenas em observação. Por ocasião da visita do terceiro mês, Renata informara ao pediatra que o menino “apresentava falta de ar ao mamar e por isso, passou a sugar mal”. No entanto, como estava ainda com bom ganho pondero-estatural, o pediatra resolvera ainda mantê-lo em observação. Não foi mais as consultas por problemas familiares. Neste período, observara ganho de peso menor, se comparado com os primeiros meses. Mantinha respiração acelerada. Apresentara um episódio de pneumonia que fora tratada ambulatorialmente. Hoje gostaria de tirar suas dúvidas. Dra. Carla procede ao exame físico e observa que o lactente está em BEG, corado, acianótico, anictérico, taquipneico, hidratado. Ausculta pulmonar sem alterações. FR: 52 irpm. Ausculta cardíaca com sopro holossistólico, rude, pancardíaco de 3+/6+, com bulhas hiperfonéticas, ictus cordis propulsivo à palpação e pulsos periféricos cheios. FC: 120 bpm. Mede e pesa Felipe e coloca-o no gráfico, constatando escore -2 para peso e estatura. Explica a Renata que seu filho precisa de acompanhamento com especialista. Solicita Ecocardiograma e agenda consulta para o ambulatório de Cardiologia pediátrica.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

Uns sintomas e algumas possibilidades

Weber, um pré-escolar de 5 anos de idade, frequentador de creche em horário integral, com aparência saudável até então, desenvolveu cefaleia e febre de 41°C nesta manhã. O fato foi comunicado à Dona Eulália, sua mãe e de outros dois filhos, um de 3 e outro de 9 anos. Segundo a informante da creche, nenhuma outra criança, até o momento, havia apresentado sintomas semelhantes. Assustada com o aparecimento repentino dos sintomas do seu filho resolveu levá-lo ao PS. Dra. Angélica, plantonista de pediatria do dia, após ouvir as queixas de Dona Eulália, inicia exame clínico do menor, que acabara de vomitar. Apresentava-se confuso e incapaz de seguir instruções; acianótico, taquicárdico, taquipneico, frequência cardíaca de 135 bpm, pressão arterial de 80/40 mmHg, frequência respiratória de 28 irpm e a temperatura axilar de 40°C; ausculta cardíaca e respiratória normais, abdome depressivo, sem massas palpáveis; sinais de Kernig e Brudzinski positivos. Dra. Angélica informa à mãe que suspeitava de uma doença grave, sendo necessários a realização de exames complementares, o que foi permitido imediatamente pela mesma. Dona Eulália, muito abalada com a notícia, pergunta se seus filhos que estavam em casa corriam risco. A médica informa que precisava dos resultados dos exames para melhor orientação e, imediatamente, toma as medidas cabíveis. Dra. Angélica, então, colhe líquido, envia o material para o laboratório e inicia o tratamento de forma empírica imediatamente. Algum tempo depois recebe os resultados: Bacterioscopia positiva para cocos gram negativos; pleocitose às custas de polimorfonucleares, glicose de 30mg/dl, proteína de 100mg/dl; hemograma: leucocitose, com desvio à esquerda. Dra. Angélica solicita internação, revê sua prescrição, e conversa com Dona Eulália sobre o diagnóstico do seu filho e demais providências a serem tomadas.

Após a internação do menor acima, Dra. Angélica fora chamada com urgência para atendimento de uma criança de 3 anos, moradora próxima ao hospital, que chegara em crise convulsiva. Dra. Angélica observa contrações musculares concentrados em braços e pernas e febre. Solicita à enfermagem acesso venoso e medicamentos imediatamente. A crise cedera prontamente. Neste momento, já mais calma, a mãe do menor, Dona Vera, relata que seu filho tem boa saúde, mas esta

manhã acordara com febre de 40°C, um pouco sonolento e com dor de cabeça. Fizera medicação para febre, mas o menor vomitou logo após. Algumas horas depois, percebeu “movimentos estranhos” e trouxe-o imediatamente ao PS. Sua história familiar só é relevante para um único episódio de convulsão de etiologia desconhecida, que seu pai tivera aos 4 anos de idade. FC: 108 bom; FR: 25 irpm; PA: 90/60 mmHg: temperatura de 38°C e glicemia de 135 mg/dl. Uma hora depois, o menor despertara e reconheceu a mãe como se nada houvesse acontecido. O exame físico realizado agora fora normal, bem como o hemograma e o EAS. Apesar desses resultados, Dra. Angélica informa à Dona Vera que o menor deverá ficar em observação. Dona Vera não se opõe a tal recomendação. O que mais deseja é ver seu filho bem.

CAPÍTULO 7

SITUAÇÕES-PROBLEMA DO SÉTIMO PERÍODO

Autores

Álvaro Henrique Sampaio Smolka
Antonio José Magalhães da Silva Moreira
Floriano Tadeu Garcia
Julia Paula Alves dos Santos
Lorilea Chaves de Almeida
Luciana da Silva Nogueira de Barros
Luis Antonio Lopes Pereira
Luis Claudio de Souza Motta
Maria Teresa Menegat
Rosiane Fátima Silveira de Abreu
Thiago Badaró da Silva
Walney Ramos de Sousa

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

Conhecendo Maria das Dores

Maria das Dores esta agora com 58 anos (vocês conhecem do 4º período), estava muito atarefada com os preparativos para a festa do seu neto não conseguindo dormir a noite inteira. Acordou com cefaleia occipital, fez uso de dipirona, e seguiu para compras da festa de aniversário do neto, ainda no percurso apresentou piora da cefaléia e quando notou a presença de pontos brilhantes ficou assustada e procurou atendimento médico na UPA.

Na UPA é atendida por Dr. Victor e Sérgio interno de medicina. Na anamnese ela relatou ser tabagista há 20 anos, diabética e hipertensa há 18 anos, em tratamento irregular com metformina, glibenclamida e IECA. A História Patológica Familiar revela mãe diabética e hipertensa, pai falecido por AVE, 01 irmão por morte súbita.

Exame físico: fâcies atípicas, eupneica, acianótica, acantose nigricans interfalangeanas e pescoço. Obesidade central.

Pressão Arterial 195/120mmhg Fundoscopia: sem alterações. Ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular em 3 tempos por B4. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular sem ruídos adventícios. Abdômen: globoso, estrias largas planas no mesmo tom de sua pele, sem visceromegalias e/ou massas palpáveis.

Exames Realizados: Hemograma normal, Ureia 55mg/dl; creatinina 1,4mg/dl; eletrólitos normais; glicemia 220mg, Hba1c 11%,; colesterol total e triglicérides elevados; EAS proteinúria +/4+ sem hematúria. ECG Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE). Rx tórax anatômico

A abordagem quanto ao tratamento inicial foi discutida entre Dr. Victor e Sérgio, o interno sugeriu fazer captopril SL e o staff orienta para que fosse feito oralmente. Após estabilização dos níveis pressóricos, Maria das Dores foi encaminhada para a UBSF.

Na UBSF, Dra. Sofia recebe D. Maria das Dores e observa em seu prontuário que sua última consulta datava de mais de seis meses. No prontuário havia o registro de níveis pressóricos elevados, HBA1C 11% , glicemia capilar 280 mg/dL e EAS sem alterações. No exame físico: PA: 160 x 100 mmHg, glicemia capilar de jejum: 350 mg/dL, CA: 110 cm, peso: 90 kg. Dra. Sofia após calcular o risco cardiovascular de

Maria das Dores a orienta novamente para a importância da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Explica a necessidade do ajuste da sua medicação antihipertensiva e antidiabética e solicita os exames de rotina indicados.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

O que realmente aconteceu com Rosalina?

“Nem a sociedade, nem o homem, nem nenhuma outra coisa deve ultrapassar os limites estabelecidos pela natureza.”
[Hipócrates de Cós].

Rosalina, mãe de Maria das Dores, assim como a filha, nunca conseguiu fazer seu tratamento para o diabetes e hipertensão de forma adequada, a despeito das orientações de Dr.^a Sofia e da enfermeira Ana Néri.

Há seis meses, na última consulta Dr.^a Sofia observou piora acentuada no Ritmo de Filtração Glomerular (de 55 para 20ml/min em 10 meses) bem como na proteinúria de 24 horas (de 350 para 800mg/24 horas). Na ocasião ajustou sua terapêutica antidiabética e anti-hipertensiva, orientou basicamente a sua alimentação, solicitou ultrassonografia do aparelho urinário e a referenciou aos serviços de nefrologia e nutrição. Explicou a severidade da situação e pediu que retornasse dali a um mês, mas ela não o fez. Hoje, Inês (agente comunitária de saúde) vem lhe noticiar os acontecimentos com Rosalina.

Rosalina estava muito atarefada preparando um lanche comemorativo dos seus 84 anos, quando começou a apresentar disartria rapidamente evolutiva para afasia, diminuição evolutiva da força muscular para perda da mobilidade do dimídio direito, e perda da consciência, sendo levada para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Dr. Celso registra no exame de admissão pupilas isocóricas e fotorreagentes, Escala de Coma de Glasgow (ECG) 1+1+4=6; PA 160x100, FC 100bpm; ausculta cardíaca e pulmonar sem alteração. Glicemia capilar HI (>600). Realizada a proteção de via aérea é transferida para a UTI do HCTCO.

Uma hora após sua chegada à UTI, Dr. Raul, solicita a primeira TCC (tomografia computadorizada de crânio), e enquanto isso colhe informações de Maria das Dores sobre a situação de saúde de sua mãe. Ela aflita observa que o estado de sua mãe piorou durante a transferência. Carlos, estudante do 11º período de medicina iniciando seu estágio na UTI, fica muito impactado com o caso e refletindo sobre o porquê da piora. A TCC solicitada foi normal, glicemia central 380mg/dL, creatinina

3,0mg/dl (0.6 a 1.2 mg/dL), ureia 120mg/dl (15- 45mg/dL), potássio 7.0 (3,5 a 5,5 mEq/l), gasometria com acidose metabólica, EAS com 4+/4 proteína, ECG com sobrecarga ventricular esquerda e ondas T apiculadas.

Apesar de todo cuidado terapêutico, Rosalina foi a óbito após cinco dias da internação, o que foi uma experiência ímpar para Carlos, que junto com Dr. Raul comunicou a notícia aos familiares, e preencheu a Declaração de Óbito, refletindo sobre o que causou a morte de Rosalina.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

O Cansaço de Maria das Dores

*“Para os males extremos, só são eficazes os remédios intensos.”
[Hipócrates de Cós].*

Maria das Dores está agora com 60 anos. Após o “susto” na UPA, há dois anos (SP1), durante uns seis meses ela fez seu tratamento de forma adequada. Gradativamente foi “relaxando” e não seguiu corretamente o tratamento farmacológico e não farmacológico, além disso, continua fumando. Atualmente está responsável por levar e trazer seu neto à Creche que fica numa colina com suave aclive. Desde há uns cinco meses, ela vem ficando cansada nesse percurso, precisando parar por alguns minutos.

Desde há três meses Maria das Dores quando estava recolhida tranquilamente vendo sua novela das nove, vinha percebendo um desconforto no peito com duração de cerca de cinco minutos, e ocasionalmente nesses momentos apresentava uma falta de ar que a obrigava a levantar-se da cama e caminhar até a janela do quarto, o que lhe trazia alguma melhora. Há uma semana o desconforto precordial se tornou mais intenso, ela pensou em ir à UBSF, mas não foi... Essa madrugada foi desperta por intensa falta de ar, que se tornou insuportável e Rondinelli a levou à UPA.

Na UPA foi atendida por Dr.^a Carla que registrou de positivo ao exame físico: PA= 150 x 100mmHg. *Ictus cordis* palpável com 03 polpas digitais na linha hemiclavicular anterior esquerda no 5^o espaço intercostal, ritmo cardíaco regular em galope de B3, FC110 bpm. Ausculta pulmonar com estertores crepitantes em 2/3. ECG mostrava HVE e presença de onda Q patológica em V1 a V4. RX tórax com congestão pulmonar e aumento da cavidade esquerda. Os marcadores de lesão miocárdica realizados estavam normais. Glicemia central de 230mg/dL, eletrólitos normais, ureia e creatinina discretamente aumentadas.

Após a realização e análise dos exames laboratoriais e do ECG, e das medidas protocolares adequadas, com a estabilização do seu quadro clínico, Dr.^a Carla

conhecendo a história de Maria das Dores, optou por encaminhá-la, com seu consentimento, para tratamento hospitalar.

Dr.^a Suely, staff da enfermagem juntamente com você, após análise do Relatório de Atendimento na UPA e dos resultados dos novos exames laboratoriais e de imagem fazem o estadiamento de Maria das Dores, estabelecem o seu plano de cuidado terapêutico e indicam uma cineangiocoronariografia com ventriculografia.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

A ciência explica o que a crença melhora

Primum non nocere
[Hipócrates de Cós]
“a obrigação de não causar dano
intencionalmente”

Ramiro tem 80 anos, não alfabetizado, tabagista há sessenta anos, sempre trabalhou na lavoura e até a morte de sua mulher há oito meses, ainda cuidava da plantação de couve. Como ficou sozinho, Daniel, seu filho, o trouxe para morar com ele em Problemópolis, vindo a ser vizinho de José Flecha, com quem Ramiro construiu uma bela amizade. José Flecha conta 85 anos, hígido, viúvo, independente, natural do Amazonas, indígena Yanomami. Em meados dos anos 70 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 suas tradições indígenas, especialmente na condução de eventuais adoecimentos.

Daniel 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, quando subitamente gritou “Ai meu Deus, que dor”, ao mesmo tempo em que levava a mão ao peito e caía. José Flecha correu para socorrê-lo, pronunciando algumas palavras em sua língua natal. Segundos depois Ramiro abre os olhos e levanta-se contando que isso já lhe aconteceu outras duas vezes, sempre quando ele estava roçando, e que até já fez um “exame do coração”, mas não levou para vistas médicas. José Flecha o leva para casa, conta o ocorrido para Daniel, e lhes oferece um chá terapêutico. Daniel sente-se incomodado e temeroso, mas aceita o chá, por respeito às suas tradições, e se compromete a ir à UBSF e solicitar prioridade para atendimento médico.

Dr.^a Sofia recebe Ramiro acompanhado de Daniel 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 suas hipóteses diagnósticas, sua limitação no prosseguimento investigativo na Atenção Básica 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. Daniel 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.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

A difícil, mas necessária decisão...

“Tudo o que não existe e depois passa a existir, é criado por algo diferente de si mesmo.” [Avicena].

Rondinelli estava na varanda fumando seu cigarro, lembrando-se da semana passada quando subiu o morro acompanhado por José Flecha. O “índio” com 85 anos subia sem cansar e ele, muito mais novo, precisava parar um pouco... Maria das Dores chega trazendo um cafezinho e Rondinelli lhe conta sobre seus pensamentos, ela logo aproveita a ocasião para mais uma vez pedir a Rondinelli que pare de fumar. Desta vez, ele não reclama segura a mão da esposa e pede sua ajuda. Conta que além da ladeira de casa, na fiscalização da obra (ginásio poliesportivo), por vezes, precisa parar um pouco porque fica com falta de ar. Os dois decidem que no dia seguinte irão à UBSF, Maria das Dores diz que tem certeza que Dr.^a Sofia o atenderá.

Na sala de espera conhecem Margarida, ela nota que Rondinelli saiu para fumar e quando ele volta ela puxa conversa dizendo que tem 76 anos, que fuma há 60 anos, mas parou há uns três meses porque piorou muito do cansaço e as pernas começaram a inchar. Veio na Dr.^a Sofia que lhe explicou que tudo era consequência do cigarro que havia “ofendido até o coração”, lhe passou um remédio, pediu muitos exames e a mandou a um médico de pulmão, e hoje ela veio mostrar. Conta que está se sentindo bem melhor, que as pernas desincharam e que embora sinta falta do cigarro, quando se lembra da falta de ar a “vontade passa”. Dr.^a Sofia chama Margarida, mas ela muito sábia, diz: - Doutora, hoje esse moço está mais precisado que atenda ele primeiro, eu espero.

Rondinelli informa ter 62 anos, que trabalha na construção civil sempre usando EPI, e que fuma desde os doze anos de idade, atualmente com média de 30 cigarros/dia. Relata que há uns dois anos vem apresentando tosse produtiva com secreção clara principalmente matinal e falta de ar/ cansaço com esforço, tentou parar de fumar, mas não conseguiu. Dr.^a Sofia faz perguntas sobre a dispneia a fim de classificá-lo no Índice de Dispneia Modificado do Medical Research Council (MRC). Ao

exame físico ela registra de positivo: paciente emagrecido, unhas em vidro de relógio, e aumento do diâmetro anteroposterior do tórax. PA 130x 80 mmHg. FR 26 irpm. Ausculta pulmonar com MV diminuído difusamente, discreto roncos e sibilos em ambos os pulmões. No final da consulta, Dr.^a Sofia de forma acolhedora e não culpabilizadora, explica-lhe a sua situação de saúde e a absoluta necessidade da suspensão do cigarro informando sobre o Programa de Antitabagismo do município. Solicita exames diagnósticos e complementares. O referencia ao Ambulatório de Pneumologia e à Clínica de Fisioterapia. Sabendo que o sistema de referência é demorado, opta em prescrever um bronco dilatador.

Avicena ou Ibn Sina, foi um filósofo e médico persa que teria nascido por volta de 980 d.C. perto de Bucara, atualmente Uzbequistão. A sua principal obra médica é o enciclopédico al-Qanun (ou "O Cânone da Medicina"), compreendia 5 livros (I- Generalidades, II- Matéria médica, III- Doenças da cabeça aos pés, IV- Doenças não específicas de órgãos, V- Drogas compostas), e era o texto padrão em muitas universidades medievais, entre elas a Universidade de Montpellier (França). O livro Drogas compostas, apresentava um sistema completo de medicamentos de acordo com os princípios de Hipócrates e Galeno.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

Tantas queixas... E então, o que será?

Mônica (conhecida no 4º período com LER/ DORT) está agora com 35 anos, seu trabalho como tradutora tem se intensificado, o que a leva a ficar digitando por muitas horas. Desde a aproximadamente dezoito meses, de forma progressiva, vem se sentindo cansada para suas atividades habituais; tem percebido também dificuldades no trabalho, precisando repetir a leitura dos textos várias vezes, sente-se “emburrecida”; além disso, tem se percebido irritadiça e chorando sem motivo aparente. Num domingo, sua irmã foi visitá-la e Mônica convida a irmã para saírem do jardim porque o sol a deixa ainda mais cansada, as irmãs lembram-se de Tia Brenda que estava sempre “se escondendo” do sol porque também ficava cansada... Há um mês, voltou a apresentar dor no punho direito que dificultava a digitação, assim voltou a seu médico ortopedista. O médico após a anamnese, ao perceber no exame físico cotovelo e punho direito com calor, rubor e dor à movimentação passiva, encaminhou- a um colega clínico.

Na sala de espera do clínico conheceu Ariane. Na conversa, Ariane mostrava-se muito ansiosa, mesmo com a temperatura ambiente confortável ela reclamava do calor, falava sem parar contando que estava muito diferente, não tinha paciência com sua filha de seis anos, nem com seu marido; sentia-se muito cansada e sentia palpitação até mesmo quando deitada, além disso, tinha perdido seis quilos em três meses comendo até mais que o seu habitual, era a única coisa boa que estava acontecendo... Procurou sua ginecologista que lhe encaminhou ao Dr. Cirilo.

Dr. Cirilo procedendo à anamnese de Ariane perguntou-lhe sobre uso de medicamentos para emagrecer, ao que ela negou, perguntou também se ela havia percebido aumento do volume do pescoço e protrusão ocular, ela também negou, mas referiu que tinha sensação de areia fina nos olhos que a incomodava muito; na história patológica familiar informou sobre uma tia e uma prima com tireoidiopia. No exame físico de positivo encontrou: tremores finos de extremidades com mãos úmidas e quentes; bócio de pequena monta com superfície regular, ausculta cardíaca com bulhas hiperfonéticas e FC de 110bat/min, Aquileu exacerbado. Teve dúvida quanto à exoftalmia, uma vez que Ariane era negra. Finalizou a consulta dizendo à Ariane que

seu problema era relacionado à doença tireoidiana, que lhe pediria exames laboratoriais de triagem e a encaminharia ao endocrinologista, e que prescreveria um betabloqueador não seletivo.

Na anamnese de Mônica, além do já referido, ela relatou 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 oligoarticular e migratória. E que há aproximadamente 21 dias percebeu quadro recorrente de dor torácica opressiva acompanhada com falta de ar, que melhora sem medidas específicas, entretanto na última semana com persistência continuada da falta de ar. Na história patológica familiar informou sobre doença tireoidiana, reumatismo, doença coronária crônica. Ao exame físico de positivo encontrou palidez cutaneomucosa, pressão arterial de 120/ 90mmHG, na ausculta cardíaca bulhas abafadas com FC de 52bat/min, *livedoreticularis* em MMII, exame do tórax e abdômen normais. Dr. Cirilo procedeu à realização de eletrocardiograma que mostrou baixa amplitude, e bradicardia sinusal. Após avaliar o ECG, Dr. Cirilo complementou o exame físico encontrando a tireoide pouco aumentada, com superfície finamente irregular; e reflexo Aquileulentificado. Era final da tarde de uma sexta-feira, Dr. Cirilo houve por bem, com a concordância de Mônica, encaminhá-la para internação hospitalar.

	Exames de Mônica	Exames de Ariane
TSH (VR 0.3 – 4.5 μ UI/ mL)	102	< 0.005
T4 livre (VR 0.7 – 2.0ng/dL)	0.2	3.5
Anti – TPO (VR até 35UI/mL)	>1000	60
Anti- TSH TRAB (VR até 10U/mL)	< 10	70
Cortisol 8h (VR 5.0 – 25 μ g/dL)	18	20
Eco- cardiograma	Derrame pericárdico importante com restrição	normal

	do VE	
Glicose (VR 70 – 99mg/dl)	80	100
Colesterol (VR < 200mg/dl)	380	150
US da tireóide	Volume diminuído, eco heterogêneo	Volume aumentado, eco homogêneo
Hemograma	Anemia normo-normo	Normal
FAN	Reagente 1/ 640 Padrão nuclear homogêneo	
Anticorpo anti-DNA de dupla hélice nativo(anti-dsDNA)	Reagente	
Anticorpo de Smith (anti-Sm)	Reagente	
Anticorpo antifosfolípide (anticardiolipinalgG/IgM; anticoagulante lúpico)	Reagente	

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

Foram só doar sangue...

Roberto de 25 anos e Carlos de 35 anos foram ao Centro de Hematologia doar sangue para um amigo e ficaram muito orgulhosos de realizarem um ato de solidariedade humana. Dois meses depois, receberam em casa uma carta do Centro de Hematologia para procurar um médico, pois os exames realizados nas amostras de sangue identificaram marcadores sorológicos positivos para hepatites. Na amostra de Roberto foi identificado anti-HBc total (IgM e IgG) positivo e na de Carlos anti-HVC positivo. Ambos ficaram muito preocupados e procuram Dr.^a Sofia na UBSF para esclarecimentos.

Roberto é consultado primeiro.

- Roberto, você já recebeu transfusão de sangue ou derivados, usa drogas ilícitas, já fez tatuagem ou faz relações sexuais desprotegidas?

- Não. Mas confesso que não gosto de usar camisinha.

- É vacinado contra hepatite B?

- Não doutora.

Ao examiná-lo, Dr.^a Sofia nada encontra de anormal. Não estava icterico, não tinha nenhum sinal de insuficiência hepática e nem hepatoesplenomegalia. Solicita, então, exames para avaliar função hepática e específicos para diagnóstico, e marca a consulta de retorno.

Ao adentrar ao consultório, Carlos também é questionado por Dr.^a Sofia com as mesmas perguntas.

- Sofri um acidente de moto em 1989 e precisei tirar o baço. Perdi muito sangue, sendo necessária transfusão de sangue, responde Carlos.

Da mesma forma, a médica não encontra quaisquer alterações compatíveis com insuficiência hepática no exame físico, porém o fígado foi palpado a dois centímetros do rebordo costal direito com hepatimetria de 16 centímetros. O espaço de Traube é livre. Solicita também exames subsidiários.

Roberto e Carlos retornam, dias após, a UBSF com os resultados dos seus exames.

Dr.^a Sofia analisa os exames de Roberto: AST=38 UI, ALT= 34 UI, fosfatase alcalina = 120UI, gama GT = 32 UI, bilirrubina total = 1,2% e bilirrubina direta = 0,2mg%. TAP 88%, Proteínas totais 6,3 g/dl e Albumina 4,5 g/dl. HBsAg negativo e anti-HBs positivo. O VHB-DNA por PCR foi negativo.

- Roberto, você realmente contraiu o vírus da hepatite B.
- Mas Doutora, eu nunca tive hepatite!
- Fique tranquilo, pois seu organismo teve uma resposta satisfatória.

Dr.^a Sofia, agora lê os resultados dos exames de Carlos: AST=138 UI, ALT=98UI, fosfatase alcalina=120 UI, gama GT=32 UI, bilirrubina total=1,2% e bilirrubina direta=0,2 mg%. AP=100%, proteínas totais 7,3 g/dl, albumina 4,5 g/dl e plaquetas de 200.000. O PCR qualitativo do vírus C foi positivo e o quantitativo evidenciou 1.000.000 de cópias/mm³. O estudo de genótipo evidenciou tipo 1.

Dr.^a Sofia, após análise acima, explicou-lhe a sua situação de saúde e os desdobramentos necessários, inclusive a necessidade de ir ao Centro de Referência. Carlos ficou muito desconfiado acerca da biópsia hepática e pergunta:

- Não tem perigo doutora?
- Não há contraindicação e todos os cuidados serão tomados para que não ocorra nenhum incidente, responde a médica. Mantenha-me informada, vou continuar cuidando de você.

Passadas três semanas, Carlos retorna com o resultado da biópsia hepática percutânea: fibrose portal e peri-portal com raros septos (F2) e necrose lobular moderada (A2), Classificação de Metavir. E mais a prescrição do tratamento antiviral, iniciada há dois dias.

- Doutora, qual o resultado desse tratamento? Pode dizer, eu quero saber!
- Carlos, em torno de 50% dos casos ocorre eliminação do vírus de forma sustentada com esse esquema de medicamentos, caso não haja resposta outro esquema é tentado, ou seja, grande possibilidade de você ficar curado.
- Eu não entendo Doutora, eu nunca tive hepatite...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

Muito mais do que uma ressaca...

Everildo, 55 anos, pedreiro sem exercer sua profissão vem se mantendo de pequenos biscates, desde que se afastou sua família após mais uma tentativa frustrada de parar de beber. Ele procurou a UBSF e queixou-se à Dr.^a Sofia de náuseas, seguidas por vômitos de sangue, tonturas, palidez e sudorese. Relatou ainda que há dois meses começou a apresentar edema dos membros inferiores e aumento progressivo do volume abdominal. Dr.^a Sofia após examiná-lo e constatar a gravidade da situação, solicitou uma ambulância e o encaminhou à UPA, tendo o cuidado de conversar por telefone com o médico plantonista...

Ao chegar à UPA o médico, constatou PA de 90 x60 mm Hg, pulso fino de 110 bpm, palidez cutânea e sudorese. Puncionou uma veia para reposição volêmica e o transferiu para o HCTCO. O endoscopista o aguardava e logo procedeu a uma Endoscopia Digestiva Alta, que mostrou varizes esofagianas não sangrantes e varizes gástricas sangrantes, tratada endoscopicamente com cianoacrilato.

Na enfermaria foi recebido pelo médico residente R2, Dr. Nicola, que perguntou sobre seus hábitos e doenças prévias. Everildo, disse que nunca tivera hepatite, não tinha nenhuma tatuagem ou *piercing*, nunca recebera transfusão sanguínea, não havia usado nenhum medicamento de forma contínua, não era usuário de drogas e tinha o hábito de beber diariamente, desde os 15 anos de idade. Apresentava-se emagrecido, com perda de massa muscular, abdômen globoso com cicatriz umbilical proeminente. Temperatura axilar de 36,6°C, mucosas descoradas ++/4+, intumescimento de parótidas, dermatite parecendo lesões em queimadura principalmente ao redor do pescoço (colar de Casal), queilite, estomatite; icterícia ++/4+, aranhas vasculares (*spiders*) no tórax e eritema palmar. Abdômen com ascite livre e fígado palpável ao rechaço. Edema ++/4+ dos membros inferiores. Imediatamente Dr. Nicola solicitou exames de laboratório, e após cerca de duas horas os analisou: 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), Os resultados dos marcadores para hepatites só seriam liberados em sete dias, e a ultrassonografia de abdômen com Doppler seria realizada na manhã seguinte. Muito cuidados, Dr. Nicola aplicou o questionário CAGE e como foi positivo, aplicou a seguir o questionário AUDIT, tendo então a certeza técnica do abuso de álcool por parte de Everildo.

A ultrassonografia com Doppler evidenciou hepatomegalia com parênquima heterogêneo, ascite e esplenomegalia, veia porta de 15 mm com fluxo hepatofugal e veia gástrica esquerda dilatada. Foi feita uma paracentese do líquido ascítico cuja análise caracterizou um GASA maior de 1,1 e a presença de 400 leucócitos (pmn)/mm³. Calculado o ChildPugh, foi iniciada medicação com espironolactona, furosemida, propranolol, cefotaxima e estabelecida uma dieta hipossódica.

Após dois dias de tratamento começou a apresentar confusão mental e inversão do ritmo do sono. Ao exame físico apresentava *flapping*. A dose de diuréticos foi reduzida e foram acrescentados metronidazol e lactulose à medicação, com boa recuperação do quadro.

Os marcadores de hepatite mostraram anti-HCV positivo e os demais negativos. Dr. Nicola juntamente com o staff da enfermaria, conversaram com Everildo explicando-lhe que o seu fígado achava-se bastante alterado e que no seu caso só um transplante poderia resolver, que era imperativo que parasse de beber, e que após confirmação de atividade da hepatite C fizesse o tratamento medicamentoso, antes do transplante. Everildo recebeu a notícia com incredulidade... Fazer transplante! Eu nunca fiquei amarelo antes, doutor...

Depois de discutir com o médico as possíveis alternativas, as vantagens e desvantagens do transplante, Everildo concordou com a proposta e foi encaminhado para serviço de referência para transplante hepático para avaliar o seu caso e ser feita sua pontuação na fórmula MELD; além de ser referenciado ao ambulatório de psiquiatria e sugerido que procurasse o grupo de Alcoólicos Anônimos do seu bairro.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

Pode um raio cair duas vezes no mesmo lugar!!!

Francisco tem 42 anos, trabalha como magarefe no abatedouro municipal, sua diversão é o jogo de sinuca com os parceiros do bairro. Era um sábado de verão e Rodinelli 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 aos dados coletados em sua anamnese e exame físico estabelece acesso venoso periférico com vistas à hidratação venosa, preenche a Ficha de Notificação Compulsória e, com a ciência e concordância de Francisco o transfere para o HCTCO.

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. 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 anatomopatológica e uma sorologia IgM ELISA selaram o diagnóstico.

Na semana seguinte é internado **Jaime**, geólogo, que em janeiro de 2015 estivera internado com relato de febre com episódios de elevação rápida da temperatura e calafrios seguidos de sudorese intensa e de ferverescência, surgido semanas depois de ter acampado na mata em Nova Friburgo e teve confirmado o diagnóstico por exame de gota espessa Positivo para *plasmodium vivax*. Agora retorna com relato de febre baixa, exantema maculopapular, artralgia, mialgia, cefaleia, hiperemia conjuntival surgidas após trabalho de campo na Bahia, lá foram feitas hipóteses diagnósticas não confirmadas e Jaime, então retornou para esse esclarecimento. No momento está sem queixas e seu exame físico não mostra nenhuma alteração.

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
Ureia	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 de Jaime		
IgM - ELISA	Negativo para Dengue.	
IgM ELISA	Negativo para CHIKV (vírus da Chikgunya).	
IgM Dengue	Negativo para Dengue.	
Anticorpos IgM	Positivo para Zika vírus.	
Anticorpos IgG devem ser investigados no soro agudo e convalescente (sorologia pareada).		

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

Mais uma icterícia!

Simone de 23 anos, não branca, casada com planos para engravidar no próximo ano, trabalha como empregada doméstica na casa de João Afonso (que vocês conhecem desde o 1º período). Ela vem se sentindo muito cansada para as suas atividades habituais, queixando-se também de dores ósseas principalmente na região de punhos. O marido insiste que ela procure a UBSF, principalmente pelo cansaço, mas também pela ferida em sua perna, que não está cicatrizando.

Na anamnese, Simone informa que tanto ela como o seu irmão tinham anemia desde a infância, inclusive seu irmão já havia sido internado para receber transfusão de sangue, mais de uma vez. Entretanto, não foi dada continuidade ao esclarecimento diagnóstico e conseqüentemente nenhum tratamento foi realizado.

Dr.^a Sofia ao examiná-la encontrou de positivo: mucosas descoradas ++/4+, icterícia +/4+. FC 100bpm. TA_x=37°C. PA=100/60mmHg. Frequência Respiratória (FR)=20irpm. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos com sopro pan-cardíaco. Úlcera profunda no maléolo lateral esquerdo, sem sinais de infecção secundária. A médica pergunta se ela havia sofrido algum trauma no local e ela informa que não se recorda, sentiu apenas um prurido e gradativamente a ferida foi se estendendo. Dr.^a Sofia solicita exames complementares que Simone trouxe após duas semanas: hemograma com 12.000 leucócitos e diferencial normal, hemoglobina de 8,9 g/dl, Ht 29%, reticulócitos de 6,5% (0,5-1,8) e bilirrubina total de 5,1 mg% com indireta de 3,0 mg%. Com estes resultados, Dr.^a Sofia solicitou uma eletroforese da hemoglobina e orientou para que ingerisse bastante líquido. Conversou com Simone acerca dos seus planos gestacionais, uma vez que era necessário saber o diagnóstico preciso de sua anemia para melhor orientá-la.

Passados trinta dias, Simone ainda aguardava o resultado do exame solicitado, quando há três dias, apresentou estado gripal evoluindo com febre alta, dor torácica e dispneia sendo levada à UPA. Você acompanha o atendimento juntamente com Dr. Fernando. Simone na admissão apresentava-se taquidispneica, hipocorada, icterícia escleras. Oximetria de pulso com saturação de 87% em ar ambiente. TA_x 39°C. Pulso 102pm. FR=34irpm. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdômen sem

alterações. Extremidades com cicatriz geográfica em maléolo lateral esquerdo. Telerradiografia de tórax com infiltrado intersticial peri-hilar. Dr. Fernando e você conversam com a família que lhes mostra os exames já realizados com o registro da pendência do resultado da eletroforese de hemoglobina. Ante a anamnese, exame físico, vistas desses exames laboratoriais, do Rx de tórax e mais da gasometria arterial, vocês formulam a hipótese diagnóstica, e iniciam a terapêutica.

CAPÍTULO 8

SITUAÇÕES-PROBLEMA DO OITAVO PERÍODO

Autores

Álvaro Henrique Sampaio Smolka

Flávio Antônio da Sá Ribeiro

Francisco Xavier D. F. de Oliveira

Hélio Pancotti Barreiros

Jorge André Marques Bravo

José Carlos Lima Campos

Leandro Oliveira Costa

Mário Castro Alvarez Perez

Paulo Freire Filho

Pedro Henrique Netto César

Sheila da Cunha Guedes

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

João Afonso de Albuquerque inicia seu internato eletivo

—Albuquerque, para trabalhar no CTQ, a primeira coisa que você precisa saber é a regra dos nove; a regra de Wallace. Me diz aí como é a regra...

—Não tem uma tabela própria para isso, mais acurada e por idade? Tem um *app* para isso aqui no meu iPhone... — responde João, tentando disfarçar.

—Albuquerque! Segura aí! — gritou Dr. Marino, mirando na cabeça de João e lançando o livro “Queimaduras”, com a maior força possível.

No mesmo momento em que João Afonso e Dr. Marino civilizadamente discutiam o tratamento de queimaduras, iniciavam-se os preparativos para um animado churrasco na laje em uma vila, situada a dois quarteirões do hospital.

Rondineli se prepara para reunir sua família em torno da nova churrasqueira e despeja álcool etílico a 98% por cima do carvão. Cauã, filho de Rondineli, oito anos de idade, assiste seu pai nos preparativos. Risca um fósforo e imediatamente entram em combustão: o álcool, o carvão, a garrafa de álcool(que, ainda na mão de Cauã, explode) e o próprio corpo de Cauã. O corpo de bombeiros chega ao local e inicia o atendimento ao politraumatizado.

—Dr. Marino procede ao ABCDE inicial do trauma em Cauã. Inicialmente Cauã apresenta-se em Glasgow 15, hemodinamicamente estável. É realizada uma rotina radiológica do trauma, o colar cervical é retirado, o eFAST é negativo. Todavia, ao final dos primeiros 90 minutos de atendimento hospitalar, a pressão arterial é de 70 x 40 mmHg, FC = 155 bpm, FR = 34, Temperatura = 35 °C.

João Afonso faz o cálculo da superfície corporal queimada (SCQ) do paciente e perpetra um prognóstico em sua mente, tendo em vista que Cauã possui extensas lesões com aspecto brancacento e indolor na região central e com bordos avermelhados, recobertos por flictenas de variados tamanhos, distribuídas por todo o membro superior direito, tórax anterior e posterior, cabeça, genitália e raiz da coxa direita. João permanece imóvel e indiferente ao frenesi ao seu redor enquanto pensa no prognóstico recém-formulado.

—João! João! Acorda! Tô te falando para preparar o material de intubação e o respirador!

—Desculpa, Marino. Eu fiz o cálculo da SCQ e esse paciente vai...

—Fica quieto, garoto! Faz o que eu estou mandando! E deixa o Ringer correr solto.

—Mas e a fórmula de Parkland?

—Olha só, enquanto você não garantir a via aérea desse paciente, você só precisa de dois neurônios: um neurônio para ficar de olho na velocidade do Ringer e o outro para ficar de olho na diurese do paciente!

—Mas e quanto aos perigos da hiper-hidratação? E o edema? E a síndrome compartimental? E...

—João! Olha o ABDCE! Depois a gente conversa sobre isso.

João Afonso procedeu à intubação sem intercorrências, utilizou etomidato e fentanil para o procedimento. Acoplou o paciente ao ventilador e tomou o cuidado de manter a pressão de platô limitada a 30cmH₂O. Enquanto Dr. Marino dissecava uma veia, João Afonso procedia à escarectomia no tórax e membro superior direito de Cauã. A enfermagem passou o cateter vesical com sistema coletor fechado.

—E aí, Marino... Cefalotina 1g IV agora?

—Albuquerque; depois que a gente terminar de debridar este paciente a gente conversa sobre a terapia antibiótica. Agora que o paciente está estabilizado, vamos calcular a reposição volêmica pela fórmula de Parkland. Vamos instalar um cateter de PA invasiva e monitorar a perfusão tissular deste paciente. O que a gente tem aqui para esse fim é o lactato, gasometria, saturação venosa central de O₂ (a ScvO₂) e o monitor de débito cardíaco pela variação do volume sistólico, o *Vigileo™*.

—É, porque o paciente perdeu a barreira da epiderme e está séptico, né?

—João, você tem que aprender a diferença entre SIRS, *Systemic Inflammatory Response Syndrome* e Sepsis. Preste bem atenção na apresentação inicial deste paciente. Tente perceber em que estágio da resposta endócrino-metabólico-imunológica ao trauma ele se encontra. Tente, a partir destes conhecimentos, prever os próximos passos desta resposta para que possamos traçar uma proposta terapêutica otimizada, que antecipe e amenize os efeitos deletérios dessa resposta. O próximo passo mais importante é, além de tentar prevenir infecção, nutrir este paciente. Nutrir muito... Você vai ficar responsável pela evolução diária desse paciente, entendido? Outra coisa: fala com a família e veja o cartão de vacinação.

Cauã está sedado com infusão contínua de midazolam e fentanil, acoplado ao ventilador, ciclando a pressão. Sua PAM é de 75mmHg. Seus níveis de glicemia capilar encontram-se persistentemente elevados, acima de 220mg%. Seus níveis de lactato encontram-se normais, bem como a gasometria e as variáveis hemodinâmicas. Permanece em isolamento de contato e é realizado debridamento diário e aplicação de sulfadiazina de prata pós-debridamento.

Cauã permanece sem necessidade de vasopressores. Sua PAM gira em torno de 70-80 mmHg, FC em torno de 100 bpm, leucócitos totais em torno de 9000, sem aumento dos bastões. Afebril.

João Afonso percebe que Cauã apresentou dois picos febris nas últimas 24h. Seu balanço hídrico (BH), que vinha se mantendo neutro, positivou em 3000 ml. O hemograma hoje mostra 11000 leucócitos com 18% de bastões. Lactato de 5 mmol/L, creatinina de 1,9 mg%. O abdome está distendido e não possui sons de peristalse. João informa ao Dr. Marino a alteração na evolução do paciente.

—Quanto tempo desde o último pico febril, Albuquerque?

—Duas horas.

—E a PA?

—Estou começando noradrenalina agora. O paciente apresentou um BH de +03L, diurese algo protraída, e agora a PAM começou a cair a despeito de *bolus* de cristalóides que estou fazendo, assim que comecei a examinar o paciente.

—Temos que manter o protocolo da *Surviving Sepsis Campaign*, a Terapia Precoce Guiada por Metas.

—Mas o diagnóstico já está fechado?

—João, olha o protocolo e veja as definições de sepse e choque séptico. Colha hemoculturas – uma das amostras colhidas do acesso venoso –, urinoculturas e colha uma amostra de pele para cultura quantitativa. Vamos começar cefepime e vancomicina, dose de ataque plena – a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar nos tem informado de que temos várias cepas de estafilococo resistente a meticilina (MRSA), mas ainda não possuímos germes portadores de beta-lactamases de espectro ampliado (ESBL), por isso vanco e cefepime devem bastar. João obedeceu ao Dr. Marino, ainda que algo contrariado, pois achava que a dose plena de ataque dos antibióticos iria acabar de “matar” o rim do paciente.

João Afonso retorna para examinar Cauã. Percebe que seu BH foi novamente positivo, 04L. Os níveis de lactato encontram-se em torno de 8 mmol/L. Acidose metabólica com aumento de ânion gap à gasometria, creatinina de 2.2 mg%. A dieta foi suspensa pelo plantonista da noite, pois apresentou refluxo em grande quantidade pela cavidade oral. As transaminases encontram-se elevadas. João notou que foi iniciada hidrocortisona. A dose de noradrenalina é de 0,3mcg/kg/min. Seu hemograma apresenta 4000 leucócitos com 15% de bastões. 60.000 plaquetas. Tempo de Atividade de Protrombina e Tempo parcial de Tromboplastina ativada alargados. Às 10h Cauã apresentou um episódio de bradicardia sinusal, rapidamente seguido por assistolia. João chama a equipe de parada.

—Carrinho de parada, rápido!

A enfermagem olha para o Dr. Marino, aguardando confirmação. Dr. Marino permanece mudo.

—Vocês estão surdos? Eu falei PARADA CARDÍACA! Vão ficar aí parados?

—João – responde Dr. Marino – o Cauã não parou. Ele morreu...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

“Cinto Salva Vidas”

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

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

Já o outro paciente, Joaquim, de 38 anos, estava também na prancha, com colar cervical e acessos periféricos calibrosos fluindo bem. 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 outro residente de plantão que havia acabado de chegar à sala de trauma – “Vamos tomografar esse paciente, já que não temos um eFAST aqui disponível. Não vejo necessidade de um lavado peritoneal”.

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

Dois coelhos

Andavam de mãos dadas Aleksandro, 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.

Aleksandro 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... Aleksandro 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. Aleksandro toma uma tremenda bronca do médico socorrista. Não devia estar "mexendo" na vítima. Aleksandro 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. Aleksandro 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 Aleksandro:

—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

“Um Dia Inesquecível”

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 liquido 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. 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 e apagamento da bainha do músculo psoas. Não achei imagem de grão-de-café”. O preceptor então examinou o abdome da paciente e falou: “você só esqueceu de relatar uma coisa importante (como assim! – pensou João Afonso). A paciente tem um Pffannestiel . O exame completo do abdome é muito importante...”

Em seguida o interno passou o caso do segundo paciente que tinha visto. O senhor Geraldo Aquino Rego, 48 anos, veio do pronto-socorro no dia anterior com história de dor em todo andar inferior do abdome iniciada subitamente há 36h. Queixava-se de piora progressiva da dor, náuseas, episódios de diarreia, vômitos e febre. Ele relata dois episódios parecidos com este atual, 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 diminuídos. Dor à compressão e descompressão do quadrante inferior direito, hipogástrio e quadrante inferior esquerdo do abdome. A rotina radiológica de abdome agudo e os exames laboratoriais foram solicitados no PS. O hemograma demonstrava leucocitose = 20.000 leucócitos/mm³ com desvio para esquerda. E o exame radiológico mostrou uma alça sentinela na região hipogástrica.

João Afonso então, visivelmente ansioso, falou: “Esses dois pacientes não mereceriam uma colonoscopia?”. Marino calmamente respondeu: “só se nós quisermos matá-los, meu caro aluno. Não quero ver um pneumoperitônio no senhor Geraldo...”. Com a voz da experiência falou: “Acalme-se. Resolveremos um problema de cada vez. Em relação ao senhor Geraldo, vamos solicitar o exame radiológico padrão ouro para o diagnóstico. E no que se refere a dona Rosalina, 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”.

Após a cirurgia da dona Rosalina, foram avaliar o exame do senhor Geraldo. Marino então falou que se tratava de uma complicação da doença de base do paciente. “É um Hinchey 1. Proponho uma drenagem da coleção guiada por radiologia e antibiótico venoso de largo espectro. Posteriormente abordaremos esse paciente cirurgicamente em melhores condições.”

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

“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 perguntou – doutor, eu tenho que tirar a vesícula toda? Não dá para tirar só as pedras? Pediu também – e 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, feliz consigo mesma e muito bem resolvida. “Infelizmente não dá para tirar só as pedras. O problema está na bile e não na vesícula. E 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 Kehr tinha 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 06

“Esperança ou Probabilidade?”

"Por que será que estou emagrecendo? Não faço dieta e muito menos exercício - será o estresse do dia a dia? Concluiu em pensamento a idosa Marlene, que já tinha percebido que havia algo de errado, pois apesar de não ser vaidosa e não gostar de se cuidar, reparou que suas calças estavam ficando muito largas, necessitando de colocar cinto. Porém não deu importância a este fato e ainda pensou alto: "Melhor emagrecer que engordar, pelo menos não fico gorda e diabética"!

Após alguns dias se assustou com o que viu no vaso sanitário e gritou sua filha:

- Sheila, minha filha, vem cá correndo! Meu xixi “tá” cor 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 havia reparado um emagrecimento e vinha sentindo uma lombalgia que ela chamava de “estranha”, pois não era aliviada com analgésicos comuns, diferentemente de outras que já sentira na vida.

- Minha filha, será que essas calças "folgadas" tem alguma coisa a ver? Precisei até de pegar um cinto emprestado com a sua tia, porque "tava" tudo caindo!

- Não sei mãe. O que mais aconteceu de diferente? - perguntou a filha preocupada.

- Eu não tinha percebido, mas outro dia quando fui comprar pão, seu João Padeiro me perguntou por que eu "tava" com a pele meio amarelada. Achei muito intrometido e nem respondi. Esse padeiro adora xeretar a vida dos outros!

- Deixa eu ver sua pele aqui na luz da sala, mãe! É... realmente acho que ele tem razão. A senhora "tá" com a pele diferente, meio desbotada mesmo! - aumentando ainda mais a apreensão da filha quanto à saúde da mãe.

Mãe e filha decidiram, então, procurar auxílio médico na UPA. 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, "coceira" ou teve dor nessa parte da "barriga"? – questionou o médico apontando para o hipocôndrio direito da idosa.

Descartada a tríade de Charcot e tendo completado a colheita da anamnese dirigida, Dr. Josué passou a examiná-la. À ectoscopia, a paciente estava ictérica (2+/4+) e hipocorada (+/4+), além de apresentar cordões venosos superficiais de aspecto eritematoso e doloroso em ambos MMII. Checou se havia algum linfonodo palpável, especialmente em região supraclavicular esquerda, mas não encontrou nenhum linfonodo. Ao exame 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 e ainda indolor. "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 vamos começar fazendo 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. O mesmo ainda pensou: "Pelos sintomas, o tumor deve estar localizado na cabeça do pâncreas!!

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 melhor investigação diagnóstica, que provavelmente, uma tomografia computadorizada e outros exames seriam solicitados e que, talvez, dona Marlene tivesse que ser operada nas próximas semanas.

- Como seria essa cirurgia, Dr.? Muito complicada? - questionou Dona Marlene muito temerosa.

- Calma Dona Marlene! Após os exames vão te explicar melhor como será a cirurgia! - respondeu Dr. Josué, receoso de como Dona Marlene receberia a explicação sobre a cirurgia e o prognóstico da mesma.

A filha Sheila chamou Dr. Josué reservadamente em um canto da sala e perguntou:

- E aí, doutor? Não é nada demais, “né”? A mamãe vai ficar boa, não vai?

Dr. Josué preferiu se calar diante da pergunta da filha, pois conhecia bem o prognóstico desta doença.

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 ao 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 suporte inicial e indicar tratamento intravenoso contínuo com heparina não-fracionada, o Dr. Ray definiu a conduta seguinte:

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

"Milagres acontecem... será?"

Dr. Ramiro tinha acabado de assumir o plantão noturno de cirurgia geral e estava um pouco cansado, já que havia retornado do Congresso de Cirurgia naquele mesmo dia. Mas apesar disso, estava também muito empolgado com as novas técnicas cirúrgicas e com a sensação de que podia fazer mais pelos seus pacientes - "agora que me reciclei, vou fazer de tudo para não perder mais nenhum paciente".

Assumiu então o plantão conturbado que o outro colega deixara, com várias pendências, como sempre e enquanto terminava de revisar os casos mais graves da emergência, escutou uma voz o chamando:

- Dr. Ramiro, que bom que é o senhor que está de plantão hoje! Me acompanhou durante a minha primeira consulta ambulatorial. Lembra que eu comecei com uma dificuldade para engolir os alimentos há uns 6 meses? Atualmente só estou conseguindo tomar sopa e estou muito magro! Tem uns 15 dias que comecei com uma tosse, falta de ar e fiquei rouco! O que será dessa vez, Doutor? Perguntou o paciente de 58 anos, extremamente emagrecido e consumido.

- Calma Cláudio – disse Ramiro. Vamos ver isso direitinho.

O residente de cirurgia, Dr. Cristóvão, sempre muito eficiente, se lembrou do resultado dos exames solicitados e cochichou em seu ouvido:

- Chefe, ele fez uma Endoscopia digestiva alta (EDA) que mostrou uma lesão estenosante no terço médio do esôfago. A tomografia é compatível com os sinais e sintomas apresentados por ele neste momento. Ele também tem agora um Raio X de tórax compatível com uma pneumonia a esquerda. Essa lesão não poderia estar associada a uma doença do refluxo? A DRGE poderia explicar os sintomas pulmonares...

- Agora lembrei - Afirmou Dr. Ramiro, já lamentando a causa da tosse e dispneia de seu paciente. Não Cristóvão. Esse paciente tem histórico de etilismo crônico e tabagismo. E a localização do tumor fala contra lesão secundária a DRGE. Ele nem tem Barret na endoscopia, e os sintomas nunca foram os clássicos de refluxo, tanto que pedimos uma EDA imediatamente. Solicitou então rapidamente ao radiologista a visualização do exame realizado para estadiamento do tórax e, após checar as

imagens, indicou um tratamento endoscópico para melhorar os sintomas respiratórios. Da porta Dr. Ramiro se despediu com tristeza de seu paciente e no corredor com seu residente desabafou:

- Esse é o tipo de lesão que desanima a gente... esse paciente talvez se beneficie com neoadjuvância para que depois possamos fazer a cirurgia mais adequada para ele. Vamos tentar alimentá-lo pela via enteral. Mas sem fazer gastrostomia por causa da possibilidade posterior de cirurgia. Apesar de a literatura dar um prognóstico reservado a ele, temos que acreditar. Milagres acontecem.

Assim que chegou a enfermaria, a mãe de Cláudio, muito preocupada e do alto dos seus 85 anos falou :

- Filho, eu acabei de encontrar Dr. Ramiro e ele me explicou que você fará um procedimento para melhorar a respiração!

- É sim, mãe! Estou com um pouco de falta de ar, mas agora vai dar tudo certo. A senhora nem imagina como cheguei aqui no hospital! Dr. Ramiro vai me salvar - sussurrou Cláudio um pouco cansado e abatido.

- Meu filho eu sempre te falava para você se cuidar, emagrecer um pouco e largar esse cigarro! Mas você não me escutava! Não parou de beber! A mãe segurou a mão de seu filho e com lágrimas escorrendo pelo rosto disse:

- Vai dar tudo certo meu filho! Mesmo sentindo um aperto no coração e com intuição de que seu filho podia estar sem saída. Milagres acontecem...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

"O Clínico que "quase" operava"

Dr. Gastão e seu residente Luiz Antonio começaram o ambulatório de gastroenterologia do Hospital Universitário de Problemópolis a toda. Depois de muitos meses sem ambulatório da especialidade, a agenda estava lotada com 30 pacientes por período.

Naquele dia viram de tudo – gastrite, esofagite, DRGE, enfim... tudo. Quando chegaram ao 19º paciente, ouviram: doutores, eu estou vindo procurá-los porque eu fui encaminhado pelo meu cardiologista. Ele me pediu uma endoscopia de rotina, pois eu já tratei uma úlcera péptica duodenal, gastrite e aquela bactéria que dá no estômago. Tomei um comprimidos enormes por 1 semana, na época. Olha aqui meu exame – entregou para os médicos um laudo de endoscopia que dizia: "presença de úlcera gástrica na pequena curvatura, abaixo da *Incisura Angularis*, com aproximadamente 2,0 cm de diâmetro. Bormann II. Realizado biópsias."

O Dr. Gastão então começou a anamnese dirigida e fez algumas perguntas: Não bebe, faz exercícios físicos regularmente, come bastante fibras. Só é tabagista de 20 cigarros por dia há uns 35 anos. Hipertenso em uso de Losartana. Muito bem Sr. Gastão! Sem emagrecimentos ou sinais de sangramentos agudos. O paciente apresentava somente uma discreta anemia, corroborada pela queixa de melena do mesmo.

Após a anamnese Luiz Antonio perguntou: Chefe, esse paciente tem um Performace Status muito bom e a doença parece estar em fase inicial. Não teria indicação de uma abordagem agressiva com uma gastrectomia total? Essa lesão é resultado de uma gastrite atrófica? O tipo sanguíneo dele pode ter a ver com a doença?

Essa não seria a melhor conduta. Guardaremos a gastrectomia total para uma lesão de cárdia ou bem superior a *Incisura Angularis* – disse gastão. Ele tem anemia por hemorragia digestiva alta. A biópsia diz que se trata de um adenocarcinoma moderadamente diferenciado, do tipo intestinal de Lauren, sem células com anel de sinete. Temos que estádiá-lo primeiro – procurar no exame físico sinais de linfadenopatia a distância e acometimento peritoneal ou retroperitoneal. Devemos

também pedir os exames complementares necessários para depois indicar o melhor tratamento. Se essa paciente tiver carcinomatose peritoneal, por exemplo, o tratamento muda radicalmente.

Então, na consulta seguinte, após os exames foi visto que não havia sinais de metástases – investigaram levando em consideração as 5 possíveis vias de disseminação da doença. Assim sendo, levando em consideração a localização da úlcera (Tipo 1 de Johnson), o histopatológico, o exame físico e os exames complementares, a melhor opção, na minha opinião, seria uma gastrectomia parcial com linfadenectomia a D2 e reconstrução em Y de Roux. Não é preciso uma nutrição especial antes da cirurgia. Vamos falar com o pessoal da cirurgia.

O residente ficou impressionado com seu staff que sabia exatamente o tipo que cirurgia indicar, apesar de não ser cirurgião. Vendo que tinha impressionado o residente, ele comentou: A Clínica Cirúrgica na minha faculdade me deu uma base muito boa. Para conversar com médicos de outras áreas, temos que saber do que estamos falando. Fica a dica...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

“O homem que pensou que sua mulher era um chapéu”*

“... Mas depois de muitos exames e de correr a vários médicos, meu ortopedista falou que é bursite. Me deu uma injeção de diclofenaco e esse remédio vermelhinho, para tomar uma vez ao dia.”

“E tem melhorado?”

“Nada. Dói demais. Não tem posição. Não tem nada que melhore essa dor no ombro e esse formigamento nos dedos.”

O Oliver era um cara extremamente inteligente, apesar de tabagista inveterado. Escritor. Uma dessas pessoas com as quais você tem vontade de parar a consulta e ficar discutindo filosofia pelo resto da tarde. Mas tinha algo de estranho com ele. Queria fumar dentro do consultório. Estava voltado para mim, mas não me olhava nos olhos. Parecia estar me encarando com as orelhas. Desviava o olhar para meu nariz, meu queixo, minha testa... Parecia não entender meu rosto. Também tinha aquele hipocratismo digital, que me deixou com a pulga atrás da orelha assim que ele apertou minha mão.

“E sua visão?”

“Não tem nada de errado com a minha visão” respondeu-me, um tanto irritado: “o meu problema é no ombro direito. Você não pode me receitar algo mais forte?”

Continuei o exame de Oliver. A força estava diminuída no MSD. Pedi que retirasse os sapatos para testar o reflexo plantar. Quando terminei o exame, pedi para que ele calçasse o sapato, enquanto escrevia em seu prontuário. Para minha surpresa, um minuto depois, ele continuava descalço.

“Precisa de ajuda, Oliver?”

“Ajuda? Para quem? Com o quê?”

“Seu sapato”, respondi. “Melhor calçar”

Ele continuou a olhar para baixo, não para seu sapato, com uma concentração intensa. Finalmente olhou para seu pé esquerdo e disse: “esse é o meu sapato, certo?”

Sua mulher o ajudou. Calçou seu sapato, sem que deixasse transparecer qualquer espanto com o comportamento de Oliver. Terminado o exame físico, aparentando supor que a consulta tinha terminado, ele se levantou, esticou seus

braços, pegou na cabeça de sua mulher, tentou levantá-la, e colocar na sua cabeça! Aparentemente, pensou que sua mulher era seu chapéu! Sua mulher continuava impassível, como se estivesse acostumada com aquele comportamento. Saiu de lá com uma prescrição de morfina e uma solicitação de TC de crânio e tórax.

A TC de crânio revelou uma lesão de 1,5 cm de diâmetro, hipodensa, com reforço anelar de contraste venoso, com importante edema peri-lesional, na transição do córtex occipital. O radiologista decidiu estudar também o pescoço, pois havia encontrado nódulos na tireoide e em região supra-clavicular. Internei o Oliver e iniciei o tratamento óbvio para o paciente. Não que esse tratamento vá fazer diferença no longo prazo. A dor no ombro e as alterações visuais já indicam o prognóstico. Que bursite essa!

Meus professores sempre me ensinaram que é mais comum uma só patologia explicar todos os achados clínicos de um paciente, do que mais de uma patologia causar diferentes manifestações no mesmo paciente. Essa é a regra.

Calcitonina elevada, tireoglobulina elevada, USG de tireoide com nódulo misto, medindo 4,5 x 3,0 cm em lobo esquerdo, de contornos imprecisos, hipoecogênico, com microcalcificações e fluxo intranodular ao doppler. Resultado da PAAF de tireoide: Bethesda IV. Será que Oliver é portador de NEM 1 ou NEM 2? Qual seria minha conduta caso ele não fosse estágio IV?

*Livremente inspirado no livro *"The man who mistook his wife for a hat and other clinical tales"*, de Oliver Sacks.

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.