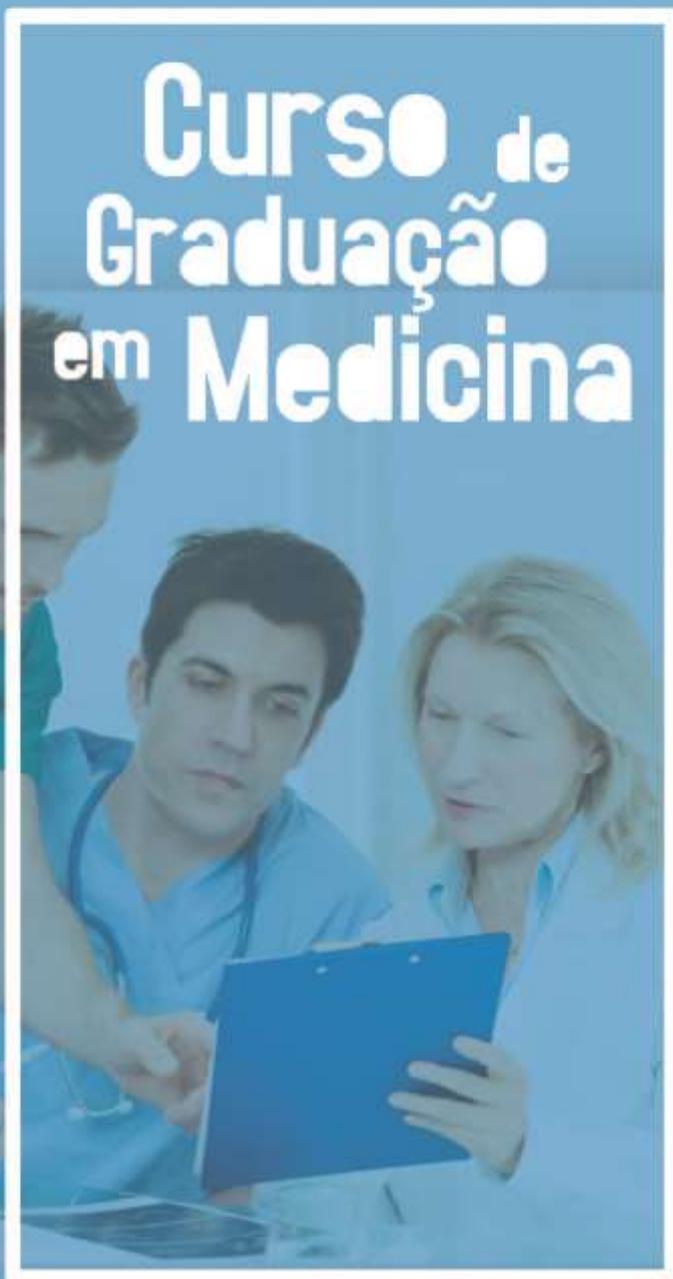


Caderno de Situações - Problema

II 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 –
Segundo Semestre de 2016 / Fundação Educacional Serra dos Órgãos. ---
Teresópolis: UNIFESO, 2016.
195f.

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 Britto
Andrea Santana Silva Moreira
Anielle de Pina Costa
Antonio José Magalhães da Silva Moreira
Augusto Cezar M. Pereira de Bastos
Bruna Salgueiro Bruno
Bruno Rodrigues Rosa
Carlos Luiz da Silva Pestana
Carlos Romualdo Barbosa Gama
Cláudia de Lima Ribeiro
Daurema Conceição Docasar S. Silva
Débora Passos da Silva Jones
Emilene Pereira de Almeida
Erick Vaz Guimarães
Flávio Antônio de Sá Ribeiro
Geórgia Dunes Machado
Geórgia Rosa Lobato
Gleyce Padrão de Oliveira Zambrotti
Hélio Pancotti Barreiros
Ingrid Tavares Cardoso
Jeanne D'Arc Lima Fontaine
João Maria Ferreira
Joelma de Rezende Fernandes
Jorge André Marques Bravo
José Carlos Lima Campos
José Eduardo da Costa Gyrcis
Julio Antonio de Carvalho Neto
Katia Cristina Felipe
Kátia Liberato Sales Scheidt
Leandro Oliveira Costa
Leda Jung dos Santos
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
Michelle Telles Bravo
Patrícia Araujo Correa Coelho
Paulo Cesar da Fonseca Coelho
Paulo César da Silva Tavares
Paulo Cesar de Oliveira
Paulo Freire Filho
Paulo José P. Camandaroba
Pedro Henrique Netto Cezar
Renata Barreto Marques
Roberto Luiz Hungerbüler Pessôa
Rosalda Motta Diniz de Moura
Rosiane Fátima Silveira de Abreu
Sheila da Cunha Guedes
Sueli Araújo Rodrigues
Thiago Badaró da Silva
Thiago Bretz Carvalho
Valéria Francisca do Nascimento
Vânia Silami Lopes
Walney Ramos de Sousa

Revisores

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

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	9
CAPÍTULO 1	10
SITUAÇÕES-PROBLEMA DO PRIMEIRO PERÍODO.....	10
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	11
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	13
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	15
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	17
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	19
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	21
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	23
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	25
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	27
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10.....	29
CAPÍTULO 2	31
SITUAÇÕES-PROBLEMAS DO SEGUNDO PERÍODO.....	31
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	32
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	33
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	34
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	36
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	37
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	39
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	40
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	41
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	43
CAPÍTULO 3	45
SITUAÇÕES-PROBLEMAS DO TERCEIRO PERÍODO	45
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	46
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02.....	48
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03.....	50
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04.....	52
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05.....	53
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06.....	54
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07.....	55
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08.....	57
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09.....	59
CAPÍTULO 4	61

SITUAÇÕES-PROBLEMAS DO QUARTO PERÍODO	61
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	62
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02	63
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03	66
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04	68
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05	69
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06	71
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07	72
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08	75
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09	77
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10	79
SITUAÇÃO-PROBLEMA 11	81
CAPÍTULO 5	82
SITUAÇÕES-PROBLEMAS DO QUINTO PERÍODO	82
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	83
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02	85
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03	87
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04	88
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05	90
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06	92
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07	94
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08	96
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08	98
CAPÍTULO 6	101
Situações-Problemas do Sexto Período	101
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	102
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02	104
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03	106
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04	108
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05	110
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06	112
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07	114
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08	116
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09	118
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10	120
CAPÍTULO 7	122
Situações-Problemas do Sétimo Período	122

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	123
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02	125
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03	127
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04	129
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05	131
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06	133
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07	135
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08	137
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09	139
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10	141
SITUAÇÃO-PROBLEMA 11	143
CAPÍTULO 8	145
Situações-Problemas do Oitavo Período	145
SITUAÇÃO-PROBLEMA 01	146
SITUAÇÃO-PROBLEMA 02	148
SITUAÇÃO-PROBLEMA 03	150
SITUAÇÃO-PROBLEMA 04	154
SITUAÇÃO-PROBLEMA 05	157
SITUAÇÃO-PROBLEMA 06	159
SITUAÇÃO-PROBLEMA 07	162
SITUAÇÃO-PROBLEMA 08	165
SITUAÇÃO-PROBLEMA 09	168
SITUAÇÃO-PROBLEMA 10	171
SITUAÇÃO-PROBLEMA 11	173
SITUAÇÃO-PROBLEMA 12	175
BIBLIOGRAFIA	177
1º PERÍODO : CICLO DE VIDA – CONCEPÇÃO E FORMAÇÃO DO SER E DESENVOLVIMENTO ATÉ 1ª INFÂNCIA	177
2º PERÍODO: CICLO DE VIDA – DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	179
3º PERÍODO: CICLO DE VIDA – VIDA ADULTA, SENESCÊNCIA E ENVELHECIMENTO	181
4º PERÍODO: CICLO DE VIDA – VIDA ADULTA, SENESCÊNCIA, ENVELHECIMENTO, FINITUDE E MORTE.....	183
5º PERÍODO CICLO DE VIDA – SAÚDE DA MULHER	186
6º PERÍODO: CICLO DE VIDA – SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	188
7º PERÍODO: CICLO DE VIDA – APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DO ADULTO E DO IDOSO	190

8º PERÍODO: CICLO DE VIDA – APRESENTAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DO ADULTO E DO IDOSO	193
--	-----

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

Carlos Luiz da Silva Pestana

Cláudia de Lima Ribeiro

Débora Passos da Silva Jones

Gleyce Padrão de Oliveira Zambrotti

Jeanne D'Arc Lima Fontaine

Jorge André Marques Bravo

Leda Jung dos Santos

Luis Claudio de Souza Motta

Roberto Luiz Hungerbüler Pessoa

Sueli Araújo Rodrigues

Vânia 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 e, para tanto, os estudantes são inseridos em cenários reais de prática tais como: creches e escolas de Ensino Fundamental, onde poderão trabalhar a segurança do paciente.

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, mas que neste momento, participariam realizando visitas técnicas às Clínicas de Famílias em outro Município. 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

Pontos de Vista

João Afonso ao sair da conferência sobre o Sistema de Saúde no Brasil, estava começando a se inteirar sobre o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBSFs). A rede municipal de saúde de Problemópolis tem cobertura de 40% para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) através de três UBSFs, três Unidades de média complexidade e da parceria com o setor privado com uma Unidade Hospitalar e, mais recentemente, com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

A inserção de João no curso de medicina ocorria com muito entusiasmo. Essa semana começariam as instrutorias de anatomia onde os planos e eixos do corpo humano seriam apresentados, além da anatomia de membros superiores, como também iniciarão as atividades nas creches com objetivo da saúde da criança e a rede que a envolve. Tudo muito novo para ele e seus colegas.

Além das temáticas trabalhadas na faculdade, João estava tão empolgado que ele queria entender todos os assuntos de saúde que o rodeavam e até Dinorah, sua passadeira, teve que lhe contar sobre uma palestra que ouviu sobre o Planejamento Familiar na UBSF que frequenta.

Dinorah sempre sonhou em ser mãe e, João, muito atencioso, sabia disso. Entretanto, também acompanhava as suas dúvidas. Dinorah tinha medo de engravidar e transmitir para seu filho algum defeito. João imaginava alguma célula ou tecido anormal. Temia pela saúde do bebê de Dinorah e a mesma, confiava em seu patrãozinho estudante de medicina que lhe pedia respostas sobre o assunto.

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

Após estes esclarecimentos e um beijo de gratidão, João seguiu para a faculdade onde foi recompensado com a coincidência do tema de estudo para o dia. A situação-problema aberta falava sobre o pensamento científico e o papel do homem na formação do ser. A SP também estimulava o grupo tutorial a elencar como objetivos de estudo o sistema reprodutor masculino, assim como a formação e o caminho

percorrido pelos espermatozoides. Empolgado, tentou correlacionar este tema com o trabalho na SP anterior e propôs, ainda no *brainstorm*, trabalhar as referências anatômicas das estruturas responsáveis pela estimulação hormonal para a produção dos espermatozoides.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 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 comparecera 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 compreender melhor a 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 sala Daniel sobre o ciclo menstrual. Daniel começou a falar sobre as alterações hormonais que ocorriam no ciclo, sobre suas repercussões no sistema reprodutor feminino 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 masculino, ainda não sabia o que seria um hormônio e como estes conseguem achar exatamente o local de ação em meio a tantos tecidos do organismo. 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 com a Renata, mas também em entender os novos assuntos que o rodeavam e o inquietavam. Já Daniel, inoculado pelos questionamentos, lembrou o evento do “Grande Acidente” e o atendimento pré-hospitalar efetuado, onde outro colega de turma “pagou mico” segurando tão errado pelo membro inferior da vítima simulada.

Caso fosse uma situação real, o colega seria o responsável por lesionar a artéria ilíaca direita da vítima.

Como já estavam quase chegando à festa, 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 se o assunto que o intrigava estivesse em um livro, não seria necessariamente a garantia de ser uma fonte devidamente atualizada. Tudo dependeria da hierarquia do tal “grau de evidência”, lembrou-se que ouviu isso de um veterano que estava preparando um trabalho para apresentar na Jornada de Pesquisa e Iniciação Científica (JOPIC). Um estudo observacional, um ensaio clínico, uma revisão sistemática, uma metanálise foram alguns exemplos de diferenças de investigações científicas citados pelo veterano, como última cartada para esgotarem o assunto. Em seguida, Daniel prometeu a João acompanhá-lo à biblioteca em outra oportunidade, pois tinha outros planos para ocupar sua mente naquele momento.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

As Reuniões do Grupo de Gestantes

Jéssica, adolescente de 16 anos, filha do casal Rondinelli e Maria das Dores, já apresentava alguns sinais de presunção de gravidez. Não queria acreditar, mas acabou por se submeter a um teste de farmácia que indicou 4 semanas de gestação. Se encheu de forças e foi procurar ajuda na UBSF de seu bairro. Atendida pela Dra. Sofia, foi recomendada coletar sangue para o exame de maior sensibilidade e, posteriormente, de posse do resultado positivo foi conhecer a reunião do grupo de gestantes.

Nesta primeira participação de Jéssica, membros da equipe da UBSF e estudantes de medicina estavam explicando as gestantes o exame diagnóstico de gravidez, a importância da primeira e das demais consultas do pré-natal e os exames de rotina que lhe solicitariam. Enfatizaram também a importância da suplementação com ácido fólico, no desenvolvimento embrionário. Foi como uma carta de boas-vindas para Jéssica, a novata do grupo.

Jéssica sabia que os exames incluíam as famosas ultrassonografias que, até então, ela esperava serem realizadas semanalmente para uma observação criteriosa do desenvolvimento do bebê.

Uma outra gestante do grupo, Rita, desmistificou as expectativas da Jéssica, onde afirmou que a USG não era realizada mensalmente 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 habitualmente tem sido associada ao vírus Zika.

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, além de oportunizar o trabalho de educação em saúde com as gestantes.

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, 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. Seguiram para o AAD com bastante objetivos de estudo. Nem sabiam se dariam conta de todos eles.

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 inteirar mais deste assunto, entendendo como seria a anatomia macroscópica do encéfalo normal e estruturas anatômicas correlacionadas.

Na UBSF, a temática da microcefalia ainda perturbava a mente e os corações de todos, inclusive a Jéssica, que é apenas uma adolescente de 16 anos de idade, cursando ainda o ensino médio e sem um emprego, que sempre pensava como seria sua vida e de seu namorado e pai do bebê, o Alexsandro de 17 anos, caso ocorresse alguma complicação com seu filho ainda no período gestacional.

Contudo, sua gravidez a deixava feliz. Sentia-se bem-sucedida por estar prestes a carregar o *status* de mãe. Foi orientada para se manter na curva do Cartão/Caderneta da Gestante; mas não tinha jeito! Praticava uma alimentação desregulada. Parecia que seu coração saía pela boca ao menor esforço, mas ainda assim continuava a ganhar peso.

Patrícia, com 24 anos, vivenciava uma realidade distinta de Jéssica, pois veio fechar com chave de ouro o ano de 2015: concluiu o curso de Arquitetura, se casou com o engenheiro Arthur e voltou grávida da viagem de lua de mel que fez pela Europa. A avó de Patrícia a considerava como uma provável 'boa parideira' por ser dona de uma "bacia grande" e com isso, Patrícia sentia-se confiante de poder realizar o parto por via baixa, seu maior desejo. As únicas queixas de Patrícia eram a frequente pirose e alguns episódios de dispnéia. Temia que isto implicasse em não fornecer oxigênio suficiente através da placenta para seu bebê.

Dra. Sofia atendia na UBSF e em seu consultório particular. Em ambos os cenários, preocupava-se em manter as gestantes tranquilas e esclarecidas quanto a todas as dúvidas expostas sobre a êmese gravídica, a pirose e outras modificações do organismo na gestação. Terminou a manhã atendendo Jéssica e, preocupada, solicitou um exame de tolerância à glicose para a adolescente em virtude do seu ganho de peso nos últimos meses, seguindo após o término de seus atendimentos para seu consultório no centro da cidade.

Enquanto isso, Patrícia já aguardava na sala de espera do consultório de Dra. Sofia, sua segunda consulta da rotina de pré-natal e tinha em mãos, alguns exames laboratoriais e uma USG-TV. Estava entusiasmada com as imagens do exame de *ecodoppler* de 20 semanas de sua gestação, o qual apresentava até a vascularização cerebral, e o polígono de Willis de seu bebê, conforme imagem a seguir.



Encontrava-se curiosa também em saber quais outros exames ainda poderia realizar para acompanhar o desenvolvimento de seu bebê. Até então, achava que o mais diferente era a tal ultrassonografia em 4D que frequentemente, era colocada em porta-retratos pelas mães orgulhosas e não via à hora de poder realizá-la.

Embora vivenciassem situações socioeconômicas bem diferentes, Jéssica e Patrícia aguardavam com entusiasmo a chegada de seus filhos para alegria de suas vidas e famílias.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

É chegada a hora!

Jéssica, já estava com 38 semanas de gestação, começou a sentir muitas dores na barriga e foi levada por sua mãe, Maria das Dores, ao hospital, pois Ronaldo estava chegando.

A médica residente Francisca a atendeu, e Jéssica só se lembrava da Dra. Sofia, como desejava que a mesma estivesse com ela também nesta hora. A residente, gentilmente colheu a anamnese da paciente, avaliou sua caderneta/cartão da gestante, procedeu ao exame físico e gestacional constatando a necessidade de sua internação, solicitou então, os exames laboratoriais complementares necessários para a internação da adolescente na maternidade.

Maria das Dores estava nervosa e não se conformava com a alegação de falta de estrutura, o que a impedia de acompanhar sua filha à sala de pré-parto.

O parto, realizado via baixa, pela residente de plantão transcorreu sem intercorrências. Ronaldo era um bebê nasceu saudável e foi avaliado pela pediatra Dra. Rafaela, logo após o nascimento. Jéssica também estava bem. A pediatra identificou que o bebê era a termo, com Apgar 9/10, pesando 3.250Kg e medindo 49cm, e registrou todas estas medidas na Caderneta de Saúde da Criança.

Jéssica ficou impressionada ao ver, ainda durante o exame físico, seu bebê urinando e evacuando. Dra. Rafaela explicou-lhe o que era o mecônio, e que o pequeno Ronaldo estava fazendo uma boa transição da vida intra-uterina para a vida extra-uterina, considerando todos os aspectos observados: a função renal, a hepática, a regulação da temperatura corporal, a respiratória e a glicemia e que a continuidade desse processo de dá com o início da amamentação.

Após o nascimento de Ronaldo, ainda no hospital, eram raros os momentos tranquilos da puérpera Jéssica que vinha sofrendo com cólicas durante as mamadas. Sua apojadura demorou e estava sendo muito dolorosa deixando-a tão à flor da pele, que pensou em substituir seu leite pelo de vaca e parar de amamentar, apesar das orientações que recebera no do Grupo de Gestantes e agora também no hospital pela enfermeira Camila Jones.

A jovem mãe recebeu informações sobre o tecido e glândula mamária, explicações sobre a ejeção do leite, da posição correta do bebê, da pega durante as mamadas, e sobre a importância da amamentação. Além disso, a enfermeira a orientava, enfatizando que a amamentação deveria ser por livre demanda, representando um tempo protegido e feliz entre ela e seu bebê e Jéssica procurava esclarecer suas dúvidas para que quando fosse para casa, continuasse a amamentar seu filho da melhor forma possível. Estava muito feliz com a chegada de Ronaldo e queria vê-lo crescer vigoroso e saudável.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

Uma Vida Nova!

Chegou o dia de Jéssica ter alta da maternidade e ir para casa com seu filho Ronaldo. Fato que a deixava ansiosa pela chegada de Alexandro, o pai da criança e seus familiares, porém, ainda estavam recentes em sua memória todos os momentos em que vivenciou na maternidade.

Ficou muito grata com o acolhimento recebido na maternidade do hospital candidato à certificação de Hospital Amigo de Criança. Não imaginava que estar internada em alojamento conjunto, fosse lhe trazer tanto crescimento e boas experiências com as outras pacientes, e também como a presença dos estudantes do Centro Universitário de Problemópolis fez a diferença. Os estudantes dos diferentes cursos da área de saúde que realizavam seus estágios curriculares orientavam acolhedoramente às gestantes e parturientes, proporcionando momentos de orientações, alegria e descontração também.

Jéssica lembrou-se da chegada do grupo de acadêmicos do “Programa Alegria” e como foi saudável e contagiante de energias boas para ela e todas as pacientes da enfermaria. João Afonso, estudante de medicina, participante do grupo ficou muito contente em revê-la e comprometeu-se em dar notícias de Jéssica para a Doutora Sofia, o que deixou a jovem muito feliz, pois estava ansiosa para mostrar seu filho e contar tudo para sua querida médica. Jéssica se recordava também das orientações da enfermeira Camila Jones quando a entregou uma pasta com a caderneta da criança e leu junto com ela alguns itens importantes para aquele momento.

Significativo para a jovem Jéssica foi que os acadêmicos do sexto período que fazem estágio na maternidade do hospital vêem os bebês, orientam às mães quanto à primeira mamada dos bebês e explicaram outros cuidados que a jovem deveria ter com Ronaldo, inclusive quanto ao agendamento das próximas consultas para ela e o filho na UBSF de sua área.

A amamentação seguinte representou uma oportunidade de reflexão para Jéssica que se recordava, com um sorriso discreto, os primeiros momentos de seu filho Ronaldo, considerado sem anormalidades no teste do reflexo vermelho e nos demais, mesmo apresentando uma perda de 10% do peso do nascimento e recebendo alta hospitalar

com 48 horas de vida, já que sugava muito bem. Outra recomendação dada na maternidade foi que Jéssica não deixasse de realizar o “teste do pezinho”.

Muitas das orientações chamaram a atenção da Jéssica: cumprir o calendário vacinal dos primeiros dois anos de vida, as que descreviam como seu leite - rico em imunoglobulinas, e a vacinação protegiam o sistema imune imaturo de seu bebê ainda com respostas inata e adquirida pouco desenvolvidas.

Outros momentos também vieram em suas recordações como no dia em que viu alguns estudantes veteranos fazerem perguntas aos calouros sobre o significado de alguns conceitos como: síndrome, transtornos, propedêutica, sinais, sintomas, epidemiologia, etiologia, e estes, não sabendo, ficavam curiosos. Jéssica também se recordava das explicações que ouviu sobre o 2º passo da ACI não ser uma punição e sim uma complementação e oportunidade de resgate dos conteúdos essenciais que não foram alcançados com suficiência em suas avaliações escritas. Jéssica desejava continuar seus estudos e gostou do que viu em relação aos estudantes e essa nova metodologia.

Suas lembranças foram interrompidas com a chegada de seus pais e de Alexsandro com flores para ela. Estava certa de que daqui para frente sua rotina iria mudar, mas que faria de tudo para que seu filho crescesse forte e saudável.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

Chiquinha Gonzaga (1847- 1935)

Nosso conhecido estudante de medicina, João Afonso, em seus raros dias de folga gostava muito de ler a respeito de grandes personalidades brasileiras e, no momento, estava lendo sobre Chiquinha Gonzaga.

Sua estória narrava o nascimento de sua filha e se referia a momentos de preocupação e cuidados com o binômio mãe-bebê. Dizia o texto que Chiquinha, apresentando excelente involução uterina e ótima cicatrização da episiotomia em sua primeira consulta pós-parto, demonstrava preocupação e carinho com sua filha.

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 por Chiquinha para o Cordão Rosa de Ouro do Andaraí, 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 Callado. Era um desafio se apresentar em festas acompanhada de Alice, em sua plena primeira infância, mas preocupada em ter sua filha separada 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 criança nesta condição após o nascimento.

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. João Afonso gostou do que leu e como acadêmico procurou correlacionar os acontecimentos na vida de Chiquinha Gonzaga, com os conteúdos vistos nas Instrutorias e nas situações problemas que havia participado e estudado.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

IETC na Creche e a avaliação do desenvolvimento das Crianças

João Afonso seguia o período letivo do curso de Medicina concentrado nos estudos. No momento, estava focado em correlacionar os marcos do desenvolvimento infantil aos fatos que observou em duas crianças da creche que estava frequentando na IETC desde o início do semestre. Era significativa para João Afonso que a educação infantil primeira etapa da educação, influencia no desenvolvimento físico, psicológico, intelectual e social da criança, complementando a ação da família e da comunidade. Percebia claramente que o lúdico possibilitava às crianças oportunidades do exercício de sua inteligência, da linguagem, da curiosidade e da socialização, propiciando possibilidades de interagir e resolver seus próprios atos e construção de sua autonomia.

A primeira delas era Joana, uma criança 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 Afonso, entusiasmado com as associações que fazia se lembrava do processo de maturação ontogenética e da mielinização das fibras nervosas. Ele associou as competências da menina ao desenvolvimento das estruturas do sistema nervoso relacionadas ao equilíbrio.

A outra criança era a Rafaela. Com 2 anos de idade, 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 Afonso, a associação com os núcleos da base do corpo estriado dorsal correlacionados à capacidade de realizar marcha adequadamente.

A linguagem e as habilidades motoras de Rafaela eram compatíveis com sua idade e, o controle dos esfíncteres também, por isso ainda usava fraldas. Ela era uma menina levada e intrigou João Afonso que refletiu sobre as temáticas que havia estudado recentemente, tendo Rafaela e os dados de sua Caderneta da Criança na memória: 90 cm de estatura, 10 kg de peso, 47 cm de perímetro cefálico, consonância com a sua curva de crescimento.

É... João havia sido capturado 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

Finalizando seu IETC e esperando as férias chegarem...

A mãe de Rafaela - a criança de 2 anos de idade que vocês conheceram na SP anterior - entrou na creche contando, orgulhosa, que sua filha já consegue controlar a micção. Incentivando a criança, a preceptora da IETC parabenizou-a e organizou uma pequena comemoração. Foi nesta hora que João Afonso chegou, avistando as duas divertindo-se e realizando alguns passos de dança coordenadamente. Observando a cena, o acadêmico percebeu que Rafaela dominava perfeitamente o movimento das pernas.

João Afonso ficou instigado à exercitar suas associações de neuroanatomia, tentando entender como os membros inferiores de Rafaela passavam a obedecer os impulsos neurais em resposta a comandos provenientes dos diferentes lobos cerebrais. Refletia sobre o que permitia que a criança tão pequena dançasse divertidamente.

Com suas tutorias e instrutorias do período, João Afonso já detinha a informação de que a coluna vertebral (era a chave de seus questionamentos, mas sabia pouco sobre ela, sobre o seu estranho formato, e muito menos sobre a medula contida na mesma – a qual colaborava de forma importante na condução do estímulo nervoso.

O jovem acadêmico de medicina estava envolto em seus pensamentos... Ficou parado, perplexo por alguns instantes, refletindo sobre a complexidade do Sistema Nervoso, e o quanto teria que estudar para compreender adequadamente a função dos diversos lobos cerebrais, das grandes vias motoras e sensitivas, além da importância das meninges e do líquido, da vascularização cerebral e dos ossos do crânio e de sua base. Ao retornar o olhar para Rafaela, que já se alimentava sozinha e socializava muito bem na creche com as demais crianças, brincando com seus amigos e dividindo com estes os seus brinquedos, compreendeu a importância desses conhecimentos para sua vida profissional.

Ao final do dia, João Afonso fez questão em se despedir da mãe de Rafaela para ter informações sobre a consulta feita pela mesma com a pediatra. A mãe o informou que a filha apresentava frequentes resfriados e infecções de garganta, acompanhados do aparecimento de caroços no pescoço.

Todavia, segundo a mãe, a pediatra de Rafaela afirmava tratar-se de uma menina saudável, com desenvolvimento neurológico e psíquico em pleno ritmo e que as intercorrências detectadas faziam parte do desenvolvimento imunológico infantil.

João Afonso saiu da creche estimulado, pois via muito significado na teoria dos temas discutidos em tutoria com o cenário da IETC, mas já começava a contagem regressiva para as tão sonhadas férias de final de ano...

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

Joelma de Rezende Fernandes

Luis Sérgio Lobianco

Maria Aparecida Rosa Manhães

Paulo Cesar de Oliveira

Paulo José P. Camandaroba

Rosiane Fátima Silveira de Abreu

Thiago Bretz Carvalho

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

Respostas que precisam ser ativadas

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

João Afonso, acadêmico de Medicina, junto com a Agente Comunitária de Saúde Inês, diante desta história de “baixa imunidade” e curiosos para entender o que estaria provocando essa reação iriam agendar e acompanhar uma consulta para Cauã com a Dra. Sofia, médica da UBSF.

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

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

Dra. Sofia, então, checou a caderneta de saúde atentando para o calendário vacinal de Cauã e verificou que existiam imunobiológicos com datas atrasadas. Ao final da consulta esclareceu todas as dúvidas de Maria das Dores, tranquilizou-a quanto aos “caroços” encontrados no pescoço e forneceu as orientações necessárias, inclusive para atualizar as vacinas na sala de hipodermia.

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

Após receber as devidas explicações, compreendeu o quanto essas informações seriam úteis para o seu futuro aprendizado na Medicina.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

“ Conversas em uma “sala de espera”. . .

Maria das Dores estava muito preocupada com seu filho Cauã, porque ele parecia sempre ansioso e com medo de tudo. Assim, procurou Dra Sofia que orientou uma avaliação com um neuropediatra fornecendo então, um encaminhamento para o ambulatório da especialidade.

Chegando na sala de espera Maria das Dores 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 seqüela. Ele ficou com uma hipoacusia leve e dificuldade de concentração. Maria das Dores ficou curiosa sobre como essa doença poderia dar esses sintomas.

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.

Finalmente, Dr. Américo, o neurologista, chegou com João Afonso, acadêmico que o acompanhava. Após anamnese e cuidadoso exame físico em Cauã, explicou à Maria das Dores que seu filho apresentava sintomas relacionados à uma área do Sistema Nervoso responsável pelas emoções. Mas como ainda era cedo para maiores preocupações, orientou apenas observar o menino e retornar para novas avaliações. Logo após a saída dos pacientes, Dr Américo perguntou a João Afonso quais seriam os prováveis locais das lesões de cada paciente, pedindo que ele descrevesse também se algum par craniano teria sido afetado em algum desses casos avaliados.

João Afonso ficou pálido e taquicárdico, pois não esperava ser questionado assim de repente. Percebendo a reação do acadêmico, Dr. Américo complementou:

- Aproveitando já que você está pensando nas respostas, me diga também que parte do Sistema Nervoso é responsável por essa sua reação adrenérgica?

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

As crianças sempre nos surpreendem.

Os pais foram chamados para uma reunião na escola de seus filhos, com a presença da Professora Teresa, da Psicopedagoga Márcia e da Dra. Sofia. Maria das Dores, mãe de Cauã, compareceu e percebia o burburinho de um grupo de mães que estava ocorrendo antes de começar a reunião. O assunto era sobre Jorge, um homem que estava presente na reunião, se ele seria o "pai" ou a "mãe" de Patrícia, uma das colegas de turma de Cauã, uma vez que Jorge, mantinha união homoafetiva com Samuel.

Incomodada com isso, Maria das Dores pensava: tantas coisas importantes para se falar em uma reunião de pais e estas pessoas ficam querendo saber da vida particular dos outros! Na minha opinião, não importa o tipo de família, mas sim, ter família!

Interessada em começar logo a reunião, Maria das Dores pede a palavra e comenta sobre o desenvolvimento de seu filho com as outras mães, com a psicopedagoga e com Dra. Sofia. Cita que Cauã tinha 5 anos e, apesar de sempre elogiar o gosto e o cheiro da comida e se alimentar adequadamente, sempre foi muito baixinho e magrinho. Embora seu pediatra tivesse dito que o seu crescimento estivesse dentro do esperado, mostrando a ela, inclusive, as anotações que fazia nos gráficos de desenvolvimento pôndero-estatural da caderneta de saúde dele.

Cauã falava frases completas e bem encadeadas, mas não sabia escrever seu nome nem ler.

Maria das Dores, enfim, falou que queria ver seu filho, no final do ano letivo, lendo, escrevendo tudo e fazendo 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 seu nome todo. Mas disse também, que a menina fica o tempo todo vendo televisão e falando sozinha com uma "amiguinha imaginária".

Dra. Sofia, acompanhada da professora Teresa, começou a explicar às mães, que estímulos deveriam ser aplicados para promover o desenvolvimento das crianças. Ela mostrou um desenho com o "Homúnculo de Penfield" mas as mães riram muito e confessaram que não entenderam nada "daquilo".

A professora, a psicopedagoga e a doutora explicaram que as atividades pedagógicas, por mais simples que sejam, estimulam sempre diferentes áreas do Sistema Nervoso Central, inclusive promovendo novas ligações entre os neurônios e desfazendo as ligações de células em desuso.

Para finalizar as profissionais enfatizaram que todo o trabalho de estímulo ao desenvolvimento realizado na escola, só teria sucesso se continuado em casa com o estímulo da família. Aproveitam o ensejo e reafirmam na roda de conversa: na família o importante é o suporte que a mesma fornece ao indivíduo, não importa o tipo de família, mas sim a segurança e o estímulo ao desenvolvimento que ela assegura ao ser humano. As mães saíram muito satisfeitas da reunião e comentaram:

- De uma coisa temos certeza, as crianças quando recebem estímulo e carinho, sempre nos surpreendem.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

Parece que as crianças vivem no mundo da lua

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 tem andado muito preocupada com 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 então, sugerir uma reunião na escola, com uma palestra para os pais, com um neuropediatra, sobre aprendizagem e comportamento das crianças nessa fase. Conta que uma vez, numa dessas reuniões, foi muito interessante. Recebeu vários conselhos das professoras, da pediatra e da psicopedagoga, de quando Gustavo era pequeno e estava na fase de desenvolvimento. Elas falaram até na arrumação do quarto em um conceito “Montessoriano”, que ajudou muito no desenvolvimento dos sentidos e na autonomia dele. Lembra também que uma das mães tinha pedido para seu filho ser trocado do fundo da sala para frente e a professora orientou ela levasse o filho ao Oftalmologista ao invés de trocá-lo de lugar.

Mônica se recorda de ter observado o caderno de Gustavo e notado que além de sua caligrafia ser boa, ele lia com facilidade, sem gaguejar. Ela acha que o problema dele é não lembrar do que estudava na época das provas. Pensa que se ele estudasse um pouco todo dia, talvez fixasse melhor que deixando para estudar em cima da hora. Por outro lado, lembrou também, que com frequência ela precisa falar várias vezes a mesma coisa não sabendo se ele não está ouvindo, se está distraído ou tem dificuldade de entender o que está sendo perguntado. Preocupada, Mônica fica pensando: será que Gustavo 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 pra aprender a ler? Como deve ser complicado desenvolver a sensibilidade dos dedos para entender o tal “alfabeto de cegos”. Outra coisa também: como eles conseguem andar sem se desequilibrar? 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 a sua preceptora - a primeira consulta: entram Márcia e seu filho Alexandre de 13 anos. Márcia relata com muita ansiedade que acha o pênis de seu filho muito pequeno, conta que ele fica horas na internet do computador do seu quarto, não gosta de sair de casa para nada e tão pouco se interessa por meninas. Ao examiná-lo, João Afonso percebeu que ele se encontrava no estadiamento G2P3 de Tanner com genitália de medidas normais, ginecomastia leve bilateral, lipomastia acentuada, IMC de 31 kg/m², PA de 120x80 mmHg e, verificando as medidas antropométricas prévias da Caderneta de Saúde do Adolescente, identificou que ele estava iniciando o seu estirão puberal com uma velocidade média de crescimento de 9 cm/ano. Após avaliar todos estes dados do exame físico realizado por João Afonso, Dra Sofia orientou Marcia 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.

João Afonso reflete então, que ainda precisa aprender muito sobre a fisiologia do corpo humano...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

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 dos movimentos 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 pelo Coordenador do Período para receber o resultado da primeira ACI. 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! É muita adrenalina!

Carol, sua colega inseparável, segurando sua mão comentou:

- 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 mais ainda com ela, porque sei que tem pressão alta. Uma vez ela foi parar no Pronto Socorro “desmaiada” e com uma arritmia no coração, depois de ter sofrido um assalto. Na ocasião, eu só consegui relaxar depois que fizeram um eletrocardiograma e o médico me tranquilizou dizendo que tinha sido apenas uma “taquicardia sinusal”, devido ao susto que ela levou. Ele me explicou que o coração dela acelerou tanto que faltou circulação adequada para o cérebro... daí ter ficado “desacordada”. Será que meu coração vai funcionar bem e manter ciclos adequados com tudo isso que estamos passando?

João Afonso a abraça:

- Calma Carol! Estamos só cansados! Vamos superar tudo, com certeza! Nós 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!

Carolina sorri e João Afonso conclui:

- Pelo menos é o que eu consigo lhe explicar com o conhecimento adquirido até agora. Você vai passar muito bem por mais essa! Esse é mais um brilhante diagnóstico do seu futuro cardiologista Dr. João Afonso – eu mesmo!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

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 falta de ar. Verônica foi buscar os medicamentos que costumava usar nessas ocasiões.

Passado uma hora e, apesar de ter feito uma nebulização, Samanta continuava com uma tosse úmida e persistente, com dispneia e agora com febre. Seus lábios estavam cianóticos e ela 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.

No decorrer da avaliação percebeu que Samanta apresentava taquipnéia com hipopnéia e na ausculta pulmonar notou a presença de sibilos difusos 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. Vou solicitar que sejam realizados de imediato 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”, tinha a sensação de que conseguia respirar profundamente e encher plenamente os pulmões e não tinha mais aquela impressão de “respiração incompleta”.

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. Por favor, veja se entendem a minha letra, para não comprar a medicação errada. Após o término do soro, ela será liberada. A receita deve ser cuidadosamente seguida até que ela seja atendida por um Pneumologista,

para uma revisão dos sintomas e uma avaliação mais adequada de sua função respiratória.

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

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

“Conselho de mãe deve ser seguido”

- Rafael, meu filho, você precisa ser mais educado à mesa. Já cansei de lhe pedir para comer mais devagar. Você parece estar sempre com pressa! Realiza todas as refeições de forma rápida, se entupindo de líquidos, sempre assistindo televisão ou com este celular na mão!

- Não é nada disso mãe. É que a minha turma está me esperando para jogar futebol!

- Não seja apressado, Rafael. Assim você nem sente o gosto da comida. Você precisa mastigar bem o alimento! Isto é importante para a digestão. Parece que você não tem paladar. Saboreie os alimentos... Ou será que você não gosta da minha comida?

- Claro que eu gosto, mãe! Você é praticamente uma “*masterchef*”! Quando eu entro na cozinha e você está preparando nossas refeições, só de sentir o cheirinho da comida, já vou ficando com água na boca. Ninguém faz um bife como você. Você é dez! Eu só não gosto quando você exagera nos condimentos. A pimenta do reino e o alho deixam meu estômago enjoado. Chega a me dar um pouco de azia.

- Pode deixar filho. Vou procurar não exagerar. Mas por favor, controle sua ansiedade na hora da refeição. Você comendo muito rápido pode engasgar e até vomitar. Eu já lhe expliquei sobre o refluxo gastro-esofágico que você tem desde pequeno e suas conseqüências. E outra coisa, eu acho que você tem exagerado com esta mania de comer em “*fast food*”! Tem exagerado nas batatas fritas e aqueles sanduíches cheios de bacon, queijos, maionese, além do refrigerante em excesso. Eu já notei que você tem apresentado diarreia, não é verdade

- Eu sei, mãe. Eu conversei com a minha professora sobre isso. Ela falou que não é doença não. É apenas uma alteração do tal peristaltismo intestinal. Você acredita que ela me disse que a digestão começa na boca!

- Rafael, você não acha que deveria ouvir a opinião da Dra. Sofia? Afinal, ninguém melhor que o médico para esclarecer essas dúvidas!

- Ok mãe, outro dia irei ao médico. Vou dispensar a sobremesa e correr para escovar meus dentes, porque já está quase na hora do futebol!

- Bom, uma última coisa, meu filho, você está jantando rápido agora para encontrar seus amigos e jogar futebol. Você acha que jogar bola depois da refeição é uma boa atitude? Pense nisso...

CAPÍTULO 3

SITUAÇÕES-PROBLEMAS DO TERCEIRO PERÍODO

Autores

Adriana dos Passos Lemos

Agnes Bueno dos Santos

Anamarina Coutinho Barros de Britto

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

Sueli Araújo Rodrigues

Thiago Badaró da Silva

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

Tudo poderia ser evitado...

Pedro, 42 anos, vinha desempregado há 2 anos, quando fora demitido da construção civil. Há pouco tempo conheceu o Sr. Valter, produtor agrícola, administrador de uma importante fazenda onde planta frutas, verduras e legumes – fornecendo para todo o comércio ao redor. Sensibilizado com a história de Pedro, Sr Valter, após breve entrevista, o contratou.

Já no dia seguinte, Pedro apresentou-se no novo serviço. Sr Valter mostrou-lhe a propriedade, as atividades a serem desempenhadas e os EPI, destacando a importância destes últimos. Por ser tudo muito novo, Pedro ficou bastante atrapalhado com toda aquela parafernália que necessitaria usar no plantio. A falta de compreensão sobre a importância do uso correto dos EPI, além do enorme calor daquele período do ano, fez com que Pedro deixasse de utilizá-los a maior parte do tempo, sobretudo quando estava sozinho. Aos poucos, os próprios colegas de trabalho o alertavam sobre a toxicidade dos inseticidas e os riscos que eles ofereciam. Entretanto, foram tentativas em vão.

Passados 10 meses, Pedro iniciou quadro de fadiga, que foi seguida de cefaléia, parestesias em membros superiores e inferiores, náuseas e vertigens. Tendo em vista as queixas estranhas e à nítida piora de rendimento do seu funcionário, Sr Valter o levou à UBSF de sua região. Lá Pedro foi prontamente recebido e atendido pelo Dr Joel, a quem confessou uso inadequado dos EPI's, inclusive quando manipulava o inseticida Malathion. Após exame físico minucioso, Dr Joel solicitou exames laboratoriais pertinentes solicitou que Pedro retornasse o quanto antes.

Duas semanas após, Pedro e Sr Valter retornam à consulta, já de posse dos exames complementares. Destaque para 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 não evidenciaram alterações Dr Joel, após avaliar os exames e correlacionar com a história de Pedro, estabeleceu nexos causais entre o problema apresentado e tipo de trabalho por ele desempenhado. Depois disso, consciente dos aspectos relacionados à segurança do paciente e gestão do cuidado em saúde, orientou que Pedro deveria ser

imediatamente afastado de seu trabalho e ser acompanhado a nível ambulatorial, onde receberia maiores cuidados Sr Valter, preocupado, quis saber do médico como ficaria a situação trabalhista de Pedro, ao que Dr Joel esclareceu que faria as devidas notificações cabíveis ao caso.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

Muita dor!

Domingo de sol, dia propício para bater uma bolinha com os amigos. Maikon, 18 anos, estava indo muito bem na partida, até que recebeu uma entrada forte de um oponente. No ato, o jovem caiu sobre o braço direito, onde se concentraram todos os seus cerca de 70 quilos. Logo o futebol foi interrompido! Maikon recebeu os primeiros atendimentos ali mesmo no gramado, sobretudo pelo colega Marlon, estudante do 3º período do curso de medicina. Diante do ocorrido e da nítida fâcies de dor intensa, Marlon suspeita de luxação do ombro e opta em levá-lo prontamente a UPA.

Na UPA Maikon foi atendido pelo Dr. Paolo, ortopedista, que procedeu com a semiologia do quadro algico de Maikon. Depois disso, fez o exame da região afetada, que já estava hiperemiada, edemaciada, quente e com antebraco em uma posição semiaberta por conta da força do impacto. Após descartar a ocorrência de fraturas por meio de exames radiológicos, Dr. Paolo confirmou a suspeita de Marlon, de luxação traumática do ombro. Procedeu então com a redução, auxiliado de anestesia e utilizando a técnica apropriada, prescrevendo em seguida um AINE.

Já em casa, naquela mesma noite, Maikon se queixou de frio, apresentou prostração e calafrios, deixando Maria das Dores, sua mãe, preocupada, A temperatura corporal estava 38,5°C. Assim que o dia amanheceu, Maria das Dores levou Maikon novamente à UPA, sendo que dessa vez atendida pela Dra. Marcela. Esta, após examinar o paciente minuciosamente, tranquilizou o jovem e sua mãe, dizendo que a febre estava relacionada com o acidente sofrido por Maikon e que ela se resolveria ao longo da utilização do AINE prescrito pelo colega Dr Paolo.

Assim que Maikon deixou o consultório, Dra. Marcela recebeu Mônica, 35 anos, branca, com intenso quadro algico em punho direito. Ela trabalhava como digitadora em uma editora da cidade e frequentemente comparecia à UPA pelo mesmo quadro. Mônica relatou que já havia reclamado das condições ergonômicas de seu trabalho para o seu gerente acerca de 6 meses, mas até aquele momento nada havia sido feito, gerando-lhe um estresse perene. Chegou a pensar em deixar o emprego, mas não o fez devido às “tantas contas para pagar”. Ao exame físico, Mônica apresentava o punho direito edemaciado (Cacifo ++/4+), doloroso à mobilização; o edema já prosseguia por

cerca de 3 meses e a dor piorou há 3 dias, após formatar e digitar um livro de 300 páginas para impressão nesse período. Dra. Marcela acalmou Mônica, prescreveu uma medicação para melhora dos sintomas e a encaminhou para o serviço ambulatorial de ortopedia, além de sessões de fisioterapia motora.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

O destino de Alberto...

Rondinelli e sua esposa, Maria das Dores, estavam conversando após o jantar, quando foram surpreendidos por gritos: - “Dona Maria, me ajuda!”. Era sua vizinha, Arlete, temendo sofrer mais uma agressão física do seu esposo, Alberto, novamente alcoolizado. Rondinelli estava comovido, e pergunta à vizinha: - “você já tentaram agendar um especializada ou ir num grupo de apoio?”. Chorosa, Arlete mal consegue contestar. Para piorar, Alberto está desempregado e sem auxílio do INSS há 1 ano. Sua rotina era ficar em casa durante o dia e ir para o bar à noite. Arlete alimentava a casa trabalhando como servente na UBSF do seu bairro e também improvisando faxinas e outros “bicos” na vizinhança.

Com a vida que vinha levando, Alberto não estava bem. Alimentava-se mal, perdeu bastante peso, ficava às vezes trêmulo e emocionalmente muito. Arlete observou que além desse quadro, o esposo vinha apresentando uma coloração amarelada nas escleras e episódios frequentes de epistaxe e Tentou convencê-lo a ir à médica da UBSF, porém, Alberto relutou e nunca quis ir. Até que Rondineli, sensibilizado, o pegou num período sóbrio, e convenceu-o a buscar ajuda.

Na UBSF, Alberto foi recebido de forma acolhedora pela Dra Kássia, que já sabia previamente da sua história. Durante a anamnese, ele falou muito pouco. Dra Kássia observa Alberto extremamente emagrecido, ictérico ++/6+, hipocorado ++/4+ e ao exame de abdome fígado à 4cm do rebordo costal direito, com sinal do Piparote positivo e edema de MMII (++)/4+). A médica então falou à Arlete:

- Vamos precisar internar o Alberto, pois o seu fígado parece estar bastante comprometido pela ação do álcool, o que prejudica a sua função e justifica uma série de alterações clínicas.

Alberto foi conduzido por uma ambulância até a UPA, onde foi procedida a solicitação de internação pelo plantonista Dr Luiz. Foi então colhido hemograma completo e provas de função hepática, com posterior transferência para o HCTCO. Já no hospital, foi solicitado uma ultrassonografia de abdome e aventado, no caso de necessidade, a realização ainda de uma tomografia computadorizada.

Apreensiva com todos esses fatos, mas, ao mesmo tempo, esperançosa, Arlete desabafa: “Sempre alertei ao Alberto que por bem ou por mal, um dia ia parar num hospital!”.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

Cochilou... o bicho pegou!

Sr Valter, que vocês já conhecem da SP 1, ainda nem se recuperou da aflição que o seu funcionário Pedro lhe deu, por conta da intoxicação desenvolvida, e agora estava de volta à UPA. Pois Firmino, 40 anos, também funcionário, estava de folga passeando pela propriedade quando resolveu, debaixo de uma árvore, tirar um cochilo. De repetente, sentiu uma picada no pé direito. Acordou assustado e deu um forte grito, chamando a atenção de um colega que passava por perto. Este se aproximou e viu rastejando no chão uma serpente, de cabeça triangular medindo cerca de 35 cm e cauda lisa, à qual conseguiu acertar com um golpe e matar ali mesmo no local. Sr Valter, acionado pelo colega – que fez um torniquete com um graveto e um pedaço de pano em Firmino, segue rapidamente, levando o colega e, inclusive, a serpente morta, para a UPA.

Na UPA, Firmino é prontamente recebido pelo Dr. Pedro, que ao ver as características da serpente morta dentro da caixa, logo percebeu do que se tratava. O médico retirou o torniquete e examinou o local da picada, onde havia a presença de edema do MID (++/4+), hiperemia e sangramento. Firmino estava agitado, pálido e suando muito, com epistaxe e PA aferida de 80x50mmHg. Dr. Pedro acionou então o laboratório para a coleta de um exame fundamental naquele momento e, em seguida, orientou a equipe de enfermagem para iniciar os procedimentos gerais e a terapêutica específica para o caso. Questionou acerca do calendário vacinal do paciente, informando-lhe que deveria ser internado para melhor avaliação. Feito isso, preencheu os formulários devidos para notificação.

Algumas horas após a eficiente conduta da equipe da UPA, já estável clinicamente, Firmino confidenciou ao médico: - Nossa, doutor! Eu já fui picado por aranha e até por escorpião, mas nenhum doeu tanto!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

Tudo culpa do despertador!

Rondinelli, 45 anos, trabalhava na construção civil. Todos os dias quem o acordava era sua esposa, Maria das Dores. Eis que um dia ela perdeu a hora do despertador...

Atrasado e um pouco estressado, Rondinelli, assim que chegou ao trabalho, acabou se desequilibrando e caindo bruscamente sobre alguns tijolos. Sentiu uma forte dor na região posterior do antebraço direito, que exibia ferida corto-contusa com sangramento importante. Rondinelli foi logo conduzido pelos colegas de trabalho à UPA, onde foi prontamente atendido pela Dra. Marina, que realizou os primeiros cuidados com sua ferida. Em seguida aproveitou para examinar se Rondinelli apresentava outras lesões cutâneas, tais como máculas, vesículas, pústulas, bolhas, pápulas e outros que tipos, as quais não estavam presentes no rapaz. A médica questionou ainda sobre sua situação vacinal para o tétano, ao que Rondinelli infere dose de reforço há 8 anos. Dra. Marina orientou Rondinelli a manter repouso por alguns dias para facilitar o processo de cicatrização da ferida, advertindo que a perda da barreira da pele o deixa vulnerável a infecções secundárias. Rondinelli fica satisfeito com o atendimento da médica, e deixa a unidade.

No dia seguinte, acompanhado do seu superior, Rondinelli compareceu ao serviço médico da construtora. Lá foi recebido pelo Dr. Sebastião, médico do trabalho, a quem explicou detalhadamente o acidente. Após examinar o paciente, o médico confirmou o acidente de trabalho, deu as instruções cabíveis ao caso, reiterando as consignações feitas na UPA pela Dra Marina. Já de saída, Rondinelli brincou com o médico:

- “É doutor... talvez o meu destino fosse outro se o despertador tivesse tocado!”

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

Uma vez Flamengo, sempre Flamengo!

Pedro, 32 anos, era apaixonado por futebol. Flamenguista fanático, ele sempre encheu a boca pra dizer: *“Flamengo é amor que não se mede!”* Certo dia, ele chegou a quebrar o controle remoto de sua tv após ver o seu time o decepcionar. Quem sofria com isso era a sua família. Sua mãe, dona Romilda, e sua irmã, Rita, viviam lhe dando conselhos sobre a necessidade de controlar suas emoções. Pedro agia de modo impulsivo, não respeitando nem mesmo amigos e vizinhos quando estava irritado. Quando calmo, nem mesmo ele sabia explicar suas atitudes. Era uma eterna luta de seu ID com seu Ego. Dona Romilda conta que, já na infância, era comum ser chamada na escola, pois Pedro era muito disperso. Todavia, ele sempre teve “memória brilhante”, sobretudo nos assuntos que traz interesse.

Há cerca três anos, em um jogo que foi assistir no maracanã, Pedro fez uso abusivo de bebidas alcoólicas e insistiu em voltar para casa dirigindo. No caminho sofreu um grave acidente, sendo levado para o hospital inconsciente (Glasgow 9), aos cuidados da Unidade de Terapia Intensiva. Ainda no hospital, refletiu sobre a necessidade em modificar o seu frenético estilo de vida.

De volta ao seu cotidiano, Pedro já estava diferente, quando descobriu que seu pai estava com uma doença muito grave. Infelizmente, este veio a falecer dias após. Os primeiros quatro meses foram de muita tristeza para toda a família. Dona Romilda chorava quase todos os dias, e se recusava a sair de casa, apesar dos apelos insistentes dos filhos. Aos poucos, próximo de cinco meses após o ocorrido, dona Romilda começa a retornar a vida normal.

Atualmente, Pedro, já com 33 anos, continua a torcer para o Flamengo. Porém, mais amadurecido, ele mesmo o define: *“- Torço com equilíbrio e sem fanatismo!”*

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

“Ouvi falar muito da senhora, Dona Rosalina!”

Dona Rosalina, 76 anos, vinha evolutivamente esquecendo-se das coisas. Sua filha, Maria das Dores, constantemente chamava sua atenção pelos inúmeros esquecimentos em seu cotidiano.

- “Mãe, quantas vezes tenho que dizer que a senhora não está mais prestando atenção nas coisas? Poxa vida, esquece de tudo!”. Ao que ela responde: “- Eu não me esqueci de nada, minha filha, você que anda me cobrando demais”.

Maria das Dores era filha única, e desde que o pai falecera, levou a mãe para morar com ela. Sempre cuidou com muito carinho e paciência da mãe. Entendia que ela estava em processo de senescência e por isso a convenceu se consultar com Dra. Larissa, médica da UBSF de seu bairro. No dia e hora agendados, Dra. Larissa recebeu Dona Rosalina com um belo sorriso: “- Ouvi falar muito da senhora, Dona Rosalina!”. Sentindo-se acolhida, Dona Rosalina retribuiu o sorriso e disse: “- Pois é, doutora. Não sei porque a gente envelhece!”

Com a palavra, Maria das Dores narrou algumas das intercorrências apresentadas pela mãe nos últimos tempos. 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 pelo telefone. Dra Larissa 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, a médica questionou se Dona Rosalina tomava sol com regularidade, ao que a paciente respondeu que não se sentia muito bem com o calor. A médica, então, começou a falar dos benefícios do sol no metabolismo ósseo. Neste momento, então, Maria das Dores relata que por duas vezes nessa semana a mãe caíra no tapete da sala e sua última Densitometria Óssea mostrara osteopenia.

- “E como andam as vacinas?” – perguntou a médica. 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. Larissa 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 atestando que era procuradora legal da mãe, visto que por vezes sentia-se cansada para ir ao banco receber sua aposentadoria: - “Não é muito, doutora, mas é o que me sustenta! Satisfeita com o atendimento, Dona Rosalina se despede da Dra Luisa: “- Até breve doutora, já vi que vamos nos dar muito bem!”

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

Saúde em primeiro lugar!

Rita e Romilda, 24 e 27 anos respectivamente, trabalhavam juntas como costureiras numa grande empresa. A produtividade era algo necessário para se alcançar um bom salário no final do mês. Por isso, era comum vê-las horas sem se levantar ou fazer um breve intervalo para comer algo ou mesmo beber água.

Certo dia, pela manhã, Romilda propõe um reflexão a respeito dos rins, ressaltando ter um tio com grave problema renal. – “O médico do meu tio disse a ele que tudo começou porque ele bebia pouca água, e que agora os seus rins filtram pouco o sangue”. Rita ficou pensativa, e retrucou: - “E o que o seu tio sente hoje?”. Romilda responde: - “Não entendo muito bem, mas está muito inchado. Está tomando até um diurético, mas mesmo assim diz que urina muito pouco”. Rita parecia atordoada, preocupada por ter ciência de beber pouca água também. Romilda então expõe: - “Meu tio disse que o seu médico do rim falou que seu sangue está ácido, mas isso eu não entendi muito bem, e também não sei se tem a ver com os rins”. Ainda mais tensa, Rita propõe Romilda a retornar aos trabalhos, afinal, existiam metas a se alcançar através da produtividade.

Ao final do dia, as duas funcionárias saem juntas. Por coincidência, Romilda recebe uma ligação do tal tio com “problema no rim”, que disse ter colhido hoje urina para fazer um exame de análise e que amanhã faria um ultrassom e outro exame de sangue para ver a função dos rins. Romilda aproveita o gancho, e confia à amiga: - “tenho acordado de madrugada muitas vezes com vontade de ir ao banheiro, quase sempre com dor e desconforto”. Relacionava o fato ao costume de, frequentemente, prender a urina durante o trabalho para não prejudicar sua produtividade. Rita, já um pouco mais a vontade no assunto, completa: - “Romilda, você precisa se cuidar! Ir ao médico, fazer exames de rotina e seguir orientações”. E surpreende a amiga ao refletir uma leitura que tinha feito naqueles dias: “li de um escritor chamado *Jim Brown*, que nós perdemos a saúde para juntar dinheiro, depois perdemos o dinheiro para recuperar a saúde”*. E encerra: - “precisamos trabalhar, mas cuidar da nossa saúde em primeiro lugar!”.

** “Os homens perdem a saúde para juntar dinheiro, depois perdem o dinheiro para recuperar a saúde. E por pensarem ansiosamente no futuro esquecem do presente, de forma que acabam por não viver nem no presente nem no futuro. E vivem como se nunca fossem morrer... e morrem como se nunca tivessem vivido”.*

Jim Brown

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

Antes tarde do que nunca...

Maria das Dores, 53 anos, estava com muitos problemas. Sua filha Jéssica, de 17 anos, estava grávida do namorado Diego; o filho Maikon, 18 anos, fora reprovado novamente no colégio; as constantes preocupações com sua mãe idosa Rosalina, eram rotina. E para completar, no último mês, fora despedida do colégio onde trabalhava como cozinheira. Por conta de tudo isso, Maria das Dores estava bastante ansiosa. Sua alimentação estava à base de doces, muitos salgadinhos e refrigerantes. Por consequência, teve ganho ponderal importante; perdeu várias roupas, apresentando aumento expressivo 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 dos vizinhos, deixando de fazer muitas das atividades que fazia no seu dia-a-dia. Além disso, sentia dores nos joelhos e na coluna lombar; e apresentava cansaço ao subir escadas e caminhar longas distâncias. Entendendo que a situação só piorava, Maria das Dores resolveu procurar a Dra. Kássia NA UBSF para uma avaliação.

A médica, que já a conhecia há muito tempo, recebeu-a com carinho:

- Resolveu me visitar, Maria das Dores? Até que enfim! Fico feliz! Temos muito para conversar...

Maria das Dores contou sobre o estresse constante em que sua vida se transformara e no aumento de peso que estava interferindo a 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: 1,62m e 96kg, calculando seu IMC; PA: 160x100mmHg e exame do abdome mostrando um formato globoso.

Dra. Kássia 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: 88mg%, colesterol total: 320mg/dl; HDL-CE: 28mg/dl; LDL-CE: 196mg/dl; VLDL: 60mg/dl, TG: 160mg%

(próximo da normalidade). 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 tranqüilizou, dizendo que estariam juntas nessa caminhada e que confiava no empenho de Maria das Dores para a reversão de todo esse quadro...

CAPÍTULO 4

SITUAÇÕES-PROBLEMAS DO QUARTO PERÍODO

Autores

Álvaro Henrique Sampaio Smolka

Anielle de Pina Costa

Erick Vaz Guimarães

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

“Como está o seu esquema?”

Josilda, 48 anos, após muitos anos sem realizar qualquer tipo de exame, após consulta médica na UBS, a médica alertou a necessidade da realização de exames periódicos, apesar da relutância da mesma devido a uma fobia de infância. Então no dia marcado para a coleta de sangue 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.

- Josilda, você tem alguma patologia?

- Por que? Responde Josilda.

- Porque precisamos saber do seu *status*.

Sandra muito preocupada questiona: Quais são meus riscos Lilian?

- 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 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, e pergunta a Sandra:

- Há quanto tempo foi o acidente?

- Não tenho certeza, acho que uma hora e pouco. Estou tão nervosa!

- É porque precisamos definir a PEP e começa a preencher os documentos.

Precisamos saber também do seu status sorológico e da paciente fonte.

- Dra Mônica, terei que tomar algum remédio?

- Depende se você vai se encaixar nos critérios e dos resultados dos exames. Se você precisar usar algum remédio lembre-se que não pode abandonar o esquema.

- Para finalizar, como está seu esquema vacinal?

- Ihh, Dra. Monica...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02 “Malditos Imunógenos”



06/07/2016 15h02 - Atualizado em 06/07/2016 15h02

Amigos são vítimas de ataque de abelhas durante trilha em Paraibuna

Amigos faziam trilha no Morro dos Remédios quando foram atacados. Eles foram picados cerca de 500 vezes; resgate levou 6 horas.

Do G1 Vale do Paraíba e Região

FACEBOOK TWITTER G+ PINTEREST



Abelhas atacaram amigos durante trilha em Paraibuna (Foto: Arquivo pessoal/Lutz Antonio)

Vale do Paraíba e Região

Criminosos estouram caixa eletrônico em Redenção da Serra, SP

Dupla é detida após ser flagrada com cocaína em...

Férias amplia procura por hotéis para pets em São José dos...

Motoneiro de bondinho é demitido por acidente com três...

Paraibuna +

São José dos Campos +

G1 primeira página

Retirado de: <http://g1.globo.com/sp/vale-do-paraiba-regiao/noticia/2016/07/amigos-sao-vitimas-de-ataque-de-abelhas-durante-trilha-em-paraibuna.html> em 06/07/2016 15h35

Um ataque de abelhas quase teve um desfecho trágico no último final de semana no Morro dos Remédios em Paraibuna (SP). Dois amigos que faziam uma trilha no local foram atacados por um enxame de abelhas - juntos, eles levaram cerca de 500 picadas.

O local tem vista para uma área verde e foram até o local para fazer algumas fotos. Na volta, o susto: eles encontraram um enxame de abelhas.

“Estávamos caminhando quando percebemos a nuvem negra e o barulho [das abelhas]. Elas não saíam de cima da gente. O Pedro se desesperou, correu e eu fui

atrás”, contou Luiz. O amigo é alérgico a picadas do inseto e ao tentar fugir, caiu de um barranco de cerca de sete metros de altura.

“Quando eu consegui chegar até ele, percebi que elas não tinham saído de cima e sabendo que era alérgico tentei proteger o pescoço e os órgãos vitais, abraçando o abdômen”, disse. O ataque só parou depois que ele acionou o sinalizador de fumaça que carregava na mochila. Foram cerca de vinte minutos de ataque que resultaram em 500 picadas. Apesar do esforço do amigo, Pedro levou 300 picadas e teve convulsões.

Pedro Piza teve convulsões, desmaios e perdeu a consciência depois do ataque.

João Afonso do 4º período lendo uma reportagem na internet sobre ataque de abelhas se interessou pelo assunto com a intenção de estudar melhor uma de suas competências a serem construídas no seu período, baseado no currículo integrado do Curso de Graduação de Medicina do UNIFESO. Convidou então alguns amigos para compreender as bases do sistema imunológico e apresentar esse material na JOPIC.

Juntou então Liz, Vanessa, Manuel e Ronaldo e dividiu suas ideias.

Gente estive pensando em usar essa reportagem para estudarmos o sistema imunológico tentando entender desde o momento da picada até as complicações clínicas.

Liz pergunta: Como assim?

Tipo você pode ficar responsável desde a entrada dos imunógenos e a liberação imediata dos mediadores e sua principal consequência.

Vanessa que adora estudar pode pesquisar sobre os tipos de hipersensibilidade. Ah, tá brincando João??? Quer que eu escreva sobre todos aqueles anticorpos?

- Claro Nessa. Você é super capaz. E acho que seria legal falar tudo direitinho porque isso é muito confuso.

Manuel lendo a reportagem comenta:

- Vocês viram que os bombeiros levaram 6 horas para o resgate completo? Então seria legal descrevermos todo tratamento feito no local.

Pô com certeza Manuel, isso é super interessante mesmo. Ah mas me deixa falar dos medicamentos? Pede Ronaldo. Show... você fica com o manejo farmacológico.

E eu vou falar do que eu mais gosto: Prevenção! Na matéria os bombeiros comentaram muito sobre isso.

Hum adorei a ideia... isso pode até gerar uma bolsa em...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

“A vida não para”

Inês, Agente Comunitária de Saúde (ACS), ficou sabendo que Arlindo, caminhoneiro conhecido, companheiro de 10 anos atrás de Josilda, estava internado no CTI muito grave com uma doença pulmonar causada por 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 está no CTI com AIDS! Dizem que é Pneumocistose. Josilda responde:

Tá de brincadeira?! Aquele galinha... só podia dar nisso mesmo. Mas eu não tenho nada! Hoje em dia essa doença nem existe mais... só nesses países da África... Pena que nem se morre mais disso pra aquele safado irlogo...

Eh Inês você terá que ir ao posto procurar Dra. Sofia para uma consulta. Você precisa fazer os exames.

Na consulta, Josilda conta para a médica sobre Arlindo e sua doença. Na propedêutica diagnóstica Dra. Sofia encontrou sinais, sintomas e uma história sugestiva. Com o resultado dos exames ficou confirmado o diagnóstico.

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 é assim que esse vírus circula, de forma silenciosa. E essa é a história natural da doença, responde Dra. Sofia. O que mais me preocupa é sua contagem de LT CD4⁺/CD8⁺ muito baixa.

Que horror! Isso tem tratamento ou eu vou morrer?

Claro que não vai morrer... 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.

Meu Deus Dra Sofia, como eu vou viver com isso? E como Pedro vai reagir a essa notícia?

Acho que talvez essa seja a parte mais difícil...

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 paitira.

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 futuro responderá.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

“Quanta preocupação”

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 produtiva, febre vespertina, anforese, dispnéia aos pequenos esforços, dor pleurítica e inapetência.

Dr^a Sofia faz o exame físico completo principalmente do pulmão que se mostra alterado, além de taquicardia e taquipnéia. Pede os exames de rotina e um RX tórax AP e perfil. 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 da TB em relação a quem não tem HIV.

- Você sabe que o Arlindo morreu de pneumonia né Dr Sofia, por causa do HIV. Estou com a mesma doença que ele?

- Não, o agente causador e as manifestações clínicas são diferentes. Meu Deus estou contaminando todo mundo lá em casa?!

- Calma Josilda. Infelizmente Pedro e todos os seus contactantes terão que vir a unidade porque temos alguns exames a fazer.

- Vou te encaminhar novamente à vigilância epidemiológica e com a estratégia DOTS sua adesão será maior. Lá você será orientada quanto a necessidade de usar alguma máscara e tudo sob o tratamento para interromper essa cadeia. 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. Isso não tem nenhum problema.

- Como sempre o meu maior problema é o Pedro doutora.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

“Parece mas não é...”

Drª Sofia hoje receberá os novos alunos do 4º período para contribuir com o atendimento dos pacientes da manhã. Ao chegar a unidade reúne os alunos presentes e chama-os para uma conversa.

-Bom dia pessoal. Seria interessante que vocês aproveitassem a UBSF para aprender a conversar com os pacientes, conhecer detalhes da vida dessa pessoa, treinar uma boa anamnese, colher uma boa história referente ao que traz o paciente ao atendimento, fazer um exame físico básico e depois juntos discutiremos o caso. Não se preocupem com diagnósticos. Isso não faz parte da competência do PPC do 4º período. Façam tudo baseado no que vocês estão aprendendo ao longo desses períodos na prática do LH, combinado?

Nossa primeira paciente chama-se Paula que está acompanhada de Marli, dona da quitanda. Vão todos para lá e organizem-se para conversar com a Paula e quando terminarem aguardo vocês para discutirmos. Depois vamos juntos para fazer o exame físico.

Algum tempo depois já com os alunos reunidos...

- Joaquim pode ser o interlocutor do caso? Pede Drª Sofia.

-Claro. O caso é simples professora... Paciente procurou atendimento devido a picada de mosquito.

-Joaquim, não me decepcione. Você está agindo exatamente ao contrário do que eu pedi.

Descreva o caso da nossa paciente.

Ah tá professora, mil desculpas. Trata-se de Paula, feminina, 19 anos, branca, residente no Rio de Janeiro há 2 anos, nasceu e morou até recentemente no Norte, vem a unidade devido ao surgimento de lesão puntiforme, eritematosa em região malar direita, com aproximadamente 18 meses de evolução. Nega prurido. Relaciona a lesão com possível picada de mosquito.

-Hum melhorou muito Joaquim... mais o que? Deixa que a Roberta continua...

-Ela nega qualquer doença ou uso de remédios. Nunca engravidou. Tem seus pais saudáveis. Reside em casa com 4 cômodos onde mora com seus pais e Raul seu

cônjuge.

Muito bem, esse aprendizado no LH com as professoras Regina, Sueli e Emilene sobre anamnese está sendo muito proveitoso. Camilla pode ir à recepção e pedir a Ana Neri para pegar algodão com éter e o kit do monofilamento. Você sabe o que é isso?

-Aprendi com a profª Mônica no LH que se usa para testar a sensibilidade no pé do paciente Diabético.

-Muito bom. Esse mesmo. Mas quero o kit todo.

Depois de um exame físico básico em Paula, Drª Sofia se atém a descrição da lesão para os alunos. Trata-se de placa de, aproximadamente, 1cm de diâmetro com bordos eritematosos elevados, pápula hiperocrômica na borda inferior, centro levemente deprimido e halo hipocrômico bem delimitado.

-Agora precisamos realizar um exame dermatoneurológico que é simples de ser realizado, mesmo em condições de campo.

A lesão mostrou-se anestésica ao teste de sensibilidade térmica. Então Drª Sofia pede licença a Paula e leva os alunos a uma outra sala.

Gente pode até parecer uma reação persistente à picada de inseto mas a nossa principal hipótese diagnóstica deve ser Hanseníase.

-Hanseníase? Os alunos se surpreenderam... Só de olhar a lesão a senhora pensou nisso?

Perguntou Letícia

-E essa doença ainda existe professora? Perguntou Joaquim.

-Toda lesão de pele deve ser testada quanto a sensibilidade. Não se esqueçam que estamos em um país endêmico, e esse dado epidemiológico é muito importante e não deve ser desprezado. Todo paciente que, ao seu exame, apresentar lesão de pele com alteração de sensibilidade, até que se prove o contrário, trata-se de hanseníase. Depois precisamos juntar com o conhecimento científico das manifestações clínicas e dos diferentes tipos de classificações da Hanseníase. Lembrem-se que 80% dos diagnósticos se fazem na anamnese e no exame físico.

-Nossa... Posso ter me contaminado ao examinar a lesão professora? Perguntou assustado Joaquim.

-Joaquim você vai buscar essa resposta na literatura e vamos discutir amanhã. Não só se vocês podem ter se contaminado, assim como ela pode ter se contaminado.

Temos que pensar nos contactantes da Paula também né?! Outra questão importante é entender porque o bacilo tem capacidade de infectar grande número de pessoas, mas poucas adoecem e por isso vocês achavam que essa doença nem existiamais?

-E quais os exames necessários para confirmar o diagnóstico professora?

Pergunta Joana.

-Boa pergunta Joana. Mas quem vai me responder são vocês também. Quais exames são indispensáveis ao diagnóstico? E quanto aos complementares, quais as indicações, como eles são realizados e as possibilidades de resultados.

Gente realmente foi uma manhã muito produtiva e de muito aprendizado. Agora preciso deixá-los porque preciso ir informar Paula e Marli sobre a doença e seu tratamento. Temos que fazer a notificação que é um ato importante para controlar e tentar eliminar adoença.

-Puxa professora, adorei... Queria tanto acompanhar esse caso...

-Fique tranquilo Joaquim, você a verá uma vez ao mês.

-Só mais um detalhe turma: vocês perceberam que ela não apresenta marca vacinal de BCG?

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 às 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

O Futebol dos Veteranos

O bate-papo dos médicos e acadêmicos na cantina do Hospital sempre rendia um aprendizado.

Discutiam fisiologia, quando André resolveu falar sobre o reencontro de um velho amigo:

... Pedro afinal cedeu. Não se reunia com nossa turma do colégio desde que mudara de cidade para se gabaritar profissionalmente, tornando-se um importante executivo. Após quinze anos sedentário, aceitou jogar novamente nossa pelada de domingo. O jogo seria especial, porque coincidia com a comemoração de trinta anos como ex-alunos. Dessa vez jogaríamos com o time veterano do antigo colégio rival, solicitando arbitragem de fora.

A comemoração seria perfeita havendo vitória. Como conhecíamos o temperamento irritável do Pedro, pedimos a ele que pegasse leve, porque além de sedentário, fumava um maço de cigarros por dia.

Quando o jogo começou vimos Pedro emocionado, talvez por estar com cinqüenta anos e jogando novamente com os velhos amigos. Logo estava à vontade e seu antigo temperamento ressurgiu. Não estava tolerando perder a bola ou receber passes errados. Irritou-se ainda mais porque não conseguia correr como antes, estava nitidamente dispnéico e alguns desequilíbrios denunciavam possível vertigem. Não adiantou pedir calma.

Faltando cinco minutos para o término do jogo, estávamos empatados e Pedro comete um pênalti. Não aceita a marcação, tornando-se pletórico, xingando muito, querendo briga e não permitindo a cobrança da penalidade. No auge de sua ira Pedro cai, aparentemente sem motivo.

Identificando a emergência da situação fui examiná-lo: agora estava pálido, com intensa dispnéia objetiva e bradiesfigmia. Revelava dificuldade para falar devido à intensa dor precordial constrictiva, irradiada à borda interna do membro superior esquerdo. Solicitei uma ambulância, avisando a Unidade Coronariana (UC) do Hospital para que o recebesse.

Regina, sua mulher, foi informando sobre a rotina de vida do marido ressaltando seu perfil colérico descontrolado, a sedentariedade e o tabagismo. Pedro sabia ser hipertenso há pelo menos oito anos. Inclusive seu último eletrocardiograma (ECG) e raios-x de tórax haviam revelado alterações cardíacas.

Comecei a pensar nos diversos fatores sistêmicos a contribuir para a hipertensão arterial e nas repercussões sobre as arteríolas e o coração. Havia ainda a considerar as descargas de catecolaminas provenientes das frequentes manifestações de raiva agravando todo o processo.

Para os colegas da UC o quadro clínico estava claro. O ECG e os marcadores específicos demonstravam os sinais de injúria miocárdica. Rapidamente o conjunto de medidas terapêuticas foi instituído. Pedro parecia melhorar. Eu permanecia preocupado.

Nas horas seguintes vi meus temores se confirmarem. As principais complicações imediatas que vocês conhecem foram detectadas pelo ECG, pondo em risco a estabilidade hemodinâmica do meu amigo. Felizmente houve reversão desse problema e ele está agora em franca recuperação.

Meu único conselho como médico e depois de toda preocupação foi: Pedro, cuide do seu endotélio.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

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 doutora? Estou me sentindo tão culpado por ter machucado minha filha.

- Calma Seu 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. Às vezes sinto uns choques.

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

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

- Ok. Vamos fazer alguns exames e ver melhor.

Algum tempo depois volta Dra. Talita ao Sr. Roberto.

- Seu 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 doutora!

- Não precisamos comer doces para desenvolver Diabetes. Ele surge por outros motivos. Mas não podemos comê-los paratratar.

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

- 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. 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 Seu Roberto...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 11

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 até matar.

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

Carlos Romualdo Barbosa Gama

Georgia Dunes Machado

Gleyce Padrão de Oliveira Zambrotti

Jeanne D'Arc Lima Fontaine

Julio Antonio de Carvalho Neto

Kátia Cristina Felipe

Katia Liberato Sales Scheidt

Lucia Cunegatto Guimarães

Renata Barreto Marques

Roberto Luiz Hungerbüler Pessoa

Valéria Francisca do Nascimento

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

A estreia no 5º período

Vocês chegaram ao 5º período e entre todas as novidades, uma, é que seriam escalados para o ambulatório de tocoginecologia do UNIFESO. Na sua estreia neste cenário de aprendizagem foram apresentados a Dra. Francisca.

Dra. Francisca recebe você, João Afonso e Daniel esperando despertar o interesse pela Saúde da Mulher; convidou-os a acompanhá-la no ambulatório, orientando-os quanto às questões éticas, humanas, sociais e emocionais envolvidas no atendimento destas.

Hoje no primeiro dia no ambulatório a Dra os aguarda. Já havia revisto sua agenda de trabalho e logo após recebê-los inicia o primeiro atendimento.

Vivian, 18 anos, é a primeira paciente. Ansiosa e cheia de dúvidas, vai logo dizendo:

- “Dra. O que está acontecendo comigo? Uso pílula há dois anos. Há três meses apareceu um corrimento amarelo esverdeado, com cheiro ruim e comecei a ter coceira ardência e dor nas relações.

- Sinto minha vagina úmida. Estou desconfiada de que peguei isso do meu namorado; será que foi dele?

- 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”. Isso não vai atrapalhar a minha menstruação que é muito certinha vem sempre no dia 13, sem falta.?

Após proceder a anamnese completa Dra. Francisca, solicitou que ela se preparasse para o exame físico. João pensou: - Nossa como é importante a anamnese, são várias 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 esverdeado de consistência fluida e bolhosa além de observarem o colo avermelhado.

Neste momento, intrigado com o que vê você pergunta: - colegas como será que se formam as bolhas?

Daniel também 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?

A segunda paciente do dia foi Juliana, 17 anos, que preocupada diz: - minha menstruação não vem há três meses, mas acreditava não ser gravidez, pois fazia métodos contraceptivos. Dra, e estas manchinhas, que apareceram depois do meu passeio na praia. Será que é a Zika? E se eu estiver grávida como será? Dando prosseguimento a consulta na história fisiológica informou T.M. 13/30/5, e referiu oito meses, com uso do método Ogino Knaus e condom.

Durante o 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, onde você questionou: - a partir de que idade gestacional conseguimos ouvir o BCF? A inspeção da genitália externa mostrou: vulva congesta e no exame especular, mucosa vaginal violácea (muito diferente da paciente examinada anteriormente).

A Dra Francisca então solicitou: - Comparem os exames realizados em nossas pacientes e procurem justificar as diferenças e procurem as relações entre as doenças causadas pela picada do Aedes Aegypti na gestação;

Ao término das consultas (e da manhã no ambulatório), além de tudo que vocês já haviam decidido estudar, Dra. Francisca exortou-os a revisitar a anatomia, a histologia do aparelho reprodutor feminino, e a fisiologia do ciclo menstrual.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

Que será que eu tenho, doutora?

Começa mais um dia no ambulatório. Neste dia vocês reveem Jéssica, conhecida desde o 1º período lá do Posto de Saúde da Família agora com 18 anos e seu mais novo namorado, Herbert 27.

Jéssica relata que seu ciclo menstrual continua o mesmo desde a menarca aos 12 anos, vem sempre de 35 em 35 dias, e dura de 4 a 5 dias e que há dois meses tudo mudou. A menstruação atrasou, o intestino sempre certinho está preso, saliva muito, tem queimação no estômago, e que o namorado reclama do seu humor, dizendo que está insuportável. Ele diz que não aguenta mais tanto choro e reclamação e ainda por cima os desejos de comer coisas esquisitas.

Dra, esta noite, começou uma dor em baixo da barriga e o sangramento que parecia uma “borra de café”, agora está vermelho vivo e a dor bem forte.

João Afonso comenta: – “Qual será o motivo da amenorréia da Jéssica e o que a está levando a essa amenorréia com dor e sangramento?”

Daniel responde: - amenorréia ou só atraso? Você propõe uma questão: - Será que pode ser gravidez? Se for, por que está sangrando? Vocês acham que ela gostaria de saber que pode estar grávida? Afinal ela não está esperando por isso, com esse namorado novo e de pouco tempo e o abandono no passado do Alexsandro...

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

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

O exame do tórax e abdome não mostrou anormalidades. O exame especular mostrou: sangramento vivo, com alguns coágulos no canal vaginal. O toque evidenciou útero amolecido, aumentado de volume compatível com a DUM colo permeável a um dedo em toda extensão.

Dra. Francisca após o exame físico de Jéssica expôs as possíveis hipóteses diagnósticas e solicitou os exames pertinentes, encaminhando o casal ao hospital. 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 como conduzir?

Dra. Francisca sugeriu que anotassem suas hipóteses buscando explicá-las e que buscassem a confirmação nos livros de propedêutica, fisiologia, ginecologia, obstetrícia e 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 6 semanas e uma dor hipogástrica importante que começou há duas horas acompanhada de mal-estar.

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.

Completado o exame físico, Dra Francisca solicitou os exames complementares pertinentes e a orientou sobre o quadro e a necessidade de interná-la de imediato.

Ao final das consultas reviu todos os casos discutiu todos os exames solicitados e as hipóteses dos estudantes. 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 seu grande medo

Passou-se oito meses do atendimento de Jéssica no ambulatório, com um quadro de abortamento inevitável. Vocês a recebem hoje na emergência do HCTCO.

Rapidamente vem à lembrança de vocês toda a conturbada história de Jéssica. Gesta III Para II Aborto I (há 8 meses), o desejo de não mais engravidar, os abandonos sofridos, sem falar nos seus pais Rondinelli e M^a das Dores, que há muito desistiram dela.

Logo após a alta do abortamento, Jéssica voltou a concentrar-se em viver o dia a dia, trabalhando e entregando-se ao seu amado Herbert, esquecendo de se precaver contra nova gestação, como lhe fora recomendado.

Mais uma vez engravidou! (Como desejou que suas suspeitas não se confirmassem). Não queria mais filhos, mas apesar do abandono de seus pais e do Herbert, assumiu a responsabilidade e frequentava o pré-natal irregularmente na esperança, de finalmente, conseguir a tão sonhada cirurgia para não mais engravidar. Tudo corria bem, embora por duas vezes tivesse que procurar o hospital (no 1º trimestre por sangramento via vaginal e no 2º por dor em baixo ventre).

Pelo relato do vizinho que a socorreu, Dra. Clara e vocês, ficaram sabendo que Jéssica acordou com muita dor e sangrando, achando que ia morrer.

Agora vocês a recebem assustada e ansiosa dizendo: - “por Deus! Dra me ajude! Não quero morrer e deixar meus filhos sozinhos.”

Dra. Clara, imediatamente solicita internação e vocês rapidamente revisam o cartão pré-natal cujos exames do primeiro trimestre mostram:

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

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

Os casais Pedro 24 e Rosa 22, Josué 32 e Laura 25 anos, são amigos desde a adolescência. Hoje saíram para comemorar uma grande notícia, suas esposas grávidas e com data provável do parto quase para o mesmo dia. – Nossa, isso é que é coincidência, a cegonha vir nos visitar quase no mesmo dia.

Rosa e Laura decidiram iniciar o pré-natal juntas e já no dia seguinte seus esposos iriam acompanhá-las à consulta.

Assim eles foram procurar por Dra. Francisca no ambulatório do HCTCO. Saíram após a consulta cheios de expectativa e com muitos exames a realizar, inclusive a tal ultrassonografia transvaginal.

Na segunda consulta uma preocupação sombreava a alegria de Rosa, descobriu ser Rh negativo. Nossa! Ainda por cima AB negativo. Precisava saber o tipo sanguíneo de Pedro!

Durante a consulta foi acalmada por Dra. Francisca, com explicações sobre seu grupo sanguíneo e fator Rh e como procederiam a seguir.

As consultas agendadas foram rigorosamente seguidas por ambas, que sempre marcavam juntas. Com 24 semanas receberam solicitações para dopplervelocimetria e TOTG. Nomes esquisitos e um deles desagradável – ingerir líquido doce em jejum. UFA! Colheita de sangue. Nossa! Que chato, comentavam as amigas no laboratório.

Agora vieram os resultados e preocupadas voltaram a Dra. Francisca Rosa pensava: – “Será que meu sangue é responsável por meu filho não estar respirando? O que o médico da ultrassonografia quis dizer ao falar da alteração nas minhas artérias? Não entendi nada! Mas como ele respira dentro da minha barriga? Impaciente aguardava a consulta com os exames nas mãos e lágrimas nos olhos. A internet piorou tudo com as “consultas” ao “dr Google”

Já Laura, também não estava nada bem pois se descobriu “diabética” durante a gestação. E se perguntava: O que vai acontecer? Meu bebê é diabético? Vai morrer disso? E eu? O que será de mim? Por que fui entrar naquele site de ajuda as gestantes... bem que Josué me avisou para parar com isso.

Eram tantas incertezas que angustiadas, não sabiam como ajudar-se e nem como consolar-se. Assim envoltas em seus pensamentos e sofrimentos aguardavam a médica. E como está demorando está espera...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

Tristeza na maternidade. Quem errou?

Maristela comemora a notícia da sua gravidez, já havia desistido de sonhar com este dia. Hoje descobriu-se grávida, buscou Pedro, seu esposo e contou-lhe a novidade: -“Teremos um filho, o nosso primeiro filho! Meu velho.”

Pedro 46 anos, pescador por profissão, emocionou-se e neste dia nem foi ao mar. Buscaram, ele e Maristela, a UBSF para acompanhamento pré-natal.

Maristela com 39 anos foi referenciada ao ambulatório de alto risco, onde conheceram Dra. Francisca para o cuidado pré-natal, pois se tratava de gestação com “grau de risco”.

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

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

Ao atingir a 32ª semana Maristela assustou-se quando percebeu que eliminava uma pequena quantidade de líquido, via vaginal, e pensou: - algo está diferente! O que será que esta acontecendo? Parece urina, e ainda está saindo um catarinho que parece clara de ovo! Isto é um corrimento? Ainda bem que hoje é dia de consulta. E se não fosse o que eu deveria fazer?

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

Alguns dias depois, durante o banho, Maristela assustou-se com a quantidade de água que saía de dentro dela, gritou por Pedro que de imediato a levou para o hospital. Lá foi constatado o diagnóstico sendo encaminhada a internação para dar-se início a conduta adequada.

Doze horas depois, Dr Vinicius assumiu o plantão. Durante a ronda, a enfermaria encontrou Maristela febril e sem que houvesse sido iniciada a cobertura antibiótica.

Tomadas as devidas providências, algum tempo depois Marcelo nasceu com APGAR 3/6/9.

Nas primeiras 48 horas, mãe e filho ficaram em isolamento com uso de antibiótico venoso até que a infecção cedesse, após este período, foram transferidos ao alojamento conjunto, com uso de antibióticos. Após 10 dias de cuidados Marcelo recebeu alta da enfermaria, junto com a mãe.

Maristela apresentou ingurgitamento mamário, pois teve dificuldade na amamentação, o que a fez não querer amamentar, problema que foi logo resolvido pela equipe da Obstetrícia e Pediatria, que incentivam o aleitamento materno exclusivo.

Na enfermaria, Maristela soube da morte de Laura uma gestante com a qual compartilhou as primeiras horas de internação. Laura internou por conta de “inflamação nas varizes”.

Quando estava para ter alta, entrou em trabalho de parto, que não evoluiu como o esperado levando-a a cesariana.

Somente no terceiro dia de puerpério Laura, incentivada por outra paciente por Claudia, levantou-se para ir ao banheiro. Em seguida, gemeu, sentindo forte dor nas costas, e desmaiou.

Claudia, assustada, gritou por socorro entrando em desespero.

Após a avaliação e socorro inicial ainda na enfermaria, viu sua amiga ser levada ao CTI, onde algumas horas depois o esposo foi informado do falecimento de Laura.

Ainda não refeita do choque, Claudia que muito triste aguardava o teste de HIV aguardava o teste de HIV, já que não o fizera antes, culpava-se pelo ocorrido, pois insistira para que Laura levantasse do leito, acusando-a de preguiçosa. Chorava incessantemente, deprimida, culpava-se inclusive por não ter feito o pré-natal e talvez também ser culpada por contaminar o seu filho, por isso recusava-se a sequer olhá-lo.

Seu quadro, porém, era muito diferente do de Eunice, uma puérpera que sem nenhum problema pessoal ou familiar, recusava-se a amamentar, olhar ou tocar seu filho, pois, chorava constantemente causando preocupação em seus familiares e colegas de enfermaria.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

As dúvidas... a espera... o medo... o que será de nós?

Os casais Pedro 24 e Rosa 22, Josué 32 e Laura 25 anos, são amigos desde a adolescência. Hoje saíram para comemorar uma grande notícia, suas esposas grávidas e com data provável do parto quase para o mesmo dia. – Nossa, isso é que é coincidência, a cegonha vir nos visitar quase no mesmo dia.

Rosa e Laura decidiram iniciar o pré-natal juntas e já no dia seguinte seus esposos iriam acompanhá-las à consulta.

Assim eles foram procurar por Dra. Francisca no ambulatório do HCTCO. Saíram, após a consulta, cheios de expectativas e com muitos exames a realizar, inclusive a tal ultrassonografia transvaginal.

Na segunda consulta uma preocupação sombreava a alegria de Rosa, descobriu ser Rh negativo. Nossa! Ainda por cima AB negativo. Precisava saber o tipo sanguíneo de Pedro!

Durante a consulta foi acalmada por Dra. Francisca, com explicações sobre seu grupo sanguíneo e fator Rh e como procederiam a seguir.

As consultas agendadas foram rigorosamente seguidas por ambas, que sempre marcavam juntas. Com 24 semanas receberam solicitações para dopplervelocimetria e TOTG. Nomes esquisitos e um deles desagradável – ingerir líquido doce em jejum. UFA! Colheita de sangue. Nossa! Que chato, comentavam as amigas no laboratório.

Agora passado um mês com os resultados nas mãos e preocupadas voltaram a Dra. Francisca Rosa pensava: – “Será que meu sangue é responsável por meu filho não estar respirando? O que o médico da ultrassonografia quis dizer ao falar da alteração nas minhas artérias e que o neném não está crescendo? Não entendi nada! Mas como ele respira dentro da minha barriga, por que não está crescendo? Impaciente aguardava a consulta com os exames nas mãos e lágrimas nos olhos. A internet piorou tudo com as “consultas” ao “dr Google”

Já Laura, também não estava nada bem pois se descobriu “diabética” durante a gestação. E se perguntava: O que vai acontecer? Meu bebê é muito grande por quê? Ele é diabético? Vai morrer disso? E eu? O que será de mim? Por que fui entrar naquele site de ajuda as gestantes... bem que Josué me avisou para parar com isso.

Eram tantas incertezas que angustiadas, não sabiam como ajudar-se e nem como consolar-se. Assim envoltas em seus pensamentos e sofrimentos aguardavam a médica. E como está demorando está espera...

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

Um médico: suas pacientes, dúvidas e soluções

Vanessa, 28 anos, busca atendimento hoje no ambulatório e dirigindo-se a vocês e Dra. Francisca diz: - Sou casada com Alan (36 a) há seis anos e assim que nos estabilizamos profissionalmente, decidimos ter um bebê, então há quatro anos, parei de usar pílulas, não tenho nenhum problema de saúde, só não consigo realizar meu sonho de ser mãe, será que isto tem a ver com minhas menstruações sempre atrasadas?

Queremos tanto engravidar e não conseguimos! Meu marido pensa em adotar um bebê! Por favor, descubram o que eu tenho e nos ajudem a ter um filho! Você comenta: - Me deu uma grande vontade de descobrir como ajudá-la. Vocês topam estudar o assunto, buscando a forma de investigar e encontrar uma solução? Na história fisiológica ela relatou TM: 12/28/5, sexarca há seis anos, parceiro único, uso de contraceptivos nos dois primeiros anos de casada.

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, e ao final a informa sobre os passos da investigação que serão seguidos.

Logo em seguida foi a vez do atendimento de Alaíde 29 anos que caminhava com facies de dor e logo após sentar-se diz: - Dra. Iniciei minhas menstruações aos 12 anos e desde o começo foram dolorosas. Com o passar do tempo ficaram piores. Me casei aos 20 anos e tive dois filhos na esperança de que tudo melhorasse. Minha mãe sempre dizia que: “depois que casar sara”. - Engravidei e acreditei que após o parto tudo melhoraria. Que ilusão! As dores menstruais estão cada vez mais fortes, agora até fora do ciclo. E ainda tenho 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 as menstruações, mas não tão intensas e persistentes como as dela. Daniel questiona: - O que mais pode causar dor em baixo ventre? Após exame físico minucioso Dra. Francisca solicita exames para confirmação de sua suspeição diagnóstica e prescreve analgésicos, agendando retorno para 15 dias.

Dando seguimento aos atendimentos foi a vez de reverem Josélia 45 anos, que logo ao entrar diz: - O que me trouxe aqui hoje é o aumento da minha barriga, o sangramento que vai e volta, e o peso forte no “pé da barriga

Dra Francisca a examina e constata: Abdome flácido, útero palpável dois dedos abaixo da cicatriz umbilical, doloroso a palpação em baixo ventre.

Ao toque: Útero aumentado de volume com massa irregular na linha média de mais ou menos 12 cm. Ao exame especular: sangramento via vaginal de média intensidade. 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!

Hoje no ambulatório vocês, junto com Dra Francisca, atendem em sua primeira consulta Marta 28 anos. Ela relata:

- Após um atraso menstrual de dois meses, acordei com dor embaixo da barriga e sangramento via vaginal. Há quinze dias tive um sangramento indolor que cessou espontaneamente. O sangramento de hoje veio com forte dor, e me trouxe preocupação. Eu já havia sido encaminhada pela minha dermatologista na última consulta por causa da acne e manchas escuras em alguns lugares do meu corpo que começaram a aparecer há alguns anos. E ao longo de dois anos ganhei mais ou menos 10kg. Sou casada desde os 20 anos, minhas menstruações não ultrapassam seis vezes ao ano, e pergunta: - É por isso que não engravidou? Meu marido e eu queremos muito um bebê, principalmente depois de um aborto há três anos que nos causou muita dor, será que esta acontecendo outra vez? Nossa vida sexual é plena e muito prazerosa... só nos falta um filho para a felicidade ser completa.

Na História fisiológica relatou: 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 impalpados, sangramento discreto em dedo de luva.

Enquanto Marta se vestia, Dra Francisca solicitou que a partir dos dados do caso vocês apresentassem e embasassem as possíveis 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 atenção recebidas, Marta retirou-se esperançosa prometendo retornar com os exames o mais depressa possível.

Dando continuidade aos atendimentos do dia vocês recebem Júlia.

Ela relata ter 53 anos e sua queixa está relacionada ao desconforto com a situação que ocorre desde a menopausa.

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 aos 18 anos. Gesta IV para III, 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 exames podem ser realizados para as hipóteses levantadas por vocês? E a partir destas como planejam prosseguir com a investigação e que tratamento devemos propor?

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

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

Carmem, 50 anos, vem hoje à consulta, relata luto há seis meses e que a dor ainda é muito grande.

Vitória, a filha que a acompanha à consulta e diz: - Dra! Desde que meu pai morreu a mamãe tem dificuldade para dormir e quando consegue acorda por conta da palpitação, do suor e calor, que é seguido de muito frio.

Além de viver triste e chorosa.

- Dra, estamos todos preocupados 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 identificar 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 28 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 ela 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 seu medo e angústia e responde: - está bem doutora, farei o que a senhora diz. Mas esse tal de psicólogo como pode me ajudar? E já na porta de saída diz: - Deus ajudou, minha avó, minha mãe e irmãs e também não há de me desamparar.

Após a retirada da paciente você pergunta, Dra.: precisamos saber qual o perfil epidemiológico das mulheres acometidas por patologias mamárias benígnas e malignas, a incidência de mastodínia na população feminina em geral e ainda o percentual de risco do câncer de mama em pacientes com esta história familiar de Madalena?

CAPÍTULO 6

Situações-Problemas do Sexto Período

Autores

Ana Paula Faria Diniz

Andrea Santana Silva Moreira

Anielle de Pina Costa

Augusto Cezar M. Pereira de Bastos

Daurema Conceição Docasar 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

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

O estresse dos primeiros meses de vida

Rita, de 25 anos, faxineira, saudável, casada com Pedro, 28 anos, lavrador, moradores em Problemópolis, fizera pré-natal na UBSF da sua comunidade com Dra. Sofia, comparecendo em 8 consultas no total, sem quaisquer anormalidades, exceto pelo uso de Fenitoína neste período. Fora internada com relato de “perda de líquido” há cerca de duas horas, o que configurou-se início de trabalho de parto. A pediatra de plantão refaz a anamnese, checa o cartão de Pré-Natal e observa que os exames e as sorologias de rotina foram negativas para infecções agudas; tipagem sanguínea (A+). Nega uso de drogas ilícitas. Solicita os exames de admissão, que foram negativos.

Cerca de 10 horas após a internação, nasce David, com boa vitalidade, APGAR 09/10. Diante disso, é colocado ao seio materno ainda na sala de parto. Após este primeiro contato RN-mãe, fora levado para realização de um exame físico primário onde não detectara-se nenhuma alteração. À seguir, 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 da DUM, classificado como AIG. Grupo sanguíneo A+. Rita e David foram liberados para o alojamento conjunto em aleitamento materno exclusivo.

No dia seguinte, com 18 horas de pós-parto, Rita queixara-se de “dificuldades para amamentar”, e de uma cor estranha nas fezes de David. David fora, então, examinado de forma minuciosa, incluindo avaliação da pega ao seio e exame das mamas da mãe. Apresentava-se hidratado, acianótico, eupneico, anictérico, porém hipoativo, não conseguindo sugar adequadamente, o que motivou solicitação da glicemia capilar do RN. Fora detectado ainda, presença de sangue no mecônio, confirmado pelo teste de Apt. David fora encaminhado para a unidade intermediária.

Com 42 horas de vida, David recuperara sua vitalidade, demonstrando isto pela boa sucção ao seio materno. Evacuações encontravam-se normais. Diurese presente. Ao exame físico deste dia, fora observado Icterícia, e perda de 6% do peso inicial. Foram colhidos exames para investigação e após o resultado, para alegria de Rita, não seria necessário, neste momento, qualquer intervenção. Somente acompanhamento e observação clínica.

Com 72 horas de vida, com vacinas administradas e com os exames de Triagem Neonatal realizados no Hospital dentro da normalidade, Rita e David receberam alta hospitalar com encaminhamento para a realização dos demais testes de Triagem na UBSF e com consulta agendada para o ambulatório de Puericultura 48 horas após a alta para reavaliação clínica. Rita comparece à esta consulta e Davi encontrava-se ativo, reativo, acianótico, anictérico, hidratado, eupneico e com Reflexos Primitivos presentes. Agora, com 30 dias de vida, Rita retorna com David para a consulta de puericultura. Ela não tem queixas, exceto pela preocupação de que, há cerca de dez dias, vem observando que seu filho “está ficando amarelinho de novo”. Observou também que “as fezes e a urina mudaram de cor”. Ao exame físico, Davi está muito bem, exceto pela Icterícia e pela alteração na cor das fezes e urina referida pela mãe. Dra. Elen informa à mãe a necessidade de internação para investigação e diagnóstico deste processo atual. Rita surpreende-se com a proposta da pediatra e revive os momentos de preocupação que passara nos primeiros dias de vida de David.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

Nascimentos imprevisíveis... futuros incertos...

Camila, residente de Pediatria, inicia seu ambulatório de follow-up, com um Lactente, que nasceu prematuro e foi acompanhado por ela, no período de internação no hospital-escola. Lembrava-se que fora chamada para atendimento de uma sala de parto, com uma situação preocupante: Eliane é fruto de uma relação extraconjugal de Paulo Ricardo e agora, com apenas 15 anos, encontrava-se em trabalho de parto vaginal, relato de perda de líquido amniótico há 18h e com 28 semanas de idade gestacional. Questionada sobre o cartão do pré-natal, informara que fora apenas a uma consulta e que não fizera nenhum exame solicitado. Negara uso de quaisquer medicamentos neste período. Negara também qualquer doença durante a gestação. Camila fora informada que as sorologias de admissão de Eliane estavam negativas. Cerca de 2 horas depois, Eliane dá à luz, por via vaginal, ao pequeno Murilo, prematuro, AIG, Apgar 6/9, foi reanimado na sala de parto com VPP + TOT. O histórico obstétrico revelara ausência de corticóide antenatal e antibioticoterapia profilática. Gesta I/0 e 0 aborto. Peso ao nascer: 1000g. Necessitou de apenas uma dose de medicamento para melhora da dinâmica respiratória. Permaneceu em ventilação mecânica por 42 dias e CPAP nasal por 7 dias. Não foi necessária a utilização de óxido nítrico. Evoluiu com Broncodisplasia Pulmonar, sendo utilizado corticóide até o momento. Fez uso de cafeína por 25 dias. Não apresentou episódios convulsivos durante essa internação. Após a realização de exames de imagem, observou-se discreto aumento de líquido extra-axial. Necessitou de Retinopexia a laser. Fizera uso de Ibuprofeno após a realização de um Ecocardiograma. Iniciado antibioticoterapia e exames solicitados evidenciaram Sepses Neonatal. Necessitara de transfusões sanguíneas, em um total de 5, além de uma transfusão de plasma fresco. Permaneceu em dieta zero por 7 dias, em nutrição parenteral por 9 dias e hidratação venosa por 15 dias. Dieta iniciada por SOG com leite materno ordenhado. Fora trabalhado com Fonoaudiologia e Fisioterapia. Teste do Pezinho sem alterações. Obteve alta com medicações e sugando ao seio materno após 60 dias de internação e encaminhado ao ambulatório de follow-up. Peso de alta: 2015g. PC: 32 cm. Estatura: 46 cm.

Neste mesmo dia, já no hospital-escola, Camila também tivera a oportunidade de acompanhar o RN de Mara, que nascera de parto cesáreo por sofrimento fetal agudo. Encontrava-se hipotônico, sem movimentos respiratórios, banhado em mecônio, Apgar 1/3. Após as manobras de reanimação neonatal, fora transferido para UTI neonatal. Com 6 horas de vida, a radiografia de tórax demonstrara o aspecto característico da aspiração meconial. Mantido em ventilação mecânica e iniciado antibioticoterapia. Evoluíra com movimentos tônico-clônicos, sendo adicionado mais uma medicação. Após 7 dias, seu quadro respiratório apresentara melhora, apesar disso a equipe está receosa sobre o futuro.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

O Plantão de Dra. Sofia

Solange, 35 anos, empresária bem sucedida e casada com Eduardo há 8 anos, curte seu primeiro filho, João, de 4 meses, assistindo a uma empolgante luta de judô das Olimpíadas. Até o momento, ele só apresentara, desde seu segundo mês, lesões pruriginosas e manchas na face (Objetivo 1: dermatite atópica: lesões eritematosas, papulosas ou pápulo-vesiculares, evoluindo para descamação com exsudato seroso que achava serem causadas pelos constantes beijinhos de Eduardo. Contudo, hoje percebeu que João não estava bem. Encontrava-se irritado, não aceitara as mamadeiras, apresentava “tosse e cansaço”, e, por vezes, alguma gemência. Sua babá lembrara que João apresentara “febre de 38°C há cerca de 72 horas e tosse há 2 dias”. Levaram-no para a Emergência, onde estava de plantão a onipresente Dra Sofia.

No atendimento de João, Dra. Sofia observara esforço respiratório, gemência expiratória e irritabilidade. Auscultara estertores subcrepitantes e sibilos difusos em ambos hemitórax e após medir a saturação de O₂, encaminhou-o imediatamente para monitorização, terapia inalatória contínua com macronebulização de O₂ e nebulização com beta-2 agonista como prova terapêutica. As alterações da radiografia de tórax e do hemograma foram compatíveis com sua principal hipótese diagnóstica, mantendo tratamento já iniciado. Solange nesse momento fala que tudo era sua culpa porque nunca lhe havia oferecido o peito. Dra. Sofia, pacientemente, concordara com Solange e ratifica a importância do aleitamento materno para evitar doenças. Porém, agora, a prioridade era internar João, devido ao seu quadro clínico. Solange refere que é “alérgica” e pergunta à Dra. Sofia da possibilidade de seu filho também ser. Lembrar do aleitamento materno como fator protetor decisivo. Dra. Sofia explica o mecanismo da atual doença, e o que pode advir de tal infecção. No momento, a preocupação era deixá-lo bem. Com o acompanhamento no consultório do Pediatra, suas dúvidas seriam esclarecidas.

Quando estava acabando de fazer a prescrição de João, entrara desesperada na emergência Amanda com Rafaela, sua filha, em seus braços. Rafaela, de 5 anos, encontrava-se com estado geral comprometido, torporosa, gemente, hipotensa, com edema importante de face, exantema eritematoso maculopapular vesicular

confluyente, principalmente em tórax e pescoço, múltiplas lesões em alvo e sinal de Nikolsky presente. Bastante preocupada, Dra Sofia rapidamente chamou o plantonista do CTI pediátrico, Dr. Hélio, para ajudá-la. Logo que chegou, Dr. Hélio perguntou a Amanda se Rafaela fizera uso de alguma medicação. Amanda respondeu prontamente que sua filha usava, de forma contínua, montelucaste comprimido e Seretide aerossol porque ela tinha “asma”. Refere uso recente de uma “pomada” para herpes labial. Amanda fez questão de contar aos médicos que, ela mesma, antes dos seus 2 anos, apresentara inúmeros episódios de “urticária e inchaço no rosto” quando ingeria leite de vaca e seus derivados. Certa ocasião, por conta destes alimentos, fora parar em um PS, com “falta de ar e pressão baixa”. Dr. Hélio, associando tais dados e certo de tudo o que poderia ocorrer, transferiu imediatamente a menina para o CTI.

Por fim, Dra Sofia atende Rômulo de 8 anos com sua mãe Juliana. Rômulo apresentava tosse produtiva persistente, fala entrecortada, esforço respiratório importante e cianose labial. À ausculta pulmonar, percebera murmúrios vesiculares diminuídos difusamente, sem sibilos ou crepitações. Dra Sofia inicia tratamento e questiona à mãe se Rômulo faz alguma medicação de uso contínuo. Juliana fala que sim, porém de forma irregular, uma “bombinha”, que não se recorda do nome. Informa que desde 1 ano, Rômulo apresenta, além dessas crises, “coceira nos olhos e no nariz e fungando também o nariz”, mas “nunca acertou com médico nenhum” e, inclusive, fora até investigado a possibilidade de outras doenças. Dra Sofia inicia medicações e monitora Rômulo com cuidado. Após uma hora, reavalia o menor, que encontrava-se melhor com saturação adequada para liberação. Então, prepara a prescrição para uso domiciliar e recomenda tratamento regular para evitar sequelas. Depois destes atendimentos, Dra. Sofia, merecidamente, termina seu plantão e só pensa em descansar, assistir as Olimpíadas e pegar alguns Pokemons.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

Muitas preocupações...

Rondineli e Maria das Dores, estão preocupados com Cauã, seu filho caçula, de apenas 6 anos. Cauã, há cerca de 24 horas iniciou febre de 38,5°C e tosse, que Maria das Dores, achava ser um resfriado. Mesmo assim, levou Cauã à UBS tendo sido diagnosticado com infecção das vias aéreas inferiores através dos parâmetros clínicos daquele momento. Fora medicado e liberado com as orientações pertinentes. No dia seguinte, Cauã não havia apresentado melhora, pelo contrário, mostrava-se “pior, cansado e com febre mais elevada”. Retornara à UBS e, ao exame físico, apresentava sinais de esforço respiratório e piora da ausculta pulmonar com murmúrio vesicular abolido em base do hemitórax esquerdo e presença de macicez à percussão do mesmo dimídio. Diante deste quadro, fora encaminhado para o serviço de pronto atendimento de referência para internação, realização de exames radiológico e laboratorial. Recebido pelo pediatra de plantão, e constatado a gravidade do caso, fora internado para tratamento com antibiótico. Solicitado hemograma cujo resultado aponta para a possibilidade de infecção bacteriana aguda, evidenciando leucocitose com desvio à esquerda. Leucócitos 18.000 (0/0/0/0/10/75/13/2). Fora submetido à toracocentese com retirada de líquido pleural para bioquímica, cujo resultado aponta alterações compatíveis com exsudato.

Hoje, Cauã, com 5 dias de internação e dreno torácico, ainda apresenta picos febris (38°C) e a preocupação de Maria das Dores permanece, pois, além do tratamento hospitalar ser prolongado, seu filho está internado na mesma enfermaria de Bryan, o que a preocupava por conta do motivo da internação desta criança.

Soubera que Bryan, de 4 anos, havia sido internado há 15 dias para investigação de uma “pneumonia” que não melhorava com os tratamentos habituais. Encontrava-se, à época do primeiro dia de internação, emagrecido, apático, com febre esporádica, tosse e radiografia de tórax com adenomegalia perihilar. Após iniciado tratamento oral com três medicamentos, Bryan estava melhor, recuperando gradativamente seu peso. Já não apresentava febre. A tosse ainda persistia, porém de forma espaçada.

Maria das Dores não entendia como alguém com “aquele tipo de infecção” poderia frequentar a mesma enfermaria que outras crianças. E porque somente a mãe

de Bryan estava usando máscara? Eram tantas as dúvidas, que, em alguns momentos, sentia-se desconfortável com esta situação. Mas confiava nos médicos e reconhecia que era leiga neste assunto. Apesar destas preocupações, torcia pela melhora do seu filho e também do pequeno Bryan.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

“Reunião de Serviço”

Na reunião semanal do Serviço de Pediatria, os internos lotados na enfermaria discutem os casos clínicos. Maria apresenta o primeiro caso: Rafael, 14 anos, filho de Mônica, casada com Paulo Ricardo, encontra-se no sétimo dia de internação; dera entrada na UPA com relato de estar “urinando pouco” e apresentar “urina escura e inchaço” iniciados três dias antes. No exame físico da internação, apresentava-se afebril, acianótico, anictérico, eupneico, hidratado, com edema palpebral bilateral, PA 150X100 mmHg, FC: 80 bpm; FR: 22 irpm; ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações; membros inferiores apresentava-se com edema (2+/4+) com cacifo e manchas hiperocrômicas cicatriciais, além de algumas crostas melicéricas. Mônica relatara que elas apareceram há mais de um mês, ficavam “inflamadas” e melhoravam com o uso de pomada de antibiótico, mas reapareciam em outro local. A prescrição médica continha antibiótico, que havia sido feito apenas no primeiro dia, diurético, balanço hídrico rigoroso, medicação SOS em casos de picos hipertensivos e dieta apropriada para o caso. Maria relata o resultado de alguns dos exames solicitados: EAS evidenciou dismorfismo eritrocitário, cilindros hemáticos, 10 leucócitos por campo e proteínas (++)/4+; hemograma e escórias nitrogenadas normais. Ainda aguardavam o resultado de outros exames. Com o tratamento apresentou regressão do edema, com diurese na faixa de normalidade, persistindo ainda picos hipertensivos. Ao término da leitura, Maria questionou se não seria melhor realizar a troca da medicação, pois estava preocupada com a demora da remissão total dos sintomas.

O segundo caso apresentado por Maria é de Vinícius, 4 anos, internado há 20 dias com quadro de anasarca. No exame físico da internação encontrava-se levemente dispneico, acianótico, anictérico, afebril, pressão arterial 90x50mmHg, edema importante de face, bolsa escrotal e membros inferiores, além de aumento do volume abdominal com sinal do piparote presente. Na ocasião, o menino queixava-se também de dor torácica e abdominal, notara diminuição da diurese e quando o menor urinava percebia “espuma” no vaso sanitário. Os exames solicitados fecharam o diagnóstico suposto e norteou o tratamento. Antes de iniciá-lo, foi verificado o cartão vacinal: não constava as doses de reforço preconizadas para esta idade; realizado PPD, exame de

fezes, e prescrito albendazol por três dias. Hoje, no 15º dia de uso de medicamentos, apresentava melhora do estado geral, com aumento da diurese e diminuição dos edemas. O professor responsável questiona Maria qual o procedimento atual, tendo em vista os 15 dias de tratamento e a melhora apresentada.

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

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 cederá 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

No Round da Enfermaria...

Os internos de pediatria estavam participando de round na enfermaria de pediatria. Dra. Cátia, residente, apresentou o primeiro caso. A paciente em questão é uma criança já bem conhecida dos residentes e se chama Sara, de 8 anos, natural de Problemópolis. Ela fora internada há 2 dias, com relato de que “está com tosse, febre e amarela”.

Há cerca de cinco dias, Sara iniciara febre alta (39°C), tosse seca e esporádica. Negava dor, dispneia ou queixas gastrointestinais; administrado paracetamol em domicílio com melhora fugaz do quadro febril; obstrução nasal persistente; piora progressiva da icterícia com a evolução do quadro. Por conta disso, procurou atendimento médico, onde fora indicada a internação. Período neonatal sem intercorrências, não fez teste do pezinho. DNPM normal. Calendário vacinal em dia. Internada algumas vezes por crises álgicas e Pneumonias. Irmão saudável, 10 anos de idade, portador de traço falcêmico.

Ao exame clínico da admissão hospitalar, Sara encontrava-se em regular estado geral, eupneica, hipocorada 3+/4+, acianótica, hidratada, afebril ao toque, ictérica +/4+, consciente e orientada. AR: normal, com MV presente bilateralmente. AC: ictus hiperdinâmico, ritmo regular, 2T com BNF e sopro holossistólico 2+/6+. FC: 120 bpm; abdome: plano, normotenso, indolor à palpação, baço não palpável, Traube livre, fígado palpável a 3cm do RCD. Membros sem edemas, com boa perfusão periférica. Orofaringe: eritema e hipertrofia de amígdalas com gotejamento de secreção purulenta posterior. Seios da face dolorosos à palpação. Exames solicitados no momento da internação evidenciaram: Leucocitose de 31.400 (0/0/0/0/5/82/12/1); Hto: 12,8%; Hb: 4,2 g/dl; plaquetas: 520.000; VHS: 26 mm; policromasia e drepanócitos, reticulócitos: 8%. Raio X de tórax normal. A prescrição constava: HV, concentrado de hemácias, ácido fólico, paracetamol e penicilina cristalina. Já no segundo dia de internação, Dra. Cátia percebera melhora no quadro clínico de Sara: estava assintomática, discretamente ictérica, menos hipocorada e aceitando dieta adequadamente; eliminações de aspecto e padrões normais; deambulando sem limitações. As amígdalas ainda estavam hiperemiadas com presença de gotejamento

de pus posterior, índices hematimétricos evolutivamente melhores. Após exposição do caso, Cátia discursou sobre a doença de Sara, seus diagnósticos diferenciais e complicações. Decidiram, de comum acordo, staff e residente, em manter conduta anterior, com exceção de um item.

Outro caso fora apresentado pelo residente Dr. Júlio: Tiago, de dois anos e seis meses, fora internado no dia anterior, encaminhado do ambulatório. Durante uma consulta de encaixe, a pediatra notara uma criança com palidez, proptose ocular, equimoses periorbitais e uma massa abdominal grande e irregular em flanco esquerdo, cruzando a linha média. Questionada sobre o fato, a mãe relatou inapetência, adinamia, aumento progressivo do abdome e sudorese anormal há algumas semanas. Apresentara vômitos desde ontem. Neste round, foi apresentada a imagem da TC de abdome de Tiago evidenciando uma grande massa extra renal com múltiplas calcificações, o que ajudou na discussão das possibilidades diagnósticas e dos próximos exames a serem solicitados.

Por fim, Maria, a interna de Pediatria, apresenta o caso de Joaquim, um lactente de 1 ano e 6 meses, encaminhado também do ambulatório para internação. Sua mãe trouxera-o na última consulta com muito medo que a anemia que ele apresentava há vários meses, pudesse “virar uma leucemia”. Relata ainda que seu filho continua “não aceitando o ferro dado no posto de saúde”. Mantém uma alimentação irregular, com inúmeras mamadeiras por dia, iniciadas desde os 4 meses quando foi desmamado do seio materno. O hemograma de Joaquim apresentava: Hem.: 3,2 milhões/mm³ ; Hto.: 28%; Hb: 7,3 g/dL; VCM: 62 fL; HCM: 18,2 pg; CHCM: 20,1 g/dL; RDW: 16,8%; reticulócitos: 0,1%; leucograma normal; plaquetas: 405.000/mm³. Discutiram o diagnóstico mais provável, contrapondo-o com um quadro típico de Leucemia na infância e revisaram seu tratamento.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

Nossos filhos, muito mais que especiais

Paulo e Mônica, ambos com 40 anos de idade e casados há 10 anos, estão preocupados com o seu filho único, Gustavo, de 7 anos de idade. Procuram ajuda médica e relatam que Gustavo é muito inquieto, apresenta dificuldade para permanecer sentado, fala em excesso, intromete-se com frequência em assuntos alheios. Tal comportamento está interferindo no desempenho escolar. Na reunião de pais e professores, sua professora relatou dificuldade no aprendizado: não consegue terminar as tarefas solicitadas; muito falante durante a aula, o que prejudica a atenção dos demais alunos; não consegue ter um bom relacionamento com seus colegas de turma, ficando a maior parte do tempo isolado. Dr. Mário ouviu atentamente as queixas de Paulo e Mônica, procede ao exame clínico, onde não constata nenhuma alteração clínica.

Dr. Mário informa aos pais que, antes de desenvolver um plano de tratamento, Gustavo deverá ser avaliado para transtornos psiquiátricos e de aprendizagem coexistentes. Informa que o tratamento poderá incluir medicamentos estimulantes, modificação comportamental e terapia apropriada para as condições coexistentes.

Com as preocupações que Gustavo exige no dia a dia, Mônica esquecera de usar o contraceptivo oral, e quando se deu conta, estava com um atraso menstrual de 4 semanas. Iniciou o pré-natal e realizou todos os primeiros exames solicitados. Na 12ª semana de gestação, foi solicitado um US para medida da translucência nucal que deu 4,0 mm e ausência do osso nasal. Na consulta obstétrica, o casal ficou preocupado com o que ouviram do obstetra. Retornaram ao consultório na 18ª e 22ª semana de gestação com exames laboratoriais, US morfológico da 20ª semana e ecocardiograma fetal que apresentavam alterações.

Enfim, nasceu Rafaela de parto cesáreo com 38 semanas de idade gestacional com Apgar 6/8, mantendo leve hipotonia de membros, mesmo após manter bom drive respiratório e estabilidade hemodinâmica.

No primeiro exame físico de Rafaela, Dra. Carmem observou tônus flexor de membros diminuído, excesso de pele na nuca, baixa implantação de orelhas, prega

simiesca, epicanto e outros sinais que permitiram uma melhor definição diagnóstica. Terminado o exame, foi liberada para o alojamento conjunto.

Dra. Carmem, no dia seguinte, solicitou um Ecocardiograma, que constatou o problema cardíaco mais incidente nesta síndrome. Antes da alta, os testes de triagem foram realizados com exceção do “teste do coraçãozinho”. A médica informou que ela seria agendada para um ambulatório de referência onde seria acompanhada por uma equipe multidisciplinar. Na prescrição da alta, solicitou o Teste do Pezinho e o da Orelhinha além de verificar as imunizações.

Por conta das dificuldades de Gustavo, não conseguiu levar Rafaela para as consultas. Agora, com 4 semanas de vida, ela começou a apresentar respiração rápida e dificuldade para sugar. Levada a UPA, a médica constatou que Rafaela estava febril, com diaforese às mamadas, taquidispneia, taquicárdica, fígado a 4 cm do rebordo costal direito, sopro sistólico ++/6+ no bordo esternal esquerdo. Encaminhou a criança para internação, onde novo exame foi feito, confirmando o diagnóstico inicial. Iniciado tratamento clínico para o momento. Após estabilização do quadro, Rafaela será encaminhada para serviço especializado com medicações orais.

Apesar de todos os problemas Paulo e Mônica estão confiantes sobre o bom desenvolvimento dos seus filhos tão queridos, contando com o apoio da equipe disponibilizada para tal.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

Uma questão de Saúde Pública

Maria está iniciando seu internato em pediatria, sendo escalada para o plantão naquele dia. Apresenta-se ao Dr. Mário, seu preceptor no plantão, que determina o início dos atendimentos. Sua primeira paciente é Luísa, uma lactente de 8 meses. Sua mãe, Camila, justifica sua ida ao PS porque percebeu que sua filha estava “muito caidinha, recusando alimentação, principalmente água e urinando menos nas últimas horas”. Todo este processo dera início há cerca de 48 horas, com “febre, vômitos e vários episódios de diarreia”. Nega evacuações com sangue ou muco. Oferecera água e chás, com boa aceitação da menor no início do processo. Ao exame físico, Maria depara-se com uma lactente prostrada, pálida, taquipneica, acianótica, mucosas muito secas, olhos muito fundos, turgor subcutâneo diminuído, tempo de enchimento capilar de 8 segundos; ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações; FC: 130 bpm; T. axilar: 37,6°C; peso: 7,2 kg.

Diante dos achados clínicos, solicita orientação do Dr. Mário. Segue à risca suas instruções, além da solicitação de exames, que indicaram: Na = 125 mEq/L; K = 4,5 mEq/L; glicemia = 80 mg%; gasometria com pH = 7,10; pCO₂ = 35 mmHg; Bic = 8. Discute tais resultados com seu preceptor e acrescenta medidas adjuvantes. Após 2 horas, Laura reagira bem, está mais ativa, eupneica, com diurese presente, mucosas úmidas, turgor normal e tempo de enchimento capilar de 2 segundos. Relata ao seu preceptor o estado atual de Laura. Refazem seus procedimentos e solicitam internação para a menor, com o apoio de Camila, que entendera a necessidade de tal conduta.

Terminada esta tarefa, Maria foi atender outra criança, Naiara, de 1 ano e 6 meses, encaminhada para internação para investigar diarreia e desnutrição. Sheila, mãe de Naiara, informa a Maria que desde os 15 meses de idade, após internação por diarreia, a menor vem apresentando de 5 a 6 evacuações diárias, aquosas, com cólicas, com muco, sem sangue, às vezes com restos alimentares, de odor fétido e que “assam” o períneo se a criança não for trocada rapidamente. Fez exame de fezes, sangue e urina, porém nada fora constatado (Segundo informações - sic). Usara “remédio para verme”, que não alterou o curso da diarreia. Não ganha peso e não cresce desde o início do quadro. Na história patológica pregressa, destaca-se o

desmame precoce, iniciando “leite em pó aos dois meses de idade”. Até a primeira internação, Naiara alimenta-se de almoço e jantar, e mais três mamadeiras de “leite de vaca engrossado com cremogema e açúcar”. Peso ao nascer: 3.250 g e o comprimento de 50 cm. Vacinação em dia, exceto as de 15 meses, que segundo a mãe, não fizera ainda por conta da diarreia. Ao exame físico: criança ativa, aspecto emagrecido, pálida, hidratada, acianótica, anictérica, eupneica. Sem anormalidades significativas no exame físico restante, exceto pela hiperemia perineal. Peso atual de 8.500 g. Estatura: 75,5 cm.

Maria, após expor o caso ao seu preceptor, pede orientação em como proceder neste caso. Dr. Mário discute com Maria os possíveis diagnósticos e reitera com a mãe da necessidade de internação. Naiara deverá ser submetido a exames e provas terapêuticas, com acompanhamento diário pelo visitador, que irá determinar a conduta mais adequada ao caso. Sheila aceita o fato, porque quer ver sua filha bem. Maria providência a internação, adianta-se na solicitação de exames e prescreve a terapêutica, conforme instruções do Dr. Alberto.

Dr. Mário revê os dois casos com Maria e ressalta a importância da contribuição dessas doenças nos índices de mortalidade infantil no passado e como uma medida de saúde pública tão simples mudou a história. Além disso, ressaltou que a lavagem das mãos é, reconhecidamente, fator crucial para evitar tais infecções. Maria prometeu que estudaria mais o assunto.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

Não podemos perder mais tempo

Clarissa é uma jovem médica recém-formada, iniciando sua vida profissional em um plantão da UPA da sua cidade. No meio de inúmeros atendimentos, recebe Dona Maria com sua filha, Juliana de 7 anos, inconsciente em seus braços. Juliana é prontamente levada à sala vermelha onde Clarissa inicia os primeiros cuidados enquanto a acadêmica de plantão, Luiza, conversa com Dona Maria. Ela conta, que, há cerca de três dias, sua filha iniciara quadro de “diarreia líquida, vômitos e febre baixa”, mas urinando muito bem. Contudo, hoje evoluíra com muita sonolência, piora dos vômitos, dor abdominal difusa, “respiração cansada” e “mau hálito”. Maria ainda lembra que Juliana, nos últimos 3 meses vinha, perdendo peso apesar de estar comendo muito bem e voltou até a “urinar na cama à noite”. Enquanto isso, Clarissa percebe que Juliana encontra-se sonolenta, desidratada com mucosas muito secas, taquisfigmia e perfusão capilar periférica lentificada de 4seg. Apesar de uma evidente hiperpnéia, não conseguia achar qualquer alteração nas ausculta cardíaca e pulmonar. Certa de que era mais um caso de gastroenterite viral com desidratação a chegar neste dia, Dra. Clarissa inicia expansão com soro fisiológico sem pedir qualquer exame, apesar das considerações que a acadêmica havia lhe feito.

Cerca de duas horas depois, Juliana evoluiu com piora do estado geral, mantendo ainda desidratação grave e agora com hipotensão associada. Sem saber o que fazer, Dra. Clarissa solicita alguns exames. Hemograma com $Ht^{\circ}=30$; $Hb=10,2$; $VCM=78$; $HCM=20$; leucócitos: 18500 (2/0/0/0/8/65/20/6); gasometria arterial: $pH=7,0$; $pCO_2=12$; $pO_2=102$; $HCO_3=7$; calculou ânion gap: 22meq/l e $HGT=524$. Neste momento, Dra. Clarissa percebe o diagnóstico, solicita outros exames e logo inicia a terapia específica para o caso, pois já tinha perdido tempo demais. Após estabilização do quadro clínico, foi internada e obteve alta para acompanhamento multidisciplinar.

No dia seguinte, Luiza sai do plantão da UPA direto para o ambulatório escola de sua faculdade acompanhar os atendimentos do seu preceptor Dr. Gustavo. Já no final da manhã, Luiza atende um paciente antigo no setor: é o Fausto, menino de 12 anos com peso de 82,5kg e estatura de 165 cm em acompanhamento na Psicologia e Nutricionista. Sua mãe fala novamente que nada mudou e que tudo é muito difícil com

o Fausto; ele continua fazendo vários lanchinhos ao longo do dia, bebe frequentemente refrigerantes e “não sai da frente do computador e da televisão”. Ela lembra que toda vez que oferece verdura ou legume para ele, é certo sua negativa. A mãe de Fausto insiste no fato que ele é assim por causa dos hormônios e ainda fala que toda sua família “tem tendência”...

Luiza explica calmamente para Fausto e sua mãe dos riscos que estava ele estava correndo com esse estilo de vida e que não podia perder mais tempo! Dr. Gustavo pediu alguns exames de sangue e pensou até em iniciar alguma terapêutica para o menino na próxima consulta, caso nada do que havia sido combinado, surtisse efeito.

CAPÍTULO 7

Situações-Problemas do Sétimo Período

Autores

Álvaro Henrique Sampaio Smolka

Antonio José Magalhães da Silva Moreira

Carlos Luiz da Silva Pestana

José Eduardo da Costa Gyrcis

Luciana da Silva Nogueira de Barros

Luis Antonio Lopes Pereira

Rosiane Fátima Silveira de Abreu

Thiago Badaró da Silva

Walney Ramos de Sousa

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

Sopros de Vida!

Paulo Ricardo, engenheiro civil (vocês conhecem do 3º e 4º período) está agora com 48 anos, tem estado muito atarefado com a finalização das obras do Ginásio Poliesportivo. 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 cefaleia e ficou assustado, como estava nas imediações da UPA procurou atendimento médico.

Foi atendido por Dr. Tales e **Você**. Na anamnese ele relatou ser tabagista há 20 anos, que há dois anos soube ser hipertenso e dispilidêmico 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), um irmão por morte súbita. Ao exame físico apresentava fácies atípicas, obesidade abdominal. Estava eupneico. Pressão Arterial 195/120mmHg. Fundoscopia Direta sem alterações. Ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular em 3 tempos (B4). Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular universalmente audível, sem ruídos adventícios. 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 seu risco cardiovascular e, referenciado ao cardiologista para continuidade de seu tratamento.

O plantão na UPA seguia, e chegou para atendimento trazido por familiares, **Arthur**, branco, 82 anos. A filha informou que ele é hipertenso de longa data, sem tratamento regular, e que tem um “um problema no coração, que não precisa tratar”. Hoje, de forma súbita, apresentou vômito não precedido por náuseas e confusão mental. Na admissão apresentava-se acordado, desorientado, sem déficit neurológico focal. PA= 220/160mmHg. Fundoscopia Direta denotando papiledema. Ausculta

cardíaca com RCR em 2 tempos, sopro mesossistólico de ejeção do tipo crescendo-decrescendo (diamante), com irradiação para as carótidas, melhor audível em foco aórtico. Ante a sua História Clínica e exame físico, foram colhidos exames laboratoriais e realizado ECG, ao mesmo tempo em que foi encaminhado para a Sala Vermelha sendo monitorizado e submetido à medicação anti-hipertensiva via intravenosa.

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 tireoide”. 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 aconteceu comigo?

Maria das Dores (vocês conhecem do 4º período – tabagista 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 com glibenclamida, metformina, losartana, AAS e sinvastatina.

Na última semana, depois do aniversário de Jéssica, percebeu que sua glicemia capilar estava maior que 400mg/dl e apavorada procurou a UPA e após melhora dos níveis glicêmicos recebeu alta, com orientação de retornar à UBSF. Dr.ª Sofia, na anamnese, colheu que **Maria das Dores** apresentava dor noturna tipo queimação em MMII; episódios de queda da própria altura quando passava do decúbito dorsal para posição ortostática e episódios sugestivos de hipoglicemia sem pródromos. Procedeu ao exame físico que revelava: 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. O exame dos membros inferiores apresentava máculas eritematosas anulares, hiperpigmentadas, ligeiramente deprimida e irregularmente oval, em região pré-tibial. 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, mantendo a terapêutica. 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, o AAS e a sinvastatina. Atenta com a segurança do paciente pactuou com Maria das Dores a gestão do cuidado e a referenciou 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 além da sua medicação usual foi prescrito, 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: 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 entra em contato com a plantonista da UPA, faz a 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 04

“Por que resistir é a tônica?”

Paulo Ricardo (SP1), novamente abandonou seu tratamento tendo inclusive voltado a fumar. O grande evento esportivo se avizinha, e Paulo Ricardo está estressadíssimo. Há algumas semanas, durante caminhada vistoriando as obras, ele vinha apresentando dor precordial opressiva com irradiação para a mandíbula que aliviava ao sentar-se por cerca de uns 5min, ele atribuía ao cigarro e seguia... 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 àUPA.

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. Sávio procedeu à estratificação de risco (Killip) e procedeu ao tratamento para Síndrome Coronariana Aguda (SCA) inclusive com trombolítico. Quando hemodinamicamente estabilizado, foi transferido para um Hospital Geral permanecendo três dias na Unidade Coronariana, onde foi 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 dez dias com terapêutica otimizada e encaminhamento para o cardiologista.

Mesmo após o susto e as orientações meticolosas 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 hemi-clavicular 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 05

Tempos Difíceis

Rosalina, (SP2 - 69 anos, DM2 mal controlado, dislipidemia, tabagismo, DAP com ITB > 0;9) apesar do vínculo desenvolvido com Dr.^a Sofia, seguia com dificuldade seu tratamento, ainda mais agora que sua filha Maria das Dores (SP3) tem andado se sentindo muito cansada, e ela precisou assumir as lides do lar. Assim não ia à UBSF havia uns seis meses... Tempos difíceis.

Rosalina estava preparando o almoço quando subitamente perdeu a força motriz no dimidio direito e caiu na cozinha sendo socorrida por seus familiares que a levaram à UPA. Chegando lá Rosalina foi imediatamente encaminhada para a sala amarela, apresentava a Escala de Coma de Glasgow (ECG) 4+2+4=10; PA= 180x110mmHg; FC 88bpm; glicemia capilar HI (>600); ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Após ser tratada conforme o protocolo vigente e já estabilizada, foi transferida para a UTI do HCTCO onde realizou a primeira TC de crânio, 4 horas após o início do quadro, que se mostrou normal. Apesar de todo cuidado terapêutico, Rosalina evoluiu com rebaixamento do sensório, passando a ECG para (2+2+2)=6. Foi submetida à nova TC de crânio realizada 48 horas após a primeira, cuja imagem diferia da anterior. Rosalina foi a óbito após três dias da internação o que foi uma experiência ímpar para Pablo, estudante do 12º período, que junto com Dr. Raul comunicou a notícia aos familiares, e preencheu a Declaração de Óbito, após discutir sobre o que causou a morte.

Ainda se refazendo do impacto do óbito de Rosalina, Pablo avalia **Ramiro** (80 anos, hipertenso de longa data, vizinho de Maria das Dores e Rosalina) que acabara de chegar a UTI, internado 12h após quadro de disartria, diminuição da força muscular e paresia do dimídio direito. Escala de Coma de Glasgow (ECG) 4+4+4=12. PA: 160 x 110 mmHg. Ausculta cardíaca com ritmo irregular, FC=90bpm. Ritmo cardíaco esse, que Pablo ainda não tinha auscultado. O monitor cardíaco evidenciava ausência de onda P e um R-R irregular. A TC de crânio evidenciava uma imagem hipodensa em região parietal esquerda. Pablo discute com o staff as hipóteses diagnósticas, o que poderia ter sido feito na UPA e, as medidas que deveriam ser

tomadas naquele momento, considerando o CHA2DS2-VASc e que se passaram 12 horas do ictus. Após dez dias de internação Ramiro recebeu alta com orientação de fisioterapia motora e tratamento farmacológico.

Passados três meses, de forma rápida e progressiva, Ramiro passa a não reconhecer seu filho e nora assim como objetos usuais, também não se lembra de fatos e situações vivenciadas recentemente. Seu filho 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.

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 a UPA.

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. Precórdio 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 uma UTI.

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

Difícil seguir, mas não há outra forma...

Maria das Dores (vocês conhecem do 4º período – obesidade central, hipertensão arterial, dislipidemia, resistência insulínica), está agora com 62 anos. Ao longo destes anos evoluiu para o diabetes mellitus e fez tratamento de forma bastante irregular. 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 08

É caso para cardiologia?

Kelly, 28 anos, negra, faxineira, casada, tem uma filha de seis anos. Após mais um dia de trabalho foi ao supermercado e durante as compras apresentou taquicardia seguida de síncope. Foi socorrida por funcionários que rapidamente acionaram o Corpo de Bombeiros, sendo levada à UPA. Foi atendida por Dr.^a Helena que registrou PA= 150/ 80mmHg Pulso 180bpm, rítmico. ECG mostrava taquicardia sinusal. Na anamnese negava ser tabagista, etilista, fazer uso de quaisquer fármacos e, de drogas ilícitas. Durante o atendimento, a médica foi solicitada para a Sala Vermelha, ao que prontamente atendeu, pedindo a Kelly que a aguardasse. Ao retornar Kelly disse que estava sentindo-se bem e queria ir embora porque precisa buscar a filha na escola. Dr.^a Helena orientou-a a guardar repouso e a referenciou a um cardiologista, anexando o ECG realizado à Ficha de Referência. Contando o acontecido a uma das suas patroas que é médica, esta imediatamente telefonou a um colega e agendou sua consulta para o final da tarde. Dr. Mário procedendo à anamnese percebeu-a muito ansiosa, logorreica, reclamando de calor desproporcional à temperatura ambiente. Ela relata que se sentia muito irritada, sem paciência com o marido e até com a filha, parecia até que estava enlouquecendo. Contou também que sentia palpitação até mesmo quando deitada, além disso, tinha perdido seis quilos em três meses comendo até mais que o seu habitual, era a única coisa boa que estava acontecendo... Dr. Mário pergunta-lhe sobre uso de medicamentos para emagrecer, ao que ela nega, 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 irmã com tireoidiopatia. Ao exame físico registrou PA=150/80 mmHg. TAx= 37°C. Pulso=120 pm,rítmico. Tireoide pouco aumentada, superfície lisa, sem frêmitos. Ausculta cardíaca com bulhas hiperfonéticas, RCR em 2T. Ausculta pulmonar sem alterações. Descontração do reflexo Aquileu exacerbado. Teve dúvida quanto à exoftalmia, uma vez que Kelly é negra. Avaliou o ECG realizado na UPA, rodou novo ECG que mantinha o mesmo traçado. Finalizou a consulta tranquilizando Kelly, orientando que evitasse

esforços físicos, explicando a sua hipótese diagnóstica e que lhe solicitaria exames laboratoriais. Prescreveu um betabloqueador não seletivo e a referenciou a um endocrinologista.

A próxima paciente foi **Mônica** (conhecida no 4º período com LER/ DORT). Ela tem 35 anos e veio referenciada por seu ortopedista para investigação de cansaço e dor torácica. Narra que 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, sentindo-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. Há um mês, voltou a apresentar dor no punho direito que dificultava a digitação, mesma época em que apresentou uma dor torácica opressiva acompanhada com falta de ar, que associou a problemas de coluna, por isso foi ao ortopedista. Ela relata termias para o frio; modificação do hábito intestinal que se tornou constipado; ganho ponderal com o mesmo hábito e padrão alimentar; unhas quebradiças; queda acentuada e espontânea de cabelos. Dr. Mário pergunta-lhe sobre hipertensão e tabagismo, ao que ela nega. Na história patológica familiar informou sobre doença coronariana crônica em seu pai e uma tia paterna. Ao exame físico de positivo encontrou pressão arterial de 120/ 90MMHG, na ausculta cardíaca bulhas abafadas com FC de 52bat/min, exame do tórax e abdômen normais. Dr. Mário procedeu à realização de eletrocardiograma que mostrou baixa amplitude, e bradicardia sinusal. Era final da tarde de sexta-feira, véspera de carnaval, Dr. Mário houve por bem, com a concordância de Mônica, encaminhá-la para internação hospitalar.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

É muita coisa junta...

Clarisse de 31 anos de idade procurou a UBSF porque estava muito preocupada.

- Ah! Dr.^a Sofia estou sentindo tantas coisas... Será que tenho alguma doença grave?

- Calma Clarisse, conte o que você sente e há quanto tempo.

- Há mais ou menos um ano comecei a ter febre todos os dias, perdi peso, fico cansada e tenho dores nas juntas das mãos, punhos, cotovelos e tornozelos. Pela manhã não consigo abrir os dedos das mãos e, às vezes, meus dedos ficam roxos e para engolir o alimento preciso beber água. O que também me preocupa é que há três meses tenho dificuldades para subir e descer escadas e até de me levantar, quando estou sentada. Parece até uma pessoa de cem anos!

Dr.^a Sofia, ao examiná-la, encontra: pressão arterial de 120X80 mmHg, pulso de 90 bpm rítmico, temperatura axilar de 37,5°C e mucosas descoradas +/-4+. Deformidade em pescoço de cisne nos dedos das mãos e as articulações dos punhos, cotovelos e tornozelos estavam dolorosas e quentes. A pele da face encontrava-se espessada e com perda da elasticidade; havia dificuldade na abertura da comissura labial. Na ausculta cardíaca nota-se ritmo regular em 2 tempos, hiperfonese de P2 e ausência de sopros. Exame do tórax com FTV e murmúrio vesicular diminuídos na base direita na ausculta pulmonar. A médica explica que não tem um diagnóstico preciso e que para avaliar melhor o seu caso é melhor que seja internada, com o que Clarisse concorda.

No HCTCO, foi atendida pelo médico residente Dr. Gorgônio que, após ouvir e examinar a paciente ficou muito instigado, era a primeira vez que se deparava com uma apresentação clínica assim... Pensou em algumas hipóteses diagnósticas, solicitou de imediato exame de imagem simples, hemograma e bioquímica, enquanto aguardava, foi elaborando melhor seu raciocínio clínico e um eco-cardiograma com Doppler. Os resultados revelaram: hemograma com anemia normocrômica e normocítica. VHS 100 mm (VR < 10). Telerradiografia de tórax com apagamento do seio costal frênico á direita. Radiografia das mãos e punhos com anquilose óssea e subluxação das articulações metacarpo-falangeanas e interfalangeanas proximais. Com estes resultados, Dr. Gorgônio não fechou suas hipóteses diagnósticas, foi estudar e ansioso aguardava o dia seguinte para apresentar e discutir a situação de saúde de Clarisse, na reunião de

Serviço de Clínica onde estaria uma reumatologista, Dr.^a Glória. Foi definido pela solicitação de exames diagnósticos mais específicos, início de terapêutica em dose imunossupressora.

Três meses depois, já na consulta de ambulatório, Clarisse apresenta os resultados dos exames e comenta para Dr.^a Glória e Dr. Gorgônio:

- Estou bem melhor, mas não estou gostando da minha “cara de lua cheia”.

Os exames mostravam: ureia 30 mg% e creatinina 1,1 mg%; PCR 12 mg/dl (< 1,0); VHS 100 mm (<10); CPK total 245 U/l; Aldolase 30 U/l (até 10); DHL 1221 U/l (< 240); FAN 1:40 (< 1:40), anti-dsDNA negativo, anti-Sm negativo; Fator Reumatoide positivo; anti-Jo positivo; anti-U1 RNP 1:1000. EAS: normal. Tomografia computadorizada de tórax com espessamento septal e opacidades em “vidro fosco e favo de mel”. Manometria esofagiana com redução da peristalse no terço inferior do esôfago e redução da pressão do esfíncter esofagiano inferior.

Dr.^a Glória explica a Clarisse que ainda precisará que ela seja submetida a dois outros exames: uma capilaroscopia periungueal e uma biópsia do músculo deltoide, para fechar o diagnóstico definitivo. Explica-lhe sobre a sua doença e os seus sintomas, sobre a necessidade do acompanhamento médico no ambulatório, e que ajustará a dose do seu medicamento. Faz um relatório para Dr.^a Sofia de forma que ela faça conjuntamente o acompanhamento de Clarisse.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

Como pode acontecer em pleno século XXI!

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, pois atribuiu a uma gripe advinda da chuva intensa que ficou exposto quando limpava um bueiro. Mas, como a febre não cedia e 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 roncosparsos; hepatomegalia dolorosa com hepatimetria de 16 cm. Ante aos dados coletados em sua anamnese e exame físico estabeleceu sua hipótese diagnóstica e procedeu ao 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**, comparativo ao descrito no relatório de atendimento na UPA. Pablo solicita exames laboratoriais cujos resultados são: escórias nitrogenadas elevadas, eletrólitos que o surpreendeu, leucograma com leucocitose e desvio para a esquerda com 1º de metamielócitos, plaquetopenia e da hiperbilirrubinemia direta. No final da tarde o plantonista foi chamado para avaliar Francisco, ele apresentava 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, Dr. Pablo é chamado para acompanhar um paciente admitido naquela manhã. **Jaime** de 37 anos, pesquisador da Fiocruz, que o recebe com alegria.

- *Ah! Dr. Pablo, novamente estou aqui, o senhor se recorda de mim?*

- *Claro Jaime, você esteve aqui no verão de 2015, e foi o primeiro caso que acompanhei.*

Naquela ocasião, **Jaime** havia sido 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, evoluindo muito bem com o tratamento específico.

- *Agora doutor eu estava a trabalho em Pernambuco. Lá apresentei febre baixa, exantema maculopapular, artralgia, mialgia, cefaleia, e hiperemia conjuntival. Cerca de duas semanas depois passei a apresentar parestesia nas extremidades distais dos membros inferiores, seguida de fraqueza muscular progressiva em membros inferiores e braços. A fraqueza muscular é tanta que só consigo caminhar com auxílio. Por isso voltei e vim a sua procura.*

Após a história clínica atual, o exame físico neurológico e considerando os dados epidemiológicos, imediatamente procedeu à punção liquórica diagnóstica e colheu sangue para exames laboratoriais diagnósticos. A análise do líquido corroborou a hipótese diagnóstica e foi iniciado o tratamento preconizado. Felizmente, **Jaime** evoluiu com estabilização do quadro, recebendo alta hospitalar duas semanas depois, ainda em recuperação da função motora.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 11

Sem atenção à anamnese não se chega a uma conclusão!

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. Precórdio 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 uma UTI.

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?

CAPÍTULO 8

Situações-Problemas do Oitavo Período

Autores

Anamarina Coutinho Barros de Brito

Flávio Antônio de Sá Ribeiro

João Maria Ferreira

José Carlos Lima Campos

Leandro Oliveira Costa

Patrícia Araujo Correa Coelho

Paulo Freire Filho

Pedro Henrique Netto César

Sheila da Cunha Guedes

SITUAÇÃO-PROBLEMA 01

Cerimônia de abertura do 8º evento

Rondinelli era apaixonado por esportes. Ele já participara de 7 grandes eventos desse tipo anteriormente. Porém, dessa vez o oitavo evento era na sua cidade: Problemópolis.

Apesar da alta procura, Rondinelli conseguiu um ingresso para a cerimônia de abertura. Informado de que o acesso ao estádio olímpico de Problemópolis só poderia ser realizado por transporte público (TBR ou metrô), ele optou pela linha 82 do eficiente metrô da cidade.

No grande dia da cerimônia, Rondinelli embarcou no metrô em direção ao estádio. O vagão estava lotado e era possível ouvir vários idiomas entre as conversas. De repente, um grito súbito com palavras incompreensíveis silenciou a maioria e, instantes após, uma grande explosão atingiu o metrô. Era um atentado terrorista e Rondinelli era uma das muitas vítimas.

Encontrado desacordado pelas equipes de resgate, Rondinelli foi classificado como vítima vermelha no protocolo de múltiplas vítimas. Ele respirava com muita dificuldade, com movimentos torácicos paradoxais, FR 32irpm, PA: 70x50mmHg, FC: 120bpm e pulsos finos. Observou-se também a presença de queimaduras com bolhas, eitrema e leve edema em regiões anteriores de tórax, abdômen, membros superiores e face, além de apresentar vibrissas nasais chamuscadas.

Durante o atendimento primário do ATLS, foi realizada sequência rápida para intubação orotraqueal com duas medicações. Acoplado ao ventilador de transporte em modo VCV 600ml, FR 14irpm, PEEP 5 cmH2O, FiO2 100

Após chegar ao hospital, o atendimento primário foi todo feito e, após exposição e estabilização, a avaliação secundária evidenciou múltiplas fraturas de arcos costais. Nesse momento, Rondinelli está sedado com uma solução de Midazolam (5mg/ml) 30ml diluído em soro glicosado 5% 120ml, numa dose de 2 mcg/kg/min. Feito reposição volêmica orientada pela fórmula de Após 3 horas, seus sinais vitais são: PA: 110x70mmHg, FC: 70bpm, FR 14irpm, SatO2 98% e a equipe de enfermagem está atenta à monitorização da diurese.

Por fim, Rondinelli é encaminhado à tomografia que evidencia consolidação bilateral com atenuação em vidro fosco, acompanhada de múltiplas fraturas de arcos costais.

Para sorte de Rondinelli, Problemópolis possui farta oferta de leitos em terapia intensiva, conseguindo sua internação imediatamente.

No CTI, foram mantidas a reposição volêmica e a sedação, sendo também realizados curativos nas queimaduras com uma pomada.

Permaneceu estável hemodinamicamente e seus parâmetros ventilatórios foram modificados para PCV 18cmH₂O, FR 14irpm, FiO₂ 40%, PEEP 5 cmH₂O. Foi realizada glicemia: 210mg%, o que levou à medidas específicas .

Após 4 dias no CTI, o fisioterapeuta percebe que o pulmão está com menos complacência e a saturação de oxigênio vem caindo progressivamente, apesar do aumento da FiO₂ para 60%. Avisa ao plantonista Dr. Gonçalo, que após realizar as condutas adequadas, comunicou à Maria das Dores, esposa de Rondinelli, a gravidade de seu quadro, porém assegurou-lhe que a equipe estava fazendo o melhor para salvar seu marido. Maria das Dores sentiu-se mais confiante com as palavras do médico e agradeceu-lhe a assistência prestada.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 02

Um desastre natural

Josué, 23 anos, era apaixonado pela natureza e por esportes ao ar livre. Aproveitando seu dia de folga, ele pegou sua bicicleta e foi fazer trilha no Parque Nacional da Serra de Problemópolis.

Amador, com equipamento não profissional e sem os devidos aparatos de segurança pessoal, Josué estava descendo um trecho conhecido como “carrasqueira,” quando perdeu o controle em alta velocidade e caiu de altura aproximada de 4 metros sobre a bicicleta. Guardas do Parque acionaram os bombeiros que realizaram o resgate de Josué e o encaminharam para o PS do hospital para os devidos atendimentos.

Josué deu entrada no PS imobilizado em prancha rígida, com colar cervical, oxigênio suplementar em máscara de Hudson, dois acessos venosos em membro superior esquerdo infundindo solução de Ringer Lactato e uma tala de imobilização com curativo compressivo em MSD. Verbalizava palavras com ansiedade, porém, sem sinais de obstrução. Apresentava murmúrio vesicular presente bilateralmente. Ao exame físico: PA 90x60 mmHg, FC 120 bpm e FR 28 irpm. Hematoma com escoriação em flanco direito com dor à palpação. MSD com exposição óssea sugestiva de fratura em cabeça de rádio.

Solicitada a infusão de 2.000ml de Ringer Lactato aquecido, cateterismo vesical e lavagem abundante com soro fisiológico da ferida ortopédica. Após essa etapa, os sinais vitais estabilizam em PA 110x70 FC 98bpm, Sat O2 98% com oxigênio suplementar e FR 20 irpm. Apresenta diurese de 300 ml. O ortopedista usou cerca de 9 litros de soro fisiológico na lavagem do braço, solicitou o uso de uma vacina, um antibiótico e indicou tratamento cirúrgico enquanto aguarda a definição da cirurgia geral.

Devido à melhora hemodinâmica, a equipe de CG solicita tomografia computadorizada de abdome que mostra trauma hepático com hematoma subcapsular com sangramento ativo e laceração de 3cm de profundidade no parênquima. Diante desses resultados, a equipe de cirurgia geral solicita um exame seriado para acompanhamento e faz um pedido de parecer para a equipe de cirurgia vascular para a possibilidade de um exame.

Josué é encaminhado ao centro cirúrgico para procedimentos da cirurgia vascular e ortopedia. O anestesista realiza bloqueio de plexo braquial direito com Ropivacaína e sedação com Midazolam e Fentanil. O ortopedista cita que a fratura é do tipo A3 e colocará uma placa para estabilização óssea após redução incruenta, além de fazer curativo com tala engessada. Já o cirurgião vascular, aproveitando o uso de aparelhos radiológicos em sala, realiza a abordagem solicitada pela equipe de cirurgia geral e emboliza um sangramento que extravasava para dentro de parênquima hepático. Por fim, Josué é encaminhado para enfermaria para continuidade do tratamento.

Apesar dos esforços empreendidos, no 3º dia de pós-operatório, Josué evoluiu com febre alta diária, FR: 23irpm e FC: 110bpm, PA: 90x50mmHg, hemograma com 14000 leucócitos com 11% de bastões e elevação de PCR. A ferida cirúrgica do braço apresenta hiperemia, calor e dor local. O ortopedista avalia o quadro, prescreve antibiótico de largo espectro e indica nova abordagem cirúrgica para lavagem operatória e possível troca do material de síntese local. Após 21 dias de internação e antibioticoterapia venosa, Josué tem alta hospitalar e fará acompanhamento ambulatorial de suas lesões.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 03

Prevenir é o melhor remédio

Charles 23a e Paula 19a estavam muito felizes. Era aniversário de namoro e eles foram comemorar com um jantar romântico no Vitelo de Prata, tradicional restaurante de Problemópolis. Após comerem bastante e beberem 3 garrafas de vinho, eles pegaram o carro e foram embora para casa. Charles estava ao volante e Paula no banco do passageiro. Sob efeito do álcool, ele se sentiu confiante e dispensou o uso do cinto de segurança. Já ela, ainda com certa lucidez, prendeu firmemente o dispositivo de segurança.

O casal trafegava por uma estrada local a 80km/h, quando Charles perdeu o controle do carro e colidiu com um ônibus que vinha no sentido oposto a 60km/h. O resgate foi chamado e chegou rapidamente. No ônibus, apenas o motorista teve ferimentos leves e dispensou a remoção hospitalar. Já no carro, ambos estavam desacordados e não respondiam aos chamados verbais inicialmente. Após a extricação e imobilização, os socorristas procederam o ATLS e, no momento *disability*, verificaram uma escala de consciência que pontuava 5(1+1+3) para Charles e 7 (1+2+4) para Paula. Conseqüentemente realizaram um procedimento para proteção de vias aéreas e seguiram para o hospital após a abordagem primária.

Charles deu entrada imobilizado em prancha rígida e colar cervical, ventilando com AMBU (Amsterdam Medical Breath Unit) sob tubo orotraqueal 8,0 com movimentos torácicos bilaterais amplos e simétricos. A ausculta pulmonar mostra murmúrio vesicular presente bilateralmente, PA 190x100mmHg, FC 50bpm, SatO₂ 98%, pulsos periféricos amplos e regulares e pelve sem sinais de fraturas. O Membro inferior direito (MID) apresenta crepitação na articulação coxofemoral. Na face, apresenta hematoma periorbital bilateral, mais proeminente à esquerda, além de otorragia moderada esquerda. Abdome flácido e sem sinais de irritação peritoneal. Após os procedimentos de estabilização, Charles é encaminhado ao setor de radiologia.

Já Paula deu entrada imobilizada em prancha rígida e com colar cervical, acoplada em ventilador de transporte sob tubo orotraqueal 7,5 em modo VCV 400ml, FR 12irpm, PEEP 4 cmH₂O, FiO₂ 60%. A ausculta pulmonar é simétrica e presente

bilateralmente com boa expansibilidade, abdome sem sinais de irritação peritoneal, pulsos presentes, membros sem sinais de fratura. PA 90x40mmHg FC 55bpm e SatO2 98. Após reposição volêmica com resposta hemodinâmica parcial, ela é encaminhada ao setor de radiologia.

A tomografia do Charles evidenciou linha de fratura em face entre os ossos maxilar/nasal e o frontal, se estendendo pelo assoalho da órbita, além de hematoma subcortical frontal e parietal direito e hematoma epidural à direita. Percebia-se também desvio da linha média cerebral para esquerda com apagamento de ventrículos. As avaliações de coluna cervical, tórax e abdome não mostraram alterações. Na pelve evidenciou-se fratura de acetábulo com luxação da cabeça do fêmur direito.

A tomografia de crânio de Paula não evidenciou lesões expansivas, sinais de hipertensão intracraniana, ou fraturas cranianas, porém havia discretos pontos de hemorragia no corpo caloso. Sua tomografia de coluna cervical mostrou imagem compatível com fratura-luxação de C5-C6, com parcial obliteração do canal vertebral. Demais segmentos sem alterações. O radiologista sugere correlacionar com resultados clínicos e avaliar possível ressonância nuclear magnética.

A equipe de cirurgia buco-maxilo-facial deu parecer que abordaria as lesões de Charles eletivamente, após melhora clínica, assim como a equipe de ortopedia, que decidiu abordar a lesão femoral posteriormente, também em caráter eletivo. Já a equipe de neurocirurgia decide abordar as lesões de João e Paula rapidamente, aceitando o auxílio da ortopedia para a fixação cervical.

Charles é submetido à drenagem cirúrgica do hematoma com craniotomia, sendo colocado um monitor que mede a pressão interna em ventriculostomia, que pode fazer drenagem do líquido em caso de hipertensão intracraniana. Para o pós-operatório, foi indicada a monitorização da saturação de oxigênio no sangue venoso jugular, hipotermia, cabeceira elevada 30 graus, sedação com barbitúrico em dripping, manitol em caso de PIC elevada, fenitoína, protetor gástrico com inibidor de bomba de próton e suporte nutricional/hidratação com controle glicêmico. Apesar de todo o tratamento, Charles permaneceu com edema cerebral importante e níveis de PIC elevados, necessitando abordagens de segunda linha como aumento do volume corrente e frequência respiratória.

Após 48h da internação, uma tomografia de crânio é realizada e mostra melhora do hematoma epidural, porém vasoespasmos generalizados cerebrais. A sedação então é retirada para observar o quadro neurológico de Charles. Ele permanece comatoso por mais 5 dias, Glasgow 3, sem drive ventilatório, sem reflexos de tronco cerebral, pupilas fixas e não fotoreagentes, sem reflexo corneopalpebral e prova calórica negativa. A equipe médica chama os familiares para explicar a situação e a possível abertura de um protocolo. Os familiares, muito abalados com a notícia, opinam que, se o quadro for confirmado, preferem que o médico dê a declaração de óbito logo para amenizar o sofrimento da família.

No caso de Paula, a cirurgia cervical via anterior com curetagem do canal medular e artrodese com placa/parafusos, foi uma das opções apontadas. A estabilização externa foi feita com órtese cervicotorácica com período estimado de 3 meses de uso. No pós-operatório, ela foi encaminhada ao CTI sem sedação para observar o estado neurológico e em uso de corticoide, apesar da sugestão do ortopedista em não usar esse medicamento. Após 24h da cirurgia, apresenta Glasgow 3 (1+1+1), paralisia flácida arreflexa e sinal de Babinski presente. Há discreta instabilidade hemodinâmica, porém responsiva a noradrenalina em dripping e reposição volêmica. Segue acoplada ao ventilador em modo VCV sem drive ventilatório.

Sete dias após a internação, houve melhora parcial do quadro. Paula apresenta reflexos tendinosos, estabilidade hemodinâmica, porém febre baixa diária. A ausculta pulmonar é limpa e, aparentemente, não há focos infecciosos. O quadro ventilatório ainda inspira cuidados, pois, o gatilho é insuficiente para manter a ventilação. Ao exame neurológico, encontra-se Glasgow de 6 (1+1+4) e a equipe médica programa uma traqueostomia, um eletroencefalograma e ressonância nuclear magnética de crânio para os próximos dias. Um dado importante é que não houve distúrbio de eletrólitos em nenhum momento até aqui.

No décimo dia, foi realizada a traqueostomia sem intercorrências. O EEG foi normal, sem sinais de *status* e a RNM mostra o cérebro de cor acinzentado com micro pontuações negras subcorticais, sugerindo o diagnóstico causador do coma.

No décimo-quarto dia, Paula apresenta abertura ocular aos chamados verbais fortes, balbucia sons incompreensíveis e mantém os movimentos de retirada à dor. Segue sem drive ventilatório adequado, ficando dependente do modo controlado do

respirador. Porém, a equipe já considera testar um modo assisto-controlado. A febre já está menos frequente e mantém a estabilidade hemodinâmica.

No vigésimo dia, Paula ventila em PSV pela traqueostomia, com trabalho ventilatório e motor diário com a fisioterapia. Já tenta se comunicar verbalmente com o meio, apresenta abertura ocular espontânea e consegue mobilizar os membros apesar de certo grau de paresia.

O quadro foi gradativamente melhorando, num processo lento de recuperação neurológica. Permaneceu no CTI até manter drive ventilatório adequado para sustentar um volume minuto eficiente, sendo assim transferida para a enfermaria. A comunicação com o meio foi evoluindo e houve necessidade de trabalho multiprofissional para plena recuperação de Paula.

Paula apresenta déficit de memória recente importante, não se lembrando do acidente e fazendo perguntas recorrentes, mesmo já respondidas. Questiona sobre a ausência de Charles nas visitas dos familiares e, por vezes, parece “desligar” do mundo, como se não estivesse percebendo o meio a sua volta. A fisioterapia segue fazendo trabalhos ventilatórios e motores diários. Um parecer para a psicologia foi solicitado e a equipe médica prescreve amitriptilina na conduta.

Agora temos uma paciente crônica que vai demandar cuidados ambulatoriais por muito tempo ainda, elevando os custos do sistema de saúde e no sistema previdenciário. Tudo decorrente de uma patologia em que a prevenção é o melhor tratamento.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 04

Em uma ensolarada manhã de domingo

Já eram 8:15h, quando João Afonso adentrou o estacionamento do Hospital Municipal de Problemópolis, ainda a tempo de ouvir os últimos acordes do novo sucesso de seu ídolo, Wesley Safadão. Apanhou sua mochila no banco traseiro do veículo e partiu apressadamente. Aquele seria seu primeiro plantão como interno na clínica cirúrgica, momento pelo qual vinha esperando ansiosamente.

Ao chegar na sala dos médicos na emergência, foi saudado pelo Dr. Coimbra, seu staff, que após tomar um gole de café falou:

- Olha eleeeeeeeeeeeeeee! Interno, isso são horas? A noite foi boa, né?

Com um sorriso amarelo de quem sempre era muito certinho e detestava ser chamado atenção, João desculpou-se e colocou a culpa do atraso no trânsito, já que era domingo e as pessoas gostavam de ir cedo para a praia. Dr. Coimbra deu-lhe as boas vindas e estava acabando de dizer que o plantão estava tranquilo, quando a Dra. Ellen da clínica médica, entrou na sala:

-Coimbra, dá uma olhada numa paciente nossa? Chegou com muita dor abdominal!

Dr. Coimbra, que não queria perder a largada do grande prêmio de Mônaco de Fórmula 1, pediu que João Afonso colhesse a história da paciente, fizesse o exame físico e em seguida lhe passasse o caso. E assim foi feito. Ao chegar no repouso feminino, João encontrou Mônica, 38 anos, acompanhada do marido Paulo Roberto. Tinha acabado de vomitar e estava um pouco inquieta na maca. João apresentou-se e começou a anamnese. Mônica relatou que na noite anterior foram comemorar o aniversário de 10 anos de seu filho no restaurante Vaca Sagrada, concorrente do Vitelo de Prata e o preferido de seu rebento.

- Sabe como é, doutor... Churrasco a gente sempre acaba exagerando um pouquinho! Já fui dormir meio “empachada”, mas como isso sempre acontece quando eu exagero nas gorduras, não dei muita atenção. Quando acordei pela manhã não tinha fome nenhuma. E olha que eu dou muita importância para o café da manhã! Fui ao banheiro 2 vezes e minhas fezes estavam líquidas. Não demorou para eu começar a

sentir um desconforto aqui na boca do estômago, que foi aumentando e agora está essa dor forte aqui no meio da barriga.

À medida que Mônica ia relatando sua história, João Afonso ia mentalmente tentando organizar a anatomia da cavidade abdominal para pensar em possibilidades diagnósticas. Quando indagada sobre anormalidades ginecológicas, Mônica informou que colocara um novo DIU há 2 semanas e que recentemente fizera tratamento para *Trichomonas vaginalis*.

Ao exame físico, o abdome estava algo distendido em região infraumbilical, doloroso à palpação profunda em hipogástrio e fossa ilíaca direita (FID), sobretudo ao palpar-se o quadrante inferior esquerdo. Sinal de Blumberg ausente. Restante do exame físico sem alterações, PA: 110x70mmHg, FC: 95bpm, tax: 38°C.

Quando João voltou à sala dos médicos, Coimbra acompanhava a Fórmula 1 com os olhos grudados na tela da televisão. O interno então passou-lhe o caso e foram os 2 avaliar a paciente. Após comprovar os achados abdominais encontrados por João, Dr. Coimbra puxou a cortina do repouso e pediu licença à paciente para realizar um toque vaginal e um toque retal. Mônica prontamente concordou. O toque retal revelou uma sensibilidade à direita e o toque vaginal um desconforto no mesmo local.

Dr. Coimbra solicitou exames laboratoriais que não tardaram para chegar: Hemograma Completo com 14400 leucócitos, com 10% de bastões e EAS com 6 piócitos. Frente à piora do quadro doloroso abdominal, João Afonso indagou sobre a possibilidade de uma TC de abdome, ao que Dr.Coimbra respondeu que o tomógrafo estava quebrado naquela semana e só seria consertado para a próxima semana. Em seguida, prescreveu uma dose de antibiótico EV e pediu que João ligasse para o centro cirúrgico e solicitasse uma sala, pois iriam realizar uma laparoscopia.

O procedimento cirúrgico foi diagnóstico e terapêutico, evoluindo sem complicações, estando Mônica agora no quarto particular, acompanhada do esposo. Eram 15h quando João e Coimbra voltavam do almoço e nem bem sentaram no sofá da sala dos médicos, Luís Henrique, residente da Ortopedia, os interpelou:

- Coimbra, dá um parecer pra gente em um vovô que está internado lá no CTI? Foi submetido ontem à cirurgia de colo de fêmur e hoje está apresentando uma distensão abdominal.

Lá se foi a dupla dinâmica em direção ao CTI. Encontraram o paciente Ramiro, 80 anos, referindo desconforto abdominal difuso. Já havia vomitado 3 vezes naquele dia e negava eliminação de fezes ou flatos até aquele momento. Ramiro relatou que nunca apresentara quadro semelhante ou quaisquer outros acometimentos dignos de nota, referindo ter boa saúde. Ao exame físico, encontrava-se corado, hipohidratado +/-, PA: 100x70mmHg, FC: 100 bpm, ausculta cardíaca e respiratória sem alterações. Chamava atenção ao exame do abdome, uma distensão significativa, pouca dor à palpação superficial e profunda, timpanismo difuso e ausculta com ruídos peristálticos débeis, O toque retal mostrou a saída de fezes pastosas

- E aí, João? Qual o próximo passo?- Indagou Coimbra com um tapinha nas costas.

- Podemos solicitar eletrólitos para avaliar possíveis alterações e um enema opaco para avaliar melhor a obstrução?

Diante da afirmativa de Coimbra, João Afonso sentiu-se satisfeito por não estar dando nenhuma “mancada”. O médico solicitou que o paciente fosse encaminhado ao serviço de radiologia, onde foi submetido ao enema opaco, que evidenciou distensão colônica, sobretudo de cólon ascendente e transverso. Dosagens laboratoriais evidenciaram potássio de 2,9, sem outras alterações. Já de volta ao CTI, Dr. Coimbra solicitou que fosse feita decompressão gástrica, prescreveu dose de neostigmina mediante monitorização de sinais vitais e fez as correções eletrolíticas necessárias. Em seguida, conversou com o plantonista do CTI, que passaria o caso ao colega cirurgião da noite, para uma nova avaliação.

- Dever cumprido, João! – Disse Dr. Coimbra ao fim do plantão- Vamos embora botar as pernas pro alto, pois ninguém é de ferro! - Os dois parceiros despediram-se com um vigoroso aperto de mão.

João Afonso voltou para casa ao som de Wesley Safadão, feliz por ter aprendido tantas coisas naquele único plantão. De repente, lembrou-se que só tinha Miojo para comer em casa, optando por parar no Mc Donald's para um lanche reforçado.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 05

A saga de Yussef Klein

Yussef Klein, 57 anos, havia sido designado para assumir a sinagoga de Problemópolis, após o falecimento do rabino anterior. Apesar do nome, Yussef era brasileiro, filho de pais poloneses que vieram para o Brasil após a Segunda Guerra Mundial. Por conta da atividade de seu pai, também rabino, Yussef viajou por quase todo o país, tendo permanecido por mais tempo no sul da Bahia. Com a morte dos pais, resolveu largar a Contabilidade, na qual trabalhou por 20 anos e decidiu seguir os passos do pai, dedicando-se à religião.

Desde jovem, Yussef apresentava saúde instável. Aos 19 anos, iniciou um quadro de lombalgia que surgia no repouso, acordando-o durante à noite e que melhorava com os movimentos, em um caráter recorrente, porém, era acompanhada de redução dos movimentos da coluna lombar, o que limitava suas atividades físicas, principalmente o futebol. Exames complementares esclareceram o diagnóstico e o paciente foi tratado com fisioterapia e anti-inflamatórios, com melhora parcial do quadro. Hoje em dia ainda precisava visitar o ortopedista vez por outra.

Aos 29 anos, nosso bravo personagem sofreu um baque importante em sua vida pessoal, com a morte de sua mãe, a quem era muito ligado. A partir daí, passou a apresentar quadros intermitentes de diarreia, por vezes com muco e discreta hematoquezia, que eram acompanhados por dor abdominal de caráter difuso. A princípio, não deu muita importância, pois precisava cuidar de seu pai, que a esta época já estava com a saúde um pouco debilitada. O estresse contínuo no trabalho, que não ia bem, aliado à preocupação constante com o pai, fez com que Yussef aumentasse a carga tabágica e gerou quadros diarreicos mais frequentes e intensos, o que era motivo de constrangimento muitas vezes, devido à urgência de evacuar, fazendo com que não saísse muito de casa. Esta situação o fez procurar o Dr. Alfredo, gastroenterologista, que após ouvir seu histórico médico, solicitou exames complementares que foram diagnósticos, sobretudo o marcador sorológico e a colonoscopia, sendo iniciado tratamento contínuo com Mesalamina e corticosteróides para os períodos de exacerbação diarreica. Inicialmente o tratamento surtiu efeito,

porém, com o tempo, os períodos intercríticos eram cada vez mais curtos, sendo trocado a Mesalamina pela Azatioprina e mais recentemente pelo Infliximab.

Há 5 anos, quando foi apanhar o pedido para a realização da colonoscopia anual, Yussef queixou-se ao sempre eficiente Dr. Alfredo, na época em vias de se aposentar, de dor em região anal sobretudo ao evacuar e da presença de estrias de sangue no papel higiênico. O médico, após o diagnóstico clínico, fez orientações em relação à higiene e prescreveu pomadas à base de nitroglicerina, com melhora do quadro. A essa altura, Yussef já pregava na sinagoga de seu bairro e encontrava na religião um alento para seus males do corpo e para a imensa saudade de seu pai, há alguns anos falecido.

A vinda para Problemópolis foi cercada de muita expectativa, pois muito se falava do seu clima agradável e boa qualidade de vida. Os primeiros meses transcorreram muito bem, Yussef fez boas amizades e estava adaptando-se ao dia a dia problemopoliense. Certo dia, Yussef adentrou a emergência do hospital municipal com importante distensão abdominal, parada da eliminação de fezes e gases, intensa dor abdominal, taquicardia, febre de 38,5°C, confusão mental e PA: 80x50mmHg. Foi atendido pelo Dr. Robson, que solicitou uma rotina de abdome agudo, tendo a mesma evidenciado diâmetro do cólon transversal de 8 cm e um hemograma que apresentou 16000 leucócitos com 12% de bastões. Inicialmente, o médico achou que o fato de Yussef ter morado durante muitos anos na zona da Mata seria um dado favorável no diagnóstico, porém, ao interar-se do passado gastroenterológico do paciente, mudou sua opinião. Yussef foi tratado inicialmente de forma conservadora, com abundante hidratação venosa e reposição eletrolítica, decompressão nasogástrica e antibioticoterapia EV. Quando o paciente já estava orientado, Dr. Robson tranqüilizou-o e disse que seria preciso a sua internação, pois, caso não respondesse após 48-72h, poderia ser necessário um procedimento cirúrgico. Yussef respondeu-lhe com um fraco sorriso, com a resignação que lhe era costumeira:

- Dr. , todo o tempo que o homem vive, ele possui esperança!

SITUAÇÃO-PROBLEMA 06

Histórias cruzadas

Dona Rosalina, 78 anos, com a morte da filha Maria das Dores e do genro Rondinelli, foi morar com os netos Jéssica e Cauã e o marido de Jéssica, Alessandro. Como o casal trabalhava fora o dia todo, Dona Rosalina passava a maior parte do tempo tomando conta de Cauã, agora com 10 anos. Sentia-se sozinha muitas vezes, pois quando o neto estava em casa, só ficava em seu quarto jogando vídeo-game ou procurando pokémons com os amigos. “Ah, que saudade da minha filha....”, suspirava com frequência. Dona Rosalina era diabética, porém ia pouco às consultas, visto a marcação do SUS ser bastante problemática, fazendo uso irregular de Metformina. Entretanto, não dispensava os salgadinhos e a boa feijoada que Jéssica fazia nos finais de semana, o que havia levado ao ganho de peso acentuado nos últimos meses.

Certo dia, quando todos estavam sentados à mesa do café, Cauã falou com um largo sorriso:

- O olho da vovó está amarelo, igual ao Picachu!

- Deixa de falar besteira, menino!- repreendeu Jéssica- Vovó, eu já falei para você tomar o solzinho da manhã! Senão fica amarelinha, mesmo!

De fato, Rosalina percebera que há uns 3 meses vinha apresentando uma coloração amarelada nas escleras, que associou ao fato de não comer verduras e também não apanhar sol. Era bom começar a mudar seus hábitos!

Com os preparativos do aniversário de Cauã, Rosalina não deu mais importância para a cor de seus olhos, ajudando Jéssica na confecção dos salgadinhos, docinhos e o bolo, além de ser a provadora oficial, na hora de dar a aprovação. A festa foi um sucesso, com a presença de crianças fantasiadas dos mais diferentes tipos de Pokémons, a atazanar os adultos que tentavam manter alguma conversa frente à algazarra instalada. Jéssica pediu que Dona Rosalina não abusasse das iguarias, reforçando a necessidade de tomar seu “remedinho do açúcar” antes. Vocês ouviram Jéssica? Pois bem, nem Rosalina! Aproveitou que a neta estava recebendo os convidados e literalmente “atacou” a mesa de doces e salgados.

De madrugada, Jéssica e Alessandro foram acordados por Rosalina, que referia importante dor em andar superior direito do abdome e epigástrio, já tendo

apresentado 2 episódios de vômitos. Jéssica perguntou se não era a mesma dor que sentia às vezes, quando comia demais. Diante da negativa da avó, que estava bastante irrequieta, ambos se vestiram rapidamente e correram com Rosalina para a emergência do Hospital Municipal de Problemópolis, onde foi recebida pelo Dr. Plínio.

Ao exame físico, o médico encontrou escleras ictéricas ++/6+, PA: 140x90mmHg, FC: 100bpm, T.Ax: 38°C e abdômen distendido, doloroso à palpação profunda em hipocôndrio direito e epigástrio, sinal de Murphy presente e Blumberg ausente. Diante desses achados, Dr. Plínio medicou a paciente para a dor, solicitou exames laboratoriais e ao passar o plantão deixou solicitado um exame de imagem, que foi diagnóstico, mostrando um cálculo de 3,0 cm na região da bolsa de Hartman e obstrução da porção final do ducto hepático comum.

Inicialmente, optou-se pelo tratamento clínico e Rosalina foi internada na enfermaria de clínica cirúrgica. Apresentou melhora clínica e 7 dias após foi submetida ao tratamento definitivo, durante o qual também foi realizado uma colangiografia endoscópica. Ambos procedimentos ocorreram sem complicações.

Ainda na enfermaria, Rosalina fez amizade com Elza, 74 anos, cuja história apresentava muitas semelhanças com a sua. Elza morava com sua irmã solteira desde que ficara viúva e há 1 mês começara a perceber uma coloração amarelada da pele e dos olhos, que atribuiu inicialmente ao fato de estar fazendo dieta e comer cenoura quase todos os dias. Posteriormente, notou uma colocação esbranquiçada nas fezes e a urina bastante escura. Tal fato deixou-a preocupada, pois tinha história na família “daquela doença ruim”, indo procurar seu clínico geral, que solicitou inicialmente um exame de imagem onde foi visualizada uma dilatação da porção terminal do ducto colédoco, além de exames laboratoriais que foram bastante sugestivos do diagnóstico. Foi então encaminhada para um cirurgião geral, que indicou uma CPRE, que foi diagnóstica e terapêutica.

Cerca de 10 dias após, já em casa, começou a apresentar uma dor abdominal em epigástrio, irradiada para região dorsal, acompanhada de vômitos e leve distensão abdominal, o que a fez procurar adivinhem o quê? Isso, a emergência do bom e velho Hospital Municipal de Problemópolis, onde foi atendida por coincidência ou não, também pelo Dr. Plínio. Ao exame, apresentava PA: 100x70mmHg, FC: 110bpm, T. Ax: 38,3°C, abdômen algo distendido, porém flácido, doloroso à palpação profunda em

região de epigástrio, sem sinais de irritação peritoneal. Após ouvir a história prévia de Elza, o médico logo pensou em uma hipótese diagnóstica e solicitou exames laboratoriais, além de um exame de imagem considerado padrão ouro para a confirmação. De posse dos exames, Dr, Plínio, de comum acordo com a cirurgia geral, optou por internar a paciente e realizar tratamento conservador.

Elza evoluiu satisfatoriamente e no momento, as 2 novas melhores amigas trocavam receitas e técnicas de pontos em cruz, quando foram interrompidas pelo interno João Afonso, que vinha realizar a visita matinal. O mesmo pensamento tomava conta de suas mentes: “PARTIU, CASA!”

SITUAÇÃO-PROBLEMA 07

Velhos conhecidos

Wilson entrou de forma apressada no consultório do Dr. Hans Beger. Era sua primeira vez ali e sempre ficava desconfortável quando se apresentava ou se dirigia à alguém que não o conhecia. Pelo menos era assim desde a semana passada, pois o fato de estar bem amarelado o incomodava muito e, pior, cada dia que se olhava no espelho parecia mais e mais amarelo.

-Bom dia, sou Wilson Braga, tenho hora marcada com o Dr. Beger. - disse Wilson fazendo um sorriso forçado.

“Era importante ser simpático e educado sempre, pois as outras pessoas não podem ser responsabilizadas pelas suas aflições”, pensou. A secretária de forma amistosa, sorriu em retorno e sem demonstrar qualquer estranhamento pela cor do novo paciente, respondeu que infelizmente Dr Beger havia feito dois encaixes de última hora e que Wilson teria que esperar um pouco até ser atendido. Ele respondeu que não havia problema em esperar, desde que o renomado especialista de Problemópolis pudesse consultá-lo. Resignado, virou em direção às poltronas para sentar-se e reconheceu na mesma sala de espera, Ângela, sua namorada de adolescência, também aguardando a consulta. Ela também o reconheceu, apesar de muitos anos sem se encontrarem. “O rosto continua ainda muito bonito”, pensou Wilson.

-Wilsinho, não é possível! Há quanto tempo! Como é bom encontrar você depois de tantos anos! - E começaram a conversar, atualizaram casamentos, filhos e netos de cada um e, de forma inevitável, a conversa se voltou pela razão de ambos estarem naquela específica sala de espera.

Wilson contou que no dia seguinte ao seu aniversário de 65 anos, após acordar, se descobriu completamente amarelo, “que susto!”, lembrou. Sua festa tinha sido muito boa, porém seus filhos e netos estavam, há alguns meses, preocupados com seu desânimo, sua falta de apetite e seu emagrecimento. Sua filha caçula queria que ele fosse a um psiquiatra ou psicólogo para tratar depressão, pois ele achava que tinha algo com o fato de se sentir velho e estar prestes a se aposentar. Tudo isso o perturbava de alguma maneira...

Amarelado, correu ao UPA mais próximo, sendo atendido por um garoto que o tranqüilizou e afirmou que possivelmente era uma simples hepatite e recomendou dieta e descanso por vinte a trinta dias. Porém, Wilson achou muito tempo, e gostaria de escutar a opinião de um especialista, já que tinha convênio e poderia explorar esta situação para ficar mais tranqüilo. O jovem médico deu o endereço de sua professora que trabalhava na Universidade de Problemópolis, Professora Sheila Sherloque.

Wilson continuou a contar que conseguiu marcar consulta para o dia seguinte. A médica era muito séria, conversou com ele e, para seu espanto, mandou-o ficar “pelado”. Wilson não discutiu este constrangimento, porque ela lembrava muito uma professora sua do ginásio que o apavorava. Pelo sim, pelo não, fez tudo o que ela ‘ordenou’, mas o pior estava para vir. A médica o mandou ficar de lado e “pimba”, meu Deus, ela é gastroenterologista e não urologista! Que susto danado!

Refeito do inesperado do dia, a doutora, pareceu extremamente preocupada com ele, dizendo-lhe que o que ele tinha não era hepatite e sim um tumor que tinha de ser tratado com uma cirurgia muito grande e que apenas o Hospital da Universidade de Problemópolis poderia realizar, pois tinha suporte suficiente no pós-operatório, para minimizar os problemas que poderiam acontecer. Wilson contou a Ângela que ficou apavorado e que o resto da conversa ficou difícil para ele. Saiu de lá com vários exames solicitados e um encaminhamento urgente para o Dr. Beger.

Ângela ouviu com muita atenção, e por que não dizer preocupação, o relato de Wilson e, de certa forma, para acalmá-lo, relatou a ele que provavelmente tinham a mesma doença, só que o dela havia iniciado com dor crescente na coluna e nunca tinha ficado amarela. Investigando a dor, descobriu um tumor no pâncreas, fez muitos exames, foi definido o tipo específico e a não indicação de tratamento cirúrgico. Estava feliz por ainda estar bem após 1 ano de tratamento, já tendo sido submetida à quimioterapia e radioterapia, tendo apresentado queda de cabelo. Nada disto a perturbou. Apenas em um momento ficou muito apreensiva, quando no meio da quimioterapia, sua perna esquerda inchou muito e ficou dolorida, tendo relacionado com um esforço exagerado que havia realizado no dia anterior. Lembrava-se de falar ao filho mais velho que isto era muito pouco significativo para perturbar o Dr. Beger.

No dia seguinte acordou ansiosa com muita falta de ar, sendo internada às pressas no Hospital Universitário com um problema sério no pulmão, que, pasmem,

tinha a ver com a perna! Ficou um tempo no CTI melhorando devagar, até que o vascular, Dr. De Baker, realizou um procedimento que permitiu sua alta e o seu retorno ao tratamento. Hoje seus marcadores estão OK, e ela leva sua vida normal, ficando o tempo que pode com seus netos.

A secretária, de forma delicada, interrompeu a conversa entre os dois, chamando Ângela para a consulta e lembrando-lhe que o professor não gostava quando ela ia desacompanhada à consulta. Wilson não sabia que Ângela era um dos encaixes e que, o motivo da consulta era uma falta de ar diferente que ela estava sentindo, não mais súbita e sim progressiva.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 08

Instinto maternal

Suely acabara de acordar naquela manhã, no leito 02, da enfermaria 602 do Hospital de Problemópolis. Hoje sua cabeça estava melhor, funcionava melhor, ainda sem abrir os olhos. Pensava como fora seus últimos dias, tinha de lembrar... Bom, ela se lembrava que após seu aniversário, quando completara 25 anos, começou a apresentar uma sensação estranha, sob suas costelas à direita. Com o passar dos dias, este “desconforto” virou dor, a qualquer hora, sem aviso, sem relação com nada!

Procurou sua médica de confiança, confidente e amiga há 10 anos, Dra Claudia, sua ginecologista, que a examinou e solicitou alguns exames, entre eles um Ultrassom.

_ Doutora, será que esta dor pode estar associada ao fato de há dez anos eu tomar de forma ininterrupta o anticoncepcional?

_ Não me parece ter relação, mas faça os exames, OK?

Suely toda a vez que tinha algum problema de saúde lembrava-se da preocupação que sua mãe tinha com o fato de sua filha fazer uso desta medicação por tanto tempo, sem nenhuma interrupção. Bom, após a consulta, se lembrava bem, marcou os exames para o período após as provas da faculdade, pois agora seria impossível interromper os estudos. Afinal de contas, o 8º período de medicina da faculdade de Problemópolis estava “apertando” bem.

Na véspera da prova, à noite, antes de dormir, tomava seu banho para relaxar, e a última coisa que se lembra é uma dor súbita, forte e daí em diante nada. Acordou no CTI, cheia de tubos, sondas e drenos. Ao seu redor, sons e luzes, soros pendurados e, se não estava enganada, também recebendo sangue. No abdome um grande curativo. Sua mãe estava ao seu lado, olhos vermelhos, mão agarrada a sua.

- Mãe, o que houve?

- Minha filha, que bom que você acordou! Como estava aflita para ouvir sua voz. Agora vai ficar tudo bem, fique tranquila. Os médicos resolveram, tiveram de operar, minha filha, seu fígado explodiu!

Depois desta conversa, Suely não lembrava muita coisa. Algumas frases perdidas, imagens da sua mãe, suas manifestações de carinho e cuidado, tudo em forma de flash. Agora sim, sentia que tudo estava mais claro.

Não viu sua mãe quando abriu os olhos. Sua colega de enfermaria (enfermária de dois leitos) está sentada na cama, olhando afetuosamente para ela e, sorriu:

- Oi, sua mãe teve de sair. Estava junto de você este tempo todo, desde que você desceu do CTI. Que bom que parece estar bem desperta! Sua mãe teve que ir para casa, sua irmã menor necessitou dela para alguma coisa. Fique tranqüila, nada sério... Eu sou sua vizinha de enfermaria, meu nome é Ruth, prometi a sua mãe que hoje eu cuidaria de você. Como você pode ver, eu ainda não operei. Quer conversar um pouco?

Conversaram de forma animada, como se se conhecessem há anos. Ruth era mais velha que ela, tinha 65 anos, ia ser operada pelo mesmo cirurgião que a havia operado na emergência, Prof. Bismuth. Sorte grande da Suely, o professor era um renomado cirurgião que havia recentemente assumido a chefia da Cirurgia Hepatobiliopancreática da universidade.

Ruth contou que também iria operar o fígado, e, que diferente dela, a sua história era um pouco mais complicada. Considerava que sua vida tinha um ponto de corte, uma data que tinha mudado tudo, a data da morte da sua filha Marcela há dez anos atrás. Seu mundo jamais foi o mesmo, apesar da alegria de cuidar do neto. Os tons cinzas passaram a fazer parte da sua vida e, há três anos, iniciou um sangramento anal.

Levou meses até entender o seu real significado, ela tinha um câncer no reto. Ruth contou que os médicos no início discutiam se ela seria operada ou se antes iria fazer tratamento. Finalmente, tinham decidido pelo tratamento com remédio e radioterapia. Fez o tratamento, depois de algum tempo foi operada, ficando com a desgraçada da “bolsinha” na barriga. Posteriormente, repetiu o tratamento com medicação, passou mais um tempo e quando terminaram as medicações fez uma série de exames e, como se não fosse já o suficiente, encontraram dois caroços no fígado dela. Para complicar, disseram que iam operá-la duas vezes! O Dr. Bismuth explicou a ela que era uma abordagem nova, ALPS... Achava ela que era um nome esquisito.

A noite chegou e com ela retornou a mãe de Suely. O movimento e a conversa animada com a colega de enfermaria produziram um sono bom e, após Suely adormecer, Ruth conversou com sua mãe. Comentou como a filha era simpática e, que tinha um olhar que lembrava muito o da sua filha Marcela. O dia, afirmava ela, tinha

sido ótimo para as duas, mas a noite vinha com uma saudade forte da filha e, esta noite ela sabia, teria dificuldade para dormir.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 09

Cai o pano

Leonora Lamar, 62 anos, era uma atriz que conhecera o estrelato nos anos 70-80, onde estava sempre à frente de uma produção cinematográfica ou nos palcos, em performances que ficariam para sempre nas mentes e nos corações de seus fãs mais ardorosos. Sempre fora uma mulher a frente de seu tempo, contestadora, adepta a todos os modismos e muito inteligente. Com os atuais rumos do *showbiz* no Brasil, onde ex-BBBs, modelos e candidatos a modelo tomam o lugar na mídia de atores consagrados, nossa protagonista começou a não mais receber convites de trabalho, nem mais aparecer nas colunas sociais. Tal situação gerou um quadro de tristeza, associado com perda do interesse para atividades que antes lhe eram prazerosas, como cuidar da beleza e suas sagradas 2 horas por dia de ginástica com seu personal. Perdeu o interesse, também, pela boa cozinha, não alimentando-se adequadamente e sentia um cansaço constante, uma vontade “de só ficar na cama”. Em outros momentos, apresentava-se agressiva com os que estavam à sua volta, sobretudo sua filha Abigail e sua mãe Hilda, que atribuíam tais alterações comportamentais à falta de trabalho.

Bastante preocupado com Leonora, Teodoro, seu empresário, moveu céus e terras para arrumar uma pequena participação na novela das seis, como a avó do protagonista, que morria no primeiro capítulo: “Eu, uma atriz de gabarito fazendo uma avó e logo numa novela das seis”, pensou. Porém, como a cavalo dado não se olham os dentes, partiu Leonora para a gravação, toda animada. Na hora da cena, entretanto, apresentou uma agudização intensa de uma cefaléia que há vários meses a incomodava, só sendo possível concluir os trabalhos no dia seguinte. Teodoro aconselhou-a a procurar um médico para avaliação, mas muito orgulhosa, Leonora não aceitou a idéia, pois não queria fazer “exposição da figura”. Dali em diante, o grande público foi privado de sua radiante presença. Seguindo os conselhos de sua filha, mudaram-se para a encantadora Problemópolis, onde o clima ameno certamente lhe faria muito bem.

O tempo foi passando e a cefaléia foi ficando cada vez mais limitante, por vezes acompanhadas de vômitos e não respondendo aos analgésicos convencionais. Certa

manhã, durante uma conversa ao telefone, apresentou uma crise convulsiva, sendo levada de ambulância à emergência do Hospital Municipal de Problemópolis.

Foi recebida pelo Dr. Isaias, que imediatamente reconheceu-lhe e tomou a frente do caso. Ao exame físico, apresentava abertura ocular sob estímulo verbal, resposta verbal confusa e resposta motora atendendo a comandos, além de pupilas isocóricas e fotorreagentes, PA: 140x80mmHg, FC: 100bpm e FR: 30irpm. Um novo episódio convulsivo, foi medicado com anticonvulsivantes. Prontamente, a paciente foi conduzida à medicina nuclear, onde foi submetida à uma ressonância nuclear magnética que mostrou a presença de 4 lesões circunscritas, localizadas na junção da substância branca e cinzenta, medindo mais de 3 cm e com grande área de edema ao redor. Dr. Isaias optou por internar a paciente, para seguir na investigação de seu caso, mantendo a prescrição de anticonvulsivantes e adicionando corticosteróides. No dia seguinte, Dr. Teodoro, que também fazia parte da rotina, foi passar a visita na paciente. Encontrou-a sonolenta, porém respondendo às solicitações verbais. Realizou exame físico minucioso, onde chamava atenção a presença de adenomegalias supraclaviculares bilaterais, de consistência endurecida e o exame do aparelho respiratório mostrava macicez á percussão e ausculta pulmonar abolida em 1/3 distal de hemitórax D. Leonora foi conduzida ao RX, onde foi confirmado o achado do exame físico e o médico realizou um procedimento para auxiliar no diagnóstico. Com o quadro fechado, Dr. Teodoro comunicou à filha de Leonora, que perguntou-lhe se tinha a ver com o fato da mãe ter fumado durante 30 anos, cerca de 1 maço/dia. O médico informou-lhe que o tabagismo apresenta risco relativo elevado para neoplasias de pulmão. Quando indagado sobre a conduta futura, Dr. Teodoro informou que solicitaria outros exames para definir melhor o estágio da doença e que avaliaria o índice performance/status da paciente a fim de traçar a conduta adequada. Infelizmente, o caso de Leonora era muito grave e a paciente veio a óbito em menos de 1 mês, deixando seus fiéis admiradores inconsoláveis.

A paciente do leito ao lado de Leonora era Rosa, 65 anos, que acompanhou os últimos dias da atriz, a quem também tinha grande admiração. Havia sido internada, pois numa avaliação de rotina, seu cardiologista encontrara no RX uma opacidade circunscrita, medindo cerca de 2 cm. Como seu esposo era tabagista com uma carga tabágica de 50 maços ano, o médico resolveu aprofundar a investigação, apesar do

quadro geral satisfatório da paciente. Rosa procurava manter-se tranqüila, pois tinha muita confiança no Dr. Teodoro e sua equipe.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 10

Flores no jardim

José e Aparício trabalhavam há 20 anos cuidando dos jardins do Museu Colonial de Problemópolis, que funcionava em uma antiga casa de fazenda, ponto turístico muito freqüentado na cidade. Eram grandes amigos e tinham fama entre os moradores da urbe, de serem os responsáveis pelas rosas e orquídeas mais bonitas da região.

Ao fim de mais uma jornada diária, José comentou com o amigo, que vinha sentindo há mais ou menos seis meses, uma dor na virilha esquerda e, que ao final do dia, esta dor ficava insuportável e, particularmente naquele dia, estava mais forte e, para piorar as coisas, a barriga também doía demais. Aparício, preocupado, falou que seu sobrinho, Walter, de quem ele muito gostava, cirurgião, estava de plantão no Hospital Universitário de Problemópolis, e que ele o levaria para lá.

Na emergência do Hospital Universitário, o Dr. Walter disse a José que ele iria ser operado de urgência e explicou que ele tinha uma complicação de uma hérnia e que para piorar as coisas ele teria também que mexer na barriga. Aparício acalmou seu amigo, dizendo que estava em boas mãos e que ele avisaria sua família do que estava acontecendo.

No dia seguinte, Aparício e a esposa de José, Maria, foram conversar com o Dr. Walter, que lhes falou:

_ José teve uma complicação que pode acontecer em quem tem hérnia e continua, de alguma maneira, fazendo algum esforço. Ele "prende um pedaço dos intestinos na hérnia", e nós tivemos de abrir a barriga, porque este intestino sofreu. Agora ele esta bem e deve, creio eu, evoluir satisfatoriamente, porém algo me preocupa... Ele já foi alguma vez ao urologista?

Maria respondeu que seu esposo, nos seus 60 anos de vida, jamais foi a algum medico e, que gostava de dizer que tinha uma saúde de ferro. Dr. Walter, então, contou que após anestesiarem José, foi extremamente difícil passar a sonda vesical, o que foi conseguido após muitas tentativas. Durante estas tentativas, fez um toque retal, onde constatou o aumento difuso da próstata, com presença de um nódulo grande, muito endurecido, na periferia da mesma. Informou também que iria aproveitar esta internação para esclarecer este achado.

Maria agradeceu o cuidado e aproveitou para pedir ao Dr. Walter para também investigar uma dor que José tinha na coluna, que, segundo ela, havia aparecido há uma semana.

SITUAÇÃO-PROBLEMA 11

Quanto antes, melhor!

Hiroshi, 48 anos, trabalha na indústria naval de Problemópolis. Ele atua há cerca de 15 anos na construção do submarino nuclear da Marinha, desenvolvendo o propulsor com o reator nuclear. Numa consulta de rotina obrigatória no médico de trabalho da empresa, foi percebida uma massa não dolorosa em topografia de tireóide e um pequeno linfonodo regional aumentado. O médico então solicitou exames de sangue e USG com Doppler da glândula.

Uma característica da personalidade de Hiroshi é não gostar do ambiente médico. Ele só foi à consulta após ameaça de demissão por não ter feito os exames periódicos nos últimos anos. Os exames laboratoriais mostraram TSH e T4 livre normais. USG mostrou um nódulo sólido de 1,8cm com vascularização central e alta resistividade. Diante de tais resultados, o médico do trabalho encaminhou Hiroshi para o cirurgião fazer um novo exame mais invasivo (disparador para abordagem do PAAF), porém, com o medo de ser submetido a tantos exames que julgara desnecessários, Hiroshi nunca foi ao cirurgião dar continuidade ao tratamento, principalmente com a desculpa de “não estar sentindo nada”.

Hiroshi continuou trabalhando na indústria naval no desenvolvimento de submarinos por mais 14 anos, sempre fugindo das inspeções periódicas e revisões do seu quadro clínico, pois estava assintomático. Sua única queixa era uma dor lombar e no quadril, a qual acreditava ser uma hérnia de disco.

Certo dia, já no cargo de diretor de empresa, Hiroshi apresentou uma forte cefaleia e abriu uma crise convulsiva tônico-clônica. Devido ao seu cargo de gestor, sua rouquidão recente era sempre relacionada ao estresse da função. Ele foi encaminhado ao hospital de Problemópolis, onde foi realizada uma tomografia de crânio. Com os relatos das dores lombares, o radiologista resolveu fazer o estudo tomográfico da coluna lombo-sacra e da pelve a seguir. No crânio, algumas alterações hipercaptantes foram observadas, já na coluna lombar foi visualizada uma lesão lítica com uma pequena fissura como linha de fratura na vértebra L4. No trocanter do fêmur direito, foi identificada outra lesão lítica com fratura.

Ao exame físico, foi possível perceber uma grande massa endurecida, com pequenos pontos amolecidos, em topografia de tireóide e aderida às estruturas vizinhas. Desta vez internado e com a pressão dos familiares, Hiroshi não se recusará a fazer o exame solicitado muito anteriormente.

Uma punção aspirativa por agulha fina foi realizada, juntamente com estudos imuno-histoquímicos. No resultado, foram encontradas células em diferentes graus de diferenciação. Algumas células pequenas, porém células grandes predominantemente. Também foram observadas células escamosas isoladamente, assim como células gigantes com invaginações citoplasmáticas. O antígeno linfocitário e a calcitonina foram negativos, porém o antígeno para tireoglobulina foi positivo.

Diante do resultado, a equipe de cirurgia oncológica sugeriu uma pequena cirurgia eletiva ao paciente para conforto respiratório, enquanto a equipe clínica de oncologia indica radioterapia na tireóide e um quimioterápico para diminuir as lesões distantes. Dr Alexandre, exímio cirurgião oncológico de Prolemópolis irá realizar a traqueostomia de Hiroshi. Com um leve desconforto pulsátil na cabeça e sabendo que sua pressão vem apresentando elevações recentemente, Alexandre tomou seu Losartan 50mg antes do procedimento cirúrgico. Após a traqueostomia, a qual transcorreu sem intercorrências, Alexandre sentiu um desconforto abdominal e foi ao banheiro com intenso quadro diarreico. Ele então seguiu ao setor de emergência e solicitou que fizessem hidratação venosa e anti-espasmódico venoso, o que cursou com melhora parcial do quadro.

Alguns dias após, ainda apresentando diarreias diárias, Alexandre sentiu súbita dor lombar com hematúria e tenesmo urinário. Foi novamente ao SPA do hospital, onde fez hidratação venosa e analgesia. Uma tomografia de vias urinárias identificou presença de cálculos de diversos tamanhos em rim e ureteres, sem hidronefrose. Um urologista foi chamado para avaliar a conduta a ser tomada. Nesse momento, Alexandre percebeu um aumento em sua tireóide e ficou preocupado, pois hipertensão, calculose urinária e diarreia são sinais sugestivos de longa investigação clínica pela frente....

SITUAÇÃO-PROBLEMA 12

“Você não vai ajudar a cantar essas canções de liberdade?”

Roberto Marlo, 50 anos, é um cantor famoso no Brasil e bem conceituado até no exterior. Nascido em um estado do sul do país, pele negra, hoje ele tem 56 anos e reside em Problemópolis. Estava fazendo um show em sua cidade quando, ao pegar um instrumento musical pesado, sentiu uma dor lombar. Não suportando a dor, deixou o instrumento cair sobre seu hálux direito, ferindo-o levemente. Encaminhado ao PS para atendimento do Dr Joseph, foi feito curativo no hálux sem maiores complicações.

Porém, Roberto retorna após 2 semanas ao hospital de Problemópolis com queixa de piora da lesão no seu hálux com ulceração. Ao examinar o pé de Roberto, o interno Inácio verifica uma “mancha” escura no entorno do ferimento, porém pouco definida devido à pele escura do paciente. Ao olhar com cuidado, Inácio percebe que a “mancha” se estende à região plantar, onde pode ser visualizada com mais detalhes. Inácio também acompanhava o ambulatório de Dermatologia com a Dra. Patrícia, onde desenvolvia seu TCC sobre a importância da propedêutica investigativa de nevos displásicos. Após examinar a lesão, chamou seu preceptor e concordaram em encaminhar o paciente para ser avaliado pela Dra. Patrícia no dia seguinte.

De maneira acolhedora, examinou demoradamente a lesão. Esta apresentava coloração variada entre preta, vermelha e marrom, cerca de 4,5 cm de diâmetro, levemente elevada e com contornos irregulares. Após discutirem o caso, Dra. Patrícia e Inácio acham melhor fazer uma biópsia excisional, incluindo tecido subjacente para confirmação diagnóstica da suspeita de um caso raro de neoplasia cutânea. A médica reitera a importância da biópsia, pois, além do diagnóstico definitivo, poder-se-á avaliar padrões histológicos como a Classificação de Clark e Breslow e imuno-histoquímica com marcadores S-100 e HMB-45.

Roberto, adepto de uma religião que não permite procedimentos invasivos ao corpo, se recusa ao procedimento. Diz que além da sua filosofia de vida, a cirurgia pode afetar sua dança, logo no momento em que faria shows no exterior.

Nos meses seguintes, Roberto se apresentou na Europa e nos EUA, porém sem divulgar o seu quadro de saúde. Até que, durante um show em Miami, apresentou

fortes dores de cabeça, tosse e dispnéia severa. Internado no Hospital Cedars of Lebanon, exames de imagem evidenciaram tumores, provavelmente metástases, em cérebro e pulmões, além de linfonodos palpáveis em região cervical. Já sem possibilidade de cura, permaneceu internado, aos cuidados da família, até seu óbito.

Com a morte do vocalista da banda e a pausa na turnê de shows, o irmão de Marlon, Miguel, 55 anos, que fazia backing vocal na banda, pensou que a sua rouquidão iria melhorar. Sempre julgou o incômodo na voz como decorrente do excesso de shows. Porém, mesmo com a pausa dos mesmos, percebeu que sua voz não melhorava. Já eram quase 6 meses com esse incômodo. Preocupado com a saúde, principalmente após a morte do irmão, procurou ajuda com uma fonoaudiologista, Juliana, indicada por um amigo da banda.

Durante a consulta, Juliana percebe que o paciente apresenta uma tosse seca intermitente além da queixa de otalgia ao exame físico. Miguel informou-lhe que a tosse deveria ser por conta do cigarro, pois apresentava uma carga tabágica de 30 maços/ano. Resolve então encaminhá-lo ao otorrinolaringologista para um exame mais completo.

Na consulta, o Dr. Eustáquio percebe alguns linfonodos palpáveis em região cervical, além de ulceração na glote durante a laringoscopia. Diante desses fatos, ele solicita uma ressonância magnética com contraste da região da orofaringe, laringe, traquéia e tórax, além de exames para avaliação secundária e programa uma biópsia da área acometida. Por fim, diz á Miguel que se mostra preocupado com o seu quadro e orienta-lhe que terá uma longa propedêutica entre diagnóstico e tratamento pela frente.

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

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, Ligia. 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 Celeno; 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. Conduas 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. Condutas 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., McMahan, 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

