



CADERNO DE SITUAÇÕES- PROBLEMA

MEDICINA - 2022



FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS – Feso

Antônio Luiz da Silva Laginestra

Presidente

Jorge Farah

Vice-Presidente

Luiz Fernando da Silva

Secretário

José Luiz da Rosa Ponte

Kival Simão Arbex

Paulo Cezar Wiertz Cordeiro

Wilson José Fernando Vianna Pedrosa

Vogais

Luis Eduardo Possidente Tostes

Direção Geral

Michele Mendes Hiath Silva

Direção de Planejamento

Solange Soares Diaz Horta

Direção Administrativa

Fillipe Ponciano Ferreira

Direção Jurídica

CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS – Unifeso

Verônica Santos Albuquerque

Reitora

Roberta Montello Amaral

Direção de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Mariana Beatriz Arcuri

Direção Acadêmica de Ciências da Saúde

Vivian Telles Paim

Direção Acadêmica de Ciências e Humanas e Tecnológicas

Pedro Luiz Pinto da Cunha

Direção de Educação a Distância

HOSPITAL DAS CLÍNICAS COSTANTINO OTTAVIANO – Hctco

Rosane Rodrigues Costa

Direção Geral

CENTRO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS – Ceso

Roberta Franco de Moura Monteiro

Direção

CENTRO CULTURAL FESO PROARTE – Ccfp

Edenise da Silva Antas

Direção

Copyright© 2022
Direitos adquiridos para esta edição pela Editora UNIFESO

EDITORA UNIFESO
Comitê Executivo
Roberta Montello Amaral (Presidente)
Anderson Marques Duarte (Coordenador Editorial)

Conselho Editorial e Deliberativo
Roberta Montello Amaral
João Cardoso de Castro
Mariana Beatriz Arcuri
Verônica dos Santos Albuquerque
Vivian Telles Paim

Assistente Editorial
Laís da Silva de Oliveira
Revisor
Anderson Marques Duarte
Formatação
Laís da Silva de Oliveira
Capa
Thiago Pereira Dantas

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

Caderno de Situações-Problema do Curso de Graduação em Medicina – Primeiro Semestre de 2022 / Fundação Educacional Serra dos Órgãos. --- Teresópolis: UNIFESO, 2022.

161f.

ISBN: 978-65-87357-40-9

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

CDD 378.8153

EDITORA UNIFESO
Avenida Alberto Torres, nº 111
Alto - Teresópolis - RJ - CEP: 25.964-004
Telefone: (21)2641-7184
E-mail: editora@unifeso.edu.br
Endereço Eletrônico: <http://www.unifeso.edu.br/editora/index.php>

ORGANIZAÇÃO

Alba Barros Souza Fernandes

João Cardoso de Castro

Simone Rodrigues

Walney Ramos de Sousa

REVISÃO

Alba Barros Souza Fernandes

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Aryane Dias Gonçalves Hodgson

Carlos Romualdo Barbosa Gama

Georgia Dunes da Costa Machado

Izabel Cristina de Souza Drummond

João Cardoso de Castro

Luís Claudio de Souza Motta

Luis Filipe da Silva Figueiredo

Mariana Beatriz Arcuri

Roberto Luiz Hungerbuhler Pessoa

Simone Rodrigues

Valter Luiz Da Conceição Gonçalves

Walney Ramos de Sousa

AUTORES

Adriana dos Passos Lemos

Alexandre de Pina Costa

Ana Paula Faria Diniz

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Anamarina Coutinho Barros de Brito

Andrea de Paiva Doczy

Andréia de Santana Silva Moreira

Anielle de Pina Costa

Anna Christiany Brandão Nascimento

Aryane Gonçalves Dias Hodgson
Benisia Maria Barbosa Cordeiro Adell
Bruno Fernando Carrijo Monteiro
Bruno Silva de Araújo Ferreira
Carlos Romualdo Barbosa Gama
Carolina Tebaldi Pinto
Claudia Cristina Dias Granito
Claudia de Lima Ribeiro
Claudio Luiz Bastos Brangança
Daurema Conceição DoCasar Serafino Silva
Débora Passos da Silva Jones
Emilene Pereira de Almeida
Erick Vaz Guimarães
Etelka Czako Cristel
Fernanda dos Santos Ribeiro
Georgia Dunes da Costa Machado
Gleyce Padrão de Oliveira
Heleno Pinto de Moraes
Hugo Macedo Ramos
Ingrid Tavares Cardoso
Izabel Cristina de Souza Drummond
Jeanne D'Arc Lima Fontaine
João Maria Ferreira
Joelma de Rezende Fernandes
Jose Eduardo da Costa Gircys
Julia Nicolatino Turl
Juliana Diniz de Moura
Julio Antonio de Carvalho Neto
Kátia Cristina Felipe
Kátia Liberato Scheidt
Katia Lucia Frazão Caires
Leandro de Oliveira Costa

Leandro Teixeira de Oliveira
Luciana da Silva Nogueira De Barros
Lucianna Miguel Ferreira
Luís Claudio de Souza Motta
Luis Claudio Souza Motta
Luis Filipe da Silva Figueiredo
Luís Roberto Barbosa de Melo
Marcelo Henrique Ferrari
Marcio Niemeyer Martins de Queiroz Guimarães
Margarete Domingues Ribeiro
Maria Aparecida Rosa Manhães
Maria Teresa Menegat
Marina Moreira Freire
Mario Antonio Soares Simoes
Mario Castro Alvarez Perez
Patricia Amado Alvarez
Paulo Freire Filho
Pedro Henrique Netto Cezar
Renata Barreto Marques
Renato Gomes Barbosa
Roberto Luiz Hungerbuhler Pessoa
Rodrigo Perico de Magalhaes
Rosiane Fatima Silveira de Abreu
Sheila da Cunha Guedes
Sueli Araújo Rodrigues
Valter Luiz da Conceição Goncalves
Vania Gloria Silami Lopes
Walney Ramos de Sousa

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”.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
CAPITULO 1.....	12
SITUAÇÃO PROBLEMA 1º PERÍODO.....	12
SITUAÇÃO PROBLEMA 01.....	12
SITUAÇÃO PROBLEMA 02.....	18
SITUAÇÃO PROBLEMA 03.....	21
SITUAÇÃO PROBLEMA 04.....	24
SITUAÇÃO PROBLEMA 05.....	25
SITUAÇÃO PROBLEMA 06.....	26
SITUAÇÃO PROBLEMA 07.....	27
SITUAÇÃO PROBLEMA 08.....	28
SITUAÇÃO PROBLEMA 09.....	30
CAPITULO 2.....	34
SITUAÇÃO PROBLEMA 2º PERÍODO.....	34
SITUAÇÃO PROBLEMA 01.....	35
SITUAÇÃO PROBLEMA 02.....	38
SITUAÇÃO PROBLEMA 03.....	39
SITUAÇÃO PROBLEMA 04.....	40
SITUAÇÃO PROBLEMA 05.....	41
SITUAÇÃO PROBLEMA 06.....	43
SITUAÇÃO PROBLEMA 07.....	45
SITUAÇÃO PROBLEMA 08.....	47
SITUAÇÃO PROBLEMA 09.....	48
CAPITULO 3.....	51
SITUAÇÃO PROBLEMA 3º PERÍODO.....	51
SITUAÇÃO PROBLEMA 01.....	52
SITUAÇÃO PROBLEMA 02.....	52
SITUAÇÃO PROBLEMA 03.....	54
SITUAÇÃO PROBLEMA 04.....	55
SITUAÇÃO PROBLEMA 05.....	56
SITUAÇÃO PROBLEMA 06.....	58

SITUAÇÃO PROBLEMA 07.....	60
SITUAÇÃO PROBLEMA 08.....	61
SITUAÇÃO PROBLEMA 09.....	62
CAPITULO 4.....	65
SITUAÇÃO PROBLEMA 4º PERÍODO.....	65
SITUAÇÃO PROBLEMA 01.....	66
SITUAÇÃO PROBLEMA 02.....	67
SITUAÇÃO PROBLEMA 03.....	68
SITUAÇÃO PROBLEMA 04.....	70
SITUAÇÃO PROBLEMA 05.....	74
SITUAÇÃO PROBLEMA 06.....	75
SITUAÇÃO PROBLEMA 07.....	77
SITUAÇÃO PROBLEMA 08.....	78
SITUAÇÃO PROBLEMA 09.....	79
CAPITULO 5.....	83
SITUAÇÃO PROBLEMA 5º PERÍODO.....	83
SITUAÇÃO PROBLEMA 01.....	84
SITUAÇÃO PROBLEMA 02.....	86
SITUAÇÃO PROBLEMA 03.....	89
SITUAÇÃO PROBLEMA 04.....	90
SITUAÇÃO PROBLEMA 05.....	91
SITUAÇÃO PROBLEMA 06.....	93
SITUAÇÃO PROBLEMA 07.....	94
SITUAÇÃO PROBLEMA 08.....	96
CAPITULO 6.....	100
SITUAÇÃO PROBLEMA 6º PERÍODO.....	100
SITUAÇÃO PROBLEMA 01.....	101
SITUAÇÃO PROBLEMA 02.....	102
SITUAÇÃO PROBLEMA 03.....	103
SITUAÇÃO PROBLEMA 04.....	105
SITUAÇÃO PROBLEMA 05.....	106
SITUAÇÃO PROBLEMA 06.....	108

SITUAÇÃO PROBLEMA 07.....	110
SITUAÇÃO PROBLEMA 08.....	111
SITUAÇÃO PROBLEMA 09.....	113
SITUAÇÃO PROBLEMA 10.....	110
CAPITULO 7.....	120
SITUAÇÃO PROBLEMA 7º PERÍODO.....	120
SITUAÇÃO PROBLEMA 1.....	121
SITUAÇÃO PROBLEMA 02.....	125
SITUAÇÃO PROBLEMA 03.....	127
SITUAÇÃO PROBLEMA 04.....	129
SITUAÇÃO PROBLEMA 05.....	131
SITUAÇÃO PROBLEMA 06.....	134
SITUAÇÃO PROBLEMA 07.....	136
SITUAÇÃO PROBLEMA 08.....	138
CAPITULO 8.....	145
SITUAÇÃO PROBLEMA 8º PERÍODO.....	145
SITUAÇÃO PROBLEMA 01.....	146
SITUAÇÃO PROBLEMA 02.....	148
SITUAÇÃO PROBLEMA 03.....	153
SITUAÇÃO PROBLEMA 04.....	151
SITUAÇÃO PROBLEMA 05.....	154
SITUAÇÃO PROBLEMA 06.....	154
SITUAÇÃO PROBLEMA 07.....	156

CAPITULO 1
SITUAÇÃO PROBLEMA 1º PERÍODO

AUTORES:

Andrea de Paiva Doczy

Anna Christiany Brandão Nascimento

Benisia Maria Barbosa Cordeiro Adell

Bruno Fernando Carrijo Monteiro

Claudia de Lima Ribeiro

Débora Passos da Silva Jones

Etelka Czako Cristel

Gleyce Padrão de Oliveira

Jeanne D'Arc Lima Fontaine

Luis Claudio Souza Motta

Sueli Araújo Rodrigues

Vania Gloria Silami Lopes

Walney Ramos de Sousa

SITUAÇÃO PROBLEMA 01

A EVOLUÇÃO DO CONHECIMENTO MÉDICO A PARTIR DAS GRANDES EPIDEMIAS E PANDEMIAS

João Afonso e Daniel, colegas desde antes da época do cursinho passaram para o Centro Universitário de Problemópolis. Sempre foram amigos e com gostos muito parecidos, muito próximos e com o mesmo objetivo, como é o caso de cursar a medicina. Ambos possuem uma família numerosa com vários médicos entre tios, avôs, primos o que desde cedo despertou em ambos o gosto por conhecer a história da medicina e a cultura de alguns povos que praticavam cuidados em saúde em suas épocas.

Os dois estavam sempre trocando informações das literaturas que liam e formando conceitos para a futura e sonhada profissão, além das belíssimas telas de pintura que retratavam o dia a dia de um médico, o que chamava muito a atenção de **Daniel**. Se encantaram ao conhecer a história do símbolo da Medicina - uma serpente enrolada ao bastão de Esculápio, ou Asclépio, que sempre ouviram nos encontros das famílias.

*O Símbolo da Medicina**



Bastão de Asclépio.

<https://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-03.pdf>

Leram que os primeiros “médicos” eram sacerdotes na Babilônia e principalmente cuidavam dos transtornos mentais, que eram atribuídos à possessão por demônios e curados com rituais religiosos. O povo de Israel acreditava que um único Deus era responsável pela saúde e pela doença, tendo os médicos hebreus a função principal de supervisionar as regras de higiene social. Possuíam vasto conhecimento anatômico advindo da dissecação de animais sacrificados. No extremo oriente, a medicina era baseada na luta entre as forças de destruição (Shiva), restauração/conservação (Vishnu) e da criação (Brahma). As práticas médicas não eram dissociadas dos rituais de encantamento.

A medicina egípcia foi influenciada pelo misticismo do Oriente e pelo contato com a natureza trazido da África. O destaque da época (cerca de 2.850 anos a.C.) foi **Imhotep**, o primeiro médico conhecido pelo nome. Em um dos papiros médicos mais importantes, são descritos ferimentos e tratamentos cirúrgicos, abandonando um pouco a veia religiosa.

A medicina grega tenta construir um sistema, baseado na reflexão especulativa, capaz de explicar os fenômenos da natureza e estabelecer suas leis. Desta forma, está ligada à especulação filosófica. Teve origem na Grécia antiga, quando o pensamento mítico e a prática médica sobrenatural e empírica dão lugar a uma racionalidade médica baseada na observação da natureza. A transição para uma medicina racional e científica (ou pré-científica) está tradicionalmente vinculada ao nome de **Hipócrates**, nascido por volta de 460 a.C. em Cós (pequena ilha na costa da Ásia Menor).

Na ilha de Cós, bem no centro da cidade, há uma árvore milenar, *Platanorientalis*, conhecida como “a árvore de Hipócrates”. À sua sombra, segundo a tradição, **Hipócrates** reunia-se com seus discípulos para discutir os casos que haviam visto nas casas dos pacientes. Em suas preleções estava o nascimento da medicina racional e científica que sucedeu à medicina mágica e sacerdotal dos povos primitivos

Os dois calouros estavam agitados e curiosos, pois hoje conheceram um colega do 12º período, **Caio**, - que irá apresentar um trabalho no **Grupo da História da Medicina** sobre as grandes epidemias e pandemias da história, o que vem ao encontro do que estamos vivenciando atualmente por conta do **COVID – 19** no mundo. Dando um “*spoiler*” o veterano conta um pouco do que irá falar:

“A história da humanidade não é marcada apenas pelos grandes impérios, grandes guerras e o avanço material e tecnológico do homem no tempo, mas também pelas grandes doenças que afetaram os mais diversos povos” – iniciou o estudante apresentador e com isso destacaram - se vários médicos e a evolução do cuidado se tornou necessário.

Continuou **Caio** “as epidemias e pandemias que aconteceram e foram marcadas ao longo da história causaram momentos de grande tensão e foram meios de transformações em alguns casos. São acontecimentos que colocaram sociedades inteiras sob ameaça e, por isso, são objetos de estudo dos historiadores, pesquisadores e profissionais da saúde”.

Cronologicamente foram apresentadas as seguintes epidemias:

✓ **Peste de Atenas (430-427 a.C.)**

A partir do verão de 430 a.C., a cidade de Atenas, uma das grandes cidades da civilização grega, foi atingida por um surto epidêmico. A epidemia foi registrada pelo grego **Tucídides**, historiador. Acredita-se que causou a morte de cerca de 35% da população.



Fonte: <https://escolaeducacao.com.br/peste-de-atenas/>

✓ **Epidemia de varíola no Japão(735-737);**

As descrições inequívocas da doença foram documentadas na China do século IV, Índia do século VII, e a região mediterrânea, assim como Ásia do sudoeste do século X. A mortalidade de adultos pela epidemia de varíola de 735 a 737 foi estimada em 25% a 35% de toda a população do Japão, com algumas áreas com taxas muito mais altas.

✓ **Peste negra (1347-1353)**

As epidemias e pandemias não ficaram reclusas à Antiguidade e estenderam-se por outros períodos também, como a Idade Média. Esse período da história presenciou uma das maiores pandemias da humanidade, a da peste bubônica, que recebeu o nome de peste negra e é tradicionalmente conhecida por ter dizimado, pelo menos, cerca de 1/3 da população europeia. O cirurgião mais eminente da Idade Média européia foi **Guy de Chauliac** (1298-1368) que sobreviveu à peste negra a qual descreveu em seu trabalho.



<https://brasilecola.uol.com.br/historiag/pandemia-de-pestes-negras-seculo-xiv.htm>

✓ **Epidemia de varíola no Brasil**

O primeiro surto de **varíola** ocorreu em 1555, quando a doença foi introduzida no estado do Maranhão por colonos franceses. **Edward Jenner** (1749 - 1823) reparou que as mulheres que retiravam o leite das vacas não contraíam a varíola e acabou descobrindo que a sua imunidade devia-se à infecção não perigosa com *cowpox*. Ficou conhecido pela invenção da vacina da varíola - a primeira imunização

deste tipo na história do ocidente.



<https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/terra-da-gente/noticia/2020/05/25/conheca-a-historia-da-primeira-vacina-do-mundo-des-coberta-ha-224-anos-na-inglaterra.ghtml>

Gripe espanhola (1918-1919)

O começo do século XX também ficou marcado por uma pandemia que atingiu todos os continentes do planeta e causou a morte de, pelo menos, 50 milhões de pessoas. Essa doença ficou conhecida como gripe espanhola, sendo causada por uma mutação do vírus *influenza*, e afetou, inclusive, o Brasil.



<https://brasilecola.uol.com.br/historiag/i-guerra-mundial-gripe-espanhola-inimigos-visiveis-invisiveis.htm>

Pandemia de Rubéola (1963 e 1965)

Ocorreu uma pandemia de rubéola na Europa e nos Estados Unidos que veio a confirmar sem que a **rubéola** durante o primeiro trimestre de gestação representa um risco muito alto para causar dano fetal. **Norman McAlister Gregg** (1892-1966) médico oftalmologista australiano descobriu sua teratogenicidade após examinar crianças com catarata congênita de mães que relatavam história de rubéola no início da gravidez.

✓ Ebola (2013-2016)

Em 1976, foram identificados, pela primeira vez, casos de doença pelo vírus ebola, doença causada pelo vírus de mesmo nome (ebola). Esse vírus foi identificado em regiões do Sudão e da República Democrática do Congo, ambos países do continente africano.



<https://brasilecola.uol.com.br/curiosidades/grandes-epidemias-da-historia.htm#:~:text=Existem%20ainda%20teorias%20que%20sugerem,locais%20a%20partir%20de%20Atenas.>

Pandemia de AIDS (1980 até a atualidade);

- ✓ Pandemia de SARS (2002-2004);
- ✓ Epidemia de MERS (2012);
- ✓ Pandemias de cólera (ao longo do século XIX);
- ✓ Epidemia de cólera no Haiti (2010 até a atualidade);
- ✓ Epidemia de febre amarela em Nova Orleans (1853);
- ✓ Pandemia da COVID 19 (2019....)

Continuando sua exposição, **Caio** relata que a evolução da Medicina foi progressiva e, portanto, não aconteceu de uma hora para outra. Acompanhou as descobertas da ciência e incorporou-as em seu dia a dia por meio de muitas pesquisas, tentativas e até mesmo erros.

Caio segue ressaltando que a Medicina agrupa conhecimentos de áreas como a **Biologia, a Química e a Física**, utilizando esses conceitos para se desenvolver e evoluir cada vez mais, porém que hoje as tendências para Medicina vão muito além da de conhecimentos das áreas Exatas e Biológicas. Agora, o foco também é implementar os conceitos de tecnologia e humanização, fazendo com que essa profissão tenha foco em quem realmente importa: **o paciente**.

João Afonso e Daniel permaneceram por alguns instantes ainda com **Caio** conversando acerca da história da medicina e de pronto falaram em alguns nomes de personalidades marcantes para a evolução desta profissão: Andreas Vesalius, Antony van Leeuwenhoek, William Harvey, Edward Jenner, Crawford Long, Wi-

lhelm Röntgen, Ross Harrison, Semmelwies, Nikolai Anichkov. Como seria a bissegurança da época?

Como seria a prevenção das doenças? Como seria o ensino e a assistência? Já existia um Código de Ética dos Estudantes de Medicina? Já havia uma preocupação com os princípios da bioética?. Neste momento os estudantes comentam com tristeza e apreensão a conduta **ética** da estudante de medicina amplamente divulgada na mídia “...a paciente morreu e eu não dormi..”

Despediram - se os médicos em formação com uma cotovelada amiga.

SITUAÇÃO PROBLEMA 02

A CHEGADA AO NOVO MUNDO: FOI DADA A LARGADA

João Afonso Medeiros e Albuquerque se despediu das férias cheio de expectativas e seguia rumo à Problemópolis, uma cidade com uma população estimada em 184.240 habitantes (IBGE, 2020) próxima à capital e com a produção agrícola de hortaliças como principal fonte de renda. Contando com um pequeno parque industrial, Problemópolis tem um Centro Universitário, que recebe um grande número de estudantes do próprio município, de outros municípios e estados, sendo o local escolhido pelo jovem para cursar seu tão sonhado curso de Graduação em Medicina. Planejava estudar lá.

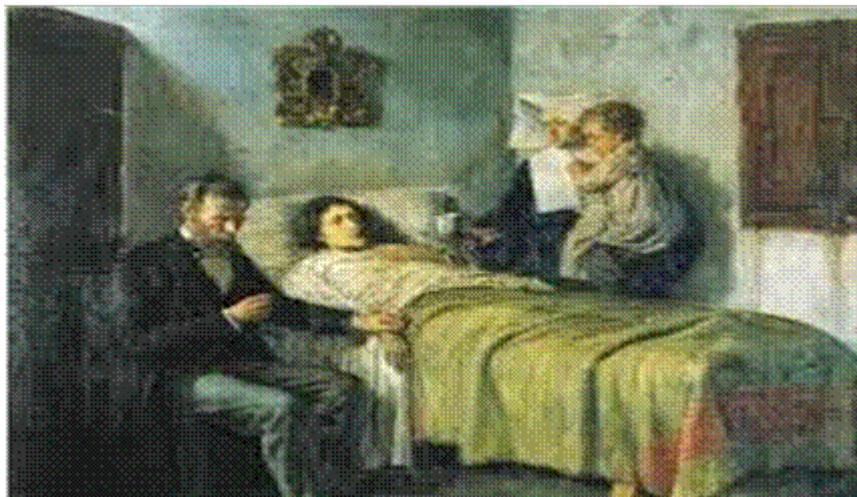
Seu sonho era calcado em um sólido alicerce, uma família com médicos que, em sua cidade natal, exerciam o verdadeiro significado da palavra medicina (do latim, ars medicina, ou a arte de curar) como pode ser observado na atitude cuidadora dos médicos representados nas telas a seguir. Seus parentes médicos eram reconhecidos, respeitados e admirados por serem profissionais comprometidos com essa milenar e desafiadora carreira

TELAS



De: “The Doctor”, 1891; De Samuel Luke Fildes (1844-1927), Óleo sobre tela, Galeria Tate (Londres)

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:The_Doctor_-_Joseph_Tomanek,_after_Luke_Fildes.jpg



De: Pablo Picasso (1881-1973), Ciência e Caridade, 1897. Óleo s/tela, 197x249cm. Museu de Picasso, Barcelona

<https://pintaraoleo.blogspot.com/2010/07/observando-um-quadro-n-9.html>



De: Luís Jiménez Aranda (1845-1928), La Visita el Hospital, 1889. Óleo s/tela, 290x445cm. Museo del Prado, Madrid

<https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/una-sala-del-hospital-durante-la-visita-del/318cc81b-77d6-4688-ad98-ffbe-3dd7a4a5>

João Afonso tem tios e primos formados pelo Centro Universitário de Problemópolis, em diferentes épocas, alguns formados há mais de vinte anos, outros há seis. Nas conversas familiares sempre surge o assunto da “mudança pedagógica” ocorrida em 2005 que rompeu com a ensino tradicional centrado no professor e adotou metodologias ativas centradas no aluno. João Afonso não sabe muito a respeito, compreendeu que o aluno é personagem principal e o maior responsável pelo processo de aprendizado e que o objetivo desse modelo de ensino é incentivar que os estudantes desenvolvam a capacidade de estudar para construir seu conhecimento de maneira autônoma e participativa. Soube que para tanto se utilizam diferentes recursos pe-

pedagógicos tais como gamificação, sala de aula invertida, rotação por estações de aprendizagem, aprendizagem entre pares, aprendizagem baseada em problemas, aprendizagem baseada em projetos, maker, storytelling. João Afonso está motivado com tantas novidades, e curioso para conhecer seus colegas, professores e gestores do curso.

No encontro com a Turma, o Coordenador do período, apresentou os fundamentos do curso de medicina de Problemópolis. Explicou que o curso de Medicina do Centro Universitário segue as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014 para o Curso de Graduação em Medicina; adota metodologias ativas de ensino-aprendizagem; e que o currículo está organizado por competências, pautado no pensamento científico, e na aprendizagem significativa. O Coordenador percebendo o estranhamento da Turma com tantos termos novos, deu exemplos da vida cotidiana em contraponto com a vida acadêmica, e os cutucou dizendo

- Bom, agora vocês conversarão entre os pares, irão às fontes bibliográficas, voltarão a discutir e juntos, com a facilitação do professor tutor, alcançarão a compreensão desses temas. Perceberão a beleza que é estudar dessa forma.

Seguindo a apresentação, o Coordenador mostrou os Eixos que amparam o currículo, ressaltando sempre que agora eles são médicos em formação, tudo que estudam intenciona resolver o problema de uma pessoa ou uma coletividade. Por isso o estudo será disparado por uma situação problema, que para ser resolvida precisará. neste momento do curso, do amparo nas ciências básicas

Dando continuidade à explanação sobre o curso, o Coordenador de período discorreu sobre os diferentes passos da sessão tutorial, da formulação das hipóteses explicativas e, da avaliação neste cenário. Destacou que existe uma avaliação do estudante realizada pelo tutor no final de cada situação problema, além das avaliações cognitivas realizadas ao longo do semestre.

Foi neste momento que João Afonso se perguntou: Como assim? Não estarei em uma sala de aula? Não estarei com um professor? O que é uma tutoria? Qual a função desse tutor/professor? E quais as responsabilidades dos estudantes?

É... são muitos desafios e foi dada a largada. Força total!

SITUAÇÃO PROBLEMA 03

CONHECENDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

João Afonso e Daniel conversavam sobre a vacinação para Covid no Brasil. Comentavam como deveria ser um planejamento complexo garantir a vacinação para um país de dimensões tão grandes como o Brasil. A conversa surgiu motivada pelas notícias sobre a vacinação e também com a necessidade de preparar um seminário sobre a Saúde no Brasil e Suas Políticas Públicas. Planejavam iniciar o Seminário abordando o conceito de saúde segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Daniel sugeriu que conversassem com os membros da família que são médicos, tanto os formados há muito tempo, como os mais recentes. Lembrava ter ouvido que no passado o atendimento à população não era para todos: - as classes dominantes eram atendidas pelos profissionais médicos privados, chamados à época de médico da família. O restante da população buscava atendimento filantrópico por meio dos hospitais caritativos. (Objetivo 2: conceituar medicina caritativa) e/ou recorria à medicina caseira, fatos que os mais novos na profissão ficavam muito reflexivos.

Lembraram - se do tio Antônio, o médico mais antigo da família de João Afonso e resolveram fazer uma video chamada com ele para saber mais sobre as políticas de saúde no Brasil.

De pronto o Dr. Antônio atendeu aos estudantes com muita alegria e ficou muito satisfeito com esse estudo, pois aos jovens parece que hoje em dia tudo é fácil, mas a população durante muitos anos sofreu sem a assistência médica. Relatou que em 1923, foi criada a Lei Eloy Chaves que instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), que garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria. Em 1932, houve a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS) criados no Estado Novo de Getúlio Vargas, que agrega o componente de assistência médica, em parte por meio de serviços próprios, mas, principalmente, por meio da compra de serviços do setor privado.

Continuando, o médico diz que em 1965 houve a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultante da unificação dos IAPS, que consolidou o componente assistencial, com marcada opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, que teria uma forte presença no futuro SUS.

Muito impolgado com sua narrativa o Doutor Antônio refere que em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), e, dentro dele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passa a ser o grande órgão governamental prestador da assistência médica – basicamente à custa de compra de serviços médico hospitalares e especializados do setor privado,

ainda destinado somente aos trabalhadores sob regime da CLT.

Em 1982 foi implementado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que dava particular ênfase à Atenção Primária em Saúde, sendo a rede ambulatorial pensada como a “porta de entrada” do sistema.

Entusiasmado com sua narrativa, Dr. Antônio segue falando da VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve intensa participação social, consagrando uma concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e dever do Estado, princípios estes que seriam plenamente incorporados à Constituição de 1988 – Constituição Cidadã. Em 1987 com a foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), no qual o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, renunciando a municipalização que viria com o SUS.

João Afonso e Daniel pedem um a parte ao tio Antônio e relatam que daí para adiante gostariam de expor o que estudaram. Daniel começa explicando que a Criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Logo em seguida é sancionada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que conferiu legitimidade à participação da comunidade na gestão do SUS.

João Afonso aproveita para uma complementação final e não menos importante dos níveis de atenção à saúde e os níveis de complexidade do sistema. Diz que dependendo do estado de saúde do paciente, ele pode ser encaminhado para cuidados secundários ou terciários para que se possa ter uma linha de cuidado para aquela pessoa/família/comunidade.

Dr Antônio fica muito grato aos médicos em formação por poder participar deste encontro e ver que com o passar do tempo mudou-se o paradigma na saúde, ou seja a doença não é o mais importante e sim o SER HUMANO, a prevenção e o cuidado individual e coletivo.

João Afonso e Daniel agradecem ao médico pela ajuda e despedem-se com uma salva de palmas que emociona o profissional.

Os médicos em formação estão achando o máximo estudarem as políticas públicas de saúde no Brasil e o sistema único de saúde. Estão terminando de montar um familiograma (genograma), encantados por saberem de sua utilização.

Foram à biblioteca da Universidade e nas leituras de fontes confiáveis entenderam que: o processo [saúde](#)-doença e seus determinantes é uma expressão usada para fazer referência a todas as variáveis que envolvem a [saúde](#) e a [doença](#) de um indivíduo ou população e considera que ambas estão interligadas e são consequência dos mesmos fatores. Viram também sobre as desigualdades e as iniquidades.

Perceberam que os determinantes sociais passam ser tema de debate no final do ano de 1970, na Conferência de Alma Ata, cuja proposta visava os cuidados primários com a saúde. Em 1986, no Canadá aconteceu a Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa que dizia atingir um estado

de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bemestar global.

Daniel fica impactado ao se deparar com uma figura – o Diagrama de Dahlgren e Whitehead), logo compartilha com Joao Afonso e refletem: os determinantes sociais de saúde (DSS) tem um impacto direto na saúde será que eles estruturam outros determinantes como ambiente, comportamentos e serviços, ou são as causas das causas? Quando se ignora os fatores biológicos, sociais, emocionais e ambientais como fica a saúde da população? A pobreza é um elemento de vulnerabilidade social que pode agravá-la e potencializar o risco à saúde. Neste sentido, podemos entender que o risco refere-se às fragilidades da sociedade contemporânea, enquanto que a vulnerabilidade diz respeito à condição dos indivíduos. João Afonso ficou de pensar sobre isso.



(DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991)

<https://redehumanizaus.net/determinantes-de-saude-aspectos-individuais-ou-coletivos/>

SITUAÇÃO PROBLEMA 04

APROFUNDANDO SEUS CONHECIMENTOS EM BIOLOGIA

João Afonso segue empolgado em sua nova fase de vida – médico em formação. Sempre sonhou com o ambiente universitário, morar sozinho, novos amigos, festas, novos desafios...

Daniel dizia ter escolhido Medicina também porque gostava das aulas de ciências e biologia e acreditava que, através da Medicina, poderia ajudar pessoas a viverem melhor. Eles relembram que aprenderam nas aulas de Biologia que células formam tecidos, estes formam órgãos e por fim um ser vivo inteiro. Não conseguiam se lembrar de tudo, mas tinham noção dos componentes celulares e suas funções. Agora, como médicos em formação, precisam aprofundar seus conhecimentos em biologia celular para entenderem como funciona o corpo humano desde sua origem até a morte celular

João Afonso fica imaginando como as células se aglutinam para formar uma estrutura maior - os tecidos. Recorda-se de ter lido que o tecido conjuntivo é estruturante para o bom funcionamento do corpo Daniel diz que ouviu que a pele tem a função de proteção ao corpo como uma barreira mecânica ao meio externo. Não só a pele, mas também outras estruturas tais como os pelos e as unhas.

Continuando a conversa, Daniel e João Afonso discutem como se dá a preservação da espécie, para tanto imaginam que deve haver uma renovação constante das informações genéticas. Abrem seu tablet e revisitam a fascinante história de Watson e Crick (foto: 1), da estrutura do DNA que carrega o código. Navegando por fontes confiáveis de temas afins, encontram o Projeto Genoma. Uau!!!! Que coisa fantástica

Um mundo fantástico se abre ante Afonso e Daniel... tantas questões a serem respondidas. Na família de Daniel tem vários casamentos entre primos, sempre ouviu dizer que isso pode trazer doenças para os filhos descendentes, será que está relacionado com informação gênica e a hereditariedade? Será que esse pensamento popular tem algum embasamento científico? Essas alterações dos filhos descendentes se manifestam apenas ligadas aos genes, personalidade, aparência externa?

Quanto mais conversavam e estudavam, João Afonso e Daniel, tinham uma tempestade de ideias que os deixavam animados frente ao conhecimento a ser construído e a certeza que estavam no caminho certo.



Foto 1- Francis Harry Compton Crick (1916-2004) biólogo molecular, biofísico e neurocientista britânico, descobriu a estrutura da molécula celular, 1953. - James Dewey Watson (1928 - 91 anos) biólogo molecular, geneticista e zoologista americano, um dos autores do “modelo de dupla hélice” para a estrutura da molécula de DNA.

<https://www.theguardian.com/science/2015/jun/23/sexism-in-science-did-watson-and-crick-really-steal-rosalind-franklins-data>

SITUAÇÃO PROBLEMA 05

UM COMEÇO PARA CADA VIDA

João Afonso avança em seus estudos de Medicina, cada vez mais envolvido com as temáticas abordadas em sua tutoria sobre a reprodução humana. Procura o Prof. Manuel, pois está preocupado com sua prima Joana de 24 anos, casada há 01 ano e sem conseguir engravidar.

Prof. Manuel pergunta a João Afonso por que ele está tão interessado na temática da reprodução humana. Ele conta que sua mãe, Maria Silvia, teve três filhos: ele, o irmão Carlos, dois anos mais novo, e Sílvio, que não chegou a nascer. Foi um período muito triste e difícil para todos nós - até a casa já estava pronta para recebê-lo! Será que o que aconteceu está relacionado com o fato deles morarem numa fazenda de produção de soja, onde se usa defensivos agrícolas? Por isto ele está tão ansioso para saber o que está acontecendo com sua prima Joana, que também mora na fazenda, e se pode fazer alguma coisa para ajudá-la. Diz ao Professor que Joana é muito importante para ele, pois, foram criados como irmãos, que ela sempre sonhou em ter filhos e ele quer muito que ela realize esse sonho.

Ainda na conversa com professor Manuel, João Afonso conta dos seus estudos dizendo que no instante da concepção, no qual o espermatozoide perfura a membrana do ovócito, acontece o surgimento de uma nova vida. E que maravilha! A partir de então ocorrem muitas divisões mitóticas aprimorando o novo ser. Ele agora está instigado a descobrir como evolui o conceito na terceira e quarta semana de vida.

João Afonso agradece a atenção e carinho do professor e retorna para os estudos.

SITUAÇÃO PROBLEMA 06

UM DIA INESQUESÍVEL PARA OS MÉDICOS EM FORMAÇÃO

João Afonso e Daniel estavam indo para a Universidade quando viram uma movimentação diferente na avenida principal de Problemópolis; carros de bombeiros, muita gente, pessoas chorando. Logo pensaram em acidente. De imediato olharam um para o outro com intuito de que ainda não sabiam nada para uma ajuda eficiente, mas resolveram chegar mais perto e se identificarem para um dos bombeiros para o que fosse possível disporem da ajuda dos dois.

De imediato o bombeiro pediu que fossem ver a vítima que havia sido atropelada e que estava no meio fio. Em uma rápida olhada na cena perceberam vários carros batidos e esse senhor caído ao lado de sua bicicleta.

Imediatamente foram em direção ao senhor Mário e este falando sem dificuldades, respondeu aos estudantes, seu nome e idade, e se estava com dor. Porém, os acadêmicos perceberam uma fratura na perna esquerda, e uma ferida corto-contusa sangrante no braço esquerdo

Retornaram aos bombeiros dizendo, relatando o que haviam percebido, muito impactados com o sangramento e se interrogando como seria a hemostasia daquele sangramento.

Permaneceram mais um pouco junto ao senhor Mário até sua imobilização e transporte, e perceberam que já havia formação de coágulo no ferimento do braço para a unidade móvel e desejaram breve recuperação ao paciente, que neste momento já estava com sua esposa no local.

Muitos curiosos já haviam se dispersado e os bombeiros também já estavam saindo com outras vítimas, graças a Deus sem nenhum óbito.

João Afonso e Daniel foram se despedir do bombeiro que os agradeceu pela ajuda naquele momento.

Sairam meio atordoados com a rapidez dos profissionais na emergência e a eficiência de cada um, formando um todo para salvar vidas.

Daniel e João Afonso logo começaram a ler sobre as estatísticas dos acidentes de trânsito e o tratamento das fraturas, seria sempre cirúrgico ou só imobilização? Como será que o tecido ósseo se regenera?

Ficaram muito empolgados, pois após uma vivência prática foram aos livros, mas faltava uma coisa... Dias depois foram visitar o senhor Mário que estava hospitalizado após uma cirurgia ortopédica, aguardando a alta para ir embora. O paciente ficou muito contente em ver os estudantes e os agradeceu novamente pelo apoio e cuidado naquela hora tão difícil.

Os médicos em formação disseram: - “Agora não falta mais nada. Dever realizado após um dia inesquecível”

SITUAÇÃO PROBLEMA 07

CUIDADO COM A MUSCULAÇÃO!

João Afonso e Daniel querem iniciar atividades físicas de musculação para melhorar sua qualidade de vida e reduzir o estresse. Eles encontraram Caio, acadêmico do 12º período, que sofreu espasmo muscular na panturrilha direita após um treino de musculação. Caio referiu intensa dor e limitação na hora do exercício, mas agora já restabelecido, quer ver se entre um plantão e outro volta para se exercitar também.

Com a intercorrência de Caio, João Afonso e Daniel entusiastas do futebol como muitos brasileiros, recordaram do episódio do jogo de seleção brasileira contra o time da Sérvia no dia 29/06/2018 no qual o jogador Marcelo Vieira, lateral esquerdo da seleção brasileira e camisa 12, teve um espasmo muscular. Neste episódio, o atleta deixou o campo logo no início do primeiro tempo com fortes dores nas costas. Após exames, foi constatado um espasmo na coluna do atleta que na linguagem popular o famoso “mau-jeito”.

João Afonso logo quer mostrar para Daniel seu conhecimento sobre o sistema musculo esquelético pois pretende seguir com a medicina do esporte, também chamada de Medicina do Exercício e do Esporte, responsável pela atenção em saúde do indivíduo que realiza algum exercício físico ou esporte de forma profissional ou amadora. Relata que o músculo esquelético é o único tecido muscular voluntário no corpo humano. Também é constituído de tecido conjuntivo denso com vários níveis de organização, além de vasos sanguíneos e nervos. Toda ação física que uma pessoa realiza conscientemente requer a ação de um músculo esquelético. A função do músculo esquelético é contrair para mover partes do corpo para mais perto do osso ao qual o músculo está ligado, porém nem todas as contrações musculares produzem movimento, vai depender do tipo da contração

Daniel comenta em voz baixa que o tecido muscular é constituído de células alongadas, que contêm grande quantidade de filamentos citoplasmáticos compostos de proteínas cujo arranjo torna possível a transformação de energia química em energia mecânica. Tem curiosidade em saber da organização das fibras no músculo

Com ansiedade e curiosidade os estudantes de medicina combinaram em estudar o sistema músculo-esquelético, e as principais divisões do esqueleto. Eles sabem que existe uma teoria que preconiza que os filamentos de actina e de miosina deslizam entre si, promovendo uma diminuição do comprimento dos sarcômeros e acham que com isso ocorrem as contrações musculares

João Afonso contribui lembrando que o músculo estriado esquelético é formado por feixes de células cilíndricas multinucleadas e muito longas, com estriações transversais. Determinados componentes das células musculares receberam nomes especiais. A membrana celular é chamada de sarcolema; o citosol, de sarcoplasma; e o retículo endoplasmático liso, de retículo sarcoplasmático.

João Afonso e Daniel não entenderam direito como funciona a junção neuromuscular.

SITUAÇÃO PROBLEMA 08

E OS ESTUDOS CONTINUAM...

João Afonso e Daniel após o término da SP 07 viram que, os músculos são compostos por fibras alargadas que estão cobertas por uma membrana delgada chamada sarcolema que é envolvida por uma massa de protoplasma, o sarcoplasma. A camada a que se chama fascículo é formada por grupos de fibras unidas por um tecido conjuntivo. Diversos fascículos se unem em grupos que se integram para formar o músculo, rodeado de uma bainha conjuntiva. Em cada extremo do músculo, as bainhas do tecido conectivo unem-se às fases tendinosas que se inserem no osso. A energética da contração muscular está estruturada em três partes que precisam entender melhor.

Questionaram-se como ocorrem os movimentos. Leram que existem três tipos de movimentos: padrões respostas rítmicas, movimentos voluntários e respostas reflexas.

Daniel lembra que o termo bioenergética refere-se às fontes de energia para a atividade muscular. O termo energia é simplesmente definido como a habilidade de fazer trabalho e a fonte de energia do organismo humano provém dos nutrientes encontrados em nossa alimentação. Ficou interessado em conhecer quem havia estudado este assunto antes e viu que foi Otto Fritz Meyerhof (de [1884](#) - [1951](#)), um [médico alemão](#) (foto:1). Foi agraciado com o [Nobel de Fisiologia ou Medicina](#) de 1922, que dividiu com [Archibald Vivian Hill](#), por pesquisas fundamentais sobre o [metabolismo muscular](#). Meyerhof ajudou a elucidar, com Gustav Embden e Jakub Karol Parnas, o mecanismo da [glicólise](#), ficando muito impolgado com o que lera.

Continuam seus estudos sobre os fundamentos da fisiologia do exercício. Querem entender o que é atividade física, exercício físico, são iguais? Suas fisiologias diferem? Precisam entender como o organismo humano vive em equilíbrio entre seus sistemas. Querem conhecer quais os sistemas de controle desse equilíbrio envolvida nesse processo, tanto em repouso quanto durante a prática do exercício físico.

Os médicos em formação após verem a célula eucarionte na SP 04, sabem que uma das principais adaptações fisiológicas e celulares relacionadas aos exercícios físicos está relacionada às mitocôndrias. Mudanças morfológicas, como aumento no tamanho e número de mitocôndrias nas células, podem ser observadas em indivíduos que realizam por um longo período o treinamento aeróbio. Essas mudanças são de extrema importância para que a célula consiga produzir energia mediante o metabolismo aeróbio.

Se perguntam: quais são os limites do corpo humano ao realizar o exercício físico? Será possível correr 100 metros abaixo de 10 segundos? Será possível correr um triatlão abaixo de seis horas?

Após os estudos João Afonso foi para casa para se arrumar e fazer um lanche antes de ir para a academia iniciar seu treino, pois sabe que a atividade física necessita de contração muscular, que depende de energia

para ocorrer, quando de repente... ao tocar em uma panela com uma temperatura muito alta, imediatamente retira a mão antes mesmo de sentir a dor. Pensa o porquê dessa resposta tão rápida e involuntária? Lembra dos reflexos podem ser separados quanto à sua localização no sistema nervoso central, mas desconhece seus fundamentos

A noite João Afonso avaliando seu dia, reflete a importância da atividade física sendo fundamental em qualquer idade sendo um dos meios de cuidar da saúde e ter uma melhor qualidade de vida.



Otto Meyerhof (1922) receberam o Prêmio Nobel por suas pesquisas na fisiologia da musculatura esquelética e do metabolismo energético

https://pt.wikipedia.org/wiki/Otto_Fritz_Meyerhof

SITUAÇÃO PROBLEMA 09

QUE VENHA O SEGUNDO PERÍODO...

João Afonso e Daniel estão fazendo as últimas avaliações do primeiro período já com foco no segundo com muita ansiedade e curiosidade no que está por vir.

João Afonso analisando o primeiro semestre percebe que nas sessões tutoriais percorreram pela evolução da prática médica no mundo ocidental, trazendo os ícones da profissão, conheceu os alicerces do encontro médico, os aspectos éticos e de biossegurança que envolvem o ensino e a assistência. Tão importante quanto, também conheceu as Diretrizes Curriculares Nacionais, as metodologias ativas e os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, referência e contrarreferência além dos conceitos de prevenção e promoção e do atual conceito de saúde.

Daniel por sua vez compreendeu a estrutura e o funcionamento celular, os sistemas biológicos e suas interações para o funcionamento do corpo humano na saúde e na doença. Gostou muito de conhecer o desenvolvimento embrionário e fetal. Entre os sistemas e tecidos relata que aprendeu muito com todos eles e que já consegue montar em sua mente o ser humano com o tecido tegumentar, sistema locomotor e sistema muscular.

Ambos trazem depoimentos de que os outros eixos do currículo também os ajudaram a entender todo esse processo de construção, necessário para este momento.

Refletem também que as avaliações trouxeram a necessidade do estudo nos livros de referência do período, calma e boa interpretação das questões contidas nas avaliações. Tudo está servindo de aprendizagem para os médicos em formação.

A caminho da Universidade para a abertura de sua última SP, já sentindo saudades da sua tutora e do seu grupo tutorial param para tomar um chocolate quente em uma manhã tão fria em Problemópolis.

Após a leitura ficaram encantados com a temática: tecido nervoso e o sistema nervoso.

Maria Rita, uma colega de tutoria, lembra-se de Gabriel, um rapaz especial que sempre está junto da mãe. Eles cresceram juntos e se gostam como irmãos. Gabriel é bonito, forte, mas é quieto, fala pouco, mas consegue expressar sua vontade, é risonho e tem um olhar cativante. Ele tem dificuldade em aprender, mas ajuda nas tarefas domésticas simples e na horta da casa, ainda que de modo lento e às vezes repetitivo. Pensando nele e na biologia do desenvolvimento, se pergunta o que será que aconteceu com Gabriel? Será que houve algum problema no desenvolvimento embrionário durante sua formação? Apesar de Gabriel ser bonito, com cabeça e corpo aparentemente normais, parecia que alguma coisa bloqueava seus pensamentos e gestos. Mesmo grande em tamanho continua sendo uma criança. Será que ele teve alguma estrutura macroscópica do sistema nervoso central ou periférico alterada durante a formação e do desenvolvimento do córtex cerebral?

Maria Paula, outra colega, continua explicando que o sistema nervoso é o principal regulador de nossas funções, exercendo controle sobre quase todas as atividades ou eventos que ocorrem a cada momento no nosso corpo. Tal controle é feito através da transmissão de impulsos que percorrem os diversos circuitos neuronais e liberação de mediadores. Ela sabe que o sistema nervoso é anatomicamente dividido em Sistema Nervoso Central (SNC) e Periférico(SNP)

João Afonso é fascinado pela anatomia funcional do encéfalo e pela anatomia macroscópica do telencéfalo/ diencéfalo, cerebelo, tronco encefálico e medula.

Daniel, complementando as colegas, falou do que viu na aula de histologia e passou a admirar o tecido do nervoso: tecido que compõe todas as estruturas anatômicas desse grande sistema

Maria Paula e Maria Rita provocam os colegas com um questionamento: como correlacionar sistema nervoso central e sistema nervoso periférico voluntário com o exercício físico?

João Afonso contribui dizendo que neste final de semana assistiu ao filme - Como eu era antes de você, com [Sam Claflin](#), conta que o protagonista praticava muitos esportes até sofrer um acidente que o deixou sem movimentos. A cuidadora do protagonista questiona o seu fisioterapeuta sobre a condição de saúde do mesmo e este responde que “ele teve lesão medular, sua pressão arterial sobe e desce rapidamente e tem propensão a adquirir infecções”, o que deixou João Afonso curioso sobre a lesão medular (transecção medular) e a fisiologia dos níveis da lesão medular.”. Terminada a tutoria marcaram para estudar e assistirem o filme no próximo final de semana.



Como Eu Era Antes de Você (Me Before You, 2016, Reino Unido) dirigido por Thea Sharrock, com Emilia Clarke, Sam Claflin, Janet McTeer, Charles Dance, Brendam Coyle, Jenna Coleman, Matthew Lewis, Vanessa Kirby.

<https://cinemusefilms.com/2016/06/16/me-before-you-2016/>

BIBLIOGRAFIA

1º PERÍODO - CONHECIMENTOS INTEGRADOS EM SAÚDE 1 CORPO HUMANO E HOMEOSTASE

1. APRENDIZAGEM baseada em problemas. São Paulo Atlas 2018 1 recurso online ISBN 9788597018042.
2. Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
3. Brasil. Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. In: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm, obtido em: 01/12/2013.
4. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior, RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014, Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina, Brasília, 2014. http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf
7. Gimenes, F., Biasi, R. Documentário O segundo sol. [página na internet]. 2015. Acesso em 30 de março de 2021. Disponível em: <https://bombozila.com/documentario-o-segundo-sol/>
8. HALL, John E.; GUYTON, Arthur C. Guyton & Hall Tratado de fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2017.
9. JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica: texto e atlas. 13. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, [2019]. xiii, 554 p. (recurso online)
10. LEAVELL, Hugh Rodman; CLARK, E. Gurney. Medicina preventiva. New York: McGraw-Hill, 1976.
11. MACHADO, Angelo; HAERTEL, Lucia Machado. Neuroanatomia funcional. 3. ed. São Paulo, SP: Atheneu, c2014. xii, 340 p. ISBN 978-85-388-0457-4.
12. MALETTA, Carlos Henrique Mudado. Epidemiologia e saúde pública. 2 ed. Belo Horizonte:[s.n.]1997.2v. (Disponível no acervo institucional)
13. Ministério da Saúde. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados de 1998-

- 2005/2006. 2008. In: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/saude_familia_no_brasil_uma_analise_indicadores_selecionados_1998_2006.pdf.
14. MOORE, Keith L.; PERSAUD, T. V. N.; TORCHIA, Mark G. Embriologia básica. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2016.
 15. PAIM, Jairnilson Silva. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro MedBook 2014 1 recurso online ISBN 9786557830277
 16. PORTER, Roy. Cambridge: História da medicina.: Revinter, c2008. 407p. ISBN 978-85-372-0176-3.
 17. QUEIROZ, A.H.B. Metodologias Ativas de Ensino Aprendizagem: Revisão Integrativa. Sanare: v.15. n.02. jun-dez 2016. p.145-153. <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1049/595>
 18. SALLES, Pedro. História da medicina no Brasil. Belo Horizonte: G. Holman, 1971. 276p.
 19. SAÚDE Coletiva. Porto Alegre SER - SAGAH 2018 1 recurso online ISBN 9788595023895.
 20. SAÚDE coletiva: teoria e prática . Rio de Janeiro, RJ: Medbook, c2014. xvi, 695 p. ISBN 978-85-99977-97-2.
 21. SNELL, Richard S. Neuroanatomia clínica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019
 22. SOBOTTA, J. Atlas de Anatomia Humana - 3 Vols. - 23^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

CAPITULO 2

SITUAÇÃO PROBLEMA 2º PERÍODO

AUTORES:

Alexandre de Pina Costa

Anamarina Coutinho Barros de Brito

Aryane Gonçalves Dias Hodgson

Bruno Fernando Carrijo Monteiro

Claudia Cristina Dias Granito

Ingrid Tavares Cardoso

Joelma de Rezende Fernandes

Katia Lucia Frazão Caires

Luis Filipe da Silva Figueiredo

Maria Aparecida Rosa Manhães

Marina Moreira Freire

Rosiane Fatima Silveira de Abreu

Walney Ramos de Sousa

SITUAÇÃO PROBLEMA 01

DE QUEM SÃO ESSAS TOMOGRAFIAS?

João Afonso e Ygor estavam assistindo um documentário do Netflix sobre a origem das espécies, discutindo quem tinha o cérebro de maior tamanho entre os animais, quando souberam de um acidente grave envolvendo uma van que transportava crianças da creche-escola onde os dois atuavam. Ficaram preocupados e resolveram ir ao hospital no dia seguinte para saber como as crianças estavam.

Chegando na sala de trauma do hospital João e Ygor acompanham o atendimento de Sofia e Bianca. Dr. Wernicke, staff do plantão, está interpretando duas tomografias computadorizadas destas crianças, uma do crânio (**Fig.1**) e outra da coluna vertebral (**Fig.2**), ambas com lesões decorrentes do trauma. Logo em seguida examina as duas crianças.

João e Ygor observam Dr. Wernicke examinar Sofia e percebem que ela desperta ao chamado, tem dificuldade na comunicação verbal com o examinador e não apresenta movimentação voluntária no dimídio direito, mas mantém a sensibilidade. Dr. Wernicke continua o exame direcionando um feixe luminoso para cada olho da paciente e percebe que as pupilas estão de tamanhos iguais e contraem à luz, o que faz ele comentar: “a função do tronco cerebral está íntegra”. Ele termina o exame fazendo a percussão do tendão patelar e obtém, reflexamente, uma contração do quadríceps femoral e extensão da perna.

Em seguida o médico examina Bianca. Ela está desperta e se comunica verbalmente com o examinador, não apresenta nenhuma resposta na percussão do tendão patelar e seu déficit motor é uma paralisia flácida dos membros inferiores associado à perda da sensibilidade. O exame pupilar está normal.

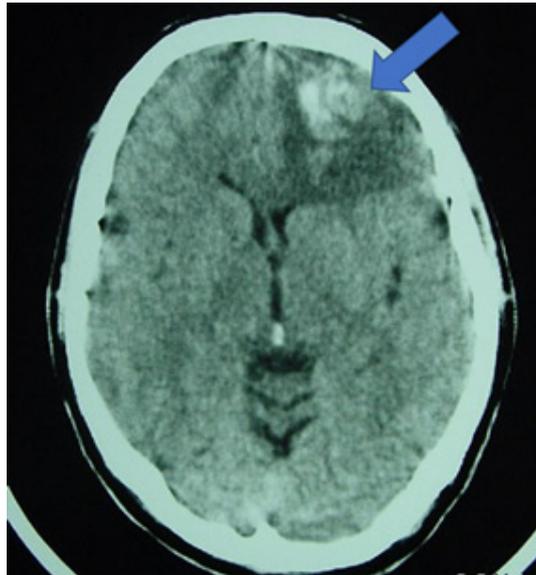
Dr. Wernicke, ao terminar o exame clínico das pacientes, desvia o olhar para João e Ygor e pergunta:

- Em que área do sistema nervoso estão localizadas as lesões? As lesões são a nível central ou periférico? Ou melhor a quem pertence cada tomografia?

- Professor, nós ainda não demos radiologia! Exclamam os alunos.

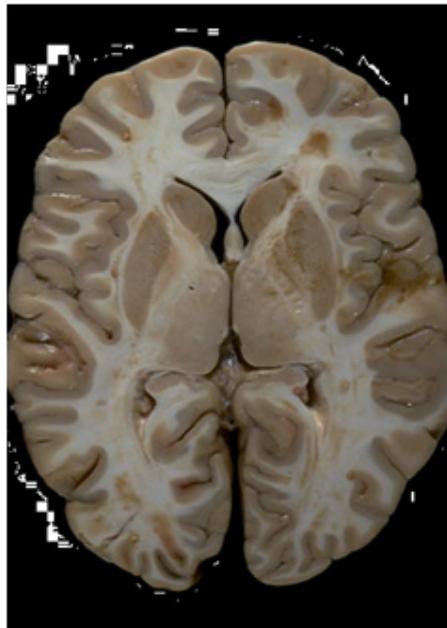
- Ora, ora ... Se tiverem conhecimento da neuroanatomia e de seus aspectos morfofuncionais, e conseguirem correlacioná-los aos achados clínicos encontrados, vocês serão capazes de responder.

João Afonso e Ygor aceitam o desafio e combinam com o professor para discutirem os casos na semana seguinte.



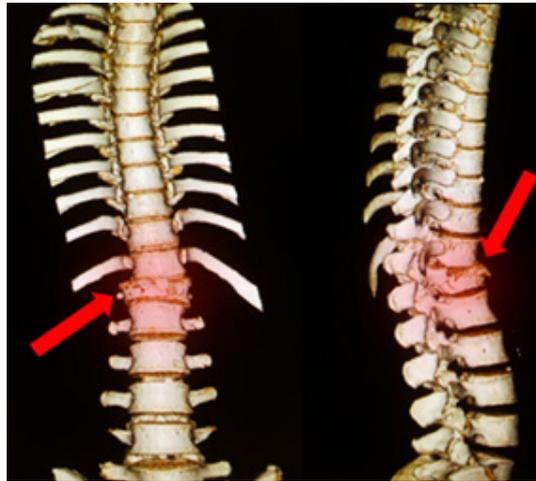
TC de crânio mostrando contusão hemorrágica à esquerda (seta)

Fonte: Acervo Professor Luis Filipe Figueiredo



Corte transversal do encéfalo normal ao mesmo nível da lesão identificada na tomografia

Fonte: Acervo Professor Luis Filipe Figueiredo



TC com reconstrução óssea em 3D de coluna vertebral mostrando fratura de vértebra (setas) crânio mostrando contusão hemorrágica (seta)

Fonte: Acervo Professor Luis Filipe Figueiredo



Vista Anterior e lateral da coluna vertebral normal

Fonte: Netter, 2000

SITUAÇÃO PROBLEMA 02

PERCEBER, INTERPRETAR, AGIR, MEMORIZAR

João Afonso estava eufórico porque depois de alguns meses, conseguiu chegar ao final de um famoso jogo de PlayStation. Mesmo precisando repetir várias fases, ele foi aprendendo e memorizando cada etapa e seus movimentos no controle foram ficando mais precisos. Ele olhou no relógio e viu que estava na hora de ir para o hospital acompanhar Dr. Wernicke.

A primeira paciente era Bianca que vinha para sua consulta de retorno 30 dias após o acidente. Dr. Wernicke fez alguns testes para avaliar o sistema neurológico da menina que, desde o acidente, mantinha uma paralisia flácida dos membros inferiores. No primeiro teste espetou uma pequena agulha nos pés de Bianca que disse não senti-las. Depois, João colocou 3 cones a frente de Bianca, um de cada cor. Foi pedido que Bianca movesse suas pernas na direção do cone vermelho. O pedido fez o coração de Bianca disparar e suas mãos começaram a suar. A menina então disse:

Dr, aquele é o cone vermelho, mas mesmo que minha cabeça mande, minhas pernas não conseguem obedecer.

Ok Bianca, sem problemas - disse Dr. Wernicke. Lembra da tomografia dela? - ele pergunta a João Afonso.

A seguir João Afonso chama Alice de 9 anos. Há 1 ano atrás, a casa onde Alice morava sofreu um incêndio. Mesmo que ela tenha se salvado sem queimaduras, a intoxicação por monóxido de carbono levou a uma lesão irreversível de uma região do córtex cerebral.

Alice é incapaz de descrever corretamente o tamanho, forma ou orientação de um objeto, tanto verbalmente quanto por meio de gestos manuais. No entanto, quando solicitada a alcançar e apreender o objeto com a mão, ela posiciona sua mão e dedos de forma bastante correlacionada com a orientação e o tamanho do objeto a ser segurado.

Este é um caso complicado onde podemos perceber que em nosso cérebro, existem diferentes áreas atuando em conjunto - diz Dr. Wernicke para João Afonso (que tentava mostrar que estava entendendo...)

Hoje está bem difícil Dr. Wernicke - assume João.

Dr. Wernicke responde: - Tudo bem João. Vou te liberar mais cedo. Mas com uma tarefa de casa. Quero que assista o filme “Como se fosse a primeira vez”, aquele que a menina acorda todo dia sem lembrar de nada do seu passado recente. Na semana que vem quero um resumo sobre as suas percepções.

João vai embora de “cabeça quente”! Mas claro, dá aquela rápida passada na cantina porque sua barriga não parava de “roncar”...

SITUAÇÃO PROBLEMA 03

O EQUILÍBRIO DAS FORÇAS CONTRÁRIAS

Ygor e João Afonso, conforme haviam prometido, retornam ao hospital para discutir os casos de Bianca e Sofia com Dr. Wernicke. Enquanto os três discutiam, gritos de socorro ecoam na emergência e logo em seguida as portas da sala vermelha se abrem fazendo um barulho ensurdecedor. Ygor e João assustados, veem uma criança ser colocada sobre a maca. Trata-se de Claudio, 8 anos de idade, trazido pelo pai, lá da zona rural onde moram. De imediato, os dois estudantes percebem que os músculos esqueléticos do menino tremulam de forma involuntária e grande quantidade de saliva saía de sua boca.

Ygor, venha rápido comigo examinar o paciente! Diz Dr. Wernicke.

Neste momento a frequência cardíaca de Ygor dispara, suas pupilas dilatam, suas mãos ficam pálidas, sua boca seca e, apesar da temperatura congelante da sala vermelha, ele sua por “todos os seus poros”. Durante a avaliação inicial da criança, Ygor vai voltando ao equilíbrio da sua homeostasia. Percebe, então, alguns dados interessantes. Havia bradicardia e hipotensão arterial no monitor cardíaco, as pupilas estavam contraídas e a respiração de Cláudio emitia sons que sugeriam secreção abundante nas vias aéreas superiores. Além disso notou sinais de liberação esfinteriana. Terminando a abordagem, Dr. Wernicke desvia o olhar para os dois estudantes e diz:

Ygor e João, se vocês compreendem os aspectos morfofuncionais do sistema nervoso, saberão, também, cuidar de mais esta criança. Vou dar uma dica: tudo isto foi provocado por uma substância que inibe a degradação de um neurotransmissor. Vocês terão uma semana para estudar o caso.

Os dois se despedem do Dr. Wernicke e ao saírem da sala vermelha Ygor exclama:

- Nossa Senhora, João. Esta manhã foi pura adrenalina!

SITUAÇÃO PROBLEMA 09

SÃO TANTAS EMOÇÕES, SENSAÇÕES E PERCEPÇÕES

João Afonso e Ygor caminham para mais uma atividade prática na creche escola. Lá encontram-se com o Dr. Pasteur na sala do consultório para mais um dia de trabalho. No consultório, a primeira criança a ser examinada é Vitor, 10 anos de idade. Segundo sua mãe, após um quadro de febre, parece estar tonto e ouvindo muito pouco com o ouvido direito. “Acho que tem que fazer uma tomografia da cabeça, doutor” – dizia ela. Após a entrevista médica Dr. Pasteur inicia o exame físico e percebe que Vitor realmente cambaleava ao caminhar. Fez, também, a otoscopia, notando a membrana timpânica opacificada e uma secreção amarelada na orelha média. Ao final da consulta Pasteur define a causa do déficit auditivo e pede a João para informar à mãe que não há necessidade de realizar a tomografia de crânio.

A próxima criança é Giovana. A mãe está estressada e diz que a filha precisa de óculos, pois a menina enxerga com dificuldade e está com baixo rendimento na escola. João presta atenção nas manobras de Dr. Pasteur. Ele aproxima e afasta uma caneta dos olhos de Giovana, depois realiza o reflexo fotomotor pupilar. Nada de errado até agora. Em seguida pede à Giovana que fixe o olhar dela no nariz dele sem desviar os olhos, então ele faz movimentos com seus dedos para cima, para baixo, para esquerda e para direita. Neste momento percebe-se que a criança não identifica os dedos de Pasteur nos campos mais externos da visão. Termina fazendo o fundo de olho não identificando nenhum dano nas estruturas avaliadas. Ao final da consulta mais uma pergunta de Pasteur a João. Giovana precisa de óculos ou de um neurologista?

A última paciente do dia é a professora da creche, Sra. Ludimila. Ela está afastada de suas atividades, pois se infectou com a COVID-19.

- Agora estou bem melhor, doutor. O que ainda me deixa preocupada é esta tal de anosmia. Ontem queimei um bolo lá em casa e nada senti. Este vírus destrói o que doutor? O nariz, os nervos ou o cérebro?

Dr. Pasteur acalma Ludimila explicando que ainda não há um processo definido para esta alteração, mas na grande maioria das vezes isto melhora espontaneamente com o passar do tempo. Em seguida, despede-se da paciente, terminando mais um turno de trabalho.

No final das atividades Ygor e João combinam de almoçar juntos. Sentados à mesa da cantina eles comentam que, depois de vivenciar todas as situações de hoje, o que haviam estudado de neuroanatomia era apenas o começo. Mas já era um bom começo. Da cozinha da creche vem um cheiro de refogado que arrebatava as narinas e o coração de Ygor.

- Este cheiro me faz lembrar da minha querida avó. Diz Ygor, de maneira emocionada.

Os dois se entreolham parecendo fazer a mesma pergunta. Como um cheiro traz lembranças de uma pessoa e mobiliza nossas emoções?

SITUAÇÃO PROBLEMA 05

HAJA MOVIMENTO!

Numa manhã de segunda-feira, Ygor e João observam as crianças no pátio da creche-escola.

Um menino se equilibrava em cima de uma cadeira num pé só, de braços abertos, com a musculatura toda contraída.

Lá adiante, na quadra esportiva, reparam na mímica facial de dois meninos conversando sobre seus times de coração. Um manifestava alegria e o outro raiva com a fronte franzida. Parecia que faziam isso de forma voluntária.

Ao lado reconheceram Bianca fazendo alguns exercícios físicos aeróbicos e anaeróbicos com a ajuda de um instrutor. Ela fazia movimentos de extensão, flexão, abdução e adução de diversos grupamentos musculares. A cada movimento cadenciado eram percebidas contrações de alguns músculos e relaxamento de outros para que aquele movimento fosse realizado de forma coordenada.

Era hora de ir para o consultório. Bianca é chamada para a consulta de acompanhamento com o Dr. Pasteur. Ele inicia o exame físico e nota que a sequela motora está mantida, não havia tônus nem força muscular nos membros inferiores. Continua o exame provocando estímulos em determinadas áreas destes membros com um alfinete, um pincel de cerdas e outros com temperaturas distintas. Bianca não sente quaisquer estímulos, exceto na parede anterior do abdômen, tórax e membros superiores.

Vocês perceberam que a musculatura dos membros inferiores de Bianca está cada vez mais atrofica, diferente da musculatura dos membros superiores?

Os músculos dos braços e antebraços estão com hiperplasia, diz Ygor.

Acho que é hipertrofia, retruca João Afonso.

Neste momento de dúvida os dois olham para o Dr. Pasteur, mas já sabem que não haveria resposta.

No período da tarde do mesmo dia, fizeram uma visita ao hospital municipal, acompanhados pelo professor Castro, um excelente clínico e apaixonado por fisiologia médica.

Começaram vendo o Sr. Romildo, que havia caído de moto e não conseguia fletir nem fazer a supinação do seu antebraço quando solicitado. No negatoscópio havia uma radiografia com uma fratura (seta vermelha da figura 1).

Já o Sr. Álvaro, foi admitido por apresentar acidente vascular encefálico isquêmico em região frontal direita. Após o exame físico percebeu-se ausência de movimento fácio-bráquio-crural à esquerda

quando solicitados, mas havia movimento da perna esquerda ao realizar o reflexo patelar. Ygor susurra no ouvido de João. “Lembra da Sofia? É igualzinho.”

Dr. Castro percebeu a surpresa de Ygor e João com a velocidade com que ele digitava no prontuário as informações do Sr. Álvaro. Já “catei muito milho” disse Castro, mas agora já ficou automático.

O último paciente é o Sr. Jorge, internado para realizar uma gastrostomia, pois apresentava dificuldade de deglutição. Não havia aquele “subir e descer” típico da laringe. Após examiná-lo Castro notou que não havia expressão facial aos estímulos porém, se solicitasse para sorrir, ele o fazia. Para manter seu equilíbrio e sua postura em posição ortostática Jorge projetava seu tórax para frente (figura 2). Deambulava com dificuldade, pois havia hipertonia muscular e seus membros superiores não acompanhavam os movimentos dos membros inferiores, o que impactava na coordenação e no equilíbrio.

Ao final os três retornam para a sala de reunião. Dr. Castro pergunta: “Como vocês podem resolver os problemas destas pessoas?”

FIGURA 1



Fonte:

Acervo Professor Luis Filipe Figueiredo

Sintomas do Mal de Parkinson



<https://www.infoescola.com/doencas/mal-de-parkinson/>

SITUAÇÃO PROBLEMA 06

“A IMPORTÂNCIA DO TODO O EQUILÍBRIO ENTRE OS SISTEMAS”

Num belo sábado, João Afonso está de plantão na emergência, acompanhando o Dr. Gabriel - staff da sala vermelha. É admitido na emergência o Sr. Dantas, que apresenta fácies de dor e leva a mão ao peito. Segundo a informação de sua esposa Marina, ele começou a passar mal logo após assistir a um jogo decisivo de futebol. Dr. Gabriel o avalia e nota bradicardia, hipotensão arterial e diminuição na perfusão periférica. Solicita de imediato um eletrocardiograma, onde evidencia alterações na repolarização ventricular e um atraso na condução do estímulo elétrico cardíaco. Diante dessas circunstâncias, Dantas é levado para realizar uma cineangiocoronariografia. João Afonso observa a realização do procedimento que é feito através da punção da artéria femoral e introdução de um cateter intravascular até a raiz da aorta, onde é injetado um contraste no momento certo. João Afonso vê boquiaberto a árvore coronariana sendo desenhada à sua frente na tela de um monitor. Ao final do exame, Dr. Gabriel comenta com João:

- Há um comprometimento grave de 2 artérias com conseqüente diminuição da função sistólica cardíaca. Isto pode alterar as pressões e os volumes intracavitários cardíacos, causando transtornos na circulação pulmonar e na perfusão sistêmica. Tudo isto faz sentido! Exclama Dr. Gabriel. João Afonso, ainda boquiaberto, pensa: faz sentido? Como?

Dr. Gabriel diz ser necessário estabilizar a oferta e o consumo de oxigênio do miocárdio, além de iniciar medicamentos agonistas dos receptores beta com ações inotrópicas e cronotrópicas para recuperar o débito cardíaco do paciente. João Afonso lembra desses receptores quando estudou neurofisiologia meses atrás e percebe que é hora de aplicar esses conhecimentos. O paciente foi estabilizado e encaminhado ao setor de terapia intensiva.

O plantão ainda não terminou e mais um paciente é trazido à sala vermelha. Trata-se de Lucas, um jovem, vítima de acidente automobilístico. Apresenta traumatismo crânio-encefálico (TCE) e uma lesão em coxa direita com uma hemorragia importante. Diferentemente do outro paciente, João percebe que Lucas está taquicárdico e a pressão arterial é de 110 x 60 mmHg. E se pergunta: por que a pressão está normal apesar da perda de sangue? Dr. Gabriel após avaliação inicial solicita que João “fique de olho” na pressão arterial do paciente, já que Lucas apresenta pressão intracraniana elevada em conseqüência do TCE. Esta medida simples garantirá a pressão de perfusão cerebral adequada.

Ao final da condução dos casos, Dr. Gabriel diz a João que a estabilização da hemodinâmica dos dois pacientes é fundamental para garantir a adequada oferta de oxigênio para as células, permitindo desta forma a vitalidade celular.

Ao alvorecer do domingo João Afonso volta para casa com um pensamento de que seus estudos não devem ser realizados de forma compartimentalizada, pois no exercício da Medicina o olhar deve ser para o todo. Ele percebeu neste plantão que tudo se integra.

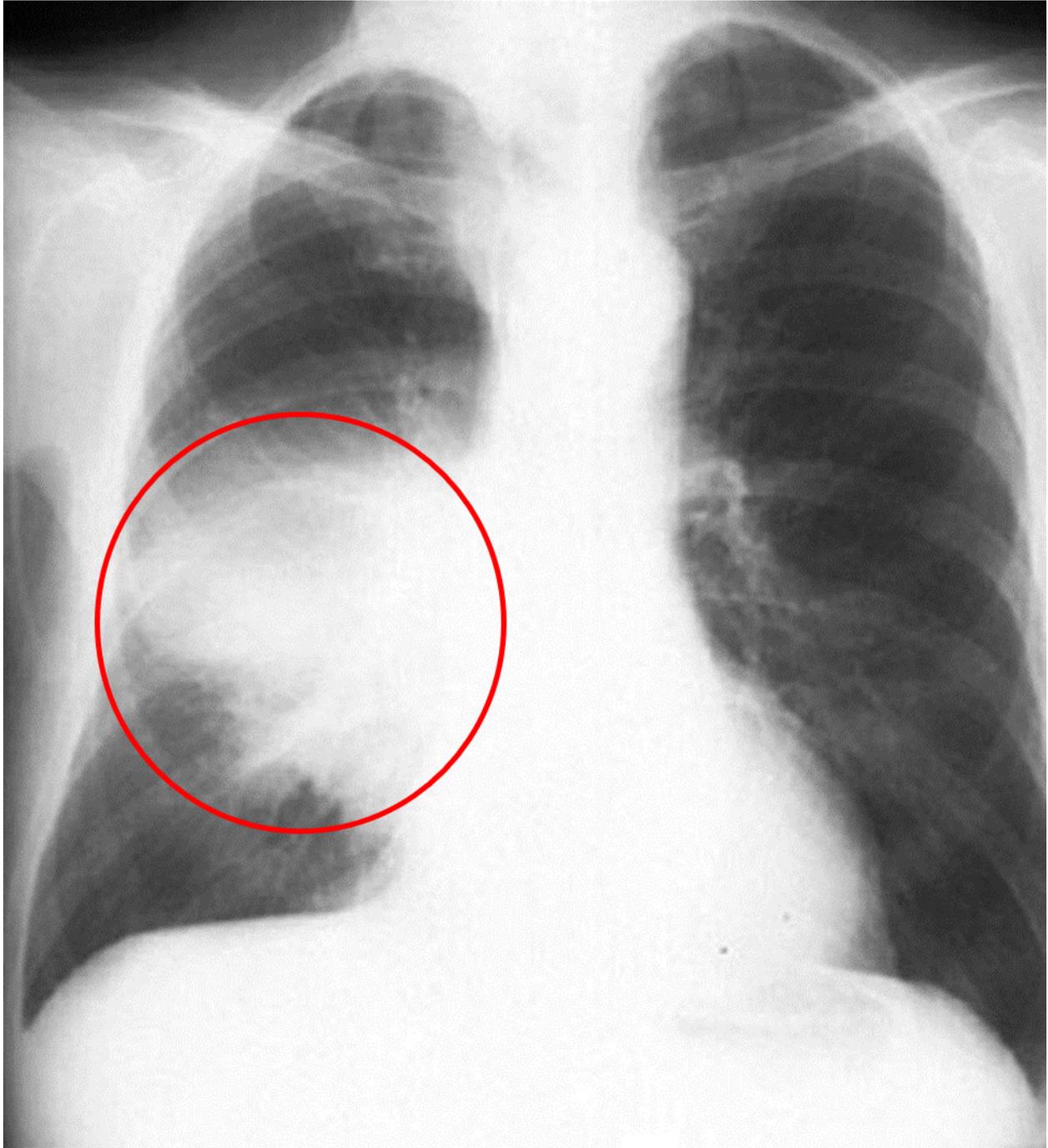
SITUAÇÃO PROBLEMA 07

“É DE TIRAR O FÔLEGO!”

No sábado, João Afonso retorna ao plantão do seu estágio. Ao chegar na sala vermelha encontra Dr. Gabriel atendendo um paciente em conjunto com o Dr. Antonio - médico residente. Trata-se do Sr. Carlos admitido na emergência esta manhã. João Afonso observa que o paciente apresenta dispneia importante, pois percebe o uso dos músculos escalenos e esternocleidomastóideos, além da musculatura abdominal para auxiliar na sua respiração. A movimentação ao redor do leito é grande, pois está prestes a acontecer a entubação orotraqueal do Sr. Carlos, que será feita por Antonio. “Vamos lá, levante a glote, observe a corda vocal e os anéis traqueais, insira o tubo e posicione-o a 5 centímetros da carina”, orientava Dr. Gabriel durante o procedimento. Em seguida o paciente foi acoplado ao ventilador mecânico. Dr. Antonio, então, ajusta o volume corrente, os tempos inspiratórios e expiratórios e aumenta a fração inspirada de oxigênio ofertada ao paciente e, em seguida, João Afonso nota que a saturação de oxigênio de Carlos melhora progressivamente e, junto com ela, a cianose. João, então, exclama: “agora a oxigenação para os tecidos está garantida! Dr. Gabriel faz um olhar de reprovação e diz: “Será que está garantida?”

Após a estabilização do paciente e da realização da radiografia de tórax, que havia sido feita antes da entubação (figura em anexo), os três discutem o caso. “Temos aqui uma pneumonia, os alvéolos estão preenchidos de líquido inflamatório, isto pode explicar a diminuição da complacência pulmonar e uma das dificuldades na hematose pulmonar”, diz Gabriel ao analisar a radiografia. “João, qual o lobo pulmonar acometido?” pergunta Antonio. João engole seco e não consegue responder. Antonio verifica os exames entregues pela família e encontra uma espirometria realizada há um mês. Ao analisá-la observa alterações na função pulmonar, pois havia alterações nos volumes pulmonares.

A discussão é terminada abruptamente pelo chamado da enfermeira. São mais dois pacientes admitidos na sala vermelha, o Sr. Tomé e o Sr. Luiz, ambos com dispneia. Tomé tem ar no espaço pleural e é avaliado por Antonio. “Chamem o cirurgião, precisamos aliviar a pressão pleural imediatamente para que o pulmão se expanda! João Afonso desvia o olhar para o leito ao lado e observa a abordagem do Dr. Gabriel ao Sr. Luiz e percebe que ele fica preocupado, pois apesar de aumentar a fração inspirada de oxigênio ofertada ao paciente não há melhora da saturação de oxigênio. João, então, se questiona por que a saturação não melhorou como aconteceu com o Carlos. Diante de toda esta situação, João Afonso inspira e expira profundamente e pensa: respirar não é tão simples assim...



Radiografia de Tórax demonstrando pneumonia lobar à direita (círculo vermelho)

Fonte: Acervo Professor Luis Filipe Figueiredo

SITUAÇÃO PROBLEMA 08

CORPO FECHADO E PROTEGIDO

Após mais de dois anos do início da pandemia, com a chegada das vacinas contra a COVID-19 e obedecendo as regras sanitárias municipais de biossegurança, João Afonso retorna as suas atividades na creche escola da prefeitura, onde acompanha o Dr. Pasteur nas consultas às crianças.

Dr. Pasteur chama a primeira criança para o atendimento. Trata-se de Pedro, 14 anos de idade, apresentando uma lesão na região plantar direita há 10 dias, provocada por um prego enferrujado. Dr. Pasteur percebe que ele tem dificuldade em deambular, a lesão drena uma secreção purulenta e seu pé está avermelhado, quente e edemaciado. Solicita, então, que João Afonso palpe a região inguinal do paciente, onde encontra uma “tumoração” neste local. Laura, mãe de Pedro, entrega a Dr. Pasteur um hemograma realizado há dois dias, que evidencia leucocitose com predomínio de leucócitos polimorfonucleares. Já que Laura não lembra se havia feito a proteção contra o tétano, João Afonso a orienta fazer o soro e a vacina antitetânicos em seu filho para obter uma resposta mais rápida e eficaz, além de entregar a receita médica prescrita.

O segundo paciente é Guilherme, 8 anos de idade, que se apresenta para a consulta de retorno. A mãe de Guilherme mostra o exame de fezes com presença de verminose e um hemograma com predomínio de leucócitos polimorfonucleares, porém de um tipo distinto do paciente anterior. Dr. Pasteur toma a conduta adequada para o caso e chama o próximo paciente.

Entra Matheus, 16 anos de idade, trazido por sua mãe Dagmar, apresentando febre, ageusia, anosmia e tosse discreta iniciados há 12 horas. Dr. Pasteur o examina e o libera com medicações sintomáticas, com orientações para manter o isolamento domiciliar, por se tratar de um caso suspeito de COVID-19, e retornar depois para fazer o exame de diagnóstico. Dagmar indaga: “por que o exame não pode ser feito agora, doutor?” Dr. Pasteur esclarece que não há necessidade devido ao tempo do início dos sintomas.

Ao término da atividade João comenta com Dr. Pasteur que havia feito um exame sorológico para a COVID-19 e mostra o seguinte resultado: IgG positiva e IgM negativa. Logo veio a pergunta: “é como acontece na catapora? Estou livre de contrair a doença novamente? Minha resposta imunológica já está adequada? Já tenho a imunidade?”.

- Isto só a ciência pode explicar, mas você também pode, quando se debruçar nos livros e trazer todas as respostas para este problema, assim como para os outros que vivenciamos no dia de hoje. Até quinta!
Responde Dr. Pasteur.

SITUAÇÃO PROBLEMA 09

DA INFÂNCIA A ADOLESCÊNCIA

Começa mais um dia na vida do aluno de medicina Ygor. Hoje ele acompanha Dr. Parkinson que está de agenda cheia! O nome de Sofia ecoa na sala de espera. Mãe e filha entram no consultório e são recebidas por Dr. Parkinson e Ygor, que logo reconheceu a criança à sua frente. Dr. Parkinson inicia a consulta solicitando à mãe que contasse suas dúvidas e preocupações com sua filha, já que ele percebeu um semblante triste em seu rosto.

- Doutor, antes do acidente Sofia era uma criança com desenvolvimento normal, se alimentava bem e tinha o peso ideal para a idade. Só fui chamada na escola quando ela tinha 5 anos, pois preferia brincar afastada das outras crianças, no canto da sala, conversando sozinha. Na ocasião, a pediatra dizia que isto era comum nesta fase e era só acompanhar. Graças a Deus não teve mais este problema. Até os sete anos Sofia não tinha absolutamente nada, mas depois do acidente... ela mudou. Por ter dificuldades em andar, seus amigos não a chamam mais para brincar e estão se afastando. Ela está com dificuldade na fala e na escrita já que é destra, o que vem trazendo problemas na sua concentração e no seu aprendizado escolar. A desatenção é grande em seus estudos e por isso não consegue memorizá-los. Não se alimenta direito e está emagrecendo. Não sei mais o que fazer, doutor!

Dr. Parkinson percebe que a hemiparesia e a afasia permanecem, o índice de massa corporal (IMC) está normal e a caderneta de vacinação está atualizada. Em seguida diz que não se pode negar a lesão cerebral de Sofia e, sem dúvida, estímulos como a linguagem, a motricidade, a escola e, sobretudo, o apoio familiar interferem no desenvolvimento da criança. Portanto, se houver uma intensificação destes estímulos ambientais como, por exemplo, atividades pedagógicas na escola e em casa para o desenvolvimento cognitivo da criança, cuidados intensivos fisioterápicos, de fonoaudiologia e de terapia ocupacional, podem estimular o sistema nervoso a se readaptar e reorganizar suas funções através de ligações entre suas células, fazendo com que Sofia possa vir a ter um desenvolvimento neuropsicomotor normal para sua idade.

- Fique tranquila, a infância de sua filha não está perdida. Diz Parkinson.

Após a consulta Dr. Parkinson comenta com Ygor a importância das escolas se adaptarem para acolher os estudantes com dificuldade de acessibilidade, para melhorar a inclusão social. Dr. Parkinson então chama Dona Márcia e seus filhos Alexandre de 13 anos e Vanessa de 12 anos. Márcia relata que está preocupada com o desenvolvimento de seus filhos. Ela acha que faltam pêlos pubianos em Alexandre e que seu pênis é pequeno. Ele não sai de casa para nada e só fica na internet. Já Vanessa tinha menstruado e estava “quase toda formada”. Márcia pergunta se ela ainda vai crescer mais. Dr. Pasteur pede que Márcia aguarde na sala

de espera e avalia cada adolescente separadamente. Ao exame, Alexandre tem estadiamento G2P3 de Tanner com genitália de medidas normais, ginecomastia leve bilateral e IMC de 31kg/m². Considerando as medidas antropométricas prévias da caderneta de saúde do adolescente, identificou-se que ele estava iniciando o estirão puberal. Já Vanessa disse estar interessada em ter relação sexual com seu namorado. Mencionou que estava insegura em receber a vacina contra HPV. No exame o estadiamento dela era M4P4 de Tanner, e o IMC de 19kg/m². Pelas análises retrospectivas ela teve uma telarca aos 9 anos, uma pubarca aos 10 anos, uma menarca aos 11 anos e uma desaceleração da velocidade de crescimento a partir de então. Em seguida, Dr. Parkinson chama Dona Márcia de volta. Ele dá as devidas orientações sobre planejamento familiar e contracepção para Vanessa. A seguir anota todos os dados na caderneta de saúde do adolescente e comenta:

- Dona Márcia, seus filhos estão ótimos. Está tudo dentro da normalidade. Pode ficar tranquila.

Ao final da consulta Dr. Parkinson vira-se para Ygor e diz: “Lembra-de da neuroanatomia, hipófise, hipotálamo... onde estes conteúdos permeiam estas questões que acabamos de vivenciar? Em seguida começa-se a ouvir os grilos cantando do lado de fora...

BIBLIOGRAFIA

CONHECIMENTOS INTEGRADOS EM SAÚDE - CICLOS DE VIDA II

1. ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILAI, Shiv. Imunologia celular e molecular. 8.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
2. DI FIORE, Mariano S. H. Atlas de histologia. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
3. HALL, John E.; GUYTON, Arthur C. Guyton & Hall Tratado de fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2017.
4. JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica: texto e atlas. 13. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, [2019]. xiii, 554 p. (recurso online)
5. MACHADO, Angelo; HAERTEL, Lucia Machado. Neuroanatomia funcional. 3. ed. São Paulo, SP: Atheneu, c2014. xii, 340 p. ISBN 978-85-388-0457-4.
6. MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, A. M.R. Moore anatomia orientada para a clínica. 7. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2014.
7. MOORE, Keith L.; PERSAUD, T. V. N.; TORCHIA, Mark G. Embriologia básica. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2016.
8. SOBOTTA, J. Atlas de Anatomia Humana - 3 Vols. - 23^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

CAPITULO 3

SITUAÇÃO PROBLEMA 3º PERÍODO

AUTORES:

Adriana dos Passos Lemos

Andrea de Paiva Doczy

Débora Passos da Silva Jones

Emilene Pereira de Almeida

Georgia Dunes da Costa Machado

Ingrid Tavares Cardoso

Kátia Cristina Felipe

Marcio Niemeyer Martins de Queiroz Guimarães

Marina Moreira Freire

Mario Antonio Soares Simoes

Pedro Henrique Netto Cezar

Walney Ramos de Sousa

SITUAÇÃO PROBLEMA 01

AS DORES DO MUNDO

João Afonso chegara a UBSF pensando em sua prima Rafaela, de 10 anos que, na véspera, teve uma luxação de patela ao colidir com sua irmã no pula-pula. João ainda não era formado, mas para sua família, era “doutor” e, como sempre, foi logo informado que a Rafa havia se machucado, que estava com muita dor, com o joelho inchado e sem conseguir se mexer. O que eu faço? Ela precisa ficar boa, João!

Seu tio Roberto, pai de Rafa, deu ao João este relatório, com voz trêmula e ansiosa, trazendo seu trauma e medo à tona pelas associações com um antigo acidente de moto que o deixara com dores permanentes em suas pernas.

Lá na UBSF, João compartilhou com Dra. Sofia o acidente de sua prima e também, sua tentativa de pedir ao seu tio a descrição da cena, de forma que ele pudesse definir o cacifo do edema, a presença de eritema, a intensidade da dor, a existência de febre e a presença de solução de continuidade.

João Afonso conhecendo a história de dor permanente de Roberto, com sequela em quadril e agravamento da dor com o aborrecimento, ficou desconfiado que o quadro de sua prima poderia estar sendo supervalorizado por seu tio. Afinal, o próprio Roberto afirmava que suas dores melhoram muito depois de umas boas férias ou quando se propunha a meditar com frequência.

Acolhido por Sofia, João arriscou afirmar que prescreveriam um anti-inflamatório AINE para Rafaela e que com relação ao seu tio, acreditava não haver medicação que o ajudasse, mas que talvez, se ele fosse atendido por algum médico tão acolhedor e empático quanto Sofia, mesmo que não fosse possível curá-lo, certamente aliviar a dor ele conseguiria. Afinal, a missão médica vai muito além da cura.

SITUAÇÃO PROBLEMA 02

PELE: NO RASTRO DOS COCOS E DOS BACILOS

“Abro os olhos e não reconheço onde estou... O despertador mais uma vez não funcionou. Ou será que ando estudando até tão tarde que não consigo despertar? Enfim, estava preparado para a sessão de Dermatologia, e eu, o apresentador do caso, além do chefe da disciplina, professores titulares, residentes, internos e acadêmicos, todos presentes. Meu Deus, que responsabilidade. Vou me arrumar, e... - Droga, pesei a mão no barbeador!” João Afonso percebeu um corte aparentemente superficial, mas sangrante – “quanta pressão para estancar?!” Lembrou-se da aula de Infectologia e se precisaria iniciar antibiótico após realizar a antisepsia adequada. “Tenho que sair logo, não posso me atrasar..., vejo isso depois”

No caminho encontrou Daniel que logo reparou no seu rosto: “- O que houve? Está com rosto vermelho e tem uma ferida aí! Sua vacinação está em dia? Sem preocupar-se muito com as perguntas, João Afonso foi logo repassando o caso a ser apresentado: dois casos de queimadura, um por tentativa de suicídio com álcool e outro por exposição solar. Não poderia deixar de explicar as camadas da pele e a diferença entre os níveis de comprometimento causado por cada tipo de exposição. Afinal o correto é *flictema* ou *flictena*?”

Nesse momento de distração, João Afonso e Daniel se depararam com dois cachorros e sabiam que poderiam ter problemas “- Corra, eles não estão vindo para brincar!!” Os amigos dispararam contra o muro da casa e saltaram numa agilidade única para o outro lado, como atletas olímpicos. Daniel raspou a perna na passagem para o outro lado. “- Poxa, que situação, você no rosto e eu na perna. Mas acho que essa laceração no meu joelho é mais superficial do que o corte no seu rosto... A diferença é que esses bordos aqui não estão tão alinhados. E agora, precisamos de soro ou vacina antitetânica?!” João Afonso despreocupa logo o amigo: “- Pior seria uma mordedura dos cães. Lembra do Caio que foi atacado por estes dois? A panturrilha dele foi quase arrancada. Era uma lesão profunda com bordos mal definidos., e tenho a impressão que infeccionou em seguida. Você lembra do nome das bactérias que existem na boca dos cachorros? Daniel rapidamente responde: “- .. esta é fácil, a famosa *Pasteurella multocida*, que pode até causar bacteremia, e que justifica a complicação na ferida de Caio. Mas afinal, Caio recebeu soro ou vacina antitetânica na ocasião – ou não tem indicação por ser mordida de animal doméstico?” Daniel seguia na sua preocupação com os bacilos.

Certamente a experiência com os cães e a lembrança da mordedura em seu amigo, os fizeram pensar nos riscos de infecção também em queimaduras: mas seriam *cocos* ou *bacilos*?

SITUAÇÃO PROBLEMA 03

OS SONHOS NÃO VIVIDOS

Maria das Dores vinha sentindo uma intensa dor abdominal que a acompanhava nas mais distintas horas. Se passava muito tempo sem comer, sentia pontadas no estômago que a faziam se contorcer. Alguns alimentos também pareciam disparar esse incômodo, como café e fritura. Tentou, sem sucesso, alguns cuidados caseiros, como chá de espinheira santa e leite gelado. Uma amiga chegou a palpitar que ela poderia estar com “gastrite nervosa”, mas das Dores não deu muita atenção, embora ela realmente estivesse passando por um momento de muito estresse e cansaço. Sonhava em ser doceira profissional, desejo que seria adiado novamente já que seu marido e filha estavam desempregados.

Sem ter encontrado nenhuma solução caseira, foi se consultar com Dra. Sofia na UBSF próxima a sua casa. Maria das Dores explicou para Dra. Sofia e João Afonso o motivo de sua ida e fez questão de ressaltar que estava com medo de estar muito doente, como sua vizinha, que começara com uma dor de estômago e depois passou a ter intensa diarreia, a fazendo ir ao banheiro pelo menos umas 8 vezes ao dia.

Dra. Sofia iniciou uma atenciosa anamnese seguida de um detalhado exame clínico.

João Afonso observava o que Sofia escrevia no prontuário: “Paciente há três meses apresenta crises de dor em andar superior do abdome, em cólicas e pontadas, irradiada para ambos hipocôndrios. Relata dores moderadas em epigástrico, que pioram ao tomar café ou ingerir alimentos gordurosos. Fezes amolecidas. Paciente atravessa momento de grande estresse e insegurança.... Enquanto Sofia escrevia, João Afonso lembrando da imensidão de processos do sistema digestório, fazia mentalmente seu diagnóstico diferencial: “verminose, diarreia disabsortiva, colite.....” Se perdeu em pensamentos, certo de que para fazer o melhor diagnóstico deveria olhar para o paciente como um todo, sendo capaz de enxergar o impacto que os sonhos não vividos poderiam ter em sua saúde.

SITUAÇÃO PROBLEMA 04

DISCUSSÃO PÓS AVALIAÇÃO

E aí, João, como foi a prova?

João Afonso virou-se para sua preceptora, e, triunfante, pronunciou:

Eu fui super bem! Já sei tudo de fígado!

O momento de silêncio que sucedeu à jactância do estudante foi como a calmaria que precede a tormenta. Dra. Sofia permaneceu absorta por um tempo e então vociferou:

Claude Bernard!

Cadê?! Onde?! – respondeu João, tomado por um sobressalto. Quem era Claude Bernard?

Claude Bernard – continuou Sofia, – criou o axioma: “É o que pensamos que sabemos que nos *impede de aprender*”. Em um de seus experimentos, em 1856, ele alimentou cachorros com uma dieta proteica restrita por duas semanas. Quando dissecou os animais, observou açúcar nas veias hepáticas e no fígado dos cães, sem que houvesse açúcares no estômago e intestino ou glicose na veia porta hepática. Como você acha que ele interpretou esse experimento?

João Afonso emudeceu.

E já que você já sabe *tudo* de fígado, me explique, por favor, como esse órgão faz o metabolismo do álcool? Me explique as vias dessa metabolização e as repercussões do álcool ao nosso organismo! Também gostaria que você me iluminasse sobre o papel do fígado na icterícia, nos processos digestivos, na síntese proteica e na coagulação sanguínea, por exemplo. Me responda: o que são e quais são os testes laboratoriais de função hepática? Como você explica o caso do Sr José Paulo, um paciente nosso portador de hepatopatia grave tenha ascite, varizes gástricas e de esôfago, além de edema de membros inferiores? O que são as micelas biliares? Quais exames podem melhor avaliar as vias biliares? Como o baço e o fígado estão relacionados anatômica e fisiologicamente? O que são as células de Kupffer? Como funciona o sistema reticuloendotelial? Como o fígado se relaciona com o metabolismo glicêmico (aliás, agradeça a Claude Bernard por esse conhecimento)?

João Afonso balbuciou conceitos incompletos por alguns minutos e Sofia, percebendo que tinha passado dos limites na tentativa de educar seu pupilo, remendou:

João, não é para te humilhar que eu te fiz essas perguntas. Eu também não sei bem a resposta da maioria delas. É por isso que temos que continuar a estudar. A arrogância e a ignorância são uma combinação temerosa para o médico e mortal para seus pacientes.

João retornou cabisbaixo para casa naquele dia. Aquele golpe de Sofia, desferido cruelmente no cerne de seu ego, foi suficiente para que ele revisasse todos os tópicos de sua prova e modificasse sua visão sobre o estudo para o resto de sua vida. E ele foi grato a ela por isso.

SITUAÇÃO PROBLEMA 05

“NEM TUDO QUE RELUZ É OURO”

Dra. Sofia e João Afonso iniciaram o dia na UBSF atendendo Lúcia, paciente que desde nova apresentava uma alimentação desregrada, rica em gorduras e pobre em vitaminas. Adora biscoitos recheados e costuma trocar as refeições por lanches hipercalóricos. Além disso, Lúcia andava bastante estressada e estava “descontando” na comida. A paciente retornava à UBSF para avaliação dos exames requeridos por Dra. Sofia em sua última consulta.

– Lúcia, seus exames ficaram prontos. Vamos precisar fazer algumas mudanças de hábitos. Como está a vida?

- Ando muito estressada. A faculdade está exigindo muito de mim. Muitas provas e trabalhos. Tem dias que nada parece me saciar. Sinto um vazio e acabo comendo muito. Todo mundo diz que sou “magra de ruim”.

- Então Lúcia, estar magra não significa que você está saudável. Os exames mostraram que seu colesterol “bom” está ruim. O colesterol “ruim” também está ruim, ou seja, 180 mg/dL. Seus triglicérides, altos, 280 mg/dL. A sua glicose também está alta e a sua pressão vem aumentando. Se você não mudar seus hábitos de vida, a tendência é piorar. Vamos precisar fazer uma dieta – continuou a médica – e ver se você arruma um tempinho para começar uma atividade física... Sei que você está estudando muito, mas precisa priorizar a saúde.

A paciente ouvia atenta enquanto a médica explicava como seria seu plano alimentar hipocalórico, com restrição de carboidratos e aumento ligeiro na ingestão proteica. Dra. Sofia explicou, em termos alcançáveis para paciente, como o açúcar em excesso ingerido era convertido em gordura pelo fígado e depositado nas artérias.

Em seguida receberam Carlos Alberto, que também faria o retorno de sua consulta. Carlos apresentava um IMC de 36 e a circunferência abdominal de 100 cm. Dra. Sofia, avalia seus exames e explica ao paciente que os mesmos estavam bons. O paciente apresentava apenas uma discreta anemia e dores no joelho, que precisavam ser avaliados.

João Afonso se perdeu em seus pensamentos, não prestando mais atenção em Carlos e na Dra. Sofia. Após a consulta, cheio de dúvidas, exclama para a médica:

- Não entendo como Carlos pode ter os exames bons e a Lúcia ter os exames alterados. Ele não pode estar saudável se está obeso.

Muitas coisas estavam implícitas nesta fala de João e Dra. Sofia sabia que precisaria conversar

com João sobre estereótipos, o risco de estigma social e avaliação em saúde, além de demandar que o estudante revisasse a fisiopatologia da obesidade. Tinha esperança de desconstruir este discurso de pretenza preocupação com a saúde usado para disfarçar o preconceito, tão comum em nossa sociedade e utilizado por João. Seria desafiador, mas valeria a pena.

SITUAÇÃO PROBLEMA 06

FILTROS DA VIDA: PASSADO E ‘COADO’

— Dona Maria, a senhora sente as pernas pesadas e inchadas? Perguntou João Afonso.

Maria das Dores acordava de madrugada para iniciar a jornada de trabalho na feirinha da cidade. Também tinha de dar conta de seus afazeres domésticos, como cuidar do seu neto, enquanto a filha trabalhava. Longas eram as noites de Maria. Sua alimentação se baseava em produtos ultraprocessados, com alto teor de sódio, ricos em gorduras saturadas, carboidratos refinados e nenhuma fibra vegetal, ou seja, prática, barata e saborosa, mas péssima para a saúde. Não abria mão do seu café, passado cuidadosamente no coador de pano, e que bebia ao longo do dia.

— Ah, doutor, sinto um peso, ando muito cansada, dor embaixo da cabeça. Pode ser coluna, esse meu neto é pesado. Também me levanto várias vezes à noite para fazer xixi. Às vezes nem dá tempo de chegar ao banheiro. Ah, e essa minha vista também, anda estranha... Acho que preciso trocar meus óculos. Às vezes fica tudo bem “embaçado”, sabe? Tenho dormido pouco, às vezes sentada. Preciso do meu cafezinho, para me animar!! Tem que provar!

— Entendo... responde João Afonso, obrigado! Vou provar, sim!

Maria caminhou diminuindo o passo para sentar-se na cadeira do consultório, arrastando o pé. Sentou-se, diaforética, levou as mãos à cabeça e respirou fundo, esbaforida. João Afonso prontamente iniciou seu exame... Pegou logo o esfigmo e seu esteto e procedeu à aferição da pressão arterial na mais elegante técnica.

— Cento e sessenta por noventa e sete! – Anunciou.

— Isso é muito doutor? – exclamou Maria das Dores, com melhor ânimo, já recuperando mais o ar...

João Afonso anunciou à Dra. Sofia:

— Paciente com fraqueza e edema em extremidades. Apresenta-se hipocorada, hidratada, anictérica, acianótica, afebril, edema palpebral. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Sedentária e sobrepeso. Nega alergias. PA 160 x 97 mmHg, FC 88 bpm e FR 22 irpm. Restante do exame físico sem alterações dignas de nota.

Após terminar a anamnese e o exame físico, Dra. Sofia solicita exames de sangue e urina para a sua paciente, com vistas a confirmar o diagnóstico clínico do edema.

— Então, João Afonso, pode me dizer por que dos achados do exame e a sua suspeita com a paciente? Pode me explicar o porquê do edema e da nictúria? Vou te dar uma pista: Pode a ver com a pressão arterial...? E a fisiologia renal, pode estar comprometida?

— Exatamente isso, o problema dela só pode ser do rim! Interrompe João Afonso confiante na busca

do seu diagnóstico. O problema dela é esse café!

A médica retomou ao atendimento iniciado por João. Procedeu ao exame do olho, escleras e mucosas e à *fundoscopia*, que escapou ao exame do jovem estudante. E também procedeu à ausculta do abdome e avaliação das extremidades à procura de outros sinais que indicassem a etiologia para a paciente, tendo em mente as possíveis alterações dos mecanismos de controle da PA que poderiam estar desequilibrados.

– Maria das Dores, sua vida pode melhorar, precisamos ajustar os hábitos, até mesmo o cafezinho... Vamos tratar do seu problema. E virou-se para João Afonso: – Investigue, João, mas recorde o mecanismo fisiológico do rim!!

SITUAÇÃO PROBLEMA 07

O DESAFIO DE MARIA DAS DORES CONTINUA....

João Afonso acordara ansioso. Sabia que ao chegar na UBSF faria sua primeira visita domiciliar, junto com seu preceptor. Foram à casa de Maria da Dores. João se preparou para conversar com das Dores sobre obesidade e hipertensão, afinal, esta parecia ser a principal questão de saúde da paciente. Entretanto, a vida da Maria das Dores não se assemelhava em nada a um conto de fadas. Sua preocupação no momento se relacionava com seu exame de sangue que parecia alterado (Hb=8g/dL; VCM=110 fl, reticulócitos= 0,3%) e também com a sua neta, que recebera o resultado do teste do pezinho e no mesmo constava a presença de traço falcêmico. Maria disse a João que sua mãe teve “essa doença” e que a mesma sentia muitas dores nos ossos e tinha feridas na perna. Parecia que todos em sua família carregavam essa herança.

João Afonso imaginou que Maria das Dores estava falando de anemia falciforme, mas não sabia muito bem do que se tratava. Seria esta uma anemia como outra qualquer? Era hereditária? Era alguma coisa que acontecia durante a formação das células do sangue? E o teste do pezinho, trazia essa informação? Não era preciso fazer um exame de sangue para saber se está anêmica? Avó e neta teriam essa mesma anemia?

João Afonso se perdeu em suas perguntas e lembrou, sem grande alegria, que quando criança sua avó o obrigava a comer bife de fígado para não ficar anêmico. – Vai ficar igual ao Breno, neto da Lourdes, que não almoça direito mas vive comendo pedaço de tijolo da construção aqui do lado, e por isso está sempre pálido e cansado – dizia sua avó! Muitas eram as dúvidas de João Afonso e de Maria das Dores. Certo era a necessidade de aprender sobre o tema para trazer informação e saúde à sua paciente.

SITUAÇÃO PROBLEMA 08

AS PEÇONHAS DA VIDA.. É PRECISO OLHAR CLÍNICO

O plantão estava cansativo, quase interminável. Não via a hora de chegar em casa, tomar um banho e dormir “- não sei nem se consigo jantar...”

Quando saí de uma enfermaria para outra, deparei-me com uma pessoa com olhar caído, de bermuda, camiseta e chinelos. Perguntei se precisava de ajuda. Ele lentamente me falou que era trabalhador rural e estava com muita dor no tornozelo, e com uma postura fatigada encostou-se na parede – o que logo me fez pensar em torção. Iniciei avaliação e percebi que apresentava o tornozelo com rubor na região lateral da perna e leve edema local.

Já pensando em pedir exames iniciais, laboratoriais e radiografia, e em medicá-lo com analgesia, assusto-me com a figura da Dr^a Sofia. “- Quem está examinando, João? Novo paciente?” Repreendi-me em não ter feito a anamnese cuidadosa e ter pensado antes em exames complementares, quando Dr^a Sofia me surpreende: “- Conte-me sobre a história desse paciente!”

Voltei-me para o trabalhador Alfredo que cochilava e apresentava-se desidratado. “- Dra, venho sentindo dor de cabeça, fraqueza, e não tenho dormido bem nas últimas semanas. Acho que o trabalho está muito pesado – carregar aqueles garrafões de veneno para a lavoura tem sido cada vez mais duro... Acho que estou velho, a vida anda sem sentido... não tenho fome e às vezes estou confuso, mesmo sem tomar minha branquinha!”

Descobri que Alfredo morava distante da lavoura e nesse dia, ao pegar um atalho onde passa um córrego, entre matas fechadas e arbustos, sentiu uma pontada na perna. Viu algo que rapidamente se escondeu pelo mato. “- Acha que poderia ser uma serpente!?!? Perguntei para Alfredo. “Como não pensei nisso?” Alfredo não soube descrever muito bem o animal peçonhento, mas disse que seu amigo havia sido vítima de picada de aranha nesse mesmo atalho, e que já tinha visto escorpiões por ali.

Enquanto Dra. Sofia perguntava para Alfredo sobre sua situação vacinal, eu me dei conta de como aquele paciente não parecia estar bem, como se estivesse estafado. Além disso, apresentava muita dor e inchaço na perna. Seu exame de sangue apresentava alterações. E eu pensava nas condições do trabalho de Alfredo, os riscos aos quais ele estava exposto.

Percebi o quão difícil é ser médico, o estudo, a prática, e o preparo para o raciocínio clínico. Eu ainda viveria muitos momentos desafiadores na minha vida profissional, e assim como Alfredo, deveria aprender a avaliar os fatores determinantes de agravos à saúde no ambiente de trabalho, para eliminá-los ou, no mínimo, atenuá-los.

SITUAÇÃO PROBLEMA 09

SOLILÓQUIO DE JOÃO AFONSO

Mantive minhas convicções. Não que seja falta de caráter mudar de convicções. Significa que, uma vez confrontados com evidência irrefutável, cedemos à nova visão de mundo. Permanecer fiel a convicções que se mostram falaciosas é verdadeira tolice. Mas, durante todo esse tempo, nenhum fato novo surgiu para que eu mudasse as minhas posições essenciais acerca da morte. Não tenho a menor esperança de sobreviver a ela. Não temo o pós-vida mais do que temo o tempo que se passou antes do meu nascimento. Mantive minha convicção de que homens não temem a morte. Temem a dor da morte. A dor... Essa é uma visitante incômoda e insistente nesses dias. Minhas articulações, antes tão flexíveis, agora se mostram doloridas e frágeis. Estou na idade do “condor”. Com dor no ombro, com dor no joelho, com dor na coluna. Minha filha quer que eu vá morar com ela. Teme que eu fracture o fêmur em uma queda e tenha o mesmo destino de Sofia. Coitada da Sofia! Quebrou o fêmur, ficou acamada e acabou pegando uma pneumonia, a amiga dos idosos. Eu não corro esse risco, pois minha densitometria acusou um T-score superior a 1 desvio-padrão. Sempre gostei de leite e derivados, sempre pratiquei exercícios físicos sob a luz do sol. Não é outra a causa dessa xerodermia e elastose solar. Prefiro um asilo. Ou melhor ainda: continuar a viver só! Consigo cuidar de minha higiene, arrumar minha cama, fazer minhas refeições. Deixei minha casa antiga, cheia de escadas, para minha filha, e mudei para um apartamento. Isso só me trouxe dor de cabeça, pois chegaram a achar que ela tinha se apropriado de meus bens! Culpa do estatuto do idoso! Idoso! Quem é esse idoso que me olha pelo espelho? A minha mente permanece jovem. Exercito minha mente com leituras, jogos. Tenho memória excepcional! Tomo minhas vacinas. Quando foi que tomei minhas últimas vacinas? Não entendo por que minha tomografia demonstrou redução volumétrica cerebral. Não sou senil, sou senescente!

Estou começando a soar como um velho rabugento. Me perdoe, não é essa a minha intenção. Não me queixo da velhice. Pelo contrário, digo que o melhor que fazemos é tentar alcançá-la da melhor forma. Obviamente, tenho limitações. Qual idoso não as tem? Mas eu me preparei para essa etapa. Procurei manter minha massa magra através de atividade física, dieta apropriada (medidas que, sabidamente, retardam a diminuição do tamanho dos telômeros). Tenho piso antiderrapante em toda a casa, apoios no chuveiro, no vaso sanitário. Procuro não usar AINE, pois o meu *clearance* é baixo, como o de todo ancião. O meu ponto de vista é que a única alternativa à velhice é morrer cedo. Deixar um cadáver bonito, sem rugas. Por isso não faz o menor sentido queixar-se da velhice. É parte natural da vida, assim como a morte.

BIBLIOGRAFIA

CONHECIMENTOS INTEGRADOS EM SAÚDE - CICLOS DE VIDA III

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. 4. ed. São Paulo, SP: ABESO, 2016. 186 p. Disponível em: <http://bibonline.feso.br/vinculos/000018/000018f5.pdf>.
2. AZULAY, Rubem David e AZULAY, David Rubem. Dermatologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
3. BAYNES, John W.; DOMINICZACK, Marek H.; BAPTISTA, Mauricio da Silva; GEA CONSULTORIA EDITORIAL, S. L. Bioquímica médica. 4. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2015. xxiv, 636 p. ISBN 978-85-352-7903-0.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 70 p.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Protocolo de Saúde dos trabalhadores expostos a agrotóxicos, 2006. recurso online
6. Gadde et al Fisiopatologia e Manejo da Obesidade. JACC VOL. 71, N.º 1, 2018 JANEIRO 2/9, 2018:69–84. Disponível em: <file:///C:/Users/walne/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/PLANOS%20DE%20ENSINO%202022/CIS%203/Fisiopatologia%20da%20Obesidade.pdf>
7. HALL, John E.; GUYTON, Arthur C. Guyton & Hall Tratado de fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2017. xix, 1145 p. ISBN 978-85-352-6285-8.
8. HOFFBRAND, A. V.; MOSS, P. A. H. Fundamentos em hematologia de Hoffbrand. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
9. JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica: texto e atlas. 13. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, [2019]. xiii, 554 p. (recurso online)
10. MACHADO, Angelo; HAERTEL, Lucia Machado. Neuroanatomia funcional. 3. ed. São Paulo, SP: Atheneu, c2014. xii, 340 p. ISBN 978-85-388-0457-4.
11. MEDRONHO, Roberto de Andrade; BLOCH, Katia Vergetti; LUIZ, Ronir Raggio; WERNECK, Guilherme Loureiro. Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, c2009. xxiii 685 p. ISBN 978-85-7379-999-6.
12. MOORE, K.L. & DALLEY, A.F. Anatomia orientada para a clínica. 13ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.
13. MOORE, Keith L.; PERSAUD, T. V. N.; TORCHIA, Mark G. Embriologia básica. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2016.
14. MORAES, Edgar Nunes de. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed,

2009.700 p.ISBN 978-85-85002-74

15. NELSON, David L.; COX, Michael M.; DALMAZ, Carla; TERMIGNONI, Carlos; PEREIRA, Maria Luiza Saraiva (trad.). Princípios de bioquímica de Lehninger. 7. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2020. xxxiv, 1278 p. ISBN 978-85-8271-533-8.
16. OLIVEIRA A. T. A. L., SOUSA A. F. P. B., ALCANTRA I. C. L., MIRANDA I. T. N., MARQUES R. B. Acidentes com animais peçonhentos no Brasil: revisão de literatura. Revinter, v. 11, n. 03, p. 119-136, out. 2018.
17. PAIM, MB & Kovaleskib, DB. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. Saúde Soc. São Paulo, v.29, n.1, e190227, 2020
1. Disponível em: <file:///C:/Users/walne/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/PLANOS%20DE%20ENSINO%202022/CIS%203/Patologiaza%C3%A7%C3%A3o%20do%20corpo%20gordo.pdf>
18. PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Porto & Porto semiologia médica. 8. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, c2019. xxxiii, 1336 p. ISBN 978-85-277-3471-4.
19. RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M. Farmacologia. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
20. ROBBINS & COLTRAN. Patologia Básica 9ª ed, 2013.
21. SOBOTTA : atlas de anatomia humana : quadros de músculos, articulações e nervos 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2018.
22. SOBOTTA: atlas de anatomia humana. 24. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2018.

CAPITULO 4

SITUAÇÃO PROBLEMA 4º PERÍODO

AUTORES:

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Benisia Maria Barbosa Cordeiro Adell

Carolina Tebaldi Pinto

Erick Vaz Guimarães

Gleyce Padrão de Oliveira

Heleno Pinto de Moraes

Leandro Teixeira de Oliveira

Lucianna Miguel Ferreira

Luís Claudio de Souza Motta

Luis Filipe da Silva Figueiredo

Maria Teresa Menegat

Sheila da Cunha Guedes

Walney Ramos de Sousa

SITUAÇÃO PROBLEMA 01

A HERANÇA DE MARIA DAS DORES

Maria das Dores, 45 anos, professora do ensino médio, vem passando por problemas na família. Seu pai faleceu recentemente por complicações de um AVE após uma longa internação que ocorreu devido a infecção por COVID-19. Sua mãe, hipertensa mal controlada, passou a morar com ela e as discussões em casa se agravaram, pois, seu neto, dependente químico, vivia envolvido em problemas e não respeitava os cuidados de isolamento e uso de máscaras. Um dia, após uma discussão com o filho, Maria das Dores se sentiu mal e pediu o aparelho digital da mãe para aferir sua pressão. Para sua surpresa a PA estava 150 x 100mmHg. Sua mãe logo providenciou um chá de camomila para acalmar a filha e insistiu que ela procurasse a UBSF no dia seguinte.

No dia seguinte Maria das Dores questionou a Dra. Nise (médica da UBSF) durante sua consulta:

- Estou hipertensa Dra? Minha pressão sempre foi 12x8, fiquei assustada ontem!

A médica, muito cuidadosa, questionou possíveis comorbidades as quais Maria das Dores negou. Após uma boa anamnese, realizou o exame físico. Dra. Nise observou que a paciente apresentava sobrepeso. No exame do aparelho cardiovascular o ritmo cardíaco estava regular em dois tempos com FC: 84 bpm, sem sopros. PA: 150 x 95mmHg no braço direito e 150 x 90mmHg no braço esquerdo. Ausculta pulmonar sem alterações. A palpação dos pulsos radial, carotídeo e femoral estavam normais, assim como o restante do exame físico.

- D. Maria, a senhora vai retornar amanhã para aferirmos novamente sua pressão e vai realizar também alguns exames de sangue e urina. Gostaria que iniciasse uma atividade física; o ideal é que realize 150min/semana e vamos conversar sobre sua ingestão de sal também. A senhora sabe que o brasileiro consome quase o dobro das recomendações diárias de sódio pela OMS?

- Eu acho que tenho mesmo a mão um pouco pesada para o sal, Dra. Mas agora com minha mãe morando lá em casa estou mais cuidadosa. Só não queria ter que usar remédio para a pressão... Dra. Minha mãe faz xixi o tempo todo por causa do diurético que usa. Não quero ficar assim ...

- Fique tranquila, Maria das Dores! Nem todo anti-hipertensivo funciona da mesma maneira. Nossa meta agora é definir o plano de cuidados mais adequado para a senhora. Continue anotando as medidas domiciliares da pressão arterial e retorne amanhã, ok?

- Está bem Dra. vou fazer tudo direitinho porque eu devo ter herdado essa pressão alta dos meus pais...

SITUAÇÃO PROBLEMA 02

DOCE COMO O MEL

Américo, 60 anos, trabalhador da zona rural de Teresópolis, chegou à UBSF para consulta com a Dra. Lúcia. Sempre muito ativo e forte, vinha se sentindo cansado há alguns meses, com as “pernas fracas” e a visão “borrada”. Sua esposa insistiu muito para que procurasse atendimento porque ele estava emagrecendo muito, além de acordar várias vezes durante à noite para urinar, coisa que não fazia antes. Os dois eram casados há quase quarenta anos e sua esposa nem lembrava quando ele havia feito um exame ou ido ao médico.

Dra Lúcia iniciou a ectoscopia de seu Américo e observou que sua calça estava bem larga. Observou também que ele estava um pouco desidratado. O aparelho cardiovascular não apresentava alterações, assim como a ausculta pulmonar. O abdômen estava flácido, sem visceromegalias. Os membros inferiores não apresentavam edema e os pulsos pediosos estavam normais. Nos pés observou rachaduras no calcanhar. Após realizar a glicemia capilar, a Dra. Lúcia constatou que a glicemia estava 260mg/dL.

- Meu açúcar está bom Dra? Estou em jejum...

- Não está não Sr. Américo. Pela sua história e suas queixas, acho que o senhor tem uma doença muito comum e bastante séria que precisa de tratamento e acompanhamento. Vamos conversar sobre a sua alimentação, fazer estes exames e já vou deixar essa receita para iniciar o uso de um fármaco logo após a coleta de sangue. Vai ajudar a controlar a sua glicose.

- Minha mãe tinha essa doença do açúcar também Dra, mas ela faleceu por causa dos rins que pararam de funcionar. Lembro dela dizendo que sentia umas fsgadas nas pernas toda noite. Coitada, nem deu tempo de fazer o tratamento direito.

- Com o senhor vai ser diferente. Vamos tratar direitinho para não evoluir para nenhuma complicação crônica, ok?

SITUAÇÃO PROBLEMA 03

O “X” DA QUESTÃO

João Afonso cursa o 4º período de medicina no interior do Estado do Rio. Filho caçula e único futuro médico de uma família de produtores de soja, constantemente é solicitado a opinar sobre qualquer assunto ligado à saúde. Com a pandemia dominando os noticiários todos os dias, as dúvidas da família aumentaram. Intrigado com a associação da obesidade e os desfechos desfavoráveis na evolução da infecção pelo SARS-CoV-2 e também preocupado com a internação recente de seu tio Emanuel, João Afonso procurava em seus resumos do 3º período seu material de estudos sobre o tecido adiposo para ver se tudo isso fazia sentido. Um pouco antes de iniciar a tutoria aproveitou para discutir o assunto com seu colega Rodrigo.

O que você acha que seria a causa dessa evolução desfavorável nos obesos Rodrigo?

Acho que a obesidade compromete a expansibilidade da caixa torácica, e aí acaba aumentando a resistência ao fluxo de ar nas vias aéreas daí eles evoluem mal... eu acho.

Mas isso não tem nada a ver com a inflamação. Você não leu nada sobre a tal tempestade de citocinas? Parece que é uma das hipóteses explicativas para as evoluções graves.

Ah, agora eu entendi! Você quer relacionar inflamação e obesidade, é isso? Eu acho que os adipócitos têm função de reservatório de energia e isolante térmico. Inflamação é com o sistema imune, não? Acho que quanto pior a obesidade pior a evolução porque deve ser também mais difícil na hora de entubar esses pacientes. Pronto, é isso –resumiu Rodrigo, não dando muita atenção para os questionamentos do colega.

Parece que você já se esqueceu do período passado... da adiponectina, da leptina, das interleucinas, PAI-1. Vou ler para você um trecho desse artigo aqui para ver se você larga de preguiça e põe esses neurônios para funcionarem.

“... o acúmulo seletivo de gordura no território visceral e, principalmente, em tecidos ectópicos, parece estar envolvido na piora do quadro inflamatório. Inclusive, em um estudo realizado na China observou-se maior morbidade nos obesos que apresentavam esteatohepatite não-alcóolica (EHNA) quando pareados a indivíduos com o mesmo IMC, porém sem a presença de EHNA. Ou seja, o risco inflamatório parece estar mais atrelado ao sítio de deposição de gordura do que a quantidade total de gordura corporal” *

Eu continuo perdido... - respirou fundo Rodrigo.

João Afonso estava ainda mais intrigado pois seu Tio, Emanuel, havia sido internado há 1 semana com diagnóstico de COVID. Sua mãe relatava estar preocupada pois a glicemia dele estava muito alta, mas que ele nunca soube ser diabético. João Afonso sabia que a mãe estava certa, pois chegou a avaliar os exames do tio dias antes da internação, e só conseguiu observar que sua insulina estava alta, mas a glicemia estava normal.

Se não fosse uma “barriguinha de chopp”, que o Tio exibia até com certo orgulho, uma acantose nigricans no pescoço e uma hipertensão bem controlada, João Afonso jamais imaginaria que seu Tio estaria em um grupo de risco para evoluir com maior gravidade pelo COVID. Seria esse o “X” da questão?

SITUAÇÃO PROBLEMA 04

AS SURPRESAS QUE A VIDA NOS TRAZ...

Paulo Cesar, 55 anos, carcereiro, divorciado, sempre cumpridor de suas tarefas e conhecido como vulgo “PC” no complexo penitenciário onde cumpria seu trabalho, vinha se queixando de fadiga e tosse. Sempre fora um sujeito bem disposto, “marrento” e muito obedecido pelos colegas de trabalho e pelos próprios presidiários das 15 alas que supervisionava. **Aldo**, seu amigo de confiança do trabalho desconfiava que essa queixa do cansaço de Paulo Cesar poderia estar relacionada com a indignação dele por ver tantos presidiários aglomerados dentro das celas, vivendo em situações tão deprimentes e insalubres. Considerava que, mesmo que estivessem presos, estavam lamentavelmente condenados a viver por anos em condições precárias, desumanas e afastados de suas famílias. Desde o divórcio de sua esposa, PC passou a beber e fumar bem mais do que o costume. A alimentação, antes rica em nutrientes e saudável, feita com todo esmero pela esposa, agora era negligenciada. Além disso, poucas vezes abria as janelas de casa e já não tinha mais o mesmo cuidado consigo mesmo.

Na semana seguinte, Aldo estranhou muito porque PC não compareceu ao trabalho e nem avisou nada. Isso se repetiu por 4 dias seguidos até que Aldo foi pessoalmente procurar por seu amigo. Chegando em sua residência, encontrou as janelas fechadas, o cachorro preso, roupas estendidas no varal. Gritou várias vezes pelo nome de Paulo César, até que foi finalmente atendido e PC o recebeu em sua casa.

- Caramba, PC! Você está emagrecendo demais... está pálido, sempre cansado! Não abre direito nem essas janelas de casa! Quer que sua casa fique com o cheiro do presídio também? O que está acontecendo homem?

- Ah, Aldo, para você eu posso contar: confesso que há um tempo venho sentindo uma fraqueza estranha, um mal-estar, toda noite tenho transpirado demais ... Mas, faz anos que não procuro um médico e nem quero me consultar com o da nosso trabalho. Já tem uns meses que ando sem apetite, tendo febre e essa tosse que me faz escarrar uma secreção estranha. Mas não deve ser por causa do cigarro, nunca tive essas coisas!

Percebendo coerência nas palavras do amigo, **Paulo Cesar** aceitou ir com Aldo à Unidade Básica de Saúde do bairro, onde foram atendidos pelo **Dr. Leandro**, que os acolheu muito bem.

- Bom dia, **Paulo Cesar**, então sua queixa é a tosse? Me fale sua idade, um pouco sobre sua profissão. Quero compreender melhor o que pode estar acontecendo.

- Sim, doutor! No início ela era seca... e às vezes me falta o ar.

Ao exame físico, **PC** se apresentava em mau estado geral, peso 60kg, altura 1,78m, mucosas hipocoradas (+/4+). Relatava sudorese noturna e tosse com expectoração mucopurulenta. A ausculta pulmonar

evidenciava murmúrio vesicular diminuído em $\frac{1}{3}$ superior do pulmão esquerdo com roncosparsos. SatO₂ 94% Fr: 18 irpm, RCR em 2T, BNF s/ sopros, Fc: 82 bpm. Pressão arterial 140x90mmHg. **Dr. Leandro** explicou que era importante investigar sua doença. O médico solicitou alguns exames de sangue, raio-x de tórax e orientou a necessidade do uso de máscara. Preferiu já coletar ali mesmo na Unidade, em local apropriado, um exame do escarro, antes de liberar **Paulo Cesar**.

- O que será que eu tenho, doutor? Será que isso é contagioso?

- **Paulo Cesar**, a causa mais provável é uma doença infecciosa de alta prevalência, aliás, considerada a doença infecciosa mais mortal mundialmente. Seu tratamento atualmente é bem estabelecido e se você o fizer corretamente, podemos ter resultados muito positivos. Novas drogas surgiram e testes diagnósticos também. Devido ao risco de transmissão, precisarei que seus contactantes mais próximos também façam alguns testes. Por favor, a partir desse momento utilize essa máscara respiratória enquanto aguardamos a confirmação do resultado dos seus exames. Vou lhe dar um atestado, pois você precisará ficar afastado por alguns dias do trabalho. Mas, confie em mim, temos tratamento para isso e estou aqui para te ajudar.

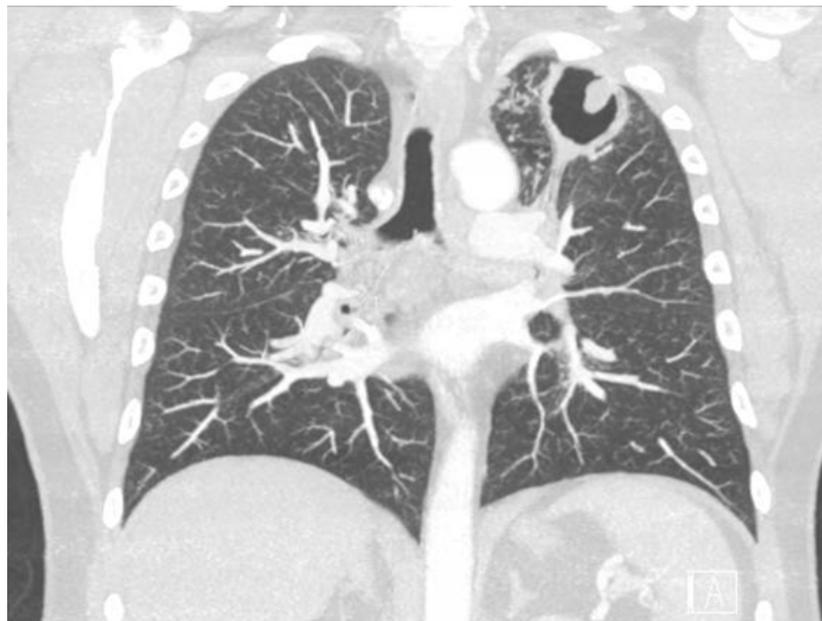
No dia seguinte PC retornou à UBSF com o raio-x de tórax, já orientado que colheria nova baciloscopia de escarro.

- Sua baciloscopia anterior veio positiva PC. E esse raio-x também mostra uma imagem bem característica. Vamos iniciar seu tratamento, vou lhe explicar como funciona. Não se assuste com os formulários que vou preencher, pois esta é uma doença de notificação compulsória e pensando no cuidado multidisciplinar preconizado, a enfermeira aqui da Unidade deve procura-lo em casa para supervisionar seu tratamento. Vamos conversar também sobre o cigarro, uma boa hora para o Sr. parar com ele.

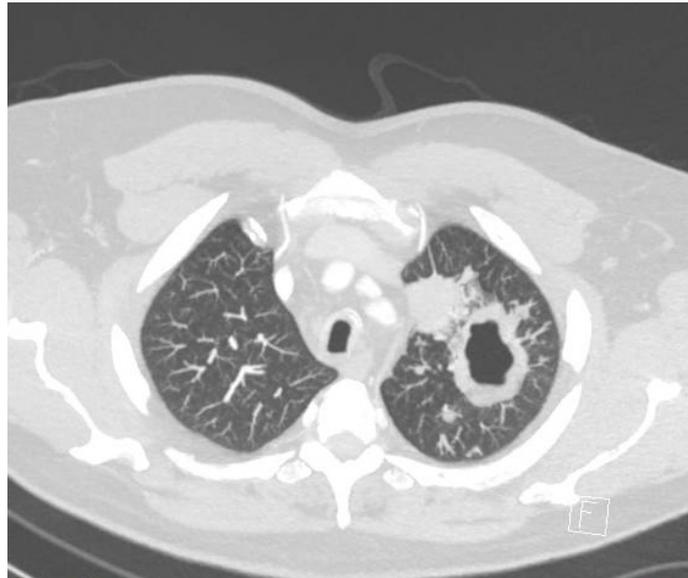


Lesão cavitária no $\frac{1}{3}$ superior do pulmão esquerdo

<https://radiopaedia.org/cases/9095/discussion?lang=us>



TC fase arterial corte coronal com cavitação de paredes finas, irregular no ápice do pulmão esquerdo medindo aproximadamente 6 x 4.5 x 4.5 cm. Ao redor da cavitação, áreas de consolidação e opacidades em vidro fosco. Discreta adenomegalia mediastinal esquerda. Ausência de derrame pleural



<https://radiopaedia.org/cases/9095/discussion?lang=us>

Axial C+ arterial phase

<https://radiopaedia.org/cases/9095/discussion?lang=us>

SITUAÇÃO PROBLEMA 05

O TEMPO NÃO PARA, NÃO PARA NÃO!

Na enfermaria de Clínica Médica do HCTCO estava internado **Agenor**; 44 anos, o simpático baterista de uma banda local. Agenor estava bem emagrecido, e vinha se queixando há alguns meses de disfagia e odinofagia, mas relacionava as queixas aos péssimos hábitos alimentares e também a bebida que não conseguia diminuir. No mesmo período suspendeu o tratamento de sua doença de base por achar que eram muitos comprimidos e que isso estava causando-lhe uma dor epigástrica.

Diagnosticado há 10 anos com uma doença infecciosa muito estigmatizada na população, levava com certo bom humor o que lhe acontecera. Com a Pandemia acabou perdendo alguns amigos, sua companheira Lucinha e os shows foram diminuindo o que lhe trouxe além da grande tristeza, uma importante preocupação financeira.

- Bom dia Sr. Agenor, sou **Rose**, a enfermeira desta enfermaria. Vou acompanhá-lo até a endoscopia.

- Rose, Rose como uma rosa!!!! Brincava ele a caminho do setor de exame. O que importa é ser feliz,

Rose, pois o tempo não para!

Após o procedimento **Dr. Luiz Antonio** veio até a enfermaria conversar com Agenor.

- Já sabemos o motivo das suas queixas Agenor. Seu esôfago está inflamado e a causa disso é um fungo. Estou preocupado pois isso define um outro estágio da sua doença de base. Deixe eu explicar a importância de você manter seu tratamento: evitar essas infecções oportunistas! O que causa a morte de pacientes com a sua doença não é ela em si, mas as infecções oportunistas.

- Eu sei disso tudo Dr. Confesso que fiquei muito desanimado depois da morte da Lucinha e perdi um pouco a vontade de me cuidar. Nesses últimos dez anos eu nunca tinha sido internado. Lucinha não pegou o vírus porque a gente se cuidava muito e ela cuidava de mim também.

- A Rose vai colher uma amostra de sangue para avaliarmos sua carga viral, CD4⁺.

Durante a coleta, Rose, mesmo sendo muito experiente, se acidentou com a agulha de punção. Estava usando luvas, mas ao retirá-las, observou sangue na ponta de seu dedo. Assustada por saber o diagnóstico de Agenor, tentou manter a calma, lavou bem as mãos em água corrente e foi procurar Dr. Luiz Antonio para saber como proceder. Dr. Luiz a acalmou, solicitou os exames necessários de imediato, preencheu a CAT e iniciou a PEP, questionando Rose sobre seu estado vacinal.

- Vamos te acompanhar Rose, vai ficar tudo bem.

SITUAÇÃO PROBLEMA 06

O MAL DO SÉCULO XXI”

Estudos sobre saúde mental após desastres ambientais revelam desafios

As recomendações foram listadas durante evento que a Fiocruz organizou para apresentar um diagnóstico preliminar sobre os impactos da tragédia de Brumadinho na saúde da população

Fonte: AGÊNCIA BRASIL

PUBLICADO EM 05/02/19 -

“Diversos estudos realizados com populações atingidas por tragédias ambientais revelam um aumento de problemas relacionados com a saúde mental, tais como estresse, ansiedade e depressão. Em Brumadinho e nos demais municípios afetados pelo rompimento da barragem da Vale na Mina do Córrego do Feijão, esta questão deve receber atenção prioritária, na visão de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), instituição científica vinculada ao Ministério da Saúde.

As recomendações foram listadas durante evento que a Fiocruz organizou para apresentar um diagnóstico preliminar sobre os impactos da tragédia de Brumadinho na saúde da população. Além de alertar para a possibilidade de agravamento de enfermidades crônicas, para os riscos de surtos infecciosos e para as chances de aumento dos problemas respiratórios, os pesquisadores também manifestaram preocupação com futuros diagnósticos de doenças mentais”

Parecia até que a matéria que **João Pedro** vinha ouvindo no Podcast de saúde da faculdade tinha sido proposital. Na sala de espera da UBSF aguardavam **Dona Amélia e Benedito**, moradores de Campo Grande, bairro muito atingido pela tragédia de 2011 decorrente de chuvas e deslizamentos, no município de Teresópolis.

Benedito, 67 anos, relatava desânimo, falta de energia e uma certa irritabilidade. Queixava-se também de inapetência e insônia. **Dra. Nise** percebeu que o paciente se mostrava hipotímico, hipobúlico, cooperativo e normovigil, porém com pragmatismo parcialmente comprometido.

D. Amélia, 53 anos, queixava-se de palpitação, sensação de sufocamento e insônia, sintomas presentes há meses que se intensificaram nas últimas semanas. Relatava também uma ida à UPA com a pressão alta no dia que ocorreu a última enchente em Petrópolis, município vizinho, preocupada com a filha que é moradora de um bairro onde ocorreu o deslizamento este dia, mas sua casa não foi atingida. Dra. Nise percebeu que a paciente estava angustiada, ansiosa, hipervigil e taquicardia.

Após o término das consultas com os estudantes ao seu redor iniciou a discussão dos casos.

Vocês perceberam uma certa anedonia em Benedito? Ou seria distímia? Qual transtorno de humor ele

provavelmente apresenta e o que seria necessário para esse diagnóstico? E o que vocês acham do relato de D. Amélia? Seria só o stress e preocupação com o ocorrido em Petrópolis?

Como explicaremos esses sintomas? Alguma substância envolvida? Algum fator genético? Vamos, vamos!!!!

Ah, e quero que recordem também do Sistema Límbico e os neurotransmissores envolvidos.

João Pedro esboçou um sorriso e começou a elaborar sua hipótese explicativa e um possível tratamento para Benedito e Amélia.

SITUAÇÃO PROBLEMA 07

“ A MENTE NÃO TEM SEGREDO QUE O COMPORTAMENTO NÃO REVELE”

Finalizando o período letivo, os alunos do internato da Faculdade de Medicina de São Bento acompanharam o “*round*” com o **Dr. Chagas**. Na enfermaria 303 da Clínica estavam internados dois pacientes com algumas queixas semelhantes e outras distintas. **Maikon**, 18 anos, estava no leito 01 e **Antônio**, 72 anos no leito 02. A interna **Laís** fez um breve relato à beira do leito da história de **Maikon** e **Antônio**.

- **Maikon** deu entrada na emergência do hospital universitário há 7 dias, agressivo, agitado, relatando que estava sendo perseguido por bandidos disfarçados de policiais, ouvia-os dizendo que iriam pegá-lo para uma experiência científica com um novo vírus. Na sua história patológica pregressa o uso abusivo de álcool e drogas ilícitas. Ao exame físico se apresentava taquicárdico e taquipneico. Hoje está um pouco melhor, após ser medicado não apresentou mais delírios nem alucinações, porém se mantém confuso e agitado em alguns momentos. O Sr. **Antônio** já está internado há 10 dias. Tem CA de próstata e evoluiu com septicemia devido a ITU complicada. No 4º dia de internação passou a apresentar agitação psicomotora, pensamento desorganizado de forma flutuante (horas parecia melhor, horas pior) e desorientação. Hoje está ótimo, não é Sr. Antônio?

- Quantos médicos ao meu redor cuidando de mim! Quanta sorte! – brincou, **Sr. Antônio** aparentemente recuperado.

Dr. Chagas chamou os alunos para o Centro de Estudos e no corredor, como de costume, já murmurou “- Quanta riqueza nesses dois diagnósticos! Quanto a discutir”!! - Então caros doutores.... Vamos conversar sobre esses dois casos da enfermaria 303? Temos uma doença psiquiátrica? Qual a causa de tais manifestações no nosso jovem **Maikon** e no nosso simpático senhor do leito 02? Algum fator desencadeante? Alguma região encefálica específica comprometida para tais apresentações clínicas?

Também como de costume, iniciou seus rabiscos e os alunos sentaram ao seu lado criando hipóteses explicativas, já tristes por ser a despedida dos “*rounds*” com o **Dr. Chagas**.

SITUAÇÃO PROBLEMA 08

“ENTRE NÓS”

Dr. Alfredo, médico intensivista no Hospital Regional, sobrecarregado desde o início da Pandemia começou a preocupar sua equipe nas últimas semanas. Todos sabiam das fortes dores lombares que o Dr. Alfredo sofria há anos com uma hérnia lombar. Sem conseguir realizar os exercícios de fortalecimento prescritos, muito acima do peso e ainda alérgico a anti-inflamatórios e analgésicos, o mesmo passou a conviver com dores crônicas.

No auge da Pandemia, durante um plantão muito tumultuado devido a COVID, fez uso de opióide para conseguir se manter em pé, obtendo alívio de suas dores. O fato acabou se tornando corriqueiro e a enfermeira Neide percebia que com dor ou sem dor, Dr. Alfredo já passava a usar opióides rotineiramente.

Na última semana, após uma folga de três dias em casa, Dr. Alfredo foi trazido à emergência do Hospital Regional por sua esposa apresentando-se agitado, se queixando de muita dor, sudoreico, com vômitos, diarreia e tremores. Na emergência, o colega plantonista detectou aumento da pressão arterial, taquicardia e midríase. **Neide**, enfermeira da UTI logo que soube da chegada de Dr. Alfredo correu até o Pronto Socorro muito preocupada e foi conversar com o plantonista e com **Martha**, esposa de Dr. Alfredo. Se sentia um pouco culpada e aflita por ver o colega de profissão nessas condições e pensava o que poderia ter sido feito antes.

- Calma Neide. Tranquilizava-a o plantonista. Esse problema ocorre com médicos e não médicos e muitas vezes temos dificuldade em aceitar nosso papel como pacientes. Ele vai se recuperar...

SITUAÇÃO PROBLEMA 09

É PRECISO FICAR ATENTO AOS SINAIS...

A equipe médica comemorava o retorno de **Dr. Alfredo** à UTI do terceiro andar. Os colegas de trabalho providenciaram bolo e cartazes de boas-vindas e o plantão seguia tranquilo com alguns leitos vagos. Dr. Alfredo passou 6 meses afastado do trabalho e contava que durante alguns meses se sentiu muito deprimido mas com ajuda da família, do psiquiatra, recuperado também da cirurgia de sua hérnia lombar e com as mudanças no seu estilo de vida, hoje também com alguns quilos a menos, vinha se sentindo muito bem. Estava feliz em retornar ao trabalho. Foi aí que o telefone tocou e um leito foi solicitado para um paciente com intoxicação exógena.

Sr. Benedito, 67 anos, foi encontrado em casa desacordado, a porta da sala estava entreaberta. Os vizinhos observaram que Benedito estava salivando muito, com os lábios e as pontas dos dedos roxas e respirando com dificuldade. Ao lado do seu corpo tinha um galão plástico de mais ou menos 1 litro pela metade. No rótulo vermelho a foto de uma caveira e embaixo escrito “*cuidado: veneno*”. Rapidamente levaram seu Benedito ao Pronto Socorro e a hipótese foi de intoxicação grave por organofosforado. Os vizinhos desesperados já vinham preocupados há muito tempo com Benedito, que nos últimos meses abandonou seu tratamento e vinha dizendo que não via sentido para seguir vivendo e que uma hora acabaria com tanto sofrimento.

Apesar de todo esforço da equipe médica, Sr. Benedito seguiu muito grave e foi a óbito durante a madrugada na UTI. Dr. Alfredo deu a notícia aos vizinhos do paciente e explicou a relação de sua doença com o ocorrido. Depois se sentou e conversou com Neide.

- A única coisa que podemos fazer é ficar alerta aos sinais quando eles aparecem, Neide. Muitos pedem ajuda, mas as pessoas acham que é bobagem ou exagero.

- É Dr. temos muito que aprender...

BIBLIOGRAFIA

CONHECIMENTOS INTEGRADOS EM SAÚDE - CICLOS DE VIDA IV

1. ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. Imunologia celular e molecular. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2019. x, 565 p. ISBN 978-85-352-9074-5.
2. BAYNES, John W.; DOMINICZACK, Marek H.; BAPTISTA, Mauricio da Silva; GEA CONSULTORIA EDITORIAL, S. L. Bioquímica médica. 4. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2015. xxiv, 636 p. ISBN 978-85-352-7903-0.
3. BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde Mental. Prevenção do Suicídio Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. recurso online Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis(DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.: il. recurso online.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 364 p. : il. ISBN 978-85-334-2696-2. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Ministério da Saúde. Brasília, 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos / Ministério da Saúde, 2018 recurso online
8. BRUNTON, Laurence L. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 13. Porto Alegre AMGH 2018 1 recurso online ISBN 9788580556155.
9. DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3º ed, Porto Alegre: Artmed, 2019.

10. DE ROBERTIS, Edward M. Bases da biologia celular e molecular. 16. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2014. Disponível em: <http://bibonline.feso.br/biblioteca/>
11. Diretrizes Brasileiras de Diabetes, 2019-2020
12. GALAFASSI, Maria Cristina. Medicina do trabalho: programa de controle médico de saúde ocupacional (NR-7); composição do programa; doenças ocupacionais; exames médicos; modelos de fichas; NR-5, NR-7, NR-9. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 176 p. ISBN 85-224-2246-X.
13. GALLEGUILLOS, Tatiana Gabriela Brassea. Epidemiologia : indicadores de saúde e análise de dados. São Paulo Erica 2014 1 recurso online ISBN 9788536520889.
14. GUYTON, A. e HALL, J. : Tratado de Fisiologia Médica. 13^oed. Ed. Elsevier. 2017.
15. HALL, John E.; GUYTON, Arthur C. Guyton & Hall Tratado de fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2017.
16. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 84, Suplemento I, Abril 2005 recurso online
17. JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica: texto e atlas. 13. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2019.
18. MACHADO, Angelo; HAERTEL, Lucia Machado. Neuroanatomia funcional. 3. ed. São Paulo, SP: Atheneu, c2014. xii, 340 p. ISBN 978-85-388-0457-4.
19. MEDRONHO, Roberto de Andrade; BLOCH, Katia Vergetti; LUIZ, Ronir Raggio; WERNECK, Guilherme Loureiro. Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, c2009. xxiii 685 p. ISBN 978-85-7379-999-6.
20. MENDES, René. Patologia do trabalho. 2. ed. atual. e ampl. São Paulo, SP: Atheneu, 2007. 2 v. ISBN 978-85-7379-555-4
21. MOORE, K.L. & DALLEY, A.F. Anatomia orientada para a clínica. 13^aed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.
22. PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Porto & Porto semiologia médica. 8. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, c2019. xxxiii, 1336 p. ISBN 978-85-277-3471-4.
23. RANG, H. P.; DALE, M. Maureem. Farmacologia. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. (3.ed. 4 exemplares) (2.ed. 7 exemplares). BRUNTON, Laurence L. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 13. Porto Alegre AMGH 2018 1 recurso online.5
24. ROBBINS & COLTRAN. Patologia Básica 9^a ed, 2013.
25. ROBBINS, Stanley L.; SANTOS, João Lobato dos; VOEUX, Patrícia Josephine. Fundamentos de Robbins: patologia estrutural e funcional. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c2001. xii, 766 p. ISBN 978-85-277-0636-0.

26. ROITT, fundamentos de imunologia. 13. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2018 1 recurso online ISBN 9788527733885.
27. SADOCK, Benjamin J. Compêndio de psiquiatria : ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. Porto Alegre ArtMed 2017 1 recurso online ISBN 9788582713792.
28. SOBOTTA: atlas de anatomia humana. 24. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2018.
29. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. : Arquivos Brasileiros de Cardiologia (São Paulo) São Paulo v. 116, n. 3, p. 516-658. Disponível em: <http://bibonline.feso.br/vinculos/00001c/00001cca.pdf>.
30. VERONESI, Focaccia. Tratado de infectologia. 6. ed. 2 v. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.
31. VILAR, Lúcio; KATER, Claudio Elias. ENDOCRINOLOGIA clínica. 7. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2020 1 recurso online ISBN 9788527737180.

CAPITULO 5

SITUAÇÃO PROBLEMA 5º PERÍODO

AUTORES:

Adriana dos Passos Lemos
Ana Paula Vieira dos Santos Esteves
Carlos Romualdo Barbosa Gama
Emilene Pereira de Almeida
Georgia Dunes da Costa Machado
Gleyce Padrão de Oliveira
Ingrid Tavares Cardoso
Jeanne D'Arc Lima Fontaine
Julio Antonio de Carvalho Neto
Kátia Cristina Felipe
Renata Barreto Marques
Roberto Luiz Hungerbuhler Pessoa
Walney Ramos de Sousa

SITUAÇÃO PROBLEMA 01

ESTREIA E NOVIDADES NO 5º PERÍODO...

Hoje vocês iniciam o 5º período e o coordenador apresenta o programa de atividades (tutorias, UBS, enfermaria de GO, ambulatórios da especialidade, seminários, casos clínicos, IETC). Orienta o que desenvolverão neste semestre, explica as questões éticas, humanas, sociais e emocionais envolvidas no atendimento à mulher e as regras de segurança que envolvem as pacientes e os profissionais.

No ambulatório 1, alguns de vocês acompanham a Dra. Renata e atendem Cristina, 16 anos, que refere menarca aos 15 anos, menstruações irregulares, 4 meses de atraso, e início da vida sexual há 15 dias. Ela questiona: É possível engravidar na 1ª relação sem camisinha? Posso fazer o teste de farmácia?

Dra. Renata, após a anamnese, procedeu ao exame físico, constatando mamas flácidas, ausência de nódulos, linfonodos impalpáveis, abdome flácido, genitália sem anormalidades e toque: colo 0/3/0/P/R com útero em AVF de FVCSM normais, não compatíveis com o atraso relatado.

No ambulatório 2, com Dra. Lia, outros estudantes acompanharam o atendimento de Ana Elisa, 20 anos, casada, cujas queixas eram atraso menstrual de 2 meses, sonolência, náuseas e vômitos

O exame físico mostrou: mamas túrgidas, ausência de nódulos, linfonodos impalpáveis, abdome flácido, genitália violácea. Ao toque: útero amolecido, aumentado de volume, compatível com aproximadamente 8 semanas de gestação, colo fechado e longo (0/3/0/P/R). Dra. Lia a orientou, solicitou os exames pertinentes e agendou retorno em 1 mês.

No ambulatório 3, Dr. Luiz Carlos e seu grupo, atendem Jéssica, 18 anos, “velha conhecida” do 1º período e do IETC. Sua queixa era dor em baixo ventre, com início há 12 horas, acompanhada de febre alta, além de secreção vaginal com odor fétido. Relatou atraso menstrual de dois meses e amedrontada, contou que o namorado a fez usar alguns comprimidos comprados na internet. Como o sangramento não veio, ele a levou a uma “aborteira”, que aplicou uma “sonda no colo do útero”, recomendando procurar o hospital em 3 dias.

O exame físico mostrou: PA=100/60mmHg, Temperatura axilar 39,5 °C, abdome tenso, dor a palpção em baixo ventre. Ao toque: aumento da temperatura vaginal, colo uterino permeável em toda extensão e o dedo de luva do toque com sangue e pus.

Dr. Luiz Carlos a encaminhou imediatamente ao hospital para internação e intervenção adequada.

No ambulatório 4 um outro grupo acompanhava Dra. Marcia no atendimento à Jane Lúcia, gesta II para I, com queixas de sangramento e dores em baixo ventre. Atraso menstrual de 2 meses com teste de farmácia positivo. Dra. Marcia procedeu ao exame físico que mostrou sangramento vivo, colo fechado e dor intensa em fossa ilíaca

direita, com Blumberg positivo. Imediatamente encaminhou-a para internação.

Finalizados os atendimentos todos se reuniram no centro de estudos para discutirem as situações vivenciadas e apresentarem suas dúvidas, fazendo assim o alinhamento dos conhecimentos adquiridos.

SITUAÇÃO PROBLEMA 02

CONTINUANDO O APRENDIZADO E DESCOBERTAS!

No ambulatório 2, da Dra. Lia, os estudantes reviram Ana Elisa que retornou para a segunda consulta referindo vômitos que não estavam melhorando com medicação e trazendo os exames solicitados que demonstravam:

Hm: 3.5 milhões/mm³, Hb: de 9 g/dL, Ht^o: 30% e EAS com presença de nitrito.

Ultrassonografia demonstrando gravidez gemelar monoamniótica e dicoriônica, compatível com a DUM

Ao exame físico: PA = 110/70mmHg, altura do fundo de útero (AFU), compatível com a idade gestacional, batimentos cardíacos fetais (BCFs) positivos ao sonar. Dra. Lia a orientou quanto as suas queixas, prescreveu vitaminas e antiemético, solicitou cultura e TSA agendando seu retorno em 1 mês.

No ambulatório 1, vocês e a Dra. Renata atendem Laura Gesta: III Para: II na 36^a semana. Queixava-se dor na região sacro lombar e cansaço. Ao exame físico as manobras de Leopold mostravam feto único em situação transversa e apresentação córmica. BCF 140bpm, ausência de metrossístoles. O exame especular propiciou a coleta de material para pesquisa de estreptococos do grupo B. Ao toque colo: fechado ausência de perdas vaginais.

No hospital tudo parecia calmo os estudantes visitavam as puérperas na enfermaria até que Dr. Rogério foi chamado à emergência para o atendimento de Camila, 15 anos, com cartão pré-natal constando 4 consultas. Camila se queixava de muita dor.

Dr. Rogério a examinou, indicou a internação e percebendo o medo da adolescente a acalmou explicando: - Camila você está em trabalho de parto! Vamos te acompanhar até seu bebê nascer. Você não ficará sozinha, nós estaremos juntos.

A seguir solicitou a interna Ana Luiza que anotasse no prontuário, 39 semanas pela DUM, AFU 36 cm, BCF 148bpm, no QIE, Toque colo: 5,0/0/5,0/C/D, bolsa íntegra, apresentação cefálica em OIEA, metrossístoles 5/10'/50''

Resolvida a internação de Camila, Dr. Rogério, e vocês reuniram-se para discutir o caso, mas uma nova urgência os chamou ao PS. Lá chegando encontraram Lucia, primigesta, com 37 semanas de gestação, que dera entrada desmaiada nos braços do esposo. Este relatou: Dr., procuramos atendimento, porque ela estava com dor e na esquina do pronto socorro sofremos um acidente de carro, ela gritou, apagou e está sangrando.

Dr. Rogério solicitou a Ana Luiza que visse os exames de pré-natal enquanto a examinava e constata: taquisfigmia, taquicardia, sudorese intensa, PA 70/40mmHg. AFU 36 cm. O exame do abdome mostrou

a emergência do quadro. Imediatamente encaminharam-se ao centro cirúrgico, pediram o comparecimento urgente do banco de sangue e do neonatologista. Dr. Rogério foi tão rápido na cesárea, que os alunos não conseguiram acompanhar os tempos da cirurgia e mal viram Gisele nascer. Ana Luiza comentou com o grupo de alunos: - o Dr. Rogério é tão rápido que terei que estudar a técnica de cesariana e como conduzir os primeiros dias pós-parto, mas é muito bom ter o pediatra na sala para socorrer, os recém-nascidos.

Papo com os tutores: Intercorrências clínicas na gestação. Sangramentos da segunda metade da gestação. Acretismo placentário. Apresentações anômalas. Parto. Hemorragia pós-parto. Puerpério fisiológico.

Nº	Objetivos educacionais	Subáreas
	Justificar a importância da USG para o diagnóstico e prognóstico da gestação	Radiologia e biofísica
	Categorizar as anemias na gravidez	Hematologia , obstetrícia
	Descrever infecção urinária na gravidez	Obstetrícia, clínica urologia
	Estabelecer propedêutica diagnóstica e terapêutica para infecção urinária na gravidez	Obstetrícia, clínica urologia
	Justificar as possíveis complicações da infecção urinária na gravidez	Obstetrícia, clínica urologia
	Categorizar os sangramentos da segunda metade da gestação (rotura uterina, DPP, IBP, Vasa Prévia)	Obstetrícia
	Contrastar Inserção Baixa de Placenta (IBP) e Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)	Obstetrícia
	Explicar e classificar as alterações da inserção placentária	Obstetrícia,
	Explicar as apresentações anômalas	Obstetrícia
	Estabelecer propedêutica diagnóstica para apresentações anômalas	Obstetrícia Radiologia
	Estabelecer conduta para as apresentações anômalas	Obstetrícia
	Descrever o trabalho de parto (fases clínicas e mecânicas, acompanhamento e condução).	Obstetrícia

	Explicar os riscos materno-fetal na gravidez gemelar	Obstetrícia
	Categorizar as indicações para parto cesariana	Obstetrícia
	Descrever os tempos cirúrgicos da cesariana	Obstetrícia
	Descrever puerpério fisiológico	Obstetrícia
	Descrever Hemorragia pós-parto e seus riscos	Obstetrícia
		Obstetrícia
	Relacionar anatomicamente o trajeto pélvico e o parto	Anatomia

SITUAÇÃO PROBLEMA 03

AS SURPRESAS NA EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

Um chamado à emergência os leva para o atendimento de Teodora, 21 anos.

Dra. Márcia e o residente Roberto a examinaram, AFU 39 cm, BCF positivo em QSE, metrossístoles 2/10'/30'', colo 2/2/2/ I /SR, bolsa íntegra. IG 34 semanas pela primeira ultrassonografia, feita com 8 semanas de gestação. Teodora traz seus exames de pré-natal e uma USG realizada ontem que demonstrava um feto de aproximadamente 3600g.

Exames de Teodora:

SÉRIE VERMELHA:

Hemácias: 4,5 milhões/mm³

(V.R) 3,9 a 5,4 milhões/mm³

Hemoglobina: 13 g/dl (V.R) 12 a 16 g/dl

Hematócrito: 38 % (V.R) 38 a 48 %

VDRL: 1/32

Grupo sanguíneo e fator Rh AB negativo

Anti HIV I e II: positivo

Toxoplasmose: IgG negativo.

IgM Reagente

TOTG jejum: 96mg/dL

2^a hora 155mg/dL

Dra. Márcia discute o caso com Dr. Roberto e estabelece a conduta para Teodora.

Após o atendimento de Teodora, a enfermagem solicita o comparecimento com urgência a enfermaria, pois a paciente Juliet, cujo parto vaginal transcorrerá sem anormalidades a 30', apresentava um quadro de hemorragia. Dra. Marcia e Dr. Roberto tomam as providências necessárias para a correção do quadro.

No ambulatório 4: Dr. Bruno e o grupo atendem Letícia pela primeira vez. Gesta II Para I informa, estar na 33^a semana com queixas de dor sacrolombar e perda de líquido por via vaginal, há cerca de 4 horas. Refere leucorreia esverdeada há uma semana sem tratamento. Ao exame: PA 120/80mmHg, AFU 30 cm, BCF 140 bpm, metrossístoles esparsas. Exame especular evidenciando saída de líquido claro pelo orifício externo do colo do útero.

Dr. Bruno, após a anamnese e o exame físico, solicitou a internação de Letícia.

Mais uma vez os grupos se encontram na sala de estudos para discutirem as situações apreciadas e João Afonso comenta sobre a importância desta reunião para uniformizar tantas informações.

SITUAÇÃO PROBLEMA 04

NA OBSTETRÍCIA: SUSTOS... APRENDIZADOS... EMOÇÕES!

No ambulatório 1- Dra. Renata, atende Anna Fernanda, primigesta, 23 anos, obesa e sedentária, comparece a 4ª consulta com 30 semanas de gestação. Traz seus exames e está muito preocupada pois sua prima evoluiu para uma HELLP síndrome! Dra. Renata após ouvir suas queixas procedeu ao exame físico constatando: PA 130/90 mmHg, mucosas normocoradas, AFU de 27 cm e membros inferiores com edema +++/4+. A seguir avaliou a dopplervelocimetria que apresentava incisura bilateral de artérias uterinas, com IP médio acima do percentil 90 e feto com peso abaixo do percentil 10.

Dra. Renata medicou, solicitou novos exames e a encaminhou ao ambulatório de alto risco.

No ambulatório 2: Dr. Luiz atende Claudiane de 22 anos. Hoje na 2ª consulta de pré-natal estava apreensiva com o resultado de seus exames. Dr. Luiz após acalmá-la, realizou a avaliação clínica. Em seguida explicou o resultado: no sangue, TSH elevado e no ex. de fezes, presença de ovos de áscaris. A Dr. a orientou e a encaminhou a Endocrinologia.

No ambulatório 3: Dra. Carolina recebe Juliana 36 anos, na 34ª semana de gestação com queixas de prurido generalizado com início há dois dias e mais intenso no período noturno que dificulta o sono. Dra. Carolina a orienta e solicita a dosagem das enzimas hepáticas.

No ambulatório 4: Dr. Bruno, atende Rosana de 29 anos, que por muito tempo não menstruava. Relatou ter se submetido à cirurgia bariátrica há um ano, por obesidade mórbida, resistência insulínica e hipertensão arterial. Não soube informar a DUM e nem se estava grávida. Foi trazida ao ambulatório por estar se sentindo mal, com cefaleia e fortes dores em hipogástrio. Após uma rápida anamnese e exame físico, que mostrou: PA= 170/110mmHg e edema de ++++/4+, Dr. Bruno a encaminhou com urgência ao pronto socorro.

No pronto socorro: O exame físico mostrou de importante: BCF positivo, Edema ++++/4+, PA= 180/120 mmHg, AFU:32 cm e ao toque, colo 0/3,0/0/C/SR.

O Doppler realizado na emergência evidenciou oligodramnia, feto em diástole zero, pesando em torno de 1.700g, com idade gestacional estimada de 33 semanas.

Ao final do dia todos se reuniram para a discussão dos casos. E os estudantes se impressionaram com o fato de uma pessoa, em pleno século XXI, não saber que estava grávida.

SITUAÇÃO PROBLEMA 05

E OS PROBLEMAS CONTINUAM...

No ambulatório 1: vocês conheceram Vitória, 15 anos, que chorava de dor. Tão logo entrou no consultório informou dor intensa no baixo-ventre, que há duas semanas era suportável, porém houve piora progressiva e ontem durante a relação com seu namorado tornou-se insuportável. Refere também a presença de um caroço no introito vaginal, doloroso, dificultando até para andar. Esta noite não conseguiu dormir, por conta da dor e da febre alta.

Dr. Luiz Carlos a examinou e anotou: PA=100/60mmHg, T. Ax.= 38.5°C, Abdome tenso, doloroso à palpação superficial e profunda, mais acentuado em hipogástrio, linfonodos inguinais palpáveis e dolorosos, presença de abscesso em glândula de Bartholin à direita.

No exame especular: Presença de secreção amarelada, drenando através do orifício externo da cérvix. Toque: doloroso à mobilização do colo uterino, do corpo e em regiões anexiais, além de, presença de aumento da temperatura vaginal. Útero em AVF de forma, volume, consistência e superfície normais, pouco móvel. Em região anexial direita presença de tumoração dolorosa, de limites imprecisos.

Diante da gravidade do quadro, Dr. Luiz Carlos explicou a necessidade de encaminhá-la ao hospital para internação, exames complementares e tratamento.

No ambulatório 2: Dra. Lia e vocês atendem Maitê, 17 anos, se queixando de corrimento vaginal amarelado e que próximo da menstruação suas mamas e pernas ficam muito dolorosas. Referiu menarca aos 12 anos, com cólicas desde a primeira menstruação e sexarca aos 15 anos. Relata ainda que fica nervosa, irritada, brigando com todo mundo, até menstruar.

Dra. Lia procede ao exame físico e constata: mamas flácidas, linfonodos não palpados nas cadeias: cervical anterior, axilares, supra e infraclaviculares. Abdome flácido, indolor à palpação superficial e profunda. Ao exame especular: presença de secreção amarelo esverdeada, colo hiperemiado e friável, com teste de Schiller positivo. Toque: útero em AVF de forma, volume, consistência, mobilidade, superfície e sensibilidade (FVCMSS) normais e anexos impalpados.

Finalizando a consulta, Dra. Lia solicitou exames complementares, prescreveu medicação pertinente e, orientou Maitê com os cuidados na prevenção das ISTs e a manutenção do cartão vacinal atualizado.

No ambulatório 3: Dra Renata recebe Janice, 40 anos, suas queixas são dores em hipogástrio de longa duração. Em sua HPP relata cirurgia de urgência aos 19 anos, por apendicite, que até hoje a entristece por ter lhe deixado uma enorme cicatriz mediana. Aos 38 anos, submeteu-se à laparotomia de urgência por colecistite aguda. As dores na barriga não cederam e persistem até hoje. Dr Renata prescreveu medicamento

para dor e solicitou os exames pertinentes, além de agendar o retorno.

Após o término dos atendimentos no ambulatório mais uma vez os estudantes e os preceptores discutiram os casos do dia.

SITUAÇÃO PROBLEMA 06

E OS PROBLEMAS CONTINUAM

Hoje, **no ambulatório 1** o preceptor Dr. Luiz Carlos recebeu Jade, 30 anos, casada há 9 anos, com Jorge 35 anos, obeso e sedentário. Jade deseja engravidar e relata que o ciclo menstrual é irregular, com atrasos de mais de 6 meses. Refere que nunca usou métodos contraceptivos e que no último ano notou perda de peso, diarreia crônica, astenia, distensão abdominal e acne. Dr. Luiz Carlos, durante o exame físico, percebeu escurecimento da pele e espessamento na região axilar e inguinal. Ao final do atendimento ele atenciosamente a orientou e solicitou exames complementares.

No ambulatório 2 Dra. Lia atendeu Vania, 34 anos, com menarca aos 14 anos, referindo que uns cinco anos após a menarca as menstruações se tornaram dolorosas, pioraram ao longo dos anos, e, agora estão insuportáveis, a ponto de impedi-la de trabalhar afetando sua vida sexual e social. Sempre desejou ser mãe, mas hoje não mais se importa com o sonho da maternidade, o que quer mesmo é se livrar da dor, **da apatia, desânimo, constipação e pele seca** que se apossou dela. Após o exame físico e ginecológico, Dr. Lia solicitou exames para confirmação de sua suspeita diagnóstica e prescreveu medicação para dor, agendando retorno para 30 dias, com os resultados dos exames.

No ambulatório 3 Dra. Renata atendeu Leda, 48 anos, GIII, PIII, artesã, relatando calores principalmente à noite, irregularidade menstrual com hipermenorreia, mudança de humor, irritabilidade, insônia e incontinência urinária aos esforços que vem se agravando nos últimos meses.

Dra. Renata procedeu ao exame físico, solicitou exames e iniciou o tratamento.

No ambulatório 4 Dr. Bruno atendeu a sra. Malvina, 40 anos, GI, PI, se queixando de aumento do abdome, sangramento irregular que vem aumentando há mais ou menos seis meses, sensação de peso no hipogástrio e poliúria, semelhante ao período em que esteve grávida.

O exame mostrou: Abdome flácido, útero palpável quatro dedos acima da sínfise pubiana, indolor à palpação superficial e profunda. Ao toque: útero aumentado de volume, irregular e endurecido, anexos impalpados.

Ao final do exame, Dr. Bruno a orientou e solicitou os exames pertinentes.

SITUAÇÃO PROBLEMA 07

NOSSOS MEDOS NOS ASSOMBRAM TODOS OS DIAS

Hoje os grupos de estudantes estão no ambulatório de mastologia e...

No ambulatório 1: Dr Leonardo atende Monica, 45 anos, GIII P III, viúva há oito meses e que desde então faz uso de sulpirida. Refere ter amamentado todos os filhos, por 1 ano cada. Há 3 meses ao fazer o autoexame, durante o banho, percebeu um caroço na mama esquerda e uma secreção leitosa nas duas mamas, o que a deixou muito apreensiva e a fez marcar a consulta de hoje.

Dr. Leonardo a examinou e verificou: Mamas flácidas e simétricas. Na mama esquerda, nódulo de consistência fibroelástica, móvel, no quadrante superior externo, de mais ou menos 2 cm, às 3 horas, distando 3 cm da aréola. Ao término do exame, o Dr a acalmou, solicitou os exames complementares pertinentes, encaminhou para Psicologia e agendou retorno para 30 dias ou tão logo os exames solicitados ficassem prontos.

No ambulatório 2: Dra. Valéria atende Áurea, 40 anos, se queixando de coceira, descamação e dor em região areolar da mama direita, há 3 meses. Refere ter sido medicada pelo dermatologista, com corticóide tópico, apresentando melhora parcial e encaminhada à mastologia.

Ao exame, Dra. Valéria observou lesão descamativa, hiperemiada, com crostas e bordas bem definidas em região areolar direita. A doutora explicou a Áurea sua hipótese diagnóstica e os procedimentos necessários para confirmá-la.

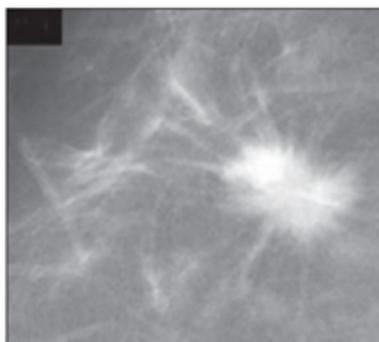


<https://www.infomama.com.br/blog/doenca-de-paget-da-mama/>

No ambulatório 3: Dra. Flavia recebe Juliana, 21 anos, menarca aos 12 anos, com queixas de mastalgia intensa pré-menstrual. Informou última menstruação há uma semana e na história familiar que as avós, materna e paterna além de uma tia, todas já falecidas, tiveram cancer de mama. Dra. Flavia procedeu ao exame físico, sem alterações, mas o nervosismo, a ansiedade e a história familiar da jovem fizeram com que solicitasse ultrassonografia e agendasse a próxima consulta em duas semanas para avaliar as mamas no período

pré-menstrual.

No ambulatório 4: Dr. Júlio atende Esther, 45 anos, trazendo mamografia recente, com a recomendação de levar o laudo ao mastologista, pois o resultado foi “Birads 4”. Dr. Júlio procedeu a anamnese, sendo informado por Esther que ela sofreu um acidente de carro, com colisão frontal, há 5 meses. Na história familiar, mãe e irmã tiveram cancer de mama. O doutor a examinou e percebeu em quadrante superior externo da mama esquerda, nódulo de cerca de 3 cm, irregular, endurecido, não móvel. Viu a mamografia que mostrava esse nódulo, com contornos imprecisos, espiculado e hiperdenso, sugerindo complementar com ultrassonografia e ou ressonância nuclear magnética. Dr. Júlio explicou a Esther as hipóteses diagnósticas e solicitou os exames necessários para elucidação do caso.



<https://www.scielo.br/j/rb/a/jvVjWcSNF3s7hyhFwt6Qp9S/?format=pdf&lang=pt>

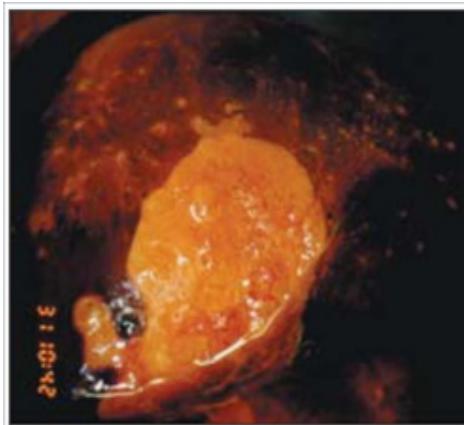
Por fim, os doutores Júlio, Flavia, Valéria e Leonardo pediram a vocês que comparecessem ao centro de estudos, estudassem os casos nos livros disponíveis, para que discutissem a seguir a incidência deles e a propedêutica necessária para estabelecer os tratamentos.

SITUAÇÃO PROBLEMA 08

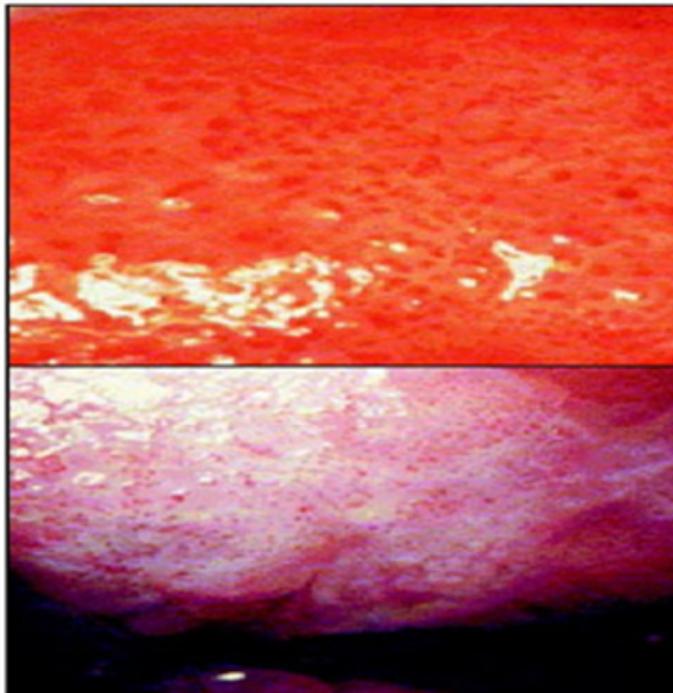
NO AMBULATÓRIO, MUITA DOR E UMA PONTA DE ESPERANÇA!

Hoje vocês acompanham na oncologia ginecológica:

No ambulatorio 1- Dra. Renata atende Ticiane, 40 anos, com queixa de corrimento amarelo escuro e odor desagradável. Dra. Renata, após anamnese e exame físico durante o exame especular visualizou colo íntegro, sem lesões visíveis a olho nu. A colposcopia, presença de área acetobranca no limite da junção escamo colunar, com pontilhados e mosaicos grosseiros, além de vasos atípicos. O teste de Schiller apresentou coloração amarela nas áreas afetadas. A Dra. Diante do quadro apresentado realizou a biópsia, orientou e marcou seu retorno em 15 dias.



<https://screening.iarc.fr/colpochap.php?chap=7.php&lang=4>



<https://screening.iarc.fr/colpochap.php?chap=7.php&lang=4>

No ambulatório 2- Dr Carlos atende a primeira paciente, Creuza, 46 anos, que relata ter vindo a consulta pois recebera um telegrama solicitando seu comparecimento. Creuza estava nervosa pois no seu último

preventivo, há dois anos, o laudo foi HSIL, e ela, por razões de cunho familiar não pode realizar a colposcopia solicitada. Dr.Carlos, realizou o exame especular e visualizou lesão vegetante ao redor do OE do colo uterino, com aspecto cerebróide, friável, sangrante, medindo 2,0 cm de diâmetro. Ao toque: vagina livre de lesões. Paramétrios livres ao toque retal. Realizou colposcopia com biópsia da tumoração e da área adjacente.

Devido a suspeita clinica e a provável necessidade de intervenção, Dr Carlos solicitou os exames pré-operatórios na intenção de apressar o acesso de Teresa à rede de cuidados, seguindo assim o itinerário terapêutico adequado.

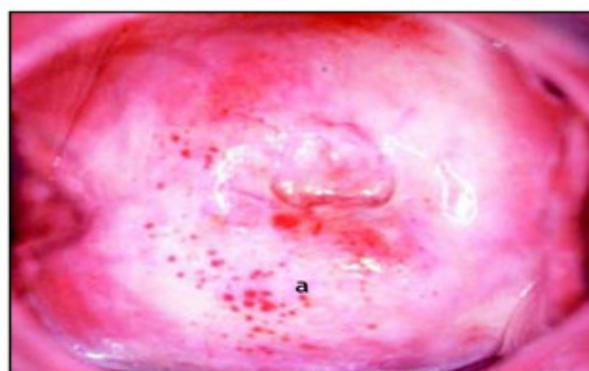


<https://screening.iarc.fr/colpochap.php?chap=7.php&lang=4>

No ambulatório 3 – Dr. Paulo Sérgio recebe Ruth, 62 anos, diabética, GI PI, viúva há 10 anos, sem vida sexual desde então, relatando sangramento, tipo água de carne, via vaginal, há 3 semanas, após 11 anos de menopausa.

Dr Paulo Sergio, após a anamnese realizou o exame físico, e no retorno de Ruth a sala de consulta orientou sobre os possíveis diagnósticos e a seguir solicitou os exames complementares pertinentes, incluindo uma histeroscopia, acalmando-a agendou o retorno em 15 dias.

Mais uma vez após o termino das consultas reuniram-se estudantes e preceptores para aprofundar o estudo dos casos atendidos no dia.



<https://screening.iarc.fr/colpochap.php?chap=7.php&lang=4>

BIBLIOGRAFIA

CONHECIMENTOS INTEGRADOS EM SAÚDE - MULHER

1. ARAÚJO, Breno Fauth de; ZATTI, Helen. Doenças infecciosas na prática obstétrica e neonatal. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.
2. BEREK, Jonathan S. Berek & Novak: tratado de ginecologia . 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koo- gan, 2016.
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 online
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa. Brasília: Mi- nistério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_ba- sica_saude_mulheres.pdf
5. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Con- dições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. 267 p. ISBN 978-85-334-2630-6. Disponível em: <http://bibonline.feso.br/vinculos/00001c/00001cdf.pdf>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Con- dições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/ Ministério da Saúde, 2020 Disponível em: [file:///C:/Users/walne/Downloads/pcdt_ist_final_revisado_020420%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/walne/Downloads/pcdt_ist_final_revisado_020420%20(1).pdf)
7. BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.Secretaria de Políti- cas para as Mulheres – Presidência da República. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres,2013. recurso online
8. BRUNTON, Laurence L. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 13. Porto Alegre AMGH 2018 1 recurso online
9. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Código de ética médica: Resolução CFM n° 2.217, de 27 de setembro de 2018 modificada pelas resoluções CFM n° 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília, DF: Con- selho Federal de Medicina, c2019. 105 p. ISBN 978-85-87077-68-4. Disponível em: <http://bibonline.feso.br/vinculos/00001c/00001c95.pdf>.
10. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Código de Ética do Estudante de Medi- cina do Estado do Rio de Janeiro. CREMERJ, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: [http://www.cremerj.org. br/publicacoes/download/204](http://www.cremerj.org.br/publicacoes/download/204)
11. CRISPI, Cláudio Peixoto. Tratado de endoscopia ginecológica: Cirurgia minimamente invasiva. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, c2012. xix, 769 p. ISBN 978-85-372-0421-4.

12. Ginecologia de Williams [recurso eletrônico] 2ed- Dados eletrônicos. – Potp Alegre: AMGH, 2014
13. LASMAR, Ricardo Bassil; BRUNO, Ricardo Vasconcellos; SANTOS, Roberto Luiz Carvalhosa (Autor-org.) (Org.) (Org.); LASMAR, Bernardo Portugal (Autor-org.) (Org.) (Org.) (Org.). Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2017. xvi, 687 p. ISBN 978-85-277-3207-9.
14. LEVINSON, Warren. Microbiologia médica e imunologia. 13. Porto Alegre AMGH 2016 1 recurso online ISBN 9788580555578
15. MEDICINA interna de Harrison. 20. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2020. 2 v. ISBN 978-85-8055-631-5 (obra compl.).
16. MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. Rezende: Obstetrícia. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. xviii, 1076 p. ISBN 978-85-277-3050-1
17. MOORE, Keith L. Anatomia orientada para clínica. 8. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2018 1 recurso online ISBN 9788527734608.
18. OBSTETRÍCIA. São Paulo Manole 2011 1 recurso online ISBN 9788520438251.
19. ROBBINS, Stanley L.; SANTOS, João Lobato dos; VOEUX, Patrícia Josephine. Fundamentos de Robbins: patologia estrutural e funcional. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c2001. xii, 766 p. ISBN 978-85-277-0636-0.
20. SAAA, Nelson. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013 1 recurso online
21. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. : Arquivos Brasileiros de Cardiologia (São Paulo) São Paulo v. 116, n. 3, p. 516-658. Disponível em: <http://bibonline.feso.br/vinculos/00001c/00001cca.pdf>.
22. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira 2019- 2020. São Paulo: CLANAD, 2020. Disponível em:< <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>>
23. ZUGAIB, Marcelo. Zugaib obstetrícia. 2. ed. Barueri: Manole, c2012. xix, 1322 p. ISBN 978-85-204-3185-6.

CAPITULO 6

SITUAÇÃO PROBLEMA 6º PERÍODO

AUTORES:

Ana Paula Faria Diniz

Andréia de Santana Silva Moreira

Anielle de Pina Costa

Claudia Cristina Dias Granito

Daurema Conceição DoCasar Serafino Silva

Fernanda dos Santos Ribeiro

Izabel Cristina de Souza Drummond

Julia Nicolatino Turl

Kátia Liberato Scheidt

Margarete Domingues Ribeiro

Rodrigo Perico de Magalhaes

Walney Ramos de Sousa

SITUAÇÃO PROBLEMA 01

UM DIA DE VISITA NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Em seu primeiro dia de residência, Dr. André inicia sua visita pelo recém-nascido (RN) de Joyce. No prontuário médico encontra as seguintes informações: Joyce, 23 anos de idade, Gesta I, Para 0, realizou cinco consultas de pré-natal, iniciadas no 2º trimestre de gestação. Realizou os seguintes exames:

- 30/09/2021: hemograma sem alterações, EAS sem alterações, sorologias maternas não reagentes e USG que evidenciava feto vivo com 17 semanas.

- 24/02/2022 com 38 semanas de gestação: EAS sem alterações, sorologias para toxoplasmose IgG+ e IgM não reagente, demais sorologias negativas.

Os exames de admissão materna: HIV e VDRL foram não reagentes. Tipo sanguíneo e Rh materno: O negativo.

Isis nasceu de parto vaginal, chorando em boas condições de vitalidade, APGAR 9/10. Foi classificada como a termo (AT)/ adequado para a idade gestacional (AIG), visto que apresentava Capurro Somático de 39 semanas e 5 dias e as seguintes medidas antropométricas: Peso – 3050g; Comprimento – 50cm; Perímetro Cefálico: 34cm. Após os cuidados imediatos com o RN, ainda na sala de parto, foi colocado no contato pele a pele com a mãe.

Dr. André continua a visita conversando com Joyce, que refere que a bebê está bem, com 26 horas de vida, já urinou e evacuou, não vomitou, mas está com dificuldades na amamentação e seus seios estão doloridos e machucados. Após a anamnese com Joyce, Dr. André inicia o exame físico de Isis.

À ectoscopia, RN encontra-se ativa, eupneica, corada, acianótica, icterica zona III de Krammer, hidratada e bem perfundida. Aparelhos e sistemas sem alterações. Peso: 2920g. Diante do exame físico, opta por solicitar exames laboratoriais que mostram os seguintes resultados: bilirrubina total:14mg/dl, sendo a bilirrubina indireta 13,5mg/dl, reticulócitos 3,4% e hematócrito 47%, grupo sanguíneo/Rh A positivo. Dr. André explica a Joyce a conduta a ser tomada diante do quadro clínico e laboratorial de Isis.

Cerca de uma semana depois, Dr. André encontra Joyce feliz, pois finalmente levará Isis para casa. O residente se despede de ambas e entrega o encaminhamento para a consulta de puericultura.

SITUAÇÃO PROBLEMA 02

QUE CORREIA!!!

Dra. Sophia, em seu último plantão na emergência pela residência, atende Luciana, escolar de nove anos de idade. Mãe referiu perda de 4kg nos últimos 3 meses e poliúria e noctúria mais acentuada na última semana. Há 04 dias a filha começou se queixar de ardência para fazer xixi. Desde ontem, houve muita piora do quadro, com o aparecimento de febre, náuseas, vômitos e muita dor abdominal. Peso relatado de 30kg.

Ao exame físico paciente encontra-se em regular estado geral, letárgica, desidratada, pálida, TEC 4seg. Orofaringe sem alterações a não ser por um mau hálito, com cheiro de acetona. Otoscopia sem alterações. Ausculta pulmonar preservada, porém com um padrão respiratório com incursões profundas e ofegantes, FR;35irpm, SatO₂:97%. Ausculta cardíaca normal, a não ser pela FC: 130bpm. À palpação do abdômen queixa-se de dor abdominal difusa, sem sinais de descompressão dolorosa, sem visceromegalias ou massas. Peso: 26,5kg (perda de 11,6%).

Com esse exame físico, Dra. Sophia rapidamente solicita a aferição da glicemia capilar que mostrou resultado de: 574 mg/dL. Na hora, a residente percebeu a gravidade do caso e pensando em uma possível complicação, encaminhou a paciente para a sala de estabilização. Prontamente iniciou o tratamento, assim como coletou exames laboratoriais. Em 15 minutos checkou a gasometria arterial: pH 7,016; HCO₃ 2,5; BE -24,4, Potássio: 5,5 mEq/L; Sódio: 138 mEq/L. Diante dos resultados, solicitou vaga em UTI.

Após uma hora das medidas iniciais, já haviam sido administrados 1000ml de SF a 0,9%, os resultados dos exames ficam prontos: EAS: nitrito +, cetonúria, glicosúria, além de leucocitúria maciça. Hemograma: evidenciava leucocitose com desvio à esquerda, PCR elevado, sem outras alterações; Glicemia: 400mg/dL. Reavalia a paciente que não apresenta muita melhora em relação ao exame da admissão, e segue com as condutas preconizadas para o quadro, fazendo nova prescrição diante de tais alterações.

Por sorte, nesse mesmo momento a equipe da UTI pediátrica desce para poder transferir a paciente. Dra. Sophia conversa com a mãe da paciente e a explica sobre a gravidade do quadro, assim como o período de internação, que pode se estender um pouco além das expectativas da família. A mãe entende e agradece o empenho da residente no primeiro atendimento à filha. Ufa, Dra. Sophia fica aliviada de transferir a paciente, já que no PS não conseguiria manejar de forma tão eficiente um quadro tão delicado.

SITUAÇÃO PROBLEMA 03

CRIANÇAS E SAZONALIDADE: UMA COMBINAÇÃO PARA ESTAR ATENTO

Elisangela, está preocupada com seu bebê, **João**, agora com 4 meses. O filho não está melhorando do resfriado que todos pegaram. Observou que no começo o bebê iniciou quadro de coriza, congestão nasal e tosse esporádica, assim como o restante da família. Porém, hoje já é o quinto dia de doença, e apesar de todos na casa já estarem melhor, João está apresentando piora da tosse, agora muito mais frequente, aumento da secreção do nariz, dificuldade para respirar, assim como para mamar. Diante do quadro, resolveu procurar o pronto-socorro para melhor avaliação do pequeno.

À admissão no pronto socorro, Dra. Sophia já ficou alerta devido aos sinais vitais do paciente: FC: 178bpm, FR: 75irpm, SatO2: 89% em ar ambiente.

Ao exame físico o lactente se encontrava hipoativo-reativo, choroso, gemente, corado, hidratado, taquidispneico, em regular estado geral, com fontanela anterior normotensa. Ausculta pulmonar: MV reduzido, com sibilos expiratórios difusos. tiragens sub e intercostais, retração de fúrcula esternal.

Diante do quadro, Dra. Sophia, encaminha o menor imediatamente à internação hospitalar, prescreveu o tratamento, incluindo oxigenioterapia com dispositivo máscara de Venturi, solicitou os exames laboratoriais e radiológicos complementares, e encaminhou o menor para a enfermaria. **(FOTO 1)**

Logo em seguida atende, **Matheus** 2 anos, acompanhado da mãe, Sandra. À anamnese, a mãe relatou febre baixa há 3 dias, irritabilidade, falta de apetite e discretos sintomas catarrais. No dia do atendimento notou umas bolinhas pelo corpo. Ao exame físico paciente encontra-se ativo-reativo, irritado, corado, hidratado, eupneico em ar ambiente, nuca livre. À oroscopia apresentava lesões vesiculares na boca, com algumas úlceras dolorosas. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Repara lesões papulovesiculares nas extremidades, principalmente nos dedos, dorso das mãos e planta dos pés. **(FOTO 2 E 3)**

Diante desse exame físico, esclarece o possível diagnóstico à Sandra e explica que o tratamento de suporte domiciliar é o mais adequado para o paciente, e logo libera o menor.

Após 10 dias de internação, o lactente **João** apresenta melhora importante do quadro, com condições de alta. No momento em que Dra. Sophia estava orientando os cuidados domiciliares com o João, Elisangela queixa-se que o lactente apresenta desde o segundo mês de vida, dificuldade para ganhar peso, regurgitações frequentes, episódios recorrentes de choro excessivo, irritabilidade e alterações do sono.

Dra. Sophia elabora nova hipótese diagnóstica e decide fazer um encaminhamento para acompanhamento em ambulatório específico, além de realizar novas orientações e prescrever medicações pertinentes.

Hoje no ambulatório, após dois meses da internação, com 6 meses de idade, o pequeno **João** compa-

rece à consulta. Elisangela conta que desde a internação o lactente vem apresentando episódios recorrentes de tosse seca e “chiado no peito” cerca de 3 vezes/mês nos últimos 2 meses. Refere que em todos os episódios, levou o paciente à emergência, onde foi tratado com “bombinhas” sem a necessidade de internação.

Dra. Sofia explica a Elisangela a importância do acompanhamento regular do menor, sua mãe justifica a demora ao retorno da consulta, pois vem apresentando problemas de saúde, a médica enfatiza o diagnóstico e prescreve o tratamento contínuo adequado ao pequeno João.

Radiografia do João:

FOTO 1



[Fonte: Acervo pessoal Professora Izabel Drummond](#)

Exame físico do Matheus:

FOTOS 2 e 3



SITUAÇÃO PROBLEMA 04

É PRECISO ESTAR ATENTO AOS SINAIS E SINTOMAS

Dra. Sofia inicia seu plantão noturno na emergência em uma noite fria e chuvosada Região Serrana. Seu primeiro paciente é Pedro, escolar de 7 anos e 6 meses de idade. Joana – mãe do Pedro – refere que o menor iniciou tosse produtiva há dois dias e hoje está muito cansado para respirar.

Dra. Sofia solicita que o menor sente na maca e retire a camisa para ser examinado; pergunta ao menor como ele se sente e o mesmo com dificuldade em formar frases responde que está com muito aperto no peito.

Ao exame físico observa-se estado geral regular, afebril, corado, anictérico, acianótico, hidratado, taquipneico. Orofaringe sem alterações, rinoscopia com palidez e hipertrofia de mucosa, otoscopia sem alterações. Aparelho respiratório: MVUA com sibilos difusos, FR 50 irpm, Sat O₂: 92%, com esforço respiratório moderado, tiragem intercostal e subcostal. Aparelho cardiovascular e abdome sem alterações.

Diante desses sinais e sintomas a médica esclarece o diagnóstico do menor para Joana e os encaminha para a sala de emergência, a fim de realizar a conduta necessária. Após permanecer até a madrugada na unidade, o menor apresentou melhora do esforço respiratório, porém não sustentando a saturação sem oxigenioterapia sob máscara. Sendo assim foi solicitada a internação hospitalar.

Chegando na enfermaria, a residente de plantão realiza anamnese completa. Joana relata que Pedro sempre apresenta essas crises e que nos últimos meses elas aconteciam pelo menos uma vez a cada mês, principalmente quando o tempo mudava ou quando seus vizinhos colocam fogo na mata que tem no bairro, e nem sempre era acompanhado de febre. Relata que o menor apresenta cansaço ao realizar atividades físicas e que geralmente acorda com tosse a noite.

Em relação à história patológica progressiva, Pedro nasceu de parto vaginal, sem intercorrências. Foi aleitado ao seio materno apenas por dois meses. Desde os seis meses de vida a pele de Pedro dá trabalho. Inicialmente as bochechas viviam vermelhas e irritadas. Nos últimos anos apresenta umas manchas brancas e descamação na pele que evolui com lesões vermelhas e prurido, principalmente nas “dobras de joelhos e cotovelos”; sempre necessita de anti-histamínicos prescrito por seu pediatra. Joana lembra que a maioria das crises respiratórias inicia logo após Pedro apresentar coriza, coceira nos olhos com espirros frequentes.

A residente reavalia Pedro, que mantém o exame físico da admissão, e realiza a prescrição.

O pequeno Pedro, após de 7 dias de internação recebe alta para casa melhorado do seu quadro, sendo encaminhado ao ambulatório de especialidade para melhor acompanhamento.

SITUAÇÃO PROBLEMA 05

UM DIA DE SUFOCO NO PRONTO SOCORRO

Dra. Sophia, assim que assumiu o plantão às 08h da manhã de uma quinta-feira, foi chamada à sala de emergência para avaliar Carlita, de 7 anos, acompanhada da sua responsável, Marlene, que relatava febre há 72h, muita tosse carregada, dor abdominal e evoluindo nas últimas 24h com prostração, e recusa alimentar.

À primeira avaliação, a paciente se encontrava em regular estado geral, pouco ativa, porém reativa, chorosa, corada, hidratada, acianótica, anictérica, sem sinais de toxemia, estável hemodinamicamente, nuca livre. Oroscoopia e otoscopia sem alterações. Ausculta pulmonar com MVUA com estertores crepitantes bilaterais, predominando à esquerda, FR: 30irpm, SatO₂: 92%, tiragem sub diafragmática, intercostal. Ausculta cardíaca normal, com FC: 105bpm, abdômen sem alterações. Diante do exame físico, Dra. Sophia elaborou sua hipótese diagnóstica, explicou para a mãe os próximos passos a serem seguidos, indicou a internação hospitalar, fez a prescrição médica e solicitou os exames laboratoriais complementares. Mais tarde na enfermaria, os exames foram checados: Hb: 11,9 Hto: 34 leuco: 16.300 (0/0/0/0/8/62/28/2), plaquetas 250.000, PCR: 32, RX de tórax: consolidação alveolar extensa no segmento lateral do lobo inferior do pulmão direito.

Durante o mesmo plantão, no final da tarde, Dra. Sophia é acionada novamente à sala de emergência. Dessa vez, encontra Rafael, 8 anos, que estava em mau estado geral, torporoso, hipoativo, porém responsivo, gemente, descorado, com sinais de desidratação, febril (38,2°C), com sinais de toxemia, TEC 5seg, extremidades frias com pulsos fracos, pele íntegra, sem sinais meníngeos. À ausculta pulmonar murmúrio vesicular abolido em terço inferior, à direita, estertores crepitantes bilaterais em ápice, FR: 40irpm, SatO₂: 89%, tiragem sub diafragmática, intercostal, retração de fúrcula e batimento de asa nasal. Ausculta cardíaca normal, com FC: 162bpm, PA: 90 x 59mmHg, abdômen sem alterações. Dra. Sophia após essa primeira avaliação fez algumas perguntas à tia do paciente, que o estava acompanhando, e essa respondeu que o mesmo estava em tratamento em casa para pneumonia há 02 dias com antibiótico rosinha que é docinho, mas que a mãe tinha esquecido algumas doses, e que desde de manhã, o paciente não tinha levantado da cama.

Imediatamente Dra. Sophia chama seu staff, Dr. Flávio, que inicia prontamente as medidas terapêuticas para o paciente e explica a gravidade do caso da criança para a acompanhante. Após a primeira hora de evolução, o paciente apresentava alguns sinais de melhora, com mais atividade e responsividade e com os seguintes sinais vitais: FC: 115bpm, T.ax: 36,8C, satO₂: 95% (em VNI com FiO₂ 40%), FR: 35irpm, PA: 100x60, hidratado, extremidades quentes, TEC 2-3 seg, mas ainda mantendo a mesma ausculta, com melhora parcial do esforço respiratório, com tiragem subcostal e intercostal e discreta retração de fúrcula. Agora, com mais calma, Dra. Sophia checa alguns dos exames já disponíveis: Lactato 1,9mg/dl, gasometria: pH: 7,2,

pCO₂:55, pO₂:45, HCO₃:29 Hemograma: Hb: 10mg/dl, Hto:30%, Leucoócitos: 27.000 (0/0/0/2/11/71/11/5), PCR: 65mg/dl, Cr:0,5mg/dl, Bilirrubina total: 1,0mg/dl (BI: 0,8, BD:0,2mg/dl), radiografia de tórax com derrame pleural à direita, elabora sua hipótese diagnóstica e solicita vaga de UTI para transferência do menor.

Depois desse dia longo e cheio de casos interessantes, Dra. Sophia vai para casa estudar e fixar o todo o conhecimento adquirido!

SITUAÇÃO PROBLEMA 06

UM PLANTÃO DE “ABALAR OS NERVOS”...

Dra Sophia estava chegando no plantão da emergência pediátrica e logo na porta ouviu os gritos de uma mãe desesperada carregando uma bebê que parecia desmaiada. Larissa, lactente de 9 meses de idade, estava inconsciente e sua mãe – Rosângela – estava descontrolada. Dra Sophia começou a avaliar a menor, checkou os sinais vitais e observou que havia febre TAX:39.5°C, FC: 120bpm, FR: 20 irpm. Dona Rosângela contava que Larissa, tinha acordado muito quietinha e que estava febril, a mãe foi buscar o antitérmico e ao retornar observou que a menina estava dura e se batendo toda e não respondia aos chamados da mãe. Muito nervosa ela saiu com a menina de casa e veio para o hospital. O caminho durou cerca de 10 minutos, mas no meio do caminho ela parou de se bater e ficar dura, mas não acordou.

Dra Sophia administrou o antitérmico e observou que Larissa já estava acordando, mas estava extremamente irritada. Procedeu ao exame físico: Larissa estava chorosa, irritada ao manuseio, eupneica, corada, acianótica, hidratada, TEC 3 segundos. Fontanela anterior algo mais tensa, mas lactente chorando...e não foram observados sinais meníngeos. Pele sem lesões patológicas. Demais aparelhos e sistemas sem alterações.

Dona Rosângela estava muito apreensiva, pois Larissa é uma bebê muito saudável e isso nunca havia acontecido antes. Dra Sophia explicou para a mãe que precisaria solicitar exames complementares e deixar Larissa em observação.

Nesse momento entra outra mãe desesperada...

Joana, trazia sua filha Angélica de 4 anos de idade, que estava sonolenta e vomitando sem parar. Angélica havia acordado com muito mal estar, queixando de cefaleia, vomitando e com febre. Ao colocar a filha no banho a mãe percebeu que estava cheia de pintinhas vermelhas no pescoço e na barriga. Joana estava assustada, pois Angélicatinha ido dormir ótima e acordou parecendo estar muito doente.

Ao exame físico, Angélica estava sonolenta, eupneica, taquicárdica, febril TAX: 38.5°C, hipocorada, acianótica, anictérica, hipohidratada, TEC 3 segundos. Pele com petéquias puntiformes em pescoço e abdome. AP, ACV, abdome sem alterações dignas de nota. Apresentava rigidez de nuca, Kernig e Brudzinski.

Imediatamente Dra Sophia solicitou material para coleta de liquor e demais exames laboratoriais. Após a rápida punção lombar e envio para exame, iniciou tratamento empírico.

Após 30 minutos os exames estavam prontos.

LCR: 670 células com 80% polimorfonuclear, Proteína 150mg/dL e Glicose 10mg/dL. Bacterioscopia evidenciava Diplococcus Gram negativo. Cultura em andamento.

Hemograma: 16000/0/0/0/0/8/62/20/10; Htc: 34%. Hemocultura em andamento.

Dra Sophia manteve o tratamento que havia iniciado anteriormente e explicou a gravidade do caso para Dona Joana. Nesse momento Dona Joana informou que Angélica tinha mais dois irmãos e que eles dormiam todos juntos... Dra Sophia explicou todo o procedimento que seria feito pela Vigilância epidemiológica do município.

Dra Sophia voltou para reavaliar Larissa, que estava acordada, bem mais ativa, afebril e até brincando no colo da mãe. Checou os exames complementares e dessa vez o líquido mostrava 4 células, 100% mononuclear, proteína e glicose normais. Larissa foi liberada com prescrição de antitérmico, orientações e encaminhamento para o ambulatório de pediatria.

Ao final do dia Dra Sophia estava bastante cansada, mas tinha certeza que havia feito tudo e com rapidez, para que as pequenas pacientes tivessem uma boa evolução.

SITUAÇÃO PROBLEMA 07

UMA MADRUGADA DE TIRAR O FÔLEGO!

Dra. Sofia inicia seu plantão na emergência as 20:00h de uma noite fria e seca da região serrana; seu primeiro paciente é Fernando escolar de 7 anos e 6 meses de idade, que há dois dias iniciou tosse produtiva, e hoje evoluindo com cansaço. Na anamnese pergunta ao menor como ele se sente, e o mesmo responde que está sentindo aperto no peito. Dra. Sophia repara que o paciente apresenta dificuldade em formar frases. Ao exame físico apresentava em regular estado geral, afebril, corado, hidratado, taquidispneico, acianótico, anictérico. Orofaringe sem alterações, rinoscopia com palidez e hipertrofia de mucosa, otoscopia sem alterações. Aparelho respiratório: MVUA com sibilos inspiratórios e expiratórios difusos, FR 40irpm, sat O₂: 90%, tiragem intercostal, subcostal e retração de fúrcula. Aparelho cardiovascular e abdome sem alterações.

Diante desses sinais e sintomas a médica esclarece o diagnóstico do menor para a mãe e o encaminha à sala de emergência para realizar a conduta necessária. Após permanecer até a madrugada na unidade, Fernando melhora parcialmente do esforço respiratório e mantém saturação de O₂ 92% em ar ambiente. Diante do quadro, Dra. Sophia explica a necessidade da internação da criança para sua responsável.

Chegando na enfermaria, a residente de plantão realiza anamnese completa, onde a mãe relata que o menor sempre apresenta essas crises de falta de ar, cerca de 2 vezes por semana no último mês, principalmente quando a temperatura altera ou quando seus vizinhos colocam fogo na mata, e nem sempre tem febre. Relata que o menor apresenta cansaço ao realizar atividades físicas e que geralmente acorda com tosse a noite. A residente pergunta a respeito da história patológica pregressa, a mãe relata que menor nasceu parto vaginal, sem intercorrências, seio materno apenas por 2 meses, nega internações. E acrescenta que desde os 6 meses de vida o menor apresenta umas manchas brancas e descamação na pele que evolui com lesões vermelhas e prurido, principalmente nas “dobras de joelhos e cotovelos “sempre necessita de anti-histamínicos, prescrito por seu pediatra. E lembra também que a maioria das crises inicia logo após menor apresentar coriza, coceira nos olhos, com espirros frequentes.

Assim prossegue para reavaliar o menor que mantém o exame físico da admissão, realiza a prescrição.

O pequeno Pedro após de 7 dias de internação recebe alta para casa melhorado do seu quadro, sendo encaminhado ao ambulatório de especialidade para melhora acompanhamento.

SITUAÇÃO PROBLEMA 08

UM PLANTÃO DE OUTONO ATÍPICO

O outono é sempre um período difícil nas emergências pediátricas. As infecções respiratórias dominam os atendimentos. Dra. Sophia já estava preparada para mais um plantão com muita tosse e febre.

O primeiro paciente a ser atendido era Lucas, adolescente, 12 anos de idade e com queixa de febre. Dona Lúcia, mãe de Lucas, referia que a febre era relativamente baixa, nunca ultrapassava a TAX de 38.5° C, mas logo que passava o efeito do antitérmico, a febre retornava... Além da febre, Lucas estava se queixando de muito desânimo e se sentindo muito cansado, até para tomar banho estava difícil. A preocupação de Dona Lúcia era que esse quadro já durava uma semana.

Ao exame físico, Lucas se mostrava hipoativo, eupneico, hipocorado ++/4+, anictérico, acianótico, hidratado e bem perfundido. ACV: RCR2T BNF, sem sopros. FC:90bpm. AP: MV presente, sem RA. FR: 25 irpm. Abdome: plano, flácido, fígado a 2 cm do RCD e baço a 3 cm do RCE. Orofaringe hiperemiada e muitos gânglios palpáveis em toda a cadeia cervical. Os gânglios eram todos móveis e de pequeno tamanho.

Dra. Sophia explicou a sua principal hipótese diagnóstica para Lucas e Dona Lúcia e solicitou exames complementares.

Cerca de 1h depois chegam os resultados.

Hemograma: 18.500/0/0/0/0/4/40/50/6 – presença de linfócitos atípicos na lâmina. Hgb: 10g/dL, Htc: 30%, Hem: 3.500.000 hemácias. Plaquetas: 100.000. PCR: 0,3 mg/dL.

Dra. Sophia prescreve sintomáticos, solicita algumas sorologias e pede que retornem em uma semana no ambulatório.

O segundo paciente é Ravi, pré-escolar de 4 anos de idade. Steffany, sua mãe, estava muito ansiosa, pois segundo ela ao dar banho em Ravi no dia de hoje, percebeu um “caroço enorme” na sua barriga.

Dra. Sophia tentou acalmar Steffany e foi realizar o exame físico de Ravi. Observou que estava ativo, eupneico, hipocorado ++/4+, anictérico, acianótico, hidratado e bem perfundido. ACV e AP sem alterações. Abdome globoso, flácido com grande massa firme palpável, respeitando a linha média do abdome.

Dra. Sophia perguntou sobre outros sintomas, mas Steffany negou. Disse apenas que percebia a urina avermelhada, mas que achava que era porque comia muita beterraba...

Dra. Sophia explicou que precisaria internar Ravi para investigação diagnóstica e que exames de imagem do abdome seriam necessários.

Passados 15 dias desse plantão, Lucas compareceu ao ambulatório. Dra. Sophia se impressionou ao ver que ele não havia melhorado nada. Lucas estava com intensa astenia, mantinha febre diariamente. Dona

Lúcia disse que não havia retornado antes, pois estava aguardando os resultados das sorologias.

Ao exame físico mostrava intensa palidez cutâneo mucosa, hipoativo, eupneico, levemente taquicárdico, hidratado e perfusão boa.

Os gânglios cervicais haviam aumentado de tamanho e o baço estava há 8 cm do RCE. Havia muitas equimoses em membros.

Dra. Sophia checkou os resultados das sorologias, que estavam todas negativas e encaminhou Lucas para emergência para novo hemograma.

Dessa vez o hemograma mostrava: leucócitos: 117.000 (0/0/0/0/13/35/48/4 –Hb: 7,5g/dL, Htc: 19,6%, Hem: 2.250.000 hemácias. VCM:87,1 , HCM:31,4, CHCM: 33,0, RDW: 16,6. Plaquetas: 50.000. presença de eritroblastos, pró-linfócitos e pró-mielócitos na lâmina. PCR: 140mg/dL, VHS:160mm.

Diante desse exame, foi solicitada internação de Lucas e pedido transferência para hospital de referência.

Ao saber do resultado do exame de Lucas, Dra. Sophia ficou pensativa: duas neoplasias em um mesmo plantão... no mínimo foi um plantão de outono atípico.

SITUAÇÃO PROBLEMA 09

AS VÁRIAS APRESENTAÇÕES EM PEDIATRIA

Dra. Sophia chegou em mais um plantão...

Seu primeiro paciente é Athos, 7 anos, morador de uma comunidade de Teresópolis. Levado para atendimento pela sua irmã mais velha que relata que o menor está “inchando” e há três dias está fazendo menos xixi que o normal, e hoje o xixi está vermelho. A residente segue coletando a anamnese e na HPP sua irmã conta que a mãe não liga muito para a higiene dos irmãos mais novos, e que há uns 15 dias Athos foi levado à emergência, pois o corpo estava cheio de “machucadinhos” inflamados. Na ocasião foi tratado apenas por 3 dias com amoxicilina, pois o vidro quebrou. Nega internações ou outras doenças.

Na caderneta de saúde, constata que Athos nasceu de parto vaginal, sem intercorrências, assim como o pré-natal, teste de triagens sem alterações. Realizou acompanhamento de puericultura adequado, sendo que na sua última consulta de rotina, há 30 dias, apresentava peso 21kg, estatura: 125cm.

Ao exame físico paciente estava em bom estado geral, corado, hidratado, FR: 28irpm, FC: 103bpm, PA: 135 x 95mmHg, SatO₂: 98%. Apresentava edema bipalpebral (3+/4+), nuca livre. Ausculta respiratória e cardíaca normais. Apresentava edema da parede abdominal, com hepatomegalia (3cm do RCD), com edema do saco escrotal assim como nos MMII (3+/4+) e presença de lesões cicatriciais em MMII. Peso atual: 32kg.

Diante desse quadro clínico a residente e seu staff solicitaram exames complementares e optaram pela internação do menor. Dra. Sophia explica ao responsável quanto a conduta e esclarece todas as suas dúvidas.

Chegando à enfermaria de pediatria, a enfermagem solicita que Dra. Sophia avalie Ferdinando, 3 anos, internado na noite anterior, pois a mãe está queixando-se que menor não melhora do “inchaço “. Ao consultar prontuário do paciente constata, que o mesmo veio para internação encaminhado do ambulatório. Sua mãe o levou a consulta com o especialista, pois reparou que o filho estava ficando mais gordinho, com as roupas apertadas e com o rosto muito inchado, não conseguindo abrir os olhos quando acordava. Além disso, o xixi do paciente estava com muita espuma há pelo menos 1 semana.

Negava infecções anteriores, ou quaisquer outras alterações. Acompanhado regularmente em PSF, cartão vacinal atualizado, sem histórico de internações anteriores, estatura 100 cm e Peso: 15kg.

Exame físico da internação: paciente estava em regular estado geral, ativo-reativo, corado, hidratado, eupneico em ar ambiente, sem sinais de toxemia, nuca livre, em anasarca. FR: 30irpm, FC: 101bpm, PA: 90 x 50mmHg, peso: 28kg. Ausculta respiratória e cardíaca normais. Presença de hepatomegalia 4cm do RCD, edema em bolsa escrotal assim como em MMII (4+/4+).

Dra. Sophia checa os exames solicitados na admissão e nota que o EAS está bastante alterado, assim

como algumas dosagens séricas. Fica em dúvida em relação ao resultado da relação proteína/creatinina urinária em amostra única >2 , pois nunca tinha visto aquele exame ser solicitado anteriormente. A Dra. Sophia compreende o diagnóstico de Fernandinho, examina o menor, que de acordo com informações do prontuário, mantém o exame físico e estado geral da admissão. A residente tranquiliza a mãe quanto à sua evolução, pois a equipe adotou a conduta correta quanto ao tratamento de Ferdinando, porém avisa que necessitará de paciência, uma vez que nesses casos a evolução costuma ser prolongada.

SITUAÇÃO PROBLEMA 10

UM PLANTÃO MOVIMENTADO...

Dra. Sophia chegou cedo ao plantão na maternidade escola. Encontrou Dr Henrique, obstetra do plantão, que foi conversar sobre uma paciente em trabalho de parto prematuro. Dra. Sophia se adiantou para a preparação da sala de parto, afinal um RN prematuro inspira mais cuidados.

Elisângela tinha sido admitida com 32 semanas de gestação e amniorexe prematura. Nesse momento estava com 18h de bolsa rota e franco trabalho de parto. O pré-natal foi iniciado logo nas primeiras semanas de gestação e foi feito de forma regular com todas as consultas. Os exames mostravam ITU materna no primeiro trimestre e tinha um novo exame em andamento.

João nasceu de parto vaginal, com líquido amniótico fétido. Pesou: 1650g, APGAR 6/7 e, ainda, na sala de parto já se notavam sinais de desconforto respiratório. Ao exame físico RN apresentava-se hipoativo, taquipneico com FR de 68 irpm, tiragens sub e intercostais, batimentos de asa de nariz, taquicárdico (170 bpm) e com cianose central.

Dra. Sophia colocou João em CPAP nasal com FiO₂ 40%, iniciou medicação específica e coletou exames complementares (laboratoriais e RX de tórax).

Cerca de 2 horas depois, os exames estavam disponíveis.

Hemograma: 19.500/0/0/0/10/65/20/5; plaquetas: 120.000; hematócrito 46%. Proteína C Reativa (PCR) 1,8mg/dL RX de tórax: infiltrado reticulo granular difuso com broncogramas aéreos. Gasometria arterial com PaO₂ 30 mmHg e PaCo₂ 50mmHg. Hemocultura em andamento.

Dra. Sophia manteve sua conduta inicial e logo foi chamada para uma nova sala de parto.

Dessa vez era uma terceira cesárea e a data foi marcada antecipadamente por um pedido da mãe. Luciana estava com 38 semanas e 6 dias pela DUM. Dra Sophia checou o cartão de pré-natal, onde constavam as seguintes informações. Oito consultas pré-natais, iniciadas no primeiro trimestre. Sorologias do primeiro trimestre: VDRL 1/16, IgG e IgM negativos para Toxoplasmose. Foi tratada com Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI em três semanas consecutivas. No terceiro trimestre de gestação, a sorologia para Toxoplasmose mantinha-se negativa e o VDRL era de 1/2.

Laís nasceu bem, chorando, com APGAR 8/9, pesando 3300g, Capurro somático de 37 semanas, VDRL negativo. Com uma hora de vida foi observado que a RN estava taquipneica, com FR de 65irpm, com tiragens subcostais e batimentos de asas de nariz. Imediatamente foi levada para Unidade Intermediária onde exames foram coletados e foi colocada em CPAP com FiO₂ 30%. Na radiografia de tórax alguns achados foram observados: infiltrado intersticial, a partir do hilo pulmonar com cissurite.

Dra. Sophia avaliou a necessidade de notificação e tratamento para Sífilis Congênita.

Na manhã seguinte, Dra. Sophia foi avaliar os dois RN do seu plantão anterior. João havia piorado e precisou ser colocado em ventilação mecânica durante a noite. Laís apresentava grande melhora, sendo colocada em ar ambiente.

Dra. Sophia sabia que João teria um longo caminho pela frente na UTI e que Laís logo estaria em casa.

Radiografia do João:

FOTO 1



Fonte: Acervo pessoal Professora Izabel Drummond

Exame físico do Matheus:

FOTOS 2 e 3



<https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/ser-saude/doenca-mao-pe-boca-o-que-e-quais-os-sintomas-e-como-tratar-1.3150756>



<https://rondonia.ro.gov.br/secretaria-de-saude-alerta-pais-e-responsaveis-sobre-o-aumento-significativo-de-casos-da-sindrome-mao-pe-boca/>

BIBLIOGRAFIA

CONHECIMENTOS INTEGRADOS EM SAÚDE – CRIANÇA

1. ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. Imunologia celular e molecular. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2019. x, 565 p. ISBN 978-85-352-9074-5.
2. Antunes AA et al. Guia prático de atualização em dermatite atópica - Parte I. Arq Asma Alerg Imunol – Vol. 1. N° 2, 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Consenso_-_Dermatite_Atopica_-_vol_1_n_2_a04__1_.pdf
3. AS BASES farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman. 13. ed. Porto Alegre, RS: AMGH Editora, 2019. xxi, 1738 p. ISBN 978-85-8055-614-8.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do RN: guia para os professores de saúde, Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. recurso online Uma Revisão Atual de Sespe Neonatal. Disponível em: https://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/131210152124bcped_12_01_06.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf
6. BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce; KNOLLMANN, Bjorn C.; LANGELOH, Augusto. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman. 12. ed. Porto Alegre: AMGH Editora, c2012. xxi, 2079 p. + Este livro acompanha DVD. ISBN 978-85-8055-116-7.
7. Doença meningocócica, quadro clínico, diagnóstico e tratamento. Sociedade Brasileira Pediatria. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/publicacoes/Folheto_Meningite_Fasciculo3_111115.pdf
8. Instituto Nacional do Cancer. Câncer infantojuvenil, mar/2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>
9. IV Consenso Brasileiro sobre Rinites – 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Consenso_Rinite_9_-27-11-2017_Final.pdf
10. KLIEGMAN, R, STANTON, BMD, GEME, SG, SCHOR, NF. Nelson: Tratado de Pediatria, 20ª ed. 2017, ebook. Elsevier, vol 1, 2017.
11. MOORE, K.L. & DALLEY, A.F. Anatomia orientada para a clínica. 13ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.
12. MOORE, K.L. & DALLEY, A.F. Anatomia orientada para a clínica. 13ªed. Rio de Janeiro: Guanabara

Koogan, 2019.

13. Novas diretrizes do Surviving Sepsis Campaign 2020 para o tratamento da Sepse e Choque Séptico em Pediatria. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22924c-DC-Novas_diretrizes_Surviving_Sepsis_em_Pediatria.pdf
14. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Síndrome nefrótica primária em crianças e adolescentes, 2012. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/SindormeNefroticaPrimaria_CriancaseAdolescentes.pdf
15. ROBBINS & COLTRAN. Patologia Básica 9ª ed, 2013.
16. ROBBINS, Stanley L.; SANTOS, João Lobato dos; VOEUX, Patrícia Josephine. Fundamentos de Robbins: patologia estrutural e funcional. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c2001. xii, 766 p. ISBN 978-85-277-0636-0.
17. SALOMÃO, Reinaldo. Infectologia : bases clínicas e tratamento. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2017 1 recurso online ISBN 9788527732628
18. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira 2019- 2020. São Paulo: CLANAD, 2020. Disponível em:< <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>>
19. Sociedade Brasileira de Pediatria. Asma Pediátrica. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/cursos/asma/asma_pediatica03.pdf
20. Sociedade Brasileira de Pediatria. Atualização de Condutas em Pediatria. Síndrome nefrítica, 2019. Disponível em: https://www.spsp.org.br/site/asp/recomendacoes/Rec88_Nefro.pdf
21. Sociedade Brasileira de Pediatria. Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Guia-Pratico-Diarreia-Aguda.pdf
22. Sociedade Brasileira de Pediatria. Pneumonia adquirida na Comunidade na Infância, 2018. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Pneumologia_-_20981d-DC_-_Pneumonia_adquirida_na_comunidade-ok.pdf
23. Tratado de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri; Manole, 2014, pp
24. VERONESI, Focaccia. Tratado de infectologia. 6. ed. 2 v. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

CAPITULO 7
SITUAÇÃO PROBLEMA 7º PERÍODO

AUTORES:

Bruno Silva de Araújo Ferreira

Hugo Macedo Ramos

Jose Eduardo da Costa Gircys

Luís Claudio de Souza Motta

Marcelo Henrique Ferrari

Mario Castro Alvarez Perez

Patricia Amado Alvarez

Pedro Henrique Netto Cezar

Rosiane Fatima Silveira de Abreu

Sheila da Cunha Guedes

Valter Luiz da Conceição Goncalves

Walney Ramos de Sousa

SITUAÇÃO PROBLEMA 1

APRENDENDO COM A PRÁTICA

João Afonso, interno de medicina do 11º ano, sempre fora interessado pela área de cardiologia e desde o 8º período acompanhava o Dr. Renato no ambulatório escola. João ficava satisfeito com o quanto aprendia nessas consultas, tamanha era a riqueza dos casos que ali se apresentavam. Em seus estudos sobre hipertensão arterial, lembrou-se de 2 pacientes que recentemente acompanhara com seu preceptor em um dia de ambulatório.

O primeiro paciente era Bruno, 30 anos, diagnosticado com hipertensão arterial havia 3 anos e que vinha em uso de **losartana**, anlodipina e hidroclorotiazida regularmente, porém de difícil controle. Como não obtivesse sucesso com seu médico, resolvera seguir o conselho de sua namorada e procurar atendimento com Dr. Renato, que havia sido recomendado por seu chefe. Na primeira consulta, durante a anamnese, Bruno relatou trabalhar em uma agência de viagens, sem grande exposição a estresse, além de realizar atividade física regular e manter uma alimentação adequada. Negava patologias prévias, tabagismo e história familiar de hipertensão arterial.

1. Ao exame físico, o paciente encontrava-se em bom estado geral, com FC: 90bpm; PA: 160x100mmHg; Sat. O₂: 97%. RCR 3T com B4; ausculta respiratória com MV audível sem ruídos adventícios; IMC: 24,8 kg/m². Em seguida, Dr. Renato avaliou os exames laboratoriais de rotina para o paciente hipertenso, realizados recentemente por Bruno e que estavam dentro do normal e solicitou outros exames para investigação etiológica da hipertensão, uma vez que o fato do paciente ser jovem e sem fatores de risco e com hipertensão resistente, chamou-lhe a atenção. Inicialmente, manteve a conduta medicamentosa até os resultados estarem prontos.

A segunda paciente do dia era Idalina, 63 anos, antiga paciente do Dr. Renato, que entrou no consultório trazida pela filha, Jurema. Idalina era hipertensa havia 20 anos, em uso irregular de losartana e anlodipina, queixando-se de cefaleia e edema de membros inferiores. Além disso, sempre tivera problemas em manter o tratamento não-farmacológico da hipertensão. Idalina ainda era diabética tipo 2, estando em uso de metformina e também fazia uso de atorvastatina para uma hipercolesterolemia persistente. Dr. Renato percebeu, que naquela consulta, Idalina estava muito quieta, logo ela que sempre era poliqueixosa. Quando indagada pelo médico sobre como estava, Idalina referiu ter acordado com muita nuca e tontura. Dr. Renato prontamente realizou o exame físico da paciente. Ela encontrava-se corada, hidratada, eupneica; FC: 100bpm; PA: 170x125mmHg, Sat. O₂: 95%. RCR 3T com B4; ausculta respiratória com estertores crepitantes bibasais; abdome globoso, sem alterações significativas; IMC de 29kg/m². Fundoscopia com presença de cruzamentos

patológicos arteriovenosos.

Dr. Renato fez a solicitação dos exames de rotina para a próxima consulta e otimizou a medicação anti-hipertensiva. Então, tomou a palavra:

- Idalina, sua pressão está bem alta; daí, você estar com esses sintomas. Vou te encaminhar para o serviço de emergência aqui embaixo, com a prescrição de uma medicação oral e você vai ficar no repouso. Daqui a pouco, passo lá para ver como você está. Vai ficar tudo bem!

Quando estavam sozinhos, Dr. Renato discutiu os dois casos com João Afonso, indagando sobre as diferenças entre eles, as particulares formas de abordagem em cada um e ressaltando a importância da estratificação do risco cardiovascular de Idalina, frente a seus fatores de risco para doença cardiovascular

Fatores de risco coexistentes na hipertensão arterial

Sexo masculino
Idade: > 55 anos no homem e > 65 anos na mulher
DCV prematura em parentes de 1º grau (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos)
Tabagismo
Dislipidemia: LDL-colesterol ≥ 100 mg/dL e/ou não HDL-colesterol ≥ 130 mg/dL e/ou HDL-colesterol ≤ 40 mg/dL no homem e ≤ 46 mg/dL na mulher e/ou TG > 150 mg/dL
Diabetes melito
Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²)

Lesões em órgãos-alvo

<p>Hipertrofia ventricular esquerda</p> <p>ECG (índice Sokolow-Lyon (SV1 + RV5 ou RV6) \geq 35 mm; RaVL > 11 mm; Cornell voltagem > 2440 mm.ms ou Cornell índice > 28 mm em homens e > 20 mm em mulheres (GR: I, NE: B)</p> <p>ECO: IMVE \geq 116 g/m² nos homens ou \geq 96 g/m² nas mulheres (GR: IIa, NE: B) ITB < 0,9 GR (GR: IIa, NE: B)</p>
<p>Doença renal crônica estágio 3 (RFG-e entre 30 e 60 mL/min/1,73m²) Albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albumina/creatinina urinária 30 a 300 mg/g (GR: I, NE: B)</p>
<p>VOP carótido-femoral > 10 m/s (GR: IIa, NE: A)</p>

Razões para realizar a estimativa de avaliação de risco (GR: I NE: C)

Estimar o risco de eventos cardiovasculares em médio e longo prazos
Determinar o nível de atenção à saúde, como frequência dos atendimentos
Determinar a precocidade de início do tratamento farmacológico
Determinar a precocidade de início do tratamento farmacológico

Classificação dos estágios de hipertensão arterial de acordo com o nível de PA

Presença de FRCV, LOA III ou comorbidades 180/PAD>110	Pré-hipertensão PAS 130-139//PAD 80-89	Estágio I PAS 140-159//PAD 90-99	Estágio II PAS 160-179/PAD 100-109	Estágio PAS>
Sem FR	Sem risco adicional	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
1 ou 2 FR	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto	Risco alto
>ou = 3FR	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	Risco alto
LOA, DRC estágio 3, DM, DCV	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto

Fatores que podem modificar o risco do paciente hipertenso

História familiar ou nos pais de início precoce de hipertensão arterial
Nível muito elevado de um FR individual, incluindo HA estágio 3
Eclâmpsia/pré-eclâmpsia prévia
Apneia do sono
Pressão de pulso > 60 (em pacientes idosos)
Ácido úrico > 7 mg/dL (homens) e > 5,7 mg/dL (mulheres) (GR: I, nível: C)
Proteína C-reativa ultrasensível > 2mg/L (GR: I, nível: B)
FC > 80 bpm
Síndrome metabólica
Sedentarismo
Fatores psicossociais e econômicos
Distúrbios inflamatórios crônicos

https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x27815.pdf

SITUAÇÃO PROBLEMA 02

“O HOMEM É UM ANIMAL DE LINGUAGEM.”

Eram aproximadamente 10 horas da manhã, quando a aparente calmaria do plantão na Unidade de Emergência foi interrompida pelo barulho do deslocamento da maca e pelas vozes daqueles que conduziam a senhora **Vânia Fisher**, 57 anos, inconsciente, até a sala vermelha.

- Bom dia! Sou o médico que trouxe a paciente – disse inicialmente o **Dr. Hunt**, ante o olhar da equipe da unidade, e continuou – Fomos chamados para avaliá-la em casa. Lá chegando, a encontramos irresponsiva, ventilando bem, mas hipertensa. História apenas de HAS em tratamento irregular. Glicemia capilar OK. Apesar de me parecer um coma de origem estrutural, não metabólica, fiz glicose hipertônica, naloxone e tiamina IV, sem resposta. Pensei em realizar intubação em sequência rápida em função do Glasgow, mas como estava ventilando bem, optei por trazê-la logo.

No início da manhã, **Vânia** havia se queixado de cefaleia intensa, de instalação súbita, fazendo uso imediatamente de analgésico comum, o que não produziu melhora. Lembrou-se de tomar seus “remédios da pressão” – vinha em uso crônico de anlodipina e hidroclorotiazida, além de ter recomendação de seguir dieta DASH e hipolipemiante, tudo feito de forma irregular –, e avisou ao filho que iria deitar-se um pouco. Todavia, antes de chegar ao quarto, teve um déficit neurológico abrupto e caiu. O filho ouviu o barulho da queda, encontrando-a desacordada. Desesperado, chamou a ambulância

Ao examiná-la, o médico da Emergência, **Dr. Hess**, observou que **Vânia** encontrava-se comatosa, reagindo apenas aos estímulos de pressão; a escala de coma de Glasgow (ECG) modificada era de 5 pontos (1+1+4-1), havia uma 4ª bulha à ausculta cardíaca, sua PA era de 200 x 110 mmHg e a frequência cardíaca, 58 bpm, sendo o ritmo respiratório irregular e havendo paralisia completa do oculomotor à esquerda. Na fundoscopia, observavam-se hemorragia sub-hialoide e papiledema bilateral, além de claros sinais de retinopatia hipertensiva; a glicemia capilar estava em 142 mg/dl, enquanto o eletrocardiograma revelava a presença de ondas T negativas e profundas na parede anterior.

Após ser procedida a conduta imediata indicada no caso, seguindo-se o protocolo vigente para a abordagem do coma, **Vânia Fisher** foi levada para a realização da TC de crânio, cujo resultado confirmou o diagnóstico esperado, havendo hemoventrículo associado. Foi, então, transferida para a UTI.

Apesar dos cuidados instituídos para prevenir lesões encefálicas secundárias, nas horas seguintes, a paciente seguiu muito grave, evoluindo com critérios de morte encefálica, o que muito frustrou os acadêmicos de Medicina **Lucas** e **Luana** que acompanharam seu atendimento desde a entrada na unidade.

Na semana seguinte, deu entrada no setor outro paciente com quadro neurológico de instalação abrupto

ta. Tratava-se de um paciente de 62 anos, de nome **Aristóteles**, portador de síndrome metabólica, em uso de enalapril, clortalidona, metformina, dapagliflozina e atorvastatina. Cerca de 45 minutos antes, o paciente havia se queixado de um déficit motor diminuído à direita, logo evoluindo com afasia não fluente.

No atendimento inicial, **Dr. Hess** confirmou a presença de hemiparesia direita, de predomínio braquiofacial, acompanhada de afasia não fluente, além de elevação significativa dos níveis tensionais (PA = 200 x 120 mmHg), estando **Aristóteles** com o ritmo cardíaco irregularmente irregular (FC: 96 bpm). (A angústia que a afasia provocava no paciente chamou muito a atenção dos acadêmicos!) Em alguns minutos, o paciente foi ficando com o sensorio rebaixado, sendo avaliada a ECG modificada, que foi de 10 pontos (11 menos 1, pela abolição do reflexo fotomotor direto). Não se auscultavam sopros nas carótidas. A glicemia capilar na admissão foi de 278 mg/dl.

- Vamos começar hipotensor intravenoso com parcimônia e levá-lo com urgência à TC de crânio, gente. Não temos muito tempo a perder, se for possível trombolisar! –disse o **Dr. Hess**, trazendo esperança aos acadêmicos que haviam tido experiência traumática com o último paciente visto com déficit neurológico abrupto.

Minutos após, tendo a TC de crânio sido normal e considerando-se a glicemia não tão elevada, foram revistos os níveis tensionais do paciente, com vistas à tomada de decisão. Encefalopatia hipertensiva não parecia provável

Tendo havido adequado controle dos níveis tensionais, deu-se seguimento ao tratamento indicado, o que resultou em significativa melhora do déficit neurológico ocasionado no território neuroanatômico da artéria afetada, voltando o paciente a falar fluentemente. Nos dias subsequentes, **Aristóteles** realizou outros exames complementares voltados à avaliação da necessidade de intervenções adicionais.

- E aí, seu **Aristóteles**, como estão as coisas? Que bom que o senhor melhorou! – Saudaram-no **Lucas** e **Luana** no plantão seguinte, quando foram visitá-lo.

- É, doutores, como é bom poder falar! Fiquei com medo de ficar “gagá” – respondeu **Aristóteles** lembrando-se de seu primo **Basílio**, que havia evoluído com demência vascular após múltiplos acidentes vasculares encefálicos.

SITUAÇÃO PROBLEMA 03

AGINDO DE FORMA ASSERTIVA

Ao som da música *Rio 40 graus* na sua playlist, **João Afonso** chegou à UPA para mais um plantão de seu rotatório. O dia parecia refletir bem a letra da canção, pois a temperatura estava bem alta, o que provavelmente seria prenúncio de muitos atendimentos. Mesmo com a elevada carga de trabalho, João aproveitava muito cada segundo passado na companhia daquela equipe profissional tão acolhedora e com quem aprendia bastante. No caminho para a sala dos médicos, encontrou seu colega **Rodrigo**, que estava saindo do plantão:

- Fala, João! O Dr. **Ângelo** já está atendendo um paciente com dor torácica que acabou de chegar! **Pena não poder assistir à consulta, mas tenho um compromisso agora. Bom plantão!**

Após guardar seus pertences rapidamente, João entrou na sala de atendimentos, onde foi saudado por seu preceptor, o Dr. **Ângelo**, que examinava **Gabriel**. Em seu relato, **Gabriel**, 38 anos, referia ter iniciado quadro de dor torácica há 4 dias, com piora da intensidade naquela manhã, tipo pontada, em região paraesternal esquerda, irradiada para região de trapézio, com piora à inspiração profunda. Associado apresentava quadro de tosse seca, coriza e febre de 38 °C. **Gabriel** era tabagista há 20 anos e fazia uso de atorvastatina para controle de uma hipercolesterolemia. Ao exame físico: paciente corado, hidratado, acianótico, taquipneico; PA: 135x90mmHg; FC: 102bpm; sat O₂: 96%. RCR 2T BNF; ausculta respiratória com roncos esparsos. **João Afonso** e o Dr. **Ângelo** discutem possíveis diagnósticos diferenciais e prontamente abrem o protocolo para o atendimento de dor torácica na emergência, o qual haviam discutido bastante no plantão passado.

Eram pouco mais de 11h da manhã, quando deu entrada **Evandro**, 60 anos, diabético e hipertenso em uso regular de metformina e losartana. **Evandro** relatou que estava lendo o jornal após o café da manhã, quando iniciou quadro de dor precordial irradiada para mandíbula e membro superior esquerdo, em aperto, que durava cerca de 30 minutos. Ao exame: PA: 140x90mmHg; FC: 90bpm; FR: 20irpm; sat O₂: 96%. Ausculta cardíaca com ritmo regular em 3T com B4. Ausculta pulmonar sem alterações. Realizado eletrocardiograma, que revelou inversão de onda T em parede ântero-septal **João Afonso** fez a correta interpretação do exame e de acordo com Dr. **Ângelo** solicitaram os marcadores de necrose miocárdica, além de prescreverem as medicações aplicadas ao caso. Algumas horas depois, de posse dos resultados dos marcadores de necrose miocárdica que foram normais e com o controle da dor do paciente, **João Afonso** solicitou a internação de **Evandro**, sendo o paciente prontamente transferido para o HCTCO, onde condutas posteriores seriam tomadas

Ao cair da tarde, **Rubens**, 68 anos, foi trazido pelo filho à unidade. Sabidamente hipertenso e dislipidêmico havia doze anos, além de tabagista há 32 anos, o paciente vinha sentindo, há cerca de uma hora, uma dor precordial opressiva, de forte intensidade (9 pontos em escala até 10), irradiada para a mandíbula e membro

superior esquerdo.

Segundo o filho, a dor iniciara após **Rubens** ter uma discussão com seu sócio pelo telefone. O paciente levava a mão direita ao precórdio, envolvendo-o como uma garra palmar. Ele apresentava-se ansioso, agitado, taquipneico, com palidez cutânea e sudorese fria e pegajosa; PA = 100 x 60mmHg; FC = 98bpm; ausculta cardíaca com ritmo cardíaco regular, em 3T (B4); ausculta pulmonar sem alterações; sat O₂: 95%. Seguindo o protocolo indicado, **João Afonso** e **Dr. Ângelo** avaliaram o eletrocardiograma que já estava sendo preparado, onde visualizaram supradesnível do segmento ST em parede inferior

- Vai ser preciso abrir a artéria ocluída por angioplastia primária – afirmou veementemente **Dr. Ângelo**

Realizados os procedimentos possíveis – diante da realidade local – para a estabilização hemodinâmica de **Rubens**, ele foi transferido para o CTI do HCTCO onde receberia posteriormente os cuidados pertinentes, considerando o diagnóstico estabelecido, sua estratificação de gravidade segundo as classificações de Killip-Kimball e Forrester e risco de morte pelo escore TIMI. Os marcadores de necrose miocárdica revelaram-se bastante alterados.

Ao final do plantão, João Afonso estava cansado, porém satisfeito por ter visto no mesmo dia, três modalidades de dor torácica. Sem dúvida, este era um assunto bastante complexo e que exigia rápida tomada de decisão.

SITUAÇÃO PROBLEMA 04

“ECCE HOMO: HAJA CORAÇÃO!”

Ygor chega todo animado ao ambulatório de cardiologia da CLIC, momento pelo qual vinha esperando ansiosamente desde que Zaqueu, seu amigo do 7º Período, tinha-lhe informado quanto havia aprendido durante sua passagem em tal estágio. Muito solícita, a Dra. Lúcia Brandão o recebe com um sorriso meigo no rosto:

- Seja bem-vindo, Ygor! Como Zaqueu, eu quero te ajudar a crescer o mais alto que eu puder.

Espero que nosso serviço possa ser de grande aprendizado para você!

Apresentações feitas, ambos se preparam para começar os atendimentos. A primeira paciente é a Sra. Irany, 71 anos de idade. Trazida pela filha (Érika), Dona Irany é portadora de síndrome metabólica, com diagnóstico há cerca de 29 anos. Há 5 anos, apresentou um quadro de infarto agudado miocárdio com acometimento da parede anterior do coração, tendo sido realizado, na época, o tratamento com trombolítico; não foi submetida posteriormente ao cateterismo coronário.

Há cerca de 1 ano, a Sra. Irany vem em acompanhamento na CLIC em função de apresentar dispnéia progressiva, inicialmente aos grandes esforços, mas que, ultimamente, se tornou aos pequenos esforços, não mais conseguindo completar atividades que envolvam percorrer distâncias maiores ou iguais a 6 metros. Sua classe funcional NYHA claramente vem se deteriorando. Recentemente, observou surgimento de ortopneia, sendo necessário o uso de 2 travesseiros para conseguir dormir. Em associação a tais queixas, tem apresentado tosse noturna, o que tem contribuído para seus episódios de insônia. Após os cumprimentos, Érika dispara a seguinte exclamação:

- Doutora, mamãe quase morreu esses dias!

Em seguida, a filha da paciente passa a narrar o acontecido. Diz-lhe que, na semana passada, foi acordada pela mãe de madrugada com intensa dispnéia, acompanhada de eliminação de secreção rósea espumosa pela boca, sudorese e cianose, sendo imediatamente levada à UPA. Segundo a paciente, a sensação era muito desagradável, como se estivesse se afogando. Felizmente, segundo ambas informaram, o atendimento foi efetivo e, logo após administração de medicações intravenosas, apresentou melhora, sendo internada por 3 dias para melhor compensação do quadro. Nos últimos dias, Irany refere estar se sentindo melhor.

Ao exame físico, Dra. Lúcia constata que a paciente se encontra hipocorada (+/4+), anictérica, acianótica, com PA = 102 x 60mmHg e FC = 86bpm; ausculta cardíaca com ritmo regular, em 3T (B3), com sopro sistólico 3+/6+ em foco mitral, irradiado para a axila; ausculta pulmonar com crepitações bibasais; abdome sem alterações; MMII sem edemas.

Ao analisar seus exames, a médica observa a presença de um padrão de BRE no ECG (com duração

QRS > 120 ms) e constata uma fração de ejeção de VE de 30% ao ecocardiograma, achados que a fazem considerar a terapia de ressincronização ventricular. Solicita novos exames complementares, otimiza o tratamento farmacológico, ajustando as doses dos fármacos capazes de prolongar a sobrevida do paciente, que tem evidente IC FE, e remarca nova consulta (quando os exames estiverem prontos). Após a saída da Sra. Irany, a médica e seu pupilo discutem o caso, momento em que é discutida a evolução da paciente, cabendo a Ygor apresentar um resumo de sua revisão na literatura na semana seguinte, incluindo as classificações da IC quanto à FEVE, NYHA e AHA.

Em seguida, entra o Sr. Frederico Nietzsche, 65 anos de idade. Paciente em consulta inicial na CLIC, Seu Nietzsche vinha em investigação diagnóstica, com outros médicos, de quadro de insuficiência cardíaca congestiva – definida segundo os critérios de Framingham – de etiologia incerta, tendo iniciado, há cerca de 2 anos, quadro de dispnéia aos médios esforços, não conseguindo mais realizar atividades que outrora realizava sem sentir-se cansado, como por exemplo subir um lance de escadas. Além disso, nas duas últimas semanas, o paciente vem relatando episódios frequentes de palpitações. Ele fez um ECG na última semana, onde não são identificadas ondas P, estando presentes sinais de sobrecarga de VE. Ao exame físico, Frederico encontra-se corado e acianótico; PA = 130 x 5 mmHg; FC = 110 bpm; ausculta cardíaca com ritmo cardíaco irregularmente irregular, em 3T (B3); ausculta pulmonar e exame de abdome sem alterações; MMII com edema (2+/4+), frio, mole, com cacifo. Numa observação mais cautelosa, Dra. Lúcia repara na “dança das artérias”, pulso de Quincke, duplo sopro de Durosiez e outros sinais semiológicos análogos.

A médica complementa a anamnese questionando ao paciente, de forma discreta, se o mesmo tem antecedentes de alguma infecção sexualmente transmissível. Após a resposta que esperava, indaga-lhe sobre o calendário vacinal, solicita-lhe novos exames complementares para a próxima consulta e, novamente, otimiza as doses das medicações previamente utilizadas pelo paciente (IECA, carvedilol, furosemida e espironolactona). Quanto ao distúrbio do ritmo, opta por manter apenas o controle da frequência cardíaca – sem reversão da arritmia –, resolvendo introduzir anticoagulação oral plena, em razão do escore CHA₂DS₂-VASc do paciente.

Após despedir-se do Sr. Frederico, a dedicada médica fala para Ygor:

- Você conseguiu entender a etiologia da ICC deste paciente? Entendeu que, diferentemente do 1º caso, aqui temos uma aórticopatia? – e finalizou – Não sei se ele aguentaria a troca valvar.

Certamente, há muito a estudar durante a semana!

SITUAÇÃO PROBLEMA 05

UMA VIDA NÃO TÃO DOCE ASSIM

Gilda, 62anos, diabética havia 15 anos, fazia uso de antidiabéticos orais (metformina 2g/dia e gliclazida 90mg/dia), participando ativamente das reuniões de educação em saúde da UBSF. Tudo corria bem, até que seu esposo adoeceu repentinamente, vindo a óbito em cerca de 4 meses.

Visivelmente abalada por tais acontecimentos, Gilda passou a fazer uso irregular dos medicamentos anteriormente mencionados, além de não mais comparecer às reuniões na UBSF. Sua filha, Brenda, levou-a, então, para morar em sua casa, buscando cuidar de perto de seu tratamento, bem como procurando dar apoio psicológico para a mãe. Com o tempo, as coisas foram se ajeitando, exceto pelo fato de Gilda não conseguir desvincular-se do “hábito” do tabagismo (carga tabágica de 30 maços-ano), fumando escondido da filha.

Brenda, preocupada com as glicemias capilares elevadas da mãe, a despeito das medicações em uso, marcou uma consulta com a Dra. Liliane, que já a conhecia de longa data. Ao ver Gilda após tanto tempo, Dra. Liliane a recebeu de forma acolhedora e não culpabilizadora:

- Vamos recomeçar o tratamento, né, Gilda? Temos muito para colocar em dia.

Um pouco sem jeito, Gilda pediu desculpas pela longa ausência e começou a relatar suas queixas. Disse que, havia cerca de 3 meses, vinha apresentando dor nos membros inferiores, que a faziam deslocar-se o dobro do tempo para os lugares, pois constantemente tinha de parar. Além disso, inserindo-se na conversa, Brenda assinalou que estava preocupada com o fato da mãe ter perdido cerca de 8 kg em 2 meses, apesar de manter a mesma ingesta alimentar de sempre, além de ter passado a apresentar poliúria e polidipsia recorrentes. Indagou, então, à médica se o quadro apresentado por Gilda poderia ser do próprio diabetes.

Após responder à pergunta, Dra. Liliane procedeu ao exame físico, observando o seguinte: paciente hipocorada (++/4+), acianótica, anictérica, eupneica, com FC = 90 bpm; PA = 150 x 95mmHg; ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações; circunferência abdominal = 85cm, edema de MMII ++/4+, frio, mole, indolor, fundo de olho com hemorragias puntiformes e imagens de veias em rosário. O exame dos pés mostrava a presença de hipotrofia interóssea, além de uma úlcera indolor, com aspecto de centro deprimido (base mais profunda) e hiperqueratose em suas bordas, localizada na base do 2º metatarso esquerdo; havia também diminuição dos pulsos arteriais em ambos os membros inferiores, que era mais acentuada à esquerda.

Dra. Liliane complementou a avaliação da paciente com a realização do teste do monofilamento, a avaliação do índice TB, a pesquisa da sensibilidade vibratória e a pesquisa do reflexo Aquileu, todos alterados. Quando indagada sobre a úlcera, Gilda disse que a mesma tinha aparecido havia uns 2 meses; provavelmente pisara em algo sem sentir, o que havia se tornado bastante comum nos meses precedentes. Dra. Liliane, então,

solicitou exames complementares a serem realizados e trazidos na próxima consulta, incluindo um exame de imagem dos membros inferiores, fez orientações quanto ao tratamento não farmacológico da doença de base, reviu a terapêutica em uso e, em seguida, despediu-se sob a promessa que Gilda não tardaria em voltar.

Passadas três semanas, lá estavam Gilda e Brenda com os exames, curiosas para saber os resultados. Nesse momento, a Dra. Liliane estava acompanhada da interna Luciana; ambas estudaram atentamente os resultados dos exames:

Exames	Resultado	Valor de referência
Hemograma	Anemia normocrômica/normocítica Ht 29% e Hb 9 g/dL	Ht 37- 47 % Hb: 12 - 16 g/dl
Glicose	280 mg/dL	70 a 99 mg/dl
Hemoglobina glicada	9,5%	4,0 e 5,6%
Ureia	180mg/dl	20-40mg/dL
Creatinina	2,5 mg/dL	0,7 a 1,2 mg/dl
Sódio	138 mEq/L	135 a 145 mEq/L
Potássio	5,8 mEq/l	3,5 a 5,0 mEq/L
Cálcio	7,9 mg/dl	8,8 a 10,6 mg/dl
Fósforo	5,5 mg/dL	2,5 a 4,5 mg/dL
Gasometria venosa	Acidose metabólica (pH 7,29; HCO ₃ ⁻ 18,2 mmol/L)	pH 7,35-7,45 HCO ₃ ⁻ 24 +/- 2 mmol/L
EAS	Proteinúria	
Pesquisa de microalbuminúria	>300 mg/mL/24h	microalbuminúria 30 - 300 mg/24 h
Taxa de Filtração Glomerular (CG)	21,0 ml/ min Estágio G4	> 90 mL/ min

- Os exames estão bastante alterados! Me preocupa muito sua função renal! Provavelmente, os medicamentos não estão sendo suficientes para o controle da doença.

- Dra., eu vou ter que fazer diálise? Vou ter que usar insulina?

A médica acalmou-a, dizendo-lhe que iria começar a insulina apenas à noite e que iria encaminhá-la a um nefrologista para melhor avaliação do quadro renal. Dra. Liliane iniciou insulina glargina à noite na dose

de 0,1 U/kg. Em relação aos hipoglicemiantes em uso, foi suspenso a metformina e trocado a gliclazida pela sitagliptina. Disse-lhe que, inicialmente, a conduta estava voltada ao melhor controle dos níveis glicêmicos, fornecendo uma explicação detalhada para Brenda sobre a forma correta de aplicação da insulina, bem como possíveis intercorrências decorrentes do uso do medicamento. Gilda então perguntou:

- Vou ter que tomar transfusão, doutora?

- No momento não há indicação, mas o nefrologista vai esclarecer melhor esse ponto pra você.

Sentindo-se segura após as explicações, Gilda disse confiar muito na médica e que, da sua parte, iria cooperar o máximo possível para melhorar sua situação de saúde, mesmo sabendo do agravamento de seu quadro.

Após a saída da paciente e sua filha, estando já sozinhas na sala, a interna Luciana dirigiu intrigante pergunta à Dra. Liliane, questionando-lhe se o pâncreas de Gilda já poderia estar mostrando sinais de insuficiência, ao que a médica respondeu:

- É bastante provável! O diabetes tipo 2 apresenta várias complicações crônicas; nem sempre conseguimos manter o paciente bem controlado apenas com os antidiabéticos orais. Vamos ver como ela adere à insulinoterapia...

SITUAÇÃO PROBLEMA 06

A RIQUEZA DO APRENDIZADO

Renata, 33 anos, trabalha como auxiliar de enfermagem em um grande hospital há cerca de 6 anos, sempre atenta e solícita com seus pacientes, executando com presteza as tarefas que lhe eram designadas. Entretanto, nos últimos 8 meses vinha apresentando dificuldades para manter o mesmo ritmo de trabalho, além, claro, do movimento de pacientes internados ter aumentado, desde o início da pandemia pelo SARS-CoV -2. Preocupada com a queda de seu rendimento, sua supervisora chamou-lhe para uma conversa. Renata relatou-lhe que desde o falecimento de sua mãe há cerca de 1 ano, vinha apresentando-se cansada, não conseguindo realizar sua atividade física que sempre foi uma das suas prioridades, além de desânimo para as atividades do dia a dia. Chamava atenção também um quadro de poliartralgia de grandes e pequenas articulações, acompanhado de rigidez matinal de mais de 1 hora e muita queda de cabelo. A supervisora Marli orientou-lhe a procurar um clínico para iniciar uma investigação dos sintomas, pois era perceptível como aquelas queixas estavam interferindo em sua qualidade de vida. Por sugestão de Marli, marcou uma consulta com a Dra. Priscila, da unidade básica de saúde de seu bairro.

No dia da consulta, Dra. Priscila acompanhada do interno Robson do 11º período de medicina, colhem a anamnese de Renata. Além do quadro relatado à sua supervisora, a paciente relatava também uma as-tenia que se exacerbava após exposição solar, além de dificuldade de concentração, sobretudo à leitura. Quando indagada sobre intolerância ao frio, disse estar exacerbada há alguns meses, apresentando leve cianose em polpas digitais nesses momentos. Sua história patológica familiar era positiva para diabetes, hipertensão, doença tireoidiana e doença reumática, que não sabia informar o diagnóstico. Na história fisiológica chamava a atenção a presença de 2 abortamentos espontâneos no 1º trimestre.

Ao exame físico encontrou-se os seguintes achados: hipocorada +/4+, PA= 120/90mmHG. Pulso 80pm, rítmico. Úlcera em palato duro pouco dolorosa ao toque. Cabelos com diminuição de volume e queda espontânea observada na maca. Ausculta cardíaca bulhas abafadas com FC de 80bat/min. Exame do tórax e abdômen normais. Tireoide impalpável. Aumento de volume de articulações metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais. Cotovelo e punho direito com calor, edema e dor à movimentação passiva. Dra. Priscila fez a solicitação de exames e orientou Renata a retornar tão logo eles estivessem prontos. Procurou acalmá-la, dizendo que logo saberiam a causa das queixas e iniciariam o tratamento adequado. Renata despediu-se, comprometendo-se a voltar prontamente.

A 2ª paciente do dia a ser atendida, era Soraia, 44 anos, com passado de Doença de Graves aos 32 anos de idade, quando apresentou quadro de flagrante tireotoxicose por hipertireoidismo. Além de irrita-

bilidade, insônia, intolerância ao calor, hiperdefecação e palpitações em repouso, Soraia havia apresentado oftalmopatia e dermatopatia de Graves. “A única coisa boa na época era o emagrecimento, mesmo com muito apetite, comendo muito”, sempre dizia. Inicialmente tratada com tionamida e beta-

bloqueador, a paciente evoluiu com reação adversa hematológica grave, tendo que ser submetida, alguns meses após iniciado o tratamento farmacológico, a tratamento definitivo; a radioiodoterapia, levando ao controle de sua doença.

Ao longo de 2 anos após o tratamento, Soraia fez acompanhamento regular com sua endocrinologista. Depois desse tempo, decidiu que estava bem, não mais retornando para reavaliação. Nos últimos meses, contudo, voltou a pensar que poderia estar ficando novamente doente. Esta foi a razão da consulta com a Dra. Priscila. Soraia vinha apresentando, de forma insidiosa e progressiva, nos últimos 3 meses, um cansaço anormal nas suas atividades habituais. Relatava também intensa astenia, sensação de tristeza imensa e falta de ânimo, além de dificuldade de concentração. Referia ainda ter percebido diminuição de sua capacidade cognitiva, evoluindo com dificuldades para resolver cálculos simples de matemática na sua loja de conveniências. Pensou que pudesse ser recidiva de sua doença tireoidiana anterior, inclusive porque na época a sua atenção também era reduzida. Mas, percebeu que o quadro de então era diferente do atual, já que nesse momento percebia intolerância ao frio, apresentava constipação intestinal e havia ganhado peso, mesmo mantendo o mesmo hábito e padrão alimentar. Além disso, diferentemente de antes, não mais havia amenorreia, mas polimenorreia.

Ao exame físico, a médica e seu pupilo observaram, além do bradipsiquismo e da voz algo empastada já evidentes à anamnese: palidez cutâneo mucosa 1+/4+; alopecia acentuada, com queda espontânea observada na maca; presença de madarose e de xantelasma palpebrais; macroglossia significativa; unhas quebradiças; ausência de bócio visível, sendo a tireoide impalpável; PA = 160 x 100mmHg; pulso = 52bpm; ritmo cardíaco regular, em 2 tempos, com bulhas hipofonéticas; reflexo Aquileu com fase de relaxamento lentificada; restante do exame físico sem anormalidades.

Dra. Priscila explicou sua hipótese diagnóstica para Soraia e disse que solicitaria exames para afastar tireoidite autoimune. Soraia agradeceu a atenção da médica e do interno e disse que retornaria com os resultados dos exames.

Quando estavam a sós, Robson comentou o quanto os 2 casos eram ricos em aprendizado e comprometeu-se a prepará-los para as sessões clínicas que faziam durante a semana. Estava ansioso para iniciar as buscas na bibliografia.

SITUAÇÃO PROBLEMA 07

REUPOSANDO NO SOFA

Aquela manhã, foi relativamente tranquila no ambulatório de Pneumologia. A primeira paciente, Helena, 28 anos, trazia uma longa história (desde a infância) de ter sido sempre muito alérgica; inclusive, não lhe era permitido ter bichinhos de pelúcia, uma das suas frustrações na época. Lembrava-se de ter feito uso de medicação inalatória para controle dos sintomas até o início da adolescência, tendo evoluído com melhora dos sintomas a partir daí o que a levou a interromper o tratamento. Ultimamente, contudo, havia voltado a ficar sintomática. Pelo menos 1 vez na semana, vinha despertando durante a noite com tosse seca e sensação de aperto em região torácica. Como tais sintomas vinham incomodando bastante sua rotina diária, procurou o Dr. Laennec, um pneumologista referendado pela sua melhor amiga.

Após realizar o exame físico – estava tudo OK, salvo por uns sibilos expiratórios difusos

–, Dr. Laennec informou à paciente sua hipótese diagnóstica, solicitou-lhe exames complementares, incluindo uma espirometria, fez considerações sobre a importância do controle ambiental e prescreveu tratamento de manutenção com corticoide inalatório associado a LABA, além de resgate com um SABA.

O próximo paciente atendido por Dr. Laennec foi Roger Bone, 62 anos, paciente tabagista desde os doze anos de idade, à época fumando em média 30 cigarros/dia. Ele relatou que, nos dois últimos anos, vinha apresentando tosse produtiva com secreção clara, principalmente matinal, associada a falta de ar e cansaço aos esforços. No último ano, Roger havia apresentado dois episódios de exacerbação aguda da dispneia, simultaneamente à mudança da coloração do escarro, com necessidade de internação por 10 dias para tratamento do quadro. Associado ao quadro de tosse, dispneia e cansaço, Roger relatou uma dor importante em membros inferiores a odeambular, que o levava a parar várias vezes durante suas caminhadas.

Dr. Laennec fez, então, perguntas relativas ao quadro de dispneia a fim de classificá-lo no índice de dispneia modificado do Medical Research Council (mMRC). Procedeu, então, ao exame físico, onde registrou de positivo: aumento do diâmetro anteroposterior do tórax; PA = 130x 80mmHg; FR = 26 irpm; ausculta pulmonar com MV diminuído difusamente, além de discretos roncocal e sibilocal em ambos os pulmões; oximetria de pulso = 89%; ausculta cardíaca com ritmo regular, 3T (B3); refluxo hepatojugular presente; hepatimetria = 15cm; e edema de MMII ++/4+. Após examinar o paciente, Dr. Laennec explicou-lhe seu quadro de adoecimento e a absoluta necessidade da suspensão do tabagismo, informando-lhe sobre o Programa de Antitabagismo do município. “Quem sabe é uma boa? ”, pensou Roger Bone, que já havia tentado parar de fumar diversas vezes, mas sem sucesso. Por fim, o médico explicou-lhe a necessidade de realizar exames complementares – entre as quais uma espirometria, que viria revelar índice de Tiffeneau alterado, com ausência

de melhora superior a 12% do VEF1 após SABA –, prescreveu uma associação de broncodilatadores de ação prolongada (LABA e LAMA) e um diurético, além de referendá-lo à clínica de fisioterapia.

Duas semanas após esse atendimento, Roger Bone sentiu-se febril, mais secretivo e sua dispneia se intensificou um pouco. Seus familiares o levaram para a UPA, onde foi atendido pelo Dr. Urbano. Nesse momento, o paciente se encontrava taquipneico (FR: 32 irpm), com SpO₂ de 85% e febril (38,7°C), embora se mantivesse LOTE e hemodinamicamente estável (PA: 110 x 70mmHg; FC: 114 bpm); à ausculta pulmonar, além de alguns sibilos e roncos, foram observados estertores crepitantes na base direita. “Independentemente do CURB-65, vou ter que interná-lo”, pensou o médico. Colocou-o em oxigênio suplementar em baixo fluxo e solicitou uma radiografia de tórax.

- Vamos ter que internar o senhor, Seu Roger. O aspecto é, mesmo, de uma pneumonia – completou o médico.

Ao ser internado, a médica que o admitiu na Clínica Médica, Dra. Laura, considerando a hipótese de exacerbação aguda de DPOC por uma pneumonia comunitária, em paciente que não havia utilizado antibiótico nos últimos 3 meses, iniciou o tratamento com levofloxacino 750 mg 1x/dia. As elevações da PCR, da procalcitonina e da leucometria sustentaram tal impressão.

Nos 2 dias seguintes, apesar dos cuidados corretamente instituídos, Roger Bone evoluiu com maior gravidade. Seu escore PSI (Pneumonia Severity Index) ascendeu para 75 pontos, e o paciente começou a rebaixar o sensório e a ficar hipotenso, além de ter apresentado piora dos parâmetros laboratoriais em geral, incluindo os marcadores inflamatórios (PCR maior e procalcitonina acima de 10 ng/ml) e de função renal (azotemia) e redução da contagem plaquetária (98.000/mm³), sendo intubado e acoplado à ventilação mecânica (VM). Dra. Laura foi ao CTI pedir vaga. No setor, encontrou Laennec, que estava de plantão na unidade e prontamente se lembrou de Roger Bone.

Dada a instabilidade hemodinâmica e dosagem elevada do lactato arterial, foram colhidas novas hemoculturas e cultura de secreção traqueal, além de ser iniciada a administração intravenosa de noradrenalina. Foi feita expansão volêmica protocolar e trocado o esquema antibiótico, pois repousando no SOFA – e mesmo que se considerassem os critérios de SIRS! –, o delta de pontos sugeria disfunção orgânica relacionada ao processo infeccioso em curso... mais ainda, o paciente evoluía para choque.

Submetido a VM protetora e aos demais cuidados pertinentes ao doente crítico (controle glicêmico intensivo, profilaxia de TEP, etc.), Roger Bone apresentou melhora progressiva, sendo traqueostomizado sete dias após. Com mais 3 dias, obteve-se sucesso no desmame da VM, saindo a prótese no dia do seu aniversário.

A causa da exacerbação aguda tinha sido mesmo uma pneumonia comunitária causada por *Streptococcus pneumoniae*, agente que foi isolado nas hemoculturas e cultura de secreção traqueal.

SITUAÇÃO PROBLEMA 08

“A TRISTE HISTÓRIA DE JIMMY “RÉNDRIQUIS”: SEXO, DROGAS E UMA VIDA ROLANDO LADEIRA ABAIXO”

Jimmy “Réndriquis”, 38 anos de idade, sempre tinha sido muito propenso à solidão. Na adolescência, sentia-se frustrado com os problemas familiares de relacionamento. Seus pais viviam em conflito. Não sentia apoio de ninguém, salvo os colegas do beco perto de sua casa. Lá, aprendera a fumar, a beber e a usar drogas. No início, parecia uma fuga da solidão e do abandono. Mas, progressivamente, a dependência foi lhe tomando o que tinha de mais precioso, sua própria vida. Numa manhã de 2005, acordou nauseado; vomitou em seguida. Dores surgiram em seu hipocôndrio direito. Três dias depois, com a evidente icterícia em suas escleras, sua parceira de sexo desprotegido achou por bem levá-lo à UPA. E foi assim que começou a se revelar a ruína que estava destruindo seu corpo.

Na UPA, o Dr. Breno Borja logo desconfiou de hepatite aguda. Pensou em hepatite viral ou álcool. Perguntou se havia exposição de risco, mas tudo foi negado por ambos – é impressionante como certas perguntas são tão estigmatizantes! – Solicitadas as provas bioquímicas hepáticas, restaram poucas dúvidas; um grau de “transaminite” intensa (ALT: 1.100 UI/L; AST: 896 UI/L), com certo grau menor de colestase (fosfatase alcalina e gama-GT elevadas cerca de duas vezes acima do limite superior do normal), indicaram o rumo a seguir. Marcadores virais de hepatite foram solicitados, evidenciando anti-HAV IgM não reagente, HBsag reagente, anti-HBc IgM reagente, anti-HBs não reagente e anti-HCV não reagente. Não foram solicitados marcadores para HDV ou HEV, pois não havia história epidemiológica para tais agentes.

Dada a gravidade do quadro de hepatite viral aguda, **Jimmy** foi admitido no Hospital Escola de Paterson. Seus vômitos foram controlados com ondansetrona. Não evoluiu com encefalopatia. Embora possa se considerar que teria sido mais prudente o uso de antivirais – não havia à disposição ainda o entecavir, e o uso de lamivudina não foi considerado naquele momento –, **Jimmy** evoluiu com melhora, tendo alta 7 dias após.

Pensa que acabou? O vício é tenebroso! Apesar da fadiga crônica, persistente, sua vida continuou um furacão de conflitos.

Há dois anos, dirigindo alcoolizado, sofreu um acidente automobilístico que resultou em fratura no membro inferior direito, tendo indicação de tratamento cirúrgico. Nessa ocasião, os exames pré-operatórios revelaram INR e PTT prolongados (INR = 1,86; PTT = 52 segundos), tendo sido solicitado “hepatograma” que evidenciou elevações moderadas das aminotransferases (AST = 107 UI/L; ALT = 53 UI/L) e da gama-GT, além de inversão da relação albumina/globulina (3,1/3,6). Solicitados marcadores virais de hepatite, revelaram o seguinte padrão: anti-HAV total = não reagente; HBsag = não reagente; anti-HBc IgM = não reagente; anti-HBc IgG = reagente; anti-HBs = não reagente; anti-HCV = reagente.

Diante dos resultados dos exames solicitados, a equipe médica que o atendia considerou a possibilidade de hepatite alcoólica, mas não descartou possível quadro de hepatite crônica por HBV; uma vez que a fadiga crônica de **Jimmy** compunha um cenário favorável a tal hipótese. Após compensado clinicamente no pré-operatório, foi submetido à cirurgia ortopédica indicada, tendo alta hospitalar sem grandes intercorrências. Foi encaminhado ao ambulatório de hepatologia do Centro Médico de Paterson.

Relutantemente, **Jimmy** foi convencido por sua mãe, que havia enviuvado pouco tempo antes, a comparecer ao consultório do Dr. Roberto Dylan. Este, ao exame físico de seu mais novo paciente, constatou ascite leve, ginecomastia, aranhas vasculares no tronco superior, eritema palmar e rarefação de pelos pubianos. A superfície do fígado de **Jimmy** pareceu-lhe nodular; “a cirrose hepática é uma doença hepática nodular”, logo pensou.

Os resultados obtidos na aplicação dos questionários CAGE e AUDIT indicavam grave dependência do álcool. O consumo de drogas ilícitas injetáveis havia parado alguns anos antes. Porém, não havia dúvidas da cronicidade da hepatite viral B, já tendo evoluído para cirrose.

- Vou te solicitar uma endoscopia digestiva, **Jimmy**. Você vai tomar, por enquanto, esse remédio aqui, o propranolol. É muito importante parar de beber e fumar. OK?!

A Endoscopia Digestiva Alta (EDA) indicou a presença de varizes de esôfago de grande calibre, além de gastropatia hipertensiva portal. Considerando os demais exames solicitados pelo médico hepatologista, ficou evidente que o binômio “insuficiência hepatocelular/hipertensão porta” havia se instalado no corpo fragilizado de **Jimmy**; prolongamento das provas da coagulação, pancitopenia, hipoalbuminemia, com inversão do padrão albumina/globulina...tudo estava presente!

Pode-se dizer que **Jimmy** até tentou mudar de vida, quando a percebeu despencando, tal qual pedras rolando ladeira abaixo. Passou a evitar a bebida, que sempre o acompanhava no trabalho como músico nos bares da noite. Tentou, tentou; mas o ciclo vicioso havia se instalado.

Mesmo com a mudança no estilo de vida, uma fadiga estranha insistia em não o abandonar. Além disto, observou diminuição na *performance* sexual, bem como edema de membros inferiores e aumento do volume abdominal. Cerca de um ano após a consulta com seu hepatologista, **Jimmy** fazia um solo de guitarra quando apresentou episódio de vultosa hemorragia digestiva, seguido por “tonteiras” e sudorese profusa, sendo levado à UPA.

Ao chegar no setor, ele foi novamente atendido pelo Dr. Breno, agora ainda mais experiente e deslumbrante, que ao exame físico estruturado da unidade, constatou PA = 80 x 50 mm Hg, pulso fino de 122 bpm, palidez cutaneomucosa intensa, sudorese e ascite significativa, além dos estigmas de insuficiência hepatocelular anteriormente descritos e de novos sinais de hipertensão porta. Competente e dedicado, o médico iniciou

o protocolo de cuidados recomendado. Após o resgate hemodinâmico, ele solicitou uma nova EDA, que mostrou que as varizes esofagianas de **Jimmy** estavam sangrantes, sendo procedida a terapêutica indicada à EDA; recebeu também medicação análoga de somatostatina em infusão contínua logo após o procedimento. Após a estabilização clínica, foi transferido para a UTI.

À chegada na unidade fechada, apresentava-se torporoso, sendo interrogado quadro de encefalopatia porto-sistêmica (grau III). Era evidente uma significativa perda de massa muscular acima do abdômen; este revelava-se globoso, ascítico, com cicatriz umbilical proeminente e circulação colateral do tipo “cabeça de medusa”. A PA era de 100 x 60 mmHg e a FC 98 bpm. Exibia mucosas descoradas (++)/4+, aumento de parótidas, icterícia (++)/4+, aranhas vasculares no tórax e eritema palmar. Havia também edema moderado (++)/4+ nos membros inferiores.

Iniciado o tratamento para a encefalopatia e mantido o da hipertensão porta, no dia seguinte foi feita uma paracentese abdominal diagnóstica, que evidenciou 340 polimorfonucleares/mm³ e GASA de 1,4 (proteína na ascite = 0,7 g/dl). Foi instituído o tratamento preconizado. Demais exames complementares revelaram discrasia sanguínea, sinais de hepatólise e colestase, aumento das escórias nitrogenadas e sódio urinário muito baixo, além de a ultrassonografia abdominal com Doppler revelar um fígado heterogêneo, de tamanho reduzido, com fluxo hepatofugal, ascite livre moderada e esplenomegalia significativa.

Dr. Roberto Dylan foi chamado para um parecer, comparecendo na primeira oportunidade em que foi possível. Nesse momento, encontrou o paciente já sem sinais de encefalopatia. O hepatologista procedeu a classificação de Child-Pugh e a escala MELD (*Model for End-Stage Liver Disease*). Em seguida, solicitou novas dosagens das provas bioquímicas hepáticas e dosagem de alfa-fetoproteína e, virando-se para a Dra. Raquel, afirmou categórico:

- Pela presença da síndrome hepatorenal, ele entra em prioridade para o TX.

BIBLIOGRAFIA

CONHECIMENTOS INTEGRADOS EM SAÚDE - ADULTO E IDOSO I

1. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/334999871>
2. ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. Imunologia celular e molecular. 9. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2019. x, 565 p. ISBN 978-85-352-9074-5.
3. Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – 2021. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-06-1174/0066-782X-abc-116-06-1174.x44344.pdf
4. Bastos MC & Kirsztajn GM. DRC: diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar em pacientes não submetidos à diálise. Artigo de Revisão. J Bras Nefrol. 2011; 33(1): 93-108. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/x4KhnsZykqg8nKSCyvCqBYn/abstract/?lang=pt>
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 online
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. recurso online Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis(DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.: il. recurso online.
7. BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce; KNOLLMANN, Bjorn C.; LANGELOH, Augusto. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman. 12. ed. Porto Alegre: AMGH Editora, c2012. xxi, 2079 p. + Este livro acompanha DVD. ISBN 978-85-8055-116-7.
8. Correa RAM et al. Recomendações para o manejo da pneumonia adquirida na comunidade 2018. J Bras Pneumol 2018;44(5):405-24 (Diretrizes da SBPT).
9. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/24/diretriz-cl--nica-drc-versao-final.pdf>
10. Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo. Arq Bras Endocrinol Metab. 2013;57/4 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/RyCDtMtQqCKP5vG8hVSwpQC/?lang=pt&format=pdf>
11. DIRETRIZES PARA TRATAMENTO DA FASE AGUDA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

ISQUÊMICO – PARTE II Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/NYppXvWy4TfVcbVCTPzNMqc/?format=pdf&lang=en>

12. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. Rev Assoc Med Bras 2010; 56(2): 248-53 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/3n3JvHpBFm8D97zJh6zPXbn/?lang=pt>
13. ESCALA DE COMA DE GLASGOW: Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde. Disponível em: <https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>
14. GALLEGUILLOS, Tatiana Gabriela Brassea. Epidemiologia : indicadores de saúde e análise de dados. São Paulo Erica 2014 1 recurso online ISBN 9788536520889.
15. Global Initiative for Asthma – GINA-2021. recurso online
16. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – GOLD-2020 recurso online
17. HALL, John E; GUYTON, Arthur C. Guyton & Hall Tratado de fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2017.
18. KNOBEL, Elias. Condutas no paciente grave. 4. ed. São Paulo, SP: Atheneu, c2016. 2 v. + Acompanha CD ISBN 978-85-388-0694-3.
19. Levy MM, Evans LE, Rhodes A. The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 Update. Intensive Care Med. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5085-0>.
20. LÓPEZ, Mario; LAURENTYS-MEDEIROS, José de. Semiologia Médica : As Bases do Diagnóstico Clínico. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. 1233 p. ISBN 9788573098280.
21. 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. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/10/manual_do_pe_diabetico.pdf
22. MEDICINA interna de Harrison. 20. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2020. 2 v. ISBN 978-85-8055-631-5.
23. MOORE, K.L. & DALLEY, A.F. Anatomia orientada para a clínica. 13ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.
24. National Stroke Association. Transient Ischemic Attack (TIA). Disponível em: <https://www.stroke.org.uk/what-is-stroke/types-of-stroke/transient-ischaemic-attack>
25. PIZZICHINI, Marcia Margaret Menezes. Recomendações para o manejo da asma da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia - 2020. Jornal Brasileiro de Pneumologia (Brasília) Brasília v. 43, n. 1, p. 1-20. Disponível em: <http://bibonline.feso.br/vinculos/00001c/00001cdb.pdf>.
26. PORTO, Celmo Celso; PORTO, Arnaldo Lemos. Porto & Porto semiologia médica. 8. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, c2019. xxxiii, 1336 p. ISBN 978-85-277-3471-4.

27. Projeto Diretrizes SBACV. DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA OBSTRUTIVA DE MEMBROS INFERIORES: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO, nov. 2015. Disponível em: <https://sbacvsp.com.br/wp-content/uploads/2016/05/daopmmii.pdf>
28. ROBBINS & COLTRAN. Patologia Básica 9ª ed, 2013.
29. ROBBINS, Stanley L.; SANTOS, João Lobato dos; VOEUX, Patrícia Josephine. Fundamentos de Robbins: patologia estrutural e funcional. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c2001. xii, 766 p. ISBN 978-85-277-0636-0.
30. ROHDE, Luis Eduardo Paim et al. Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 111, n. 3, p. 436-539, 2018. https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-111-03-0436/0066-782X-abc-111-03-0436.x44344.pdf
31. SALOMÃO, Reinaldo. Infectologia : bases clínicas e tratamento. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2017 1 recurso online ISBN 9788527732628
32. SGARBI, Jose A. et al. Consenso brasileiro para a abordagem clínica e tratamento do hipotireoidismo subclínico em adultos: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, v. 57, n. 3, p. 166-183, 2013
33. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016;315(8): 801-10. Recurso online
34. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020. : Arquivos Brasileiros de Cardiologia (São Paulo) São Paulo v. 116, n. 3, p. 516-658. Disponível em: <http://bibonline.feso.br/vinculos/00001c/00001cca.pdf>.
35. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST - 2021. : Arquivos Brasileiros de Cardiologia (São Paulo) São Paulo v. 117, n. 1, p. 181-264. Disponível em: <http://bibonline.feso.br/vinculos/00001c/00001cd0.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2021.
36. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia (São Paulo) São Paulo v. 106, n. 4, supl. 2, p. 1 -35. Disponível em: <http://bibonline.feso.br/vinculos/00001c/00001cd8.pdf>.
37. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. : Arquivos Brasileiros de Cardiologia (São Paulo) São Paulo v. 105, n. 2, Supl. 1, p. 1-121. Disponível em: <http://bibonline.feso.br/vinculos/00001c/00001c96.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2021.
38. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira 2019- 2020. São

Paulo: CLANAD, 2020. Disponível em:< <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>>

39. Tavares, Walter. Antibióticos e Quimioterápicos para o Clínico. 4ª ed. São Paulo: Atheneu, 2014. 800 p. ISBN 978-85-388-0520-5.

40. VERONESI, Focaccia. Tratado de infectologia. 6. ed. 2 v. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

CAPITULO 8

SITUAÇÃO PROBLEMA 8º PERÍODO

AUTORES:

Anamarina Coutinho Barros de Brito

Claudio Luiz Bastos Brangança

Etelka Czako Cristel

João Maria Ferreira

Juliana Diniz de Moura

Leandro de Oliveira Costa

Luciana da Silva Nogueira De Barros

Luís Roberto Barbosa de Melo

Paulo Freire Filho

Renato Gomes Barbosa

Valter Luiz da Conceição Goncalves

Walney Ramos de Sousa

SITUAÇÃO PROBLEMA 01

EXPECTATIVA X REALIDADE

Alexandre 22 anos, estudante de medicina do UNIFESO, estava ansioso para iniciar o último período do “Ciclo Básico” do curso, pois iria aprender sobre os assuntos referentes à clínica cirúrgica, especialidade que pretendia atuar após sua formação médica. Ele também estava animado pois em pouco tempo vivenciaria o tão esperado internato médico, quando colocaria em prática todo aprendizado adquirido até aquele momento. Ele estava apreensivo pois, dentre os seus amigos mais próximos, era o único que ainda não frequentava plantões na emergência.

A fim de se inteirar mais sobre a rotina de um pronto socorrista, Alexandre pediu a um amigo de seu pai, Dr. Rodrigues, que o recebesse no plantão, assim poderia acompanhar o dia a dia de um médico real.

No primeiro plantão de Alexandre, deu entrada uma ambulância dos bombeiros trazendo dois pacientes que julgaram tratar-se de politraumatizados. Alexandre observou Dr. Rodrigues questionar sobre a mecanismo do trauma, se havia outros pacientes envolvidos, como fora o primeiro atendimento pré-hospitalar e as prováveis lesões detectadas. O socorrista informou tratar-se de três pacientes envolvidos, porém um deles apresentava fratura exposta em membro inferior direito com sangramento importante, vermelho rutilante em jato, falecendo no transporte para o hospital.

Dr. Rodrigues foi a recepção procurar por familiares dos pacientes em busca de outras informações, enquanto seu residente Dr. Gomes iniciava o ATLS. Ao mesmo tempo, solicitou à equipe de enfermagem a instalação de um segundo acesso venoso periférico e que se ofertasse oxigênio para o paciente que se chamava **João**, vítima de colisão auto-moto, sendo o mesmo o condutor da moto. Ao exame o paciente conversava, tórax com expansibilidade assimétrica e com escoriação em hemitórax esquerdo, local no qual o paciente referia dor intensa com conseqüente aumento da frequência respiratória. Na ausculta o murmúrio vesicular estava abolido à esquerda com macicez à percussão. Presença de turgência jugular do mesmo lado. O abdome estava flácido e indolor. A pressão arterial no momento estava 90x60mmHg e a frequência cardíaca 100bpm, com pulsos finos. Saturação periférica de O₂ 89%. A avaliação da escala de Coma de Glasgow mostrava abertura ocular ao chamado, verbalmente confuso e localizava a dor (12) com pupilas simétricas e foto reagentes (0). Mobilizava os 4 membros sem crepitação à palpação. Diante do caso Dr. Gomes e Dr. Rodrigues estabeleceram planos investigatórios e de cuidados para o paciente Joao.

O outro paciente se chamava **José** e era quem conduzia o carro, referia estar em uso do cinto de segurança. Estava acordado e conversava, porém apresentava rouquidão e enfisema na região cervical anterior. O aparelho respiratório não tinha alterações. A pressão arterial estava 150x90mmHg e a FC 90bpm. ECG 15.

O abdome estava tenso, doloroso a palpação mais importante em hipocôndrio direito onde apresentava lesão corto contusa de 10cm.

Enquanto esperavam o resultado dos exames complementares dos pacientes, os dois médicos e o acadêmico conversavam sobre os exames primário e secundário do atendimento ao trauma, hidratação venosa e medicações. Alexandre lembrou as aulas práticas de exame físico do abdome e do tórax e pontuou os achados nos dois pacientes, correlacionando com as possíveis patologias, assim como questionava aos plantonistas sobre o caso da terceira vítima que falecera no local, quanto a causa mais provável da morte.

De repente a enfermeira chama os médicos e informa que o paciente João piorara do quadro neurológico e clínico. Evoluiu com rebaixamento do sensório, PA 70x40 mmHg e FC 130bpm. Prontamente Dr. Gomes e Dr. Rodrigues deram início aos procedimentos para proteção de via aérea e ressuscitação volêmica e encaminharam o paciente para sala cirúrgica.

SITUAÇÃO PROBLEMA 02

ACIDENTES ACONTECEM

Alexandre, que acompanhava o plantão de cirurgia há 1 mês, já era capaz de iniciar o atendimento ao paciente politraumatizado, pois aprendera os passos do exame físico e sua importância em cada etapa. No último plantão recebeu no pronto socorro o paciente **Pedro**, 17 anos, trazido pelo SAMU com história de queda de 7 metros ao pular de uma pedra, no intuito de mergulhar na cachoeira, tendo sua queda amortecida pela vegetação. Ao entrar em contato com a água, sentiu o choque da sua cabeça com o fundo raso do local, seguida de uma súbita perda de força no corpo todo. Os amigos que estavam no local informaram que após a queda **Pedro** manteve-se lúcido, porém com muita dor na cabeça do lado esquerdo e em região cervical posterior. O socorrista informou que Pedro apresentou dois episódios de vômitos no percurso do hospital. Ao exame, Pedro apresentava-se desperto, lúcido e a ECG-13 com R. P=0 (abertura ocular espontânea, orientado e retirado do membro a dor). Dr. Rodrigues realizou o exame que evidenciou: pupilas isocóricas e foto reagentes, paresia dos MMSS e MMII, e reflexo bulbocavernoso ausente. PA: 90X40MMHG, FC: 55bpm, FR: 25irpm e TAX: 36 graus. Ao exame físico aparelho cardíaco, respiratório e do abdome estavam sem alterações. Apresentava crepitações a palpação de ossos da face com edema associado. **Pedro** foi encaminhado ao setor de imagem para realização da rotina radiológica do trauma, sendo evidenciada fratura de C7 com bloqueio facetário bilateral na radiografia da região cervical. Dr. Rodrigues, após instituir as medidas iniciais adequadas, acionou o neurocirurgião da unidade para avaliação.

Enquanto esperavam a definição do caso de Pedro, deu entrada no pronto socorro a paciente **Marinete**, trazida por familiares, com história de tentativa de autoextermínio com uso de álcool e fogo. A paciente se encontrava lúcida e agitada, PA 175x90mmhg, FC 140bpm, FR 28irpm, Tax 37,6. Ausculta respiratória com murmúrios presentes e roncos esparsos. ECG 15, sem sinais de fratura. Apresentava sinais de queimadura com bolhas em face, com pelos nasais e região perioral chamuscadas, além da região anterior dos braços, tórax e abdome. No tórax Alexandre observou tecido esbranquiçado e duro, diferente dos demais locais de queimadura. Ao questionar Dr. Rodrigues, ele explicou que o aspecto se deve ao grau de profundidade de tecido acometido. Após etapa de exposição e controle da temperatura do ambiente, o médico prescreveu hidratação venosa e analgesia, e orientou sobre acesso venoso nos locais da queimadura. Exames foram solicitados e outras medidas instituídas.

Já se passavam 6 horas após o trauma de **Pedro**, e o mesmo apresentou novo episódio de vômito acompanhado de crise convulsiva tônico-clônica generalizada, tendo que voltar imediatamente para a sala de emergência, onde foi intubado e iniciado vasopressor. Dr. Rodrigues reavaliou o paciente e detectou: pupilas

anisocóricas (PE>PD) com labilidade hemodinâmica. Alexandre, confuso diante do quadro, interrogou se isso era sinal de hipertensão intracraniana?

A tomografia de crânio mostrou um volumoso hematoma epidural e fratura temporal esquerda. A evolução do exame neurológico de **Pedro** mostrava: midríase fixa bilateralmente e ausência dos reflexos de tronco. Baseado nesses achados, a sedação foi suspensa e o serviço de Neurologia acionado. Após a avaliação do especialista, os familiares foram orientados a comparecerem na unidade. Alexandre perguntou ao Neurologista sobre o protocolo de morte encefálica, considerando o paciente um potencial doador. O mesmo respondeu: “Vamos aguardar a família”.

SITUAÇÃO PROBLEMA 03

A CLINICA É SOBERANA!

Cada dia mais Alexandre ia tomando gosto pela especialidade cirúrgica. Agora que iniciara o projeto de anatomia estava aprendendo sobre a região abdominal e os órgãos envolvidos, estruturas vasculares, relações anatômicas de um sistema com o outro e levava os conhecimentos adquiridos para o plantão. Enquanto o setor de trauma estava tranquilo, Alexandre acompanhava a médica clínica, Dra. Silvia, na avaliação de um paciente com dor abdominal. O paciente, **Seu Jorge**, 72 anos, dera entrada no pronto atendimento com história de dor abdominal súbita de forte intensidade pós prandial. A dor aumentou gradativamente, não acompanhada de náuseas, vômitos, febre, tão pouco alterações do hábito intestinal e miccional. **Jorge** referia um passado de tabagismo, cardiopatia em uso de antiagregante plaquetário, betabloqueador e IECA, angioplastia de artéria carótida direita há oito anos e diabetes em uso de hipoglicemiante oral, mas há tempos não dosava a glicemia. Fez questão de mencionar história familiar de anemia falciforme. Ao exame físico **Jorge** apresentava-se com fácies de dor, acianótico, anictérico, eupneico em ar ambiente, taquicárdico com ritmo cardíaco irregular (FA) e afebril. PA:130x90mmHg. FC:110bpm. FR: 22irpm. Exame cardiovascular sem alterações. Abdômen distendido, ruídos peristálticos diminuídos, levemente doloroso à palpação profunda, sem visceromegalias. Membros inferiores com varizes, sem edemas, pulsos isócronos. Dra. Silvia discutiu com Alexandre o diagnóstico sintomático e as hipóteses mais prováveis, e a partir daí, solicitou alguns exames laboratoriais e de imagem. Pontuou que a dor abdominal referida era desproporcional ao exame físico do abdômen.

Enquanto esperavam o resultado dos exames de Jorge, atenderam outro paciente, **Marcos**, de 17 anos, com história de dor abdominal há 2 dias, de evolução progressiva, associada à febre, hiporexia e vômitos. Referia dor inicialmente em região umbilical com posterior migração para fossa ilíaca direita.

O paciente negava comorbidades ou cirurgias prévias. Ao exame, o paciente estava acordado e orientado, em bom estado geral, taquicárdico, eupneico, corado, hidratado. Abdome tenso, peristáltico, doloroso em fossa ilíaca direita, com descompressão dolorosa no ponto de McBurney. Alexandre passou o caso para Dr. Rodrigues que, aventando a principal hipótese diagnóstica, ressaltou:

- Volte ao paciente e investigue os demais sinais presentes nessa patologia que é a principal causa de abdome agudo cirúrgico no mundo!

Alexandre perguntou:

- Não seria melhor fazer algum exame de imagem para confirmar o quadro?"

Dr. Rodrigues então respondeu:

- Os exames complementares podem ajudar a esclarecer dúvidas quanto ao diagnóstico, mas não substituem o exame clínico!

SITUAÇÃO PROBLEMA 04

NEM TUDO É O QUE PARECE

Alexandre agora começara a acompanhar o ambulatório de cirurgia geral pela programação do período, e em uma das primeiras consultas atendeu **Rosimere**, paciente de 32 anos, que fora referenciada em função de uma ultrassonografia que apresentava litíase biliar. Na anamnese, relatava dores no abdome à direita associada a ingesta de alimentos gordurosos. Quando questionada sobre mudanças na cor da urina ou das fezes, referiu ter percebido em um momento, a urina cor de “coca cola” e fezes brancas. Referiu ainda que em algumas ocasiões a dor abdominal foi tão intensa que necessitou dar entrada no pronto socorro para analgesia venosa, sendo o último episódio há duas semanas. A paciente negou comorbidades ou história familiar de câncer. Ao exame: corada, hidratada, acianótica, anictérica, assintomática naquele momento. Abdome flácido e indolor, sinal de Murphy negativo. Trouxe exames laboratoriais realizados no pronto socorro, com os seguintes resultados: Hb 14, Ht 40, Leucócitos 9200, aumento da fosfatase alcalina e gama GT, bilirrubina total de 5,0, com predomínio de direta. Hepatograma com elevação discreta das aminotransferases. O médico assistente conversou com a paciente sobre a patologia e suas complicações, explicando sobre os exames pré-operatórios e risco cirúrgico. Orientou que antes da cirurgia seria importante realizar um exame para melhor investigação das vias biliares. Após a paciente sair da consulta, Alexandre perguntou ao médico assistente o porquê de não indicar cirurgia de urgência, e ele respondeu que um conjunto de fatores, envolvendo quadro clínico, exame físico, laboratório e exame de imagem ajudam a definir a conduta.

O segundo paciente se chamava **Antônio**, 58 anos, branco, aposentado, vinha a pedido da sua esposa que estava preocupada com ele. Antônio queixava-se de perda de peso progressiva, adinamia e “amarelão”, além de dor abdominal em abdome superior. Paciente referiu ser hipertenso e diabético, tabagista e etilista crônico. Ao exame físico, apresentava-se icterico 3+/4, hipocorado 1+/4 e massa palpável indolor em hipocôndrio direito. Sinal de Murphy ausente. Alexandre logo pensou: “mais um caso de cálculo de vesícula”? O médico assistente encaminhou Antônio para o pronto atendimento para internação hospitalar e investigação detalhada do caso. No plantão foi recebido pelo residente Gomes, que solicitou exames laboratoriais e de imagem para melhor elucidação do quadro.

Passada 2 semanas, Alexandre visitou a enfermaria do Hospital, e ficou surpreso ao encontrar **Rosimere**, paciente que havia conhecido no ambulatório. Ela contou que foi fazer o tal exame para investigar as vias biliares, e que correu tudo bem, porém no dia seguinte apresentou dor abdominal de forte intensidade no andar superior do abdome, com elevação de amilase e lipase. Foi internada para tratamento do quadro, e esperava que já pudesse resolver a questão da pedra da vesícula na mesma internação.

Alexandre também se deparou com **Antônio**, que por sua vez havia realizado os exames e aguardava melhora clínica e nutricional para a cirurgia, quando apresentou dor torácica súbita acompanhada de dispneia e taquicardia, com necessidade de intubação e transferência para UTI. Ao exame físico apresentava empastamento de panturrilha direita com dor à palpação da mesma. O residente explicou a Alexandre que no caso de Antônio sua doença estava associada a um quadro de hipercoagulabilidade.

SITUAÇÃO PROBLEMA 05

VIDA ADULTA

Alexandre agora começara a acompanhar o ambulatório da especialidade de Proctologia, com Dr. Frederico, e a primeira paciente foi Dona **Márcia**, 55 anos, que sempre trabalhou em lavoura e nunca demonstrou interesse com a sua saúde, tendo marcado consulta por insistência do marido. Na consulta revelou inúmeras queixas, até então omitidas para a família, como: adinamia, hiporexia, perda ponderal não quantificada e alteração do hábito intestinal. Em tempo, relatou que, em algum momento, suas fezes estavam finas e apresentando sangue.

Quando questionada sobre história patológica pregressa, referiu ser sedentária, tabagista de 10 cigarros/dia há 20 anos; tinha um padrão alimentar inadequado para uma vida saudável. Negou etilismo

Seu pai falecera de complicação intestinal há cinco anos, e tem uma irmã de 60 anos, que está usando uma “bolsinha” na barriga, decorrente de problema no intestino. **Márcia** estava com um exame realizado há 2 semanas que mostrou lesão no intestino grosso, com comprometimento de 50% da luz intestinal, e através desse exame também a biópsia dessa lesão tinha sido realizada, mas ainda sem resultado. Márcia perguntou: - Dr. o que eu tenho é uma inflamação no intestino?

Diante do relato, e após exame físico e toque retal, Dr. Frederico explicou as possibilidades diagnósticas para Márcia, foi radical na mudança de fatores modificáveis e solicitou alguns exames para complementação da investigação do quadro. Ele tentou tranquilizá-la dizendo que, dependendo dos resultados e considerando que Márcia apresentava uma boa reserva funcional, iria programar uma proposta cirúrgica visando a resolução em uma única abordagem.

O segundo paciente se chamava **Roberto**, 68 anos, que fora encaminhado ao ambulatório de Proctologia após uma consulta no pronto socorro, queixando de dor e inchaço na região anal, de início há 5 dias, que acreditava tratar-se de hemorroida. No atendimento referia discreto desconforto à evacuação e o surgimento de um “caroço” próximo ao ânus, sem sangramento. Referia hábito intestinal regular. Era hipertenso e diabético, obeso e tabagista de longa data.

Quando avaliado pelo médico da emergência há 3 dias, foi liberado com antibiótico oral e analgésico, e orientado sobre os cuidados de higiene local, além de solicitados exames para colher na rotina. Na consulta do ambulatório o paciente referiu aumento da dor local e febre. O exame físico evidenciou edema e endurecimento de toda região glútea esquerda, com área de flutuação presente. Os exames laboratoriais apresentavam leucometria 18mil com 7% bastões, glicemia de jejum 200mg/dl. Após esclarecer sobre o diagnóstico mais provável, Dr. Frederico o encaminhou ao cirurgião do pronto socorro para procedimento de urgência.

SITUAÇÃO PROBLEMA 06

É AZIA OU QUEIMAÇÃO?

Alexandre ainda participava do rotatório externo no ambulatório e desde vez acompanhava Dr. Leandro da cirurgia oncológica. A primeira paciente se chamava **Maria**, 58 anos, que vinha acompanhada da sua faxineira Ana. Maria fora encaminhada da Unidade Básica de Saúde, onde acompanhava de forma irregular uma doença ulcerosa péptica e infecção por H.Pylori. Maria relatou dor na “boca do estômago” há 1 ano principalmente relacionada com alimentação, com piora nos últimos 3 meses, quando também apresentou perda de peso de 10kg. Iniciou uso de antiácidos por conta própria, sem melhora importante. Referiu também sensação de plenitude pós prandial e, quando questionada sobre o funcionamento do intestino, referiu fezes escuras e mal cheirosas. Paciente sem comorbidades ou história social relevante.

Ao exame: apresentava regular estado geral, emagrecida, mucosas hipocoradas e hidratadas, FC 95bpm. ACV com ritmo regular e presença de sopro sistólico 1+/4+. Abdome flácido, presença de massa palpável em região de epigástrio de limites imprecisos e fixa aos planos profundos. Alexandre, que acompanhava o exame físico, questionou sobre nodulação presente em região umbilical, o que Dr. Leandro respondeu se tratar do sinal de irmã Maria José. O médico do posto de saúde pedira uma endoscopia digestiva alta com o seguinte resultado: lesão existente em corpo gástrico com classificação de Bormann IV; feitas biopsias ainda sem resultado. Hemograma com Hb 8 Ht 22, hipoproteinemia e sangue oculto nas fezes positivo. Dr. Leandro conversou com Maria sobre a principal hipótese diagnóstica e solicitou exames complementares para elucidar o caso e avaliar possibilidades terapêuticas. Maria estava desolada com o possível diagnóstico, referindo que endoscopias anteriores só mostravam gastrite.

Ana, por sua vez, assustada com o quadro de Maria, pegou carona na consulta e começou a falar dos seus sintomas. Ana tinha 32 anos, referia um quadro de pirose retroesternal há 5 anos. Anteriormente o sintoma se apresentava de forma esporádica, mas nos últimos 6 meses, a frequência e a intensidade dos episódios aumentaram. Atualmente apresenta episódios todos os dias da semana com piora após refeições volumosas e após deitar-se, além de ser acompanhada de regurgitação; sem fator de melhora. Refere que associado a esses sintomas, apresenta tosse seca e rouquidão. A paciente negou comorbidades, exceto por obesidade. Referiu ser tabagista e etilista social além de possuir uma alimentação bem desregulada, abusando de chocolate e comidas processadas. Ana estava preocupada de ter o diagnóstico de um tio distante que morava na roça que engasgava com frequência ao se alimentar com diagnóstico de “esôfago grande” e precisou operar.

Ao exame físico, a paciente encontrava-se em bom estado geral, lúcida e orientada, corada, hidratada, anictérica; exame de cabeça e pescoço apresenta erosão do esmalte dentário e irritação na faringe. Restante

do exame físico sem alterações.

Dr. Leandro conversa com Ana sobre o diagnóstico de Doença do Refluxo Gastroesofágico e a orientou a melhorar as condições nutricionais e a perder peso, prescreveu omeprazol 20mg/dia e solicitou uma Endoscopia Digestiva Alta com biópsia.

Após um mês, Ana retornou ao consultório médico referindo melhora dos sintomas com a medicação e a mudança dos hábitos comportamentais e nutricionais. A Endoscopia Digestiva Alta apresentou esofagite erosiva, esôfago de Barret e hérnia hiatal. Dr. Leandro explicou sobre as alterações endoscópicas e orientou como se dá o seguimento do quadro.

SITUAÇÃO PROBLEMA 07

SEQUELAS DA VIDA

Alexandre ainda no rotatório externo no ambulatório de cirurgia torácica e desta vez acompanhando o Dr. Washington atendeu o paciente o Sr. **Vicente** de 65 anos, pedreiro com queixa de dor à direita do tórax, tosse com raias de sangue, hiporexia, chiado no peito associados à cansaço aos pequenos esforços e perda ponderal não intencional de 10 kg em seis meses. O paciente não possuía histórico de comorbidades, porém tabagista inveterado de 03 maços/dia há 45 anos. Ao exame clínico, Dr. Washington detectou mucosas hipocoradas ++/4+, hipohidratadas ++/4+, esforço respiratório moderado, acianótico, anictérico e afebril. Ao iniciar o exame do tórax, Dr. Washington observou estigmas de DPOC e na ausculta pulmonar murmúrios abolidos em ambas as bases pulmonares com roncos esparsos nas outras regiões. Ausculta cardíaca apenas com hipofonese de bulhas e os demais segmentos sem alterações significativas. Baseado nesses achados, o Dr. Washington já foi organizando algumas hipóteses diagnósticas. Solicitou uma radiografia de tórax e orientou que retornasse o mais breve possível.

Na semana seguinte dona Clotilde, uma jovem senhora de 55 anos assintomática, esposa do Sr. Vicente, foi ao ambulatório acompanhá-lo na consulta pois além de mostrar os exames solicitados na semana anterior gostaria de falar também sobre os novos sintomas que tinham surgidos depois do primeiro encontro. Durante a conversa o Dr. Washington notou um discreto aumento da tireoide da Sra. **Clotilde** e prontamente ofereceu para examiná-la. No exame do pescoço notou um nódulo em região cervical anterior e ao ser indagado sobre o nódulo a Sra. Clotilde referiu ter percebido o caroço, porém nunca lhe incomodou e por esse motivo não tinha procurado ajuda médica. Dr. Washington percebendo a gravidade da situação orientou a paciente sobre o risco dessa lesão que o deixou muito preocupado, solicitou os exames laboratoriais e de imagem indicados, com retorno o mais breve possível.

Dr. Washington questiona ao Sr. **Vicente** sobre os novos sintomas e Sra. Clotilde começa a falar que notou o lado direito do pescoço mais edemaciado nos últimos dias e naquela manhã o edema tinha se espalhado para o tórax e face. Notou ainda que seu marido estava com o rosto mais vermelho e que tinha aparecido uns vasinhos tipo microvarizes no tórax. Ao avaliar a radiografia de tórax o médico observou um velamento em 2/3 inferiores do HTD. Dr. Washington após examiná-lo, ficou muito preocupado com a evolução e suspeitando de síndrome da veia cava superior e, prontamente o encaminhou ao hospital para internação e realização de exames e tratamento adequado da sua situação de saúde.

BIBLIOGRAFIA

CONHECIMENTOS INTEGRADOS EM SAÚDE - ADULTO E IDOSO II

1. BRASILEIRO FILHO, Geraldo. Bogliolo: patologia geral. 5. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2013 1 recurso online ISBN 978-85-277-2338-1.
2. BRUNTON, Laurence L. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 13. Porto Alegre AMGH 2018 1 recurso online
3. Clínica cirúrgica para o generalista / Organizadores Luís Gustavo Biondi Soares, Fernando Renato Praes Calixto, Pedro Henrique Martins de Oliveira. Revisor técnico Prof. Dr. Manoel Antônio Gonçalves Pombo. Teresópolis, RJ: UNIFESO, c2018.
4. FERRADA, Ricardo; RODRIGUEZ, Aurelio; PEITZMAN, Andrew B.; PUYANA, Juan Carlos; IVATURY, Rao R. Trauma: Sociedade Panamericana de Trauma. São Paulo: Editora Atheneu, c2010. 859 p. ISBN 978-85-388-0082-8
5. FRANÇA, Genival Veloso de. Medicina legal. 11. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2017 1 recurso online ISBN 9788527732284.
6. GALLEGUILLOS, Tatiana Gabriela Brassea. Epidemiologia : indicadores de saúde e análise de dados. São Paulo Erica 2014 1 recurso online ISBN 9788536520889.
7. GAMA-RODRIGUES, Joaquim José; MACHADO, Marcel Cerqueira Cesar; RASSLAN, Samir (Ed.). Clínica cirúrgica. São Paulo: Manole, 2008. ISBN 9788520424957.
8. HALL, John E.; GUYTON, Arthur C. Guyton & Hall Tratado de fisiologia médica. 13. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2017.
9. HANSEN, John T.; LAMBERT, David R. Anatomia Clínica de Netter. Porto Alegre: Artmed, 2007. xx, 667 p. ISBN 978-85-363-0740-4.
10. HOFF, Paulo Marcelo Gehm; KATZ, Artur. Tratado de oncologia. São Paulo, SP: Atheneu, 2013. 2 v. ISBN 978-85-388-0312-6.
11. Knobel, Elias. Conduas no Paciente Grave. 4. ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2016. 2 v. + CD ISBN 978-85-388-0694-3
12. LÓPEZ, Mario; LAURENTYS-MEDEIROS, José de. Semiologia Médica : As Bases do Diagnóstico Clínico. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. 1233 p. ISBN 9788573098280.
13. MEDICINA interna de Harrison. 20. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2020. 2 v. ISBN 978-85-8055-631-5.
14. Nódulo tireoidiano e câncer diferenciado de tireoide: atualização do consenso brasileiro. Arq Bras Endocrinol Metab. 2013;57/4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/ksNJ478JDCZDKLKSkBTzr/>

VH/?format=pdf&lang=pt

15. OESTMANN, Jörg-Wilhelm; WALD, Christoph; CROSSIN, Jane. Introdução à radiologia clínica: Da imagem ao diagnóstico. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 357p.
16. ORTOPEDIA e traumatologia : principios e prática. 5. Porto Alegre ArtMed 2017 1 recurso online ISBN 9788582713778.
17. PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. Porto & Porto semiologia médica. 8. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, c2019. xxxiii, 1336 p. ISBN 978-85-277-3471-4.
18. SILVA, Leonardo da. Atualização em emergências médicas, v.2. São Paulo Manole 2013 1 recurso online ISBN 9788520439333.
19. TOWNSEND, Courtney M. Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 20. ed. Rio de Janeiro, RJ: Saunders Elsevier, c2019. 2 v. ISBN 978-85-352-8857-5.