



RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: DIÁLOGO COMO FERRAMENTA

**GUSTAVO FERNANDES GODOY ALMEIDA
GUSTAVO DOS SANTOS FERNANDES**

**FASA
1ª EDIÇÃO**

**RECIFE
2018**

Copyright © 2018 - FASA, conforme contrato com o autor.

Autores: Gustavo Fernandes Godoy Almeida

Gustavo dos Santos Fernandes

Revisão: Victor Hugo Torres de Souza

Editoração eletrônica: Lílian Costa e Kamyla Brito

Capa: Maria Eduarda Cartaxo

Impressão: FASA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

A447r Almeida, Gustavo Fernandes Godoy
Relação médico-paciente : diálogo como ferramenta
/ Gustavo Fernandes Godoy Almeida, Gustavo dos Santos
Fernandes.-- Recife : FASA, 2018.
152 p. : il.

ISBN: 978-197-705-59-96

1. Médico e paciente - Relações. 2. Relações humanas.
I. Fernandes, Gustavo dos Santos. II. Título.

CDU 614.253

Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida, por
qualquer processo, sem a permissão expressa dos autores.
É proibido a reprodução de xerox.

Os capítulos expressam a opinião dos autores,
sendo de suas exclusivas responsabilidades.

COLABORADORES

ACADÊMICOS DA PRIMEIRA TURMA DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO

Alexandre Coelho Lima,
Amanda Lucas Freire,
Amanda Macêdo Xavier,
Antônio Victor Dantas Menezes,
Assiane Gabriela Anceles da Rocha,
Bárbara Azevedo Neves Cavalcanti,
Bianca Victorino Santos de Moraes,
Beatriz Reis Correa Bueno,
Carlos André Arcoverde Urquiza,
Danielly Melo Brasil,
Débora Ialle Pessoa de Sousa,
Ellen Caroline da Silva Girão,
Emily Ferreira de Araújo Lima,
Erika Manuella Figueroa Barretto,
Gabriela Cisneiros Arcoverde,
Gabrielle Gomes Rêgo,
Germana Maria Feitoza de Andrade,
Geyse Marinho Falcão,
Hanna Catarina Alves de Oliveira,

João Guilherme Alves de Andrade,
Júlia Borges de Jesus,
Juliana Farias de Oliveira,
Laryssa Alves de Farias,
Laura Freitas da Silveira,
Lêda Maria de Albuquerque Gondim,
Letícia Cavalcanti dos Santos,
Lucas Alves de Carvalho Silva,
Marcela Cavalcante da Rocha Leão,
Maria Clara Arruda de Santana,
Maria Eduarda Valadares Santos Lins,
Priscila Maciel de Araújo,
Thiago Meira e Sá Cunha,
Vivian Letícia Rudnick Ueta.

**ACADÊMICOS DO CENTRO UNIVERSITÁRIO
MAURÍCIO DE NASSAU**

Alexandre Dos Santos Lima,
Larissa Daianne Gomes Pereira Araújo,
Priscila Câmara Martins,
Roberta Cavalcanti

AGRADECIMENTOS

Aos alunos de medicina da Nassau pelo incentivo às discussões sobre anamnese voltada ao diagnóstico diferencial.

Aos alunos da primeira turma de medicina da Unicap que contribuíram com casos clínicos, enriquecendo o livro.

A minha eterna orientadora Profa. Miriam Honda Federico pelo carinho embutido nas críticas sempre construtivas.

Aos amigos e incentivadores que valorizam a medicina humanizada, incluindo Gustavo Fernandes, colaborador desse livro, que não abre mão dos seus objetivos.

DEDICATÓRIA

Dedico esse livro aos pacientes que me mostraram os detalhes que fizeram e fazem a diferença durante minha relação médico-paciente para com os mesmos.

Dedico também ao que me move adiante ou para trás quando ultrapassagens de limites acontecem.

PREFÁCIO

Manter-se atualizado é a grande preocupação do médico em geral: será que li ou estudei o suficiente; estou suficientemente informado? Raramente, contudo, pensamos se estamos conseguindo direcionar o diagnóstico de forma correta, com a rapidez necessária, ou se estamos conduzindo o tratamento da melhor forma e até se o que decidimos é o melhor para o paciente.

É disso que se trata este livro. O autor traz a sua experiência em como lidar com problemas de comunicação no exercício da profissão em nosso meio, como extrair informação importante no tempo que temos para dedicar ao paciente.

Para mim, não é só o acadêmico de Medicina que pode lucrar com a leitura deste livro. Como alguém de longa experiência na profissão, percebo que algumas condutas descritas eu mesma já seguia, talvez de forma inconsciente. Houve outras, no entanto, que, com certeza, ajudaram-me a melhor planejar o próprio exercício da medicina.

Desta forma, recomendo esta leitura para todos os que, como nós, estão envolvidos com a prática médica e, em especial, àqueles que estão no início deste caminho. Para es-

tes últimos, com certeza o livro ajudará a encurtar o caminho em direção a um exercício maduro da medicina.

Miriam H. H. Federico

Livre Docente em Oncologia

Professora Aposentada Faculdade de Medicina USP - SP

APRESENTAÇÃO

Quando resolvi escrever este livro, percebi que poderia contribuir com a construção de uma prática mais humana da medicina. Isso porque, inicialmente, não havia a pretensão de trazer nenhuma nova informação do ponto de vista técnico, mas o desejo de acrescentar à formação de um médico o interesse pelo paciente em si – não só pela sua doença – com a mesma relevância com que se preocupa em oferecer o tratamento mais adequado a ele.

Durante os primeiros anos de residência em Clínica Médica e em Oncologia, recebia dos pacientes e familiares sincera gratidão e afeto, embora eu achasse que estivesse fazendo apenas a minha obrigação perante às situações tão devastadoras para famílias que conheci nos anos de prática. Percebi, com isso, que poderia pôr em um livro um pouco da experiência construída ao longo desses anos a fim de tentar explicar o poder que um médico tem de minimizar momentos de sofrimento. Além disso, a escrita seria também uma forma de registrar meu agradecimento aos pacientes e familiares, pelos quais também nutri os mesmos sentimentos que deles recebi.

Nas páginas seguintes, o leitor terá uma visão de como conduzi minha atividade médica – moldada a partir das consultas realizadas, cada uma contribuindo de forma singular –, e da qual algo poderá ser aplicado na prática clínica diária de cada um, que terá como consequência o estabelecimento de uma relação médico-paciente fortalecida e afetuosa.

Pode-se dizer que a semente para este livro foi plantada durante minha formação em Oncologia Clínica no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), onde concluí o doutorado em Oncologia. Como o protocolo proposto foi interrompido precocemente por taxa de resposta aquém do planejado e incidência de efeitos colaterais consideravelmente elevada, comecei a me preocupar com a qualidade de vida dos pacientes e foi a partir desse momento que me aprofundei no estudo de cuidados paliativos. As etapas sucederam-se de maneira natural, reforçando que o estágio atual é a constante adaptação. Isso culminou com a criação de um programa de atenção integrada aos pacientes que recebeu o nome de Suporte Avançado pela Qualidade de Vida em Oncologia (SALVO). O SALVO é uma ferramenta de comunicação que permite o fortalecimento da relação médico-paciente-familiares.

Paralelamente ao programa, surgiu a necessidade de padronização das atividades que servissem de subsídio para a construção de uma anamnese voltada ao diagnóstico diferencial a partir de encontros com alunos de Medicina do Centro Universitário Maurício de Nassau durante atividades práticas de Semiologia e Clínica Médica, e, posteriormente, em Oncologia Clínica. A meta será de contagiar profissionais que lidarão com pacientes candidatos ao SALVO.

Boa leitura a todos.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
SALVO.....	19
ANAMNESE.....	33
EXERCÍCIO DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	53
DOR TORÁCICA: INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.....	55
DOR TORÁCICA: TROMBOEMBOLISMO VENOSO.....	71
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.....	79
CONSTIPAÇÃO INTESTINAL.....	85
LISTA DE PROBLEMAS E HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS.....	93
CONDUTA.....	95
DICAS.....	101
AUTOAVALIAÇÃO.....	105
ANAMNESE REAL.....	107
MODELO DE PRIMEIRA CONSULTA.....	127

MODELO DE CONSULTA DE RETORNO.....	137
DIREITOS DO PACIENTE COM CÂNCER.....	139
O TOQUE, O OLHAR, O SILÊNCIO.....	147
CONCLUSÕES.....	151



INTRODUÇÃO

A medicina padece de uma doença grave, mas reversível. Quem nunca ouviu o relato de alguém ter sido atendido e o médico não o olhou nos olhos? Esse relato é muito presente e, infelizmente, vários motivos levam a sua ocorrência. Entretanto, nós médicos podemos e devemos tentar conter a progressão desse mal e até mesmo revertê-lo. Não é tarefa fácil, no entanto, seria uma motivação maior insistir nisso pelos pacientes, uma vez que essa foi a escolha dos mesmos, a começar pela decisão de buscarem tratamento médico. A primeira atitude que se deve ter é esforçar-se para manter uma boa comunicação com especialistas, com pacientes, com familiares, com uma equipe multidisciplinar, etc. Ou seja, devemos manter uma boa relação com todos os componentes desse processo, especialmente entre médico e paciente, a qual se sustenta pela confiança.

Uma vez que o comprometimento dessa relação circunscreve-se na discussão em torno das mudanças ocorridas na Medicina, vários fatores poderiam ser identificados como causa para esse distanciamento, e uma delas estaria relacionada à incorporação de novas tecnologias. Dessa maneira, faz-se imprescindível discutir uma ferramenta que possa faci-

litar a reaproximação entre pacientes, famílias, profissionais e médicos. O toque, o olhar e o silêncio devem ser devolvidos aos seus devidos lugares. Nesse sentido, este livro busca mostrar algumas experiências exitosas na busca pela recuperação desses componentes.

Adicionalmente, quando se discute os prós e contras de determinado tratamento, após máximo esclarecimento, a opção por aquele que ofereça menor probabilidade de cura, mas, ao mesmo tempo, traga menor risco de complicações ou eventos adversos graves em razão da existência de comorbidades que tornariam outra opção mais arriscada, é o resultado final do compartilhamento de responsabilidades e decisões importantes, que pode ser chamada de medicina consensual. Em Oncologia, especialmente, tratamentos diversos podem oferecer benefícios semelhantes, mas com perfil de risco diferente. Informando os riscos e benefícios de cada modalidade, é possível escolher um tratamento menos agressivo, ou mais conservador, a partir do acordo entre o médico, o paciente e seus familiares. O conjunto paciente/família/médico, ao fazer uma escolha em acordo, pode tornar o compartilhamento da responsabilidade uma relação de cumplicidade, que se soma à confiança e à empatia.

No texto a seguir, discutiremos o papel crucial desempenhado pelo diálogo em algumas vertentes. Inicialmente, apresentaremos o papel do SALVO como ferramenta para se valorizar a dignidade humana. Posteriormente, mostraremos como a comunicação facilita a anamnese, assim como o diagnóstico diferencial, tornando esse processo menos tortuoso, o que vai trazer benefícios, fortalecendo ainda mais a relação médico-paciente. Serão apresentadas uma anamnese real, ca-

tos clínicos das doenças mais comuns do nosso meio criados com o objetivo de ilustrar o exercício de diagnóstico diferencial e modelos para primeiras e subseqüentes consultas com enfoque para pacientes oncológicos.

Por fim, discutiremos os direitos de pacientes oncológicos, assunto sempre presentes em consulta com oncologista. Por isso, a importância de trazermos à tona esse debate, pois outros profissionais também podem contribuir ativamente.

Em relação a pacientes com suspeita ou confirmação de câncer, para generalistas é importante saber conduzir o paciente por se tratar da segunda causa de morte no mundo e a primeira em países desenvolvidos. Em regiões mais desenvolvidas do nosso país, como São Paulo, o câncer já ultrapassou doenças cardiovasculares e se tornou a primeira causa de morte. Quanto mais desenvolvida a região, maior é a chance de morte por câncer. Então, o generalista precisa se familiarizar com a condução de pacientes oncológicos até a confirmação diagnóstica e o encaminhamento definitivo ao especialista.

Sintomas de câncer são inespecíficos. É bastante adequado investigar aqueles que demoram mais de uma semana para desaparecer. Isso inclui dor crônica, dificuldade para deglutir, digerir os alimentos, ou evacuar. Lembrar também dos sintomas respiratórios, urinários e ginecológicos. Linfonodos aumentados também merecem avaliação médica.

Explicar à população que o importante é manter hábitos de vida saudáveis e ter um médico que acompanhe regularmente que poderá iniciar investigação, pois terá sensibilidade de perceber precocemente quando algo está fora do habitual. Esse mesmo profissional deverá realizar exames de diagnóstico precoce de câncer, mesmo em pacientes assintomáticos, como mama, colo de útero, intestino, próstata, pulmão, entre outros.



SALVO

O Suporte Avançado pela Qualidade de Vida em Oncologia (SALVO) é um conjunto de ideias – que surgiram a partir de publicações e experiência pessoal, reunidas numa lista mnemônica de A a Z – para ajudar o profissional de saúde a lembrar do que abordar, executando ou encaminhando ao profissional mais apropriado.

O SALVO inspira-se na abordagem do cuidado paliativo precoce (*early palliative care*), o qual é indicado para qualquer paciente com doença grave. Câncer é uma delas, mas existem outras doenças graves e debilitantes que colocam o paciente como candidato ao SALVO. Podemos citar doenças neurológicas, cardíacas e pulmonares, entre outras. O cuidado paliativo precoce em Oncologia demonstrou, além de melhor qualidade de vida de pacientes e cuidadores, menor custo e, o mais importante, sobrevida mais longa (Temel et al, 2010). Esses pacientes receberam menos tratamento na terminalidade e, mesmo assim, viveram mais tempo. Qual o verdadeiro fator associado à sobrevida mais longa ainda é motivo de debate.

Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell

lung cancer. *N Engl J Med.* 2010 Aug 19;363(8):733-42. doi: 10.1056/NEJMoa1000678.

Entre outros benefícios, o SALVO oferece suporte ao paciente que não tenha diagnóstico de câncer, mas deseja evitá-lo, ou àquele que tem suspeita ou já confirmou esse diagnóstico e tem programação de tratamento oncológico. Após a primeira avaliação, todas as necessidades do paciente são identificadas e o paciente é direcionado a cada componente dessa rede integrada de atendimento.

A proposta do SALVO é fazer uma abordagem paralela ao acompanhamento dado pelo especialista, e oferecer a oportunidade de discutir metas, objetivos, preferências, esclarecer dúvidas e fazer busca ativa de sintomas e complicações. Através de um *checklist*, o médico vai buscar uma sintomatologia ou outro problema e abordar de forma proativa, introduzindo discussões mais difíceis. Este livro também buscou esclarecer que o cuidado paliativo não se restringe aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas (terminalidade). Ele é mais abrangente e se aplica também para pacientes que tenham câncer, mas não tenham metástases. Vejam-se dois exemplos para facilitar o entendimento.

Um paciente com câncer de cólon com indicação de quimioterapia adjuvante após uma cirurgia (prevenção secundária) receberá o mesmo esquema que um paciente com doença disseminada. Mas, se as drogas são as mesmas, por que um paciente sem evidência de doença, ou seja, recebendo tratamento preventivo, não merece ter suas complicações abordadas de forma proativa com o objetivo de minimizar/abortar complicações relacionadas à quimioterapia, que são previstas e não desprezíveis?

Outro exemplo do impacto positivo que o SALVO consegue oferecer fora do cenário metastático seria o de uma paciente jovem que teve o diagnóstico de câncer de mama, não tem prole definida, vai fazer uma quimioterapia e pode ficar estéril. Nesse contexto, é necessário discutir essa possibilidade com a paciente e encaminhá-la para uma clínica de fertilização antes do início da quimioterapia, desde que isso não comprometa os tempos e metas do tratamento (cura).

Adicionalmente, o SALVO preocupa-se, além do paciente, com o ambiente no qual ele está inserido. É preciso, então, analisar quem são os familiares para saber se aquele local oferece as condições adequadas as suas necessidades. Doenças crônicas e debilitantes são frequentemente observadas em pacientes idosos com múltiplas comorbidades. Se aquele paciente vai receber quimioterapia, além dos seus medicamentos de uso regular, ele vai associar a eles mais outros para evitar os efeitos colaterais tais como, náuseas, vômitos, diarreia, etc. Se o médico percebe que não há condições favoráveis no ambiente no qual o paciente está inserido, ele poderá ajustar o tratamento de acordo com essas impressões. Como disse Jose Ortega y Gasset, “O homem é o homem e suas circunstâncias”.

Além disso, o SALVO amplia a atenção para a comunidade. Quando se menciona comunidade, lembramos inicialmente dos parentes/cuidadores dos pacientes. Um exemplo disso é o médico informar aos parentes de rastreamento para câncer que normalmente se inicia 10 anos antes do diagnóstico do paciente que buscou o primeiro atendimento ou de outros tumores a partir da idade indicada. A propagação dessas informações é extremamente útil para a comunidade que está

direta ou indiretamente envolvida com o paciente oncológico. É, dessa forma, que o SALVO propõe que o paciente seja visto. Ele não é algo individual, ele é um conjunto que inclui a mudança de rotina daquele ambiente ou daquela família.

Nesse momento, é importante frisar a importância da anamnese na busca dessas informações. Realizar uma anamnese é uma habilidade que tem que ser treinada. Deve ser feita e refeita diversas vezes. Ninguém completa 100% das informações na primeira anamnese. Anamnese é algo que os estudantes de medicina ou médicos recém-formados precisam fazer, repetir e sentir, porque só se irá adquirir a habilidade de direcionamento na coleta da anamnese numa determinada especialidade após fazer várias. Antes desse momento acontecer, normalmente na residência médica, os alunos devem estar familiarizados com a ferramenta de anamnese global. Ela não se trata de uma atividade mecânica, administrativa ou ato de copiar. Ela é uma experiência emotiva porque existe uma relação entre pessoas, que pode ser o médico, o aluno, o paciente, o cuidador, o parente, enfim, uma família inteira.

Informações sobre o SALVO podem ser consultadas eletronicamente através do site www.oncologiasalvo.com.br. O site também disponibiliza aulas numa plataforma de educação continuada através de um cadastrado, em que se fornece o número de conselho profissional ou o número de matrícula de estudantes universitários, para fazê-las. As aulas são de temas em Oncologia e outros assuntos relacionados a pacientes oncológicos.

Através da capacitação profissional, educação continuada em eventos científicos e de troca de experiências com

outros profissionais, chegou-se a um compilado de necessidades do paciente oncológico, que será mostrado a seguir, o qual se encontra em constante evolução dadas as publicações científicas na área, reunidas num *Guia de atenção integrada ao paciente oncológico* em que as necessidades são identificadas e abordadas.

O SALVO foi apresentado pela primeira vez em 2012 no congresso da *Multinational Association on Supportive Care in Cancer* (MASCC). Por isso, as palavras vêm do inglês.

Almeida G. G. Implementing Advanced Support For Quality-Of-Life In Oncology (ASQO): Seeking, Intervening, And Educating In: International Symposium On Supportive Care In Cancer, 2012, New York. Abstracts of the 2012 International MASCC/ISOO Symposium. Heidelberg: Springer, 2012. V.20. P. S205 - S206

Ache (dor): 90% dos pacientes com câncer apresentam dor em algum momento da doença. Seu controle é dinâmico e contínuo. Eventos adversos dos analgésicos devem ser prevenidos e tratados eficientemente.

Breath (sintomas respiratórios): sintomas respiratórios podem ser em decorrência do câncer ou de metástases. Podem ser graves, incluindo infarto do miocárdio e embolia pulmonar, e requererem tratamento imediato. Outras causas podem ser doença do refluxo gastroesofágico, broncoaspiração de alimentos, principalmente em pacientes com doenças neurológicas, tumores cerebrais primários ou metastáticos. Toxicidade ao tratamento oncológico também podem trazer pneumonite (inflamação nos pulmões) e desconforto respiratório.

Circulation (acúmulo ou perda de líquidos, edema, pressão arterial): o estado hemodinâmico deve ser checado para interrompermos possíveis complicações decorrentes do tratamento, como desidratação ou hipertensão arterial. O edema principalmente em membros inferiores pode ser em decorrência de anemia, imobilização, desnutrição, insuficiência renal ou a associação deles.

Diet (aporte calórico): dietas hipercalóricas devem ser recomendadas, respeitando-se limitações inerentes a cada paciente, pois o uso de quimioterapia altera o metabolismo, o organismo passa a gastar mais energia e uma quantidade maior de calorias será necessária para manutenção do peso original. Além disso, a falta de apetite inerente aos tumores avançados dificulta muito o ganho de peso, o que interfere diretamente com o tratamento oncológico, já que as doses da quimioterapia levam em consideração peso e altura (superfície corporal). Por isso, dietas devem ser prescritas como remédios, além da necessidade do acompanhamento de profissional nutricionista.

Education (fornecimento de informações): os pacientes devem ser orientados e devem receber as informações mais relevantes de cada doença para participarem das decisões mais importantes. Tal recomendação pode ser difícil de cumprir em pacientes com nível de instrução restrito, mas com paciência conseguimos passar a mensagem necessária a todos, além de orientações quanto aos efeitos colaterais do tratamento e busca por atendimento imediato e interrupção

das complicações.

Fertility (preservação de fertilidade): muitos pacientes jovens perdem ou têm sua capacidade reprodutiva limitada pelo tratamento e isso deve ser informado para possibilitar a preservação de fertilidade através de coleta de óvulos ou embriões (no caso das mulheres) e congelamento de sêmen (no caso de pacientes do sexo masculino), desde que isso não interfira negativamente nos resultados. Outros problemas relacionados ao uso de quimioterapia são a antecipação da menopausa, trazendo consigo sintomas desconfortáveis com necessidade de tratamento específico.

Goals (objetivos e metas): os pontos a serem atingidos com o tratamento devem ser claros, pois algumas decisões importantes de cada paciente podem ser tomadas em momentos únicos ao longo do tratamento. A importância de cessação de tabagismo para uma melhor resposta ao tratamento também deve ser explicada para cada paciente.

Humor (abordagem dos distúrbios do humor): ferramentas de avaliação da presença de distúrbios de humor devem ser empregadas para aumentarmos a sensibilidade de diagnóstico de problemas tão prevalentes em pacientes com câncer. Esses problemas incluem depressão, ansiedade, insônia e devem ser tratados para preservação da qualidade de vida.

Infection (rastreamento de infecção): infecções são complicações comuns pela redução da imunidade com potencial risco de vida. Locais pouco frequentes de infecção em indivíduos

com imunidade normal podem estar presentes em pacientes oncológicos, tais como, genitália, pele, unhas, couro cabeludo, pelve, períneo, cavidade oral, além dos sítios comuns de infecção no trato urinário e respiratório.

Jogging (atividade física): atividade física é importante em vários aspectos, especialmente para melhorar a fraqueza causada pela quimioterapia. Além disso, ajuda na reabilitação daqueles pacientes com perda significativa de massa muscular e limitação de atividades (dependência), reduzindo risco de queda.

Karnofsky Performance Status - KPS (condições clínicas): avaliações objetivas e prospectivas das condições clínicas dos pacientes oncológicos devem ser realizadas para ajustes no tratamento (incluindo interrupções), em caso de piora clínica, para reduzirmos o risco de efeitos colaterais.

Listen (atenção e paciência): ouvir o paciente atentamente e com disponibilidade de tempo permite o estabelecimento de uma adequada relação médico-paciente, permitindo confiança e aderência ao tratamento proposto.

Medication (inventário medicamentoso): revisão do uso de medicamentos, doses e posologias deve ser realizada para evitarmos eventos adversos, interações medicamentosas, complicações e para aumentarmos aderência ao tratamento.

Nausea (náuseas e vômitos): evento colateral muito comum e que compromete demasiadamente a qualidade de vida dos pacientes em quimioterapia ou radioterapia. Prescrição per-

missiva de vários agentes antieméticos em combinação pode evitar esse efeito colateral tão desagradável.

Optimization (individualização do tratamento): reduções de dose de quimioterapia, aumento de intervalos e omissões de doses em pacientes com doença avançada e estado geral comprometido podem ser testadas para melhor tolerância e preservação da qualidade de vida.

Preferences (escolhas e preferências): informações e decisões dos pacientes sobre internações domiciliares, permissão para ressuscitação cardiopulmonar, sedação, e local de morte (óbito domiciliar) devem ser colhidas precocemente de forma cuidadosa. A discussão sobre a terminalidade, sempre que possível, deverá ser feita muito tempo antes da situação efetivamente estar presente, pois a decisão é muito importante e não deve ser tomada em momento crítico, como na porta da UTI. O diálogo deve ser em ambiente tranquilo, com mais de um momento, mais de um familiar, envolvendo o máximo de pessoas que estão acompanhando o caso. O registro do nome de todos ajuda nisso também. Não é raro acontecer de um familiar que nunca esteve presente às consultas apresenta-se e crie uma situação de desconforto diante de desconfiança de que não foi feito tudo pelo paciente, ou que o convênio limita recursos, ou até mesmo que há uma má vontade por parte do médico em relação ao seu. Diante disso, o médico tem que se manter calmo, pois os sentimentos estão exacerbados, impedindo que se tenha uma visão clara da situação, dificultando ainda mais a já difícil decisão.

Questions and concerns (dúvidas e questionamentos): respostas claras e imediatas às perguntas dos pacientes devem ser fornecidas preferencialmente para ele, sem intermediários, salvo se o mesmo preferir que o contato seja feito com um terceiro por ele indicado.

Research (pesquisa clínica): a pesquisa clínica tem como objetivo oferecer tratamentos potencialmente mais eficientes e adequados para a população de pacientes oncológicos, especialmente em estágios avançados de doença, incuráveis ou terminais.

Screening (rastreamento): algumas doenças podem ser reativadas quando a imunidade diminui em consequência da quimioterapia. Exemplo disso é a hepatite B naqueles pacientes que recebem tratamento contra linfomas. Vale reforçar a importância do diagnóstico precoce de cânceres, como intestino, mama, próstata, colo uterino, o que representa o fator mais importante para aumentar a probabilidade de cura.

Toxicity (efeitos colaterais): acompanhamento rigoroso dos pacientes em quimioterapia é a ferramenta mais sensível para a identificação precoce e interrupção de crises com desfecho potencialmente desfavoráveis.

Unfold (investigar antecedentes familiares): a partir de uma boa coleta de histórico familiar, pode se identificar famílias com maior risco de câncer, dando início à identificação de genes conhecidamente associados à predisposição genética para o desenvolvimento de câncer, o que determina o acompanhamento mais rigoroso, com ou sem interven-

ções, e aconselhamento genético daqueles parentes que herdaram esses genes.

Volunteer (voluntariado): o envolvimento de pacientes sobreviventes de câncer, em atividades coletivas, com pacientes em tratamento ajuda os mesmos a entenderem todas as etapas, preparando-se física e psicologicamente, permitindo diminuir a ansiedade pelo desconhecido.

Weekends/chemo holidays (feriados, intervalos no tratamento): interrupções temporárias pré-definidas podem ser programadas para aqueles pacientes com doenças incuráveis, permitindo participação em eventos familiares, viagens, etc.

X-team (analogia aos X-Men): cada necessidade específica é tratada por um membro dessa equipe multidisciplinar, cada um com seu dom ou competência.

Yoga: terapias integrativas trazem benefício para alguns sintomas como insônia, fogaços, etc. e devem ser empregadas sempre que possível. Esses tratamentos incluem yoga, meditação, música, cinema, massagem, relaxamento, acupuntura, etc.

Z (última letra do alfabeto): utilizamos a última letra do alfabeto para lembrar que os pacientes oncológicos apresentam necessidades especiais e que devem receber tratamento diferenciado, o que os tornam pessoas muito importantes (*very important people* – VIP).

Algumas publicações trazem outras sugestões de abordagem em cuidados paliativos e podem ser consultadas nas referências abaixo, não cobrindo todos os itens do SALVO:

Jacobsen J, Jackson V, Dahlin C, et al. Components of early outpatient palliative care consultation in patients with metastatic nonsmall cell lung cancer. *J Palliat Med.* 2011 Apr; 14(4):459-64. doi: 10.1089/jpm.2010.0382.

ASCO Institute for Quality - Quality Oncology Practice Initiative (QOPI®)

Desde 2010, a comunidade médica tem sido presenteadada com publicações que demonstram o aumento de sobrevida (Bakitas *et al*, 2015) e melhora da qualidade de vida (Temel *et al*, 2010) dos pacientes oncológicos que recebem, além da terapia padrão, o suporte de uma equipe de cuidados paliativos.

Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z et al. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol.* 2015 May 1;33(13):1438-45. doi: 10.1200/JCO.2014.58.6362.

Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 2010 Aug 19; 363(8):733-42. doi: 10.1056/NEJMoa1000678.

Até uma revisão da Cochrane demonstrou aumento de sobrevida quando a terapia padrão era associada aos cuidados paliativos.

Non-Small Cell Lung Cancer Collaborative Group. Chemotherapy and supportive care versus supportive care alone for advanced non-small cell lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 May 12; (5):CD007309. doi: 10.1002/14651858.CD007309.pub2.

Além dessas publicações que demonstram aumento de sobrevida, outras demonstraram economia de até 24% no custo de pacientes hospitalizados quando uma equipe de cuidados paliativos acompanhava pacientes hospitalizados precocemente. Isso é algo muito importante principalmente em um país como o nosso em que aproximadamente 80% da população depende do SUS.

May P, Garrido MM, Cassel JB, et al. Prospective Cohort Study of Hospital Palliative Care Teams for Inpatients With Advanced Cancer: Earlier Consultation Is Associated With Larger Cost-Saving Effect. *J Clin Oncol.* 2015 Sep 1; 33(25): 2745-52. doi:10.1200/JCO.2014.60.2334.

Essa abordagem precoce de cuidados paliativos tem sido empregada em países desenvolvidos de forma sistemática e a enfermagem é parte integrante disso. Não é possível desenvolver cuidados paliativos adequados sem a participação das (os) enfermeiras (os). O trabalho é de equipe. A troca de informações é indispensável para que todas as necessidades sejam identificadas e abordadas. Por isso, outras disciplinas também são muito bem-vindas e no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco uma equipe de oito especialidades oferece abordagem multidisciplinar envolvendo nutrição, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, enfermagem, farmácia clínica e oncologia clínica desde agosto de 2017, já com protocolos estabelecidos e publicações em andamento.

Precisamos difundir essas informações para tentarmos beneficiar mais pacientes e várias especialidades podem contribuir muito no suporte desses pacientes. Por isso, convoco especialistas em oncologia ou em cuidados paliativos para criarem o hábito do trabalho multidisciplinar e tentarem convencer outras profissionais que ainda não sejam especialistas nessas áreas para que busquem esse aperfeiçoamento, pois a necessidade está crescendo bastante e quanto mais pessoas envolvidas, melhor para os pacientes e familiares.



ANAMNESE

A segunda ferramenta desse livro será apresentada através da anamnese. Nela, foram inseridas experiências prévias que permitiram o acolhimento do paciente, por meio do qual as informações foram mais facilmente reunidas e o diagnóstico, antecipado.

Nesse momento, é importante ressaltar o papel da anamnese na busca dessas informações. Realizar uma anamnese é uma habilidade que tem que ser treinada. Deve ser feita e refeita diversas vezes. Ninguém completa 100% das informações na primeira anamnese. Anamnese é algo que os estudantes de medicina ou médicos recém-formados precisam fazer, repetir e sentir, porque só se irá adquirir a habilidade de direcionamento na coleta da anamnese numa determinada especialidade após fazer várias. Antes desse momento acontecer, normalmente na residência médica, os alunos devem estar familiarizados com a ferramenta de anamnese global. Ela não se trata de uma atividade mecânica, administrativa ou ato de copiar. Ela é uma experiência emotiva porque existe uma relação entre pessoas, que pode ser o médico, o aluno, o paciente, o cuidador, o parente, enfim, uma família inteira.

.....

A primeira noção que se deseja mostrar é que a anamnese deva ser encarada como um canal de comunicação. As informações precisam estar num formato em que alguém vai ler e entender futuramente. Portanto, o esforço que o profissional deve ter é de se fazer compreender. Sempre que se conclui uma anamnese, precisa-se reler e se perguntar se o que foi registrado está claro, porque, uma vez realizada a anamnese, o profissional saberá o que o paciente realmente está comunicando, ou seja, o profissional precisa se sensibilizar para ter certeza, a partir da leitura da anamnese, se o que o paciente está lhe dizendo é o que está sendo de fato entendido por ele. sendo imprescindível, por isso, registrar o máximo de informações no documento. Isso é importante em qualquer especialidade, mas em particular na oncologia, já que mudanças relevantes no quadro clínico podem ocorrer em pequenos intervalos de tempo, sendo muitas vezes necessária completa readequação das medidas terapêuticas. Então, para que se consiga captar essas nuances, é necessário preencher a anamnese com riqueza de detalhes.

Adicionalmente, a anamnese não deve ser “engessada”; há liberdade para abusar da criatividade. Os livros de semiologia oferecem uma orientação para a elaboração de um documento inteligível. Quando se fala sobre criatividade, compara-se a anamnese a um concurso de loteria. Quanto mais dezenas se tem, maior a sua probabilidade de ganhar. Em anamnese, quanto mais informações são inseridas, maior será a probabilidade de acertar o diagnóstico daquele paciente. É necessário alimentar o sistema para que se aumente a probabilidade de acerto. Ser sucinto é importante, entretanto, sem perder conteúdo.

As informações na anamnese podem ser também comparadas a bolas de cores diferentes. É necessário separar essas bolas em seus recipientes específicos. Cada cor no seu lugar. Nesse contexto, uma informação ocupará o seu melhor lugar na identificação, na queixa principal e duração (QPD), na história da doença atual (HDA), no interrogatório sintomatológico (IS), nos antecedentes pessoais e familiares, ou no exame físico. Por exemplo, a expressão “paciente emagrecido” é uma observação do exame físico. É, novamente, a questão da cor da bola previamente mencionada. Uma sugestão para melhor lidar com isso seria registrar uma informação relevante que surge posteriormente o quanto antes entre outros componentes da anamnese, chamando-se atenção que aquela nova informação se encontra separada de outras que permaneceram no local apropriado para aquele tipo de informação.

Desse modo, apresentarei em seguida os componentes que considero fundamentais na constituição de uma anamnese.

Data e Cena

Além de ser muito importante sempre registrar a data em cada consulta, é fundamental descrever o ambiente, o cenário em que aquela anamnese está acontecendo. Se é, por exemplo, à beira do leito, no consultório, ou no domicílio (pacientes em *home care*), etc. Dessa forma, passam-se para o leitor informações sobre onde é e a hora em que aquela anamnese está sendo realizada, o que poderia justificar, por exemplo, a piora de um paciente que possua antecedente de doença psiquiátrica quando essa anamnese acontecer num momento ou lugar específicos. Adicionalmente à descrição do

ambiente e da cena, pode-se registrar quem está participando dessa consulta além do paciente. Mais informações serão discutidas a seguir.

Identificação

Na identificação, discutiremos alguns artifícios para a coleta das informações de forma mais minuciosa a partir de alguns exemplos.

O médico deve atentar, primeiramente, para o nome completo de seu paciente, registrando-o em todas as páginas da consulta para não correr o risco de troca de informações, em razão, principalmente, de várias relocações do prontuário entre o consultório e o arquivo médico.

Todos os envolvidos no tratamento de cada paciente, incluindo os familiares que o acompanham, devem ser chamados pelo nome. Por isso, a identificação não se limita ao paciente: todos os presentes na consulta, e ausentes, envolvidos devem ter seus nomes registrados em prontuário, visando a consultas futuras. Com tais registros, é possível identificar o responsável pelo tratamento do paciente, que, por exemplo, dará todos os medicamentos do tratamento principal e aqueles para evitar efeitos colaterais. Identificar o acompanhante mais envolvido com o tratamento daquele paciente é também importante no momento de compartilhar uma decisão sobre a indicação ou não de admissão em unidades de cuidados intensivos (UTI), quando o paciente se encontra em insuficiência orgânica, necessitando de suporte ventilatório ou sedação exclusiva, isto é, fora de possibilidades terapêuticas do ponto de vista oncológico.

Nome Social

O Nome Social se refere ao nome com o qual a pessoa se identifica. Muitos profissionais relacionam o uso do Nome Social com a mudança de sexo. Isso é muito importante, mas não é só isso. Nome social vai além. É o nome considerado familiar ao paciente.

Vamos a alguns exemplos.

Pacientes com nome composto podem ser chamados de diversas formas. O profissional deve perguntar como o paciente normalmente é ou gostaria de ser chamado, ou como se sente mais confortável. Existem aqueles pacientes que preferem ser chamados pelo sobrenome, se essa tiver sido a forma como a qual sempre foram reconhecidos pelos seus pares no trabalho, o que o deixaria menos vulnerável. Se esse paciente for chamado por um nome diferente do qual sempre foi reconhecido pode se sentir fragilizado.

Há também pacientes que se sentem confortáveis quando são chamados pelo apelido. Dessa forma, sentem-se mais acolhidos. O profissional deve saber se ele gostaria de ser chamado por esse apelido. Se isso ocorrer, seu apelido deve ser registrado entre parênteses após o registro de seu nome completo.

Se ele perceber que está sendo chamado por um nome que sempre lhe foi familiar, poderá se sentir mais acolhido e se permitirá ter mais liberdade para confidenciar suas intimidades. Falar sobre fatores de risco, questão de sexualidade, uso de drogas, etc., só vai ser possível num ambiente em que o paciente se sinta confortável. Logo, uma das estratégias que você pode utilizar para aumentar a probabilidade de colher

informações como essas poderá ser o uso do Nome Social.

Outra situação são os prefixos e sufixos. Sufixos são *Júnior, Neto, Filho*. Existem alguns sufixos que o paciente ouviu a vida inteira e que podem ser de sua preferência. Prefixos referem-se à questão profissional. No Brasil, médicos, engenheiros e advogados são profissionais que passaram a vida sendo chamados de “doutor”, por exemplo. Não é inadequado que um médico chame um paciente de doutor. Outro exemplo, nas Forças Armadas a pessoa é chamada pela patente seguida pelo sobrenome, assim, um paciente chamado Pedro Nascimento ser chamado de seu Pedro não soa familiar quando ele desejaria, na verdade, ser chamado “Capitão Nascimento”. Outro prefixo também muito comum é o de professor. Para encontrarmos informações como essas, só será possível fazendo perguntas “tangenciais” como local de trabalho, por exemplo. Trata-se de uma estratégia de diálogo.

Estado civil

Certa vez atendi uma paciente do sexo feminino, que era solteira, em estágio de ginecologia. Como me contive em relação a perguntas na esfera sexual e a paciente apresentava queixas inespecíficas sobre questões urinárias e discreta secreção vaginal, indiquei um exame especular. Dei-me conta de que a paciente, já na posição ginecológica, nunca tinha tido relações sexuais. A realização do exame causaria uma lesão corporal e potencialmente um problema na esfera psíquica. Ao perceber isso, perguntei se a paciente nunca tinha tido relação sexual e a mesma confirmou com bastante constrangimento. Isso também pode acontecer quando uma paciente

precise investigar uma lesão ovariana evidenciada por tomografia através de ultrassonografia transvaginal. Essa situação também pode acontecer com uma paciente em uso de tamoxifeno, medicamento associado ao risco aumentado de carcinoma de endométrio, cuja apresentação clínica será metrorragia e a investigação será através de ultrassonografia transvaginal.

Portanto, lembremos-nos de investigar essa situação quando a paciente informar que é solteira. O estado civil também pode influenciar a decisão terapêutica para uma paciente em programação de quimioterapia em que não haja prole definida e (ainda) exista o desejo de ser mãe, conforme comentado anteriormente.

O estado civil é fonte de informações do suporte social do paciente sendo o cônjuge, habitualmente, um dos entes mais ativos no suporte do paciente.

Grau de Instrução (escolaridade) e profissão

Neste item, vê-se que, basicamente, importa inferir quatro informações:

1. O poder econômico do paciente de acordo com a profissão. Após concluir o atendimento de um paciente, o profissional fica em dúvida sobre a possibilidade de aquisição de um medicamento oneroso. Por exemplo, para pacientes diabéticos com indicação de insulina, há opção de medicamento de aplicação única no dia, que oferece menor risco de hipoglicemia; ou um medicamento que requer mais de uma tomada diária, com maior risco de hipoglicemia, mas é disponibilizado gratuitamente. Isso vai influenciar direta-

- mente na prescrição. Na dúvida, o profissional deve oferecer as duas opções e aguardar a manifestação do paciente.
2. Além do poder econômico, é possível avaliar se o paciente apresenta entendimento para aderir ao tratamento, visto que a aderência não é uma questão de boa vontade. Ao perceber que haverá dificuldade, o profissional poderá contar com alguns artifícios como desenhar no receituário um sol ao lado do medicamento que deve ser ingerido ao acordar e uma lua ao lado do medicamento que deve ser ingerido antes de dormir. Essa informação também influenciará na prescrição. Isso é importante, especialmente em oncologia, porque muitos são idosos com múltiplas comorbidades. Deve ficar clara, nesse sentido, a necessidade de manutenção de tratamentos, pois se o paciente apresentar descompensação do diabetes, por exemplo, e necessitar de internação hospitalar, poderá haver descontinuidade do tratamento oncológico.
 3. Assim como no item 2, pode-se inferir a capacidade de agendar exames complementares ou consultas com outros profissionais.
 4. Algumas exposições ocupacionais do paciente aumentam o risco de desenvolvimento de várias doenças. Então, o médico deverá se lembrar de fazer um inventário profissional e não registrar apenas a profissão atual do paciente. Ele pode ter sido exposto a algo décadas antes. Outra informação importante é o tabagismo passivo que aconteceu em ambientes profissionais décadas atrás, quando o hábito não era proibido em locais públicos e as pessoas fumavam em ambientes fechados, por exemplo. Lembremos também de profissões que expõem o trabalhador a substâncias no-

civas à sua saúde, como é o caso daqueles que lidam com corante, um fator de risco para o câncer de bexiga, ou o amianto, usado para confecção de lona de freio, telha de casas, etc., que é um fator de risco para câncer de pulmão e de pleura.

Em suma, por meio do conhecimento do grau de instrução e profissão do paciente, o profissional vai saber se um medicamento de melhor eficácia poderá ser adquirido, ou se o paciente vai aderir adequadamente ao tratamento porque entendeu sua prescrição, ou se o profissional vai contar com membros da equipe multidisciplinar para auxiliar na marcação dos exames que o paciente precisa fazer, marcar consultas com outros especialistas, procedimentos, etc. Uma técnica que emprego com bastante frequência é a de usar a desculpa de que minha letra é muito “feia” e pedir para o paciente ler a receita – isso porque muitos pacientes são analfabetos funcionais. Por fim, convém também se lembrar de fazer um inventário da exposição ocupacional do paciente.

Acompanhante

A presença do acompanhante é cada vez mais frequente no dia a dia da atuação do profissional de saúde. É muito comum um paciente idoso vir acompanhado de um parente ou de um cuidador, que pode ser um funcionário contratado.

Você pode e deve perguntar ao acompanhante informações semelhantes àquelas direcionadas ao paciente caso julgue necessário. Por exemplo, se existe uma dependência

econômica do paciente em relação ao parente ou vice-versa. Muitos idosos ainda são provedores de famílias e o contrário também é verdadeiro, em que um paciente menos favorecido economicamente também pode contar com apoio financeiro de um parente com situação econômica mais favorável. Portanto, a informação sobre o acompanhante também vai influenciar na prescrição.

Além da dependência econômica, há a dependência médica/social da condução do paciente para as consultas ou procedimentos. Devemos nos lembrar de registrar quem está participando da consulta, conforme mencionado anteriormente, porque, se a cada consulta um acompanhante diferente se apresentar, haverá dificuldade no empenho do mesmo pela aderência do paciente ao tratamento. Mas quando é sempre a mesma pessoa, isso é facilitado.

Darei o exemplo de um paciente que não sabia informar sobre os encaminhamentos que haviam sido iniciados e isso era recorrente. Em uma consulta, solicitei que o mesmo viesse com um acompanhante a quem entreguei uma lista de tarefas deixando claro que a adesão aos procedimentos não se tratava de uma questão de boa vontade, pois o paciente comparecia a todas as consultas, contudo, ele tinha um déficit cognitivo em decorrência do quadro demencial.

Por fim, a presença de um acompanhante também é importante no dia a dia de um paciente em tratamento oncológico que está recebendo quimioterapia e evolui comumente com astenia. Para melhorar a queixa, o paciente deve fazer atividade física, então, o profissional deve incentivar o paciente a executar algum tipo de atividade, sendo a presença do acompanhante um excelente facilitador para este tipo

de tarefa. Como comentado anteriormente, um paciente com câncer muda a rotina de toda a família.

Religião/espiritualidade

A primeira tarefa será diferenciar religião de espiritualidade. Espiritualidade é a fé – algo em que se acredita – sendo importante considerar a relevância que isso exerce na vida do paciente. A parte formal é a religião. O paciente pode ser ou não praticante de sua fé, pois esta pode não ser prioridade para ele. Colher informações sobre isso é importante em alguns aspectos:

1. Testemunhas de Jeová não podem receber hemoderivados. Em Oncologia, muitos pacientes necessitam de suporte hemoterápico em algum momento do seu tratamento. Com hemoglobina abaixo de 10 g/dL, a radioterapia oferece menor eficácia. Com anemia, um cardiopata pode apresentar insuficiência coronariana. Com plaquetopenia, pacientes podem apresentar sangramento espontâneo, com risco de morte. Portanto, o suporte com hemoderivados é muito comum. Saber se o paciente é testemunha de Jeová é indispensável.
2. Algumas religiões formam verdadeiras comunidades que se ajudam mutuamente. Por exemplo, um paciente viúvo, cujo filho mora em outra cidade, pode contar com o apoio dessa comunidade religiosa para comparecer à consulta, locomover-se para o local de tratamento, marcar um exame, adquirir os remédios na farmácia, preparar sua casa para seu bem-estar, etc. Então, existem algumas religiões

- em que isso é marcante. Perguntando sobre isso, você saberá se o paciente poderá contar ou não com esse suporte.
3. A questão da espiritualidade em oncologia, especialmente, é importante porque o desfecho fatal é frequente. O paciente pode ser otimista ou pessimista e isso pode influenciar a relação entre imunidade do organismo e o câncer, sendo possível que os pacientes otimistas apresentem um desfecho mais favorável do que pessimistas ou, no mínimo, terão uma melhor qualidade de vida durante o tratamento. Além disso, o paciente pode não tomar seus medicamentos pela descrença em seu funcionamento, comprometendo sua melhora. Existem pacientes, inclusive, com doença metastática que testemunham sua doença desaparecer e sobrevivem por um período muito prolongado. A probabilidade desse fenômeno acontecer é tão pequena que pode ser chamado de milagre. Portanto, enquanto a ciência sabe explicar por que isso acontece, mas não conseguimos prever nem replicar, devemos mencionar esse fato e estimular a fé sem omitir objetivos e metas do tratamento, além do desfecho que se concretiza para a maioria dos pacientes.

Meios de contato

É importante registrar o máximo de meios de contatos possíveis dos pacientes. Em oncologia, pacientes com câncer de mama precisam receber algum tratamento o quanto antes e o esquema pode ser ajustado após o resultado da imunistoquímica, que mostra se há expressão de receptores hormonais ou hiperexpressão do receptor para fator de crescimento epidermal da família 2 (EGFR-2 ou HER-2), al-

gum medicamento pode estar com lote comprometido e isso ser descoberto após a administração do mesmo, sendo necessária a convocação da paciente. É necessário ter uma grande rede de contatos (paciente, parentes, vizinhos, etc.) para ser possível uma busca ativa.

O inverso também é verdadeiro. Pacientes que necessitam de analgésicos opiáceos sofrem, entre outros problemas, de náuseas, vômitos, constipação, anorexia, sonolência, etc., e devem ser orientados a entrar em contato com o profissional caso algum desses eventos adversos mencionados surja. Há uma frase de autor desconhecido que diz “A mão que prescreve opiáceo é a mesma que prescreve o laxante”. Eu deixaria a frase da seguinte forma: “A mão que prescreve o opiáceo é a mão que entrega o cartão com contatos”. Porque o seu paciente vai ter que informar se a dor está controlada ou não para fazerem-se ajustes necessários; se surgirem efeitos colaterais para serem adicionados antídotos, etc., em consultas presenciais, já que a legislação não permite consultas não presenciais. Para isso acontecer, deve haver um canal de comunicação aberto entre profissionais e pacientes, uma via de mão dupla.

Queixa principal e duração (QPD)

Trata-se da apresentação do problema, da queixa do paciente, de forma bem objetiva, algo que será minuciosamente detalhado nas etapas subsequentes. Por analogia, é como o título de um livro ou de um filme. Algo bem direto para antecipar o leitor do que está por vir.

História da doença atual (HDA)

Muitos alunos me perguntavam se a HDA estava certa. Os livros de semiologia passam algumas diretrizes, mas o profissional tem liberdade de montar a HDA de uma forma a facilitar a transmissão da informação.

Quando se está lendo um livro ou vendo um filme, há diversas possibilidades de a história ser contada, podendo ser iniciada num momento do passado e terminar no presente, ou começar no presente e seguir ao passado, ou começar num determinado ponto no tempo seguindo para o futuro e para o passado. Em relação à HDA, isso também pode acontecer porque o que se busca é a transmissão de uma informação clara e objetiva, sendo, portanto, indispensável definir um marco cronológico. O marco cronológico, de preferência, deve ter mês e ano, ou até a data, o dia exato, a partir do qual toda a história vai ser balizada. Precisa-se deixar claro para o leitor qual está sendo a referência e como a história vai transcorrer. O marco cronológico pode ser mais de um, se expostos de modo claro para facilitar o entendimento do leitor.

Antes de começar a escrever, uma dica importante é largar a caneta e ouvir o paciente, que vai contar a sequência de sua narrativa como ele a entende. Entretanto, essa pode não ser a forma mais fácil de compreender a sequência de determinada patologia. Darei o exemplo de um paciente que foi entrevistado pelos alunos e sempre contava a sua história a partir do diagnóstico de tuberculose pulmonar. Esse paciente fez o tratamento de forma adequada por seis meses. Um mês após o término do tratamento o mesmo referia dispneia; procurou um pneumologista ambulatorialmente e o especia-

lista optou pela hospitalização. O paciente permaneceu hospitalizado por 1 ano, quando veio a falecer. Essa história não é sugestiva, típica de tuberculose pulmonar; não é familiar à tuberculose, mas o paciente só considerava que o início da sua doença tinha sido no diagnóstico da tuberculose pulmonar. Nesse caso, se o profissional começar a registrar a história a partir desse momento, pode diminuir sua probabilidade de pensar na real doença do paciente. Então, se a história não é típica do que habitualmente ocorre na evolução de uma determinada doença, o profissional pode contar com a estratégia de perguntar sobre fatos no passado, como no diálogo fictício para o paciente relatado acima, esboçado a seguir:

- “ – No Natal, o senhor estava normal?
 – Não. Normalmente eu ia para casa da minha mãe e deixei de ir porque estava com falta de ar.
 – E no São João, como é que o senhor estava?
 – Nem dancei forró. Gosto tanto de dançar forró...
 – E no carnaval?
 – Ah, não fui porque não estava me sentindo bem...”

Assim, o paciente fornece as informações necessárias para o raciocínio clínico. Lembremos que apenas 5% de quem se expõe ao bacilo de Koch desenvolve a doença e pacientes com doença pulmonar estrutural aumentam a probabilidade de desenvolver tuberculose quando expostos ao agente etiológico.

Esse tipo de informação também pode surgir nos antecedentes pessoais. Então, quando perguntado, ele pode simplesmente responder que não faz atividade física. Se o

profissional parar por aí, pode não flagrar as informações indispensáveis. O paciente com doença pulmonar apresenta dificuldade para desenvolver atividade física. Se o profissional perguntar se o paciente nunca fez atividade física, ele pode responder que jogava futebol duas a três vezes por semana. E o profissional insiste:

- “– Parou há quanto tempo?
- Doutor, há uns cinco anos.
- E por quê o senhor parou?
- Porque eu comecei a ficar cansado...”

A idade da doença do paciente teria cinco anos. Então, depois do exercício de diagnóstico diferencial, que faremos a seguir, identificar-se-ia uma fibrose pulmonar idiopática. A história de cinco anos de evolução de dispneia progressiva, tosse, confirmação de tuberculose pulmonar, que apesar de tratada adequadamente, piora o quadro clínico do paciente e ele vem a falecer em insuficiência respiratória, é típica de fibrose pulmonar idiopática. Portanto, o profissional deve largar a caneta, conversar uns dois minutos com o paciente para organizar o raciocínio e ver como vai começar a escrever, visando sempre ao entendimento de quem for ler a HDA no futuro.

Em relação à HDA, deve-se abrir um livro de semiologia e se debruçar sobre o quadro clínico do paciente. Para um determinado problema, há características semiológicas como a duração, início, término, evolução, característica, etc. Em relação a uma queixa, devemos registrar, imediatamente, o que o paciente tem e o que o paciente não tem. Normalmente, há um conjunto de sinais e sintomas. Ao ler um livro de semiolo-

gia, pode-se fazer um *checklist* das respectivas características semiológicas. Diante de uma queixa, é necessário responder a essas perguntas. Isso não se restringe à HDA, sendo feito de forma mais objetiva ou mais resumida no interrogatório sintomatológico.

Interrogatório sintomatológico

Normalmente, o paciente com câncer tem múltiplas comorbidades. Então, se o profissional abordar apenas o câncer, o paciente não deve evoluir bem. É necessário cobrir outros problemas mesmo que seja apenas para encaminhá-lo a outro profissional. Isso é possível por meio de um interrogatório sintomatológico amplo, aumentando a possibilidade do paciente falar sobre a presença de um determinado problema. Para isso, é preciso perguntar.

Antecedentes

Nos antecedentes, devemos abordar hábitos de vida e também deve-se fazer um inventário das condições domiciliares. Temos que analisar em que ambiente o paciente está inserido. Se faz ou não faz atividade física, se parou porque adoeceu, etc. Entre os hábitos de vida saudáveis, atividade física e alimentação rica em frutas e verduras são os fatores mais importantes na prevenção do câncer. Os profissionais de saúde devem não só tratar a doença, mas estimular a promoção de saúde, porque isso impacta diretamente no risco de câncer e no desfecho do tratamento. Pacientes com câncer de

pulmão ou de cabeça e pescoço apresentam desfecho desfavorável se continuarem fumando durante o tratamento. É por essa razão que devemos difundir essas informações entre os pacientes.

Exame físico

Em relação ao exame físico, o profissional precisa fazer um exame físico bem detalhado do paciente. A mesma informação descrita anteriormente para aumentar a probabilidade de acerto do diagnóstico com uma maior quantidade de informações da anamnese também se aplica para o exame físico. Quanto mais detalhado for o exame físico, maior será a chance de encontrar uma pista para se chegar ao diagnóstico.

É possível flagrar algumas alterações distantes do problema principal do paciente. Exemplo claro disso são patologias pulmonares tais como DPOC e câncer de pulmão que são doenças associadas a uma carga tabágica elevada em que se observa baqueteamento digital, mostrando que existe uma hipoxemia crônica. Através da identificação do baqueteamento digital, conclui-se que o paciente tem uma patologia pulmonar de longa data, diretamente relacionada ao tabagismo, o que aumenta a probabilidade de câncer de pulmão, por exemplo, ou qualquer outro câncer que seja associado ao hábito de fumar.

Os estudantes de medicina precisam exercitar o exame físico entre si para que possam se familiarizar com os achados, que variam de uma pessoa para a outra. É como se houvesse uma faixa de normalidade com a qual se precisa familiarizar, porque, quando estiver fora dessa faixa, o aluno vai

perceber que está diferente, sem precisar saber exatamente o que é, mas ter a sensibilidade para perceber que algo não está normal. Então, o aluno poderá checar de novo e pedir ajuda a alguém mais experiente.

Uma dica em relação à ausculta cardíaca é lembrar-se de concursos de estações de rádio FM em que o candidato é exposto a duas músicas ao mesmo tempo e é solicitado a dizer quais são as músicas. Na ausculta cardíaca ocorre da mesma maneira: o aluno ouvirá sons concomitantes. Então, é necessário treinar o ouvido para separar os sons com origem em regiões distintas. O local onde o aluno vai colocar o estetoscópio será onde haverá mais facilidade de se escutar o som produzido por uma estrutura específica. Os campos aórtico e pulmonar são os locais onde mais facilmente se vai ouvir o som do fechamento das valvas aórtica e pulmonar. Mas, se o estetoscópio for colocado em qualquer lugar do precórdio do paciente, será possível ouvir o som do fechamento daquela valva também, porém não será tão claro quanto no melhor foco para se ouvir aquele som. Por conseguinte, prestar atenção no que é de uma estrutura e no que é da outra ajuda no treinamento e aperfeiçoamento dessa ferramenta que é o exame físico.

Exames complementares

Nessa seção, enfatizo a necessidade de observação rigorosa do exame de imagem antes de ler o laudo do exame na busca do fator causal para a doença do paciente. Isso por-

que algumas surpresas podem ocorrer, sendo necessário um contato com o radiologista que deu o laudo para que dúvidas sejam esclarecidas. Após avaliar o exame, procede-se a leitura do laudo, em busca das alterações que se suspeita encontrar que sejam compatíveis com as queixas do paciente. Por fim, registram-se os dados positivos (alterados, presentes no exame), mas também os achados negativos (ausentes no exame) que poderiam estar presentes naquela patologia. Por exemplo, quando analisamos exames de estadiamento de pacientes com câncer, devemos registrar que não foram observadas lesões (metástases) naqueles órgãos comumente acometidos pelas mesmas, para ficar registrado que aquele órgão foi devidamente avaliado, analisado, pensando em exames futuros. Sugere-se fotocopiar os respectivos laudos para que sejam anexados ao prontuário dos pacientes.



EXERCÍCIO DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Nessa seção, quatro casos serão discutidos: Infarto agudo do miocárdio, tromboembolismo venoso, acidente vascular encefálico e constipação intestinal. Usaremos casos clínicos fictícios e, no final, mostraremos ferramentas de estudo sobre condutas e fármacos empregadas na abordagem dessas doenças.



DOR TORÁCICA: INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Alexandre Coelho Lima, Antônio Victor Dantas Menezes, Assiane Gabriela Anceles da Rocha, Beatriz Reis Correa Bueno, Ellen Caroline da Silva Girão, Gabriela Cisneiros Arcoverde, Gabrielle Gomes Rêgo, Hanna Catarina Alves de Oliveira, Júlia Borges de Jesus, Juliana Farias de Oliveira, Laryssa Alves de Farias.

INTRODUÇÃO

A dor torácica, sem dúvidas, é um desafio comum para médicos no consultório e pronto-socorro. A incapacidade de reconhecer distúrbios potencialmente graves, como síndrome coronariana aguda, dissecação de aorta, pneumotórax hipertensivo ou embolia pulmonar, pode resultar em complicações graves, incluindo o óbito do paciente. Enquanto investigação excessiva de pacientes de baixo risco resulta em internações, exames, procedimentos e ansiedade desnecessários.

O detalhamento das características da dor precordial, por meio de um raciocínio fisiopatológico, permite uma diferenciação que deve inicialmente discriminar entre origem cardíaca, principalmente a *angina pectoris* ou angina de peito, bem como alterações de aorta e pericárdio, e origem não car-

díaca (oriundas de tecidos da parede torácica – pele, articulações costoverbrais, músculos torácicos, coluna vertebral ou nervos, pulmões, pleuras, esôfago – e de órgãos subdiafragmáticos, como estômago, vesícula biliar, duodeno e pâncreas), como discutiremos a seguir.

CASO CLÍNICO

H.L.S., sexo masculino, 58 anos, casado, natural de Recife, trabalha como motorista de ônibus há 27 anos. Queixa-se de dor no peito há 2 horas. Foi admitido em unidade de emergência apresentando dor retroesternal em aperto de forte intensidade, que piora com deambulação e irradia para o braço esquerdo, associado à sudorese, dificuldade ao respirar, tontura e um episódio de vômito. Afirma que a dor iniciou ao tomar o café manhã em sua residência. Foi ao posto de saúde próximo, sendo encaminhado de imediato ao Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE). Em relação aos antecedentes pessoais, é hipertenso há 15 anos, fazendo uso do Captopril 25 mg, e diabético há 10 anos, em uso de Metformina 500 mg. Relata, contudo, que eventualmente se esquece de tomar as medicações. Foi constatada dislipidemia em seu último exame (há 1 ano) e não realizou o tratamento instituído pelo médico. É sedentário, tabagista (carga tabágica de 40 maços/ano) e etilista aos finais de semana. Nega alergias e cirurgias prévias. Nos antecedentes familiares, sua mãe e seu irmão são hipertensos e seu pai, hipertenso e diabético (falecido há 20 anos por morte súbita).

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

CAUSAS CARDÍACAS E NÃO CARDÍACAS

CAUSAS CARDÍACAS

Causas Isquêmicas

Angina

Síndrome clínica caracterizada por dor ou desconforto em qualquer das seguintes regiões: tórax, epigástrio, mandíbula, ombro, dorso ou membros superiores. É tipicamente desencadeada, ou agravada, por atividade física ou estresse emocional, durando de 1 a 5 minutos, podendo ser atenuada com uso de nitroglicerina e derivados. A dor anginosa é tipicamente descrita como: “sufocamento”, “queimação”, “opressão” e “peso”. Quase nunca é referida como uma “pontada”, e, usualmente, não tem relação com a respiração, nem com o decúbito.

A angina é também classificada como estável e instável. É importante identificar a angina instável, pois está muito relacionada com um evento coronariano agudo.

Angina estável

Tipicamente deve apresentar todas as características seguintes: 1 – dor subesterna/precordial tipo opressiva ou queimação de duração entre 2-15 minutos; 2 – desencadeada por estresse físico ou emocional; 3 – aliviada por repouso ou nitrato sublingual.

Angina instável

Três apresentações clínicas principais são possíveis: 1 – dor em repouso - usualmente com duração maior que 20 minutos e com surgimento há cerca de 1 semana; 2 – angina de início recente - ocorre durante os esforços habituais, tendo início há cerca de 2 meses; 3 – angina progressiva - previamente diagnosticada e que se torna mais frequente, podendo ter maior duração ou menor limiar.

Exame físico: frequentemente normal na angina estável. No entanto, durante os episódios de dor podem surgir terceira bulha (B3), quarta bulha (B4), regurgitação mitral, desdobramento paradoxal de B2 ou crepitações pulmonares.

Eletrocardiograma: é normal em 50% dos casos de angina, o que não exclui o diagnóstico de doença coronariana.

Infarto Agudo do miocárdio (IAM)

A dor é intensa do tipo opressiva, em aperto e profunda, tem localização retroesternal podendo irradiar para a mandíbula, pescoço, braço esquerdo ou dois braços, não tendo alteração com a respiração. Pode durar de minutos a horas e ser aliviada com o nitrato sublingual.

Exame físico: os pulsos não apresentam alteração, ausculta pulmonar é normal e a ausculta cardíaca pode apresentar a B3 se houver insuficiência cardíaca associada.

Eletrocardiograma: pode ocorrer elevação do segmento ST do tipo convexo e localizado; o infradesnívelamento do segmento PR é raro de ocorrer. Ondas Q patológicas podem

ocorrer e as ondas T podem estar invertidas, quando o ST estiver elevado, ou estar hiperaguda nos primeiros minutos do IAM, geralmente, nos primeiros 15 a 45 minutos. Podem ocorrer Bloqueio Atrioventricular (BAV) e arritmias.

Causas não isquêmicas

PERICARDITE

A dor é intensa do tipo em “facada” e tem localização retroesternal, podendo piorar ao se deitar e melhorar ao sentar ou se inclinando para frente. É pouco frequente ocorrer irradiação da dor, mas, quando ocorre, direciona-se para o pescoço, porção superior do trapézio, ombros e braços. A dor pode apresentar duração de horas a dias e não há mudanças quando administrado nitrato sublingual.

Exame físico: os pulsos são simétricos sem alterações, à ausculta pulmonar podem surgir estertores, em 85% dos casos e não há B3.

Eletrocardiograma: o segmento ST pode estar elevado do tipo côncavo e disseminado, pode se apresentar com infradesnívelamento de PR e não possuir ondas Q patológicas. A onda T pode encontrar-se normal ou invertida com alterações difusas, sem onda T hiperaguda e nem bloqueio atrioventricular (BAV) ou arritmias.

Dissecção aguda da aorta

A dor é muito intensa do tipo “laceração” (sensação de sentir algo “se rasgando”) localizada anteriormente ou

posteriormente a depender da posição da dissecação (tórax superior e dorso), que não muda com a respiração. Tem duração a depender do tempo da dissecação e não melhora com nitrato sublingual.

Ao exame físico, o paciente apresenta-se com uma PA elevada, os pulsos podem ser assimétricos, não havendo alterações na ausculta respiratória e, na ausculta cardíaca, pode apresentar B3 se a aorta apresentar insuficiência.

Eletrocardiograma: se houver oclusão coronária, o segmento ST pode ser convexo e localizado, não há infra de PR, e ondas Q patológicas estão ausentes. As ondas T são normais, ou seja, não há onda T hiperaguda nem são encontrados BAV ou arritmias.

Valvar

As lesões da valva aórtica e mitral podem cursar com dor torácica. A estenose aórtica deve ser considerada em casos de dor anginosa de caráter progressivo, desencadeada com esforço físico, e associada com dispneia ou síncope. A dor típica do prolapso da valva mitral tende a ocorrer em repouso, e é referida em pontada com curta duração sem a presença de irradiação.

Exame físico: a estenose aórtica se apresenta com pulso *tardus e parvus*, ou seja, de ascensão lenta e sustentada com baixa amplitude. O ictus é propulsivo e sustentado, e é possível constatar a presença de um sopro mesossistólico e B4 durante a ausculta. O batimento arterial carotídeo é rápido no prolapso de valva mitral, enquanto na estenose aórtica tende a ser lento. A ausculta do prolapso da valva mitral

caracteriza-se tipicamente por hipofonese de B1, desdobramento amplo de B2 e sopro holossistólico.

Eletrocardiograma: o ritmo sinusal é a regra na estenose aórtica isolada. A presença de fibrilação atrial é rara, e adultos com estenose aórtica grave apresentam padrão eletrocardiográfico de hipertrofia ventricular esquerda com sobrecarga. O ecocardiograma permite constatar alterações valvares com maior segurança, permitindo a diferenciação entre diversos tipos de patologias valvares. O eletrocardiograma no prolapso de valva mitral tende a ser normal, sendo necessária a utilização do ecocardiograma como método diagnóstico.

CAUSAS NÃO CARDÍACAS

Gastroesofagianas

Refluxo Gastroesofágico

Pacientes apresentam desconforto torácico, geralmente em queimação (pirose), às vezes definido como uma sensação opressiva, retroesternal ou subesternal, podendo se irradiar para pescoço, braços, dorso, e associado, por vezes, à regurgitação alimentar. A dor pode melhorar com a posição ereta, uso de nitratos, antiácidos, bloqueador de canal de cálcio ou repouso. A relação da dor com a alimentação pode ser um indicativo dessa etiologia.

Espasmo Esofágiano

Geralmente a dor é descrita como uma sensação de pressão ou queimação no meio do tórax, irradiando-se para mandíbula, costas ou braços, e podendo ser confundida com uma angina por exemplo. A diferenciação é que a dor se dá tipicamente logo após o indivíduo deglutir o alimento ou líquido.

Úlcera Péptica

Localiza-se em região epigástrica ou no andar superior do abdome, mas, às vezes, pode ser referida em região subesternal ou retroesternal. Geralmente ocorre após uma refeição, melhorando com o uso de antiácidos.

Não gastroesofágianas

Pneumotórax

Dor torácica em dorso ou nos ombros e acompanhada de dispneia. Um pneumotórax hipertensivo pode produzir insuficiência respiratória e/ou colapso cardiovascular.

Exame físico: podem ser encontradas dispneia, taquipneia e ausência de ruídos no hemitórax afetado.

Embolia Pulmonar

A dor é intensa, podendo ser do tipo “pleurítica” e estar localizada em qualquer local do tórax. Pode piorar com a

respiração e irradiar para os ombros se a embolia pulmonar for perto do diafragma. Pode apresentar duração de horas a dias e sem melhora com a administração de nitrato.

Exame físico: os pulsos não apresentam alterações, não costuma apresentar alterações na ausculta pulmonar nem cardíaca.

Eletrocardiograma: não apresenta elevação de segmento ST e não há infradesnívelamento do segmento PR. Pode ocorrer presença de ondas Q patológicas em DII e AVF. A onda T pode ser invertida na parede inferior ou em V1 a V4 e não apresenta onda T hiperaguda. Não ocorre BAV e nem arritmias.

Musculoesquelética

Geralmente tem características pleuríticas, pelo fato de serem desencadeadas ou exacerbadas pelos movimentos dos músculos e/ou articulações produzidos pela respiração. Palpação cuidadosa das articulações ou dos músculos envolvidos quase sempre reproduz ou desencadeia dor. Pode haver histórico de atividade repetitiva, costumeira ou não, envolvendo os braços ou a parte superior do tronco. A dor costuma ser contínua, com duração de horas a semanas, e frequentemente tem localização em área específica. Pode ser agravada com determinadas posições, com respiração profunda, com movimentos dos braços e de rotação de tronco.

Psicoemocional

A dor psicogênica costuma acometer pacientes com depressão e com transtornos da ansiedade. Costuma ser difusa, imprecisa, podendo estar associada com utilização abusi-

va de analgésicos. O indivíduo tem dificuldade para definir a dor e se utiliza de comparações do cotidiano para descrevê-la. Sendo assim, dor torácica com sintomas do transtorno do pânico, depressão ou transtorno somatoforme representam um terço de todos os pacientes que procuram a emergência.

Conclusão

No caso clínico inicialmente descrito, a semiologia da dor foi fundamental para direcionar a hipótese diagnóstica para causas cardíacas como a duração maior que 20 min, a localização retroesternal, o caráter em aperto, de forte intensidade, a piora com o movimento físico e a irradiação para o braço esquerdo. A qualidade da dor “em aperto” e não “em pontada”, “em facada”, “rasgante” ou “lacerante” afastou as causas cardíacas não isquêmicas. Além disso, a duração da dor possibilitou diferenciar de angina estável, enquanto que a ausência de qualquer outra queixa prévia semelhante, permitiu afastar angina instável. Dessa forma, foi possível identificar que o paciente apresentava características clínicas típicas de Infarto Agudo do Miocárdio.

Considera-se, diante disso, que o profissional médico precisa estar atento a todos os diagnósticos diferenciais da dor torácica, bem como suas características clínicas, além de estar apto para agir prontamente em casos que podem ser fatais. Assim, é importante referenciar pacientes com dor torácica não cardíaca mal controlada para um especialista e avaliar internamento hospitalar em caso de dificuldade na exclusão de causas que ameaçam a vida, particularmente infarto agudo do miocárdio, dissecação de aorta, embolia pulmonar e pneumotórax hipertensivo.

Categorias de doença cardiovascular arteriosclerótica e objetivos de tratamento lipídico em pacientes diabéticos tipo 2

CATEGORIA DE RISCOS	FATORES DE RISCO / RISCO EM 10 ANOS	LDL (mg/dL)	HDL (mg/dL)	APO-B (mg/dL)
RISCO EXTREMO	- Doença cardiovascular aterosclerótica (DCA) progressiva, incluindo angina instável em pacientes que atingem LDL < 70 -DCA estabelecida em pacientes com DM, DRC ou hipercolesterolemia familiar heterozigótica - História prematura de DAC (Homem <55 anos/Mulher <65 anos)	<55	<80	<70
RISCO MUITO ELEVADO	-DM ou DRC 3, 4 com outro fator de risco - DCA estabelecida ou hospitalização recente por DCA, doença carotíde ou doença vascular periférica -Hipercolesterolemia familiar heterozigótica	<70	<100	<80
RISCO ALTO	-≥ 2 fatores de risco e: • > 10% de risco de DCA; ou • Risco de cardiopatia isquêmica, incluindo dm ou DRC 3, 4	<100	<130	<90
RISCO MODERADO	- ≥ 2 fatores de risco e risco de DCA em 10 anos < 10%	<100	<130	<90
BAIXO RISCO	Até 1 fator de risco	<130	<160	Não recomendado

Fonte: Consenso da AACE/ACE. Garber AL, et al. Endocr Pract. 2017;23(2):207-238.

Drogas utilizadas em infarto e sua influência na mortalidade

REDUZEM MORTALIDADE	Comentários
AAS	Inquestionavelmente reduz mortalidade complicações (Reduz a mortalidade do IAM em 23% quando isolada e em 42% quando associada à estreptoquinase).
Clopidogrel	Não há evidências que seja superior ao AAS
Trombolítico	Reduz mortalidade
Atorvastatina	É a segunda estatina mais potente e a melhor para baixar triglicerídeos. Sua dose máxima é capaz de reduzir a morbimortalidade cardiovascular quando iniciada imediatamente após o diagnóstico de síndrome coronariana aguda.
NÃO REDUZEM MORTALIDADE	Comentários
Nitrato	Embora os grandes estudos não tenham demonstrado redução da mortalidade com esta droga recomenda-se sua utilização de rotina nas primeiras 24 horas. Deve-se evitar o uso, ou fazê-lo com cautela, quando a pressão arterial sistólica for menor que 90 mmHg e a frequência cardíaca maior que 100 batimentos por minuto (bpm) mesmo em baixas doses.
Inibidores da glicoproteína IIb/IIIa	Parecem induzir à patência vascular mais rapidamente e com melhor fluxo e reperfusão mais estável, porém, não existem ainda evidências que nos faça recomenda-los de forma rotineira no IAM.)
Bloqueadores dos canais de cálcio	Não se observou redução da mortalidade em nenhum dos principais grandes ensaios clínicos, na abordagem inicial do IAM, tanto com verapamil como com diltiazem. Somente serão utilizados, como drogas alternativas, após o nitrato e os betabloqueadores, na isquemia persistente ou recorrente, na hipertensão arterial e na contra indicação aos betabloqueadores, dandose preferência ao diltiazem ou verapamil.

Drogas utilizadas no tratamento da dislipidemia

DRUGA	DOSE	REDUÇÃO DO LDL	COMENTÁRIOS	PREÇO
<i>Rosuvastatina</i> (Crestor, Vivacor)	5-40 mg/dia	52% a 63%	É a mais potente das estatinas, tendo melhor efeito sob o LDL e HDL. Defende-se que deva ser usada especialmente em casos de dislipidemias graves e refratárias, por se tratar de uma droga nova cujo perfil de toxicidade ainda não é bem conhecido	R\$ 23,00 a 164,00
<i>Atorvastatina</i> (Lipitor, Citalor)	10-80 mg/dia	38% a 54%	É a segunda mais potente e a melhor para baixar triglicérides. Sua dose máxima é capaz de reduzir a morbimortalidade cardiovascular quando iniciada imediatamente após o diagnóstico de síndrome coronariana aguda.	R\$ 15,75 a 60,50
<i>Sinvastatina</i> (Zocor, Vaslip)	5-80 mg/dia	28% a 48%	É classificada como a terceira melhor em termos de potência. Sua capacidade de aumentar o HDL só é inferior a rosuvastatina.	R\$ 8,00 a 61,47
<i>Lovastatina</i> (Mevacor)	10-80 mg/dia	29% a 48%	Características semelhantes a sinvastatina. Em doses superiores a 20mg/dia devem ser divididas em duas tomadas.	R\$ 55,28
<i>Pravastatina</i> (Pravacol)	10-80 mg/dia	19% a 40%	É a estatina com a menor miotoxicidade, portanto é a droga de escolha para portadores de condições que aumentam o risco de miopatia.	R\$ 26,00 a 58,80
<i>Fluvastatina</i> (Lescol)	20-80 mg/dia	17% a 33%	É a estatina menos potente, mas possui a vantagem de possuir poucas interações medicamentosas. Outras vantagens são: Baixo risco de lesão muscular e não ter seus níveis séricos influenciados pela função renal. Doses superiores a 40 mg/dia devem ser divididas e m duas tomadas.	R\$ 145,46 a 186,60

Fonte: Brasíndice

Contra-indicações dos fibrinolíticos

		ABSOLUTA		
		AVC	IAM	TEV
SEMELHANÇAS	AVC E SANGRAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • AVC nos últimos 3 meses • História progressiva de alguma forma de hemorragia cerebral 	<ul style="list-style-type: none"> • AVCh prévio • AVCi nos últimos 3 meses, exceto se concomitante ao IAM e com início do AVC <4,5hs • Diátese hemorrágica ou sangramento ativo (exceto menstruação) 	<ul style="list-style-type: none"> • AVCh ou sangramento de origem desconhecida em qualquer tempo • AVC i nos últimos 6 meses • Sangramento gastrointestinal no último mês • Sangramento conhecido
	CIRURGIA E TRAUMA	<ul style="list-style-type: none"> • TCE grave nos últimos 3 meses • Cirurgia de grande porte ou procedimento invasivo nas últimas 2 semanas 	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma facial ou TCE grave nos últimos 3 meses • Cirurgia SNC ou medula nos últimos 2 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • Grande trauma, cirurgia, TCE em menos de 3 semanas
	PRESSÃO ARTERIAL	<ul style="list-style-type: none"> • PA sistólica > 185mmHg ou PA diastólica > 110mmHg 	<ul style="list-style-type: none"> • HAS grave e não controlada no departamento de emergência 	
	ESTRUTURAL SNC		<ul style="list-style-type: none"> • Lesão estrutural SNC (Malformação vascular, câncer primário ou metastático) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesão ou neoplasia
DIFERENÇAS	ANTICOAGULANTES	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de anticoagulantes orais ou TP> 15 seg • Uso de heparina nas ultimas 48h 		
	RCP			
	GRAVIDEZ			
	PUNÇÃO VENOSA			
	ÚLCERA			
	OUTRAS	<ul style="list-style-type: none"> • Coma ou estupor • Glicemia <50mg/dl ou >400mg/dl • Abuso de álcool ou drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • Suspeita de dissecação de aorta 	

Contra-indicações dos fibrinolíticos

		RELATIVA		
		AVC	IAM	TEV
SEMELHANÇAS	AVC E SANGRAMENTO		<ul style="list-style-type: none"> • AVCi com > 3 meses do evento • Sangramento interno nas últimas 2-4 semanas, mas não atual 	<ul style="list-style-type: none"> • AIT em menos de 6 meses
	CIRURGIA E TRAUMA		<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia de grande porte nas últimas 3 semanas 	
	PRESSÃO ARTERIAL		<ul style="list-style-type: none"> • HAS grave à chegada na emergência (PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg) • História de hipertensão grave e pouco controlada no ambulatório 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão refratária (PAS > 180mmHg)
	ESTRUTURAL SNC		<ul style="list-style-type: none"> • Doença do SNC não incluída nas contra-indicações absolutas 	
DIFERENÇAS	ANTICOAGULANTES		<ul style="list-style-type: none"> • Uso atual de anticoagulantes orais 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia anticoagulante
	RCP		<ul style="list-style-type: none"> • Ressuscitação cardiopulmonar prolongada (>10 min) ou traumática 	<ul style="list-style-type: none"> • Reanimação cardiopulmonar demorada
	GRAVIDEZ		<ul style="list-style-type: none"> • Gravidez 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestação ou 1 semana de puerpério
	PUNÇÃO VENOSA		<ul style="list-style-type: none"> • Punção venosa não compressível 	<ul style="list-style-type: none"> • Punção venosa não compressível
	ÚLCERA		<ul style="list-style-type: none"> • Úlcera péptica ativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Úlcera péptica ativa
	OUTRAS		<ul style="list-style-type: none"> • Demência 	<ul style="list-style-type: none"> • Doença hepática avançada • Endocardite infecciosa



DOR TORÁCICA: TROMBOEMBOLISMO VENOSO

Danielly Melo Brasil, Letícia Cavalcanti dos Santos, Débora Ialle Pessoa de Sousa, Emily Ferreira de Araújo Lima, Bárbara Azevedo Neves Cavalcanti, Thiago Meira e Sá Cunha, Priscila Maciel de Araújo, Maria Clara Arruda de Santana, Maria Eduarda Valadares Santos Lins, Erika Manuella Figueroa Barretto, Vivian Letícia Rudnick Ueta.

CASO CLÍNICO

K.N.F.B., 34 anos, sexo feminino, branca, casada, advogada, natural e procedente de Recife com dor “em punhalada” na região torácica esquerda abaixo da mama, que irradiava para o dorso. A dor iniciou subitamente sem relação com esforço, melhorava ao repouso e piorava ao respirar. Com exame físico e Raio-X de tórax normal, foi inicialmente diagnosticada e tratada para dor muscular.

Após 25 dias desde o primeiro atendimento (em 25 de agosto de 2015), voltou à emergência, apresentando piora do quadro. Realizou novo Raio-X de coluna cervical e dorsal e, recebendo o mesmo diagnóstico de dor muscular, foi liberada.

No dia seguinte (27 de agosto de 2015), retorna à emergência queixando-se de que a dor estava mais intensa na mes-

ma região, porém ouviu o mesmo diagnóstico de dor muscular.

Não se conformando com o atendimento e com o diagnóstico mantido, a paciente retorna, no dia seguinte (28 de agosto de 2015), relatando que, nessa manhã acordou devido à dor intensa no lado esquerdo do tórax e dificuldade para respirar.

A paciente negava outros sintomas associados à dor torácica e dispneia; negava quadro gripal recente; febre; ou tosse. Não relata queixas nos demais sistemas.

A paciente negava hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e alergias. Refere que as únicas cirurgias que realizou foram mamoplastia, por volta dos 20 anos de idade, e cesariana em fevereiro deste ano (2015). Relata também o uso de anticoncepcional oral desde os 18 anos.

Relata que a mãe é diabética, hipertensa, com histórico de acidente vascular cerebral, tromboembolismo pulmonar e câncer de mama. O pai é hipertenso, e teve linfoma não-Hodgkin. Os avôs falecidos por infarto agudo do miocárdio e as avós são hipertensas e diabéticas.

A paciente relatava ser sedentária. Negava tabagismo e etilismo. Referia se alimentar corretamente.

Paciente apresentou estado geral regular, consciente e orientada, afebril, normocorada, hidratada, dispneica (+/4+), anictérica e acianótica.

Peso: 77 kg Altura: 1,70 cm IMC=26,6 (sobrepeso)

No sistema cardiovascular, paciente apresentou frequência cardíaca de 110 batimentos por minuto, e pressão arterial de 120 x 80 mmHg. Ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhar normofonéticas, sem presença de sopros.

No sistema respiratório, apresentava murmúrio vesicular presente em ambos hemitórax, porém diminuído na

base de hemitórax esquerdo, sem ruídos adventícios, com frequência respiratória de 22 incursões por minuto e saturação de oxigênio de 98%.

Ao exame de abdome, este era semigloboso, depressível, indolor à palpação, sem visceromegalias e com ruídos hidroaéreos presentes.

Demais sistemas e extremidades não apresentavam alterações.

CONCLUSÃO

Assim como comentado no capítulo anterior, com relação à dor muscular, esse diagnóstico diferencial foi descartado devido à falta de resposta ao tratamento medicamentoso empregado e pela persistência do quadro.

A hipótese de pericardite foi levantada pela presença de dor pleurítica em hemitórax esquerdo que se irradia para dorso, mas que melhora ao repouso. Porém, a pericardite, no geral, tem associação com um quadro gripal recente e a outros sintomas como vômitos, febre e mialgia, o que não foi relatado pela paciente.

Dessa forma, a nossa investigação direciona para o tromboembolismo pulmonar, a partir do Escore de Wells:

- FC > 100 bpm (paciente apresentou 110 bpm)
 - Diagnóstico alternativo menos provável que TEP
- Total: 4,5 pontos = diagnóstico provável de TEP

A partir disso, se faz necessário a realização de exames complementares, como: D-dímero, angiotomografia e USG Doppler dos MMII para auxílio diagnóstico e acompanhamento da paciente.

ANTICOAGULANTES

Os principais anticoagulantes disponíveis no mercado são:

1. Heparinas Não Fracionadas (HNF)
2. Heparinas de Baixo Peso Molecular (HBPM)
3. Antagonistas da vitamina K (AVK)
4. Novos Anticoagulantes Oraís (*New Oral Anticoagulants/NOACs*)

1. Heparinas Não Fracionadas (HNF)

É a escolha para o paciente em diálise ou com DRC avançada ($\text{ClCr} < 15 \text{ mL/min}$)

Vem sendo substituída pela HBPM, por diversos motivos:

- Resposta apresenta grandes variações entre diferentes pacientes;
- Necessidade de monitorização do TTPA;
- Necessidade de monitorização do número de plaquetas devido ao risco de plaquetopenia autoimune pela heparina;
- Podem induzir trombocitopenia e osteoporose;
- Meia vida muito pequena;
- Disponíveis apenas em farmácia hospitalar;
- Excreção essencialmente hepática.

2. Heparinas de Baixo Peso Molecular (HBPM)

- Uso por via subcutânea;
- Uma a duas doses diária;

- Em doentes com função renal normal, a dose a prescrever é só em função do peso;
- Menor risco hemorrágico e de trombocitopenia induzida pela heparina;
- Sem necessidade de controle laboratorial;
- Possibilidade de uso em ambulatório (regime indicado sempre que possível);
- Redução de custos e uso mais fácil;
- Não atravessam a placenta permitindo assim o seu uso na gravidez.

3. Antagonistas da Vitamina K (AVK)

- Principal representante: Varfarina ou Marevan
- Os AVK (varfarina) são, em regra, iniciados ao mesmo tempo que as HBPM;
- A dose inicial da varfarina é de 5mg;
- Passados dois dias de administração deve proceder-se a determinação do INR diário que poderá implicar em ajuste de dose;
- Quando INR estabilizado entre 2 e 3 nas determinações de dois dias seguidos (normalmente passados 4-5 dias), a HBPM deve ser parada e continuar o tratamento apenas com a varfarina;
- Monitorização semanal no 1^o mês e, em seguida, avaliações quinzenais.
- Resposta variável de indivíduo para indivíduo (variações genéticas) + efeito afetado por alimentos e medicamentos: necessidade de controle com INR;
- Sofre influências de alterações da alimentação;
- Prescrição de novos medicamentos (interação medica-

mentosas):

- o Aumento do risco de hemorragia;
- o Redução do risco de retrombose.
- Os doentes idosos e os doentes com neoplasias são mais sensíveis; alguns doentes com neoplasia maligna são resistentes aos agentes anti-vitamina K.

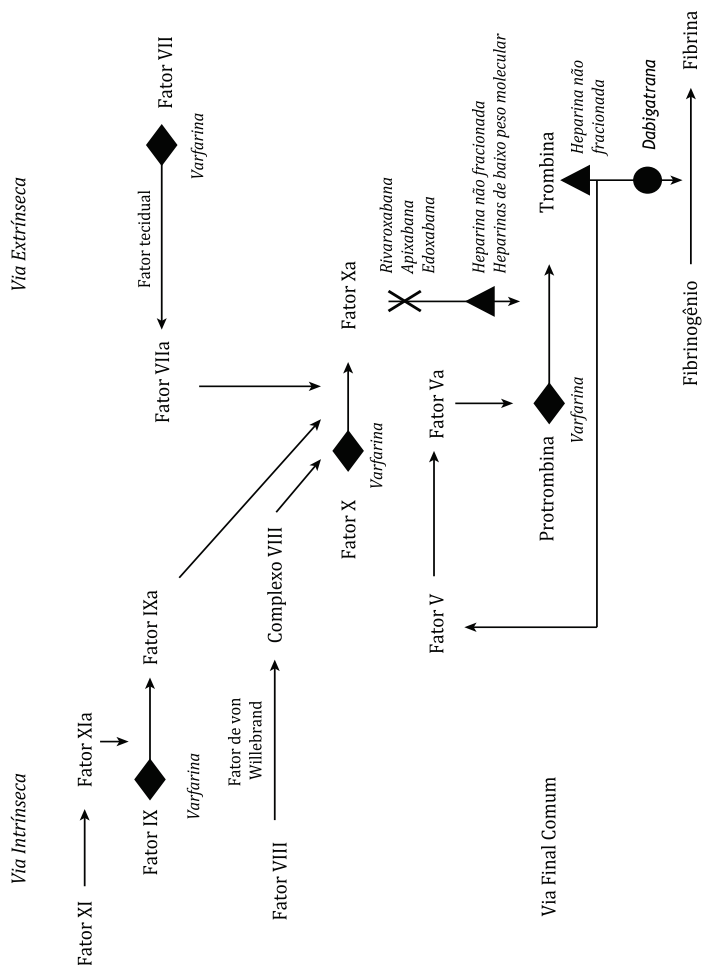
4. Novos Anticoagulantes Oraís (NOACs)

- Apesar de a terapia convencional ser segura e efetiva, ela apresenta algumas limitações, como:
 - o Demora para começar por efeito;
 - o Necessidade de injeções diárias;
 - o Interação com a dieta rica em vitamina K e outras drogas.
- Com isso, outras drogas orais foram descobertas, provando serem tão efetivas quanto a terapia convencional na prevenção da TEV e associadas a um menor risco de sangramento;
- Hoje, os NOACs são tidos como tratamento de primeira linha para TEV agudo e uso prolongado em pacientes não portadores de câncer;
- Nos pacientes com câncer, a recomendação continua sendo a HBPM + varafarina.

Novos Anticoagulantes Orais

FÁRMACO	MECANISMO	VANTAGENS	DESVANTAGENS	DOSE
Dabigatrana	Inibidor da trombina	Sem interação com alimentação	Excreção renal (contraindicado se Clcr < 30 ml/min) Dispepsia (sem possibilidade de uso IBP) Síndrome coronariana aguda	150 mg a cada 12h
Edoxabana	Inibidor do fator Xa	Não recomenda-se uso concomitante com alimentação Sem efeito dispéptico	Estudos não permitem a sua utilização como medicamento único, e a sua administração deve ser precedida por algum tipo de anticoagulação i.v. ou s.c. por pelo menos 5 dias	30 a 60 mg/dia
Rivaroxabana	Inibidor do fator Xa	Administração junto com alimentação (absorção 100%) Sem efeito dispéptico Mesma eficácia do tto convencional		Rivaroxabana: única dose diária de 15 mg
Apixabana				Apixabana: 2,5 a 10 mg a cada 12h

Locais de atuação das drogas anticoagulantes



Fonte: Adaptado de: Fernandes CJCS, et al. J Bras Pneumol. 2016;42(2):146-154



ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Amanda Lucas Freire, Amanda Macêdo Xavier, Bianca Victorino Santos de Moraes, Carlos André Arcoverde Urquiza, Germana Maria Feitoza de Andrade, João Guilherme Alves de Andrade, Laura Freitas da Silveira, Lêda Maria de Albuquerque Gondim, Lucas Alves de Carvalho Silva, Marcela Cavalcante da Rocha Leão, Geysel Marinho Falcão.

CASO CLÍNICO

MBS, 62 anos, masculino, pardo, casado, aposentado (motorista de ônibus), católico (não praticante – *sic*), natural de Paulista-PE e procedente de Recife-PE.

O paciente chegou ao serviço de saúde, encaminhado da UPA, com história de rebaixamento súbito do nível da consciência, diminuição da força muscular no lado direito e abalos musculares localizados no membro superior direito. Familiares relataram que o mesmo se queixou de tais sintomas e, em seguida, se dirigiu ao banheiro, onde foi encontrado inconsciente 30 minutos depois.

Na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) foram solicitados hemograma, hemoglicoteste (HGT), eletrocardiograma (ECG).

Segundo informações colhidas com familiares, paciente apresentou dores de cabeça constantes em região de nuca, episódios de formigamento no braço há 2 horas, além de estar sentindo sede e urinando com muita frequência. Negava outras queixas.

No histórico do paciente verificou-se que é hipertenso há 15 anos e diabético há 10 anos. Fumou dos 25 aos 55 anos, em média, 1 carteira de cigarros ao dia. Peso de 90 kg, altura de 1,70 m; faz uso irregular dos medicamentos Captopril 50 mg/dia e Metformina 500mg/dia. Não faz dieta, nem pratica atividades físicas regulares. Sua família nega uso de drogas ilícitas.

A mãe era portadora de DM (falecida há 2 anos) e o pai, portador de HAS (falecido há mais de 10 anos com tumor cerebral). Possui 3 irmãos, dos quais 2 tem HAS. Tem 2 filhos (casal) sem comorbidades (*sic*).

Reside com esposa e seus dois filhos em casa de alvenaria, formada por quatro cômodos, provida de água encanada, esgotamento sanitário e coleta de lixo. Não cria animais. Possui renda de quatro salários mínimos.

Ao exame físico, estado geral decaído, inconsciente, desorientado, em ventilação mecânica assistida (VMA), hidratado, normocorado, acianótico, anictérico e afebril ao toque.

- **Aparelho cardiovascular (ACV):**

Ritmo cardíaco irregular, com Bulhas normofonéticas, sem sopros, frequência cardíaca (FC) = 90 bpm.

Apresentou hipertensão arterial, níveis oscilando entre 180x110 e 160x100 mmHg.

- **Aparelho respiratório (AR):**

Paciente em VMA

Murmúrio vesicular presente e simétrico em ambos os hemitórax, sem ruídos adventícios.

Frequência respiratória (FR) = 16 ipm.

- **ABDÔMEN:**

Ruídos hidroaéreos (RHA) normoativos

Globo, depressível, indolor à palpação, sem visceromegalias.

- **MEMBROS:**

Superior: Hemiparesia espástica à direita.

Ao exame neurológico, ausência de lesões evidentes no crânio durante inspeção e palpação. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Reflexo cutâneo-plantar sem resposta à direita, em flexão à esquerda. Apresentava assimetria de reflexos comparando-se os dimídios. O paciente se encontrava não responsivo a comandos verbais, com desvio do olhar conjugado para esquerda, resposta motora ausente em dimídio direito, localizando a dor no lado esquerdo do corpo, além de apresentar paresia facial central direita.

Inicialmente foram solicitados hemograma, ionograma, com discretas alterações, e posteriormente uma tomografia axial computadorizada (TAC) sem contraste para descartar eventos hemorrágicos, a qual veio normal.

Uma vez descartada a hipótese de AVE hemorrágico, foi solicitada uma TAC com contraste evidenciando uma região de isquemia em território de artéria cerebral média à esquerda.

Foi solicitado, ainda, um eletrocardiograma evidenciando fibrilação atrial, sugerindo, portanto, a origem do trombo como cardioembólico.

Em uma ressonância magnética solicitada para esse paciente, o achado foi compatível com a hipótese de AVE isquêmico em território de artéria cerebral média esquerda.

O Ecocardiograma (ECO) transesofágico solicitado para esse paciente apresentou um trombo em apêndice atrial esquerdo.

CONCLUSÃO

Diante do quadro clínico apresentado, foram levantadas algumas hipóteses: AVE isquêmico, AVE hemorrágico, ataque isquêmico transitório (AIT), aneurisma, infecções sistêmicas, hipoglicemia, crise hipertensiva, tumor e traumatismo crânioencefálico (TCE).

A partir desses diagnósticos diferenciais, foram descartadas as hipóteses de:

- AVE hemorrágico: descartado pela primeira TAC sem contraste normal.
- AIT: com a TAC com contraste alterada, foi descartada a hipótese de AIT.
- Aneurisma: TAC com contraste normal.
- Infecções sistêmicas: história, exame físico e hemograma não eram sugestivos de sepse, deixando a hipótese de infecção menos provável.
- Hipoglicemia: foi realizado o HGT do paciente descartando a hipótese de hipoglicemia como causa desse quadro.
- TCE: não havia ao exame físico escoriação/hematoma em couro cabeludo e a TAC sem contraste foi normal, descartando a hipótese de trauma cranioencefálico.

Alvos Laboratoriais para Pacientes em Risco de Doença Cardiovascular Aterosclerótica

Parâmetro Lipídico	Objetivo (mg/dl)
Colesterol Total	<200
LDL-C	<130 (Baixo risco) <100 (Moderado risco) <100 (Alto risco) <70 (Muito alto risco) <55 (Extremo risco)
Não HDL-C	30 acima do LDL-C objetivo; 25 acima do LDL-C objetivo (para pacientes com extremo risco)
Triglicerídeos	<150
Apo B	<90 (pacientes com alto risco, incluindo os diabéticos) <80 (pacientes com muito alto risco ou diabéticos + 1 ou mais fatores de risco adicionais) <70 (pacientes com extremo risco)

Vide tabela da página 65 para consultar classificação de risco



CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

Este exercício contou com o auxílio de uma tabela publicada em Porto & Porto, em sua obra Exame Clínico, a qual antecipará a construção das hipóteses diagnósticas constantes na lista de problemas que virá a seguir.

Exame Clínico : Porto & Porto / [editor] Celmo Celeno Porto ; coeditor Arnaldo Lemos Porto. - [Reimpr.] - 7.ed. - Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2013.

CASO CLÍNICO

Um paciente de 65 anos com queixa de constipação intestinal há 3 meses e com perda de 5 quilos no mesmo período. Seus antecedentes são hipertensão controlada; hábitos de vida relativamente saudáveis (frutas e verduras fazem parte de sua dieta); prática de atividade física irregular; etilista social. Quanto ao exame físico: ictérico 2 cruces em 4; fígado aumentado de volume, palpável 5 cm abaixo do rebordo costal direito, e endurecido.

Antes de discutirmos sobre constipação intestinal, devemos lembrar da fisiologia do movimento intestinal. O ritmo normal vai de uma evacuação a cada dois dias até três

evacuações ao dia, ou seja, intervalo de 8 a 48 horas entre as evacuações, podendo não ser as fezes nem líquidas nem ressecadas. Portanto, deve-se saber o que é um padrão normal e uma variação do normal. É preciso caracterizar essa constipação intestinal de acordo com a aparência das fezes. Normalmente, pacientes com constipação intestinal têm fezes duras, ressecadas ou em cíbalos, como se fossem fezes de caprinos, que são aquelas “bolinhas”. Isso é sinal da constipação. As fezes, normalmente, são pastosas e em pedaços. O profissional tem que entender o que é um padrão normal e fazer algumas perguntas para começar a avançar na causa da queixa do paciente.

Conforme comentado no capítulo Anamnese uma dica inicial é registrar “informações negativas” do paciente, por exemplo, ressaltar que ele não tem um antecedente de exacerbada ingestão alcoólica. Isso pode indiciar que você não está diante de um paciente cirrótico. Naquela tabela de probabilidades, cirrose, ou vai sair dela, ou vai ser a última listada, baseando-se nessa informação que está na história do paciente. Por isso, você precisa registrar o que ele tem e o que ele não tem também.

Ainda de acordo com Porto & Porto, a constipação intestinal pode ser classificada de acordo com a fisiopatologia:

1. Conteúdo da alimentação: deve-se inquirir sobre a quantidade de fibra e água nas refeições desse paciente.
2. Causas mecânicas: lesões endoluminais, tumores (benignos ou malignos), malformação arteriovenosa, processos inflamatórios próximos à parede do cólon, etc. vão impedir a contratilidade da musculatura. Tudo isso pode alterar a contratilidade normal do cólon, levando à constipação. En-

- tão devemos fazer perguntas para surgirem informações congruentes e incongruentes com determinadas patologias.
3. Causas neurogênicas: temos um controle da musculatura de acordo com o estímulo nervoso. Podemos citar algumas situações: a) aganglionose, doença de *Hirschsprung*, em que o paciente (criança) tem uma ausência dos gânglios estrelados, que transmitem a informação para a contração da musculatura, e apresenta outros estigmas para a síndrome; b) megacólon chagásico em que o parasita destrói as células mioneurais que estimulam a contratilidade da musculatura da parede do cólon, havendo a destruição do estímulo neurogênico, o que influencia negativamente na contração da musculatura intestinal, levando à constipação. Através de um raio-X do abdômen, vai mostrar um cólon desproporcionalmente volumoso num paciente de uma área endêmica para doença de Chagas, com antecedente pessoal ou familiar de cardiopatia chagásica; c) paraplegia secundária a trauma raquimedular, em que a estrutura anatômica intestinal está preservada, mas a transmissão do estímulo nervoso não está alcançando o órgão efetor; e d) esclerose múltipla, em que o problema está na origem do estímulo no sistema nervoso central, com estímulo diminuído e intermitente.
 4. Substâncias hormonais: no hipotireoidismo o hormônio tireoideano em menor quantidade estimula menos a contratilidade da musculatura do intestino.
 5. Outras substâncias: a) uremia; b) hiperparatireoidismo; c) hipercalcemia (que é um quadro bastante característico de paciente oncológico com metástases ósseas – a presença das metástases não é obrigatória na hipercalcemia paraneoplásica –, apresentando, além da constipação, sonolência

e desidratação, rebaixamento do nível de consciência, etc.); e d) substâncias que reduzem a contração muscular, como alguns medicamentos, por exemplo, opiáceos (substâncias que agem sobre receptores de opiáceos, já existentes no nosso organismo, no sistema nervoso central, diminuindo a transmissão da informação da dor. Contudo, a ação sobre esse mesmo receptor na musculatura intestinal causa uma diminuição da contração. Os antiácidos (hidróxido de alumínio), anticolinérgicos (buscopan-escopolamina) antiespasmódico, que têm a função de diminuir a contração da musculatura). Portanto, deve-se fazer um inventário medicamentoso.

6. Inibição reiterada do reflexo da evacuação: não atender ao chamado levaria à hipossensibilidade que seria não sentir o chamado – o paciente não vai porque não está sentindo o estímulo.
7. Causas psicogênicas, alterações emocionais: geralmente, existem traumas na infância ou sintomas depressivos para justificar a constipação. Lembrando, mais uma vez, que causas psicológicas são sempre um diagnóstico de exclusão.

Então, de acordo com a fisiopatologia de uma constipação, após a coleta de informações, entenderemos onde o paciente vai se encaixar. Eliminaremos grande parte das causas e faremos uma investigação para concluir o diagnóstico do que restou na tabela. Ao final da leitura do capítulo de uma queixa, vai aparecer uma tabela para essas grandes síndromes.

Lembremos daquele paciente fictício que foi discutido, com 65 anos de idade, constipação há 3 meses, perda de 5 quilos no período, icterício duas cruzes em quatro, fígado palpável 5 centímetros abaixo do rebordo costal direito, en-

durecido, que come frutas e verduras e é etilista social. Essas são as informações disponíveis de forma resumida. Com essas informações, tenta-se eliminar uma parte dessas possibilidades para causas de obstipação intestinal.

Vai ser em cima das hipóteses que restarem que o profissional vai se debruçar e fazer duas atividades:

1. Estudar o capítulo daquelas doenças que restaram na tabela e são menos conhecidos.
2. Construir o raciocínio baseando-se nas doenças que são conhecidas. Exemplo:
 - Alimentação deficiente em fibra? Não. O paciente come frutas e verduras. Então, não é a causa da constipação;
 - Hábitos inadequados de defecação? Pelas informações, aparentemente não;
 - Impactação fecal? Em caso de dúvida, mantém-se na lista e buscam-se mais informações;
 - Doença de *Hirschsprung*? Aganglionose? O paciente nasce com o problema. A queixa do paciente estava presente há três meses, então não deve ser esta a causa;
 - Megacólon chagásico? Não temos nos antecedentes, pelo menos nessa história bem resumida, se ele morou em casa de taipa. Isso não está no histórico. Se não for possível excluir tal hipótese a partir das informações disponíveis, uma investigação deverá ser feita para confirmá-la ou excluí-la;
 - Hipotireoidismo? O paciente queixa-se de perda de peso, o que é incongruente com hipotireoidismo. Além disso, ele tem uma hepatomegalia endurecida e icterí-

cia. Esses dados também falam contra hipotireoidismo. São essas informações da história e do exame físico que serão utilizadas para aumentar ou diminuir a probabilidade de um diagnóstico;

- Ele tem dados na história clínica para pensar em hiperparatireoidismo? O paciente com câncer metastático pode apresentar como síndrome paraneoplásica a produção de uma substância semelhante ao PTH: o PTH relacionado;

Até o momento, não se exclui da lista de hipóteses o megacólon chagásico e o hiperparatireoidismo.

- Diabetes? Na história, havia hepatomegalia endurecida e emagrecimento, mas não poliúria e polidipsia. Confirma-se antecedente de hipertensão controlada. Conclui-se que ele não tenha antecedente de diabetes, pois, esperar que um diabético vá apresentar o quadro com constipação sem ter poliúria, polidipsia, polifagia é pouco provável;
- Uremia? Esse paciente tem sinais e sintomas de insuficiência renal crônica? Ele não apresenta edema de membros inferiores. O exame físico dele não é compatível com um paciente renal crônico. Esse paciente tem sinais e sintomas de uremia? Não tem. Como, no Brasil, a maior causa de insuficiência renal é hipertensão arterial sistêmica (HAS) ele deveria, em sua história, ser hipertenso não controlado, além de ter outros estigmas aparentes no exame físico. Essa é a incongruência mencionada anteriormente, o que diminui a probabilidade de uma hipótese. Seguindo esse raciocínio, um paciente hiper-

tenso não controlado pode ser renal crônico? Pode, mas para que ele tenha constipação por uremia, ele tem que ter outras alterações de história e exame físico;

- Cólon irritável? O paciente não refere diarreia intercalada com constipação;
- Lesões obstrutivas do cólon? Câncer do cólon com metástase hepática justifica a hepatomegalia endurecida e o quadro todo do paciente. Câncer do cólon causa sangramento? Sim, mas antes de apresentar um sangramento volumoso, ele pode apresentar apenas a constipação. Provavelmente, o hemograma desse paciente apresentaria anemia pelo sangramento tumoral lento no início. Isso é um sinal de alerta importante na avaliação de anemia em pacientes com idade acima dos 50 anos. Pode ser tumor benigno? Pouco provável;
- Doença de Parkinson? Faltam outros estigmas para fechar o diagnóstico. As alterações não se restringem a um único órgão. O paciente não apresenta tremor;
- Lesões da medula espinhal? Não há história de trauma;
- Senilidade? Não apresenta idade tão elevada assim, nem se mostra um idoso frágil, e refere etilismo social, ou seja, apresenta atividades provavelmente fora de casa e independência;
- Medicamentos? O paciente é hipertenso controlado, mas o profissional deve perguntar há quanto tempo se faz uso do medicamento. Considerando 10 anos de uso, porque só há 3 meses ele está constipado, perdendo peso, icteríco e com hepatomegalia endurecida? Tratam-se de informações incongruentes para justificar tal hipótese;
- Transtorno depressivo? A dica seria: o paciente é etilista

social, assim como mencionado, afastando a hipótese de senilidade. Neste caso, a situação seria a mesma. Se o paciente está convivendo com os amigos, provavelmente ele não tem transtorno depressivo que o leve ao isolamento;

Já adiantando a conduta que será discutida a seguir, como achamos menos provável que a causa da constipação fosse hipotireoidismo, o TSH não deve ser solicitado inicialmente, mas apenas depois que outros exames solicitados inicialmente forem todos negativos.

Assim, após o exercício de diagnóstico diferencial para esse paciente, restaram, da lista inicial, megacólon chagásico, hiperparatireoidismo, câncer do cólon metastático, e lesões obstrutivas do cólon, para justificar a constipação intestinal. Para isso acontecer de forma produtiva, o profissional deve se debruçar sobre a queixa com o auxílio de um livro de semiologia, anotar o que o paciente tem e não tem, ver o que é congruente e incongruente, eliminar a maioria das causas que constam na tabela, e se aprofundar no estudo do que restar da lista. É preciso treinar e repetir isso várias vezes.



LISTA DE PROBLEMAS E HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

A lista de problemas é o que eu considero o dom, seu diferencial, pois é onde transparece a criatividade do médico. Para construir uma lista de problemas, deve-se empregar algum esforço. Outra analogia eu faço para explicar melhor esse conceito são as sessões do Superior Tribunal Federal (STF). Antes de proferir o voto, o juiz descreve uma quantidade enorme de informação para basear o mesmo. A lista de problemas é a mesma coisa. Devem constar na anamnese, no exame físico e nas demais seções, as informações que farão parte da lista de problemas. A lista de problemas não se limita às hipóteses diagnósticas. Ela é mais ampla. Ela é o resumo que alguém, que pode ser você no futuro, vai ler para não ter que ler toda a história novamente.

Nesse momento, o profissional fará um resumo. Como sugestão, deve-se utilizar um marcador de texto ou uma caneta de cor diferente para sinalizar tudo que foi positivo, desde a Identificação, passando pela História da Doença Atual, Antecedentes, Interrogatório Sintomatológico, Exames Complementares e Exame Físico. Na lista de problemas, deve-se incluir tudo o que foi positivo, inclusive dados de exames

complementares se você já tiver acesso a eles. O profissional deve agrupar as informações de acordo com o seu julgamento. Por exemplo, se o paciente tem uma profissão de risco e sendo isso positivo, também entra na lista de problemas; ou o profissional deverá registrar que o paciente que trabalhou numa fábrica de telha de amianto foi tabagista, tem tosse e expectoração, perda de peso e anorexia, apresenta sibilância à ausculta respiratória, e possui raio-X de tórax evidenciando hipotransparência na base direita. Esse conjunto de informações vai ser secundário às hipóteses diagnósticas que restaram após o exercício de diagnóstico diferencial, que mostramos na seção, podendo incluir tuberculose, câncer de pulmão, derrame pleural, DPOC, etc.

Lembrado que um mesmo dado positivo pode aparecer em mais de um problema. Perda de peso pode ser incluída nos sintomas respiratórios, além de ser adicionada a outros dados positivos como uma constipação intestinal, por exemplo. Até esse momento, não se sabe a causa da perda de peso. Por isso, deve-se montar uma lista de problemas ampla, para dar base ao raciocínio.



CONDUTA

Nesta seção, abordaremos os dois componentes da conduta: tratamento e investigação. De forma geral, a conduta vai ser baseada no que estiver contido na lista de problemas, que poderão ser tratados, e outros, em que será necessário investigar.

Usando novamente o caso discutido do paciente com constipação intestinal, podemos observar:

Para todas as causas, haverá ambos os componentes (tratamento e investigação). Portanto, para constipação intestinal qual vai ser o tratamento? Laxantes por via oral, supositório, lavagem intestinal com algumas soluções, etc. Esse é o componente terapêutico. Lembrando que se trata ainda de um caso fictício, não sendo recomendado prescrever para pacientes constipados o tratamento desvinculado da investigação. Esse tratamento vai estar atrelado ao próximo passo, com a avaliação e sob a orientação de alguém mais experiente;

- A partir de agora, discutiremos o componente de investigação e confirmação diagnóstica. A investigação também exige a avaliação e a orientação de alguém mais experiente – nunca se esqueçam disso. A investigação exige uma priorização na escolha dos exames, que sofre influência da dispo-

nibilidade dos mesmos e que varia de hospital para hospital, de serviço para serviço e de fontes pagadoras que oferecerão mais ou menos acesso. O exame mais importante deve ser solicitado primeiro, mas exames mais simples com resultados mais rápidos também podem iniciar o processo de investigação, mesmo que um exame mais complexo venha em seguida. Isso porque cada exame vai ter sua sensibilidade e especificidade, valor preditivo positivo e negativo, e sofrer influência do aparelho e do operador;

- Em caso de megacólon chagásico (do paciente fictício), uma das opções seria o enema opaco, também chamado de raio-X baritado;
- Para a lesão obstrutiva do cólon e câncer do cólon, seria indicada uma colonoscopia com biópsia;
- Se tratando de hiperparatireoidismo e hipercalcemia, seria adequado um PTH, PTH relacionado, cálcio sérico e albumina ou cálcio iônico, como também outros exames para avaliar a presença de alterações que caminham juntas, outros eletrólitos, etc. Um paciente pode ser portador de um tumor de paratireoide funcionante que caracteriza o hiperparatireoidismo primário; pode ter um hiperparatireoidismo secundário, quando o problema não se encontra na glândula paratireoide a partir de uma produção do PTH relacionado, através de síndrome paraneoplásica. O hiperparatireoidismo pode ser terciário após um estímulo sustentado e prolongado, fazendo a paratireoide funcionar exageradamente mesmo quando o estímulo inicial é suspenso.

Para aquele paciente que apresentava perda de peso, tosse produtiva, era tabagista, e mostrava sibilância ao exame físico, ainda sem diagnóstico confirmado por anatomopatológico – apesar de seus sintomas poderem ser secundário a câncer de pulmão:

- Podemos iniciar a conduta por nebulização com beta-2 agonista, anticolinérgicos, corticosteroides, além de solicitar exames para investigação tais como pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) no escarro, raio-X de tórax e broncoscopia.
- Alguns problemas poderão ser tratados de antemão, para não deixar o paciente sibilando, embora não tenhamos ainda um diagnóstico definitivo. Que o paciente tem doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) nós já sabemos apenas pelas informações contidas em sua história, mas se se trata de câncer de pulmão ainda não temos certeza.

Gostaria de frisar que só tem diagnóstico de câncer quem tem confirmação anatomopatológica. O material que será examinado poderá advir através de punção aspirativa por agulha fina (PAAF), biópsia incisional (quando se retira apenas um fragmento da lesão), ou biópsia excisional (também chamada de biópsia cirúrgica), que remove a lesão na sua totalidade. Cada uma delas tem sua indicação, sensibilidade e especificidade, mas não serão discutidas nesta publicação por não se tratar do escopo do livro. Paciente sem anatomopatológico pode ter uma suspeita forte de câncer, mas a confirmação só vem após o resultado do exame.

Depois que o profissional fizer o exercício de diagnóstico diferencial e montar sua lista de problemas, vai estabelecer a conduta, a qual terá o “não oncológico” e “o oncológico”. A conduta não oncológica será conduzida conforme descrito anteriormente. O paciente terá comorbidades que deverão ser compensadas. Novamente, usarei um exemplo fictício para ilustrar essa questão. Um paciente com câncer de pulmão induzido por tabagismo normalmente é portador de DPOC. Antes da decisão do tratamento, quando o paciente apresentar uma doença precoce, deve-se realizar uma espirometria. Se o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) for inferior a um litro, o paciente não é um bom candidato para cirurgia que seria o tratamento mais adequado. Então, esse paciente precisa ter sua DPOC compensada. Normalmente isso é realizado pelo pneumologista, que irá reabilitá-lo na tentativa de que ele se submeta ao melhor tratamento. Esse é o exemplo claro de uma conduta não oncológica. O profissional não está prescrevendo quimioterapia nem radioterapia, nem está operando o paciente. É muito importante se preocupar com a parte não oncológica do paciente.

Outro exemplo seria de paciente com uma ferida aberta por qualquer motivo. Esse paciente apresenta um risco maior de complicação infecciosa, se iniciar quimioterapia, pelo potencial de causar neutropenia. Esse paciente poderia ter neuropatia diabética complicada por um pé diabético, por exemplo. Enquanto o profissional não resolver as feridas, o paciente não poderá iniciar seu tratamento. Isso acontece na maioria dos pacientes que apresentam múltiplas comorbidades.

Em resumo, o profissional pode e deve resolver a parte não oncológica do paciente para colocá-lo numa condição mais favorável, do ponto de vista de comorbidades, permitindo que ele receba a conduta oncológica que, na maioria das vezes, requer um cuidado redobrado.



DICAS

Não acreditar em nada do que lhe falarem

Checar sempre. Criar o hábito de consultar referências. Erros ocorrem por pequenos deslizes, o que é natural. Não se deve confiar na memória. Tratamentos são muito diferentes, mas os nomes das drogas são muito semelhantes. Isso também é influenciado pela comunicação. Instituições de acreditação. Procedimentos operacionais padrão.

Encaminhador

Registrem o nome do encaminhador e façam uma carta relatório de contrarreferência. É necessário informar ao pneumologista que o paciente portador de câncer de pulmão e DPOC seria candidato à cirurgia se o encaminhador melhorar a condição pulmonar do paciente ou se ele for à radioterapia, uma vez que essa modalidade terapêutica causa fibrose na área tratada e isso poderá piorar o quadro de DPOC. Por isso, é recomendável antecipar ao médico que encaminhou o que vai acontecer com orientações de cuidados futuros. Outro

exemplo é a necessidade de vacinação contra infecções respiratórias. É importante informar ao profissional que o encaminhou que algumas atitudes serão necessárias no acompanhamento do paciente em comum.

Isso também se aplica ao cardiologista que trata, por exemplo, uma paciente com diagnóstico de câncer de mama, candidata a receber doxorrubicina – antraciclina muito utilizada no câncer de mama e que causa lesão no miocárdio. Pacientes com idade a partir dos 65 anos e/ou com HAS e/ou diabetes mellitus têm um risco maior de toxicidade cardíaca pela antraciclina. Se o uso da substância for indispensável e a paciente reunir fatores de risco é importante discutir com o cardiologista.

Existem drogas com toxicidade renal, como a cisplatina, que demandará envolvimento do nefrologista.

Enfim, é muito importante a comunicação entre os especialistas que acompanham pacientes oncológicos pela segurança do mesmo.

Parceria com a equipe multidisciplinar

Mantenha um relacionamento profissional com todos no hospital. Se o médico não tiver um bom relacionamento em seu ambiente profissional, o exercício de seu trabalho poderá enfrentar dificuldades desnecessárias. Deve haver um respeito mútuo que culminará numa parceria. Todos se beneficiam com isso, especialmente o paciente. O profissional também será beneficiado quando estiver no internato ou numa residência médica conduzindo pacientes numa enfermaria. O paciente receberá alta mais rapidamente porque os exames

serão agendados, realizados e laudados mais rapidamente; o diagnóstico também será concluído em menos tempo, o profissional tratará de mais pessoas e conseqüentemente terá mais experiência porque acompanhou uma quantidade maior de pacientes. Enfim, essa parceria é indispensável.

Portas e labirintos

A anamnese, como dito anteriormente, é um canal de comunicação e um caminho a ser transitado. Se os profissionais conseguirem enxergar isso, vão ter acesso a portas e labirintos. Voltando ao exercício de diagnóstico diferencial do paciente com constipação, partiu-se de uma tabela com 15 itens (portas) que se restringiram a apenas três. O profissional fez o exercício e, ao atravessar uma das três portas, teve acesso a um labirinto só daquela porta, que lá na frente vai se encontrar com o labirinto da outra porta. A anamnese tem que ser enxergada dessa forma, como portas e labirintos.

Marcador de texto

Usar o marcador de texto ou caneta de cor diferente para destacar as palavras (itens positivos da anamnese) e evitar despercebimento de quaisquer informações, permitirá, no final, ao profissional reunir na lista de problemas o mais importante, lembrando sempre de usar técnicas que diminuam a chance de uma informação importante ser despercebida.

Congruência e incongruência

Revisem a história e passem o marcador de texto sobre tudo que for positivo. Fiquem atentos a um sintoma de um órgão específico e às informações congruentes. Essa congruência deve estar armazenada na memória para ser utilizada durante o atendimento de pacientes. O profissional deve se lembrar disso porque não se esquecerá de buscar as informações para prosseguir no labirinto daquela hipótese diagnóstica. Por exemplo, num paciente com pneumonia, é de se esperar auscultar estertor fino. Existe uma sequência, uma congruência entre queixa (sintoma), órgão e sinal (achado no exame físico). Tosse, expectoração amarelada ou esverdeada, febre, estertor fino à ausculta respiratória que o profissional vai encontrar no tórax do paciente, entre outros, fazem-se necessários serem elencados. Enfim, tentem estudar fazendo essa sequência de raciocínio, para não se perder na busca por um sintoma que não é esperado para aquela patologia ou naquele órgão, caracterizando incongruência e revisar a história clínica.



AUTOAVALIAÇÃO

No final da anamnese, o profissional deve fazer uma autocrítica após se despedir do paciente. É importante ler e lembrar o que gostou de fazer – e que normalmente fará cada vez com mais habilidade –, mas também o que não executou bem ou o que o fez sentir desconfortável. O profissional precisa contornar as dificuldades da coleta de uma anamnese, como perguntar ao paciente de uma forma diferente, porém isso só será possível após uma reflexão e um plano B. É preciso mudar a forma de lidar com as informações tomadas do paciente, pois é isso que tem sido prejudicial. O profissional pode chegar à conclusão de que a história foi colhida muito lentamente e o paciente ficou cansado, e, finalmente, não passou as informações de forma detalhada. Como solução, pode-se inverter a sequência de perguntas ou fazê-las em grupo paralelamente, o que acontece, na maioria das vezes, durante as atividades práticas ainda na faculdade. Enquanto um aluno está colhendo a história com o acompanhante, o outro está realizando o exame físico no paciente. Assim, faz-se necessário tentar sempre realizar essa autocrítica e reflexão ao final de cada anamnese.



ANAMNESE REAL

Alexandre dos Santos Lima, Larissa Daianne Gomes Pereira Araújo, Priscila Câmara Martins, Roberta Cavalcanti.

Identificação

Local: Enfermaria do Hospital do Servidor do Estado de Pernambuco

Hora: 13 horas

Data: 06 de outubro 2015

Nome: J. R. M.

Nome Social: Z.

Mãe: V. R. M.

Idade: 48

Sexo: Feminino

Naturalidade: Recife

Procedência: Recife

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Casada

Ocupação atual e anterior: Fisioterapeuta (autônoma) - ocupação atual; e Técnica de enfermagem (servidora do Estado) - ocupação anterior e atual

Endereço atual: R. F. B., Número Bairro C. G.

Grau de Instrução/Poder Econômico: Superior Completo/
Compra os próprios medicamentos
Religião/Espiritualidade: Evangélica
Plano de Saúde: Seguro de Assistência ao Servidor
Acompanhante: T. C. – Filha
Contato: (81) xxxxxx – xxxx (Z.) / (81) xxxxxx – xxxx
Encaminhamento: Encaminhada pela emergência do Hospital
do Servidor do Estado (HSE)

Queixa principal e duração (QPD)

Dor em hipocôndrio direito com irradiação para o dorso há 6 dias.

História da doença atual (HDA)

A paciente relata que no dia 31 de outubro de 2015 apresentou dor tipo compressão em hipocôndrio direito, com irradiação para o epigástrico e o dorso. Notava piora ao se alimentar, principalmente ao ingerir gordura. Segundo uma escala de zero a dez, sendo zero ausência de dor, a dor foi classificada como 10. De acordo com a paciente, esse desconforto abdominal existia há anos, sendo atendida algumas vezes na emergência do Hospital dos Servidores do Estado (HSE), sempre melhorava com analgésicos que recebia e era liberada para casa com prescrição de sintomáticos. Diferente dos episódios anteriores, no atual, a dor era mais intensa, associada a náuseas e não melhorava com o uso de Omeprazol e analgésicos. Não apresentou febre, vômitos ou diarreia. Em uma das passagens pela emergência em 05

de outubro de 2015, foi solicitada uma ultrassonografia que foi mostrada durante esse atendimento em 31 de outubro de 2015, realizou outros exames (Hemograma, sumário de urina e tomografia computadorizada) e foi encaminhada para a enfermaria do HSE.

Interrogatório Sintomatológico

Sintomas gerais

- Perdeu 8 Kg em 2 semanas. Peso anterior: 77 Kg. Peso atual: 69 Kg.
- Nega astenia, câibras, calafrios ou sudorese.

Pele e fâneros

- Nega alterações.
- Faz uso de protetor solar. Tem cuidados com a pele e cabelos.

Cabeça

- Nega cefaleia, enxaqueca, tontura ou traumatismo.

Olhos

- Relata diminuição da acuidade visual. Usa óculos. Queixa-se de ardência ao usar muito o computador, quando está sem os óculos.
- Relata escotomas, fotofobia e lacrimejamento.
- Última consulta pelo oftalmologista: há 5 anos.
- Nega amaurose, diplopia, dor, exoftalmia, nistagmo ou prurido.

Ouvidos

- Acuidade preservada.

- Nega dor, otorragia, otorreia, prurido, vertigem ou zumbido.
- Limpa superficialmente com cotonetes.
- Nega exposição a ruídos altos.

Nariz e cavidades paranasais

- Relata dor em região frontal quando tem crise de sinusite.
- Tem obstrução nasal nas crises de sinusite.
- Nega anosmia, dor, coriza, epistaxe ou espirros.

Cavidade Bucal e Anexos

- Aftas eventuais, sialose.
- Durante o internamento queixou-se de boca seca. Apresentou alteração do hálito durante o internamento (hálito cetônico), sialose.
- Nega sangramento, dor de dente ou dor na articulação temporomandibular. Não faz uso de prótese dentária.
- Hábitos de Higiene presentes.
- Última visita ao dentista: 4 meses.

Faringe

- Nega dor de garganta, pigarro ou ronco.

Laringe

- Nega alteração na voz, dor.
- Faz gargarejo com antisséptico bucal ao escovar os dentes.

Vasos e linfonodos

- Nega presença de adenomegalias ou turgência jugular.

Mamas

- Relata dor nas mamas próximo ao período menstrual.
- Nega presença de nódulos área de edema ou retrações. Nega presença de secreção papilar.
- Faz autoexame sempre que lembra. E faz ultrassonografia de mamas e mamografia todo ano. (Ultimo há três meses).

Sistema Respiratório

- Nega “chieira”, cianose, dispneia, dor torácica, expectoração, tosse, hemoptise ou vômica.
- Há muito tempo fez raios-X de tórax.

Sistema Cardiovascular

- Teve lipotímia há 20 anos (durante uma gestação ectópica) e síncope há mais de 20 anos.
- Apresentou sudorese fria durante o internamento.
- Nega dor precordial, palpitação, dispneia aos esforços, dispneia em decúbito, dispneia paroxística noturna. Nega presença de edema.
- Não faz *check-up* cardiológico.

Sistema Digestório

- Vide HDA. Refere dispepsia e distensão abdominal, epigastralgia, constipação intestinal (Normalmente vai 1x/semana e chega a passar semanas sem ir ao banheiro. No internamento, após dieta laxativa faz 1x/dia), pirose, dependendo da alimentação (Não teve durante o internamento).

- Nega hiporexia, anorexia, perversão alimentar, compulsão alimentar, disfagia, enterorragia, esteatorreia, flatulência, melena, hematêmese, eructações, náuseas, odinofagia, prurido anal, sangramento anal

Sistema Urinário

- Refere urina espumosa e colúria, presença de dor lombar no início do internamento.
- Nega anasarca, anúria, disúria, hematória, edema, estrangúria, nictúria, oligúria, incontinência urinária, polaciúria, retenção urinária, urgência miccional, urina com mau cheiro.

Sistema genital feminino

- Paciente com ciclo menstrual atualmente irregular (pré-menopausa). Duração do ciclo menstrual: 8 dias. Fluxo menstrual aumentado. Última menstruação: 11 de outubro de 2015. Apresenta dismenoreia leve. TPM: mastalgia; dor no baixo ventre e pernas; irritação; nervosismo; insônia.
- Nega corrimento vaginal, disfunção sexual, prurido vaginal. Não usa anticoncepcional. Não usa preservativo. Não faz reposição hormonal.
- Última visita ao ginecologista: 3 meses atrás, mas não fez preventivo.

Sistema Hemolinfopoético

- Nega adenomegalias, esplenomegalia, ou sangramentos.

Sistema Endócrino

- Nega alteração de pele e fâneros. Paciente não é portadora de nanismo, gigantismo ou acromegalia. Nega ginecomastia (sem alterações, mama normal), hirsutismo, nervosismo, ou tremor
- Puberdade: 16 anos (normal). Relação apetite/peso: normal.
- Baixa tolerância ao frio.

Sistema osteoarticular

- Refere raros espasmos musculares. Tem vício postural: cifose. Não tem hábitos de levantar peso. Realiza movimentos repetitivos laborais. Faz ginástica laboral. Utilizava salto alto.
 - Nega atrofia muscular, câibras, fraqueza muscular, mialgia.
 - Nega deformidades articulares, calor, dor. Nega limitações de movimentos, rigidez articular, rubor articular.
- Nega dor óssea ou edema.

Sistema nervoso

- Já apresentou transtornos de sono (insônia).
- Nega alterações da fala, da marcha, anestesia, convulsão, crise de ausência, distúrbio de aprendizagem, distúrbio de memória ou incoordenação de movimentos. Nega lipotimia, paralisia, paresias, parestesia, síncope, torpor, tremor. Não faz uso de andadores, cadeira de roda, fisioterapia.

Exame psíquico e condições emocionais

- Refere ter sentido angústia durante o pico hipertensivo do internamento. Possui claustrofobia. Humor alterado quando em TPM. É inteligente e tem boa memória. Refere pensamento obsessivo recorrente.
- Nega alucinações visuais e auditivas, atos compulsivos, tricotofagia, onicofagia, “tique”.

Antecedentes pessoais (fisiológicos)

Gestação e nascimento

- Parto normal, prematuro, em hospital. É a sétima filha. Tem seis irmãos.

Desenvolvimento psicomotor e neural

- Aproveitamento escolar: repetiu a 5ª série. Desenvolvimento físico normal. Idade que iniciou a dentição: não sabe dizer. Idade que começou a andar, engatinhar, falar, controle dos esfíncteres: não sabe dizer.

Desenvolvimento sexual

- Menarca: 16 anos. Está na premenopausa. Orientação sexual: heterossexual. Puberdade: normal. Sexarca aos 18 anos.

Antecedentes pessoais (patológicos)

Doenças na infância

- Paciente apresentou amigdalite, caxumba, varicela, tuberculose pulmonar. Paciente não apresentou sa-

rampo, traumatismos e acidentes. Nega doenças graves e/ou crônicas. Nega artrose, diabetes mellitus (DM), gota, HAS, malária, osteoporose, pneumonia, litíase renal, hepatite.

Cirurgia

- Gravidez ectópica. Parto cesáreo: 2.
- Fez laqueadura das trompas.

Transfusões sanguíneas

- Hemotransusão há mais de 20 anos. Onde: Maternidade da Encruzilhada. Motivo: gravidez ectópica – cirurgia.

História obstétrica

- G3 P2 A0. Prematuro 0. Cesárea 2.

Vacinas:

- Cartão vacinal completo.

Alergias

- Tem alergia a poeira (ácaro); cheiro forte; pelos de animais (cachorro e gato).

Medicamentos em uso

- Vide HDA. Medicamentos sintomáticos
- Antiácido, chá digestivo e Omeprazol.

Antecedentes familiares

Doenças dos familiares

- Avós: não vivos, avó materna: diabética.
- Filhos: alergia a poeira. Filho é asmático.
- Mãe: AVC (faleceu), tinha Alzheimer.
- Pai alcoólatra, já falecido.
- Irmã: diabetes.
- Irmã: hipertensão.
- Primo, tios: não sabe dizer.

Alimentação

- Faz 4 refeições ao dia com horários irregulares.

Atividades Físicas

- Paciente sedentária.

Consumo de bebidas alcoólicas

- Atualmente não bebe. Antigamente, bebia socialmente.

Ocupação atual e anteriores

- Anterior: técnica de enfermagem.
- Atual: técnica de enfermagem e fisioterapia.

Tabagismo

- Fumou uma carteira de cigarros por dia durante 10 anos.
Parou há 21 anos.

Uso de drogas ilícitas

- Paciente nega

Viagens recentes

- Não fez viagens recentes.

Condições socioeconômicas e culturais

- Grau de escolaridade: Ensino superior completo.
- Condições de moradia, saneamento básico e coleta de lixo: boas, casa de alvenaria, com saneamento. Epidemiologia negativa para esquistossomose. Condições econômicas: boas. Refere contato pessoas doentes no trabalho.
- Vida conjugal e ajustamento familiar: relacionamentos bons.
- Possui animais domésticos (cão).

Exame Físico

Exame geral

EGB, consciente, orientada, normocorada, eupneica, acianótica, afebril, ictérica (+/4+), hidratada.

Cabeça e pescoço

Fácies atípica; Motilidade ocular extrínseca, acuidade visual e reflexo fotomotor sem alterações; Otoscopia bilateral: não realizada. Cavidade oral sem alterações.

Pescoço sem tumorações ou linfadenomegalias palpáveis; traqueia normoposicionada; tireoide palpável (+/4+) sem nódulos

Aparelho cardiovascular

- Inspeção: tórax normal sem abaulamentos ou retrações, sem cicatrizes, tórax simétrico, coloração normal, sem manchas, sem edemas de MMII, pequenas varizes.

- Palpação: Ictus palpável com duas polpas digitais em quinto espaço intercostal esquerdo, na linha medioclavicular, não visível.
- Ausculta: Ritmo Cardíaco Regular em dois tempos, Bulhas normofonéticas sem sopros. FC: 88 bpm PA: 110x70mmHg

Aparelho respiratório

- Inspeção: Tórax sem características específicas patológicas, simétrico, sem retrações ou abaulamentos.
- Palpação: expansibilidade normal, Frêmito toracovocal presente e normal.
- Percussão: som claro pulmonar em ambos os hemitórax.
- Ausculta: Murmúrio vesicular presente em ambos os hemitórax, simétrico, sem ruídos adventícios.

Aparelho gastrointestinal

- Inspeção: presença área amarronzada vertical de 8 cm em hipogástrio (cirurgia prévia - gravidez ectópica), algo distendido, plano, simétrico.
- Ausculta: ruídos hidroaéreos presentes e hipoativos.
- Palpação (Superficial e Profunda): indolor em todos os quadrantes sem visceromegalias.
- Percussão: som maciço em hipocôndrio direito e flanco esquerdo. Som timpânico em restante dos quadrantes.

Aparelho Geniturinário

- Exame das mamas:
- Inspeção: sem retrações, mamas simétricas, coloração normal, presença de ambas aréolas, mamas volumosas.
- Palpação: sem linfadenomegalias axilares ou nódulos mamários em palpação superficial e profunda (palpação

em aro de bicicleta)

- Exame Ginecológico: Não realizado

Sistema Locomotor

- Movimentação preservada, sem presença de dor articular ou degeneração óssea.

Sistema Nervoso

- Marcha atípica, sem distúrbios do movimento ou de linguagem
- Força, tônus, sensibilidade e reflexos sem alterações
- Equilíbrio e coordenação sem alterações
- Nervos cranianos (NNCC) sem alterações
- Sem sinais meningorradiculares
- Cognição sem alterações

Na obra de Porto & Porto, no capítulo Sinais e Sintomas, na seção Sistema Digestório há uma tabela intitulado “Localização da dor no sistema digestório”.

Na area da dor “hipocôndrio direito”, como órgãos afetados encontramos “Fígado” e “vesícula biliar” e como principais doenças “hepatite” e “colecistite”, respectivamente.

O fígado e a vesícula biliar também são lista dos quando a area da dor e localizada na região epigástrico, alem de estômago, duodeno, vias biliares e pâncreas. Na area do dorso, o órgão afetado listado e o pâncreas.

Diante disso, vamos detalhar a queixa dor em cada um desses órgãos incluídos no capitulo.

Iniciando pelo fígado, que não tem sensibilidade em seu parênquima, mas, quando há distensão o rápida da cap-

sula de Glisson, determina queixa de dor em hipocôndrio direito, sem irradiação, que piora com a palpação e com a realização de esforço físico. A causa comum é a congestão passiva do fígado, uma das principais manifestações da insuficiência ventricular direita, constituindo o que se denomina hepatomegalia dolorosa. Essa dor também pode estar presente na hepatite viral aguda e na hepatite alcoólica. A dor do abscesso hepático pode ser muito intensa e localiza-se na área de projeção do abscesso, a qual se torna muito sensível, dificultando sobremaneira a palpação da víscera.

A dor originada nas vias biliares pode se apresentar de duas maneiras:

1. Cólica biliar: apresenta características de cólica, com início súbito, grande intensidade, localização no hipocôndrio direito e duração de várias horas. Em geral, o paciente fica inquieto, nauseado, podendo apresentar vômitos. A causa mais comum é a colelitíase. O aparecimento de icterícia APÓS episódio de cólica biliar sugere a migração de cálculo para o colédoco.
2. Colecistite aguda: a dor é contínua, localizada no hipocôndrio direito, podendo irradiar-se para o ângulo da escápula ou para o ombro direito, via nervo frênico quando há comprometimento do diafragma. Acompanha-se de hiperestesia e contratura muscular. A palpação da região ao fazer uma inspiração profunda desperta dor. É o chamado sinal de Murphy.

O diagnóstico diferencial da dor originado no fígado e vias biliares inclui várias afecções, destacando-se a pancre-

atite aguda, a úlcera péptica perfurada, a cólica nefrótica, a pleurite e a isquemia miocárdica.

Os principais sintomas das doenças do estômago são dor, dispepsia, náuseas e vômitos e pirose.

O sintoma mais frequente das doenças do estômago e a dor epigástrico. A dor visceral do estômago e do bulbo duodenal e percebida na linha mediana, poucos centímetros abaixo do apêndice xifoide. Esta e, precisamente, a localização da dor apresentada pela maioria dos portadores de ulcera peptica. Também a exibem, menos frequentemente, portadores de gastrite aguda e câncer gástrico. Doenças inflamatórias ou neoplasias que afetem a face serosa do estômago determinam dor continua e intensa na parte alta do abdômen, principalmente no epigástrico. Quando uma lesão gástrica se estende a estruturas retroperitoneais, e comum a dor ser percebida na região dorsal do tronco. A descrição clássica do quadro clínico da ulcera peptica, particularmente da ulcera duodenal, ressalta a importância de certas características semiológicas da dor epigástrico, destacando-se as variações rítmicas da dor a que se atribua valor diagnóstico. De fato, o alívio da dor imediatamente após ingestão de alimentos e relatado por muitos pacientes com ulcera peptica, particularmente ulcera duodenal. Assim, a dor que surge ou se intensifica nos períodos pos-prandiais tardios e cessa total ou parcialmente nos períodos pos-prandiais precoces seria altamente sugestiva de ulcera duodenal. Contudo, estudos clínicos rigorosos, realizados após o advento da endoscopia revelam que a ritmicidade da dor não é sensível nem específica como indicador de ulcera, o que diminui seu valor diagnóstico.

Em relação ao pâncreas, os principais sintomas são dor, náuseas e vômitos, icterícia, diarreia e esteatorreia. A dor é o sintoma mais frequente, sobretudo nos processos inflamatórios da glândula (pancreatite), ocorrendo em quase todos os casos. Geralmente, é do tipo lancinante nas formas agudas ou nas reagudizações das pancreatites crônicas, mas sua intensidade varia com o tipo e a extensão da lesão. Sua localização e a irradiação dependem da região pancreática acometida. Localiza-se na região epigástrica, à direita da linha mediana, com irradiação para o dorso, quando a região acometida é a cabeça do pâncreas; na região epigástrica, à esquerda da linha mediana, no acometimento do corpo; e no hipocôndrio esquerdo, com irradiação para o dorso, quando o processo responsável pela dor atinge a cauda. A forma clássica, ou seja, dor em faixa ou em cinta, só acontece em uma pequena porcentagem de casos, quando toda a glândula é acometida.

Em resumo, dadas a localização, características, fatores de piora e melhora, duração e sintomas associados, a maior probabilidade da patologia da paciente em questão seriam cólica biliar ou colecistite litiasica com coledocolitase.

Lista de problemas

Do mais urgente para o menos urgente.

Do mais provável para o menos provável.

Causas pouco prováveis podem aparecer seguidas de interrogação, mas podem ser investigadas se as outras causas não fecharem o diagnóstico.

- 1) Dor em hipocôndrio direito, com piora ao se alimentar, perda de peso secundários a:
 - Cólica biliar
 - Coledocolitiase
 - Colecistite
 - Câncer de vesícula?

- 2) Dispepsia, pirose, distensão abdominal, epigastralgia secundários a:
 - P1
 - Gastrite
 - Úlcera peptica?

- 3) Constipação intestinal e perda de peso secundários a:
 - P1
 - Dieta pobre em fibras e líquidos
 - Uso de anti-ácidos
 - Câncer colorretal?

- 4) Perda de peso e tireoide palpável secundários a:
 - Bócio tireotóxico (hipertiroidismo)

- 5) Urina espumosa, colúria, dor lombar secundários a:
 - P1 (coledocolitiase)
 - Itu e nefrolitíase?

- 6) Boca seca, hálito cetônico secundários a:
 - Jejum prolongado e desidratação?
 - Diabetes mellitus?

- 7) Redução da acuidade visual, cefaleia frontal, escotomas, fotofobia e lacrimejamento secundários a:
- Distúrbio de refração
 - Enxaqueca?
- 8) Ciclo menstrual irregular, metrorragia, dismenorreia, mastalgia, dor em baixo ventre e em membros inferiores, irritação, baixa tolerância ao frio, nervosismo e insônia secundários a:
- Perimenopausa
 - Tensão pre-menstrual?
 - Varizes de membros inferiores?
- 9) Antecedentes de dois partos cesáreos, laqueadura tubarea, caxumba, varicela, tuberculose, hemotransfusão por choque secundário a gravidez ectópica, alergia a poeira, cheiro forte e pelo de animais.
- 10) Espasmos musculares, vício de postura secundários a:
- Câimbras
 - Sedentarismo
- 11) Insônia, pensamento obsessivo, claustrofobia secundários a:
- Patologia psiquiátrica

Conduta

P1 e P2) analgesia, USG abdômen, EDA

P3) dieta laxativa e suspensão de anti-ácidos. Se não melhorar, colonoscopia

P4) TSH, USG de tireóide

P5) Sumário de urina e URO ultimar, USG de vias urinárias

P6) Hidratação, glicemia de jejum

P7) Ao oftalmo ambulatorialmente. Se não melhorar, ao neuro.

P8) FSH, LH, estradiol. Sintomáticos

P9) Orientações quanto ao controle de ambiente

P10) Ionograma (sódio, potássio, cloreto e bicarbonato), cálcio, fósforo e magnésio. Orientações quanto à importância de atividade física para as câimbras e controle de dislipidemia, diabetes, cancer e doenças cardiovasculares.

P11) Ao psiquiatra ambulatorialmente



MODELO DE PRIMEIRA CONSULTA

Data da consulta: ____/____/____

- Relação temporal com medidas tomadas em consultas posteriores.

Local e hora: _____

Nome: _____

- Checar com paciente como prefere ser chamado (na recepção, para o consultório, etc.)

Nome social: _____

Idade: _____

- Cronológica versus biológica
- Avaliação geriátrica ampla (checar fragilidade)

Data de Nascimento: ____/____/____

- Evitar confusão com homônimos
- Aniversário

Acompanhante (s) (nome e parentesco)

- Compartilhamento de deveres e angústias
- Entendimento/responsabilidade sobre o tratamento, medicamentos de uso domiciliar

Estado Civil

- União estável versus casamento
- Quem o acompanha?
- Filhos biológicos (Relação sexual, exames de imagem)

Naturalidade e Procedência

- Exposição ambiental
- Especialidades da cidade e eventos na mesma

Escolaridade

- Entendimento sobre o tratamento
- Questionamentos e explicações

Profissão

- Fatores de risco

Fones

-
-
- Checar se os que foram fornecidos inicialmente são os mesmos.
 - Parentes, amigos e vizinhos: aumentar as chances de contato (mudança de números)
 - Pesquisa clínica prospectiva e retrospectiva

Queixa principal e duração (História e tratamentos prévios) sintomas novos ou mudança de padrão (**dados positivos em negrito**)

Origem do encaminhamento (especialidade versus tratamento prévio)

Interrogatório sintomatológico completo (sintomas aparentemente não relacionados, complicações locais,

distantes, para-neoplásicas)

Resultado de exames complementares (dados positivos e negativos)

Laboratório (basal versus eventos adversos)

Hemograma, glicemia, lipídios, funções renal e hepática (bilirrubinas, transaminases, enzimas canaliculares, albumina, INR), eletrólitos (sódio, potássio, magnésio, cálcio), sumário de urina, urocultura (bexiga neurogênica)

Imagem

_____/_____/_____

- Data
- Dados positivos
- Cópia

Anátomo-patológico

_____/_____/_____

- Data
- Dados positivos (informações sobre a cirurgia e prognóstico)
- Cirurgias prévias (não relacionadas ao problema atual, tratamentos futuros, eventos adversos)

Imunoistoquímica _____/_____/_____

- Data
- Dados positivos
- Cópia

Perfil genético

Antecedentes pessoais e familiares

Doenças da infância, hepatite, HAS, DM, cardiopatia, hipotireoidismo, transfusão, claustrofobia - exames de imagem com necessidade de sedação

Menarca, atividade sexual, gestação, amamentação, menopausa, cirurgia genital e órgãos reprodutivos, anti-concepção, reposição hormonal, auto-exame.

Hábitos (pessoais e familiares) tabagismo passivo em casa e no trabalho

História de câncer (pessoal e familiar)

Atividade física e alimentação

Cirurgias (datas, motivo, anátomo-patológico)

_____/_____/_____

Internações hospitalares/emergências

Medicamentos atuais e progressos (aderência)

Alergias

Crustáceo (iodo - contraste)

Medicamentos

Peso: _____

Altura: _____

Superfície corpórea: _____

Desempenho clínico (KPS, ECOG)

Exemplo de exame físico normal (permitir a quem lê o prontuário “estar presente à consulta”; modelo eletrônico)

Geral

Estado geral bom, corado (a), hidratado (a), acianótico (a), anictérico (a), afebril, eupnéico (a), orientado (a) no tempo e espaço, sem edemas ou varizes em membros inferiores, sem linfonodomegalias, linfonodos de tamanho normal (até 1 cm), móveis, elásticos e indolores (tamanho com paquímetro, localização, aspecto)

Sinais vitais – FR, FC, PA, temperatura, dor (quinto sinal vital)

Aparelho respiratório – Murmúrio vesicular positivo, sem ruídos adventícios

Aparelho cardiovascular – Ritmo cardíaco regular, em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros

Aparelho digestivo – ruídos hidroaéreos positivos e normoativos, abdome flácido, indolor, sem visceromegalias. Dentes em bom estado de conservação. Toque retal (quando necessário)

Pele - sem alterações

Mamas e axilas - quando houver nódulos ou tumores usar o paquímetro e comentar sobre sua posição, descrevendo o aspecto da pele

Genital quando necessário (exame digital da próstata)

Lista de problemas & Hipóteses diagnósticas

Reunir os termos em **Negrito**

Conduta

Relatório

Relatório ao médico de origem agradecendo pelo encaminhamento, solicitando esclarecimentos e informando conduta (não necessário quando de segunda opinião). Encaminhar para especialistas.

Receituário/Prescrição

Prescrição de preferência digitada, clara, detalhada, sem abreviações (dor e profilaxia de eventos adversos)

Exames complementares

Exames de laboratório (status menopausal ou de castração), diagnóstico, rastreamento e (re)estadiamento

Mama (RNM para pacientes com mutação de genes de predisposição ao câncer)

Próstata (ressonância multiparamétrica)

Pulmão (PET-CT checar indicações)

Cabeça e pescoço (pan-endoscopia para diagnóstico de segundo primário pelo efeito da carcinogênese de campo)

Esôfago (broncoscopia para avaliar presença de fístula ou invasão por contiguidades, dada a relação anatômica)

Estômago (H. pylori, laparoscopia para estadiamento quanto a presença de carcinomatose peritoneal, imunoistoquímica para definição de tratamento sistêmico na doença metastática.

Cólon (seguimento com dosagem de CEA - antígeno carcinoembrionário - imagem de tórax e abdômen, sítios de metástases, além de exames endoscópicos para diagnóstico de tumores sincrônicos e metacrônicos do cólon.)

Pâncreas (definição de ressecabilidade através de tomografia computadorizada, ressonância magnética e arteriografia)

Ovário (CA125 discutir controvérsia com a paciente que não demonstrou capacidade de mudar a história natural da doença).

Relatório, prescrição e cópias para autorização

Retorno

Retorno para concluir investigação e início de tratamento



MODELO DE CONSULTA DE RETORNO

Data da consulta: _____/_____/_____

Nome: _____

Resumo (Hipóteses diagnósticas da consulta anterior)

Acompanhante (s)

Eventos de consultas anteriores (exames, especialistas)

- Exames solicitados com data de marcação ou realização
- Consultas com especialistas (com data) e conduta tomada

Queixas (antigas e novas)

Eventos adversos (funções orgânicas)

Laboratório (eventos adversos – critérios de toxicidade)

Imagem (RECIST – **R**esponse **E**valuation **C**riteria **I**n **S**olid **T**umors)

Anátomo-patológico (primeira metástase para avaliar mudança do padrão em relação a doença inicial em termos de mutações genéticas e alvos terapêuticos)

Medicamentos (dicumarínico, interação medicamentosa)

Peso: _____

Desempenho clínico: _____

Exame físico: _____

Conclusão/impressão

Conduta



DIREITOS DO PACIENTE COM CÂNCER

No decorrer dos anos, os pacientes com câncer conquistaram direitos na sociedade e, hoje em dia, eles podem cobrá-los perante a Justiça. A equipe responsável pelo cuidado aos pacientes com câncer tem a obrigação de saber e esclarecer os direitos de cada um deles. A realidade é que ainda existem pacientes oncológicos que não sabem dos seus direitos.

Documentos necessários

O laudo médico deverá ser reunido à biópsia e/ou anatomopatológico da cirurgia, documentação pessoal e específica conforme as exigências legais.

O paciente com câncer tem direito de conhecer e ter acesso a seu prontuário e toda documentação do tratamento, de atestados e resultados de exames. O prontuário deve conter o histórico do paciente, descrevendo o início e a evolução da doença, o raciocínio clínico para o diagnóstico e tratamento, os exames realizados, a conduta terapêutica e todos os relatórios e anotações clínicas relativas ao paciente. Com essa documentação clínica os pacientes irão comprovar tudo

aquilo que precisarem pedir aos órgãos públicos, como Receita Federal e INSS, ou às entidades privadas, como bancos e planos de saúde, além de garantir e exercer seus direitos.

Auxílio-doença

Previdência social (Lei nº 8213, de 24 de julho de 1991): benefícios para contribuintes que possuem carteira assinada (Consolidação das Leis do Trabalho – CLT) ou são autônomos, como aposentadoria por idade, invalidez, tempo de contribuição, permitindo-os realizar agendamento quando o médico solicitar afastamento do trabalho. Nesses casos, ligar para o número 135 ou agendar em www.previdencia.gov.br. O auxílio-doença é o benefício mensal que o paciente com câncer inscrito no Regime Geral de Previdência Social (RGPS) tem direito quando fica temporariamente incapaz de trabalhar. A incapacidade é comprovada por meio de perícia médica do INSS.

Benefício assistencial para idoso

O idoso e também pessoas com deficiência com renda inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo vigente - tem direito a benefício assistencial de um salário mínimo mensal (sem direito a 13 salário e não transferível a herdeiros) que não tenham como prover a própria manutenção e nem tenham familiares que possam provê-la - ligar 135 agendar atendimento no mesmo site acima e levar documentação que comprove a necessidade.

Transporte de pacientes na rede pública

O paciente tem direito a isenção tarifária para ônibus, metrô e trem durante o processo de quimioterapia e/ou radioterapia (Lei nº 7450 de 16 de julho 1991, e resolução de 23 de outubro de 2003).

O Passe Livre Interestadual, de acordo com a Lei nº 8699, de 09 de junho de 1994 - Decreto 3691- é garantido a pessoas carentes portadoras de deficiência com renda familiar inferior ou igual a um salário mínimo.

Para garantir isenção quanto ao tratamento fora do domicílio (TFD), segundo a portaria SAS 55/1999, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, é necessário se cadastrar na Secretaria de Saúde ou Prefeitura do local em que reside. Cabe ao SUS fornecer transporte aéreo, terrestre e fluvial, diárias para alimentação, e pernoite ao paciente e acompanhante para tratamento fora do domicílio, quando esgotados todos os meios de tratamento no próprio município, desde que o deslocamento seja superior a 50 km de distância.

Aposentadoria por invalidez

O paciente com câncer pode receber a aposentadoria por invalidez desde que sua incapacidade para o trabalho seja considerada definitiva pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). O recebimento do benefício independente do pagamento de 12 contribuições, porém o paciente deve estar inscrito no Regime Geral de Previdência Social (RGPS).

Isenção do imposto de renda na aposentadoria

A Lei nº 7713, de 22 de dezembro de 1988, promulga a isenção de imposto de renda na aposentadoria a portadores de neoplasia maligna, devendo solicitá-la à Receita Federal. Os pacientes com câncer e aposentados estão isentos do imposto de renda relativo aos rendimentos de aposentadoria, reforma e pensão, inclusive as complementações e rendimentos acumulados. Para solicitar o benefício, o paciente deve procurar o órgão que paga a aposentadoria, como INSS, Prefeitura, Estado, etc. Para fazer o pedido são necessários os seguintes documentos: cópia do laudo histopatológico e atestado médico (com diagnóstico exposto da doença, código internacional de doenças, menção ao Decreto nº 3000, de 26 de março de 1999, estágio clínico atual da doença e do doente, e carimbo legível do médico com o número do CRM).

Isenção de impostos e estacionamento em vagas especiais

A isenção é garantida na compra de veículo adaptado para deficiente, quando comprovado que a doença provocou deficiência dos membros superiores ou inferiores, que a impossibilite de dirigir veículos comuns.

Isenção de impostos sobre propriedade dos veículos automotores (IPVA, IPI, IOF, ICMS – Lei nº 8989 de 24 de fevereiro de 1995), IPI (Lei nº 261, de 6 de maio de 1992 e Lei nº 10182, de 19 de agosto de 2001).

O paciente com câncer é isento do imposto sobre produtos industrializados (IPI) apenas quando apresenta deficiência física nos membros superiores ou inferiores que o impeça de dirigir veículos comuns.

O imposto sobre a propriedade de veículos automotores (IPVA) é o imposto estadual referente à propriedade de veículos automotores. Em alguns Estados, está previsto por lei a isenção do imposto sobre os veículos adaptados. São: São Paulo, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul.

Para solicitar o benefício, o paciente deve apresentar os exames e o laudo médico que descrevam e comprovem a deficiência.

Quitação do financiamento da casa própria

Se a doença surgiu após a compra do imóvel – sujeito a verificação da cobertura do seguro e composição de renda familiar no contrato de financiamento. O paciente com câncer, inválido permanentemente para o trabalho, possui direito à quitação do financiamento da casa própria desde que a doença tenha sido adquirida após a assinatura do contrato de compra do imóvel. O benefício quita o valor correspondente ao que o paciente deu para o financiamento. A instituição financeira que financiou o imóvel deve encaminhar os documentos necessários à seguradora responsável.

FGTS e PIS/PASEP

A Lei nº 8036, de 11 maio de 1990, e resolução nº 1, de 15 de outubro de 1996, promulgam que: tem direito o paciente com câncer ou quem tem dependente com câncer levar à Caixa Econômica Federal munido de documentação: laudo médico, biópsia e documento que comprove dependência.

O Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) pode ser retirado pelo paciente ou por aquele que possuir dependente com câncer, se o trabalhador é regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). O direito de sacar o valor do FGTS junto à Caixa Econômica Federal só é permitido em ocasiões especiais, como trabalhador com diagnóstico de câncer, AIDS e em estágio terminal de doenças graves, ou se possuir dependente com câncer.

É permitido o saque ao trabalhador cadastrado no PIS/PASEP, até 04 de outubro de 1988, que seja portador de câncer ou AIDS, ou cujo dependente seja portador dessas doenças.

Amparo Assistencial

O amparo assistencial garante um salário mínimo mensal para pacientes com câncer que tenham 65 anos ou mais, não exerçam atividade remunerada, e que apresente renda familiar inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo. O paciente não pode estar vinculado a nenhum regime de previdência social ou receber qualquer benefício. O amparo assistencial também inclui portadores de deficiência incapacitados para o trabalho nas mesmas condições de renda. Nos casos em que o paciente sofra de doença em estágio avançado, ou sofra consequências de sequelas irreversíveis do tratamento oncológico, pode-se também recorrer ao benefício, desde que haja uma implicação do seu estado de saúde na incapacidade para o trabalho e nos atos da vida independente. O benefício dura por dois anos, quando serão avaliadas novamente as condições do paciente.

Desconto na tarifa de energia elétrica

Famílias inscritas no Cadastro Único, com renda até 3 salários mínimos e com portadores de doença ou patologia cujo tratamento ou procedimento médico requeira o uso de aparelhos ou equipamentos que demandem consumo de energia elétrica, recebem desconto em suas faturas.

Outros Direitos

Há ainda o andamento prioritário em processos judiciais e administrativos; dedução de despesas no imposto de renda; cirurgia de reconstituição mamária pós-cirurgia de câncer - Lei nº 9797/1999; a Lei nº 12.732/2012 obriga o SUS a iniciar o tratamento de câncer em até 60 dias após o diagnóstico no prontuário médico; e direito a tratamentos, exames, remédios e insumos pelo plano de saúde e SUS.



O TOQUE, O OLHAR, O SILÊNCIO

tratá-lo com o mais profundo respeito e dignidade.

*Tivemos sorte de tê-lo conosco
nestes momentos tão difíceis*

**MAS QUEM TE CONHECEU, DESDE O PORTEIRO DO HOPITAL,
SABE O QUANDO VOCÊ FOI EXCEPCIONALMENTE HUMANO.**

*carregado
de dedicação, carinho
respeito e muita
humanidade.*

*Receber atenção,
carinho e conforto
em momentos de
total desespero*

*Sinceramente agradecidos por toda
atenção e cuidados que dispensou*

atenção e cuidado

Obrigada por você fazer em pou-
cos dias grandes dias.

Obrigado por você fazer horas de
trabalho em alegria, alegria
que veio em horas certas

quanto seu gesto atencioso
e delicado foi importante

profissionalismo, sãua de
exemplo para seus colegas

obrigada mais uma vez por toda
dedicação e carinho.

Obrigado, por seu carinho
e o seu jeito, que nos dá

O médico não é aquele que cuida somente do corpo, ele tem que cuidar também da alma e voz

os seus atos agredem
cimentos pela
sua Atencão

ATENÇÃO E CUIDADOS
COMIGO!

mas todo ^{jamais esqueça} carinho

profissionais

comprometidos.

CARINHO E ATENÇÃO COMIGO.

podemos dizer que geramos
um grande arrêgo

é tocar profundamente
a vida das pessoas

Coarctadamente

Que você seja usado como
vase de bênçãos para exe-
rcer as nossas necessidades

aliviar o sofrimento humano!

Foi muito importante para nos tran-
quilizar em momentos tão difíceis para
toda nossa família.

nos faz acreditar, que ainda exist
te salvação para a medicina.

Agradecemos na atenção



CONCLUSÕES

Chegado a este ponto, espero ter convencido o profissional de saúde e o leitor quanto à importância do diálogo na prática clínica de qualquer especialidade. A comunicação é algo que pode ser aprimorado com repetição, treino, prática e reconhecimento das limitações, pois medicina baseada em evidência não é vidência. Não errar é muito difícil, mas isso pode ser facilmente elucidado aos pacientes através do diálogo.

O processo de construção de uma boa relação médico-paciente acontece geralmente de forma natural, desde que o esforço e a dedicação sejam o norte do profissional, já que quanto mais fazemos pela nossa carreira, melhor fazemos pelos nossos pacientes. Sejam então proativos. Pensando numa relação interpessoal, seja ela íntima ou profissional, é preferível falar por que um indivíduo tomou uma iniciativa a não falar por que outro não a fez. Ou seja, devemos priorizar a transparência nas nossas relações, lembrando, com isso, da autorreflexão, pois conseguir enxergar os próprios problemas pode permitir o entendimento do problema de outras pessoas. Na prática médica, isso pode ser fundamental, pois faz parte dela a empatia.

Nesse sentido, para um trabalho ser bem feito, a primeira atitude a ser tomada deverá ser a de facilitar o próprio trabalho, ou seja, ter planejamento e clareza. Desse modo, este livro apresentou informações e ferramentas que poderão servir de auxílio no dia a dia do exercício clínico. Desenvolvamos, portanto, um projeto que possa servir de exemplo, pois o bastão da história deve ser passado sempre adiante.

