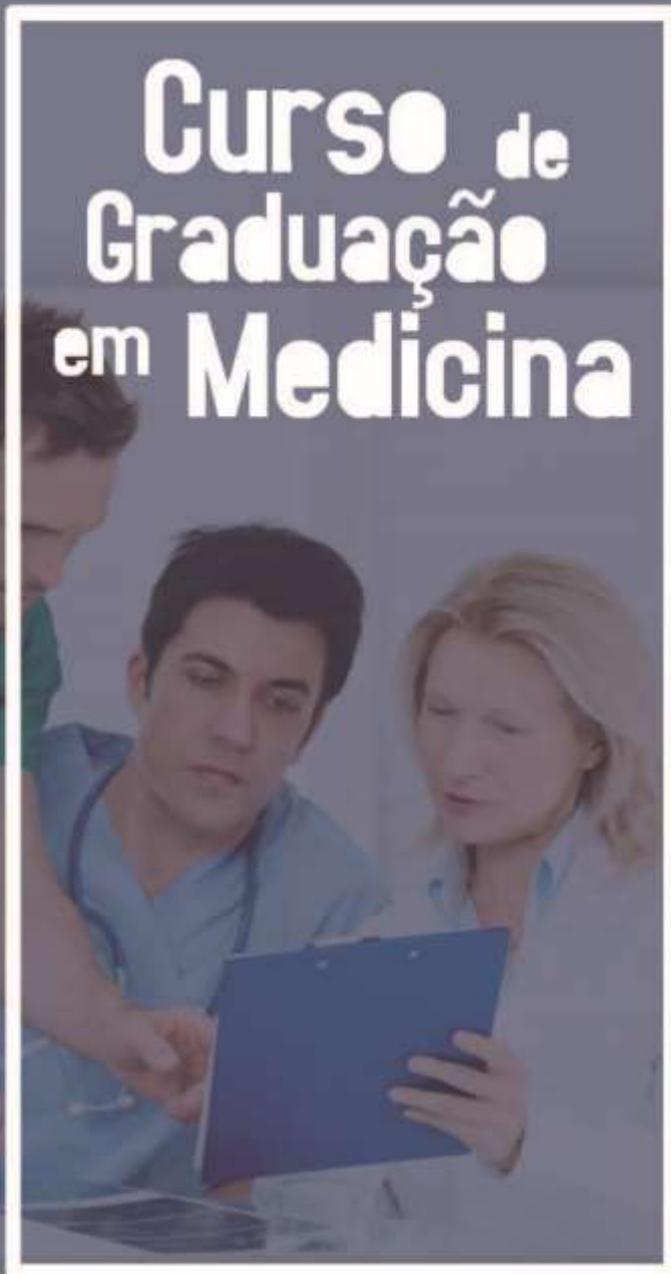


Caderno de Situações - Problema

I Semestre de
2016

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

Luiz Fernando da Silva
Secretário

Jorge Farah
Kival Simão Arbex
Paulo Cezar Wiertz Cordeiro
Wilson José Fernando Vianna Pedrosa
Vogais

Luis Eduardo Possidente Tostes
Diretor Geral

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

Caderno de Situações-Problema do Curso de Graduação em Medicina –
Primeiro Semestre de 2016 / Fundação Educacional Serra dos Órgãos. ---
Teresópolis: UNIFESO , 2016.
192f.

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
Anamarina Coutinho Barros de Brito
Andrea Santana da 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
Cláudia de Lima Ribeiro
Daurema Conceição Docasar S. Silva
Débora Passos da Silva Jones
Emilene Pereira de Almeida
Erick Vaz Guimarães
Etelka Czako Cristel
Flávio Antônio de Sá Ribeiro
Francisco Xavier Dourado Fialho de Oliveira
Georgia Dunes Machado
Geórgia Rosa Lobato
Glaucia Peixoto Dunley
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
Julio Antônio de Carvalho Neto
Katia Cristina Felipe
Kátia Liberato Sales Scheidt
Leandro Oliveira Costa
Leda Jung dos Santos
Lorileia 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
Margarete Domingues Ribeiro
Maria Aparecida Rosa Manhães
Maria de Fátima da Silva Moreira Jorge
Maria Teresa Menegat
Mario Castro Alvarez Perez
Michelle Telles Bravo
Paulo Cesar da Fonseca Coelho
Paulo César da Silva Tavares
Paulo Cesar Oliveira
Paulo Freire Filho
Paulo José Pereira Camandaroba
Pedro Henrique Netto Cezar
Renata Barreto Marques
Roberto Luiz Hungerbuler Pessoa

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 Glória Silami Lopes
Walney Ramos de Sousa

Revisores

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

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1	2
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO PRIMEIRO PERÍODO.....	2
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	3
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	5
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	6
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	8
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	10
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	12
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	14
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	16
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	18
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10.....	19
CAPÍTULO 2	20
SITUAÇÕES-PROBLEMAS DO SEGUNDO PERÍODO.....	20
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	21
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	22
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	23
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	24
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	25
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	27
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	28
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	29
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	31
CAPÍTULO 3	33
SITUAÇÕES-PROBLEMAS DO TERCEIRO PERÍODO	33
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	34
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	36
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	38
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	40
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	42
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	43
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	45
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	47
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	49
CAPÍTULO 4	51

SITUAÇÕES-PROBLEMAS DO QUARTO PERÍODO	51
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	52
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02	54
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03	55
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04	57
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05	58
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06	60
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07	61
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08	62
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09	64
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10	66
CAPÍTULO 5	67
SITUAÇÕES-PROBLEMAS DO QUINTO PERÍODO	67
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	68
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02	70
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03	72
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04	75
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05	77
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06	79
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07	82
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08	85
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09	87
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10	90
CAPÍTULO 6	93
SITUAÇÕES-PROBLEMAS DO SEXTO PERÍODO	93
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	94
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02	97
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03	99
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04	101
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05	103
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06	105
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07	107
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08	109
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09	111
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10	113
CAPÍTULO 7	115
SITUAÇÕES-PROBLEMAS DO SÉTIMO PERÍODO	115
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	116
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02	118

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03	120
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04	122
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05	124
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06	126
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07	128
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08	130
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09	132
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10	134
CAPÍTULO 8	136
SITUAÇÕES-PROBLEMAS DO OITAVO PERÍODO	136
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	137
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02	141
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03	143
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04	145
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05	147
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06	150
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07	153
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08	155
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09	158
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10	160
SITUAÇÃO-PROBLEMA 11	162
SITUAÇÃO-PROBLEMA 12	164
BIBLIOGRAFIA	166
1º PERÍODO : CICLO DE VIDA – CONCEPÇÃO E FORMAÇÃO DO SER E DESENVOLVIMENTO ATÉ 1ª INFÂNCIA.....	166
2º PERÍODO: CICLO DE VIDA – DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	168
3º PERÍODO: CICLO DE VIDA – VIDA ADULTA, SENESCÊNCIA E ENVELHECIMENTO.	170
4º PERÍODO: CICLO DE VIDA – VIDA ADULTA, SENESCÊNCIA, ENVELHECIMENTO, FINITUDE E MORTE.....	172
5º PERÍODO CICLO DE VIDA – SAÚDE DA MULHER	175
6º PERÍODO: CICLO DE VIDA – SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	177
7º PERÍODO: CICLO DE VIDA – APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DO ADULTO E DO IDOSO	179
8º PERÍODO: CICLO DE VIDA – APRESENTAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DO ADULTO E DO IDOSO	182

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

Georgia Dunes 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 Hungerbuler Pessoa

Sueli Araújo Rodrigues

Vânia Glória Silami Lopes

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

A Chegada ao Novo Mundo

João Afonso se despediu das férias. Ele estava cheio de planos e expectativas e em breve seguiria para Problemópolis, uma cidade com 160 mil habitantes próxima à capital, tendo como principal fonte de renda a produção agrícola de hortaliças, contando com pequeno parque industrial, e onde se situa o Centro Universitário de Problemópolis (UNIP). O UNIP recebe um grande número de estudantes de outros municípios e estados e foi o local escolhido pelo rapaz para fazer seu tão sonhado curso de Graduação em Medicina.

João Afonso mal chegara à UNIP e um turbilhão de pensamentos e sentimentos o incomodavam. Será que 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 o curso de Medicina do UNIP há 10 anos, seguindo as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina, adota metodologias ativas de ensino sendo o currículo organizado por competências, pautado no pensamento científico e na aprendizagem significativa, para tanto, os estudantes são inseridos em cenários reais de prática tais como: creches e escolas de Ensino Fundamental.

As atividades nas Creches e nas Escolas têm o objetivo de integrar as redes do Sistema de Educação Básica e do Sistema Único de Saúde (SUS), com contínua e sustentada articulação entre as unidades escolares e as Unidades Básicas de Saúde, visando melhorar a qualidade de vida, o ambiente psicossocial. Uma das estratégias de atenção à saúde dos educandos que atuam de modo articulado com a rede de atenção primária a saúde buscando o fortalecimento das ações em saúde em territórios de alta vulnerabilidade social da cidade.

João Afonso pergunta se não irão para as Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF, porque Thompson, seu contemporâneo e estudante do 4º período de medicina, havia lhe contado que iam todas as semanas e participavam junto com a

Equipe de atividades de promoção de saúde. O Coordenador ressalta a importância de sua pergunta e explica a todos que a inserção de estudantes na Atenção Básica de Saúde depende de pactuação com a Gestão Pública Municipal e em alguns momentos, isso não é possível. Diz que essa é uma discussão muito importante e que os estudantes terão oportunidade de fazê-la ao longo do curso.

Dando continuidade à explanação sobre o curso, o Coordenador discorreu sobre aprendizagem significativa, os diferentes passos da sessão tutorial e o processo avaliativo que contempla avaliação formativa e somativa. Sugeriu que os acadêmicos fizessem uma leitura do Planejamento do Primeiro Período e do Projeto Pedagógico do Curso e aprofundassem eventuais dúvidas com seus tutores, inclusive sobre aspectos do processo avaliativo.

Terminada a apresentação, 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. Com a chegada do tutor, a empolgação inicial foi crescida de uma grande curiosidade. Como aprenderiam a ser médico sem um professor? Qual o papel desse tutor? Início de muitas dúvidas e ansiedade para João Afonso.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

Mais Informações da profissão e do Método

Ao estar indo para a visita ao Diretório Acadêmico de Enfermagem (DAFE), Izabel encontrou no caminho Fernanda e foram juntas. Ficaram conhecendo toda diretoria composta por estudantes veteranos, porém o presidente direcionou a visita.

Ele apresentou a sala onde é a sede e informou às acadêmicas a origem do nome do DAFE que é uma homenagem a uma antiga enfermeira professora que trabalhou na Instituição. Falou um pouco da história da fundação da faculdade de enfermagem e da inauguração também do diretório. Explanou a respeito das várias direções do Curso de Graduação em Enfermagem desde a autorização da abertura do Curso em 1985 até a atual coordenação geral. Informou como ocorreu a mudança metodológica do Curso e tranquilizou Izabel e Fernanda a respeito do novo método que apesar de ser novo, é muito motivador.

Relatou os vários processos que serão vivenciados ao longo do Curso, como: Portfólio, AVA, Tutoria, LH, LCS, Narrativa de Prática, ACI, Linhas de Cuidado, IETC. Sugeriu que elas já fossem pesquisando e se informando junto aos seus tutores e a coordenação do ano, o que é exatamente cada processo deste.

Comentou muito sobre o processo histórico, cultural, filosófico da profissão da enfermagem e a finalidade das Teorias de Enfermagem, como marco do que era a profissão no início dos tempos e como estamos hoje no mercado de trabalho e a valorização deste profissional.

Apresentou quais as entidades de classe da enfermagem, as finalidades e os princípios, o que fez com que Izabel e Fernanda se interessassem em se vincular na medida do possível a elas. Trouxe a informação e incentivou as estudantes a participarem da Semana Brasileira de Enfermagem, além de outras atividades propostas pela Instituição como: Avaliação Docente e o Teste de Progresso.

Finalizou a visita com votos de felicitações, que mantenham contato com o Diretório e participem dos eventos propostos por eles. As estudantes agradeceram e saíram muito satisfeitas e curiosas com as sugestões de busca que o presidente as fez, indo direto para a biblioteca, pois já iriam para lá estudar planos e eixos, ossos do corpo e os tecidos fundamentais do corpo humano.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

Um Estudante de Primeira Linha!

Era um final de tarde de sexta-feira quando João Afonso 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 estava presente, alegando estar com TPM (tensão pré-menstrual) sentindo 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. Pensava ser frescura mas procurou se aproximar da fisiologia do ciclo menstrual e de como o eixo hipotálamo-hipófise-ovariano funcionava antes de afirmar ser frescura no meio da turma.

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, sobre suas repercussões no sistema reprodutor das mulheres e o método Ogino Knaus.

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 grande acidente e o atendimento pré-hospitalar efetuado, onde o estudante Carlos pagou “mico” segurando tão errado a paciente simulada pelo membro inferior que seria responsável por lesionar sua artéria ilíaca direita, caso a situação fosse real.

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 04

As Reuniões do Grupo de Gestantes

Jéssica já desconfiava, pois vinha apresentando alguns sinais de presunção de gravidez. Foi adiando, mas acabou por se submeter a um novo teste de farmácia, agora quantitativo que indicou 4 semanas de gestação. 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 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 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. Tal afirmação culminou em explicações esclarecedoras e disparou uma série de perguntas sobre a rotina de pré-natal, as comumente citadas correlações entre malformações no bebê e o exame de translucência nugal e, como não poderia faltar qual repelente usar para evitar a microcefalia no bebê, que está sendo associada ao vírus Zika cujo vetor é o *Aedes aegypti*.

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 a própria microcefalia e 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. Perceberam, inclusive, a importância de iniciarem um estudo sobre os coeficientes de incidência de malformações na população atendida por aquela UBSF (*Dica para o tutor: perguntar ao aluno como ele conduziria este estudo, no lugar de João Afonso.*)

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

As Dúvidas da Espera

Por conta da alta incidência de microcefalia no país, João Afonso e Daniel que já estavam estudando embriologia, ficaram bastante estimulados em conhecer o SNC e resolveram se aproximar mais do assunto entendendo como seria a anatomia macroscópica do encéfalo normal.

Este assunto perturbava a mente e os corações de todos ligados à medicina: estudantes, médicos e grávidas. Jéssica, que só tinha 16 anos de idade, ainda cursando o ensino médio e sem um emprego sempre pensava em como seria sua vida e de seu namorado e pai do bebê, o Alexsandro, caso ocorresse algo assim com seu filho.

Apesar dos pesares, a gravidez de Jéssica 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, mas não tinha jeito, praticava uma alimentação reforçada. Seu coração parecia-lhe que saíria 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 com 24 anos, veio fechar com chave de ouro o ano de 2015; 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 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 uma bacia grande 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 *ecodoppler* de 20 semanas da gestação dela. Nele, abaixo apresentado, até a vascularização cerebral, 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.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

É chegada a hora!

Ser capaz de reconhecer os sinais e sintomas da síndrome de trabalho de parto foi um desafio para Jéssica. Entretanto, já na 38ª semana de gestação, ela começou a sentir muitas dores na barriga e foi levada por sua mãe, Maria das Dores, ao hospital.

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 primípara, vivenciou um período maior de contrações, ao contrário da rápida evolução de algumas múltíparas ao seu lado. A decisão da equipe que estava acompanhando Jéssica foi encaminhá-la à sala de parto.

Seu parto, realizado via baixa pelo obstetra de plantão que executou procedimentos para acelerá-lo, seguiu sem intercorrências. 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, com Apgar 9/10, 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 evacuando. Dra. Rafaela explica que trata-se do mecônio essa evacuação, afirmando que o pequeno João estava fazendo uma boa transição da vida intra-uterina para a vida extra-uterina em relação a todos os aspectos observados, a função renal, a hepática, a regulação de temperatura, a glicemia entre outros.

Neste mesmo dia, Amora se esmerava em finalizar os últimos detalhes da decoração do quarto do bebê. Sobre a cômoda imaginou colocar uma foto de seu filho inspirada na obra “Big Baby” (1997), do escultor hiper-realista australiano Ron Mueck (1958-). Em 2014, uma exposição deste artista plástico levou mais de 230 mil pessoas

ao MAM, no Rio de Janeiro, encantando o público com a reprodução fiel dos detalhes anatômicos do corpo humano, dos ossos, das rugas e pelos, da distribuição de gordura e de músculos e tudo o mais que a Amora imaginava observar com detalhes em seu próprio filho quando este nascesse.



De Ron Muek, A Girl, 2006. Técnica mista, 110,5x501x134,5cm

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

Uma nova vida!

Com o nascimento de Ronaldo, eram raros os momentos tranquilos da puérpera Jéssica que vinha sofrendo com cólicas durante as mamadas. Sua apoiadura 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. Todavia, com internet no celular, se distraía e assim conseguia manter 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, rico em imunoglobulina, e a vacinação protegiam o sistema imune imaturo de 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 ao médicoque, embasado pelo conhecimento do desenvolvimento dos órgãos linfóides, prontamente a respondeu.

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 com o abandono de Alexandro e a insatisfação de seu pai Rondinelli, que 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 Luíza Jones 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 da 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 08

Chiquinha Gonzaga (1847- 1935)

Apresentando excelente involução uterina e ótima cicatrização da episiotomia em sua primeira consulta pós-parto, a vida da puérpera e tercigesta Chiquinha Gonzaga ficou por pouco tempo focada apenas na recém-nascida Alice Maria. Assim como seria o refrão da primeira marcha carnavalesca da nossa história, composta em 1899 para o Cordão Rosa de Ouro do Andaraí por Chiquinha, Alice chegou em 1875 abrindo alas, querendo passar, exigindo atenção e banhos de sol desde que ficou toda amarelinha com dois dias de nascida.

Chiquinha uniu-se ao grupo *Choro Carioca* desde que foi convidada pelo flautista Joaquim Callado. Um desafio e apresentava-se em festas acompanhada de Alice, em sua plena primeira infância, mas preocupada em ter mais esta cria arrancada de sua convivência assim como seus outros filhos, era cuidadosa. Introduziu alimentos sólidos e em papinhas na época e forma corretas; garantiu dieta balanceada, a qualidade de fontes proteicas, respeitou a capacidade de deglutição, digestão e absorção dos nutrientes e ainda deu continuidade aos banhos de sol importantes para qualquer criança.

Impressionante pensar que, em meio a todas estas preocupações, Chiquinha compôs o sucesso “Atraente” em 1877! Sua educação com pretensões aristocráticas adubadas por seu importante padrinho, o Duque de Caxias, provavelmente permitiu que ela, nascida antes da abolição de uma negra humilde, desenvolvesse plenamente todos seus lobos do córtex cerebral. Chiquinha assim se firmou definitivamente como uma das fundadoras do choro em um momento de efervescência cultural no Rio de Janeiro quando este gênero musical surgiu, misturando maxixes, sambas, polcas e valsas de maneira solta e sincopada, repleta de improvisações. Improvisação era seu lema! Conseguia dar conta de sua paixão pela música e, ainda assim, estimular o desenvolvimento de sua filha Alice com maestria superando os imprevistos.

Todos os tipos de neurônios, além das sinapses de Alice eram bastante estimulados e uma jovem fantástica surgiu. Sua mãe, a comumente chamada de “Offenbach de saias” numa alusão ao francês Jacques Offenbach criador da opereta, aliviada pelo dever cumprido, se dedicou ainda mais à música. Conheceu e trabalhou

com muitos músicos e, em 1899, já com 52 anos de idade, se apaixonou pelo jovem de 16 anos João Batista Fernandes Lage. Este sentimento avassalador superou o preconceito. Fingiu uma relação de filho e mãe adotiva, morou com João por algum tempo em Lisboa, em Portugal e, de volta ao país em 1909, protagonizou mais um escândalo como o do lançamento da música de origens 'vulgares' *O Corta Jacas* em 1914, executado no Palácio do Catete no Rio e disparador de declarações reprovativas do Senador Rui Barbosa.

Chiquinha abriu alas e passou... morreu com 87 anos, deixando para os brasileiros, uma obra estimada em cerca de duas mil canções e 77 partituras para peças teatrais.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

Doçura e Desenvolvimento na Creche...

João Afonso seguia o período letivo concentrado nos estudos. No momento, estava focado em correlacionar os marcos do desenvolvimento infantil que já havia visto em tutoria a fatos observados, em especial, em duas crianças da creche que visitava.

A primeira delas era Joana, uma mocinha risonha de 11 meses e que, apesar de possuir atividade motora essencialmente reflexiva ao nascer e ainda cair às vezes, já conseguia se sentar firmemente e se manter de pé. João, divertindo-se com suas associações, se lembrava do processo de maturação ontogenética e da mielinização das fibras nervosas. Ele associou as competências da menina ao desenvolvimento das estruturas relacionadas ao equilíbrio.

A outra menina de que João sempre se lembrava era Rafaela. Com 3 anos de idade, Rafaela apresentava uma motricidade voluntária suficiente até para se equilibrar em um só joelho.

Era também capaz de efetuar movimentos complexos que exigiam coordenação motora suficiente para a deambulação, disparando em João, a associação com os núcleos da base do corpo estriado dorsal, correlacionados à capacidade de realizar marcha satisfatória.

A linguagem e as habilidades motoras de Rafaela eram compatíveis com sua idade e, apesar de ainda exibir uma calcinha recheada com as fraldas, se desenvolvia como o esperado. Ela era uma menina levada e intrigou João que, neste período extremamente focado, refletiu sobre as temáticas que havia estudado tendo Rafaela e os dados de sua Caderneta da Criança na memória: 105 cm de estatura, 16Kg de peso, 47cm de perímetro cefálico, consonância com a sua curva de crescimento...

É... João havia sido mordido pela ciência e, debruçado na tarefa de calcular o percentil e o alvo genético da linda Rafaela, sorria pensativo: estava feliz com sua opção!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

Homenagem a Billy Paul (1934-2016)

Rafaela entrou na creche contando, toda orgulhosa, ter acordado seca naquele dia. Incentivando-a, a instrutora Aghna a parabenizou e a chamou para uma pequena comemoração. Foi nesta hora que João Afonso chegou e avistou as duas dançando ao ritmo da música predileta de Aghna: “*Your Song*” (Bernie Taupin e Elton Jonh, 1970) em uma gravação com a voz grave e romântica de Billy Paul (1934-2016).

Observar a cena onde Rafaela dominava perfeitamente o movimento das pernas instigou João. Exercitando suas associações, tentava entender como suas pernas, antes tão descoordenadas, passavam a obedecer impulsos neurais em resposta a comandos provenientes de diferentes lobos cerebrais permitindo que até mesmo uma pequena mocinha dance tão divertidamente. Detinha a informação de que a coluna vertebral era a chave de seus questionamentos mas nada sabia sobre ela, seu estranho formato, e ainda muito menos sobre a medula contida nela, a verdadeira responsável por esta condução. Ele já havia estudado os membros superiores mas não os inferiores... Como seriam? Será que havia um nervo ulnar inervando os dedos mínimos de seus pés também? Estranho...

No momento, Rafaela já comia sozinha e socializava muito bem na creche de vez em quando se isolava para praticar intrigantes conversas com as bonecas. De acordo com as informações fornecidas por sua mãe, apresentava frequentes resfriados e infecções de garganta acompanhados do aparecimento de caroços no pescoço.

Todavia, a avaliação médica de Rafaela afirmava tratar-se de uma saudável menina, com desenvolvimento neurológico e psíquico ainda ocorrendo e que as intercorrências relatadas faziam parte do desenvolvimento imunológico infantil. João Afonso saiu estimulado da creche naquele dia, mas já começava a contagem regressiva para as férias...

De passagem comprada e malas feitas, aguarda ansiosamente pelo fim do período. Apenas tentava fechar a sua análise de Rafaela: exame físico, anamnese... A mãe dela sempre pedia extrema atenção na filha porque ela, muito curiosa e agitada, sempre estava em situação de risco, choques, quedas e que, inclusive, estava com um grande hematoma em fase de resolução sem explicação.

CAPÍTULO 2

SITUAÇÕES-PROBLEMAS 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

Carlos Luiz da Silva Pestana

Joelma de Rezende Fernandes

Luis Sérgio Lobianco

Maria Aparecida Rosa Manhães

Paulo Cesar Oliveira

Rosiane Fátima Silveira de Abreu

Thiago Badaró da Silva

Thiago Bretz Carvalho

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

Respostas que precisam ser ativadas.

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

João Afonso, Acadêmico de Medicina, junto com Inês, Agente Comunitária de Saúde, diante desta história de “baixa imunidade” e curioso para entender o que estaria provocando essa reação no menino conseguiu agendar e acompanhar uma consulta para Cauã com a Dra. Sofia, médica da UBSF.

Na anamnese, entre outras perguntas, Dra. Sofia questionou Maria das Dores sobre o aleitamento materno de Cauã e ela respondeu que o amamentou até 3 meses - sem entender o porquê da pergunta...

Durante o exame físico, na etapa de inspeção e palpação, Dra. Sofia verificou a presença de adenomegalia na cadeia cervical anterior e posterior. No exame da cavidade oral observou a presença de placas pultáceas em ambas as tonsilas e, na palpação do abdome, não evidenciou esplenomegalia ou qualquer outra alteração nos órgãos que pudesse interferir com suas defesas.

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

João Afonso perguntou à Dra. Sofia se é comum, nessa faixa etária, 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 que passa está mais entusiasmado com o seu aprendizado, pois compreendeu o quanto essas informações seriam úteis para o seu futuro na Medicina !

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

Conversas em uma “sala de espera” . . .

Maria das Dores estava muito preocupada com seu filho Cauã, porque achava que ele tinha algum atraso no desenvolvimento, principalmente na coordenação motora. Assim, Maria das Dores conseguiu um encaminhamento para o ambulatório de Neurologia Pediátrica.

Chegando à 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 uma paresia no membro superior direito e uma hipoacusia leve.

Simone, mãe de Catarina resolveu participar também da “conversa de sala de espera”. Contou a história de seu filho Alexandre, de 8 anos, um cadeirante que ficou com uma paraplegia com hiporreflexia, após ter sofrido uma queda que afetou a coluna, quando brincava na laje da sua casa. Por conta de tantas notícias que ouvia sobre “microcefalia”, Maria das Dores, só de imaginar que seu filho pudesse ter alguma doença grave, foi ficando ansiosa, pálida e taquicárdica.

Finalmente Dr. Alberto Lente, o neurologista, chegou com João Afonso, acadêmico que o acompanhava. Após obter a anamnese e realizar um cuidadoso exame físico em Cauã, o doutor esclareceu Maria das Dores acerca de suas preocupações e explicou que seu filho apresentava desenvolvimento normal, que as ligações entre seus diferentes neurônios se aperfeiçoavam a cada dia e que 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 – de 5 anos - com a presença da Professora Teresa e da Dra. Sofia.

Antes de começar a reunião, Maria das Dores comentou com outras mães que achava curioso o fato de Cauã nunca reclamar do gosto e do cheiro da comida e que, apesar de se alimentar adequadamente ele era muito baixinho e magrinho. Estava preocupada, embora o pediatra já tivesse dito que o crescimento do menino 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, escrevendo tudo, lendo e fazendo seus desenhos bem detalhados.

Lindalva, mãe de Jenifer, que tinha 5 anos e meio, ouviu Maria das Dores atentamente. Em seguida, comentou que sua filha é muito esperta e consegue escrever o seu nome todo. Mas disse também, que a menina fica o tempo todo vendo televisão e falando sozinha com uma “amiguinha imaginária”.

Finalmente, depois de algum tempo, a professora Teresa chegou acompanhada da Dra. Sofia e começaram a explicar às mães, que estímulos deveriam ser aplicados para promover o desenvolvimento das crianças. Dra Sofia mostrou um desenho com o “Homúnculo de Penfield”. 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 das crianças, 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

A gente chama as crianças e parece que estão no mundo dalua ...

Na praça principal de Problemópolis, Mônica, mãe de Gustavo de 8 anos encontra Maria Clara, mãe de Betinho, prestes a fazer 7 anos. Mônica diz à Maria Clara que temandado muito preocupada com o Gustavo. Na escola, a professora disse que ele está com problemas de concentração e aprendizado e não consegue acompanhar a turma. Parece que isto ocorre com várias outras crianças da turminha dele. Será que isso é coisa dessa idade?Preocupada, resolveu sugerir que fosse realizada uma reunião na escola, com uma palestra de um neuropediatra, para os pais, sobre aprendizagem e comportamento das crianças nessa fase da infância.

Conta que uma vez, numa dessas reuniões, uma das mães tinha pedido para seu filho ser trocado do fundo da sala para frente. A professora sugeriu que, ao invés de apenas trocá-lo de lugar, ela deveria levar o filho ao Oftalmologista para uma avaliação. Isto foi feito de fato e a mãe relatou que o resultado foi muito bom.

Mônica já tinha percebido que Gustavo lê com facilidade sem gaguejar e lembrou que, observando o caderno de Gustavo, notou que sua caligrafia era boa. Ela acha que o problema dele é, na época das provas, não se lembrar do que já tinha estudado. Pensa que se ele estudasse um pouco todo dia, talvez fixasse melhor do que deixando para estudar em cima da hora. Maria Clara, por sua vez, comentou que, com frequência precisa falar várias vezes a mesma coisa com seu filho Betinho e não sabe se ele não está ouvindo, se tem dificuldade de entender o que está sendo perguntado ou se está apenas distraído.

Preocupada, Mônica fica pensando: será que nossas crianças tem algum problema de visão, de audição, ou de memória? E comenta com a amiga:

- Já pensou, Maria Clara, como deve ser complicada a vida de uma criança que, além dos diferentes problemas da idade, não enxerga nada e ainda precisa utilizar a ponta dos dedos para aprender a ler? E como deve ser complicado desenvolver a sensibilidade dos dedos para entender o tal “alfabeto dos cegos”.

- Afinal, tantas coisas acontecem durante a infância 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 com 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 examina-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. Sonia 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

É chegado o grande dia: o resultado da ACI - haja coração!

João Afonso estava no corredor das salas de tutoria. Aguardava o momento em que seu grupo seria chamado para receber o resultado da primeira ACI, pelo Coordenador do 2º período. Não sabia o que esperar, pois várias eram as reações dos que saíam daquela sala: alguns colegas saíam gritando, outros chorando, outros falando que estavam com as mãos frias e o coração batendo a mil por minuto! Carol, sua colega inseparável, segurando sua mão comentou:

- É muita adrenalina! 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 tem pressão alta. Uma vez ela foi parar no pronto socorro com sensação de desmaio e com uma arritmia no coração depois de ter sofrido um assalto. Na ocasião, só depois que fizeram um eletrocardiograma e o médico me tranquilizou dizendo que tinha sido apenas uma tal de taquicardia sinusal devido ao susto, é que eu pude sossegar. Ele me explicou que o coração dela acelerou tanto que faltou circulação adequada para o cérebro. Será que meu coração vai funcionar bem e manter ciclos adequados depois de tudo isso

João Afonso a abraça:

- Calma Carol! Estamos cansados! Vamos superar isso tudo! Além do que, sabemos que estudamos muito para esta ACI! E com relação ao seu coração, ele é forte, um músculo potente 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)* Você vai passar bem por mais essa! Esse é o diagnóstico do 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 dispneia e agora com febre. Seus lábios estavam cianóticos e ela se queixava de tonteiras. 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 pulmonar, 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”, que conseguia encher plenamente os pulmões 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 ela ser atendida pelo pneumologista, para uma revisão, quando deverá então avaliar adequadamente sua função respiratória.

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

É DE DAR ÁGUA NA BOCA...

Dra Sofia chega cedo na UBSF e logo chama João Afonso e seus colegas para iniciarem os atendimentos. O primeiro paciente é Kauê de 2 anos. Sua mãe Laura entra apreensiva e relata:

- Dra Sofia, o Kauê só está piorando, não come nada, emagreceu muito, quando come fica irritado e acaba vomitando depois.

Dra Sofia realiza a anamnese dirigida para detalhar mais as novas queixas, já que Kauê é seu paciente desde o período neonatal. Ao realizar o exame físico percebe a criança hipocorada e abaixo do peso ideal.

Após isso, Dra Sofia explica à mãe de Kauê, que o menino pode estar apresentando refluxo gastroesofágico e diz que, além de medidas já citadas em consultas anteriores, ele necessitará realizar alguns exames de sangue e possivelmente um tratamento medicamentoso.

Ao final da manhã, após realizar diversos atendimentos, Dra Sofia chama o último paciente - Julio, 17 anos, um adolescente obeso. Ela observa pelo seu relato que ele tinha hábitos alimentares bastante irregulares, comia muito rápido, não mastigando direito, queixava-se de que às vezes ficava “entalado” e referia diarreia frequente. Dra Sofia pede para Julio falar sobre a frequência de suas evacuações e descrever as características de suas fezes.

- Ah Dra, são muito mal cheirosas, meio cinza, ficam grudadas no vaso sanitário e as vezes com bastante espuma.

Júlio relata que na maioria das vezes a diarreia acontece depois do churrasco da família aos finais de semana. Dra Sofia então retruca:

- Mas eu já não lhe falei a respeito desses churrascos, Júlio?

- Ah Dra, eu não consigo resistir àquela picanha suculenta e com bastante gordurinha.

Dra Sofia orienta Júlio sobre seus hábitos alimentares, e ressalta que sua queixa pode ser decorrente da ingestão excessiva de gordura, mas também pode se tratar de outros problemas no sistema digestório. Assim sendo, ela iria solicitar alguns exames para saber como está a secreção enzimática de seu pâncreas, entre outros exames.

Após a saída de Júlio, Dra Sofia desabafa:

- A questão de Júlio é tão complicada que chega a me dar dispepsia. João

Afonso então responde:

- Já eu estou morrendo de fome, e chego até a salivar só de pensar na picanha que ele descreveu.

CAPÍTULO 3

SITUAÇÕES-PROBLEMAS DO TERCEIRO PERÍODO

Autores

Adriana dos Passos Lemos

Agnes Bueno dos Santos

Ana Marina Coutinho Barros de Brito

Bruna Salgueiro Bruno

Emilene Pereira de Almeida

Geórgia Dunes Machado

Geórgia Rosa Lobato

Hélio Pancotti Barreiros

Ingrid Tavares Cardoso

Katia Cristina Felipe

Luis Cláudio de Souza Motta

Paulo Cesar Tavares

Paulo José Pereira Camandaroba

Pedro Henrique Netto César

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

Eram riscos evitáveis...

Joaquim, 44 anos, não vinha passando por um período confortável em sua vida profissional. Desempregado há 2 anos, quando fora demitido da construção civil, vinha procurando emprego sem sucesso. Certo dia, foi apresentado por um amigo ao Sr. Pedro, produtor agrícola, conhecido por administrar uma importante fazenda que fornecia frutas, verduras e legumes para o comércio da região onde morava. Ao saber que Pedro precisava de mais funcionários, Joaquim se ofereceu para o cargo, sendo contratado após uma breve entrevista.

No dia seguinte, Joaquim apresentou-se para o serviço. Pedro mostrou-lhe a propriedade, os materiais com os quais Joaquim trabalharia e os EPI, tendo frisado a importância do uso destes últimos. Joaquim, de início, ficou um pouco atrapalhado com toda aquela parafernália para cuidar do plantio. Os primeiros meses foram difíceis, pois fazia muito calor e Joaquim não conseguia utilizar os EPI de forma adequada, aproveitando as constantes saídas de seu patrão para retirar a maior parte deles. Mesmo assim, era constantemente alertado pelos colegas sobre a toxicidade dos inseticidas que utilizavam. Porém, tais tentativas não surtiam efeito.

Após cerca de 9 meses, Joaquim começou a se apresentar fadigado, comprometendo seu rendimento no trabalho, além de cefaléia, parestesias em membros superiores e inferiores, náuseas frequentes e vertigens. Observando as manifestações estranhas e a queda de produção de seu funcionário, Pedro o levou à UBSF de sua região, para uma consulta com o Dr. Joel. Joaquim fez o relato de seus sintomas para o médico e quando indagado sobre o uso adequado dos EPI, acabou confessando que se descuidava com frequência, utilizando o inseticida Malathion por vezes de forma desprotegida. Após minucioso exame físico, o médico solicitou os exames laboratoriais pertinentes ao caso e solicitou seu retorno o quanto antes.

Duas semanas após, Joaquim e Pedro retornam à consulta com os exames. Chamava atenção o hemograma completo, que mostrava: 4.200.000 hemácias, 10g/dl de hemoglobina, 35% de hematócrito; RWD: 10% e a contagem de reticulócitos com valor de 0,2%. Os leucócitos e as plaquetas estavam normais. Após avaliar os exames e correlacionar com a história de Joaquim, não foi difícil para o médico estabelecer o

nexo causal entre o problema apresentado e o tipo de trabalho por ele desempenhado. Em seguida, explicou que o paciente deveria ser imediatamente afastado de seu trabalho e ser acompanhado a nível ambulatorial, onde receberia maiores cuidados. Pedro, preocupado, quis saber do médico como ficaria a situação profissional de Joaquim, ao que o médico lhe esclareceu que não se preocupasse, pois faria as devidas notificações cabíveis ao caso.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

Obrigado, doutor!!

Numa tarde de domingo, Maikon, 18 anos, jogava uma partida de futebol com os amigos, no campinho perto de sua casa. Empolgado após receber a bola em uma posição propícia para fazer um gol, partiu em disparada, sendo atingido bruscamente por um jogador adversário que lhe aplicou “um carrinho”. Imediatamente Maikon foi ao chão e, na queda, sofreu um entorse em tornozelo esquerdo. Aos prantos da dor de Maikon, a partida foi interrompida e todos foram socorrê-lo, levando-o à UPA mais próxima.

Foi atendido pelo Dr. Getúlio, ortopedista, que realizou a semiologia do quadro álgico de Maikon e em seguida fez o exame da região afetada, que evidenciava hiperemia, edema, calor e impotência funcional à mobilização. Após descartar a ocorrência de fraturas por meio de exames radiológicos, Dr. Getúlio imobilizou o tornozelo de Maikon, lhe prescreveu um AINE e orientou a retornar após 14 dias para uma reavaliação.

Durante a noite, Maikon queixou-se de frio e apresentou prostração e calafrios, o que despertou a atenção de sua mãe, Maria das Dores, que prontamente lhe aferiu a temperatura axilar, a qual se encontrava em 38,5°C. Tão logo o dia amanheceu, Maria das Dores levou Maikon novamente à UPA, sendo dessa vez atendido pela Dra. Rafaela, que após examinar o paciente minuciosamente, tranquilizou o jovem e a sua mãe, dizendo que a febre estava relacionada com o acidente sofrido por Maikon e que a situação se resolveria ao longo da utilização do AINE prescrito pelo colega médico.

Faltavam poucos minutos para terminar o plantão, quando a Dra. Rafaela recebeu Mônica, 35 anos, branca, com intenso quadro álgico em punho direito. A paciente trabalhava como digitadora em uma editora da cidade e frequentemente comparecia à UPA pela recorrência da dor, sobretudo quando sua demanda de trabalho aumentava. Já havia reclamado das condições ergonômicas de seu trabalho para o seu gerente, mas até aquele momento nada havia sido feito, o que a causava também um estresse constante. Várias vezes havia pensado em abandonar o trabalho, porém precisava quitar as prestações do apartamento recém adquirido. Ao exame físico, Mônica apresentava o punho direito edemaciado (Cacifo ++/4+) e

extremamente doloroso à mobilização, cujo edema já persistia por cerca de 3 meses e a dor piorara há 3 dias, após formatar e digitar um livro de 300 páginas para impressão e lançamento ainda naquela semana. Dra. Rafaela acalmou a paciente, administrou uma medicação para melhora do quadro e encaminhou-lhe a um colega ortopedista para tratamento ambulatorial e uma solicitação de sessões de fisioterapia motora.

Finalmente, o relógio marcava 8h em ponto, quando o plantonista do dia chegou para render o plantão. Rafaela iria para casa com a sensação do dever cumprido!

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 na nuca e na 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 acordado, todavia, 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

Como diz a canção: “nunca vi rastro de cobra, nem couro de lobisomem...”

Pedro, nosso conhecido empreendedor agrícola da SP 01, não dava muita sorte com seus funcionários. Após o episódio da intoxicação de Joaquim por organofosforado, agora era a vez de Firmino, 40 anos, um de seus melhores funcionários, necessitar de cuidados emergenciais. Em uma ensolarada manhã de verão, Firmino descansava uns minutos do trabalho à sombra de uma árvore, quando decidiu retirar suas pesadas botas e arejar os pés. Estava um pouco sonolento por conta do calor, porém, percebeu, de repente, uma serpente vir em sua direção. Assustou-se e ao movimentar-se para se levantar, o animal o picou o pé esquerdo sem piedade. Felizmente, um colega de trabalho que estava trazendo um frasco com água gelada e uma caixa para guardar ferramentas, heroicamente, apanhou um pedaço de pau e atingiu a serpente bruscamente, conseguindo matá-la com um golpe certeiro. Tratava-se de uma serpente com cabeça de aspecto triangular, medindo cerca de 35 cm e de cauda lisa. Imediatamente, o colega de Firmino fez um torniquete com um graveto e um pedaço de pano e, em seguida, o colocou em uma pick-up, dirigindo-se em direção à UPA mais próxima à toda velocidade, sem esquecer de levar a serpente morta dentro da caixa de ferramentas.

Ao chegarem à UPA, Firmino foi colocado em uma cadeira de rodas e rapidamente levado à sala de atendimentos. Foi recebido pelo Dr. Ramos, que ao ver as características da serpente morta dentro da caixa, logo percebeu do que se tratava. Rapidamente pediu à técnica de enfermagem que retirasse o torniquete e examinou o local da picada, onde havia a presença de edema (++/4+), hiperemia e sangramento. Firmino encontrava-se pálido, sudoreico e agitado, além de apresentar persistente epistaxe. Sua PA estava 80x50mmHg.

Dr. Ramos imediatamente acionou o laboratório para a coleta de um importante exame para estimar a intensidade da complicação apresentada por Firmino e, em seguida, orientou a técnica de enfermagem para iniciar os procedimentos gerais e a terapêutica específica para o caso. Indagou sobre o calendário vacinal de Firmino, informando-lhe que deveria ser internado para melhor avaliação. Após isso, preencheu os formulários devidos para notificação.

Algumas horas após a eficiente conduta da equipe, já apresentando certa melhora do quadro, Firmino confidenciou ao médico:

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

Acelerando o passo... se deu mal!

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 se desdobrou em desculpas por não ter programado adequadamente o aparelho. Após pular da cama e praticamente engolir o café da manhã, Rondinelli saiu a toda velocidade para o trabalho.

Como ainda chovia bastante, ao se deslocar apressadamente em direção ao local onde estavam os trabalhadores, escorregou numa poça de lama, caindo bruscamente sobre uma pilha de tábuas. De imediato, sentiu uma forte dor em joelho esquerdo, que exibia ferida corto-contusa com extravasamento de sangue. Ajudado por 2 trabalhadores que o acudiram rapidamente, Rondinelli foi levado à UPA, onde foi atendido pela Dra. Kátia, que realizou os primeiros cuidados com sua 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 a infecções secundárias. Rondinelli agradeceu bastante o atendimento da médica, deixando a unidade.

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 06

Vida, louca vida...

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 herdada. Dona Romilda estava feliz em ter o filho novamente ao seu lado, o qual retornara da zona urbana, pois sempre se preocupara com o estilo de vida do rapaz.

Enquanto viveu na região urbana da cidade próxima, Pedro aproveitara seus momentos 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 os professores se queixavam, por vezes, que o menino não mantinha a atenção em certas aulas, dispersando com facilidade, embora, por outro lado, o elogiassem pela memória brilhante, sabendo de cor datas e fatos históricos, seus assuntos prediletos.

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 na avaliação da consciência 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 07

Muito prazer, sou rosalina!

Maria das Dores estava tranquilamente fazendo seu costumeiro tricô no fim da tarde, quando foi assutada pelo grito de sua mãe, Dona Rosalina, 76 anos, que estava na cozinha esquentando algo para comer. Ao chegar às pressas, deparou-se com uma densa fumaça que vinha do micro-ondas. Dona Rosalina, sem perceber, colocara um croissant coberto por papel alumínio dentro do aparelho. Após certificar-se que a mãe estava bem, Maria das Dores falou:

- Mamãe, quantas vezes tenho que dizer que não é para colocar alimento com papel alumínio no micro-ondas? Assim um dia a senhora ainda põe fogo na casa!

- Esse aparelho que você comprou é horrível! Podia ter me matado!

Não era a primeira vez que Dona Rosalina dava um susto na filha. Maria das Dores, filha única, desde que o pai falecera, levou a mãe para morar com ela e se desdobrava para que nunca lhe faltasse nada, tratando-a com muito carinho e paciência. Entendia que a mãe estava em pleno processo de senescência e para compreendê-lo melhor, tinha conversas constantes com a Dra. Luisa, médica da UBSF de seu bairro. Aceitando a sugestão da médica, Maria das Dores levou a mãe para uma consulta, mesmo sob os protestos da mesma, que alegou estar em ótimas condições de saúde física e mental e não precisar de médicos.

Dra. Luisa recebeu Dona Rosalina com um largo sorriso:

- Ouvi falar muito da senhora, Dona Rosalina! - começou.

Dona Rosalina retribuiu o sorriso e em seguida comentou:

- Pois é, doutora. Não sei porque a gente envelhece! Todo mundo quer mandar na gente! Falei com a Das Dores que está tudo bem comigo, mas ela é teimosa!

Assumindo a palavra, Maria das Dores começou a narrar as intercorrências apresentadas pela mãe nos últimos tempos. Muito frequentemente, Dona Rosalina não sabia onde guardava alguns pertences, esquecia-se das datas de aniversário de alguns familiares e quase sempre deixava de anotar os recados que recebia ao telefone. A médica explicou que tais alterações faziam parte do envelhecimento do Sistema Nervoso Central e que havia atividades que poderiam ser estimuladas para melhorar a memória. Em seguida, Dra. Luisa indagou se Dona Rosalina tomava sol com

regularidade, ao que a paciente respondeu que se sentia mal com o calor. A médica, então, começou a falar dos benefícios do sol em relação ao metabolismo ósseo. Neste momento, Maria das Dores comentou que a mãe queixava-se de dores ósseas e musculares difusas, e que por 2 vezes caíra dentro de casa ao escorregar no tapete da sala. Sua última Densitometria Óssea mostrara osteopenia.

- E como andam as vacinas? – perguntou a médica interessada.

Maria das Dores contou que era uma dificuldade para imunizar a mãe, pois esta tinha medo das reações vacinais e que por conta disso apresentava-se frequentemente gripada. Dra. Luisa ressaltou a necessidade de estar em dia com o calendário vacinal, dada à maior incidência de patologias nesta faixa etária.

Dra. Luisa após examinar a paciente, solicitou os exames de rotina, reforçando a importância da sua realização para uma melhor avaliação clínica. Quando estavam se despedindo, Maria das Dores solicitou um laudo para a médica, atestando que Dona Rosalina necessitava que a filha fosse sua procuradora para seus assuntos legais, visto que por vezes sentia-se cansada para ir ao banco apanhar sua aposentadoria:

- Não é muito, doutora - Disse Dona Rosalina - mas é o que me sustenta! Eu trabalhei 40 anos como professora, já me aposentei por tempo de serviço e o que ganho é um vexame! Bem, doutora, gostei muito da sua consulta! Sabe ouvir a gente. Tenho certeza que vamos nos dar muito bem!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

Dias Melhores Virão

Após um exaustivo dia de trabalho, Rondinelli e sua esposa Maria das Dores estavam jantando, quando ouviram gritos vindos da casa de seus vizinhos Ivanildo e Rose. Quase todas as noites, Ivanildo chegava à residência alcoolizado e discutia com a esposa e os filhos, chegando por vezes a agredi-los fisicamente. Rose era muito religiosa e acreditava que Ivanildo poderia recuperar-se, mediante tratamento adequado. Rondinelli se sensibilizava com a situação do seu vizinho e sempre que podia conversava com ele, aconselhando-o a procurar ajuda especializada para o seu problema. Uma vez até arrumara emprego para ele na obra onde trabalhava, mas Ivanildo não ficou muito tempo, por ter brigado com um colega de trabalho. Atualmente estava desempregado e a perícia médica do INSS não havia aceitado o pedido de auxílio-doença solicitado por um médico com quem consultara há 1 ano. Assim sendo, ficava em casa durante o dia e saía para o bar à noite. Rose sustentava a casa trabalhando como servente na UBSF de seu bairro e fazendo faxinas na vizinhança nas horas vagas

Ultimamente, a saúde de Ivanildo não estava nada boa. Alimentava-se muito mal, emagrecera bastante, estava quase sempre trêmulo e emocionalmente muito lábil. Rose observou que além desse quadro, o marido vinha apresentando uma coloração amarelada nas escleras e episódios frequentes de epistaxe e gengivorragia. Tentou convencê-lo para levá-lo ao médico da UBSF. Ivanildo relutou por algum tempo, mas como via seu quadro piorando a olhos vistos, aceitou o conselho da esposa.

Ao chegarem à unidade de saúde, Dr. Jonas saudou Ivanildo de forma acolhedora, já sabendo de antemão através do relato de Rose, que o quadro do paciente não era nada satisfatório. Durante toda a anamnese, Ivanildo falou muito pouco. Ao exame físico, Dr. Jonas detectou um paciente extremamente emagrecido, icterico ++/6+, hipocorado ++/4+ e ao exame de abdome encontrou aumento de volume com fígado à 4cm do rebordo costal direito, sinal do Piparote positivo e edema de MMII (+++/6+) O médico então falou à Rose:

-Vamos precisar internar o Ivanildo para a realização de exames e compensá-lo dessas manifestações que ele está apresentando. O fígado parece estar bastante comprometido pela ação do álcool, não realizando as suas funções de maneira adequada, e o sistema nervoso também mostra sinais de acometimento. Neste momento, a internação é a decisão mais acertada!

Diante da situação de Ivanildo, Rose não teve outra alternativa senão concordar com o médico. Foram levados por uma ambulância da prefeitura ao Pronto Socorro do Hospital Geral onde foi realizado pelo plantonista o exame físico completo de Ivanildo, imediatamente acionado o laboratório para colher hemograma completo e as provas de função hepática do paciente encaminhando-o em seguida para internação. Informou a Rose que seria preciso realizar uma ultra-sonografia abdominal e caso necessário até uma tomografia abdominal, porém, a acalmou, dizendo-lhe que o caminho dali para frente seria longo, mas que agora seu marido estaria sendo tratado adequadamente!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

Mudanças são sempre necessárias...

Maria das Dores, 53 anos, estava vivendo um ano carregado de fortes emoções. Sua filha Jéssica, de 17 anos, estava grávida do namorado Alexsandro; o filho Maikon, 18 anos, fora reprovado pela 2ª vez no colégio e estava ameaçado de perder sua bolsa de estudos; as constantes preocupações com sua mãe idosa Rosalina e, finalmente, no último mês, fora despedida do colégio 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 de doces, pães e salgadinhos e muitos refrigerantes, não conseguindo saciar-se. Em consequência disso, percebeu ganho ponderal progressivo, que já a fizera perder vários vestidos, apresentando aumento de tecido adiposo em região abdominal.

Maria das Dores passou também a evitar o marido sexualmente, pois se sentia inibida ao despir-se na sua frente, dando desculpas frequentes. Também 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. Além disso, sentia dores nos joelhos e na coluna lombar e apresentava cansaço ao subir escadas e caminhar longas distâncias. 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, não é Maria das Dores? Temos muito a conversar! - Por várias vezes Dra. Sílvia a havia pedido que fosse para uma consulta.

Maria das Dores contou sobre o estresse constante em que sua vida se transformara e no aumento de peso que estava interferindo em sua autoestima. Também estava preocupada, pois não estava conseguindo controlar sua pressão arterial, estando com os níveis tensionais frequentemente elevados. Ao examinar a paciente, a médica procedeu à análise dos dados pondero-estaturais: 1,60m e 90kg, calculando seu IMC. PA: 150x100mmHg e exame do abdome mostrando um formato globoso.

Dra. Sílvia solicitou os exames complementares para Maria das Dores, tendo esta retornado 3 semanas após com os resultados. Estava ansiosa para começar seu tratamento. A médica estudou detalhadamente os exames: Glicose: 86mg%, colesterol total: 330mg/dl; HDL-CE: 30mg/dl; LDL-CE: 190mg/dl; VLDL: 58mg/dl, TG: 160mg%. A médica então salientou à Maria das Dores que teria de tratar melhor a pressão arterial e as alterações do lipidograma, em virtude das conseqüências dos mesmos para suas artérias e também ressaltou ser a hipertensão arterial uma doença de alta prevalência, morbidade e mortalidade. Ao final da consulta, a tranquilizou, dizendo que estariam juntas nessa caminhada e que confiava no empenho de Maria das Dores.

CAPÍTULO 4

SITUAÇÕES-PROBLEMAS DO QUARTO PERÍODO

Autores

Álvaro Henrique Sampaio Smolka

Anielle de Pina Costa

Carlos Luiz da Silva Pestana

Erick Vaz Guimarães

Glaucia Peixoto Dunley

Gleyce Padrão de Oliveira Zambrotti

Kátia Liberato Sales Scheidt

Lucianna Miguel Ferreira

Maria de Fátima da Silva Moreira Jorge

Maria Teresa Menegat

Michelle Telles Bravo

Paulo Cesar da Fonseca Coelho

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

“A vida não para”

Inês, Agente Comunitária de Saúde (ACS), ficou sabendo que Arlindo, caminhoneiro conhecido, companheiro de 10 anos atrás de Josilda, morreu de AIDS. Passou como um filme na sua cabeça: desde que conhece a amiga Josilda se lembra de queixas como mialgia, letargia, anorexia, náuseas, vômito, diarreia... Sintomas que vinham e iam. Lembrou-se também da ocorrência do *Herpes*, pois Josilda sofreu muito com as dores. Decidiu que iria a casa dela hoje!

Chegando lá, Inês foi direto ao assunto:

- Josilda ! Arlindo morreu de AIDS !

Josilda responde:

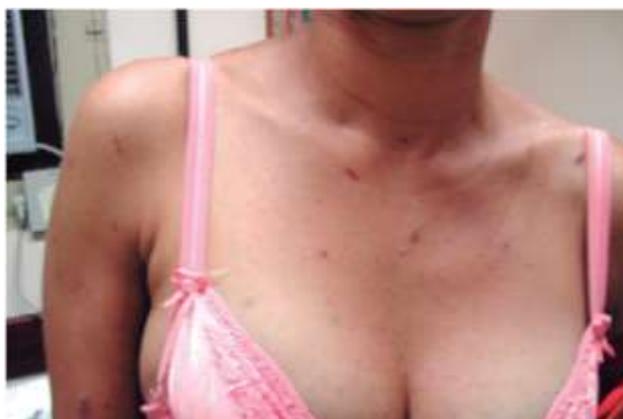
- E eu com isso ? Não vejo aquele “galinha” há muitos anos. Ele só me deu dor de cabeça.

- Mas acho que ele vai te dar mais... Responde Inês. Vamos hoje mesmo conversar com Dra Sofia. Estou muito preocupada.

Na consulta, Josilda conta para a médica sobre a preocupação da Inês. Na anamnese e no exame semiológico Dra. Sofia encontrou sinais e sintomas suspeitos que levaram-a solicitar uma bateria de exames: sangue, urina, fezes, Raio X. Foi demorado, mas Dra. Sofia chegou a uma conclusão. Estava mesmo doente.

- Mas como Dra. Sofia ? Não tenho contato com esta pessoa há muitos anos! Não sinto nada, me cuido, não bebo, não fumo, isso não é justo !

- Infelizmente essa é a história natural da doença, responde Dra. Sofia. O que mais me preocupa são essas pápulas violáceas na região torácica anterior e no membro superior direito e sua contagem de LT CD4⁺/CD8⁺ muito baixa



- Que horror! Isso tem tratamento ou eu vou morrer como ele ?

- Não se morre mais de AIDS Josilda! São muitas pessoas no mundo infectadas e transmitindo o vírus. Mas tem que tratar... O tratamento é fornecido pelo Sistema Único de Saúde. Você será inscrita no programa do Ministério da Saúde e receberá todos os medicamentos. Tudo baseado nos exames que realizamos. Vou te orientar quanto ao uso, tempo de tratamento, os possíveis efeitos colaterais. Você só não pode suspender. Daqui pra frente, até com as imunizações temos que nos preocupar, conclui Dra. Sofia.

- Ainda bem que Inês me alertou. Tenho muito a agradecer a essa amiga tão querida.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

“Você já fez as suas?”

Josilda já estava 2 meses usando TARV e tinha marcado sua primeira coleta de sangue no laboratório de referência após o início de tudo. Parecia simples, mas Josilda tinha fobia de agulha. O lado fóbico de Josilda atrapalhou mesmo. Na hora “H” Josilda mexeu bruscamente e a técnica da coleta, Sandra, foi atingida em cheio com a agulha, que perfurou sua luva, se acidentando.

A técnica da coleta, recentemente contratada, ficou apavorada com o acidente ocorrido e chamou a responsável do laboratório, Dra Lilian.

- Calma gente. O profissional de saúde está diariamente exposto a esse tipo de acidente. Por isso todas as recomendações quanto a obrigatoriedade do uso das EPIs e toda cautela na assistência a todos os pacientes.
- Mas Dra Lilian... eu tenho HIV - Josilda olha para baixo e se sente culpada.
- Sandra gelou...
- O risco de transmissão do HIV e de outros agentes infecciosos existe sim, mas não é do jeito que vocês imaginam. Temos cuidados imediatos a serem tomados e Sandra, você precisa procurar “logo” a emergência do hospital, onde você receberá toda orientação - diz Dra Lilian, tentando acalmar a funcionária.

Já no atendimento, a médica da emergência, Dra Mônica, colhe os dados para avaliar os riscos da exposição, definindo assim a melhor conduta e começa a preencher uma papelada.

- Dra Mônica, os remédios são os mesmos que um paciente com HIV usa? - pergunta Sandra.
- É parecido, inclusive quanto aos efeitos colaterais, mas você não pode abandonar a PEP. Precisamos dos resultados dos exames da paciente-fonte. Assim fica bem mais fácil. Para finalizar, como está seu esquema vacinal?
- Sandra gelou de novo...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

“Efeito Borboleta”

Josilda retorna à Dr^a Sofia antes do período estipulado de seis meses. Durante a consulta, relata que há um mês começou a apresentar tosse, febre, sudorese e dispnéia aos pequenos esforços.

Dr^a Sofia faz o exame físico completo principalmente do pulmão que se mostra alterado. Pede os exames de rotina e um novo RX tórax.

- Tá usando os antiretrovirais direitinho Josilda?

- Pra ser sincera... mais ou menos...

- Josilda, usando o coquetel de forma irregular você fica susceptível a infecções oportunistas, principalmente quando infectada pelo HIV. E com o tratamento irregular, sua contagem de LT-CD4+ pode variar, mudando a forma de apresentação de algumas doenças.

- Isso vem do Arlindo também Dra Sofia?

- Não, a transmissão é diferente e o agente causador também. Vou te encaminhar novamente à vigilância epidemiológica e com a estratégia DOTS sua adesão será maior.

- São quantos remédios a mais Dra Sofia? Também devem ter vários efeitos colaterais... Sei bem o que é isso.

- Tudo para o seu bem Josilda. Você precisa voltar aos antiretrovirais e iniciar o novo tratamento.

- Dra. Sofia, o que eu faço com Pedro e sua esposa Rita, que estão morando lá em casa?

- Terão que vir a unidade porque temos alguns exames a fazer. Ele se todos os seus contactantes.

Alguns dias depois, Rita e Pedro vão a unidade básica e após consulta com a médica aproveitam para realizar o exame solicitado por Dra Sofia. Cerca de 24 horas depois do Teste Tuberculínico, Rita manifestou uma reação cutânea facial exuberante com lesões urticariformes associada a edema labial e lesões puntiformes eritematosas e pruriginosas ao nível de ambas as pernas. Dra Sofia ajudou Rita que

sentia-se muito melhor no dia seguinte.

Após o susto, Dra Sofia lembra ao casal:

- Amanhã completam 72horas... não se esqueçam de voltar.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

“Em busca de uma meta”

Pedro, 28 anos, sempre teve um humor instável e muita ansiedade, mas após o diagnóstico de Josilda tudo piorou. No seu local de trabalho, seus colegas começaram a notar que o rendimento do amigo caiu e estava sempre muito irritado e com dificuldades de concentração. Até com o chefe ele gritou.

No vestiário da firma, quando estava trocando de roupa, Pedro sentiu taquicardia associado a sudorese intensa e logo melhorou, espontaneamente. Isso preocupou Pedro que marcou uma consulta com a médica da firma.

Durante a consulta, Pedro lembrou que no seu lazer estava brigando a toa com os colegas e vinha com repetidas contraturas musculares e sempre muito cansado.

Na anamnese Dra. Joana pergunta sobre sua vida social e ele se lembra da saúde de sua mãe e a vergonha que ela lhe trouxe. Ultimamente dormia mal, tinha inapetência, taquicardia com sudorese e muita labilidade emocional.

- Dra, estou a ponto de explodir!
- Você precisa procurar um especialista. Conclui Dra Joana.

Diante do psiquiatra, Pedro questiona se há necessidade de usar medicamentos ou não.

- Calma Pedro. Vamos ver isso juntos através da nossa anamnese.

Após a entrevista, Dr Carlos faz a sua hipótese diagnóstica.

- Mas o que eu tenho Dr.Carlos?
- A sua patologia se enquadra em várias doenças. Estamos em fase de observação. Vamos ver como você responde aos medicamentos e se eles vão atenuar seus sintomas. O apoio psicoterápico será fundamental.

- Vou precisar desses remédios para o resto da vida?
- Depende de como você vai conduzir a mesma.

Pedro tinha uma meta, voltar a se sentir bem, mas tentar aceitar a doença da mãe era a prioridade.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

“Máfia no divã”

Marcos, 42 anos, nos últimos 10 anos vem apresentando mudanças no comportamento, se isolando dos poucos amigos que tem. Se alimenta pouco o que levou a um emagrecimento de 25kg. Na sua adolescência foi praticante de alterofilismo, sendo uma pessoa muito forte para os padrões da sua idade. Até anabolizante usou demais. Álcool, cigarro e drogas passaram a ser frequentes.

Na sua infância sempre apresentou dificuldades no tempo de aprendizado comparado aos outros colegas de classe, além do comportamento agressivo. Não gostava de ser contrariado com relação às suas alegações. A agressividade e a complexidade das “histórias” contadas vem aumentando nesses últimos 10 anos.

Ultimamente, alega ter presenciado um crime e que por este motivo vem sofrendo ameaças psicológicas e físicas, e que os acusadores estão armando uma emboscada. Afirma ter visto algumas dessas pessoas tentando invadir o apartamento onde mora para poder pegá-lo. Após queda do hall de 6 metros em um shopping, acidente esse mal explicado, Marcos sofreu uma fratura exposta do fêmur e da mandíbula. Após recuperação, diz que no hospital implantaram em seu corpo diversas fibras ópticas, as quais são utilizadas no seu monitoramento pela máfia. Criou estratégias (com movimentos repetitivos) para retirar essas fibras do corpo, mas as mesmas são reimplantadas. Constantemente muda de moradia justificando que sempre conseguem encontrá-lo. De acordo com Marcos, a máfia coloca também na casa as fibras ópticas, uma forma de continuar vendo e ouvindo tudo o que ele faz.

Seu pai, atualmente seu único amigo, apresenta história prévia de agressividade e diversas internações quando mais jovem. Acredita que seu filho não é doente e sempre arranja uma forma de retirar o filho da clínica, alegando maus tratos. Os familiares internam e o pai tira.

Atualmente Marcos encontra-se medicado na clínica e em terapia. Os familiares percebem melhora, mas ainda mantém alguma agressividade e ressentimento.

O irmão percebe alguma mudança no padrão corporal: ele está ganhando peso e me parece meio lento. Antes, as paçocas duravam uma semana, agora acaba na mesma hora! Acho que vou conversar com o médico.

Na conversa, o médico tranquiliza o irmão de Marcos, mas pede que não traga mais doces porque os exames de sangue estão um pouco alterados.

- Toda psicose é assim? Pergunta o irmão.

- O acompanhamento é quem define tudo. Mas essas alterações agora são mesmo do remédio.

- Existe chance dele voltar a ser tão zeloso como antes e voltar a sua vida produtiva? - o irmão tenta esclarecer suas angústias.

- Só o future responderá.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

“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 táincomodando.

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 aprovável 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-PROBLEMA 07

“Retrato do Passado”

Hoje me deparei com a morte de vó Gilda. Nunca imaginaria que ela morreria assim do nada. Tudo bem que ela tinha 99 anos mas ela não tomava nenhum remédio, muito ativa, cheia de vida. Porque se morre assim?

O problema que toda hora isso me vem a cabeça. Ela cuidou de mim desde pequeno, tipo uma mãe, e eu cuidei dela também... Seis meses se passaram mas sua presença ainda é muito real. Me sinto preso ao passado. Ontem Leopoldo, da repartição, notou e comentou sobre meu desleixo. Percebeu que não tenho cuidado muito de mim, ando pouco concentrado e com a atenção diminuída. Na hora não soube responder o motivo. Mas pensando bem, acho que eu sei.

- Essa sua tristeza está durando muito tempo, você não acha? Será que não seria bom procurar ajuda? – comenta Leopoldo.

Aquilo que Leopoldo disse não lhe saía da cabeça. Já em casa aproveita a angústia para conversar com Sueli, sua companheira de 20anos. Ela acha tudo isso frescura e falta do que fazer, eu já não acho.

Realmente talvez precise de ajuda,
ou só me abrir.

Na consulta com o psiquiatra, Dr. Pink, me deu uma escala para avaliar melhor o meu humor que junto com sua avaliação baseada na anamnese chegou a uma conclusão diagnóstica e me medicou com um remédio. Me orientou que a medicação só me traria algum efeito após 15dias de uso, fase que estaria me reavaliando, mas a psicoterapia seria fundamental para sucesso terapêutico.

Comecei o remédio mais a terapia com Floyd e até pro futebol eu voltei.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

Cheinha, Fortinha ou Gordinha

Olá bom dia, porque a senhora foi encaminhada ao endocrinologista?

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

Dr^a Rita olhou para a menina de 25 anos e já encontrou 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”, mas 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 Dr^a Rita encontrou pêlos androgênicos supralabiais e submentonianos, acantose nigricans, giba, estrias finas violáceas em abdômen junto com pêlos supra e infraumbilicais. PA 140x100 mmHg, altura 158 cm, peso 88 kg, cintura abdominal 110 cm

- Olha, D Lucélia né? Sua filha apresenta vários sinais preocupantes. Está obesa, acumulando muita gordura na barriga e esse escurecimento do pescoço pode ser um mal sinal. A pressão está alterada, apesar de precisar de confirmação, mas também pode ter a ver com isso tudo. Ela menstrua regularmente?

- Não, muitos atrasos e as 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 essa doença 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 Gabi, e eu achei que você só tava cheinha.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

“Males que vem pra Bem”

Dr Wesley recebe a maca com uma paciente trazida pelo bombeiro e a leva direto para a sala do trauma. De dentro da ambulância sai mancando um senhor que acompanha Dra Talita, chefe da emergência. Ele explica que sentiu uma dormência nas pernas, perdeu o controle do carro e bateu. Estava com sua filha que foi quem saiu primeiro da ambulância.

- A senhora pode ver como ela está doutoura? Estou me sentindo tão culpado por ter machucado minha filha.

- Calma S Roberto, ela está sendo avaliada. Agora me conte melhor sobre essa dormência que causou o acidente.

- Ela já me acompanha há algum tempo. Um formigamento que vem até os joelhos. Ultimamente dói as pernas e os pés quando eu deito na cama. As vezes sinto uns choques.

- E o senhor já foi investigar isso melhor? O senhor tem alguma doença?

- Sabe como é né doutoura? A gente nunca arranja tempo para se cuidar.

- Ok. Vamos fazer alguns exames e ver melhor

- Algum tempo depois volta Dra Talita ao S Roberto.

- S Roberto, sua filha já está fora de perigo. Agora quem está em perigo é o senhor. Seus exames mostram uma glicemia e HbA1C muito elevadas.

- O senhor está Diabético e essas queixas nas pernas são sinais de neuropatia diabética.

- Graças a Deus minha filha está bem. E essa nova!? Mas eu nem gosto de doces doutoura!

- Não precisamos comer doces para desenvolver Diabetes. Ele surge por outros motivos.

Mas não podemos comê-los para tratar.

- Esse Diabetes que a senhora está falando é de que tipo?

- O do adulto. Diabetes tipo 2. Além de mudar sua alimentação

precisamos evitar o sedentarismo já que a atividade física ajuda muito. Já vou iniciar um remédio e te encaminhar para o HiperDia na UBSF. O acompanhamento é fundamental. A presença de uma complicação crônica aumenta muito a chance de outras complicações, que precisam ser investigadas. O senhor não sente nada como poliúria, nictúria, polifagia?

- E eu tenho tempo de sentir essas coisas? Passei a vida só prestando atenção no trabalho! Agora vou ter que cuidar melhor de mim. Poderia ter evitado esse acidente...

- Esse acidente pode ter mudado sua vida S Roberto...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

Comigo ninguém pode

O Brasil se destaca no cenário mundial como o maior consumidor de agrotóxicos, respondendo na América Latina por 86% dos produtos. A intoxicação por agrotóxicos é um sério problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento e emergentes. Mesmo com SINAM, ainda se faz necessário uma maior conscientização dos profissionais de saúde e usuários dos agrotóxicos, visto que nossas estatísticas são alarmantes.

Alberto e toda família trabalham na lavoura. Plantação de tomate e alface. Os venenos eram colocados numa frequência de 3/3 dias e sem qualquer proteção. Tinha muito de tudo, mas usavam muito inseticida organofosforado.

O dia se iniciou como todos os outros mas ao cair da tarde na vasta plantação, Alberto não chegou em casa e todos começaram a procurar por ele com um certo tom de desespero. Ricardo, enquanto procura por seu primo, se recorda que ultimamente Alberto vinha andando com comportamento estranho, retraído, triste e sem falar muito e reclamava de cansaço por não estar dormindo. Além disso andava com pavio curto e não ligava mais para si. Aquelas lembranças lhe trouxeram uma angústia. Tinha ouvido falar em uma palestra de um engenheiro agrônomo que esses venenos modificavam as pessoas. O engenheiro dizia que os resíduos são absorvidos através da respiração, pele e cabelos e o que lhe chamou mais atenção na palestra era que esses venenos também poderiam atématar.

No dia seguinte Ricardo foi chamado ao IML para reconhecer um corpo que foi encontrado ao lado do riacho na madrugada. Ricardo se choca diante do corpo do primo ainda tão jovem. Fora encontrado junto de um frasco vazio de Malathion. Porque ele tinha feito isso?

Ai, lembra-se novamente do engenheiro: o veneno quando não aleja, mata...

CAPÍTULO 5

SITUAÇÕES-PROBLEMAS DO QUINTO PERÍODO

Autores

Adriana dos Passos Lemos

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Carlos Luiz da Silva Pestana

Georgia Dunes Machado

Gleyce Padrão de Oliveira Zambrotti

Jeanne d'Arc Lima Fontaine

Julio Antônio de Carvalho Neto

Kátia Cristina Felipe

Kátia Liberato Sales Scheidt

Lucia Cunegatto Guimarães

Renata Barreto Marques

Roberto L. Pessôa

Romualdo B. Gama

Valéria F. do Nascimento

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

A estréia no 5º período: um mundo de dúvidas

Dra. Francisca sabendo da chegada de João Afonso, Daniel e de você ao 5º período e do interesse demonstrado pela Saúde da Mulher; convidou-os a acompanhá-la no ambulatório de toco ginecologia, orientando-os quanto às questões éticas, humanas, sociais e emocionais envolvidas no atendimento destas.

Hoje é o primeiro dia no ambulatório 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 demonstrou ansiedade e dúvida, dizendo: - “Dra. O que está acontecendo comigo? Uso pílula há dois anos. Há três meses apareceu um corrimento amarelo e malcheiroso e o cheiro fica muito pior, nas relações, e no período menstrual sinto minha vagina úmida. Estou desconfiada que peguei isso do meu namorado, e uma outra coisa que está me preocupando é que neste mês comecei a sentir ardência quando faço xixi, e há dois dias sinto dor e sai pouca urina”.

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

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

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.

Após o exame físico Dra Francisca realizou o exame especular onde puderam ver um corrimento amarelo acinzentado de consistência fluida. Nesse momento surgiu uma inquietação e Daniel perguntou: - existem outros tipos de corrimento e se houver o que leva a cada um deles? Será possível a progressão para os outros órgãos pélvicos e abdominais.

Você questiona: - qual a incidência, prevalência e grau de morbidade 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 de três meses da menstruação e com umas manchinhas vermelhas que apareceram no corpo após um passeio na praia e perguntou: Será que é a tal de Zika? Em seguida ela explicou que suas menstruações sempre foram regulares, e referiu sexarca há oito meses, com uso do método Ogino Knaus e condom.

No momento do exame de Juliana, vocês anotaram as observações da Dra Francisca: Congestão mamária e hiperpigmentação da aréola primária. No exame do abdome útero palpável quatro dedos acima da sínfise 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. solicitou que comparassem os exames realizados e procurassem justificar as diferenças. E ainda que procurassem as relações entre as doenças causadas pela picada do *Aedes Aegypti*.

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

O que será que eu tenho doutora?

Começa mais um dia no ambulatório de Dra. Francisca e lá estão vocês. Hoje é o dia do retorno de Juliana 18 anos, e seu namorado Carlos 20.

Juliana relembrou que seu ciclo menstrual desde a menarca aos 12 anos, era de 28 dias, durava de 4 a 5 dias, e que há três meses tudo mudou, a menstruação não vinha.

Vocês imediatamente se questionam: afinal, isto é, amenorréia ou só atraso?

Juliana continua seu relato informando que o intestino está preso, apresenta sialorréia, pirose, humor instável, e vontade de comer coisas esquisitas.

Por fim se queixa: - “Dra. hoje de manhã começou uma dor em baixo da barriga com um sangramento em “borra de café”, mas agora está vermelho vivo e a dor está mais forte”.

João Afonso neste momento comenta: – “O que será que está acontecendo, os exames de sangue e urina mostram que ela está grávida! Será que tem a ver com aquela queixa na outra consulta da possibilidade de Zika? Daniel responde: - Não sei, mas preciso estudar um pouco mais as consequências destas doenças emergentes e reemergentes.

Ainda preocupado você questiona: - É gravidez, não é?

Dra. Francisca interroga: e se não for gravidez o que pode ser?

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 Dra. Francisca a orienta a preparar-se para o exame ginecológico.

O exame do tórax e abdome não mostrou anormalidades. O exame especular mostrou: sangramento vivo, exteriorizando-se pelo orifício externo do colo. O toque evidenciou útero amolecido, aumentado de volume compatível com a DUM. Colo pérvio a uma polpa digital.

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

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? E se estiver, o que fazer?

Dra. Francisca sugeriu que anotassem suas hipóteses buscando explica-las que buscassem a confirmação nos livros de propedêutica, fisiologia, ginecologia, obstetrícia e que 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 os exames complementares pertinentes entre eles uma USG de urgência encaminhando-a ao serviço anexo de ultrassonografia e a orientou para retornar assim que o mesmo ficasse pronto.

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

Ela ainda atendeu mais algumas pacientes e no final das consultas reviu todos os casos 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

As Dores De Jéssica E O Seu Grande Medo

Jéssica 23 anos gesta II para II, tão logo percebeu a possibilidade de estar grávida marcou uma consulta no pré-natal da UBSF. Desejava que suas suspeitas não se confirmassem. Não queria mais filhos, seus relacionamentos só duravam até a notícia de uma gravidez e a partir daí vivia sozinha a gestação e a criação dos filhos. Seus parceiros jamais a ajudaram e com a notícia iam embora. Seus pais Rondineli e M^a das Dores há muito desistiram dela. E ela se perguntava: - Por que eu não dou sorte na vida?

Confirmada a gestação e conformada com a situação, Jéssica mais uma vez assumiu a responsabilidade e frequentava o pré-natal sempre que possível, na esperança de finalmente conseguir a tão sonhada cirurgia para não mais engravidar.

Apesar do abandono de seus pais e do namorado tudo corria bem, embora, por duas vezes precisasse procurar o hospital por apresentar sangramento indolor e vivo via vaginal.

Hoje se assustou quando de repente iniciou novo sangramento desta vez mais abundante que das outras vezes. Foi socorrida por vizinhos e quase sem sentidos chegou ao setor de emergência do Hospital.

Ao recebê-la junto com Dr. Bruno no plantão de Obstetrícia vocês ouvem o pedido: - “Deus me ajude! Não quero morrer e deixar meus filhos sozinhos”.

Dr. Bruno imediatamente solicita que preparem a internação. Vocês revisam o cartão pré-natal cujos exames do primeiro trimestre mostram:

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

Cor Amarelo citrino Amarelo citrino
Aspecto Turvo Límpido
Densidade 1.025.....1.005 a 1,030
PH 5,5.....5,5 a 8.0

EXAME QUÍMICO

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

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 22-09-2015: feto único, ativo, situação longitudinal, BCF 140 BPM, placenta ocluindo o orifício interno do colo uterino, 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 que foram solicitados para controle e confirmação mostravam:
VDRL: **1/16**, Western-blot: **reativo**. Os exames do terceiro trimestre ainda não haviam ficado prontos.

Ao exame físico, Dr. Bruno constatou: AFU= 34 cm, feto em situação transversa, dorso anterior, BCF=168 BPM. Tônus uterino: normal.

Toque: Colo com: 2,5 / 3,0 / 0 / 1/ R Sangramento vivo por via vaginal. Apresentação córmica.

Dr. Bruno após o exame, a encaminha para as medidas necessárias.

Os estudantes logo após a saída da paciente perguntam: - Qual foi o diagnóstico de suspeição Dr.? E o que aconteceu com ela hoje? O que foi que a fez sangrar? Ele responde: - vocês analisaram os exames, acompanharam os meus procedimentos e agora acompanhem o Dr. Marcus Vinícius na sala de parto. Sugiro que estudem sangramentos da 2ª metade da gestação para discutirmos com mais profundidade no nosso próximo encontro.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

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

A vida continua e Dra. Francisca atende Leila, 30 anos, gesta I, que 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 na frente dos 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, menstruei aos 12 anos, vem todo mês e dura 5 dias. Minha 1ª relação foi aos 27 anos, eu usei pílulas até oito meses atrás e quando ele ameaçou 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 cefaleia 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 (polidrâmnio), 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 1/2 meses. Karla queixava-se de tonteira, vômitos, dor em baixo ventre intensa e sangramento discreto com início hoje. Informava também sexarca há 2 anos, sem uso de métodos contraceptivos .

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

- Que dia! Hoje está acontecendo de tudo, se fosse sempre assim eu acho que não aguentaria, por favor acompanhem-na para assistirem à resolução do caso!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

Tristeza na maternidade, onde foi que eu errei?

Maristela, 39 anos, divide com Pedro sua alegria dizendo: -“Teremos um filho, o nosso primeiro filho, amor!!! Eu achava que isto jamais aconteceria. ”

Pedro 42 anos, pescador por profissão, emocionou-se. Neste dia nem foi para o mar e junto com Maristela foram à UBSF para acompanhamento pré-natal. Após a consulta foram encaminhados ao ambulatório de referência, por se tratar de gestação com “algum grau de risco”.

Preocupados com o exposto, procuraram por Dra. Francisca. Esta e os estudantes acalmaram o casal e expuseram os riscos prováveis de toda gestação, inclusive para Maristela.

Mesmo com todas as explicações, Maristela estranhou quando lhe foi pedido logo no 1º trimestre translucência nucal, HIV e VDRL.

Os meses foram passando tudo corria bem e religiosamente seguiam as orientações e realizavam os exames necessários a cada trimestre inclusive o TOTG e a Dopplervelocimetria.

Com 33 semanas em uma manhã, Maristela percebeu que sua roupa íntima amanhecera úmida e pensou: - Algo está diferente! O que será que está acontecendo? Parece urina e ainda tem esse catarrinho que parece clara de ovo, o que é isto? É corrimento? Meu Deus! 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, ainda fechado e que também havia agora um corrimento a ser tratado. Também foi feita uma coleta para exame laboratorial vaginal.

Sete 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 ao hospital, pois havia sido orientado por Dra. Francisca.

No hospital após ser admitida as 8 horas ficou “esquecida” até as 19 horas, quando Dr. Marcus assumiu o plantão e a encontrou febril e sem cobertura antibiótica, tomando as providências necessárias.

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 ainda 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, durante a internação Maristela se tornou amiga de Laura uma puérpera que fora internada há sete dias, por dores nos membros inferiores, justificadas pelas varizes, e por um quadro gripal complicado por pneumonia.

Laura 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 inicial viu sua amiga levada ao CTI.

Claudia, outra puérpera que aguardava o resultado do teste de HIV, já que não o fizera antes, culpava-se pelo ocorrido com Laura pois insistira para que Laura levantasse do leito, muitas vezes 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”.

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

Consultório: duas primas, um encontro, duas histórias

Adélia passou uma noite terrível, 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 17 e Violeta 16 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 está 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! minhas mamas doem muito, aparecem caroços em toda ela, não dá nem para tocar que dirá fazer amor né!?”

- Da última vez fiquei tão irritada que quase bati no meu namorado. Ainda bem que ele é muito calmo e vendo o meu descontrole entendeu o que se passava, me deu um chocolate e foi embora.

- 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 isso 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 alguns momentos de angústia 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 hipogástrio, linfonodos inguinais palpáveis e dolorosos.

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

No 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, ansiosa e com medo de ter o mesmo destino.

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

Mamas densas, 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 muco purulenta, 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.

Dra. 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.

Dra. Francisca solicitou que vocês levantassem a morbidade e mortalidade das patologias apresentadas por Adélia e Violeta baseando-se em revisões bibliográficas e relatos de casos.

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! Drs, 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 facies 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 na ginecologia!

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

Marta relata que após atraso menstrual de dois meses, acordou hoje, com dor em baixo ventre e sangramento via vaginal. Relatou ainda um episódio de sangramento ocorrido há mais ou menos 15 dias, indolor que após algumas horas cessou espontaneamente. Como o sangramento reiniciou e desta vez com dor, se preocupou e resolveu buscar cuidados da ginecologista que foi indicada na sua última consulta com o clínico, por um ganho ponderal de 10kg, junto com aparecimento de acne e manchas escuras ao redor das “dobrinhas”. Nesta consulta, o clínico solicitou exames e sem lhe explicar por que a encaminhou para o ambulatório de ginecologia.

Marta informa ser casada desde os 20 anos e que menstrua menos de oito vezes por ano e que ainda não realizou o sonho da maternidade.

História fisiológica: menarca aos 13 anos, oligomenorréia. Sexarca aos 20 anos. Uso de anovulatório no período de noivado e por um ano após o matrimônio. Uma menstruação normal há dois meses.

Durante a inspeção, vocês observaram: pele oleosa e acneica, hirsutismo, circunferência abdominal de 110 cm, índice de massa corporea de 28, PA de 130 X 90 mmHg.

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

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

No retorno Marta pergunta:

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

— Dra. Francisca responde: Não podemos afirmar ainda, precisamos

esclarecer algumas dúvidas. Para isto solicitei alguns exames complementares e aguardo seu retorno tão logo estejam prontos.

Após a orientação e da atenção recebida Marta retirou-se esperançosa prometendo retornar no dia agendado, pois como quer muito ter um filho fará o impossível se necessário for.

Dando continuidade aos atendimentos do dia vocês receberam Júlia.

Ela relata ter 43 anos e sua queixa está relacionada ao desconforto com a situação que ocorre desde a sua última gestação há seis anos.

Júlia algo constrangida diz: - Drs. não posso mais rir, nem tossir pois minha urina sai, vivo agora usando absorvente sem estar menstruada, se isto continuar vou acabar tendo que usar fraldas! Os senhores podem me ajudar?

História fisiológica: TM: 12/30/4-6 dias, sexarca 18^a. Gesta III para II, Cesárea Ø, Aborto I (espontâneo).

Após acalmá-la Dra. Francisca solicita que se prepare para o exame físico. Enquanto Júlia se apronta Dra. Francisca questiona: - Que hipóteses diagnósticas foram pensadas, por vocês, para o caso da nossa paciente? E a partir destas como planejam prosseguir com a investigação e que tratamento devemos propor?

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

É preciso enfrentar o medo, a angústia e a incerteza...

Vitória, a filha mais nova, a acompanha na consulta e diz: - Dra! desde que meu pai morreu a mamãe está deprimida, com queixa de insônia e diz que quando consegue dormir acorda por causa do calor, que é seguido de frio, e que, até a menstruação antes tão certinha começou a falhar. – Dra, meus irmãos e eu estamos preocupados pois ela não reage a este estado. Eu penso que é preciso tratar da menopausa e eles acham que ela precisa de psiquiatra. A senhora pode nos ajudar? Dra. Francisca explicou que precisava de outras informações, conversar com Carmem para avaliá-la e saber qual a melhor forma de abordar e cuidar do problema.

Dando sequência a consulta Dra Francisca indagou de Carmem dados de sua história fisiológica. Esta informou que a menarca ocorreu aos 12 anos, com ciclos regulares de 28 dias durando em média cinco dias e que durante o período pré-menstrual apresentava mastodínia, que era mãe de quatro filhos aos quais amamentou por até doze meses. Contou que seu casamento foi feliz e durou 38 anos, e desabafou: - Dra. ando muito triste, as vezes quero até morrer e 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 examiná-la e pedir alguns exames complementares, aí sim ela teria plenas condições de medicá-la adequadamente para amenizar suas queixas.

Trinta dias depois já com os exames solicitados Carmem retorna ao ambulatório, ainda acompanhada de sua filha mais nova.

Dra. Francisca se dirige a ela e convida: - vamos conversar mais um pouco? Na última consulta que tivemos, você não estava em condições de conversar muito tamanha a sua tristeza e como estava menstruada não pudemos realizar o preventivo!

Carmem concordou com a cabeça e disse: - Aquele remédio que a senhora passou me ajudou, hoje me sinto muito mais forte e disposta.

Dra. Francisca retomou a anamnese e reviu na história fisiológica: TM: 12/28/5 dias, mastalgia pré-menstrual, gesta IV para IV, amamentação por até doze meses e uso de anovulatórios até os trinta anos.

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

Durante o exame físico, Dra. Francisca observou na palpação das mamas nódulo fibroelástico móvel no quadrante superior externo da mama esquerda de mais ou menos 3 cm, distando 2 cm da aréola. Ao exame especular constatou colo normotrófico com cistos de Naboth. Logo após terminado o exame Dra. Francisca orientou, solicitou novos exames complementares e prescreveu a terapia adequada para Carmem, agendando seu retorno assim que o último exame solicitado ficasse pronto.

Tão logo Carmem se retirou foi a vez de atender a angustiada e chorosa Madalena de 56 anos. Aos prantos Madalena revelou sua angústia Dra, tem uma coisa acontecendo! Há 15 dias percebi que minha mama direita está esquisita.

Realizada a anamnese completa Dra Francisca verificou na história familiar: Avó e duas de suas irmãs desenvolveram câncer de mama e realizaram mastectomia.

Passou ao exame físico e este mostrou 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 Madalena enquanto se levanta da maca pergunta: - Está tudo bem doutora? O que aconteceu com minhas irmãs e minha avó vai acontecer comigo também? Vou tirar o seio e fazer aquele tratamento horrível?

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

Enquanto a paciente se troca Dra. Francisca conversa com vocês a cerca de sua impressão e hipótese diagnóstica, explicando o quanto Madalena necessitará da família e dos filhos para superar seus problemas.

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

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

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

- Qual o perfil epidemiológico das mulheres acometidas por patologias mamárias benígnas e 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 de Madalena?

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

Nem tudo é o que parece...

Mariana, 42 anos, aguarda a consulta com Dr. Mário. Sua queixa é um corrimento aquoso e inodoro que ocorre em torno do 12º dia do ciclo e se estende por 5 a 6 dias.

Dr. Mário, um dos médicos do ambulatório do Hospital Escola e alguns estudantes do 5º período iniciam os atendimentos.

Durante a anamnese de Mariana, Claudio interessado questionou: - há quanto tempo apresenta esta queixa?

Mariana respondeu que há alguns meses percebe um corrimento sem cheiro nem cor que a desagrada.

Dr. Mario procedeu ao exame físico realizou o exame especular e a coleta de citologia solicitou alguns outros exames e agendou o retorno em 45 dias.

Mariana não compareceu a consulta agendada por problemas familiares. Há 15 dias recebeu um telegrama solicitando seu comparecimento ao ambulatório para consulta.

Embora preocupada, afinal nunca ouvira dizer que os médicos mandavam telegramas, não pode comparecer, pois cuidava de seu esposo com sequelas de AVC, agora dependente exclusivamente dela.

Dois anos se passaram e finalmente ela pode retornar ao ambulatório. Agora o corrimento era constante amarelo e com odor fétido.

Relatou que há seis meses vinha apresentando um corrimento amarelo escuro, que não valorizou, afinal nem o percebia de tão envolvida nos problemas familiares, mas como este persistia e cresceu-se de um odor desagradável, voltou a procurar o Dr. Mário na Unidade ambulatorial.

Dr. Mário examinou-a cuidadosamente, realizou nova 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: : NIC II/III sugestivo de HPV. Dr. Mario então encaminhou-a ao ambulatório de Patologia Cervical.

No ambulatório de Patologia Cervical foi recebida por Dra. Francisca que aguardava a última paciente desta atribulada semana, Mariana, que fora encaminhada pelo colega Dr. Mário através de uma referência onde constava o resultado NIC I sugestivo de HPV (dois anos atrás) e NIC II/III (há dois meses).

Mariana então relata toda a sua história inclusive os vários chamados recebidos e não atendidos até o falecimento de seu esposo .

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, organizando 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 desta patologia ? E 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? Como podemos esclarecer essas possíveis hipóteses?

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

CAPÍTULO 6

Situações-Problemas do Sexto Período

Autores

Ana Paula Faria Diniz

Andrea Santana da Silva Moreira

Anielle de Pina Costa

Augusto Cezar M. Pereira de Bastos

Daurema Conceição Docasar S. Silva

Debora da Silva Jones

Luís Roberto Barbosa de Melo

Margarete Domingues Ribeiro

Paulo César da Silva Tavares

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 checa 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, no exame físico primário não fora detectado nenhuma alteração sendo realizados os 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. Checagem dos exames de admissão materno (normais) e tipagem sanguínea do RN (0+) e CD-. 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, porém apresentava-se icterícia zona II de Kramer. Foram colhidos exames para investigação e após o resultado, 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 após 48 horas para reavaliação clínica.

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 “cólicas”. Ao exame, a pediatra observara que o bebê já acompanhava objetos com o olhar e se voltava ao escutar alguns sons.

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, equanto 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 Hirschberg estava normal. O pediatra orientou a introdução de outros alimentos, suplementação de ferro, higiene bucal e 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!

Camila, 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, filha de uma relação extraconjugal de Paulo Ricardo, 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, informa que fora apenas a uma consulta e que não fizera nenhum exame solicitado. Nega uso de quaisquer medicamentos neste período. Eliane é encaminhada para o pré-parto por estar em franco trabalho de parto. Camila fora informada que os exames iniciais de admissão de Eliane evidenciaram leucocitose de 15.000, com desvio à esquerda, tendo o obstetra iniciado penicilina 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 amniótico fétido. Diante do quadro, Camila 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 20 horas (SIC). Peso ao nascer: 1600g.

Camila 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. Camila procede a intubação para ventilação mecânica, solicita Raio X de tórax e administra medicamentos.

Após estes procedimentos, Eloá apresenta melhora parcial da dinâmica ventilatória, porém, em seguida, 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 atual apresentado por Eloá, Camila solicita exames laboratoriais completos e prescreve medicações pertinentes ao caso.

Os demais exames de admissão de Eliane são liberados e revelam HIV e VDRL negativos.

Eloá evoluiu bem, sendo realizados 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. Camila 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, pois Marcos estava piorando da tosse e iniciou falta de ar. A família resolveu procurar atendimento na UPA.

No pronto atendimento, Clara revelou que não conseguira amamentar seu filho, apesar de algumas tentativas para fazê-lo; introduzira “leite em pó” até os seis meses, segundo recomendação pediátrica. Depois desta idade, iniciou alimentos sólidos, mas optou pelo “leite de caixinha” por conta do preço. Não fez uso de 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, falta de ar e chiado no peito”, necessitando de internação hospitalar por sete dias. Depois deste primeiro episódio, as “crises de falta de ar” se repetiram, o que levava-a diversas vezes ao pronto atendimento, onde seu filho era medicado com nebulização e medicação oral com melhora dos sintomas. Comparecera em consultas ambulatoriais e usara “Label e Motillium”, suspendendo seu uso por conta própria pois “não via melhoras”. Os exames solicitados neste período não foram elucidativos. Por conta do quadro clínico de “falta de ar” periodicamente, fora medicado com nebulização domiciliar por 30 dias, 2 X ao dia. Foi agendado retorno, mas não compareceu, pois as “crises” espaçaram-se. 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 com 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 xerodérmica com liquenificação e base eritematosa em MMSS e MMII com descamação em região de dobras. Ausculta cardíaca sem alterações, taquicárdico. Abdome plano, depressível, sem visceromegalias. SNC sem sinais clássicos de irritação meníngea.

Diante da história clínica e exame físico, o plantonista medica o menor que apresenta discreta melhora do esforço respiratório e da oximetria de pulso. Expõe sua hipótese diagnóstica para a mãe e indica internação hospitalar. Orienta ainda, quanto a necessidade de seguimento em ambulatórios especializados, sendo enfático sobre o controle do ambiente onde vivem e a necessidade da manutenção da terapia indicada, a fim de evitar internações futuras e comprometimento da qualidade de vida de seu filho.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

“Não perder a referência...”

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, taquipneica, 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 de 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 melhora clínica e radiológica visíveis, sendo aventada a hipótese de alta hospitalar, para continuar o tratamento e acompanhamento a nível ambulatorial.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

É melhor prevenir do que remediar

Juliana é vizinha de Maria das Dores e mãe de 4 lindos filhos. Seu filho mais novo é um lactente de 6 meses, chama-se Isaquias e frequenta a mesma creche-escola de Cauã, filho de Maria das Dores, em Problemópolis. Isaquias mamou exclusivamente ao seio materno até seus 4 meses, quando sua mãe, Juliana, teve que voltar a trabalhar pelo término de sua licença maternidade, matriculando-o nessa creche desde então.

Há 3 dias, Isaquias vem apresentando obstrução nasal intensa, febre de 38°C persistente e hoje acordou pela manhã muito choroso, irritado e apresentou 1 episódio isolado de vômito. Sua mãe preocupada, leva-o na mesma hora à UPA e é examinado pelo Dr. Ernandes depois de mais de 2 horas de espera. É diagnosticada, então, uma otite média aguda à esquerda e proposto tratamento com antibiótico oral sem mais nenhuma orientação. Cerca de oito horas depois, já à noite, Isaquias continuava vomitando e chorando persistentemente, mas Juliana decidiu esperar mais algumas horas porque tinha acabado de iniciar o antibiótico e o Dr. Ernandes havia falado com toda convicção que ia ficar tudo bem. Por volta das 2h da madrugada, Juliana acorda com o choro de Isaquias que olhava fixamente para cima e mantinha seus braços fletidos. Assustada, leva-o para UPA e é recebida novamente por Dr. Ernandes ainda de plantão. Ao examinar a fontanela anterior de Isaquias, perceber seu olhar e a hipertonia de seus membros superiores, inicia imediatamente O², alguns medicamentos venosos e solicita exames para confirmação de sua principal hipótese diagnóstica. Dr. Ernandes ainda surpreso com a evolução do lactente, pede sua caderneta de saúde para verificar algumas vacinas fundamentais para o caso, pergunta se ele frequenta alguma creche e coloca o lactente no SISREG para transferi-lo e aciona a vigilância epidemiológica.

Dois anos depois, Isaquias continuava sendo acompanhado por um Neurologista Pediátrico que tentava retirar o anticonvulsivante que utilizava desde seus 6 meses. Contudo, hoje, quando estava em casa, assistindo seu programa de TV preferido, iniciou movimentos tônico-clônicos em membro inferior esquerdo com hipertonia em membro superior do mesmo dimídio. Foi levado consciente para a Emergência e

atendido pela Dra. Sofia que, já conhecendo Isaquias de outros plantões, controlou o quadro pacientemente.

Por uma tenebrosa coincidência, chega à Emergência, na mesma hora, Raquel desesperada com sua filha Joana de 3 anos em seus braços. Joana estava em convulsão tônica clônica generalizada que, segundo sua mãe, iniciara há no máximo 5 minutos, logo após perceber que estava com uma febre de 40°C. Dra. Sofia prontamente reverteu o quadro de Joana, que logo acordou chorando e não apresentava nenhuma alteração ao exame físico com exceção de uma celulite em membro inferior direito. Dra Sofia, então, tranquiliza e orienta Raquel e inicia tratamento para a celulite de Joana.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

Uns sintomas e algumas possibilidades...

Weber, um pré-escolar de 5 anos de idade, frequentador da escola municipal, da mesma turma de Cauã, 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 escola, 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 à tal recomendação. O que mais deseja é ver seu filho bem.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

O prontuário de Beatriz

João Afonso, acadêmico de medicina, foi incumbido pelo preceptor da UBS de realizar a revisão do prontuário de Beatriz. Encontrou os seguintes registros: No ano de 2013, quando Beatriz tinha 12 anos de idade, sua mãe havia procurado à UBS porque achava que Beatriz “andava muito desanimada” e que apresentara também queda do rendimento escolar. Sua mãe informara, à época, que Beatriz sempre fora sadia. Ao interrogatório sintomatológico, suas únicas queixas eram sonolência e fadiga. Não percebera alterações do ritmo intestinal nem da diurese e que não havia perda ou ganho excessivo de peso em associação com o início dos sintomas. Tivera menarca aos 11 anos, com ciclos regulares. Ocasionalmente, o fluxo era mais abundante. Informara que não havia iniciado atividade sexual. Moravam em uma fazenda, onde seu pai trabalhava como administrador. Andava descalça e ajudava na lavoura. A alimentação da família era composta principalmente de arroz, feijão, farinha e carnes, além de leite, que todos consumiam com fartura. Não tinha o hábito de comer hortaliças. Frequentemente, substituía a carne por ovos ou por queijo. O exame físico revelara IMC= 19 Kg/m², discreto abatimento, palidez cutânea (+/4+), aparelhos cardiovascular e respiratório normais, ausência de adenomegalias ou hepato-esplenomegalia e sem anormalidades neurológicas. Após 15 dias, retornou com o resultado dos exames solicitados: Leucócitos totais com 6.000/mm³ com diferencial de: B=1%; Eo: =10%, Bts= 5%, Seg=50%; L= 30%; Mo= 4%. Hemácias: 4,0 milhões/mm³, Hemoglobina 8,7 g/dl, Hematócrito 28%, plaquetas 460.000 mm³, RDW 16%, Reticulócitos 0,9%, Ferritina 10µ/dl. O médico assistente prescrevera medicamentos baseados na história clínica e no resultado dos exames. Solicitara novos exames para o oitavo dia de tratamento. A contagem de reticulócitos fora igual a 6% e não houve elevação significativa dos níveis de hemoglobina e hematócrito. A mãe de Ana ficara muito preocupada com esses resultados, pois tem um sobrinho portador de doença falciforme que já necessitara de internação mais de uma vez. Após ouvir as explicações para suas dúvidas, tranquilizara-se. Ana evoluiu bem com melhora dos sintomas.

Em 2016, aos 15 anos, Beatriz apresentara um quadro de febre moderada, principalmente noturna, e cansaço. Dona Cláudia, inicialmente, pensou tratar-se de

uma gripe. Porém, os sintomas persistiram, e no sétimo dia, observara aparecimento de “manchas roxas pelo corpo”, cansaço mais evidente e também palidez. Procurara a UBS onde fora atendida e constatado no exame físico que Beatriz estava com estado geral comprometido, hipocorada (1+/4+), febril, com gânglios palpáveis em cadeias cervicais e axilares, petéquias em tronco e membros e hepatoesplenomegalia. Restante do exame sem alterações. Beatriz fora então encaminhada para atendimento na UPA para realização de exames. Os resultados iniciais revelaram Hto=24%, Hb=8,1g/dl, plaquetas=47.000 e leucometria de 52.300 com diferencial de: 0/0/3/5/21/39/22/10. Beatriz fora então encaminhada para internação em serviço especializado, onde teria o suporte de uma equipe multidisciplinar.

O preceptor relata a João Afonso que a família de Beatriz havia ficado muito preocupada, mas a equipe médica recebera-os bem, tratando-os com muita atenção e esclarecendo todas as dúvidas familiares. Desta forma, confiantes, iniciaram todo o processo de tratamento para Beatriz.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

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. Frequenta 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 09

Prevenção...

A agente comunitária Inês e a médica Sofia, em uma visita domiciliar chegam à casa de Rafaela. Lá observam que Laura, de apenas 1 ano está febril (38,5°C) e que há um dia vem apresentando episódios de vômitos e diarreia aquosa, sem sangue ou muco. Sua mãe conta ainda, que recebeu aleitamento materno exclusivo até o terceiro mês, quando começou a trabalhar iniciando leite de vaca integral engrossado com farinha e açúcar. Aos quatro meses iniciou frutas e papas salgados. Vacinação completa. Nega uso de medicamentos. Atualmente, Laura está bebendo normalmente tudo que lhe é oferecido. Após o exame clínico, Dra. Sofia orienta os familiares sobre a evolução natural da doença e o risco de complicações e a conduta a ser utilizada no domicílio.

Após 20 dias, Rafaela comparece na UBS, relatando que a febre e os vômitos cederam, mas Laura vem apresentando 5 a 6 evacuações diárias, aquosas, com cólicas, sem sangue, às vezes com restos alimentares, de odor fétido e que “assam” o períneo. Que usou “remédio de vermes”, que não alterou o curso da diarreia. Que está perdendo peso desde o início do quadro. Dra. Sofia não compreende porque Rafaela não retornou como orientado e solicitou a internação de Laura.

Enquanto isso, na sala ao lado, chega Clara de 5 meses, com história de três dias estar apresentando tosse, coriza e febre de 38°C. Há cerca de 24 horas, iniciou quadro de vômitos, acompanhado por evacuações líquidas, volumosas, sem muco ou sangue. A mãe refere ter oferecido apenas água de côco. Percebeu que sua filha estava “caidinha” e que sua última diurese fora há cerca de 4 horas. Aleitamento materno exclusivo somente até o primeiro mês. Introduziu “leite de caixinha engrossado com maisena”, porque, como seu bebê chorava muito, “achava que seu leite era fraco e que não a sustentava”. Apresenta vacinas do 2º mês. Ao exame físico, lactente sonolenta, com olhos muito fundos, mucosas muito secas, pele com turgor e elasticidade diminuídos, ausência de lágrimas, enchimento capilar de 5 segundos, pulso fino, FR: 60/min., FC: 140/min., Peso: 6 kg. Restante do exame físico sem alterações. Diante do quadro apresentado, foi levada para a sala de medicação. Maria

acompanha a punção venosa para se dar o início da infusão de solução cristalóide. Dra. Sofia informa a mãe que sua filha será levada para a UPA. Já na UPA, após 2 horas do início da hidratação, Clara estava melhor e já havia urinado uma vez, sendo colhidos exames que revelaram: $\text{Na}^+ = 132 \text{ mEq/L}$; $\text{K}^+ = 5,2 \text{ mEq/L}$; glicemia = 90 mg%; Gasometria: $\text{pH} = 7,25$; $\text{pCO}_2 = 28 \text{ mmHg}$; $\text{Bic} = 14 \text{ mEq/L}$, $\text{BE} = -10$. A plantonista pede a interna de plantão que calcule as próximas etapas da hidratação venosa. A interna questiona se deveria prescrever antibióticos e a plantonista responde com outra pergunta: “O que, dentro do quadro clínico de Clara, indicaria o uso de antibióticos?”. Clara foi transferida para o hospital de referência.

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

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

“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 insulino-terapia. 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.

CAPÍTULO 7

Situações-Problemas do Sétimo Período

Autores

Álvaro Henrique Sampaio Smolka

Antonio José Magalhães da Silva Moreira

Lorileia 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

“Nem tudo que parece é”

Tudo acontece conforme a natureza [Hipócrates de Cós]

Na sala de espera de um ambulatório de especialidades Lúcia, Scarlet e Ana se conheceram e enquanto aguardavam a consulta conversaram sobre suas queixas e suas patologias.

Lúcia vinha para sua primeira consulta, tinha 24 anos era negra e foi encaminhada para este ambulatório após uma internação que durou vinte dias devido a um quadro de hipertensão arterial sistêmica e insuficiência renal. Se queixava há meses que sua articulação do punho ficava inchada, quente e dolorosa e que por vezes acometia o joelho também. Contava ainda que no hospital foi visto também uma anemia e que os médicos tinham lhe explicado que tudo isso tinha uma mesma causa.

Scarlet já era paciente antiga do ambulatório, tinha 40 anos era branca. Iniciou seu tratamento há alguns anos, quando passou a apresentar episódios de palidez, cianose e rubor nas mãos, além de dor e formigamento. Gradativamente observou espessamento cutâneo dos dedos levando ao apagamento das pregas cutâneas. Hoje o motivo da consulta era acompanhar uma alteração do esôfago que segundo ela causava “queimação” e dificuldade para ingerir alimentos sólidos, o que a incomodava bastante.

Ana também era paciente antiga do ambulatório, tinha 55 anos e era não branca. Contava como a doença a tinha feito largar a costura nos últimos anos devido as deformidades em suas mãos. Há anos vem apresentando dor e edema nos punhos e nas articulações interfalangianas proximais, acompanhado de rigidez matinal.

Ignácio, interno do 11º período, adentra o ambulatório para solicitar um parecer do especialista, Dr. Renato. Vem acompanhado de Gorete, 19 anos, branca, profissional do sexo especialista em prática desprotegida, que foi ao ambulatório de Clínica Médica (CM) com história de inicio agudo de artrite inicialmente poliarticular, depois localizada somente em joelho direito, acompanhado de rush cutâneo maculopapular difuso e febre alta não aferida.

Dr. Renato convida Ignácio para aguardar o término dos atendimentos e discutir todos os casos daquela tarde. Afinal, especialmente hoje, fica a máxima “nem tudo que parece é”.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

Temos algo em comum...

Mônica (conhecida no 4º período com LER/ DORT) está agora com 35 anos. 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 irritada e chorando sem motivo aparente. Seu trabalho como tradutora tem se intensificado, o que a leva a ficar digitando por muitas horas, e 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 encaminhou- a um colega clínico.

Na sala de espera do clínico conheceu **Anita** de 28 anos. Na conversa, Anita 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 seu marido, nem mesmo com sua filha de seis anos; sentia-se muito cansada; tinha uma 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 **Anita** 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 “doença na tiroide”. 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; descontração do Reflexo Aquileu exacerbado. Teve dúvida quanto à exoftalmia, uma vez que Ana era negra. Procedeu à realização de um eletrocardiograma (ECG) que mostrou taquicardia sinusal. Finalizou a consulta explicando que seu problema era relacionado à doença tireoidiana, que lhe pediria exames laboratoriais de triagem e a encaminharia ao endocrinologista, e que de imediato 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; 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. Na história patológica familiar informou sobre uma tia com Lúpus Eritematoso Sistêmico. Ao exame físico de positivo encontrou: pressão arterial de 120/90mmHg; ausculta cardíaca com bulhas hipofonéticas e FC de 52bat/min; exame do tórax e abdômen normais. Dr. Cirilo procedeu à realização de ECG que mostrou baixa amplitude, e bradicardia sinusal. Após avaliar o ECG, Dr. Cirilo volta ao exame físico encontrando tireoide pouco aumentada, com superfície finamente irregular; e descontração do reflexo Aquileu lentificado. Dr. Cirilo explica-lhe a sua situação de saúde, solicita exames laboratoriais diagnósticos e subsidiários, e a referencia a um endocrinologista tendo o cuidado de pessoalmente telefonar ao colega que disponibiliza a consulta para o final do mesmo dia.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

Por que é tão difícil?

Tudo o que não existe e depois passa a existir, é criado por algo diferente de si mesmo[Avicena].¹

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... Na conversa, Jose Flecha fala sobre **Ernesto**, 65 anos, violeiro e seu companheiro de cantoria, diz que ele tem asma desde criança, mas faz tratamento e está melhor, indaga se que o Rondinelli tem também não é asma e porque Rondinelli não procura um médico. Rondinelli chega a sua casa e conta para Maria das Dores a conversa com o “índio”, ela logo aproveita a ocasião para mais uma vez pedir a Rondinelli que pare de fumar, e decidem que no dia seguinte irão à UBSF, Maria das Dores diz que tem certeza que Dr.^a Sofia atenderá.

Rondinelli informa ter 62 anos, que trabalha na construção civil fazendo uso habitual e rotineiro de Equipamento de Proteção Individual (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: emagrecimento e aumento do diâmetro anteroposterior do tórax. PA 130x 80 mmHg. FR 26 irpm. Ausculta pulmonar com MV diminuído difusamente, discreto roncosp e sibilos em ambos os pulmões. No final da consulta, Dr.^a Sofia de forma acolhedora e

¹Avicena 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.*

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 broncodilatador.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

Como é possível?

Mirtes de 54 anos, engenheira civil e professora universitária, desde há cerca de seis meses, vem apresentando cansaço, astenia e fadiga, resolve então agendar uma consulta médica, e se dá conta que não faz avaliação médica periódica há seis anos!

Na anamnese, Dr. João Augusto não caracteriza suas queixas como relacionadas à doença tireoidiana, nem do tecido conjuntivo. Mirtes nega viagens intermunicipais, interestaduais e internacionais nos últimos doze meses. Nega fazer uso regular e contínuo de quaisquer fármacos; ter sido submetida à hemotransfusão e/ou hemoderivados; fazer uso de drogas ilícitas injetáveis e/ou inaladas; fazer uso de bebidas alcoólicas; ter feito aplicação de *piercings* e/ou tatuagens. Relata ser casada há cerca de 30 anos, que tem uma filha de 26 anos com o mesmo companheiro e que adotam a prática de sexo seguro. No seu exame físico observa: icterícia de escleróticas (+/4+), telangectasias em tronco superior, eritema palmar, e unhas de Terry. PA= 110/70mmHg. Pulso=72pm. TAx 36°C. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdômen com Traube ocupado, baço palpável na posição de Schuster. Ante aos achados, Dr. João Augusto pergunta-lhe sobre o hábito de ir à manicura, Mirtes informa que frequenta salão de manicura desde a sua adolescência e que somente acerca de dois anos passou a utilizar seu próprio material cortante.

Dr. João Augusto solicita uma ultrassonografia de abdômen superior, uma endoscopia digestiva alta (EDA) e exames laboratoriais, com intuito de esclarecer a gênese dos sintomas e sinais apresentados. Com os resultados dos exames realizados, Dr. João Augusto confirma sua hipótese diagnóstica, procede à Classificação de Child-Pugh e explica-lhe a importância de definir o mais cedo possível as suas possibilidades terapêuticas, e a encaminha ao Serviço de Referência.

Embora o médico tenha lhe explicado claramente sua situação de saúde, Mirtes estava muito envolvida com os preparativos do casamento de sua única filha, e optou em postergar a sua consulta no Serviço de Referência, afinal seriam apenas mais três

meses até o casamento...

Passados dois meses, Mirtes sente-se nauseada e logo a seguir apresenta vômitos de sangue, tonturas, palidez e sudorese. Foi levada ao Pronto Socorro sendo submetida à EDA diagnóstica e terapêutica. Após estar hemodinamicamente estável, o médico retoma a sua anamnese e ela lhe apresenta os exames realizados, ele então comenta. - Ah! Dona Mirtes, agora está claro o que ocorreu. Espero que a senhora dê continuidade a seu tratamento, caso não o faça as consequências podem ser muito sérias.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

Apesar do progresso biotecnológico, quanto retrocesso!

Francisco tem 42 anos, trabalha no arruamento público municipal. 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 **Francisco** relata que há seis dias apresentava febre não aferida e dores no corpo. Não valorizou seu quadro que atribuiu a uma gripe advinda da chuva intensa que ficou exposto quando limpava um bueiro. Mas, como a febre não cedia e a veio a prostração e mais uma tosse seca, resolveu procurar auxílio médico. Na anamnese além das informações sobre seu labor, negava ter viajado para fora do Estado, prática de sexo não seguro, hemotransfusão, aplicação de *piercing* e/ ou tatuagens. Dr. Celso, ao examiná-lo notou de relevante: Tax 39.5°C, icterícia rubínica 3+/4+, sufusões hemorrágicas nas conjuntivas e petéquias nos membros inferiores; mucosas secas; ausculta cardíaca sem alterações; ausculta pulmonar com roncos esparsos; hepatomegalia dolorosa com hepatimetria de 16 cm. Ante a os dados coletados em sua anamnese e exame físico estabeleceu acesso venoso periférico com vistas à hidratação venosa, preencheu a Ficha de Notificação Compulsória e, com a ciência e concordância de Francisco o transferiu 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 colhidos na internação e observa o resultado das escórias nitrogenadas que estavam elevadas, dos eletrólitos que o surpreendeu, do leucograma, da avaliação plaquetária e da bilirrubina. Otimiza a hidratação venosa e inicia antibioticoterapia por via intra venosa e, solicita exames diagnósticos. 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 defervescência, surgido semanas depois de ter acampado na mata em Nova Friburgo e teve seu diagnóstico confirmado por exame de gota espessa . Agora retorna com queixas de parestesia nas extremidades distais dos membros inferiores, seguida de fraqueza muscular progressiva em membros inferiores e braços. Relata que este quadro surgiu cerca de duas semanas após apresentar febre baixa, exantema maculopapular, artralgia, mialgia, cefaleia, e hiperemia conjuntival, quando estava a trabalho em Pernambuco. Na ocasião foram feitas hipóteses diagnósticas, mas ele não aguardou os resultados dos exames laboratoriais realizados. Imediatamente, foi realizada punção liquórica diagnóstica e colhido sangue para exames laboratoriais diagnósticos. Felizmente, Jaime evoluiu com estabilização do quadro, recebendo alta hospitalar.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

Anamnese é tudo de bom!!!

Simone, natural da Bahia, 23 anos, não branca, ensino fundamental incompleto, com planos gestacionais para 2016, há seis meses veio trabalhar na casa de João Afonso (estudante de medicina, personagem que vocês conhecem desde o primeiro período do curso).

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

Na UPA foi atendida por Dr. Thiago e **você** que colhem da anamnese estruturada que ela apresentava ao longo da vida vários episódios de dor óssea principalmente em membros inferiores (MMII), que recebeu diagnóstico de anemia, mas com a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, não deu continuidade a investigação, nem fez qualquer tratamento. Ao exame físico: Temperatura Axilar=39.5º. Pressão arterial=100 x 60 mmHg. Frequência Respiratória=25 irpm. Oximetria de pulso < 90%. Fácies de sofrimento agudo, prostrada, dispneica, icterícia++/4+, mucosas hipocoradas. Precordio com *ictus cordis* visível. Ausculta cardíaca com ritmo cardíaco regular em 2 tempos com frequência de 124 bpm e sopro pan cardíaco. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular universalmente audível com estertores na base direita. Abdômen plano, indolor a palpação superficial e profunda, espaço de Traube livre, sem visceromegalias. Dr. Thiago elabora suas hipóteses diagnósticas e enquanto aguarda os exames solicitados prescreve hidratação venosa vultosa e oxigenioterapia. Após análise dos exames solicitados ele acrescenta cobertura antibiótica à terapêutica e a transfere para umaUTI.

No final do plantão, Dr. Thiago faz a discussão dos atendimentos e como provocação para estudo, narra o seguinte: mulher de 58 anos, saudável, maratonista,

faz consulta periódica com ginecologista que solicita também dosagem da hemoglobina glicada (HbA1c), mesmo sem relato de diabetes mellitus. Os resultados mostraram anemia microcítica leve, glicemia normal e HbA1c elevada. Como não havia relato de DM, fez Teste Oral de Tolerância a Glicose que foi normal. E então, o que pensar?

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

Que plantão rico em aprendizagem!

Paulo Ricardo, engenheiro civil (vocês conhecem do 4º período) está agora com 48 anos, tem estado muito atarefado com a finalização das obras do Ginásio Poliesportivo, obra que foi seu projeto e teve execução sob seus cuidados. Muito ansioso, não tem conseguindo dormir a noite inteira. Acordou com cefaleia occipital, fez uso de dipirona, e seguiu para o trabalho, ainda no percurso apresentou piora da cefaléia e quando notou a presença de pontos brilhantes ficou assustado, como estava nas imediações da UPA procurou atendimento médico.

Na UPA foi atendido por Dr. Tales e **você**. Na anamnese ele relatou ser tabagista há 20 anos, que há dois anos soube ser hipertenso tendo iniciado tratamento farmacológico e não farmacológico, que seguiu somente por cerca de seis meses. A História Patológica Familiar revela mãe diabética e hipertensa, pai falecido por Acidente Vascular Encefálico (AVE), 01 irmão por morte súbita. Ao exame físico apresentava fácies atípicas, obesidade abdominal. Estava eupneico. Pressão Arterial 195/120mmhg. Fundoscopia sem alterações. Ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular em 3 tempos por B4. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular sem ruídos adventícios. Abdômen: globoso, estrias largas planas no mesmo tom de sua pele, sem visceromegalias e/ou massas palpáveis. Extremidades sem edemas. Rapidamente foi realizado ECG que revelou Hipertrofia de Ventrículo Esquerdo (HVE) e colhido sangue e urina para exames laboratoriais. A abordagem quanto ao tratamento inicial foi discutida e Celso também do sétimo período sugeriu fazer captopril via sublingual, o staff orienta para que fosse feito oralmente. Após estabilização dos níveis pressóricos, e análise dos resultados laboratoriais, Paulo Ricardo foi mais uma vez orientado quanto a sua situação de saúde e risco cardiovascular e, referenciado ao cardiologista para continuidade de seu tratamento.

O plantão na UPA segue, e chega para atendimento **Hermenegildo** de 86 anos, trazido por familiares. A filha relata que ele estava roçando o “mato” da rua, quando

subitamente o viu parar a atividade, e gritar dizendo “Ai meu Deus, que dor”, ao mesmo tempo em que levava a mão ao peito e caía, correu para socorrê-lo. Segundos depois ele abriu os olhos e levantou-se. Na admissão ele estava lúcido, orientado, sem qualquer queixa. Contava que por toda a vida trabalhou na lavoura e que ainda cuida de uma pequena horta. Reclama que vez ou outra tem uma dor no peito e também por três vezes, quando estava capinando, caiu no chão e perdeu os sentidos, “voltando” logo depois. Da primeira vez que isto aconteceu foi atendido aqui na UPA e o médico deu alta avisando que eu tinha um “sopro no coração” e que deveria ir ao cardiologista, mas ainda não consegui marcar a consulta. Ao exame físico PA = 170 x 90mmHg. **Você** procede à ausculta cardíaca e se surpreende, pois não se lembra de ter ouvido nada igual nos manequins. O staff, após fazer a ausculta sugere que você palpe os pulsos periféricos. Outra surpresa! Após a análise do ECG realizado, Dr. Tales explica a família que de imediato nada tem a oferecer, orienta para a necessidade da investigação cardiológica diagnóstica e que Hermenegildo não deve fazer esforço físico. Após a saída do paciente e seus familiares, o staff discute o caso e **você** fica incumbido de apresentar no próximo plantão.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

Difícil seguir, mas não há outra forma...

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

Há dois anos, apresentou uma crise hiperglicêmica aguda, foi atendida na UPA e após melhora dos níveis glicêmicos recebeu alta, com orientação de retornar à UBSF. Dr.^a Sofia, na anamnese estruturada, colheu que Maria das Dores ainda era tabagista, e que mantinha vida sedentária principalmente porque vinha apresentando dor em membros inferiores (MMII) que a faziam interromper a marcha por alguns instantes. Que apresentava dor noturna tipo queimação em MMII; episódios de queda da própria altura quando passava do decúbito dorsal para posição ortostática; episódios sugestivos de hipoglicemia sem prodromos. Procedeu ao exame físico que denotou de positivo: Peso 90 kg. Circunferência abdominal 102cm. PA 130/85 mmHg. Pulso 100pm, rítmico. Após a aferição da pressão arterial sentada, deitada e de pé, comprovou hipotensão postural. MMII com pulsos tibiais e pediosos diminuídos. O exame dos pés indicava Perda da Sensibilidade Protetora. Dr.^a Sofia solicitou os exames laboratoriais da rotina do DM incluindo o Ritmo de Filtração Glomerular; fundoscopia; e ECG. Manteve a glibenclamida, metformina, losartana e sinvastatina. Quinze dias depois, Maria das Dores retornou com os resultados. Dr.^a Sofia após a análise suspendeu os antidiabéticos orais iniciando insulinização, manteve a losartana e a sinvastatina. Fez orientação alimentar, mais uma vez e de novo, explicou-lhe sobre a sua atual situação de saúde. Referenciou-a ao nefrologista e nutricionista.

Há seis meses, Maria das Dores retorna à UBSF. Relata que não há mais serviço de

nefrologia no município e que está fazendo uso de insulina, losartana em dose baixa, sinvastatina, AAS, ácido fólico, complexo B, e ferro; e que não tem recebido a alfa eritropoetina. Reclama que está acordando com os olhos e os pés inchados, urinando mais à noite do que de dia, e fazendo hipoglicemias frequentes. Além disso, tem sentido náuseas, cansaço, e prurido principalmente nas pernas e braços. Ao exame físico: Peso 90Kg Palidez cutânea mucosa 2+/4+. Pele de coloração amarela palha, unhas *half-and-half*. Edema periorbitário e de MMII 2+/4+. Xerose em MMII. Dr.^a Sofia conversa com a plantonista da UPA, preenche a Ficha de Referência, e só então conversa com Maria das Dores e seus filhos sobre a necessidade de tratamento hospitalar.

Esta semana você a conhece na enfermaria do HCTCO, ela lhe conta a sua história clínica e diz que agora foi internada para a realização de um procedimento cirúrgico preparatório porque tem risco de iniciar tratamento dialítico.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

“A demora piora...”

Paulo Ricardo (SP 7), novamente abandonou seu tratamento tendo inclusive voltado a fumar. Há algumas semanas, durante caminhada vistoriando as obras, vinha apresentando dor precordial opressiva com irradiação para a mandíbula que aliviava ao sentar-se por cerca de uns 5min, pensava lá com seus botões “deve ser do cigarro, preciso largar esta porcaria”. Era final de semana e foi com a família para a chácara, chovia torrencialmente. Na madrugada, despertou com o mesmo quadro, entretanto como a dor se apresentava com maior intensidade e persistiu por mais de 30min, ficou assustado e resolveu procurar atendimento médico, como havia ficado satisfeito com o seu atendimento anterior, foi à UPA.

Na UPA, após duas horas e meia do início da dor, apresentava-se dispneico, com palidez cutânea e, sudorese fria e pegajosa. PA 100/60mmHg. Ausculta cardíaca com, taquicardia, ritmo cardíaco regular em 3T (B3). Ausculta pulmonar com estertores bi-basal. ECG mostrava elevação ST de 2,5mm de V1 a V6. Telerradiografia de tórax com infiltrado intersticial em bases. Os marcadores de lesão miocárdica solicitados estavam alterados. Dr. Marcelo procedeu à estratificação de risco (Killip) e procedeu ao tratamento para SCA (síndrome coronariana aguda) inclusive com trombolítico. Quando hemodinamicamente estabilizado, foi transferido para um Hospital Geral permanecendo três dias na Unidade Coronariana, sendo realizada a propedêutica diagnóstica e indicada a realização de cineangiocoronariografia, mas Paulo Ricardo preferiu postergar a sua realização por conta da inauguração do Ginásio Poliesportivo. Recebeu alta após 10 dias com terapêutica otimizada e encaminhamento para o ambulatório decardiologia.

Mesmo após o susto e as orientações meticulosas da cardiologista, Paulo Ricardo não aderiu às orientações, manteve apenas a medicação anti-hipertensiva. Passado uns seis meses ele começou a observar de forma gradativa edema de MMII, cansaço aos médios e pequenos esforços, e dispneia paroxística noturna (DPN). Entre

constrangido e receoso, resolveu voltar à cardiologista. Dr.^a Carla ao exame físico registrou de positivo: *ictus cordis* palpável com 03 polpas digitais na linha hemiclavicular anterior esquerda no 5º espaço intercostal, ritmo cardíaco regular em 3T (B3) com FC110 bpm. Hepatomegalia dolorosa com refluxo hepato jugular. Edema de MMI com cacifo 2+/4+. Dr.^a Carla, mais uma vez, explicou-lhe sua situação de saúde e com seu consentimento, o encaminhou para tratamento hospitalar.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

Para ECSP

Maria das Dores, finalmente conseguiu iniciar seu acompanhamento no Serviço de Nefrologia na cidade do Rio de Janeiro, ainda está em tratamento conservador seguindo as orientações do seu plano de cuidado. Mantém também o acompanhamento na UBSF com Dr.^a Sofia. Ela consegue preparar as refeições da família e ajuda no cuidado de Ramiro seu vizinho, acompanhando-o a fisioterapia pois ele apresenta sequelas motoras de Acidente Vascular Cerebral (AVC) ocorrido há três meses.

Maria das Dores estava preparando o almoço quando começou a apresentar disartria, diminuição evolutiva da força muscular para perda da mobilidade do membro 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). Após ser procedida a proteção de via aérea foi transferida para a UTI do HCTCO.

Uma hora após sua chegada à UTI, Dr. Raul, solicita a primeira TC de Crânio (tomografia computadorizada), e enquanto isso colhe informações dos familiares. Rondinelli observa que o estado de sua esposa piorou durante a transferência e questiona a Carlos, estudante do 11º período de medicina iniciando seu estágio na UTI, ele fica impactado com o caso e refletindo sobre o porquê da piora. A TC de crânio foi normal, glicemia central 380mg/dL, creatinina 3,0mg/dl (0.6 a 1.2 mg/dL), ureia 80mg/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, Maria José foi a óbito após três 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, após discutir sobre o que causou a morte.

Rondinelli com o falecimento da esposa assumiu o cuidado a Ramiro e observa que rápida e subitamente ele passou a não reconhecer o filho e a nora, assim como objetos usuais, também não se lembra de fatos e situações vivenciadas recentemente. Além disso, não consegue fazer os exercícios fisioterápicos porque não compreende e não coordena mais seus movimentos. Rondinelli o leva à UBSF, Dr.^a Sofia procede ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Ela explica sua hipótese diagnóstica, solicita os exames laboratoriais pertinentes, e informa sobre a limitação do prosseguimento investigativo na Atenção Básica fazendo a referência à Atenção Secundária de Saúde.

CAPÍTULO 8

Situações-Problemas do Oitavo Período

Autores

Álvaro Henrique Sampaio Smolka

Flávio Antônio de Sá Ribeiro

Francisco Xavier Dourado Fialho de Oliveira

Hélio Pancotti Barreiros

Jorge André Marques Bravo

José Carlos Lima Campos

Leandro Oliveira Costa

Mario 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 30 cmH₂O. 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 midazolan 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 cristaloidesque 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 metilicina

(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

Apenas uma outra chopada

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

O paciente agora permanece taquicárdico, 125 bpm, PA = 80 x 50 mmHg, FR = 25 irpm, interagindo com o examinador, algo letárgico. Queixando-se de dispneia. O médico de plantão indica intubação orotraqueal com tubo 8.5, sob protestos dos acadêmicos de medicina que alegavam estar o paciente em Glasgow superior a 9. Realizada sequência rápida com pré oxigenação 100% + Etomidato + Succinilcolina.

Cerca de 30 segundos após, houve miofasciculações generalizadas seguidas de apnéia e hipotonia muscular. Na sequência, realizada a intubação orotraqueal sem dificuldades e mantida a sedação com infusão contínua dripping de Midazolam. Também solicita prontamente exames de admissionais, entre eles: tipagem sanguínea e fator Rh, e solicita imediatamente 04 concentrados de hemácias ao banco de sangue. São solicitadas radiografias de coluna cervical, membro inferior esquerdo, tórax e bacia. A radiografia do fêmur esquerdo demonstrou uma fratura complexa, multifragmentada de diáfise femoral, confirmando a classificação de Gustilo e Anderson IIIA. O raio x de tórax revelou fraturas segmentadas de seis arcos costais à esquerda e pneumotórax simples. É indicada drenagem de tórax em selo d'água. Concomitantemente, a avaliação secundária do ATLS continua a ocorrer. Quando da

passagem do cateter vesical, pôde-se observar volumosa hematúria. A avaliação pelo eFast (Extended Focused Assessment with Sonography for Trauma) foi positiva. O paciente foi referido, então ao centro cirúrgico.

Submetido a anestesia geral balanceada venosa + inalatória para laparotomia exploradora foi identificada uma laceração hepática grau III, uma laceração esplênica grau II e lesão renal esquerda grau IV. O paciente foi levado a pós-operatório na UTI ainda intubado, sob ventilação mecânica em modo controlado a volume 6lm/kg (VCV), PEEP 5cmH₂O FiO₂ 50% FR 14 irpm sedado com Midazolam 2 mcg/Kg/min + Fentanil 1mcg/kg/h e Noradrenalina 0,5 mcg/kg/min devido à instabilidade hemodinâmica, onde evoluiu com insuficiência respiratória grave e falência no desmame do ventilador.

O raio-x de tórax no leito demonstrou diversas condensações distribuídas irregularmente pelo hemitórax esquerdo, nas primeiras 24 horas de pós-operatório. A partir do segundo dia, estas condensações espalharam-se por ambos os hemitóraces. Com a piora progressiva, houve mudança do modo ventilatório para (PCV) controlada a pressão, porém a ventilação mecânica se tornou extremamente difícil, exigindo-se altas frações de O₂ inspiradas e altas pressões de admissão no ventilador. Devido à instabilidade hemodinâmica, o manejo da PEEP se tornou bastante complexo. No sexto dia de internação, o paciente evoluiu para óbito. O médico plantonista solicita à enfermeira supervisora o formulário de declaração de óbito para que a família possa dar entrada com os procedimentos necessários ao funeral.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

Dois coelhos.

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

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

—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. Alexandro é liberado, e deixa o hospital ainda meio zozinho, sem saber o que fazer. Com muita dor na nuca e na 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 acordado, todavia, 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 Alexandro. Ele é levado para tratamento pós-emergencial na UTI. Apesar do tratamento, Alexandro e Jéssica falecem em 12 de Junho de 2014. O médico plantonista solicita à enfermeira supervisora o formulário de declaração de óbito para que a família de ambos possa providenciar o funeral.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

“Gordinha mais muito feliz”

Liz era uma linda mulher, do alto dos seus 32 anos, cabelos lisos longos, dourados, pele bonita, um ótimo emprego, um noivo apaixonado... enfim, vivia uma vida plena e feliz. Mesmo o fato de estar alguns quilos acima do peso ideal nunca atrapalhou em nada. Tinha uma alimentação razoavelmente equilibrada, mas não se privava de um bom churrasco ou feijoada. O seu noivo sempre dizia: “gosto de carne. Não quero saber de osso”. Certo dia, após uma alimentação pesada (almoço de negócios regado a costelas bovinas) apresentou uma forte dor no abdome, acompanhada de náuseas e vômitos, sendo necessário recorrer a um pronto-socorro.

Essa dor já 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 inchaço 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 05

“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. Era o temido rotatório de cirurgia.

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 3 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 1 dia com ela e nada melhorou. Sempre tive muita prisão de ventre, mas agora está pior. Minha barriga murchou muito pouco e 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. O abdome era globoso (bastante distendido) e doloroso difusamente, sem massas palpáveis. Timpânico difusamente, com Blumberg negativo e com peristalse diminuída. 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 17.800 leucócitos, sódio e potássio no limite inferior da normalidade, HT de 37% e rotina radiológica de abdome agudo mostrando “imagem do grão-de-café” (“patognômico”, pensou Marino). Não havia sinais de empilhamento de moedas, bordas em cremalheira ou apagamento da bainha do músculo psoas. 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 Pfannestiel, informação essa que pode nos ajudar muito com possíveis diagnósticos diferenciais . 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, 47 anos, que 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, vômitos e febre. Ele relata um episódio parecido com este atual, tratado com sucesso apenas com o uso de antibióticos e internação hospitalar por 5 dias. Não possui fatores de risco cardiovasculares ou pulmonares. Ao exame, apresenta-se com PA = 140 x 80, FC = 110, TAX de 38,5 °C. O abdome está moderadamente distendido, com sons de peristalse diminuídos, dor à compressão e decompressão do quadrante inferior direito, hipogástrico e quadrante inferior esquerdo do abdome. A rotina radiológica de abdome agudo e os exames laboratoriais foram solicitados no PS. O leucograma demonstrava 20.000 leucócitos com desvio para esquerda. A rotina radiológica de abdome agudo mostrou uma alça sentinela na região hipogástrica e poucos níveis hidroaéreos.

João Afonso então, visivelmente ansioso, falou: “Esses dois pacientes não mereceriam uma colonoscopia?”. Marino calmamente respondeu: “só se nós quisermos matar o senhor Geraldo, meu caro aluno. Já para a senhora Rosalina seria uma conduta interessante...”. Com a voz da experiência falou: “Acalme-se. Resolveremos um problema de cada vez. Em relação ao senhor Geraldo, vamos solicitar o exame padrão ouro para o diagnóstico. E no que se refere a dona Rosalina, acho que o tratamento clínico não vai resolver, porém sempre é bom iniciar com uma retossigmoidoscopia ou colonoscopia. Já deve haver translocação bacteriana e não quero perder tempo. Inicie antibiótico venoso para os dois e avise ao centro cirúrgico que podemos ter uma laparotomia exploradora. E avise também para a senhora Rosalina que há possibilidade da confecção de uma colostomia. É importante falarmos sobre iso antes do procedimento”.

Com já era esperado, o tratamento conservador para a dona Rosalina não deu certo. Foi levada ao centro cirúrgico e, após a cirurgia, 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 2. Proponho uma drenagem guiada por exame radiológico. Se der certo, posteriormente abordaremos esse paciente em melhores condições. Se não der certo, proponho um Hartmann.”

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

“Uma vida quase normal...”

Isaac Ben Solomon sempre foi uma pessoa com hábitos saudáveis. Desde a infância realizava atividades físicas regularmente, se alimentava bem e tinha uma vida quase normal. Quase, se não fosse pelo seu intestino. Por anos conviveu com um trânsito intestinal irregular, variando entre normal x diarreia, sendo que quando consumia alguns tipos de alimento (principalmente leite e derivados), apresentava episódios intensos de diarreia, com mucorreia e hematoquezia. Só que agora, aos 35 anos, estava em uma situação diferente. Após um Bar Mitzva, entrou em crise e adentrou o setor de emergência do Hospital Universitário de Problemópolis com quadro de parada de eliminação de gases e fezes, distensão abdominal difusa, febre, taquicardia, taquipneia e hipotensão arterial. As medidas iniciais para o suporte hemodinâmico e respiratório foram tomadas. A equipe havia solicitado uma rotina radiológica de abdome agudo, que mostrara um cólon transversal com diâmetro superior a 11 cm.

Considerado o diagnóstico, Marino havia orientado que João Afonso colhesse a anamnese do seu novo paciente. Com ar irônico e indagador, o *staff* fitou o interno, aguardando que o mesmo prosseguisse. - O paciente viveu, há décadas, em centro urbano próximo – continuou João Afonso. - “Tá” certo que a cidade fica na região do Vale do Paraíba, mas ele nunca morou em casas de pau a pique, nem conhece o barbeiro, muito menos foi hemotransfundido ou ingere habitualmente açaí ou caldo de cana. Em suma, ele não tem nada para doença de Chagas. Eu descartaria megacólon chagásico.

- E quem falou em doença de Chagas? – Argumentou Marino. – O único tipo de megacólon que você conhece é o chagásico? Marino decidiu ir com João Afonso para avaliarem o Sr. Isaac. Após as habituais apresentações, o médico perguntou diretamente: - O senhor já teve diagnóstico de colite?

Isaac Ben Solomon havia tido diagnóstico de uma de tais condições (colite) quando tinha cerca de 20 anos. À época, Isaac iniciara quadro de dor abdominal intermitente associada com diarreia. Segundo dizia, ao constatar uma massa palpável

em sua fossa ilíaca direita, um médico havia valorizado sua ancestralidade judaica, logo solicitando um exame endoscópico. Esse exame revelou a presença de ileíte terminal e alguns focos esparsos de colite, intercalados por áreas de cólon totalmente normal. O laudo do exame histopatológico mostrou que havia inflamação transmural, sendo detectados alguns granulomas. Isaac foi tratado com Mesalásina, Azatioprina e corticoide (sendo esse último descontínuo) até sua doença entrar em remissão. Ao longo dos anos, a doença de Isaac evoluiu com alguns momentos de exacerbação, com sinais de obstrução intestinal mecânica, situações em que foi tratado de forma conservadora, sempre procurando evitarem-se abordagens cirúrgicas desnecessárias. Foi submetido, em alguns períodos, a cursos de tratamento com ciprofloxacina e metronidazol; em uma ocasião, teve iniciado tratamento com agente imunomodulador biológico. Coursou, ainda, com importante doença orifical anal, sendo inicialmente tratado para hemorróidas de 2º grau - fez ligaduras elásticas. Evoluiu mais tardiamente com acometimento perianal característico da sua doença, sendo submetido ao tratamento adequado e mais indicado.

Nos últimos cinco anos, Isaac passou a ser submetido a colonoscopias anuais de controle, ocasiões em que múltiplos fragmentos de biópsia eram analisados quanto à presença e grau de displasia da mucosa local.

Havia 2 meses, Isaac Ben Solomon tinha decidido voltar a fumar; ficara nervoso, posto que, em consulta realizada com seu clínico, havia sido detectada a presença de espondiloartropatia soronegativa, uma das conhecidas complicações de sua doença. Nos últimos dias, o paciente voltara a ter uma exacerbação de seu quadro, desta vez com distensão abdominal, febre e queda do estado geral.

- Vamos tratar o abdômen agudo inicialmente de forma conservadora. Mas, Sr. Isaac, não está descartada a necessidade de uma intervenção cirúrgica. Temos que posteriormente investigar sua função hepática já que a associação com doença biliar é muito comum – concluiu Marino. Apesar do tratamento conservador corretamente instituído, a evolução de Isaac não foi satisfatória, tendo sido necessária intervenção cirúrgica de urgência.

- A única coisa que ainda me preocupa quanto a esta experiência clínica a que você está tendo acesso, João – disse Marino –, é que você não fique com a impressão de que a doença inflamatória intestinal é uma entidade patológica exclusiva de um

determinado grupo, seja étnico ou religioso. Embora os judeus Ashkenazi representem o grupo com maior risco relativo para a ocorrência da condição, isto apenas representa uma razão de chances. Em verdade, a maioria dos pacientes que já vi com doença inflamatória intestinal não tinha tal fator de risco. É mais ou menos o mesmo fenômeno que atribui uma relação inversa de risco entre tabagismo e retocolite...e não vai achar que cigarro faz bem, hein!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

8º Período Seminários de Clínica Cirúrgica.

No seu primeiro dia como interno na enfermaria de clínica cirúrgica, você examina quatro pacientes. O primeiro, Sr. Roberto, internado no leito 1, possui 48 anos. É moderadamente obeso e faz uso regular de bebidas alcoólicas. Ele se queixa de dor epigástrica e substernal recorrente, quase que diariamente nos últimos 04 meses. Relata piora dos sintomas quando em decúbito dorsal e após às refeições. Nega emagrecimento ou disfagia. À revisão dos sistemas, você percebe uma queixa de sibilos e rouquidão pela manhã nos últimos meses. Uma pHmetria prolongada e manometria esofágica estão programadas para este paciente.

Rivaldo, 48 anos, internado no leito 2, relata que apresentou por vários anos sintomas similares aos de Roberto. No momento, encontra-se em pós operatório imediato de gastrostomia. O paciente relata perda ponderal importante nos últimos 6 meses. Nestes meses, apresentou disfagia progressiva: primeiro para sólidos, depois para alimentos pastosos e, finalmente, não conseguia ingerir nem mesmo alimentos líquidos. A endoscopia revelou epitélio de Barret e lesão a 40 cm dos incisivos, impedindo a progressão do aparelho.

Outro paciente é Roosevelt, 55 anos, internado no leito 3 devido instabilização após endoscopia digestiva alta. Relata sintomas crônicos de dor epigástrica em queimação, cerca de 2 a 3h após a alimentação. Relata que a ingestão de leite melhora a dor. É tabagista e possui histórico de osteoartrose. Faz uso crônico de diclofenaco sódico e AAS. Você percebe, no prontuário, que o endoscopista visualizou uma úlcera Sakita A1 em bulbo duodenal e que o teste da urease foi positivo.

No leito 4 encontra-se Ronaldo, 31 anos, agricultor, atendido com plenitude gástrica, dor abdominal e vômitos pós-prandiais há seis meses, precedidos de sintomatologia dispéptica pouco intensa e mal definida. Queixava-se ainda de importante emagrecimento nos últimos meses, tumorações na axila esquerda e epigástrica de surgimento há 2 meses. Apresentava-se emagrecido, com adenomegalia generalizada de consistência endurecida e indolor, mais evidentes na região epigástrica (9 cm). A endoscopia digestiva alta demonstrou lesão antral úlcero-

infiltrativa com extensas áreas de necrose obstruindo completamente o piloro. A biópsia do linfonodo axilar revelou metástases de adenocarcinoma pouco diferenciado com padrão em células de anel de sinete.

Após a discussão dos casos com o médico assistente você vai para casa, decidido a estudar aprofundadamente quatro casos do dia.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

“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 6^a-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 09

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

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

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

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

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

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

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

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

Entraram, então, numa discussão sobre o papel do material genômico não transcrito e sua possível utilização como marcador fenotípico de transtornos

hereditários. Durante a discussão, acharam, inclusive, uma lógica entre o nome da paciente e os transtornos de que se aproximavam. Finalizaram reconhecendo que a paciente não possuía nenhuma das síndromes de câncer colorretal hereditário, nem as variantes associadas à polipose hereditário, nem um dos tipos de câncer colorretal hereditário não-polipose.

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

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

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

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

A dor

Rondineli vinha sentindo dores constantes no ombro esquerdo há vários meses. Já tinha ido a vários ortopedistas e todos davam o mesmo diagnóstico: bursite. Estranhamente, a dor não cessava com repouso ou com AINEs.

Certo dia, sua dor estava particularmente insuportável.

“O que está acontecendo comigo? Será que nenhum médico vai dar um jeito em mim?”

Tomou vários analgésicos por conta própria, num misto de raiva e frustração. No final daquele dia começou a sentir-se estranho. Não conseguia falar normalmente e apresentava dificuldade para movimentar o lado esquerdo do corpo.

“Não vai ter jeito. Vou ter de procurar o pronto-socorro.”

Os médicos da emergência examinaram o paciente atentamente.

“Há sinal de Babinsky à esquerda, bem como hemiparesia esquerda. A TC de crânio sem contraste demonstrou uma grande hipodensidade na região fronto-parietal direita. Parece que o senhor está tendo um AVE isquêmico”, sentenciou o médico.

“Me falaram que o fato de eu ter fumado durante toda a vida era um fator de risco para derrame, e que vão me tratar. Mas a verdade é que não fizeram nada para melhorar esta minha dor no ombro”, pensava Rondineli, frustrado.

Rondineli foi internado na UTI e após 3 dias teve alta para a enfermaria. Sua dor não diminuía, pelo contrário, tornava-se cada vez mais severa, de forma que Rondineli não possuía posição para deitar. O sono fugia. Rondineli começou a apresentar certa agressividade, o que afastava os profissionais de saúde, que permaneciam na presença do paciente o mínimo necessário.

E continuou internado por mais uma semana, enquanto os médicos pediam novos exames. Mas a dor nunca cessara, e essa era a causa do sofrimento de Rondineli.

Dessa forma, sua esposa, cansada de assistir à aflição de seu marido, telefonou ao velho amigo, Marino, médico que já estava aposentado, mas que era de confiança da família. Marino, embora já não trabalhasse mais, em consideração pela família, resolveu colocar o esteto no pescoço uma última vez.

Na verdade, aquela área hipodensa na tomografia do crânio não era uma hipodensidade comumente observada no AVE, por maior que fosse. Marino assustou-se ao perceber o edema digitiforme, com certo grau de desvio da linha média e pequenas áreas de hipodensidade, desproporcionais ao tamanho do edema. Rondinelli também apresentava miose e ptose palpebral no olho esquerdo.

“O mais importante é providenciar conforto para o Rondineli”, falou Marino, atenciosamente, com a esposa. “Vou prescrever morfina, corticoides e anticonvulsivantes. Vamos fazer outros exames para confirmar o diagnóstico. A depender destes exames e do P/S do paciente, poderemos decidir qual será a melhor conduta terapêutica, continuou.

Rondineli faleceu duas semanas depois. Faleceu em paz, pois já não sentia dor. As medicações prescritas por Marino aliviaram seus sintomas. A viúva também estava em paz. Telefonou para agradecer à assistência do amigo. Uma das frases que Marino falou ficou gravada em sua mente: “Homens, geralmente, não temem a morte. Homens temem a dor da morte”.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 11

“É preciso usar a cabeça, e pescoço”

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

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

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

Andressa foi encaminhada ao serviço de cirurgia de cabeça e pescoço do hospital. Os cirurgiões indicaram tireoidectomia total. Nos exames pré-operatórios, além dos exames tireoidianos já mencionados, também foram solicitados hemograma

completo, coagulograma, Na, K, Ca iônico, eletrocardiograma e Rx tórax, estes com resultados normais. (objetivo 9).48h após a cirurgia, a paciente começou a apresentar parestesia dos lábios e extremidades, evoluindo para tetania e laringoespasmo e parada cardiorrespiratória. Dr. Marino, chefe da UTI foi acionado e atendeu a paciente na enfermaria, de acordo com os protocolos do ACLS. A parada foi revertida, e a paciente transferida para UTI.

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA 12

O Evangelho segundo o PBL

Diz-se que o Messias, enquanto não volta, volta seus olhos para o Brasil. Talvez por remorso, pois criou uma terra maravilhosa: não tem furacão, não tem terremoto, nem tsunamis. Mas botou aqui um povinho... Por isso o Verbo veio às escondidas praticar aqui o que praticou na Galileia há dois mil anos atrás: a medicina. E nem foi pelo Mais Médicos! Passou com a nota mais alta do Revalida.

Entrou no hospital de Problemópolis e fez seu primeiro discípulo, João Afonso. Juntos resolveram enfrentar o diabo que é a fila do SUS.

O primeiro paciente da fila tinha uma pinta de mané. Chamava-se Manoel e possuía um nevo.

—João Afonso, lembra-te da regra do ABCD para o melanoma? — perguntou o Mestre ao seu discípulo.

—Mas Jesus! Tudo na medicina é abecedêêêêêê?! Que que é isso, meu Deus! Pra ser médico só precisa da escolinha?! — respondeu João Afonso, exasperado.

João pôs-se a examinar o nevo de Manoel. Percebeu que o mesmo possuía bordas irregulares, aspecto assimétrico, coloração heterogênea e diâmetro superior a 1,0 cm.

—Creio que teremos de fazer uma biópsia, Senhor — respondeu João, mais calmo.

—Sim, João. Observa o que te mando: a biópsia deve ser excisional. Observa o subtipo histológico, a espessura de Breslow, o nível de Clark, a presença ou não de ulceração e o índice mitótico. Depois vai e estadia a doença.

Um dos pacientes apresentava uma tumoração na virilha. O Senhor impôs as mãos sobre a tumoração e a reduziu. O paciente exclamou: — Senhor, tu me curaste? O Cordeiro respondeu: — Por ora, homem de pouca fé. Necessitarás de um procedimento cirúrgico para que este tumor não recidive!

Foram atendendo os pacientes, e a fila parecia desaparecer, como que por milagre. De repente, eis que aparece o pai de João Afonso, Afonso Carlos, 60 anos, que

veio visitar o novo médico de quem tanto falavam. Afonso Carlos trouxe os exames que seu próprio filho havia solicitado. Uma relação PSA livre/PSA total havia sido indicativa de biópsia guiada por ultrassom transretal. Adenocarcinoma prostático Gleason 6 (3+3), dizia a biópsia. Afonso Carlos perguntou, em lágrimas, à Estrela da manhã:

—Senhor, eu achava que era só hiperplasia benigna da próstata, mas agora vejo claramente que é grave! Quais são as minhas chances? — ao que o Leão de Judá respondeu:

—Anima-te, varão! Teus níveis de PSA total são baixos, o grau histológico te é favorável e tu não tens comorbidades!

Regozijaram-se todos, visto que o pai de João Afonso era candidato à terapia curativa.

Ao final da tarde, após duzentos e cinquenta e três atendimentos, o Nazareno começou a se sentir um pouco cansado. Assim, resolveu acelerar.

Um homem que jazia ressequido num leito de corredor do SUS havia dez anos foi trazido à presença do Cordeiro de Deus. Nem bem havia sido empurrado em sua cadeira de rodas através dos umbrais do consultório, Jesus ordenou:

—Homem, levanta-te, pega a tua cadeira de rodas e anda! — e o paciente assim o fez: levantou, pegou sua cadeira de rodas e saiu andando do consultório.

Quando saiu o homem que jazia no leito havia dez anos, perguntaram-lhe os outros enfermos, que aguardavam atendimento do lado de fora:

—E aí, como é esse novo médico? — ao que o homem que jazia no leito respondeu:

—Igual a todos os outros. Nem botou a mão em mim!

BIBLIOGRAFIA

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

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- 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.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- 1) ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv; BAKER, David L.; BAKER, Alexandra. Imunologia celular e molecular. 7. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2012. xii, 545 p.
- 2) BRANDÃO, Cláudio. Direitos Humanos e fundamentais em perspectiva. São Paulo Atlas. Recurso eletrônico.

- 3) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).
- 4) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012. Recurso eletrônico.
- 5) CARVALHO, Marcelo Gomes de. Suporte básico de vida no trauma. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora (LMP), c2008. 106 p.
- 6) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.
- 7) DI FIORE, Mariano S. H. Atlas de histologia. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- 8) DUDEK, Ronald W.; WILEY, John E.; AZEVEDO, Maria de Fátima; PIMENTEL, Márcia Mattos G. Genética humana básica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c2009.
- 9) FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002. 306p.
- 10) GUYTON, Arthur C. et al. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 1115p.
- 11) MACHADO, Angelo B. M. Neuroanatomia funcional. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. 363 p.
- 12) MARINS, João José Neves et al. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2006. 390p.
- 13) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.
- 14) NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS; AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: PHTLS - Prehospital Trauma Life Support. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2012. xxvi, 618 p
- 15) NETTER, Frank H. Atlas de anatomia humana. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, c2008. 548, [45] p
- 16) PHILIPPI JUNIOR, Arlindo; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Educação ambiental e sustentabilidade 2. ed. rev. e atual. Barueri, SP: Manole, 2016. xvii, 1004 p. (Coleção ambiental).
- 17) RIBEIRO, Darcy. O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil. São Paulo, SP: Companhia de Bolso, 2015. 435 p.

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

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- 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.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- 1) BRANDÃO, Cláudio. Direitos Humanos e fundamentais em perspectiva. São Paulo Atlas. Recurso eletrônico.

- 2) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).
- 3) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012. Recurso eletrônico.
- 4) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.
- 5) CORTEZ, Celia Martins. Fisiologia aplicada à psicologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 278p. Recurso eletrônico.
- 6) DI FIORE, Mariano S. H. Atlas de histologia. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- 7) DUDEK, Ronald W.; WILEY, John E.; AZEVEDO, Maria de Fátima; PIMENTEL, Márcia Mattos G. Genética humana básica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- 8) MACHADO, Angelo B. M. Neuroanatomia funcional. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. 363 p.
- 9) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.
- 10) NETTER, Frank H. Atlas de anatomia humana. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, c2008. 548, [45] p
- 11) PHILIPPI JUNIOR, Arlindo; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Educação ambiental e sustentabilidade 2. ed. rev. e atual. Barueri, SP: Manole, 2016. xvii, 1004 p. (Coleção ambiental).
- 12) PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica, 7ª edição. Recurso eletrônico.
- 13) PUCCINI, Rosana Fiorini; HILÁRIO, Maria Odete Esteves (Ed.). Semiologia da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 332p. Recurso eletrônico.
- 14) RIBEIRO, Darcy. O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil. São Paulo, SP: Companhia de Bolso, 2015. 435 p.

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

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- 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 Estratégias, 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.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- 1) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.
- 2) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).
- 3) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012. Recurso eletrônico.
- 4) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.
- 5) DI FIORE, Mariano S. H. Atlas de histologia. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- 6) FREITAS, Elisabete Viana de; PY, Ligia. Tratado de Geriatria e Gerontologia, 3ª edição. Recurso eletrônico.
- 7) 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.
- 8) LORENZI, Therezinha Ferreira. Manual de hematologia: propedêutica e clínica . 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Guanabara Koogan, 2011. Recurso eletrônico.
- 9) Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos. 2ª ed. - Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001. Recurso eletrônico.
- 10) MILLER, Otto. Laboratório para o clínico. 8.ed. 3. reimp. São Paulo: Atheneu, c2007.
- 11) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.
- 12) NETTER, Frank H. Atlas de anatomia humana. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, c2008. 548, [45] p
- 13) PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica, 7ª edição. Recurso eletrônico.
- 14) TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 4ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015.

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

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- 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.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- 1) Alves, Paulo Cesar de Carvalho; Da Poian, Andrea T.; Abrahão, Agessandro. Bases Moleculares - Em Clínica Médica. 1 ed. Atheneu
- 2) BAYNES, John W.; DOMINICZACK, Marek H. Bioquímica médica. 3. ed. Elsevier, c2011. 653 p.
- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Pé Diabético - Estratégias para o cuidado da Pessoa com Doença Crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 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 : o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.
- 5) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).
- 6) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012. Recurso eletrônico.
- 7) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.
- 8) CORDIOLI, Aristides Volpato. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5®. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Recurso eletrônico.
- 9) FREITAS, Elisabete Viana de; PY, Lígia. Tratado de Geriatria e Gerontologia, 3ª edição
- 10) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia Básica, 12ª edição, 2013. Recurso eletrônico.
- 11) 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.
- 12) LORENZI, Therezinha Ferreira. Manual de hematologia: propedêutica e clínica . 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Guanabara Koogan, 2011. Recurso eletrônico.

- 13) MELLO FILHO, Julio ;BURD, Miriam e colaboradores. Psicossomática Hoje, 2ª edição
- 14) MILLER, Otto. Laboratório para o clínico. 8.ed. 3. reimp. São Paulo: Atheneu, c2007.
- 15) MOORE, Keith L. Anatomia orientada para a clínica. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014. Recurso eletrônico.
- 16) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.
- 17) TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 4ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015
- 18) THALER, Malcom S.; BURNIER, Jussara N.T. ECG essencial: eletrocardiograma na prática diária. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 334 p. Recurso eletrônico.

5º PERÍODO CICLO DE VIDA – SAÚDE DA MULHER

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- 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.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- 1) BAYNES, John W.; DOMINICZACK, Marek H. Bioquímica médica. 3. ed. Elsevier, c2011. 653 p.
- 7) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.
- 2) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p.: il. – (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8) – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 131). Recurso eletrônico.

- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue : diagnóstico e manejo clínico : adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Recurso eletrônico.
- 4) BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce A.; KNOLLMANN, Björn C. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman, 12ª edição. Recurso eletrônico.
- 5) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).
- 6) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012. Recurso eletrônico.
- 7) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.
- 8) DUDEK, Ronald W. et al. Genética humana básica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 177p.
- 9) GUYTON, Arthur C. et al. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 1115p.
- 10) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica. 12. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2013. Recurso eletrônico.
- 11) KUMAR, Vilnay et al. Robbins e Cotran: Patologia: bases patológicas das doenças. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1592p.
- 12) 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.
- 13) LORENZI, Therezinha Ferreira. Manual de hematologia: propedêutica e clínica . 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Guanabara Koogan, 2011. Recurso eletrônico.
- 14) MILLER, Otto. Laboratório para o clínico. 8.ed. 3. reimp. São Paulo: Atheneu, c2007.
- 15) MOORE, Keith L. Anatomia orientada para a clínica. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014. Recurso eletrônico.
- 16) MOORE, Keith L.; Persaud, T. V. N. Embriologia básica. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 365p.
- 17) MORAES, Ruy Gomes de et al. Moraes Parasitologia e Micologia humana. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 589p.
- 18) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.
- 19) MURRAY, Patrick R. Microbiologia médica. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 979p.

- 20) OESTMANN, Jörg-Wilhelm; WALD, Christoph; CROSSIN, Jane. Introdução à radiologia clínica: da imagem ao diagnóstico. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 357p.
- 21) PORTO, Celmo Celso; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica, 7ª edição. Recurso eletrônico.
- 22) TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 4ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015.

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

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- 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.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- 1) BAYNES, John W.; DOMINICZACK, Marek H. Bioquímica médica. 3. ed. Elsevier, c2011. 653 p.
- 2) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme: condutas básicas para tratamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Recurso eletrônico.
- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: MS, 2002. 96 p. (Série

Cadernos de Atenção Básica; n. 8) (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 131). Recurso eletrônico.

4) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue : diagnóstico e manejo clínico : adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Recurso eletrônico.

5) BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce A.; KNOLLMANN, Björn C. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman, 12ª edição. Recurso eletrônico.

6) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).

7) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012. Recurso eletrônico.

8) CLOHERTY, John P. Manual de neonatologia. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2015. Recurso eletrônico.

9) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.

10) DUDEK, Ronald W. et al. Genética humana básica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 177p.

11) GUYTON, Arthur C. et al. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 1115p.

12) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica, 12. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2013. Recurso eletrônico.

13) KUMAR, Vilnay et al. Robbins e Cotran: Patologia: bases patológicas das doenças. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1592p.

14) LORENZI, Therezinha Ferreira. Manual de hematologia: propedêutica e clínica . 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Guanabara Koogan, 2011. Recurso eletrônico.

15) MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. Epidemiologia. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 685p.

16) MILLER, Otto. Laboratório para o clínico. 8.ed. 3. reimp. São Paulo: Atheneu, c2007.

17) MOORE, Keith L. Anatomia orientada para a clínica. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014. Recurso eletrônico.

18) MOORE, Keith L.; Persaud, T. V. N. Embriologia básica. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 365p.

19) MORAES, Ruy Gomes de et al. Moraes Parasitologia e Micologia humana. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 589p.

20) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.

- 21) MURRAY, Patrick R. Microbiologia médica. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 979p.
- 22) OESTMANN, Jörg-Wilhelm; WALD, Christoph; CROSSIN, Jane. Introdução à radiologia clínica: da imagem ao diagnóstico. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 357p.
- 23) PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica, 7ª edição. Recurso eletrônico.
- 24) PUCCINI, Rosana Fiorini; HILÁRIO, Maria Odete Esteves (Ed.). Semiologia da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 332p.
- 25) TAVARES, Walter. Antibióticos e quimioterápicos para o clínico: tabelas de consulta rápida. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2014.
- 26) TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 4ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015.

7º PERÍODO: CICLO DE VIDA – APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DO ADULTO E DO IDOSO

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- 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.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- 1) Alves, Paulo Cesar de Carvalho; Da Poian, Andrea T.; Abrahão, Agessandro. Bases Moleculares - Em Clínica Médica. 1 ed. Atheneu.
- 2) AZULAY, David Rubem; AZULAY-ABULAFIA, Luna. Dermatologia. 6. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2013. Recurso eletrônico.
- 3) BAYNES, John W.; DOMINICZACK, Marek H. Bioquímica médica. 3. ed. Elsevier, c2011. 653 p.
- 4) BONOW, Robert O.; BRAUNWALD, Eugene. Braunwald: tratado de doenças cardiovasculares. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2013. 2 v
- 5) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme: condutas básicas para tratamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Recurso eletrônico.

- 6) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.
- 7) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.
- 8) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e coinfecções / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 132 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Recurso eletrônico.
- 9) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue : diagnóstico e manejo clínico : adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Recurso eletrônico.
- 10) 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.
- 11) 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.
- 12) 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.
- 13) BONOW, Robert O.; BRAUNWALD, Eugene. Braunwald: tratado de doenças cardiovasculares. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2013. 2 v
- 14) BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce A.; KNOLLMANN, Björn C. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman, 12ª edição. Recurso eletrônico.
- 15) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).
- 16) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012. Recurso eletrônico.
- 17) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.

- 18) COSTA, Sady Selaimen da. Otorrinolaringologia: princípios e prática. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006
- 19) DANI, Renato. Gastroenterologia essencial. 4. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2011. Gastroenterologia essencial
- 20) GUYTON, Arthur C. et al. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 1115p.
- 21) HOFF, Paulo Marcelo Gehm; KATZ, Artur. Tratado de oncologia. São Paulo, SP: Atheneu, 2013. 2 v
- 22) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica, 12. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2013. Recurso eletrônico.
- 23) KNOBEL, Elias. Condutas no paciente grave. 3. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2010. 2 v.
- 24) KUMAR, Vilnay et al. Robbins e Cotran: Patologia: bases patológicas das doenças. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1592p.
- 25) LERMA, Edgar V. Current diagnóstico e tratamento : nefrologia e hipertensão. Porto Alegre AMGH 2011. Recurso eletrônico.
- 26) LORENZI, Therezinha Ferreira. Manual de hematologia: propedêutica e clínica . 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Guanabara Koogan, 2011. Recurso eletrônico.
- 27) MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. Epidemiologia. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 685p.
- 28) MILLER, Otto. Laboratório para o clínico. 8.ed. 3. reimp. São Paulo: Atheneu, c2007.
- 29) MOORE, Keith L. Anatomia orientada para a clínica. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014. Recurso eletrônico.
- 30) MOORE, Keith L.; Persaud, T. V. N. Embriologia básica. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 365p.
- 31) MORAES, Ruy Gomes de et al. Moraes Parasitologia e Micologia humana. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 589p.
- 32) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.
- 33) MURRAY, Patrick R. Microbiologia médica. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 979p.
- 34) OESTMANN, Jörg-Wilhelm; WALD, Christoph; CROSSIN, Jane. Introdução à radiologia clínica: da imagem ao diagnóstico. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 357p.
- 35) PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica, 7ª edição. Recurso eletrônico.
- 36) RIORDAN-EVA, Paul; WHITCHER, John; HÖFLING-LIMA, Ana Luisa; FARAH, Michel Eid. Oftalmologia geral de Vaughan & Asbury. 17. ed. São Paulo, SP: McGraw-Hill; Porto Alegre, RS: Artmed, 2011. xii, 463 p. Recurso eletrônico.

- 37) TARANTINO, Affonso Berardinelli. Doenças pulmonares. 6. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2007. Recurso eletrônico.
- 38) THALER, Malcom S.; BURNIER, Jussara N.T. ECG essencial: eletrocardiograma na prática diária. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 334 p. Recurso eletrônico.

8º PERÍODO: CICLO DE VIDA – APRESENTAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DO ADULTO E DO IDOSO

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- 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.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- 1) Alves, Paulo Cesar de Carvalho; Da Poian, Andrea T.; Abrahão, Agessandro. Bases Moleculares - Em Clínica Médica. 1 ed. Atheneu
- 2) AZULAY, David Rubem; AZULAY-ABULAFIA, Luna. Dermatologia. 6. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2013. Recurso eletrônico.
- 3) BAYNES, John W.; DOMINICZACK, Marek H. Bioquímica médica. 3. ed. Elsevier, c2011. 653 p.

- 4) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Doença falciforme: condutas básicas para tratamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Recurso eletrônico.
- 5) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.
- 6) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Recurso eletrônico.
- 7) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e coinfecções / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 132 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Recurso eletrônico.
- 8) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue : diagnóstico e manejo clínico : adulto e criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Recurso eletrônico.
- 9) BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce A.; KNOLLMANN, Björn C. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman & Gilman, 12ª edição. Recurso eletrônico.
- 10) CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2009. 871 p. (Saúde em debate v.170).
- 11) CARRIÓ, Francisco Borrell. Entrevista clínica. Porto Alegre ArtMed 2012. Recurso eletrônico.
- 12) CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Código de ética médica: e legislação dos conselhos de medicina. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2010.
- 13) COSTA, Sady Selaimen da. Otorrinolaringologia: princípios e prática. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006
- 14) DANI, Renato. Gastroenterologia essencial. 4. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2011. Recurso eletrônico.
- 15) DUDEK, Ronald W.; WILEY, John E.; AZEVEDO, Maria de Fátima; PIMENTEL, Márcia Mattos G. Genética humana básica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c2009

- 16) GUYTON, Arthur C. et al. Tratado de Fisiologia Médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 1115p.
- 17) HOFF, Paulo Marcelo Gehm; KATZ, Artur. Tratado de oncologia. São Paulo, SP: Atheneu, 2013. 2 v
- 18) Junior, RS; Salles, RARV; Carvalho, WR; Maia, AM. TRATADO DE CIRURGIA DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES - 2A. EDIÇÃO REVISTA E ATUALIZADA. Athreneu 2015.
- 19) JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica. 12. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2013. Recurso eletrônico.
- 20) KNOBEL, Elias. Conduas no paciente grave. 3. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2010. 2 v.
- 21) LERMA, Edgar V. Current diagnóstico e tratamento : nefrologia e hipertensão. Porto Alegre AMGH 2011. Recurso eletrônico.
- 22) 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.
- 23) LORENZI, Therezinha Ferreira. Manual de hematologia: propedêutica e clínica . 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: Guanabara Koogan, 2011. Recurso eletrônico.
- 24) MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. Epidemiologia. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 685p.
- 25) MILLER, Otto. Laboratório para o clínico. 8.ed. 3. reimp. São Paulo: Atheneu, c2007.
- 26) MOORE, Keith L. Anatomia orientada para a clínica. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2014. Recurso eletrônico.
- 27) MOORE, Keith L.; Persaud, T. V. N. Embriologia básica. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 365p.
- 28) MORAES, Ruy Gomes de et al. Moraes Parasitologia e Micologia humana. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 589p.
- 29) MORGADO, Flávio. Internet para profissionais de saúde. Rio de Janeiro, RJ: Ciência Moderna, c2008. 427 p.
- 30) MURRAY, Patrick R. Microbiologia médica. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 979p.
- 31) OESTMANN, Jörg-Wilhelm; WALD, Christoph; CROSSIN, Jane. Introdução à radiologia clínica: da imagem ao diagnóstico. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 357p.
- 32) PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Semiologia Médica, 7ª edição. Recurso eletrônico.
- 33) RIORDAN-EVA, Paul; WHITCHER, John; HÖFLING-LIMA, Ana Luisa; FARAH, Michel Eid. Oftalmologia geral de Vaughan & Asbury. 17. ed. São Paulo, SP: McGraw-Hill; Porto Alegre, RS: Artmed, 2011. xii, 463 p

- 34) SKINNER, Harry B., McMahon, Patrick J. Current : ortopedia : diagnóstico e tratamento. 5. Porto Alegre AMGH 2015. Recurso eletrônico.
- 35) TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 4ªed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2015