



VIDA ADULTA

GUIA DO ESTUDANTE

Medicina UNIFENAS-BH

ANO II

CICLOS DA VIDA

2

Bloco II

VIDA ADULTA

1º Semestre - 2025



UNIVERSIDADE PROFESSOR EDSON ANTONIO VELANO - UNIFENAS

CURSO DE MEDICINA BELO HORIZONTE

Presidente da Fundação Mantenedora - FETA

Larissa Araújo Velano

Reitora

Maria do Rosário Velano

Vice-Reitora

Viviane Araújo Velano Cassis

Pró-Reitor Acadêmico

Daniel Ferreira Coelho

Pró-Reitora Administrativo-Financeira

Larissa Araújo Velano Dozza

Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento

Viviane Araújo Velano Cassis

Supervisora do Campus Belo Horizonte

Maria Cristina Costa Resck

Coordenador do Curso de Medicina

José Maria Peixoto

Coordenadora Adjunta Curso de Medicina

Aline Cristina d'Ávila Souza

Subsecretária Acadêmica

Keila Elvira de Souza Pereira

Diretor Técnico do CEASC/CEM-Norte

Galileu Bonifácio da Costa Filho

Gerente Administrativa do Campus Belo Horizonte

Silvana Maria de Carvalho Neiva



Unidade Itapoã

Rua Líbano, 66 - Bairro Itapoã
CEP: 31710-030
Tel. (31) 2536-5681



Unidade Jaraguá

Rua Boaventura, 50 - Bairro Universitário
CEP: 31270-020
Tel. (31) 2536-5801

Este material é regido pelas leis nacionais e internacionais de direitos de propriedade intelectual, de uso restrito do Curso de Medicina da UNIFENAS-BH. É proibida a reprodução parcial ou total, de qualquer forma ou por qualquer meio, por violação dos direitos autorais (Lei 9.610/98).

© 2025 UNIFENAS. TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.



COORDENADORES DE BLOCOS TEMÁTICOS E ESTÁGIOS SUPERVISIONADOS

Período/Bloco Temático	Coordenadores de Bloco	Período/Bloco Temático	Coordenadores de Bloco
1º Período		2º Período	
Homeostasia	Flávia Pereira de Freitas Junqueira	Epidemia	Luiz Alexandre Viana Magno
Hemorragia e Choque	Bruno Cabral de Lima Oliveira	Inconsciência	Audrey Beatriz Santos Araújo
Oligúria	Carla dos Santos Simões	Abdome Agudo	Bárbara dos Santos Simões
Dispneia	Lidiane Aparecida Pereira de Sousa	Febre	Ana Cristina Persichini Rodrigues
3º Período		4º Período	
Células e Moléculas	Josiane da Silva Quetz	Puberdade	Akisa Priscila Oliveira de Sousa Penido
Nutrição e Metabolismo	José Barbosa Júnior	Vida Adulta	Fabiano Cassaño Arar
Gestação	Pedro Henrique Tannure Saraiva	Meia Idade	Paula Maciel Bizotto Garcia
Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento	Cristiano José Bento	Idoso	Simone de Paula Pessoa Lima
5º Período		6º Período	
Síndromes Pediátricas I	Gláucia Cadar de Freitas Abreu	Síndromes Pediátricas II	Bruna Salgado Rabelo
Síndromes Digestórias	Camila Bernardes Mendes Oliveira	Síndromes Infecciosas	Isabela Dias Lauer
Síndromes Cardiológicas	Flávia Carvalho Alvarenga	Síndromes Nefro-Urológicas	Geovana Maia Almeida
Síndromes Respiratórias	Gláucia Cadar de Freitas Abreu	Síndromes Hemato-Oncológicas	Kevin Augusto Farias de Alvarenga
7º Período		8º Período	
Síndromes Ginecológicas	Paulo Henrique Boy Torres	Emergências Clínicas e Trauma	Maria Cecília Souto Lúcio de Oliveira
Síndromes Dermatológicas	Nathalia Borges Miranda	Síndromes Cirúrgicas	Eduardo Tomaz Froes
Síndromes Endocrinológicas	Livia Maria Pinheiro Moreira	Síndromes Obstétricas	Rafaela Friche de Carvalho Brum Scheffer
Síndromes Neuropsiquiátricas	Roberta Ribas Pena	Síndromes Reumato-Ortopédicas	Déborah Lobato Guimarães Rogério Augusto Alves Nunes
9º Período		10º Período	
Estágio em Clínica Médica	Bruno César Lage Cota Rita de Cássia Corrêa Miguel Marcelo Bicalho de Fuccio	Estágio em Saúde da Mulher	Juliana Silva Barra Vanessa Maria Fenelon da Costa Inessa Beraldo Bonomi
Estágio em Clínica Cirúrgica	Eduardo Tomaz Froes Maria Cecília Souto Lúcio de Oliveira Aloísio Cardoso Júnior	Estágio em Saúde da Criança	Cristiani Regina dos Santos Faria Guilherme Rache Gaspar Patrícia Quina Albert Lobo
11º Período		12º Período	
Estágio em Atenção Integral à Saúde I	Antonio Carlos de Castro Toledo Júnior	Estágio em Urgências e Emergências Clínicas em Saúde Mental	Fernanda Rodrigues de Almeida Alexandre Araújo Pereira
Estágio em Atenção Integral à Saúde II	Ruth Borges Dias Fabiano Cassaño Arar Gabriel Costa Osanan	Estágio em Urgências e Emergências Clínicas e Cirúrgicas	Luis Augusto Ferreira



SUMÁRIO

Introdução	7
Objetivos de Aprendizagem	8
Programação do Bloco Vida Adulta	12
Referências Bibliográficas	14
Grupos Tutoriais - GT	
Grupo Tutorial 1	17
Grupo Tutorial 2	18
Grupo Tutorial 3	19
Grupo Tutorial 4	20
Grupo Tutorial 5	21
Grupo Tutorial 6	22
Seminários	
Seminário 1	24
Seminário 2	25
Seminário 3	26
Seminário 4	27
Treinamento de Habilidades - TH	
Treinamento de Habilidades 1	29
Treinamento de Habilidades 2	30
Treinamento de Habilidades 3	31
Treinamento de Habilidades 4	32
Práticas de Laboratório – PL Patologia Clínica	
Práticas de Laboratório 1	37
Práticas de Laboratório 2	40
Práticas de Laboratório 3	43
Práticas de Laboratório 4	45
Práticas de Laboratório – PL Anatomia	
Práticas de Laboratório 1	47



Práticas de Laboratório 2	52
Práticas de Laboratório 3	54
Práticas de Laboratório 3	56
Projeto em Equipe - PE	59
Prática Médica de Comunidade - PMC	61
Mapa Conceitual do Bloco Vida Adulta	80



INTRODUÇÃO

O Bloco Vida Adulta introduzirá o estudo de assuntos que acompanharão vocês durante todo o exercício da Medicina, independente da especialidade ou ramo de atuação. Trata-se do reconhecimento inicial das **doenças crônicas não transmissíveis**, seus **fatores de risco** e sua importância no mundo atual como causadores de **morbidade e mortalidade**.

O século XX foi marcado por profundas transformações que modificaram o perfil epidemiológico das doenças na população adulta. As doenças infecciosas e a desnutrição foram as causas mais comuns de morte no mundo até 1900. A melhoria contínua das condições econômicas, a urbanização e as modificações na natureza da atividade laborativa oriundas do processo de industrialização promoveram transformações na dieta, nos níveis de atividade e no comportamento. Dessa forma, o acesso mais fácil aos alimentos, o alto teor de gordura e açúcar da dieta, a redução da atividade física e o tabagismo contribuíram para o predomínio das doenças e mortes devidas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas câncer, doenças cardiovasculares, doenças neurodegenerativas, doença respiratória crônica e diabetes.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são hoje responsáveis pela maior carga de morbidade e mortalidade no mundo. Na região das Americas, três de cada quatro mortes são atribuídas a DCNTs e cerca de um terço delas ocorre antes dos 70 anos de idade. No Brasil, as DCNTs responderam por 74% das mortes ocorridas em 2010, e provavelmente por percentual ainda maior da carga total de morbidade.

A carga social atribuída as DCNTs é muito grande em decorrência de sua alta morbidade, do elevado custo associado ao seu tratamento, bem como das limitações produzidas na qualidade de vida e trabalho, incluindo aposentadorias precoces. Como bem documentado pela Organização mundial de saúde (OMS), essas doenças estão atingindo as populações mais vulneráveis com maior força, acarretando um desafio aos sistemas de saúde e ao crescimento e desenvolvimento econômico e social das nações.

A formação de um profissional que se apropriou desse novo contexto epidemiológico, bem como é detentor do aperfeiçoamento e conhecimento das ferramentas para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco fará toda a diferença.

Aproveitem bastante!

Sejam bem-vindos!

Profº Me. Fabiano Cassaño Arar

Coordenador do bloco

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

ASPECTOS MÉDICOS - CONHECIMENTOS

GRUPO TUTORIAL 1 - HIPERTENSO?

Objetivo Geral (OG) 1: Desenvolver uma abordagem geral da hipertensão arterial sistêmica (HAS) primária.

GRUPO TUTORIAL 2 - COLESTEROL ELEVADO

OG2: Compreender a dislipidemia e aterosclerose.

GRUPO TUTORIAL 3 - DONA AGUINELA

OG3: Compreender a importância da obesidade e suas repercussões clínicas.

GRUPO TUTORIAL 4 - AVALIAÇÃO CLÍNICA

OG4: Compreender o diabetes mellitus tipo 2.

GRUPO TUTORIAL 5 - QUERO PARAR DE FUMAR

OG5: Compreender o Tabagismo.

GRUPO TUTORIAL 6 - DOUTOR O QUE É BEBER DEMAIS?

OG6: Compreender o etilismo.

SEMINÁRIO 1 - FARMACOLOGIA DOS ANTI-HIPERTENSIVOS

OG7: Conhecer as bases gerais do tratamento farmacológico da HAS

OE36: Diferenciar as classes medicamentosas no tratamento da HAS

OE37: Reconhecer os mecanismos de ação e efeitos colaterais e adversos dos principais fármacos hipotensores.

OE38: Identificar as opções terapêuticas de primeira escolha na HAS.

SEMINÁRIO 2 - RISCO CARDIOVASCULAR E TRATAMENTO DA DISLIPIDEMIA

OG8: Conhecer as bases gerais do tratamento farmacológico das dislipidemias

OE39: Identificar os critérios de tratamento farmacológico das dislipidemias.

OE40: Diferenciar as classes medicamentosas no tratamento das dislipidemias.

OE41: Conhecer o mecanismo de ação dos fármacos no tratamento da dislipidemia.

OE42: Identificar os principais efeitos colaterais e adversos dos fármacos no tratamento da dislipidemia.

OE43: Identificar as ferramentas e escalas (Framingham) para avaliação e estratificação do risco cardiovascular.

SEMINÁRIO 3 - FARMACOLOGIA DOS ANTIDIABÉTICOS

OG9: Conhecer as bases gerais do tratamento farmacológico da diabetes.

OE44: Diferenciar as classes medicamentosas no tratamento da diabetes.

OE45: Reconhecer os mecanismos de ação dos fármacos para tratamento do diabetes.

OE46: Identificar os efeitos colaterais e adversos dos fármacos no tratamento do diabetes.

SEMINÁRIO 4 - ECG NORMAL

OG10: Adquirir a capacidade de interpretar o ECG normal.

OE47: Identificar onda P, complexo QRS, onda T, intervalos PR e QT e segmentos PR e ST.

OE48: Calcular a frequência cardíaca no ECG.

OE49: Determinar o eixo do complexo QRS.

OE50: Interpretar o ECG normal.

OE51: Identificar o ECG normal.

OE52: Correlacionar as fases do ciclo cardíaco com os fenômenos elétricos do coração.

PL1 - COLORIMETRIA

OG14: Conhecer as dosagens de espécies químicas mediante a absorção de luz.

OE64: Reconhecer os aparelhos de espectrofotometria.

OE65: Reconhecer o uso do branco e do padrão nas dosagens colorimétricas.

OE66: Fazer testes laboratoriais utilizando a espectrofotometria.

OE67: Saber aplicar clinicamente os conceitos de espectrofotometria.

PL2 - PERFIL LIPÍDICO: COLESTEROL TORAL, FRAÇÕES E TRIGLICÉRIDES

OG15: Conhecer os principais métodos laboratoriais bioquímicos para o estudo de lipídios.

OE68: Reconhecer os valores de referência dos principais métodos laboratoriais bioquímicos para o estudo de lipídios.

OE69: Reconhecer as indicações dos principais métodos laboratoriais bioquímicos para o estudo de lipídios.

OE70: Reconhecer as limitações dos principais métodos laboratoriais bioquímicos para o estudo de lipídios.

OE71: Interpretar exames bioquímicos relacionados com o metabolismo de lipídeos.

PL3 - METABOLISMO DE CARBOIDRATOS (AVALIAÇÃO LABORATORIAL)

OG16: Conhecer os principais métodos bioquímicos para estudo de carboidratos.

OE72: Interpretar exames bioquímicos relacionados com o metabolismo de carboidratos (glicemia de jejum, glicemia ao acaso, sobrecarga de glicose, hemoglobina glicosilada, dentre outros).

OE73: Aplicar clinicamente os conhecimentos de bioquímica do metabolismo de carboidratos.

PL1 - ANATOMIA DA CABEÇA E PESCOÇO: VIAS AERODIGESTIVAS E GLÂNDULAS SALIVARES

OG17: Compreender os aspectos anatômicos e funcionais das vias aerodigestivas e glândulas salivares maiores.

OE74: Compreender os aspectos anatômicos da cavidade nasal e seios paranasais.

OE75: Compreender os aspectos anatômicos da cavidade da boca e glândulas salivares maiores.

OE76: Compreender os aspectos anatômicos da faringe.

OE77: Compreender os aspectos anatômicos da laringe.

PL2 - ANATOMIA DA CABEÇA E PESCOÇO: MÚSCULOS SUPERFICIAIS DO PESCOÇO

OG18: Compreender os aspectos anatômicos e funcionais das fáscias, músculos superficiais e do pescoço.

OE78: Compreender a anatomia das fáscias cervicais.

OE79: Identificar e descrever os aspectos anátomo-funcionais dos músculos platisma, esternocleidomastóideo e trapézio e as regiões delimitadas por eles.

OE80: Identificar e descrever os aspectos anatômicos e funcionais dos músculos supra e infra-hióideos.

PL3 - ANATOMIA DA CABEÇA E PESCOÇO: MÚSCULOS PROFUNDOS DO PESCOÇO E PLEXO CERVICAL

OG19: Compreender os aspectos anatômicos e funcionais das estruturas profundas do pescoço e a formação do plexo cervical.

OE81: Identificar e descrever os aspectos anátomo-funcionais dos músculos pré-vertebrais.

OE82: Identificar as estruturas anatômicas da raiz do pescoço.

OE83: Descrever a anatomia do plexo cervical.

PL4 - ANATOMIA DA CABEÇA E PESCOÇO: VASCULARIZAÇÃO E DRENAGEM VENOSA

OG20: Compreender os aspectos anatômicos e funcionais das regiões cervicais e estruturas profundas do pescoço.

- OE84:** Identificar e descrever os aspectos anátomo-funcionais dos músculos pré-vertebrais.
OE85: Rever as estruturas anatômicas da raiz do pescoço.
OE86: Descrever a anatomia da base do coração e seus ramos.

ASPECTOS MÉDICOS - HABILIDADES

TH1 - EXAME DO APARELHO CARDIOVASCULAR

- OG11:** Realizar corretamente o exame do aparelho cardiovascular.
OE53: Realizar inspeção, palpação do *ictus cordis* e ausculta cardíaca normal.
OE54: Reconhecer as fases do ciclo cardíaco.
OE55: Identificar os focos de ausculta e as bulhas cardíacas (B1 e B2).
OE56: Correlacionar as fases do ciclo cardíaco com os fenômenos auscultatórios.
OE57: Realizar a palpação dos pulsos periféricos dos membros superiores e membros inferiores.
OE58: Descrever adequadamente o exame físico do aparelho cardiovascular.

10

TH2 - ELETROCARDIOGRAMA NORMAL E ELETROCARDIOGRAMA NORMAL

- OG10:** Adquirir a capacidade de interpretar o ECG normal
OE47: Identificar onda P, complexo QRS, onda T, intervalos PR e QT e segmentos PR e ST
OE48: Calcular a frequência cardíaca no ECG
OE49: Determinar o eixo do complexo QRS
OE50: Interpretar o ECG normal
OE51: Identificar o ECG normal
OE52: Correlacionar as fases do ciclo cardíaco com os fenômenos elétricos do coração.

TH3 - EXAME DO APARELHO DIGESTÓRIO

- OG12:** Realizar corretamente o exame do aparelho digestório.
OE59: Realizar adequadamente o exame do aparelho digestório, incluindo inspeção, ausculta, percussão, palpação superficial e profunda e manobras especiais (palpação do fígado e baço; sinal do iliopsoas, do obturador e de Giordano e pesquisa de ascite - piparote e macicez móvel).
OE60: Descrever adequadamente o exame físico do aparelho digestório.

TH4 - ACONSELHAMENTO: MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA

- OG13:** Ser capaz de aplicar técnicas de aconselhamento.
OE61: Identificar as etapas do aconselhamento.
OE62: Aplicar as habilidades para o aconselhamento.
OE63: Conduzir um aconselhamento de mudança de estilo de vida com o objetivo de mudar os hábitos do paciente.

ASPECTOS CIENTÍFICOS

PE – PROJETO EM EQUIPE

- OG21:** Compreender a seção de materiais e métodos de um projeto de pesquisa.
OE87: Identificar a função da seção de materiais e métodos em um projeto de pesquisa, compreendendo sua importância para a reprodutibilidade do estudo.
OE88: Diferenciar os tipos de delineamento de pesquisa, como experimentos clínicos randomizados, estudos observacionais descritivos e analíticos.
OE89: Analisar os critérios de seleção da população de estudo, incluindo definição da amostra, critérios de inclusão e exclusão.
OE90: Explorar os métodos de coleta de dados, como questionários, entrevistas, exames laboratoriais e observações diretas.

OE91: Compreender os instrumentos de pesquisa e suas validações, incluindo escalas padronizadas e testes estatísticos aplicáveis.

OE92: Discutir os procedimentos de análise de dados, diferenciando estatística descritiva e inferencial, além de métodos qualitativos de análise.

OE93: Reconhecer a importância das considerações éticas na seção de materiais e métodos, incluindo o consentimento informado e a confidencialidade dos dados.

OE94: Avaliar a estruturação e padronização da redação da seção de materiais e métodos, garantindo clareza, precisão e replicabilidade do estudo.

ASPECTOS RELACIONADOS À SOCIEDADE E AO SISTEMA DE SAÚDE

PMC - OFICINA 2 - A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NO CUIDADO À SAÚDE E O LUGAR DA TRANSFERÊNCIA

OG22: Identificar problemas de comunicação na relação médico - paciente.

OE95: Compreender os conceitos de Disease (visão da ciência) X Illnes (visão do doente) em relação ao seu problema de saúde.

OE96: Reconhecer atitudes médicas que facilitam e dificultam a comunicação/relação entre o médico e seu paciente.

OE97: Conceituar transferência e identificar a importância desse conceito para a prática médica.

OE98: Desenvolver reflexão ética sobre as relações afetivas decorrentes do fenômeno transferencial.

PMC - OFICINA 3 - AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA (AGA) E ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVDS)

OG23: Compreender todas as etapas da avaliação geriátrica ampla e da avaliação das atividades de vida diária do paciente idoso.

OE99: Conceituar atividades de vida diária básica e instrumental.

OE100: Compreender todas as etapas da avaliação geriátrica ampla.

PMC - OFICINA 4 - AVALIAÇÃO DA VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL E FRAGILIDADE

OG24: Realizar a avaliação da vulnerabilidade clínico-funcional e de fragilidade do idoso.

OG25: Compreender os cuidados com o idoso frágil e estratégias de reabilitação.

OE101: Conhecer o Instrumento de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) e sua aplicabilidade na avaliação geriátrica ampla.

OE102: Compreender o processo de envelhecimento associado à fragilidade

OE103: Reconhecer os problemas de saúde do idoso e discutir as linhas de cuidado de prevenção para retardar o seu declínio funcional.

PMC - VISITA 3 - PARTICULARIDADES DO EXAME FÍSICO NO PACIENTE IDOSO

OG26: Compreender as particularidades do exame físico completo no paciente idoso.

OE104: Rever as etapas do exame físico completo de um paciente idoso e seu correto registro.

PMC - VISITA 4 - RISCO CARDIOVASCULAR

OG27: Compreender os fatores de risco de doenças cardiovasculares do paciente idoso.

OE105: Identificar os fatores de risco de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e nutricionais do paciente idoso.

OE106: Ser capaz de estimar o risco cardiovascular em 10 anos usando a escala de Framingham do paciente idoso.

OE107: Discutir estratégias de prevenção das doenças cardiovasculares e identificar quais atividades preventivas são desenvolvidas na ILPI.

OE108: Compreender as dificuldades para implementação das medidas de prevenção em ILPIs.

PROGRAMAÇÃO DO BLOCO VIDA ADULTA – 2025/1

Início do bloco: 10/03/2025. Término: 11/03/2025 // Aula Inaugural: 11/03/2025 as 13:00 horas - AUDITÓRIO

Coordenação: Professor Fabiano Arar

Orientações Gerais:

--> Os horários e atividades de PE, TH, PL, PMC serão disponibilizados pelos professores na primeira aula.

--> Serão 6 avaliações formativas no bloco, totalizando 6 pontos no total com a seguinte distribuição: GT1 (1,0), GT2 (1,0), GT3 (1,0), GT4 (1,0), GT5 (1,0) e GT6 (1,0). Em caso de falta no dia da aplicação da avaliação formativa, o aluno (a) deverá fazer um requerimento a coordenação, e se deferido, o aluno terá direito a prova substitutiva valendo o ponto perdido da atividade formativa, ficando restrito a substituição de apenas uma atividade formativa perdida.

--> A distribuição de pontos do Bloco será conforme o descrito:

*Conceito de GT = 10 pontos.

*Avaliação Formativa = 6 pontos.

*Prova Parcial (28/03/2025) = 19 pontos.

*Prova Final (11/04/2025) = 45 pontos.

12

CRONOGRAMA DOS GTs		
11/03/2025: Terça-feira 13:30h	GT1 - Análise	GT1: HIPERTENSO?
14/03/2025: Sexta-feira 08:00h	GT1 - Resolução /Análise GT2	GT2: COLESTEROL ELEVADO
18/03/2025: Terça-feira 13:30h	GT2 - Resolução /Análise GT3	GT3: DONA AGUINELA...
21/03/2025: Sexta-feira 08:00h	GT3 - Resolução /Análise GT4	GT4: AVALIAÇÃO CLÍNICA...
25/03/2025: Terça-feira 13:30h	GT4 - Resolução /Análise GT5	GT5: PARAR DE FUMAR
28/03/2025: Sexta-feira 08:00h	PROVA PARCIAL - 19 pontos	GTs 1, 2, 3 e 4 + Sem. 1, 2 e 4.
01/04/2025: Terça-feira 13:30h	Correção Prova Parcial	Auditório todos os GTs
04/04/2025: Sexta-feira 08:00h	GT5 - Resolução /Análise GT6	GT6: BEBER DEMAIS?
08/04/2025: Terça-feira 13:30h	GT6 - Resolução / Feedback	
11/04/2025: Sexta-feira 08:00h	PROVA FINAL - 45 PONTOS	Todos os GTs e Seminários

CRONOGRAMA DOS SEMINÁRIOS		
11/03/2025: Terça-feira AUDITÓRIO	1) Farmacologia dos anti-hipertensivos. Profº. Fabiano Arar	15:30 horas TODAS AS TURMAS
14/03/2025: Sexta-feira AUDITÓRIO	4) ECG normal - Profº. José M. Peixoto	13:30 horas A1, A2, A3, A4, B1 e B2.
14/03/2025: Sexta-feira AUDITÓRIO	4) ECG normal - Profº. José M. Peixoto	15:00 horas B3, B4, C1, C2, C3 e C4.
21/03/2025: Sexta-feira AUDITÓRIO	2) Risco cardiovascular e tratamento da dislipidemia - Profº. Fabiano Arar	13:30 horas A1, A2, A3, A4, B1 e B2.
21/03/2025: Sexta-feira AUDITÓRIO	2) Risco cardiovascular e tratamento da dislipidemia - Profº. Fabiano Arar	15:00 horas B3, B4, C1, C2, C3 e C4.
28/03/2025: Sexta-feira AUDITÓRIO	3) Farmacologia dos antidiabéticos – Profº. Fabiano Arar	13:30 horas A1, A2, A3, A4, B1 e B2.
28/03/2025: Sexta-feira AUDITÓRIO	3) Farmacologia dos antidiabéticos – Profº. Fabiano Arar	15:00 horas B3, B4, C1, C2, C3 e C4.



DISTRIBUIÇÃO DE SALAS PARA OS GTs		
Salas	Tutor	Turma
201	ALINE SOUZA	1
202	AKISA PENIDO	2
203	LIDIANE SOUSA	3
204	SIMONE LIMA	4
205	FLÁVIA FREITAS	5
206	RENATA LIMA	6
207	FABIANO ARAR	7
208	BRUNO OLIVEIRA	8
209	ALICE MEDEIROS	9
210	MARGARETE ALVES	10
211	CARLA SIMÕES	11
213	PAULA BIZZOTO	12

DISTRIBUIÇÃO DE SALAS PARAS AS PROVAS

Salas	Turma
301	1 e 2
302	3 e 4
303	5 e 6
304	8 e 12
305	9 e 10
310	7 e 11

CRONOGRAMA DAS PROVAS					
Turma	Segunda 07/04/2025	Terça 08/04/2025	Quarta 09/04/2025	Quinta 10/04/2025	Sexta 11/04/2025
A1 / A2		PE	PL	TH	GT
A3 / A4		PE	PL	TH	GT
B1 / B2			TH	PE e PLA	GT e PLP
B3 / B4		TH		PE e PLA	GT e PLP
C1 / C2	TH			PE e PL	GT
C3 / C4			TH	PE e PL	GT

Link para acesso aos arquivos do Bloco Vida Adulta - Alunos:

[https://drive.google.com/drive/folders/1eFPKZ83Cmb9zVIbTFOdSqkYt57SBalLk?usp=drive link](https://drive.google.com/drive/folders/1eFPKZ83Cmb9zVIbTFOdSqkYt57SBalLk?usp=drive_link)



REFERÊNCIAS

Bibliografia Básica

1. BARROSO, Weimar Kunz Sebba. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial 2020, Arq Bras Cardiol., v.116, n.3, p.516-658, mar 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/Z6m5gGNQCvrW3WLW7csqbqh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 abr. 2024.
2. BICKLEY, Lynn S.; SZILAGYI, Peter G.; HOFFMAN, Richard M. Bates Propedêutica médica. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. Ebook. (1 recurso online). ISBN 9788527738484. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788527738484>. Acesso em: 23 abr. 2024.
3. ARQUIVO BRASILEIRO DE CARDIOLOGIA. Brasília: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 1997-. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/XkVKFb4838qXrXSYbmCYM3K/?lang=pt> Acesso em: 25 abr.2024.
4. FORTI, Adriana Costa e. Diretrizes: Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020. Rio de Janeiro: Clannad Editora Científica, 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/08/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-20201.pdf>. Acesso em: 25 abr.2024.
5. HULLEY, Stephen B. et al. Delineando a pesquisa clínica. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2015. Ebook. (1 recurso online). ISBN 9788582712030. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788582712030>. Acesso em: 25 abr. 2024.
6. JAMESON, J. Larry et al. Medicina interna de Harrison, volumes 1 e 2. 20. ed. Porto Alegre: AMGH, 2019. Ebook. (1 recurso online). ISBN 9788580556346. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788580556346>. Acesso em: 25 abr. 2024.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108p. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_pessoas_obesidade.pdf. Acesso em 25 abr. 2024.
8. MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M. R. Anatomia orientada para clínica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. Ebook. (1 recurso online). ISBN 9788527734608. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788527734608>. Acesso em: 25 abr. 2024.
9. PORTO, Arnaldo Lemos (coeditor). Semiologia médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. Ebook. (1 recurso online). ISBN 9788527734998. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788527734998>. Acesso em: 25 abr. 2024.
10. FREITAS, Elizabete Viana de. Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2006. 1573 p. ISBN 9788527711999
11. EUROPEAN HEART JOURNAL. 0195-668X. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/issue?login=true>. Acesso em: 04 jul. 2024.
12. The Journal of Clinical Epidemiology. ISSN: 0895-4356. Disponível em: <https://www-sciencedirect-com.ez174.periodicos.capes.gov.br/journal/journal-of-clinical-epidemiology>. Acesso em: 04 jul. 2024.

Bibliografia Complementar

1. DELVES, Peter J. et al. ROITT, Fundamentos de imunologia. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. Ebook. (1 recurso online). ISBN 9788527733885. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788527733885>. Acesso em: 25 abr. 2024.
2. NELSON, David L.; COX, Michael M.; HOSKINS, Aaron A. Princípios de bioquímica de Lehninger. 8. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2022. Ebook. (1 recurso online). ISBN 9786558820703. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9786558820703>. Acesso em: 25 abr. 2024.
3. PAYÁ, Roberta (org.). Intervenções familiares para abuso e dependência de álcool e outras drogas. Rio de Janeiro: Roca, 2016. Ebook. (1 recurso online). ISBN 9788527730761. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788527730761>. Acesso em: 25 abr. 2024.
4. PUTZ, R.; PABST, R. (ed.). Sobotta: atlas de anatomia humana: cabeça, pescoço e extremidade superior. 22. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 416 p., il., v.1. ISBN 9788527711784.
5. PIOVESAN, Flávia. Temas de direitos humanos. São Paulo: Editora Saraiva, 2018. E-book. ISBN 9788553600298. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553600298/>. Acesso em: 29 abr. 2024
6. ANDREOLI, Thomas. Cecil: medicina interna básica. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
7. ERICHSEN, Elza Santiago et al. Medicina laboratorial para o clínico. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 783 p.
8. MASSACHUSETTS MEDICAL SOCIETY. The New England Journal Of Medicine. ISSN: 1533-4406 (Electronic) Disponível: <https://www-nejm-org.ez174.periodicos.capes.gov.br/loi/nejm>. Acesso em: 29 ab. 2024.
9. BMJ Evidence-Based Medicine. ISSN. 2515-446X. Disponível em: <https://ebm-bmj-com.ez174.periodicos.capes.gov.br/>. Acesso em: 05 jul. 2024.

GRUPO TUTORIAL



Pontos essenciais em todos os GTs: Conceituar corretamente o tema abordado; Mecanismos fisiopatológicos; Classificação; Critérios diagnósticos; Identificar fatores de risco; Identificar complicações; Princípios do manejo

GRUPO TUTORIAL 1 - HIPERTENSO?

Sr. Eduardo, 52 anos, realizou uma medida de PA na empresa onde trabalha. O enfermeiro, ao aferir a PA, constatou que sua pressão estava elevada (150 x 80 mmHg, uma vez, MSD) e o orientou a procurar o clínico da UBS de seu bairro para reavaliação.

Durante a consulta não apresentava queixas ou alterações fisiológicas. Dizia ser sedentário, ex-tabagista e etilista eventual. Portador de lombalgia crônica, usando com frequência nimesulida para alívio sintomático. Não faz controle dietético, dizendo gostar muito de massas e pães. Nega internações ou comorbidades.

História familiar positiva para HAS (pai e tios), irmão teve IAM aos 60 anos.

Após a avaliação, o clínico chamou os estudantes que estagiavam na unidade para juntos examinarem o paciente e discutirem a situação clínica.

Exame físico:

Corado, hidratado, afebril, sem edemas. Peso 95 Kg, altura: 1,65 m. FC: 85 bpm. FR: 16 irpm.

PA: MSD (primeira medida): assentado 145x85 mmHg e MSE 140x80 mmHg. MSD (segunda medida): 150x85 mmHg e MSE 142x84 mmHg

ACV: RCR em 2T, BNRNF, sem sopros, “Ictus cordis” normopositionado, ingurgitamento jugular fisiológico e ausência de edemas. Pulsos periféricos rítmicos, simétricos e com amplitude normal.

AR: MV reduzido em bases, sem RA, expansibilidade normal. Sem esforço respiratório.

AD: Abdome globoso, flácido, indolor, ausência de visceromegalias ou sopros abdominais.

Diante do caso, o sr. Eduardo tem mesmo hipertensão? Isso é grave?

GRUPO TUTORIAL 2 - COLESTEROL ELEVADO

Helena, 55 anos, é muito curiosa em relação à sua saúde; embora não sinta nada, seja ativa e controle sua alimentação com muito cuidado, ao descobrir que várias irmãs suas fazem controle de “colesterol elevado”, resolveu procurar o clínico da UBS para uma avaliação levando exames antigos.

Dr. Daniel, durante a anamnese, percebeu que a paciente possui história familiar positiva para doença coronariana, já que perdeu o pai quando este tinha 54 anos e um irmão com 53 anos. Além de ser tabagista meio maço por dia desde os 25 anos e etilista social (2 cálices de vinho em ocasiões especiais).

A paciente é ativa, trabalha como professora e está há 5 anos na pós-menopausa, sem sintomas significativos. Nega internações ou comorbidades.

Exame físico:

Corada, hidratada, afebril, sem edemas. Ausência de xantomas e xantelasmas. Peso: 73 Kg, altura: 1,65 m, CA: 82 cm. FC: 80 bpm. FR: 16 irpm. StpO₂: 97% em ar ambiente.

PA: 125x75 mmHg, MSD, sentada. 120x75 mmHg, MSE, sentada.

ACV: RCR em 2T, BNRNF, sem sopros, “Ictus cordis” normoposicionado, ingurgitamento jugular fisiológico e ausência de edemas. Pulsos periféricos rítmicos, simétricos e com amplitude normal.

AR: MVF, sem RA, expansibilidade normal. Sem esforço respiratório.

AD: Abdome globoso, flácido, indolor, ausência de visceromegalias ou sopros abdominais.

Exames disponíveis “trazidos por ela”, que foram realizados em torno de 1 ano atrás:

ASPECTO DO SORO: Límpido

TRIGLICERIDES: 155 mg/dL

COLESTEROL TOTAL: 244 mg/ dL (HDL: 38 mg/d; LDL: 160 mg/dL; VLDL 29 mg/dL).

E você, acha que Helena deve se preocupar, seu nível de colesterol é perigoso?

GRUPO TUTORIAL 3 - DONA AGUINELA

Dona AguiNELa tem 72 anos e é uma senhora extrovertida e alegre. Descendente de italianos, veio para o Brasil após a Segunda Guerra Mundial ainda criança, constituiu sua família e adora cozinhar, ir à igreja e receber os filhos e netos em casa. Entretanto, após a morte do esposo, há 4 anos, passou a se sentir sozinha principalmente à noite, ocasião em que se alimenta mais, principalmente doces e massas, o que tem ocasionado significativo ganho de peso.

É portadora de HAS, osteoartrite de joelhos, pré-diabetes e dislipidemia. Como sua pressão vem se tornando de difícil controle, usa várias medicações: Enalapril, anlodipina, atenolol, hidroclorotiazida e sinvastatina.

Suas filhas, preocupadas com o ganho de peso progressivo da mãe, agendaram uma consulta na UBS para reavaliação, já que a última consulta foi há + 6 meses.

Exame físico:

Corada, hidratada, afebril, sem edemas. Peso: 98 Kg, altura: 1,59 m, CA: 100 cm. FC: 62 bpm. FR: 17 irpm. SpO₂: 97% em ar ambiente.

PA: 145x85 mmHg, MSD, sentada. 140x75 mmHg, MSE, sentada. 150x90 mmHg, MSD, deitada. 148x88 mmHg, MSE, deitada.

ACV: RCR em 2T, BNRNF, sem sopros, “Ictus cordis” normoposicionado, ingurgitamento jugular fisiológico e ausência de edemas. Pulsos periféricos rítmicos, simétricos e com amplitude normal.

AR: MV reduzido em bases, sem RA. Expansibilidade normal. Sem esforço respiratório.

AD: Abdome globoso, flácido, indolor, ausência de visceromegalias ou sopros abdominais

E então, as filhas de Dona AguiNELa estão certas em se preocuparem? Por quê?

GRUPO TUTORIAL 4 - AVALIAÇÃO CLÍNICA

Marisa, 54 anos, procura o posto de saúde para avaliação clínica após diagnóstico e tratamento de candidíase vaginal realizado por sua ginecologista, ocasião em que realizou glicemia capilar com valor de 130 mg/dL, sendo encaminhada para avaliação clínica na UBS.

Marisa diz ser cuidadosa com sua saúde, não utiliza bebidas alcoólicas nem fuma, embora esteja sedentária nos últimos 9 meses por sobrecarga de trabalho, ocasião em que engordou 8 quilos, já que atualmente se alimenta com mais desatenção e sem um controle de dieta específico.

Nega queixas cardiovasculares, parestesias, poliúria ou polidipsia. Desconhece comorbidades. Exames do ano passado não revelavam alterações significativas, exceto por uma glicemia de jejum de 120 mg/dL. Diz que sua mãe é diabética em uso de insulina e metformina e seu pai portador de HAS.

Exame físico:

Corada, hidratada, afebril, sem edemas. Peso: 80 Kg, altura: 1,55 m. FC: 80 bpm. FR: 16 irpm. SpO₂: 97% em ar ambiente.

Pele e fâneros: Pelos com distribuição habitual, sem evidências de infecções dermatológicas ou “acantose nigricans”.

PA: 135x75 mmHg, MSD, sentada. 130x85 mmHg, MSE, sentada.

ACV: RCR em 2T, BNRNF, sem sopros, “Ictus cordis” normopositionado, ingurgitamento jugular fisiológico e ausência de edemas. Pulsos periféricos rítmicos, simétricos e com amplitude normal.

AR: MVF, sem RA. Expansibilidade normal. Sem esforço respiratório.

AD: Abdome globoso, flácido, indolor, ausência de visceromegalias ou sopros abdominais

Exame neurológico sem alterações sensitivas ou motoras

E então, essa glicemia? A ginecologista está certa em se preocupar? A Dona Marisa é diabética?

GRUPO TUTORIAL 5 - QUERO PARAR DE FUMAR

José Fabiano, 47 anos, procura o posto de saúde porque é tabagista e está preocupado com seu filho de 14 anos que começou a usar cigarro eletrônico. Ainda, há 6 meses seu irmão Jaime, de 51 anos, sofreu um infarto agudo do miocárdio (IAM), motivo de muito susto para toda a família, uma vez que o pai faleceu aos 57 anos de IAM.

José Fabiano fuma em torno de 1,5 maço/dia em média, desde os 17 anos e tem medo de não conseguir parar.

Clinicamente, nega tosse, dispneia, febre ou alterações fisiológicas. Desconhece outras comorbidades e nega uso de drogas ou álcool.

O médico que o atendeu chamou os estudantes que estagiavam na unidade para juntos examinarem o paciente e discutirem o caso.

Exame físico:

Corado, hidratado, afebril, sem edemas. Peso: 75 Kg, altura: 1,75 m. FC: 80 bpm. FR: 16 irpm. SpO₂: 97% em ar ambiente.

PA: 125x75 mmHg, MSD, sentado. 130x75 mmHg, MSE, sentado.

ACV: RCR em 2T, BNRNF, sem sopros, “Ictus cordis” normopositionado, ingurgitamento jugular fisiológico e ausência de edemas. Pulsos periféricos rítmicos, simétricos e com amplitude normal.

AR: MV reduzido em bases, sem RA. Expansibilidade normal. Sem esforço respiratório. Aumento do diâmetro anteroposterior do tórax a inspeção.

AD: Abdome plano, flácido, indolor, ausência de visceromegalias ou sopros abdominais

A preocupação do José Fabiano é real? Por quê? Como poderiam ajudá-lo?

GRUPO TUTORIAL 6 - DOUTOR O QUE É BEBER DEMAIS?

José Roberto, 38 anos, está numa fase profissional ótima, engenheiro, possui um bom emprego. É sedentário, parou de jogar futebol há 4 anos quando aumentou a carga de trabalho e mudou o estilo de vida. Há dois anos está solteiro, se sente muito solitário e algumas vezes vazio, razão alegada para a vida social agitada e compromissos variados.

Na última semana, por chegar tarde e bêbado de uma festa, não conseguiu ir trabalhar. Em outras duas ocasiões, teve que ser internado com intoxicação etílica num pronto atendimento.

Seu estagiário, defensor da cultura da abstinência, está preocupado. Falou com José que isso não era normal, que o álcool é muitas vezes negligenciado e sugeriu que ele procurasse ajuda. José agendou uma consulta com o clínico da UBS, Dr. Daniel.

Durante a anamnese, Dr. Daniel descobriu que o avô de José havia sido alcoólatra e morrido de cirrose aos 59 anos, um tio se separou da esposa por problemas conjugais e financeiros graves relacionados ao consumo excessivo de álcool. José disse beber em torno de 2 garrafas de cerveja por dia com ocasiões de maior consumo (ex. finais de semana).

Não detectou dados relevantes na História Pregressa e Anamnese Especial.

Exame físico:

Corado, hidratado, afebril, anictérico, sem tremores. Peso: 98 Kg, altura: 1,75 m. FC: 90 bpm. FR: 18 irpm. SpO2: 97% em ar ambiente.

Pele e fâneros sem alterações, ausência de “aranhas vasculares”

PA: 135x85 mmHg, MSD, sentado. 140x80 mmHg, MSE, sentado.

ACV: RCR em 2T, BNRNF, sem sopros, “Ictus cordis” normopositionado, ingurgitamento jugular fisiológico e ausência de edemas. Pulsos periféricos rítmicos, simétricos e com amplitude normal.

AR: MVF, sem RA. Expansibilidade normal. Sem esforço respiratório.

AD: Abdome livre, flácido, indolor, fígado palpável a 1 cm do rebordo costal direito. Sem esplenomegalia.

E você? Acha que José bebe muito? Você bebe muito também? Como saber? E qual é o problema?

SEMINÁRIOS



SEMINÁRIO 1 - FARMACOLOGIA DOS ANTI-HIPERTENSIVOS

Introdução

Este seminário tratará da farmacologia clínica dos medicamentos utilizados para tratar Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS. A ênfase será no mecanismo de ação dessas drogas, mas serão mencionadas também as reações adversas, indicações terapêuticas e sobre as orientações quanto ao seu uso correto.

OG7: Conhecer as bases gerais do tratamento farmacológico da HAS

OE36: Diferenciar as classes medicamentosas no tratamento da HAS

OE37: Reconhecer os mecanismos de ação e efeitos colaterais e adversos dos principais fármacos hipotensores.

OE38: Identificar as opções terapêuticas de primeira escolha na HAS.

Referências:

Disponibilizada pelo professor no seminário.

SEMINÁRIO 2 - RISCO CARDIOVASCULAR E TRATAMENTO DA DISLIPIDEMIA

Introdução

Este seminário abordará o conceito de risco cardiovascular, a importância de realizar sua estimativa e as bases para o tratamento farmacológico das dislipidemias. O foco será mecanismo de ação, principais indicações de acordo com os fatores de risco, bem como seus efeitos adversos.

OG8: Conhecer as bases gerais do tratamento farmacológico das dislipidemias

OE39: Identificar os critérios de tratamento farmacológico das dislipidemias.

OE40: Diferenciar as classes medicamentosas no tratamento das dislipidemias.

OE41: Conhecer o mecanismo de ação dos fármacos no tratamento da dislipidemia.

OE42: Identificar os principais efeitos colaterais e adversos dos fármacos no tratamento da dislipidemia.

OE43: Identificar as ferramentas e escalas (Framingham) para avaliação e estratificação do risco cardiovascular.

Referências:

Disponibilizada pelo professor no seminário.

SEMINÁRIO 3 - FARMACOLOGIA DOS ANTIDIABÉTICOS

Introdução

Este seminário tratará da farmacologia clínica dos medicamentos utilizados para tratar diabetes. A ênfase será no mecanismo de ação dessas drogas, mas serão mencionadas também as reações adversas, indicações terapêuticas e sobre as orientações quanto ao seu uso correto.

OG9: Conhecer as bases gerais do tratamento farmacológico da diabetes.

OE44: Diferenciar as classes medicamentosas no tratamento da diabetes.

OE45: Reconhecer os mecanismos de ação dos fármacos para tratamento do diabetes.

OE46: Identificar os efeitos colaterais e adversos dos fármacos no tratamento do diabetes.

26

Referências:

Disponibilizada pelo professor no seminário.

SEMINÁRIO 4 - ECG NORMAL

Introdução

Este Seminário abordará a interpretação de um ECG normal. Ele irá reforçar a aula de TH onde vocês irão realizar exercícios para interpretar o ECG normal.

OG10: Adquirir a capacidade de interpretar o ECG normal.

OE47: Identificar onda P, complexo QRS, onda T, intervalos PR e QT e segmentos PR e ST.

OE48: Calcular a frequência cardíaca no ECG.

OE49: Determinar o eixo do complexo QRS.

OE50: Interpretar o ECG normal.

OE51: Identificar o ECG normal.

OE52: Correlacionar as fases do ciclo cardíaco com os fenômenos elétricos do coração.

Referências:

Disponibilizada pelo professor no seminário.

TREINAMENTO DE HABILIDADES

28



TREINAMENTO DE HABILIDADES 1 - EXAME DO APARELHO CARDIOVASCULAR

Introdução

Nesse TH iremos praticar o exame do aparelho cardiovascular.

OG11: Realizar corretamente o exame do aparelho cardiovascular.

OE53: Realizar inspeção, palpação do *ictus cordis* e ausculta cardíaca normal.

OE54: Reconhecer as fases do ciclo cardíaco.

OE55: Identificar os focos de ausculta e as bulhas cardíacas (B1 e B2).

OE56: Correlacionar as fases do ciclo cardíaco com os fenômenos auscultatórios.

OE57: Realizar a palpação dos pulsos periféricos dos membros superiores e membros inferiores.

OE58: Descrever adequadamente o exame físico do aparelho cardiovascular.

Apresentação e descrição da habilidade (15 min)

O seu instrutor irá fazer uma breve explanação sobre a medida de dados vitais (pulso, PA e frequência respiratória), inspeção (jugulares, *ictus cordis* e edemas periféricos), palpação de pulsos periféricos e do *ictus cordis* e a ausculta cardíaca, com identificação de B1 e B2.

Demonstração (10 min)

Demonstre para os alunos através de vídeo ou utilizando manequim como realizar as manobras acima na sequência correta do exame físico

Prática (60 min)

Você irá praticar as habilidades utilizando o manequim e pacientes simulados.

Feedback (15 min)

Você irá receber um feedback do seu instrutor imediatamente após o término da prática. Durante esse processo serão valorizados os aspectos positivos de seu desempenho. Posteriormente, serão discutidos os pontos onde você pode melhorar. Procure refletir sobre seu desempenho. Isso é fundamental para seu crescimento e aprimoramento de suas habilidades.

Referências

López M, Laurentys-Medeiros J. *Semiologia Médica: as Bases do Diagnóstico Clínico*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004

Porto CC, Porto AL. *Semiologia Médica*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009

TREINAMENTO DE HABILIDADES 2 - ELETROCARDIOGRAMA NORMAL

Introdução

O eletrocardiograma (ECG) representa a atividade elétrica do coração, registrada por eletrodos cutâneos. Desde o início do impulso elétrico no nó sinusal até a repolarização ventricular, traçados de ondas são registradas para cada evento eletromecânico, de maneira distinta e peculiar: onda P, complexo QRS, intervalo PR, segmento ST e onda T. Não só em doenças primárias do miocárdio, mas também em distúrbios metabólicos e pericárdicos, o ECG é de grande auxílio diagnóstico, além de ser um método propedêutico de fácil execução, baixo custo e não invasivo. Nessa atividade iremos abordar o eletrocardiograma normal.

OG10: Adquirir a capacidade de interpretar o ECG normal

OE47: Identificar onda P, complexo QRS, onda T, intervalos PR e QT e segmentos PR e ST

OE48: Calcular a frequência cardíaca no ECG

OE49: Determinar o eixo do complexo QRS

OE50: Interpretar o ECG normal

OE51: Identificar o ECG normal

OE52: Correlacionar as fases do ciclo cardíaco com os fenômenos elétricos do coração.

Apresentação e descrição da habilidade e demonstração (30 min)

O seu instrutor irá fazer uma breve revisão o traçado normal do ECG, suas ondas e intervalos e a relação entre as ondas, intervalos e o ciclo cardíaco. Será demonstrado também o método para cálculo da frequência cardíaca a partir do ECG e o método de determinação do eixo do complexo QRS. A seguir ele demonstrará o roteiro de interpretação do ECG e os parâmetros que definem um ECG como normal.

Prática (50 minutos)

Em duplas, você deve interpretar os ECG's disponíveis no Guia, preencher o roteiro de interpretação e concluir se trata-se de um ECG normal ou não.

Feedback

Você irá receber um *feedback* do seu instrutor imediatamente após o término da prática. Durante esse serão valorizados os aspectos positivos de seu desempenho. Posteriormente, serão discutidos processo os pontos onde você pode melhorar. Procure refletir sobre seu desempenho. Isso é fundamental para seu crescimento e aprimoramento de suas habilidades.

Referências

Dubin RD. Interpretação fácil do ECG. Rio de Janeiro, Revinter, 1999.

Johnson R, Swartz MH. Eletrocardiografia. Uma abordagem simplificada. Rio de Janeiro, Editora Guanabara.

TREINAMENTO DE HABILIDADES 3 - EXAME DO APARELHO DIGESTÓRIO

Introdução

Nesse TH iremos dar continuidade ao exame físico praticando o exame do sistema digestório.

OG12: Realizar corretamente o exame do aparelho digestório.

OE59: Realizar adequadamente o exame do aparelho digestório, incluindo inspeção, ausculta, percussão, palpação superficial e profunda e manobras especiais (palpação do fígado e baço; sinal do iliopsoas, do obturador e de Giordano e pesquisa de ascite - piparote e macicez móvel).

OE60: Descrever adequadamente o exame físico do aparelho digestório.

Apresentação e descrição da habilidade (15 min)

O seu instrutor irá fazer uma breve explanação sobre a avaliação do aparelho digestório (inspeção; ausculta; percussão; palpação superficial, profunda, do fígado e do baço; sinal de Giordano; sinal do iliopsoas e do obturador; pesquisa de ascite - piparote e macicez móvel).

31

Demonstração (10 min)

Demonstre para os alunos através de vídeo ou utilizando um modelo como realizar as manobras acima na sequência correta.

Prática (1 hora)

Você irá praticar as habilidades utilizando pacientes simulados.

Feedback (15 min)

Você irá receber um feedback do seu instrutor imediatamente após o término da prática. Durante esse processo serão valorizados os aspectos positivos de seu desempenho. Posteriormente, serão discutidos os pontos onde você pode melhorar. Procure refletir sobre seu desempenho. Isso é fundamental para seu crescimento e aprimoramento de suas habilidades.

Referências

López M, Laurentys-Medeiros J. *Semiologia Médica: as Bases do Diagnóstico Clínico*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004

Porto CC, Porto AL. *Semiologia Médica*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009

TREINAMENTO DE HABILIDADES 4 - ACONSELHAMENTO: MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA**Introdução**

Esta sessão visa o desenvolvimento de habilidades para a condução de uma consulta de aconselhamento. Estaremos trabalhando com pacientes simulados, com os quais serão realizadas consultas.

Você terá a oportunidade de conhecer as técnicas de aconselhamento.

Promover uma mudança de hábito não é uma tarefa tão simples quanto parece. As intervenções comportamentais são empregadas para esse fim.

Nessa prática você deverá utilizar essas técnicas para promover uma mudança de estilo de vida.

Você terá oportunidade de praticar uma consulta e de receber um feedback sobre o seu desempenho.

Abaixo, você contará com texto explicativo sobre o conteúdo do aconselhamento e entrevista motivacional para orientá-lo durante a consulta. Procure ler este material antes da sua prática

OG13: Ser capaz de aplicar técnicas de aconselhamento.

OE61: Identificar as etapas do aconselhamento.

OE62: Aplicar as habilidades para o aconselhamento.

OE63: Conduzir um aconselhamento de mudança de estilo de vida com o objetivo de mudar os hábitos do paciente.

Referências

Jungerman, F; Laranjeira, R. Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 48, n. 5, p. 197-207, 1999.

Texto complementar:**O que é a tão falada entrevista motivacional?**

A motivação caracteriza-se como processo dinâmico segundo o modelo transteórico, desenvolvido por Prochaska e Diclement (1983). Este modelo descreve os estágios de mudança comportamental por meio dos quais o indivíduo "transita" de forma não linear; estes estágios são conhecidos como pré-contemplação, contemplação, determinação, ação, manutenção e recaída.

A entrevista motivacional (EM) é uma abordagem criada para auxiliar o indivíduo a reconhecer seus problemas quando há ambivalência quanto à mudança comportamental e estimular o comprometimento para a realização dessa mudança por meio de abordagem psicoterápica encorajadora. Um aspecto relevante é a origem da influência da motivação que pode ser externa (pressões, ações coercitivas) ou interna (motivação que vem do próprio indivíduo). (Castro e Passos, 2005)

Nas últimas duas décadas, a EM foi extensamente utilizada e adaptada para o uso em um grande número de pacientes. Há inúmeras evidências atestando o impacto e as limitações da EM, e os leitores podem observá-las no site: www.motivationalinterview.org/library/biblio.html onde uma biblioteca especialmente voltada para este tema pode ser consultada. No entanto, há um número limitado de estudos científicos com rigor metodológico verificando o que os pesquisadores estão chamando de entrevista motivacional, assim como o impacto de sua aplicação.

Pesquisadores enfatizam que a utilização da EM em indivíduos com problemas decorrentes do uso de substâncias é tão importante quanto outras técnicas na mobilização destes pacientes para

o tratamento. Entretanto, determinar a fidelidade do construto denominado EM é difícil devido a três fatores: 1º. A adoção da EM avançou a partir de uma base teórica limitada. Isto dificultou a determinação e compreensão dos ingredientes e processos eficazes da EM; 2º. Houve atraso no desenvolvimento de instrumentos confiáveis para avaliação dos métodos e resultados de treinamento e supervisão nesta modalidade; 3º. Muitas pesquisas falham em dar detalhes necessários para determinar a qualidade do tratamento, assim como não explicitam os princípios e técnicas utilizadas.

Desta forma, está faltando uma compreensão teórica da entrevista motivacional, em parte porque a maioria das pesquisas foca na eficácia da avaliação, negligenciando o fornecimento das perguntas envolvidas nos processos afetados pela intervenção. Mesmo quando a EM está associada com resultados satisfatórios no tratamento, há pouca avaliação a respeito de seu impacto nas variáveis motivacionais.

Os pesquisadores reconhecem esta limitação referindo a impossibilidade de conclusões sobre como e porque a entrevista motivacional tem uma influência, e sobre quais dos vários componentes foram importantes e porquê.

A entrevista motivacional é uma intervenção complexa que exige uma aplicação criteriosa. Infelizmente, há poucas evidências sobre os profissionais mais habilitados para desenvolver e aplicar a EM visto que programas de treinamento para aplicação deste tipo de entrevista são deixados de lado em grande parte dos cursos. Apesar de sua popularidade, especialmente nos EUA, estes cursos podem ser insuficientes para treinar adequadamente os clínicos.

A EM engloba técnicas de várias abordagens, tais como psicoterapias breves, terapia cognitiva, terapia sistêmica e até psicologia social de persuasão. Uma sessão de EM se parece com uma sessão de terapia centrada no paciente desenvolvida por C. Rogers. Nessa abordagem, o papel do terapeuta é não diretivo, isto é, ao invés de propor soluções ou sugestões para o cliente, oferece condições de crítica que propiciem ao cliente o espaço para uma mudança natural. Busca-se razões para mudança no paciente ao invés de impor ou tentar persuadi-lo sobre a mudança. Entre as condições essenciais para que esta técnica funcione a principal é a empatia, que Rogers definiu como uma 'escuta técnica reflexiva' que clarifique e amplie a experiência pessoal do cliente, sem impor a opinião pessoal do terapeuta. Isto é, nesta abordagem, o terapeuta não assume o papel de 'expert', a relação terapeuta-cliente é mais de troca, visando a autonomia, liberdade de escolha do cliente e sua eficácia. Apesar da confrontação ser um objetivo implícito da EM, confrontação direta, imediata e persuasão, são explicitamente evitadas já que estas geralmente aumentam a resistência e reduzem a probabilidade de mudança. Ao mesmo tempo, há um componente diretivo, já que o terapeuta mantém sempre um propósito e uma direção (que é auxiliar o cliente a lidar com sua ambivalência e conseqüentemente possibilitar mudança) e, muitas vezes, escolhe ativamente o momento certo de intervir, de modo a facilitar esta.

A EM baseia-se em 2 conceitos. O primeiro é o de ambivalência, que, neste contexto, não significa apenas a relutância a fazer algo, mas sim, a experiência de um conflito psicológico para decidir entre dois caminhos diferentes. Ambivalência quanto à mudança de comportamento é difícil de resolver porque cada lado do conflito tem seus benefícios e seus custos. Por ser a EM uma técnica desenvolvida para lidar com a dependência, tem-se como uma das suas metas principais a constatação e a resolução da ambivalência.

O segundo conceito é o de prontidão para a mudança, baseada no modelo de 'Estágios de mudança', desenvolvido por Prochaska e Di Clemente. Tendo como base o conceito de motivação

como um estado de prontidão ou vontade de mudar, esse modelo acredita que a mudança se faz através de um processo e para tal, a pessoa passa por diferentes estágios.

A entrada para o processo de mudança é o estágio de 'Pré-contemplação', onde a pessoa ainda não está considerando a mudança. De um modo geral, a pessoa neste estágio sequer encara o seu comportamento como um problema, podendo ser chamado 'resistente' ou 'em negação'. Quando alguma consciência sobre o problema aparece, a pessoa entra no estágio seguinte de 'Contemplação'. O contemplador considera a mudança, mas ao mesmo tempo a rejeita e é nesta fase que a ambivalência, estando no seu ápice, deve ser trabalhada para possibilitar um movimento rumo à decisão de mudar.

Uma vez trabalhada a ambivalência, a pessoa pode passar para o estágio de 'Preparação', onde ela está pronta para mudar e compromissada com a mudança. Faz parte deste estágio, aumentar a responsabilidade pela mudança e elaborar um plano específico de ação. O estágio seguinte é o de 'Ação', onde o cliente já muda e usa a terapia como um meio de assegurar-se do seu plano, para ganhar auto-eficácia e finalmente para criar condições externas para a mudança. O processo todo nos pacientes com comportamentos dependentes pode durar de 3 a 6 meses, já que, nestes casos, o novo comportamento (o de abstinência geralmente) demora um tempo para se estabelecer. O grande teste para comprovar-se a efetividade da mudança, seria a estabilidade neste novo estado por anos e que, no processo de mudança, se chama 'Manutenção'.

Porém, deve-se ter em conta que, uma vez atingida alguma mudança, não significa que a pessoa se manterá neste estágio: muitas pessoas acabam recaído e tendo que recomeçar o processo novamente. Nem sempre este recomeço ocorre pelo estágio inicial. Muitas pessoas passam inúmeras vezes pelas diferentes etapas do processo para chegar ao término, isto é, uma mudança mais duradoura. Daí, os autores passaram a ilustrar o processo de mudança como uma espiral, que pressupõe movimento.

A recaída é um aspecto essencial a ser entendido quando se fala em mudança de hábito nas dependências. Em termos médicos, recaída seria a 'recorrência dos sintomas da doença, após um período de melhora'. Adaptando este conceito às dependências, a recaída seria então 'um retomo a níveis anteriores de uso, seguido de uma tentativa de parar ou diminuir este uso, ou apenas 'o fracasso de atingir objetivos estabelecidos por um indivíduo a pós um período definido de tempo'.

Oito estratégias de A a H (em inglês)

Tendo em vista que motivação é um estado mutável é apropriado pensar em estratégias que aumentem a probabilidade de mudança:

Aconselhar (giving **Advice**) Identificar o problema ou a área de risco, explicar porque a mudança é necessária e recomendar uma mudança específica.

Remover barreiras (remove **Barriers**) Neste caso, a abordagem deve ser mais cognitiva do que prática, o terapeuta bem preparado deve auxiliar o cliente a identificar essas barreiras e ultrapassá-las, assistindo-o na busca de soluções práticas para o problema.

Oferecer opções de escolha (providing **Choices**) A motivação é maior quando a pessoa se percebe capaz de decidir livremente sem influência externa ou sem ter sido obrigada a fazê-lo, portanto, é essencial que o terapeuta ajude o cliente a sentir sua liberdade e consequentemente (responsabilidade) de escolha.

Diminuir a vontade (decreasing **Desirability**) Se um comportamento é mantido apesar de suas más consequências, é porque este também traz algo de bom. É função do terapeuta identificar os aspectos positivos do comportamento de uso de uma substância do cliente que o está estimulando a manter-se nele, e daí buscar formas de diminuir esses incentivos.

Praticar empatia (practicing **Empathy**) O valor da empatia já foi mencionado anteriormente e desta consiste não a habilidade de identificar-se com o cliente mas sim de entender o outro através da escuta.

Dar feedback (providing **Feedback**). Deixar o paciente a par de seu estado presente é um elemento essencial para motiva-lo à mudança.

Clarear objetivos (clarifying **Goals**). É importante auxiliar o cliente a estabelecer certos objetivos e que estes sejam realistas e atingíveis.

Ajuda ativa (active **Helping**). O terapeuta deve estar ativa e positivamente interessado no processo de mudança do paciente e isto pode ser expresso pela iniciativa do terapeuta de ajudar e pela expressão de cuidado.

PRÁTICAS DE LABORATÓRIO



PRÁTICA DE LABORATÓRIO 1 - COLORIMETRIA

Introdução

Nas próximas PLs, discutiremos assuntos relacionados à química clínica. Inicialmente, serão introduzidos conceitos de colorimetria e espectrofotometria, essenciais para as dosagens de bioquímica. Em cada uma das PLs, será feita abordagem laboratorial dos assuntos específicos, incluindo fatores pré-analíticos, analíticos e de interpretação dos resultados. Antes da realização dos exames laboratoriais, é fundamental a realização de anamnese e exame físico detalhados. Na fase pré-analítica, deve-se orientar o paciente para uma adequada coleta do material, pesquisar o uso de medicamentos, avaliar tempo de jejum, dentre outros. Em cada uma das PLs, os detalhes desta fase pré-analítica e da fase de realização do exame (analítica) serão apresentados, bem como a interpretação dos exames será realizada.

37

Nessa PL será abordado o conceito de **colorimetria** e **espectrofotometria**.

Colorimetria: dosagens de analitos mediante a absorção de luz.

A Colorimetria e a espectrofotometria podem ser conceituadas como um procedimento analítico por meio do qual se determina a concentração de espécies químicas mediante a absorção de energia radiante (luz).

A luz pode ser entendida como uma forma de energia, de natureza ondulatória, caracterizada pelos diversos comprimentos de onda e que apresenta a propriedade de interagir com a matéria, sendo que parte de sua energia é absorvida por elétrons da eletrosfera dos átomos constituintes das moléculas.

Uma solução, quando iluminada por luz branca, apresenta uma cor que é resultante da absorção relativa dos vários comprimentos de onda que a compõem. Esta absorção, em cada comprimento de onda, depende da natureza da substância, de sua concentração e da espessura da mesma que é atravessada pela luz.

A espectrofotometria se baseia na Lei de Lambert-Beer, onde: a absorbância é proporcional à concentração da espécie química absorvente, sendo constantes o comprimento de onda, a espessura atravessada pelo feixe luminoso e demais fatores. Verifica-se uma relação linear entre absorbância (ou densidade ótica) e concentração, e uma relação logarítmica entre transmitância e concentração.

Para cada uma das dosagens bioquímicas que serão realizadas, usaremos um aparelho chamado espectrofotômetro, que utiliza os conceitos apresentados acima.

Para cada item pesquisado (ex. glicose), será utilizado um comprimento de onda diferente para a leitura dos resultados. Antes de cada leitura, o aparelho deve ser zerado com o “branco” e a seguir será lida a amostra em estudo e, posteriormente, o valor será calculado.

OG14: Conhecer as dosagens de espécies químicas mediante a absorção de luz.

OE64: Reconhecer os aparelhos de espectrofotometria.

OE65: Reconhecer o uso do branco e do padrão nas dosagens colorimétricas.

OE66: Fazer testes laboratoriais utilizando a espectrofotometria.

OE67: Saber aplicar clinicamente os conceitos de espectrofotometria.

Referências:

HENRY, J. B. **Diagnósticos Clínicos e tratamento por Métodos laboratoriais**. 19ª ed. Edt. Manole LTDA, 1999 Parte 2(p. 192 a 236 e 253 a 267).

OLIVEIRA LIMA *et al.* **Métodos de Laboratório Aplicados à Clínica. Técnica e interpretação**. 8ª ed. Edt. Guanabara Koogan, 2001. Parte 2(2-1)

Ericksen, E.S. **Medicina laboratorial para o Clínico**. 1ª ed, Ed COOPMED, 2009.



Demonstração de Prática: Coleta de sangue com sistema a vácuo

- 1- Rosqueie a agulha no adaptador (canhão). Não remova a capa protetora de plástico da agulha;
- 2- Ajuste o garrote e escolha a veia;
- 3- Faça a antisepsia do local da coleta com algodão umedecido em álcool a 70% ou álcool iodado a 1%. Não toque mais no local desinfetado;
- 4- Remova o protetor plástico da agulha. Faça a punção;
- 5- Introduza o tubo no suporte, pressionando-o até o limite;
- 6- Solte o garrote assim que o sangue começar a fluir no tubo;
- 7- Separe a agulha do suporte com o auxílio de uma pinça. Descarte a agulha em recipiente de boca larga, paredes rígidas e tampa, contendo hipoclorito de sódio a 2%;
- 8- Oriente o paciente a pressionar com algodão a parte puncionada, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo.

38



Espectrofotometro

Casos clínicos:

Caso 1: João, técnico de laboratório, após dosar a glicose de vários pacientes, obteve os seguintes resultados: Abs Pa: 0,235 e Abs Teste: 0,299

Sabendo-se que a concentração do padrão é 100mg/dL, calcule a concentração de glicose na amostra do paciente.

Caso 2: Joana, após fazer uma bateria de exames, no laboratório obteve os seguintes resultados:

Colesterol	Triglicérides	Glicose
Abs Pa = 0,300	Abs Pa = 0,345	Abs Pa = 0,230
Abs Teste = 0,350	Abs Teste = 0,230	Abs Teste = 0,300
Conc Pa: 200mg/dL	Conc Pa: 200mg/dL	Conc Pa: 100mg/dL

Calcule a concentração de glicose, colesterol e triglicérides na amostra do paciente.

Caso 3: Após fazer a dosagem de glicose nas amostras de vários pacientes, Maria obteve os seguintes resultados

Paciente	Absorbância	Paciente	Absorbância
1-	0,300	5-	0,230
2-	0,200	6-	0,250
3-	0,199	7-	0,290
4-	0,450		

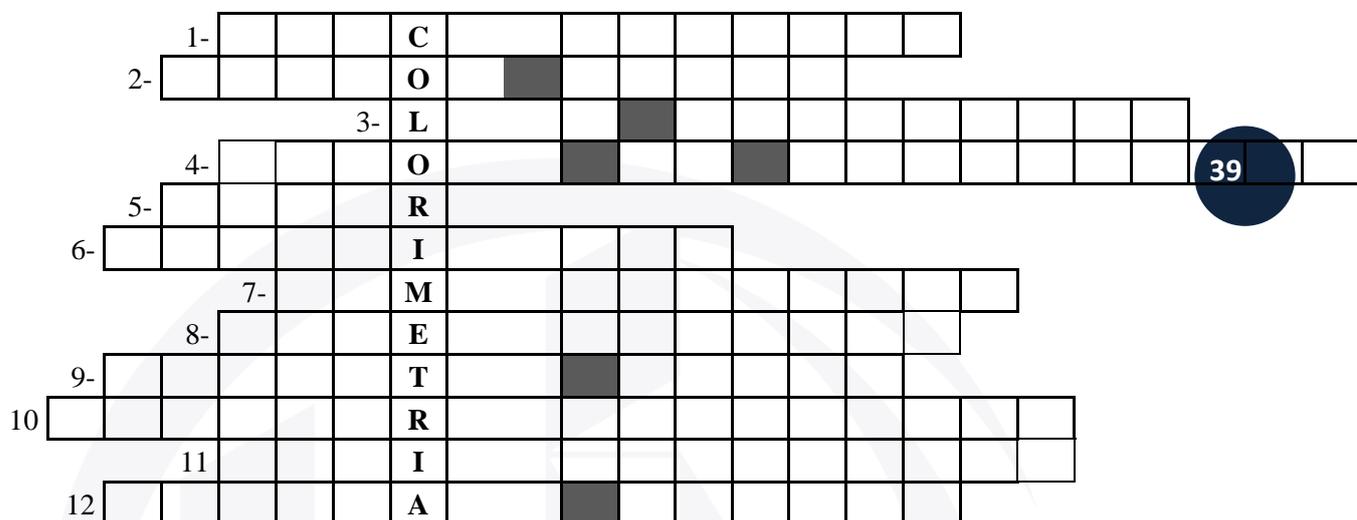
Sabendo-se que a concentração do padrão é 100mg/dL e a absorbância do padrão é 0,240, calcule:

- a) O fator de calibração
- b) Os valores das concentrações de glicose de todos os pacientes.

Caso 4: Para a realização das dosagens bioquímicas pelo método colorimétrico é necessária a utilização de um branco e de uma solução padrão.

- a) Qual é a função do branco?
- b) Qual é a função da solução padrão?

Cruzadinha



- 1) No método colorimétrico a cor é proporcional à _____?
- 2) Aparelho que mantém a solução na temperatura necessária para que a reação colorimétrica ocorra.
- 3) Segundo Lambert e Beer a concentração de um analito é diretamente proporcional à _____?
- 4) O _____ é a concentração do padrão dividido pela absorvância do padrão.
- 5) Qual é a função do tubo branco?
- 6) Aparelho que separa a parte sólida (glóbulos e plaquetas) do sangue da parte líquida (soro ou plasma).
- 7) Numa reação colorimétrica deve-se escolher o comprimento de onda que seja da cor _____ à cor do produto corado.
- 8) Fator que provoque ou favoreça a ocorrência de alteração no resultado de um exame laboratorial.
- 9) Na reação colorimétrica o _____ tem cor na faixa visível do espectro.
- 10) Aparelho que mede a absorção de luz em uma solução.
- 11) Substância que impede a coagulação do sangue *in vitro*.
- 12) Solução de concentração conhecida



PRÁTICA DE LABORATÓRIO 2 - PERFIL LIPÍDICO: COLESTEROL TOTAL, FRAÇÕES E TRIGLICÉRIDES

Introdução

Perfil lipídico é o conjunto de determinações de colesterol total, frações e triglicérides. As lipoproteínas e seus lipídeos, especialmente o colesterol, são determinados principalmente devido a sua associação com a doença aterosclerótica cardiovascular. Eles sofrem influência de fatores exógenos (dieta, medicação e hormônios) e endógenos (genéticos e metabólicos).

Os lipídeos desempenham várias funções biológicas importantes no organismo, entre elas: - reserva de energia, sendo a principal forma de armazenamento os triglicérides; - armazenamento e transporte de combustível metabólico; - componente estrutural das membranas biológicas. Os lipídeos são moléculas que podem funcionar como combustível alternativo à glicose, pois são os compostos bioquímicos mais calóricos para geração de energia metabólica através da oxidação de ácidos graxos; oferecem isolamento térmico, elétrico e mecânico para proteção de células e órgãos e para todo o corpo.

As dislipidemias são investigadas em laboratório, a partir da análise do lipidograma, um conjunto de testes bioquímicos que inclui as dosagens de: Colesterol Total; Triglicérides; HDL – Colesterol; LDL - Colesterol

Pode-se, também, pesquisar as hiperlipoproteinemias através da análise do aspecto do soro do paciente. As hiperlipoproteinemias podem ser classificadas, segundo Fredrikson, de acordo com o quadro abaixo:

Tipo	Aparência do Soro	Lipop. Anormal	Lipídeo Anormal
I	"Nata" sobre plasma claro	Quilomícron	TG
IIa	Claro	LDL	Col
IIb	Lig. turvo	LDL e VLDL	Col e TG
III	Turvo	IDL e LDL Anormal	COL e TG
IV	Turvo a Leitoso	VLDL	TG e ou col
V	"Nata" sobre plasma turvo	Quilo e TG	TG e Col

Colesterol: é responsável por quase todo o esteroide plasmático. É metabolizado no fígado e transportado por lipoproteínas (70% LDL, 25% HDL e 5% VLDL). Ele existe como uma mistura de formas não esterificadas (30 a 40%) e esterificada (60 a 70%). Sua determinação pode ser alterada, dependendo dos métodos que serão utilizados ou do estado fisiológico do paciente.

Métodos diagnósticos: químico (pouco usado) e enzimático.

Triglicérides: conhecidos como gorduras neutras, esta grande classe de lipídeos não contém grupos carregados. São ésteres do glicerol - 1,2,3-propanotriol. Estes ésteres possuem longas cadeias carbônicas, atachadas ao glicerol, e a hidrólise ácida promove a formação dos ácidos graxos correspondentes e do álcool (glicerol). Métodos diagnósticos: para análise, o procedimento padrão utiliza a clivagem enzimática para a quantificação do glicerol liberado. Desta forma, estas dosagens incluem a concentração de glicerol livre no plasma (em geral, elevam os TG em 10 mg/dL). Seu aumento interfere na dosagem de TG.

OG15: Conhecer os principais métodos laboratoriais bioquímicos para o estudo de lipídios.

OE68: Reconhecer os valores de referência dos principais métodos laboratoriais bioquímicos para o estudo de lipídios.

OE69: Reconhecer as indicações dos principais métodos laboratoriais bioquímicos para o estudo de lipídios.

OE70: Reconhecer as limitações dos principais métodos laboratoriais bioquímicos para o estudo de lipídios.

OE71: Interpretar exames bioquímicos relacionados com o metabolismo de lipídeos.

Referências:

HENRY, J. B. **Diagnósticos Clínicos e tratamento por Métodos laboratoriais**. 19ª ed. Edt. Manole LTDA, 1999 Parte 2(p. 192 a 236 e 253 a 267).

OLIVEIRA LIMA *et al.* **Métodos de Laboratório Aplicados à Clínica. Técnica e interpretação**. 8ª ed. Edt. Guanabara Koogan, 2001. Parte 2(2-1)

Ericksen, E.S. **Medicina laboratorial para o Clínico**. 1ª ed, Ed COOPMED, 2009.

Demonstração de Prática:

Prática laboratorial: será realizada dosagem de triglicérides e colesterol no sangue previamente colhido sem anticoagulante e, posteriormente, calculado o VLDL colesterol: Valor do triglicérides / 5

Triglicérides

PRINCÍPIO:

Os triglicérides são determinados de acordo com as seguintes reações:

Triglicerídeos Lipase da Lipoproteína → Glicerol + Ácidos Graxos

Glicerol + ATP glicerolquinase → Glicerol-3-Fosfato + ADP

Mg²⁺

Glicerol-3-Fosfato

Glicerol-3-Fosfato + O₂ oxidase → Dihidroxiacetona + H₂O₂

2 H₂O₂ + 4 Aminoantipirina + ESPAS peroxidase → Quinoneimina + 4 H₂O

A intensidade da cor vermelha formada é diretamente proporcional à concentração dos triglicérides na amostra.

Material necessário:

- 3 tubos de ensaio
- solução padrão
- branco
- solução reagente
- banho maria
- espectrofotômetro

Procedimento manual

Tubos	Branco	Teste	Padrão
Amostra	-----	0,01 mL	-----
Padrão (nº 2)	-----	-----	0,01 mL
Reagente 1	1,0 mL	1,0 mL	1,0 mL

Comprimento de onda: 505 nm

Misturar, incubar por 10 minutos a 37°C. Ler, zerando com o branco.

Cálculos:

$$\text{Triglicérides (mg/dL)} = \frac{\text{Absorbância do teste}}{\text{Absorbância do padrão}} \times 200$$

Fator de calibração = _____

Absorbância do padrão



Triglicérides (mg/dL) = Absorbância do teste x Fator

CASO 1

Mulher de 43 anos, casada, chega ao ambulatório, trazendo os exames de rotina anual do trabalho. Estava preocupada, pois a glicemia de jejum estava 146 mg/dl, triglicérides 350mg/dl, colesterol total 280 mg/dL, HDL: 30 mg/dL, VLDL: 70 mg/dL e LDL: 180 mg/dl. Hemograma normal, urina rotina sem alterações. No ano anterior, quando pela primeira vez dosou a glicemia em jejum, ela estava 136 mg/dL, mas “havia comido muitos doces no dia anterior”. Nega poliúria, polidipsia ou emagrecimento (pelo contrário, cada ano engorda mais...). Fuma 10 cigarros por dia e teme parar e ganhar peso. Consome bebidas alcoólicas apenas nos finais de semana, em quantidade moderada. Não está habituada a fazer atividades físicas e apresenta circunferência abdominal de 95 cm.

HF: Pai com diabetes tipo 2. Mãe com hipertensão arterial.

- a) Quais são os diagnósticos confirmados?
- b) Qual é a conduta a ser seguida neste caso?

42

Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017

Diretrizes

Tabela 3 – Valores referenciais e de alvo terapêutico, conforme avaliação de risco cardiovascular estimado pelo médico solicitante do perfil lipídico para adultos com mais de 20 anos

Lípides	Com jejum (mg/dL)	Sem jejum	Categoria referencial
Colesterol total	< 190	< 190	Desejável
HDL-c	> 40	> 40	Desejável
Triglicérides	< 150	< 175	Desejável
Categoria de risco			
	< 130	< 130	Baixo
LDL-c	< 100	< 100	Intermediário
	< 70	< 70	Alto
	< 50	< 50	Muito alto
Não HDL-c	< 160	< 160	Baixo
	< 130	< 130	Intermediário
	< 100	< 100	Alto
	< 80	< 80	Muito alto

**PRÁTICA DE LABORATÓRIO 3 - METABOLISMO DE CARBOIDRATOS
(AVALIAÇÃO LABORATORIAL)****Introdução**

A química clínica engloba um universo de avaliações tais como funções renais, hepática, enzimologia clínica, metabólitos intermediários e íons inorgânicos, além do metabolismo de carboidratos e de lipídeos. Nesta PL, será discutido o metabolismo de carboidratos.

Carboidratos ou hidratos de carbono possuem fórmula geral de $C_n (H_2O)_n$.

Têm importância clínica: a glicose, a frutose e a galactose, além dos dissacarídeos: lactose (glicose + galactose) e sacarose (glicose + frutose). O diagnóstico dos distúrbios do metabolismo de carboidratos depende, em parte, da determinação da glicemia.

43

• Glicose plasmática de jejum

- Indicada para triagem, diagnóstico e controle periódico.
- É de baixo custo e com boa reprodutibilidade.
- Valor de referência: 70 a 99mg/dL.

• Glicose plasmática aleatória

- Determinação da glicemia em amostra de sangue colhida em qualquer horário do dia, independente da pessoa estar em jejum ou não.
- Útil em casos de pessoas com sintomas muito evidentes e sugestivos de diabetes.

Valor de referência: Abaixo de 140 mg/dL (normoglicêmico)

Acima de 200 mg/dL (associado a sintomas): DM

• Teste oral de tolerância à glicose:

O teste consiste em se ofertar 75 g de glicose para adultos e 1,75 g/kg para crianças, por via oral, com ingestão em, no máximo, cinco minutos (tempo contado a partir do primeiro gole). As coletas de sangue para dosagem de glicemia seguem os critérios da OMS (jejum e 2h após sobrecarga)

• Hemoglobina glicosilada (Valor de referência: 6,5%).

O teste da hemoglobina glicosilada, ou hemoglobina glicada, ou glicohemoglobina, ou HbA1C, informa qual foi a média da glicemia nos últimos três a quatro meses. Utilizado para o diagnóstico e monitoramento de pacientes com DM.

Acima de 6,5%: Presença de diabetes

Entre 5,7 e 6,4%: Presença de risco aumentado de desenvolvimento de diabetes (pré-diabetes)

Abaixo de 5,7%: Ausência de diabetes

• **Frutosamina:** O teste para a dosagem de proteína glicada, mais especificamente da Frutosamina, reflete períodos mais curtos do controle glicêmico, entre duas a três semanas. Pode ser útil para avaliar efeitos de mudança de estratégia terapêutica em curto prazo, em situações onde não é adequado o emprego de HbA1C% (hemoglobinopatias).

• **Monitorização contínua da glicose subcutânea:** É feita por meio de um sensor colocado no tecido subcutâneo; permite registrar as oscilações glicêmicas ao longo de um, dois ou até três dias, com um total de 288 medidas diárias.

Paciente usa o monitor de 1 a 3 dias mantendo as suas atividades habituais; O monitor coleta e armazena os sinais do sensor a cada 10 segundos e registra a média a cada 5 minutos, sendo 288 registros/24 horas.

Durante o período de monitorização, o monitor não mostra as glicoses registradas. A leitura é realizada posteriormente, sendo acompanhada de laudo e gráficos.

OG16: Conhecer os principais métodos bioquímicos para estudo de carboidratos.

OE72: Interpretar exames bioquímicos relacionados com o metabolismo de carboidratos (glicem

ia de jejum, glicemia ao acaso, sobrecarga de glicose, hemoglobina glicosilada, dentre outros).
OE73: Aplicar clinicamente os conhecimentos de bioquímica do metabolismo de carboidratos.

Referências:

HENRY, J. B. **Diagnósticos Clínicos e tratamento por Métodos laboratoriais.** 19ª ed. Edt. Manole LTDA, 1999 Parte 2(p. 192 a 236 e 253 a 267).

OLIVEIRA LIMA *et al.* **Métodos de Laboratório Aplicados à Clínica. Técnica e interpretação.** 8ª ed. Edt. Guanabara Koogan, 2001. Parte 2(2-1)

Ericksen, E.S. **Medicina laboratorial para o Clínico.** 1ª ed, Ed COOPMED, 2009.

Demonstração de Prática:

Será realizada dosagem da glicose em sangue previamente colhido com anticoagulante (fluoreto de sódio).

Dosagem de glicose - Princípio

A glicose oxidase catalisa a oxidação da Glicose de acordo com a seguinte reação:



O peróxido de hidrogênio formado reage com 4-aminoantipirina e fenol, sob ação catalisadora da peroxidase, através de uma reação oxidativa de acoplamento, formando uma antipirilquinonimina vermelha cuja intensidade de cor é proporcional à concentração da glicose na amostra.



Material necessário: tubos de ensaio; solução padrão, branco, solução reagente, banho-maria e espectrofotômetro.

Procedimento manual

1. Tomar 3 tubos de ensaio e proceder como a seguir:

Tubos	Branco	Teste	Padrão
Amostra	-----	0,01 mL	-----
Padrão (nº 2)	-----	-----	0,01 mL
Reagente 1	1,0 mL	1,0 mL	1,0 mL

2. Misturar vigorosamente e colocar em banho-maria a 37 °C durante 15 minutos. O nível da água no banho deve ser superior ao nível dos reagentes nos tubos de ensaio. Determinar as absorvâncias do teste e padrão em 505 nm ou filtro verde (490 a 540 nm), acertando o zero com o branco. A cor é estável por 60 minutos.

Efetuar cálculos:

$$\text{Glicose (mg/dL)} = \frac{\text{Absorbância do teste}}{\text{Absorbância do padrão}} \times 100$$

Fator de calibração =

Absorbância do padrão:

$$\text{Glicose (mg/dL)} = \text{Absorbância do teste} \times \text{Fator calibração}$$

CASO CLÍNICO:

JRM, 50 anos, casado, compareceu ao consultório relatando perda de peso (5kg nos últimos dois meses) acompanhado de polidipsia e poliúria. Relata não fazer nenhuma atividade física e estar acima do peso. Ultimamente tem sentido um cansaço inexplicável e apresentado dores nas pernas. a) Qual é o provável diagnóstico?

b) Qual é a conduta a ser seguida?

c) Quais resultados você espera encontrar nos exames laboratoriais? Justifique.

PRÁTICA DE LABORATÓRIO 4 - DISCUSSÃO

Nesta PL serão abordados todos os temas estudados no bloco, através de discussão de casos clínicos, previamente disponibilizados.

Referências:

HENRY, J. B. **Diagnósticos Clínicos e tratamento por Métodos laboratoriais**. 19ª ed. Edt. Manole LTDA, 1999 Parte 2(p. 192 a 236 e 253 a 267).

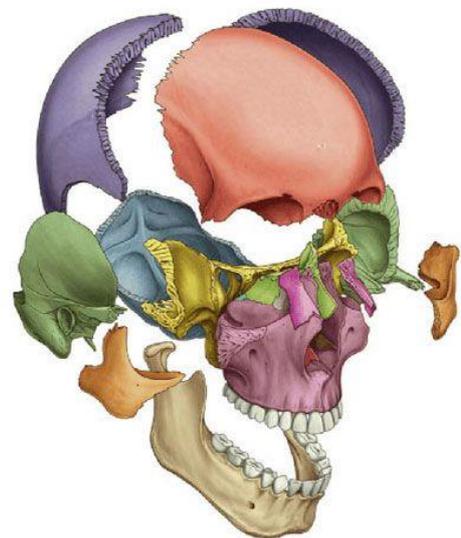
OLIVEIRA LIMA *et al.* **Métodos de Laboratório Aplicados à Clínica. Técnica e interpretação**. 8ª ed. Edt. Guanabara Koogan, 2001. Parte 2(2-1)

Ericksen, E.S. **Medicina laboratorial para o Clínico**. 1ª ed, Ed COOPMED, 2009.



PRÁTICAS DE LABORATÓRIO - ANATOMIA

46



PRÁTICA DE LABORATÓRIO 1 - ANATOMIA DA CABEÇA E PESCOÇO: VIAS AERODIGESTIVAS E GLÂNDULAS SALIVARES

Introdução

A região da cabeça e pescoço, bastante complexa, abriga órgãos dos sistemas digestório, respiratório, nervoso, endócrino, cardiovascular, ósseo, muscular e articular.

A digestão mecânica e química tem início na cavidade bucal pela mastigação e ação da amilase salivar, respectivamente. A faringe e o esôfago são órgãos responsáveis por transportar o alimento até o estômago, onde a digestão será reiniciada.

O sistema respiratório superior inclui o nariz, a faringe e as estruturas associadas. O sistema respiratório inferior é formado pela laringe, traquéia, brônquios e pulmões. As vias aéreas são estruturas de condução de ar entre a atmosfera e os pulmões. Iniciam-se no nariz e vão até os brônquios.

Além da condução de ar, as vias aéreas umedecem, aquecem e filtram ar inspirado. A cavidade nasal é também sede dos receptores olfativos. A faringe é um tubo muscular que conduz o ar da cavidade nasal à laringe e os alimentos da cavidade bucal ao esôfago. A laringe, além de conduzir o ar até a traquéia, é responsável pela fonação

OG17: Compreender os aspectos anatômicos e funcionais das vias aerodigestivas e glândulas salivares maiores.

OE74: Compreender os aspectos anatômicos da cavidade nasal e seios paranasais.

OE75: Compreender os aspectos anatômicos da cavidade da boca e glândulas salivares maiores.

OE76: Compreender os aspectos anatômicos da faringe.

OE77: Compreender os aspectos anatômicos da laringe.

Referências:

DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M. R. (coautor). Anatomia orientada para clínica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

DANGELO, José Geraldo; FATTINI, Carlo Américo. **Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

DI DIO, Liberato J. A. **Tratado de anatomia sistêmica aplicada**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002. 2 v.

GARDNER, R. Ernest; GRAY, Donald J. RAHILLY, RONAN O'. **Anatomia: estudo regional do corpo humano**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

SNELL, Richard S. Anatomia clínica para estudantes de medicina. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

Mini-aula

A mini-aula irá orientá-lo sobre os assuntos a serem estudados no grupo. Preste atenção nas peças dispostas em sua bancada.

Estudo em Grupo

Após as orientações da mini-aula, procure identificar nas peças anatômicas as estruturas listadas a seguir. Aproveite para discutir com os colegas do grupo sobre as funções dessas estruturas. Não peça ao tutor para mostrar as estruturas, antes de esgotar seus esforços para identificá-las. Ao final do estudo, o tutor irá esclarecer as dúvidas que surgirem!

Roteiro

Utilize a coluna da esquerda para marcar os assuntos já estudados.

Identifique os aspectos anatômicos e funcionais do nariz externo.	
<input type="checkbox"/>	Nariz externo
<input type="checkbox"/>	Raiz do nariz.
<input type="checkbox"/>	Dorso do nariz.
<input type="checkbox"/>	Ápice do nariz.
<input type="checkbox"/>	Narinas.
<input type="checkbox"/>	Asas do nariz.
<input type="checkbox"/>	Septo nasal.
<input type="checkbox"/>	Ossos nasais.
<input type="checkbox"/>	Processos nasais das maxilas.
<input type="checkbox"/>	Parte nasal do osso frontal.
<input type="checkbox"/>	Cartilagem nasal lateral e alar.
<input type="checkbox"/>	Septo nasal: Lâmina perpendicular do osso etmóide. Osso Vômer. Cartilagem do septo nasal
Identifique os aspectos anatômicos e funcionais das cavidades nasais.	
<input type="checkbox"/>	Teto: ossos nasais, frontal, etmoidal e esfenoidal.
<input type="checkbox"/>	Assoalho: processo palatino da maxila e lâmina horizontal do osso palatino.
<input type="checkbox"/>	Parede medial: septo nasal.
<input type="checkbox"/>	Parede lateral: conchas nasais.
<input type="checkbox"/>	Conchas nasais superiores, médias e inferiores.
<input type="checkbox"/>	Meato nasal superior (comunica-se com o seio etmoidal). Meato nasal médio (comunica-se com o seio frontal). Meato nasal inferior inferior (comunica-se com o ducto lacrimonasal).
<input type="checkbox"/>	Área olfatória
<input type="checkbox"/>	Área respiratória.
<input type="checkbox"/>	Lâmina cribiforme do etmóide.
<input type="checkbox"/>	Nervo olfatório (I par craniano).
Identifique os seios paranasais.	
<input type="checkbox"/>	Descreva as funções dos seios paranasais.
<input type="checkbox"/>	Seios frontais.
<input type="checkbox"/>	Seios etmoidais.
<input type="checkbox"/>	Seios maxilares.
<input type="checkbox"/>	Seios esfenoidais.
Identifique os aspectos anatômicos da cavidade da boca.	
<input type="checkbox"/>	Lábio superior e inferior.
<input type="checkbox"/>	Vestíbulo da boca.

<input type="checkbox"/>	Dentição primária e permanente.
<input type="checkbox"/>	Fauce (istmo da fauce)
<input type="checkbox"/>	Sulco terminal da língua (papilas valadas).
<input type="checkbox"/>	Dorso e ápice da língua.
<input type="checkbox"/>	Assoalho da boca.
Identifique as glândulas salivares maiores.	
<input type="checkbox"/>	Glândula parótida e ducto parotídico.
<input type="checkbox"/>	Glândula submandibular e ducto submandibular.
<input type="checkbox"/>	Glândula sublingual.
Identifique os aspectos anatômicos da faringe.	
<input type="checkbox"/>	Defina faringe e descreva suas funções.
<input type="checkbox"/>	<i>Limites da parte nasal da faringe</i> (posterior ao nariz e cranial ao palato mole): -Tonsila faríngea. -Toro tubário. -Óstio faríngeo da tuba auditiva.
<input type="checkbox"/>	<i>Limites da parte oral da faringe</i> (palato mole, arcos palatoglosso e palatofaríngeo e base da língua): -Tonsilas palatinas (fissura tonsilar)
<input type="checkbox"/>	<i>Limite da parte laríngea da faringe</i> (posterior à laringe, da margem epiglótica até a margem inferior da cartilagem cricóide).
Identifique os aspectos anatômicos e funcionais da laringe	
<input type="checkbox"/>	Defina laringe e descreva suas funções.
<input type="checkbox"/>	Observe o esqueleto da laringe e identifique suas cartilagens.
<input type="checkbox"/>	<i>Cartilagem tireóidea:</i> Proeminência laríngea. Incisura tireóidea superior. Cornos superiores e inferiores. Lâminas.
<input type="checkbox"/>	<i>Cartilagem cricóidea:</i> Lâmina. Arco.
<input type="checkbox"/>	<i>Cartilagem epiglótica.</i>
<input type="checkbox"/>	Cartilagens aritenóideas.
<input type="checkbox"/>	Cartilagens corniculadas.
<input type="checkbox"/>	Cartilagens cuneiformes.
<input type="checkbox"/>	Osso hióide.
Identifique os aspectos anatômicos do interior da laringe.	
<input type="checkbox"/>	Adito da laringe.
<input type="checkbox"/>	Cavidade da laringe.
<input type="checkbox"/>	Pregas vestibulares. Qual a sua função?
<input type="checkbox"/>	Pregas vocais. Qual a sua função?
<input type="checkbox"/>	Vestíbulo da laringe.
<input type="checkbox"/>	Ventrículo da laringe.
<input type="checkbox"/>	Cavidade infraglótica.
<input type="checkbox"/>	Ligamento vocal.
<input type="checkbox"/>	Músculo vocal.
<input type="checkbox"/>	Glote.
<input type="checkbox"/>	Rima da glote.



<input type="checkbox"/>	Irrigação da laringe: Aa. laríngeas superiores (ramos aa. Tireóideas superiores). Aa. laríngeas inferiores (ramos aa. tireóideas inferiores).
<input type="checkbox"/>	Veias laríngeas superiores e inferiores.
<input type="checkbox"/>	Inervação da laringe (ramos do nervo vago): Nn. laríngeos superiores. Nn. laríngeos inferiores.

Correlação Anátomo-clínica

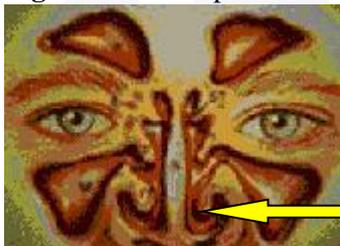
A infecção dos seios paranasais é conhecida como sinusite. Seu diagnóstico é baseado nos sintomas clínicos e nos exames complementares. Pode-se solicitar radiografias ou tomografias dos seios da face para corroborar o diagnóstico. Os seios maxilares são mais frequentemente acometidos.

Discussão

Qual é a fisiopatologia da sinusite e sua relação com as infecções das vias aéreas superiores?
Qual a explicação anatômica para a sinusite ocorrer com maior frequência nos seios maxilares.
Discuta as possíveis formas de tratamento do sinusite.

Imagens relacionadas

Figura 1 – Seios paranasais



Observe o óstio do seio maxilar.

Figura 2 – Radiografia da face – (Incidência Waters)

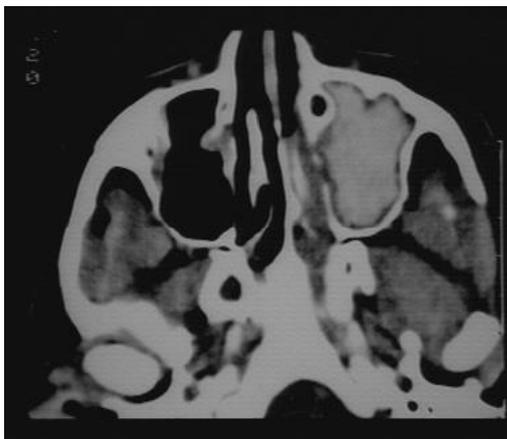
Observe o velamento dos seios maxilares.

Sinusite Maxillaire droite incidence de "Waters"



Figura 3 - Tomografia computadorizada do crânio.

Observe o velamento do seio maxilar esquerdo.



PRÁTICA DE LABORATÓRIO 2 - ANATOMIA DA CABEÇA E PESCOÇO: MÚSCULOS SUPERFICIAIS DO PESCOÇO

Introdução

Os músculos superficiais do pescoço agem sobre a pele, movem a cabeça e o ombro e são envolvidos pela fáscia cervical.

OG18: Compreender os aspectos anatômicos e funcionais das fáscias, músculos superficiais e do pescoço.

OE78: Compreender a anatomia das fáscias cervicais.

OE79: Identificar e descrever os aspectos anátomo-funcionais dos músculos platisma, esternocleidomastóideo e trapézio e as regiões delimitadas por eles.

OE80: Identificar e descrever os aspectos anatômicos e funcionais dos músculos supra e infra-hióideos.

52

Referências:

DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M. R. (coautor). Anatomia orientada para clínica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

DANGELO, José Geraldo; FATTINI, Carlo Américo. **Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

DI DIO, Liberato J. A. **Tratado de anatomia sistêmica aplicada**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002. 2 v.

GARDNER, R. Ernest; GRAY, Donald J. RAHILLY, RONAN O'. **Anatomia: estudo regional do corpo humano**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

SNELL, Richard S. Anatomia clinica para estudantes de medicina. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

Mini-aula

A mini-aula irá orientá-lo sobre os assuntos a serem estudados no grupo. Preste atenção nas peças dispostas em sua bancada.

Estudo em Grupo

Após as orientações da mini-aula, procure identificar nas peças anatômicas as estruturas listadas a seguir. Aproveite para discutir com os colegas do grupo sobre as funções dessas estruturas. Não peça ao tutor para mostrar as estruturas, antes de esgotar seus esforços para identificá-las. Ao final do estudo, o tutor irá esclarecer as dúvidas que surgirem!

Roteiro

Utilize a coluna da esquerda para marcar os assuntos já estudados.

Descreva os aspectos anatômicos da fáscia cervical.	
<input type="checkbox"/>	Lâmina superficial.
<input type="checkbox"/>	Lâmina pré-traqueal.
<input type="checkbox"/>	Lâmina pré-vertebral.
Bainha carótica:	
<input type="checkbox"/>	Aa. carótida comum e interna.
<input type="checkbox"/>	V. jugular interna.
<input type="checkbox"/>	N. vago (X).
<input type="checkbox"/>	Linfonodos.
<input type="checkbox"/>	N. seio carótico e fibras simpáticas.

Estude os aspectos anatômicos e funcionais dos músculos superficiais e laterais do pescoço.	
<input type="checkbox"/>	Platisma.
<input type="checkbox"/>	Esternocleidomastóideo.
<input type="checkbox"/>	Trapézio.
Estude os aspectos anatômicos e funcionais dos músculos supra-hióideos (assoalho da cavidade oral)	
<input type="checkbox"/>	Milo-hióideo.
<input type="checkbox"/>	Gênio-hióideo.
<input type="checkbox"/>	Estilo-hióideo.
<input type="checkbox"/>	Digástrico.
Estude os aspectos anatômicos e funcionais dos músculos infra-hióideos.	
<input type="checkbox"/>	Esterno-hióideo.
<input type="checkbox"/>	Omo-hióideo.
<input type="checkbox"/>	Esternotireóideo.
<input type="checkbox"/>	Tireo-hióideo.
Estude os aspectos anatômicos e funcionais dos músculos que movem a língua.	
<input type="checkbox"/>	Genioglosso.
<input type="checkbox"/>	Estiloglosso.
<input type="checkbox"/>	Palatoglosso.
<input type="checkbox"/>	Hióglosso.

Correlação Anátomo-cirúrgica

A traqueostomia é o acesso cirúrgico à traquéia, utilizado para a ventilação mecânica de pacientes em insuficiência respiratória. A incisão é realizada na linha mediana anterior do pescoço, abaixo da cartilagem cricóide. As estruturas anatômicas do pescoço são dissecadas, no plano mediano, até se alcançar a traquéia. A seguir, incisa-se o segundo e terceiro anéis da traquéia e uma cânula plástica é introduzida no lúmen da via aérea.

Discussão

Com o auxílio do livro texto e atlas, descreva as estruturas anatômicas que são dissecadas na realização da traqueostomia.

Imagens relacionadas

Figura 1- Cânula de traqueostomia



PRÁTICA DE LABORATÓRIO 3 - ANATOMIA DA CABEÇA E PESCOÇO: MÚSCULOS PROFUNDOS DO PESCOÇO E PLEXO CERVICAL

Introdução

A região anterior e lateral do pescoço é suprida pelo plexo cervical que compreende as raízes de C1 a C4. Esse plexo se associa a pares cranianos e fibras simpáticas.

OG19: Compreender os aspectos anatômicos e funcionais das estruturas profundas do pescoço e a formação do plexo cervical.

OE81: Identificar e descrever os aspectos anátomo-funcionais dos músculos pré-vertebrais.

OE82: Identificar as estruturas anatômicas da raiz do pescoço.

OE83: Descrever a anatomia do plexo cervical.

54

Referências:

DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M. R. (coautor). Anatomia orientada para clínica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

DANGELO, José Geraldo; FATTINI, Carlo Américo. **Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

DI DIO, Liberato J. A. **Tratado de anatomia sistêmica aplicada**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002. 2 v.

GARDNER, R. Ernest; GRAY, Donald J. RAHILLY, RONAN O'. **Anatomia: estudo regional do corpo humano**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

SNELL, Richard S. Anatomia clinica para estudantes de medicina. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

Mini-aula

A mini-aula irá orientá-lo sobre os assuntos a serem estudados no grupo. Preste atenção nas peças dispostas em sua bancada.

Estudo em Grupo

Após as orientações da mini-aula, procure identificar nas peças anatômicas as estruturas listadas a seguir. Aproveite para discutir com os colegas do grupo sobre as funções dessas estruturas. Não peça ao tutor para mostrar as estruturas, antes de esgotar seus esforços para identificá-las. Ao final do estudo, o tutor irá esclarecer as dúvidas que surgirem!

Roteiro

Utilize a coluna da esquerda para marcar os assuntos já estudados.

Estude os aspectos anatômicos e funcionais dos músculos pré-vertebrais.	
Músculos anteriores	
<input type="checkbox"/>	Longo do pescoço.
<input type="checkbox"/>	Longo da cabeça.
<input type="checkbox"/>	Reto anterior da cabeça.
<input type="checkbox"/>	Reto anterior da cabeça.
<input type="checkbox"/>	Reto lateral da cabeça.

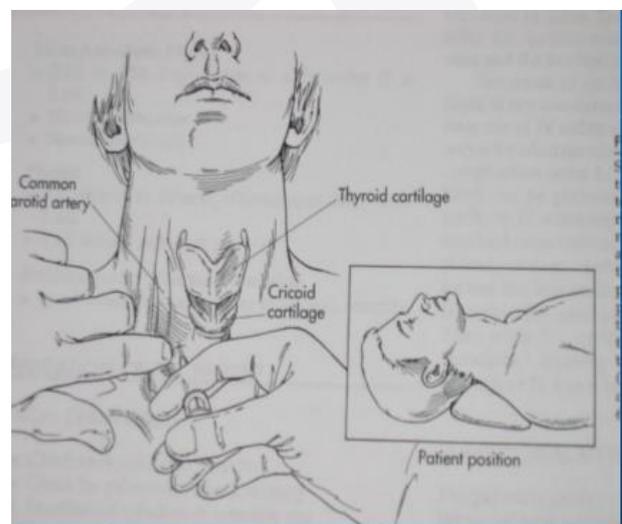
Músculos laterais	
<input type="checkbox"/>	Esplênio da cabeça.
<input type="checkbox"/>	Levantador da escápula.
<input type="checkbox"/>	Escaleno posterior.
<input type="checkbox"/>	Escaleno médio.
<input type="checkbox"/>	Escaleno anterior.
Estude os aspectos anatômicos e funcionais dos nervos do pescoço.	
Ramos do Plexo cervical - Descreva a formação do plexo cervical. (C1 a C4).	
Motores	
<input type="checkbox"/>	Alça cervical
<input type="checkbox"/>	N. frênico
<input type="checkbox"/>	Ramos posteriores para músculos profundos
Sensitivos	
<input type="checkbox"/>	N. Auricular magno
<input type="checkbox"/>	N. occipital menor
<input type="checkbox"/>	Ponto nervoso do pescoço
<input type="checkbox"/>	Nervos supraclaviculares
<input type="checkbox"/>	Nervos transversos do pescoço
Nervos associados	
<input type="checkbox"/>	N. acessório.
<input type="checkbox"/>	N. hipoglosso .
<input type="checkbox"/>	Troncos simpáticos.
<input type="checkbox"/>	Nervo glossofaríngeo

Correlação Anatômo-clínica

O gânglio estrelado é formado pela fusão do gânglio inferior cervical com o primeiro gânglio torácico. Normalmente limitado por:

- Músculo escaleno (lateralmente).
- Artéria subclávia (anteriormente).
- Processos transversos (posteriormente) C6.
- Pleura (inferiormente).

O bloqueio deste glângio é muito utilizado para alívio de fenômenos dolorosos do membro superior, região cervical e torácica alta, na neuralgia aguda por Herpes Zoster e neuralgia pós-herpética , Veja abaixo na figura a técnica de bloqueio desde gânglio



PRÁTICA DE LABORATÓRIO 4 - ANATOMIA DA CABEÇA E PESCOÇO: VASCULARIZAÇÃO E DRENAGEM VENOSA

Introdução

A artéria subclávia dá origem a uma série de troncos arteriais que supre as estruturas na base do pescoço e na abertura superior do tórax.

OG20: Compreender os aspectos anatômicos e funcionais das regiões cervicais e estruturas profundas do pescoço.

OE84: Identificar e descrever os aspectos anátomo-funcionais dos músculos pré-vertebrais.

OE85: Rever as estruturas anatômicas da raiz do pescoço.

OE86: Descrever a anatomia da base do coração e seus ramos.

56

Referências:

DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M. R. (coautor). Anatomia orientada para clínica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

DANGELO, José Geraldo; FATTINI, Carlo Américo. **Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

DI DIO, Liberato J. A. **Tratado de anatomia sistêmica aplicada**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002. 2 v.

GARDNER, R. Ernest; GRAY, Donald J. RAHILLY, RONAN O'. **Anatomia: estudo regional do corpo humano**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

SNELL, Richard S. Anatomia clinica para estudantes de medicina. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

Mini-aula

A mini-aula irá orientá-lo sobre os assuntos a serem estudados no grupo. Preste atenção nas peças dispostas em sua bancada.

Estudo em Grupo

Após as orientações da mini-aula, procure identificar nas peças anatômicas as estruturas listadas a seguir. Aproveite para discutir com os colegas do grupo sobre as funções dessas estruturas. Não peça ao tutor para mostrar as estruturas, antes de esgotar seus esforços para identificá-las. Ao final do estudo, o tutor irá esclarecer as dúvidas que surgirem!

Roteiro

Utilize a coluna da esquerda para marcar os assuntos já estudados.

Estude os aspectos anatômicos das regiões cervicais	
Região cervical anterior	
<input type="checkbox"/>	Trígono submandibular
<input type="checkbox"/>	Trígono carótico
<input type="checkbox"/>	Trígono muscular
<input type="checkbox"/>	Trígono submental
<input type="checkbox"/>	Reto lateral da cabeça.
Região esternocleidomastóidea	
<input type="checkbox"/>	Fossa supra-clavicular menor
Região cervical lateral	
<input type="checkbox"/>	Trígono omoclavicular
<input type="checkbox"/>	Trígono occipital

Região cervical posterior	
Estude os aspectos anatômicos e funcionais da raiz do pescoço.	
Artérias da raiz do pescoço.	
<input type="checkbox"/>	Tronco braquiocefálico.
	A. subclávias 1ª porção /2ª porção e 3ª porção
	A. vertebral
	A. torácica interna
<input type="checkbox"/>	Tronco tireocervical. A tireóidea inferior , a. cervical trassnversa e a. cervical ascendente (supra-escapular)
	Tronco costocervical. A. cervical profunda , a intercostal suprema
	Artéria dorsal da escápula.
Veias da raiz do pescoço.	
<input type="checkbox"/>	V. jugular externa.
<input type="checkbox"/>	V. jugular anterior.
<input type="checkbox"/>	V. subclávia.
<input type="checkbox"/>	V. jugular interna.
<input type="checkbox"/>	V. braquiocefálica.
<input type="checkbox"/>	Veia cava superior .

Correlação Anátomo-clínica

A punção venosa central consiste na cateterização das veias jugular interna, subclávia ou femoral. É indicada para a medição da pvc (pressão venosa central), administração de aminas vasoativas e nutrição parenteral total. Outra indicação é ausência de acesso venoso periférico, o que ocorre em pacientes internados por períodos prolongados.

Discussão

O músculo esternocleidomastóideo é o principal ponto de referência para a punção da veia jugular interna. Veja a demonstração da técnica utilizada para o acesso venoso central através da veia jugular interna.

Imagens Relacionadas

Figura 1- Anatomia dos vasos jugulares e subclávios.

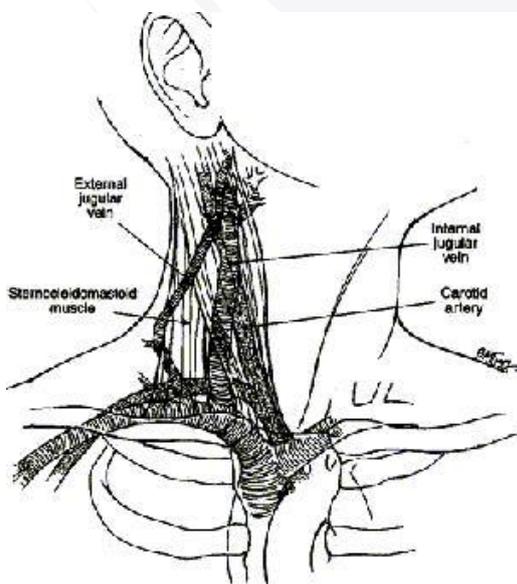


Figura 2 - Técnica de acesso venoso (posterior) jugular interna.

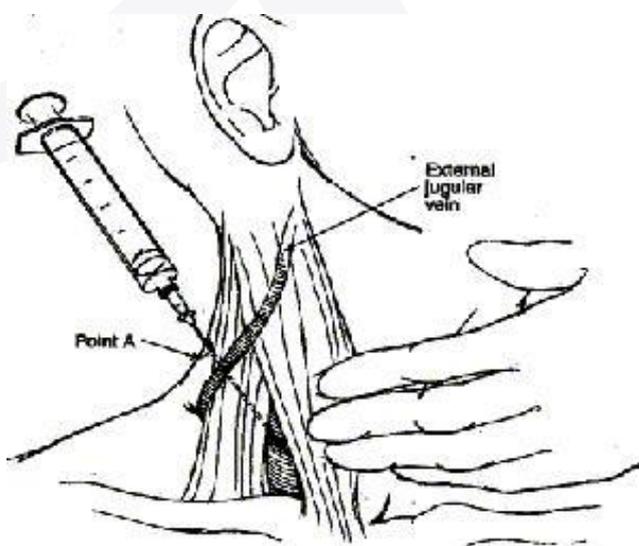


Figura 3- Técnica de acesso venoso (anterior) jugular interna

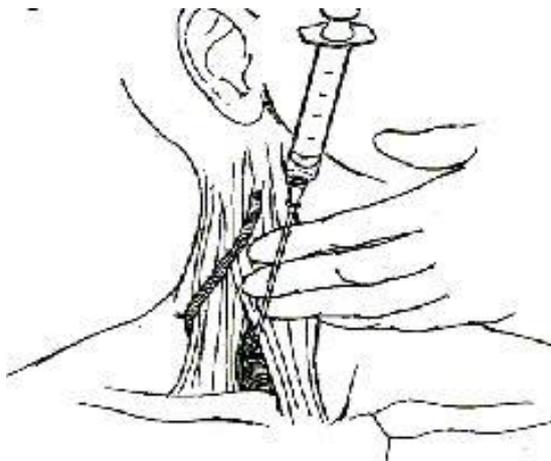


Figura 4- Cateter para acesso venoso central

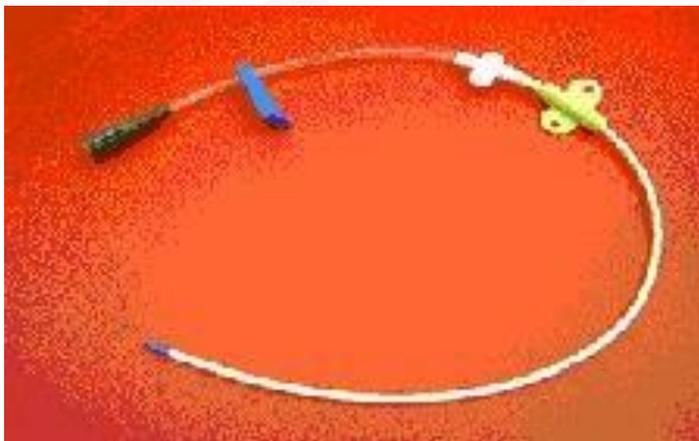


Figura 5 - Fixação do cateter



PROJETO EM EQUIPE



PROJETO EM EQUIPE - INTRODUÇÃO

A alfabetização científica abrange uma série de competências que influenciam a tomada de decisões médicas. A literacia científica envolve não apenas a compreensão de conceitos científicos, mas também a capacidade de avaliar criticamente a informação científica e aplicá-la em contextos de saúde. Essa alfabetização é essencial tanto para profissionais de saúde, embora afete também os pacientes, pois afeta diretamente a qualidade das decisões tomadas em relação às intervenções e tratamentos de saúde, reduzindo mal-entendidos e melhorando a adesão aos planos de tratamento (Baska & Šliž, 2019). Profissionais de saúde que são cientificamente alfabetizados podem utilizar revisões sistemáticas e diretrizes clínicas para otimizar o atendimento ao paciente, desenvolvendo a prática baseada em evidências (Inadomi, 2022).

A literacia científica tem como um de seus componentes a compreensão dos processos científicos, que envolve a familiaridade com a forma como a pesquisa científica é conduzida, permitindo que os indivíduos avaliem a validade das informações de saúde (Snow & Dibner, 2016). Um outro componente é o desenvolvimento de habilidades de avaliação crítica, que envolve a capacidade de analisar e interpretar dados científicos para tomar decisões médicas informadas (Bingle & Gaskell, 1994).

Dessa forma, o novo Projeto em Equipe passa a ter como foco a literacia científica dos futuros médicos, possibilitando que os mesmos compreendam aspectos da metodologia científica e das evidências em saúde.

Distribuição dos pontos: Atividade 1 (12,5 pontos), Atividade 2 (12,5 pontos), Conceito (5 pontos) e Prova Final (50 pontos).

Objetivos de Aprendizagem

OG21: Compreender a seção de materiais e métodos de um projeto de pesquisa.

OE87: Identificar a função da seção de materiais e métodos em um projeto de pesquisa, compreendendo sua importância para a reprodutibilidade do estudo.

OE88: Diferenciar os tipos de delineamento de pesquisa, como experimentos clínicos randomizados, estudos observacionais descritivos e analíticos.

OE89: Analisar os critérios de seleção da população de estudo, incluindo definição da amostra, critérios de inclusão e exclusão.

OE90: Explorar os métodos de coleta de dados, como questionários, entrevistas, exames laboratoriais e observações diretas.

OE91: Compreender os instrumentos de pesquisa e suas validações, incluindo escalas padronizadas e testes estatísticos aplicáveis.

OE92: Discutir os procedimentos de análise de dados, diferenciando estatística descritiva e inferencial, além de métodos qualitativos de análise.

OE93: Reconhecer a importância das considerações éticas na seção de materiais e métodos, incluindo o consentimento informado e a confidencialidade dos dados.

OE94: Avaliar a estruturação e padronização da redação da seção de materiais e métodos, garantindo clareza, precisão e replicabilidade do estudo.

Referências:

Marconi, MA, Lakatos EM. Fundamentos da Metodologia Científica. 7a ed. 2010

PRÁTICA MÉDICA NA COMUNIDADE



NORMAS E ORIENTAÇÕES GERAIS

No 4º período, a Prática Médica na Comunidade terá como objetivo o desenvolvimento de competências relacionadas à avaliação multidimensional do idoso.

Ao longo de todo o quarto período o aluno irá alternar as oficinas de PMC na faculdade com as visitas nas Instituições de Longa Permanência quinzenalmente.

O aluno deve se preparar para cada atividades lendo previamente as orientações e as referências recomendadas e indicadas nos Guias dos respectivos Blocos temáticos. Antes de cada atividade prática o conhecimento dos alunos em relação ao material de estudo será avaliado.

A avaliação do PMC neste período se dará, por bloco, da seguinte forma:

- Avaliação de desempenho nas oficinas: 30 pontos.
- Avaliação de desempenho nas visitas nas visitas: 50 pontos

Os relatórios devem ser postados na plataforma do NED (ned.unifenas.br) respeitando os prazos especificados para cada tarefa. **Trabalhos entregues até 72h após término do prazo terão dedução de 20% da nota. Não serão corrigidos trabalhos entregues com atraso superior a 72h**

Equipe de professores:

Turma A: Profa. Eumara (2a 13:30h)

Lar da Vovó - Rua Asis Abdi, 55, Jardim Paquetá, Regional Pampulha.

Turma B: Prof. Edson Rocha (4a 7:30h)

Centro De Convivência Paulo Fagundes Penido - R. Gilberto Freire, 800 - Bonsucesso, Regional Barreiro.

Turma C: Prof. Fabiano Guimarães (4a 13:30h)

Centro De Convivência Paulo Fagundes Penido - R. Gilberto Freire, 800 - Bonsucesso, Regional Barreiro.

Turma D: Prof. Ewerton Lamounier (5a 7:30h)

Lar das idosas Sta Tereza e Sta Terezinha - Rua Divinópolis, 225, Santa Tereza, Regional Leste.

Turma E: Prof. Rodrigo Lara (3a 7:30h)

Centro De Convivência Paulo Fagundes Penido - R. Gilberto Freire, 800 - Bonsucesso, Regional Barreiro.

Turma F: Profa. Alice Medeiros (3a 07:30h)

Acolher convivência sênior - R. Palmira, 52 - Serra - Regional Centro- Sul

Oficinas cognitivas:

Todas as turmas: Profa. Simone Lima (2ª – manhã)

PMC OFICINA 2 - A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NO CUIDADO À SAÚDE E O LUGAR DA TRANSFERÊNCIA

OG22: Identificar problemas de comunicação na relação médico - paciente.

OE95: Compreender os conceitos de Disease (visão da ciência) X Illnes (visão do doente) em relação ao seu problema de saúde.

OE96: Reconhecer atitudes médicas que facilitam e dificultam a comunicação/relação entre o médico e seu paciente.

OE97: Conceituar transferência e identificar a importância desse conceito para a prática médica.

OE98: Desenvolver reflexão ética sobre as relações afetivas decorrentes do fenômeno transferencial.

Assista ao vídeo - “**O Encontro Médico Paciente / UFRJ O Encontro Médico Paciente / UFRJ**”- e participe da discussão em sala de aula.

PMC OFICINA 3 - AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA (AGA) E ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVDS)

Orientações para a atividade:

A dinâmica da discussão será realizada, inicialmente, em grupos de alunos e a seguir, discussão ampliada.

OG23: Compreender todas as etapas da avaliação geriátrica ampla e da avaliação das atividades de vida diária do paciente idoso.

OE99: Conceituar atividades de vida diária básica e instrumental.

OE100: Compreender todas as etapas da avaliação geriátrica ampla.

Material de Apoio:

ESCALA DE KATZ

Para cada área de funcionamento listada abaixo, assinale a descrição que se aplica (a palavra "ajuda" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal). Área de funcionamento: Independente ou Dependente

1) Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro)

- não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho) (I)
- recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna) (I)
- recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho (D)

2) Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)

- pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda (I)
- pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos (I)
- recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa (D)

3) Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas)

- vai ao banheiro ou local equivalente, se limpa e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio, como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã) (I)
- recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite (D)
- não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas (D)

4) Transferência

- deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) (I)
- deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda (D)
- não sai da cama (D)

5) Continência

- controla inteiramente a micção e a evacuação (I)
- tem "acidentes" ocasionais (D)
- necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente (D)

6) Alimentação

- alimenta-se sem ajuda (I)
- alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão (I)
- recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos (D)

Resultados e Interpretação (Katz & Apkom):

- 0: independente em todas as seis funções;
- 1: independente em cinco funções e dependente em uma função;
- 2: independente em quatro funções e dependente em duas;
- 3: independente em três funções e dependente em três;
- 4: independente em duas funções e dependente em quatro;
- 5: independente em uma função e dependente em cinco funções;
- 6: dependente em todas as seis funções.

ESCALA DE LAWTON

Indique se seu parente pode ser capaz de fazer cada atividade abaixo, considerando se foi capaz no passado, e se a incapacidade atual é secundária ao declínio cognitivo.

1. Habilidade para usar o telefone

- Opera o telefone com iniciativa própria - consulta e disca os números, etc.
- Disca alguns números conhecidos, necessita ajuda parcial.
- Não é capaz de usar o telefone.

2. Capacidade de fazer compras

- Faz compras sozinho (a).
- Precisa ser acompanhado, necessita ajuda em compras.
- Incapaz para fazer compras.

3. Preparação de refeições

- Planeja, prepara e serve refeições independentemente.
- Esquenta e serve refeições já prontas, necessita ajuda para o preparo.
- Precisa que suas refeições sejam preparadas e servidas.

4. Cuidados da Casa

- Cuida da casa sozinho (a) ou com ocasional assistência (por exemplo, tem ajuda doméstica para trabalhos pesados).
- Faz tarefas diárias simples, mas necessita ajuda.
- Precisa de ajuda em todas as tarefas da casa.

5. Lavagem de roupas

- Lava suas roupas independentemente.
- Lava pequenas peças – roupas íntimas, meias, lenços, etc.
- Toda a lavagem das roupas é feita por outros.

6. Trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos, cuidar do jardim, cuidar de animais domésticos

- Sim, sem ajuda
- Faz tarefas simples, mas necessita ajuda parcial.
- Não consegue.

7. Meios de transporte

- Viaja sozinho a locais distantes, usando algum transporte, sem planejamentos especiais.
- Viaja com ajuda de outra pessoa ou quando acompanhado por alguém.
- Não utiliza meios de transporte.

8. Responsabilidade por seu medicamento

- Consegue tomar a medicação na dosagem e horários corretos.
- Consegue tomar medicação se ela é preparada com antecedência e separada nas dosagens corretas.
- Não é capaz de cuidar da própria medicação.

9. Capacidade para cuidar do seu dinheiro

- Cuida de assuntos financeiros sem ajuda (orçamento, assina cheques, paga o aluguel e as contas, vai ao banco), mantém-se informado sobre sua renda.
- Cuida das compras do dia-a-dia, mas precisa de ajuda com tarefas bancárias e compras maiores, contas, etc.
- Incapaz de cuidar do próprio dinheiro.

Pontuação: primeiro item – sem ajuda: 3 pontos / segundo item – com ajuda parcial: 2 pontos / terceiro item – não consegue: 1 ponto.
Pontuação máxima: 27 pontos; o score tem significado individual, para diagnóstico e comparação evolutiva

ESCALA DE PFEFFER

Escore (0 a 30): _____

0 = normal / ou nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora

1 = faz com dificuldade/ ou nunca o fez e agora teria dificuldade

2 = necessita de ajuda

3 = não é capaz

Observação: avaliar o desempenho em função do funcionamento cognitivo

	0	1	2	3
1) Ele (Ela) manuseia seu próprio dinheiro?				
2) Ele (Ela) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho (a)?				
3) Ele (Ela) é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?				
4) Ele (Ela) é capaz de preparar uma comida?				
5) Ele (Ela) é capaz de manter-se em dia com atualidades, acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?				
6) Ele (Ela) é capaz de prestar atenção, entender e discutir programa de rádio, televisão, um jornal ou uma revista?				
7) Ele (Ela) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos familiares, feriados?				
8) Ele (Ela) é capaz de manusear seus próprios remédios?				
9) Ele (Ela) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?				
10) Ele (Ela) pode ser deixado (a) sozinho (a) de forma segura?				

PMC VISITA 3 - PARTICULARIDADES DO EXAME FÍSICO NO PACIENTE IDOSO

Nesta visita, o aluno irá discutir o exame físico completo no paciente idoso. O aluno deve preparar-se para a atividade revendo roteiros de exame físico em livros de semiologia.

Para esta atividade, o aluno utilizará estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro e fita métrica.

OG26: Compreender as particularidades do exame físico completo no paciente idoso.

OE104: Rever as etapas do exame físico completo de um paciente idoso e seu correto registro.

Orientações para a atividade

Nesta visita serão revistas as etapas do exame físico completo abordadas no treinamento de habilidades e as particularidades do exame físico no idoso. Deve ainda ser revista a forma correta de se registrar o exame.

Material de apoio

SINAIS VITAIS

PA=		DEITADO	SENTADO	EM PÉ
PULSO: REG., IRREG.				
PA mmHg	BD			
	BE			
	PERNA			

FC= _____ bpm Temperatura= _____ °C Respiração= _____ mrpm SAT= _____ %

Peso= _____ Kg Altura= _____ cm IMC= _____

PELE: Normal, seca, úmida, lisa, espessa, eritema, cicatrizes, telangiectasia, nevus, petéquias, alterações das unhas, pigmentação ou descolorimento, equimoses, hirsutismo, perda de pelos, outros.

GÂNGLIOS: Cervical, Supraclavicular, epitroclíanos, axilar, inguinal. (tamanho, consistência, doloroso/indolor; aderência aos planos superficiais e profundo)

OLHOS: Normal, esclerótica, córnea, conjuntiva. Pupilas: tamanho D mm - E mm. Reagem à luz e à acomodação. Acuidade visual, nistagmo.

FUNDO DE OLHO: disco, artérias, veias, hemorragias, exsudatos, microaneurismos. Campos Visuais: Normais - Anormais
OD OE



OUIDOS: Normal: tofos, canal, tímpano, secreções, serumen, outro.

NARIZ: Normal, septo, mucosa, outro.

BOCA E GARGANTA: Lábios, gengiva, língua, mucosa oral, dentes, amígdalas, úvula, faringe, glândulas salivares.

PESCOÇO: Normal, tireóide, traquéia, distensão venosa, rigidez da ríca, massas, nódulos, sopros.

MAMAS: Normais, massas dolorosas, corrimento, retração, ulcerações, assimetria.

RESPIRATÓRIO:

Inspeção:.....
 Amplitude
 Respiração: Normal, laboriosa, Kussmaul, superficial, periódica, outros.
 Uso da musculatura acessória: SIM / NÃO
 Palpação:.....
 Percussão:.....
 Ausculta:.....



PMC OFICINA 4 - AVALIAÇÃO DA VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL E FRAGILIDADE

Orientações para essa atividade

Acessar o IVCF-20. Disponível no site: <http://www.ivcf-20.com.br/>

Assistir e discutir os vídeos legendados (CASO 1-8) que mostram a aplicação do IVCF-20 em casos reais. Neles, você vai entender melhor como devem ser feitas as perguntas e a interpretação das respostas do questionário.

Disponível em: <http://www.ivcf-20.com.br>

A dinâmica da discussão será realizada, inicialmente, em grupos de alunos (assistir o vídeo e acessar o IVCF-20) e a seguir, apresentação e discussão ampliada.

OG24: Realizar a avaliação da vulnerabilidade clínico-funcional e de fragilidade do idoso.

OG25: Compreender os cuidados com o idoso frágil e estratégias de reabilitação.

OE101: Conhecer o Instrumento de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) e sua aplicabilidade na avaliação geriátrica ampla.

OE102: Compreender o processo de envelhecimento associado à fragilidade

OE103: Reconhecer os problemas de saúde do idoso e discutir as linhas de cuidado de prevenção para retardar o seu declínio funcional.

Material de apoio

IVCF-20 (versão do profissional de saúde)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20		
www.ivcf-20.com.br		
<p>Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</p>		Pontuação
IDADE	<p>1. Qual é a sua idade?</p> <p>() 60 a 74 anos⁰ () 75 a 84 anos¹ () ≥ 85 anos²</p>	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	<p>2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:</p> <p>() Excelente, muito boa ou boa⁰ () Regular ou ruim¹</p>	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	<p style="text-align: center;">AVD Instrumental</p> <p><i>Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</i></p> <p>3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? () Sim⁴ () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde</p> <p>4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? () Sim⁴ () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde</p> <p>5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? () Sim⁴ () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde</p>	Máximo 4 pts
	<p style="text-align: center;">AVD Básica</p> <p>6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? () Sim² () Não</p>	
	<p>7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim¹ () Não</p> <p>8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim¹ () Não</p> <p>9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim² () Não</p>	
COGNIÇÃO		
HUMOR		
<p>10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim² () Não</p> <p>11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? () Sim² () Não</p>		
MOBILIDADE	<p>Alcance, preensão e pinça</p> <p>12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim¹ () Não</p> <p>13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim¹ () Não</p>	
	<p>Capacidade aeróbica e /ou muscular</p> <p>14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês () ; • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² () ; • Circunferência da panturrilha a < 31 cm () ; • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () . <p>() Sim² () Não</p>	Máximo 2 pts
	<p>Marcha</p> <p>15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim² () Não</p> <p>16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim² () Não</p>	
	<p>Continência esfincteriana</p> <p>17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim² () Não</p>	
COMUNICAÇÃO		
<p>Visão</p> <p>18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. () Sim² () Não</p>		
<p>Audição</p> <p>19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. () Sim² () Não</p>		
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	<p>Polipatologia</p> <p>20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cinco ou mais doenças crônicas () ; • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia () ; • Internação recente, nos últimos 6 meses () . 	
	<p>Polifarmácia</p>	
	<p>Internação recente (<6 meses)</p> <p>() Sim⁴ () Não</p>	Máximo 4 pts
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)		



PMC VISITA 4 - RISCO CARDIOVASCULAR

No início desta visita, serão discutidos os fatores de risco para doenças cardiovasculares e as dificuldades para implementar medidas não farmacológicas de redução destes fatores. Além disso, será discutido o estudo de Framingham que foi responsável pela identificação dos mais importantes fatores de risco cardiovascular que conhecemos atualmente. Informações sobre este estudo podem ser obtidas no site <http://www.framingham.com/heart/>

Nesta página da internet, clique nos links “Profile of the Framingham Heart Study”, “The Study That Changed America's Heart” e “A Timeline of Milestones from the Framingham Heart Study” para saber mais sobre este importante estudo e sobre os principais fatores de risco cardiovasculares.

Nesta visita, serão discutidos também os critérios diagnósticos da hipertensão arterial, manejo não farmacológico e critérios para indicação de terapia farmacológica.

72

Orientações para a atividade

Os alunos irão identificar fatores de risco dos pacientes selecionados. Durante a entrevista, deve-se identificar, além dos fatores de risco, as opiniões e sentimentos do idoso a respeito de mudanças de hábito e estilo de vida. A partir dos dados obtidos, os alunos devem estimar o risco cardiovascular em 10 anos do paciente selecionado, usando a escala de Framingham. Após a estimativa do risco, os alunos devem discutir possíveis estratégias de prevenção das doenças cardiovasculares e identificar as atividades desenvolvidas na ILPI e analisar as dificuldades de implantação de medidas de prevenção eficazes.

OG27: Compreender os fatores de risco de doenças cardiovasculares do paciente idoso.

OE105: Identificar os fatores de risco de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e nutricionais do paciente idoso.

OE106: Ser capaz de estimar o risco cardiovascular em 10 anos usando a escala de Framingham do paciente idoso.

OE107: Discutir estratégias de prevenção das doenças cardiovasculares e identificar quais atividades preventivas são desenvolvidas na ILPI.

OE108: Compreender as dificuldades para implementação das medidas de prevenção em ILPIs.

Aplicativo para download

ASCVD Risk Estimator - Disponível em: <https://www.acc.org/tools-and-practice-support/mobile-resources/features/2013-prevention-guidelines-ascvd-risk-estimator>

Material de apoio

Tabela 4: Escore de Framingham Revisado para Mulheres

Score de Framingham para mulheres							
Pontos	Idade	HDL	Colesterol total	PAS não tratada	PAS tratada	Tabagismo	Diabetes
-3				<120			
-2		60+					
-1		50-59			<120		
0	30-34	45-49	<160	120-129		NÃO	NÃO
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35		140-149	120-129		
3			200-239		130-139	SIM	
4	40-44		240-279	150-159			SIM
5	45-49		280+	160+	140-149		
6					150-159		
7	50-54				160+		
8	55-59						
9	60-64						
10	65-69						
11	70-74						
12	75+						

Dagostino, R.D. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation*:117(6): 743,2008

Tabela 5: Estimativa de Risco Cardiovascular para Mulheres

Estimativa de risco cardiovascular para mulheres	
Pontos	Risco% (10 anos)
menor ou igual -2	<1
-1	1
0	1,2
1	1,5
2	1,7
3	2
4	2,4
5	2,8
6	3,3
7	3,9
8	4,5
9	5,3
10	6,3
11	7,3
12	8,6
13	10
14	11,7
15	13,7
16	15,9
17	18,5
18	21,5
19	24,8
20	28,5
21 ou mais	>30

Dagostino, R.D. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. Circulation:117(6): 743,2008

Tabela 2: Escore de Framingham Revisado para Homens

Score de Framingham para homens							
Pontos	Idade	HDL	Colesterol total	PAS não tratada	PAS tratada	Tabagismo	Diabetes
-2		60+		<120			
-1		50-59					
0	30-34	45-49	<160	120-129	<120	NÃO	NÃO
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35	200-239	140-159	120-129		
3			240-279	160+	130-139		SIM
4			280+		140-159	SIM	
5	40-44				160+		
6	45-49						
7							
8	50-54						
9							
10	55-59						
11	60-64						
12	65-69						
13							
14	70-74						
15	75+						

Dagostino, R.D. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. Circulation:117(6): 743,2008

Tabela 3: Estimativa de Risco Cardiovascular para Homens

Estimativa de risco cardiovascular para homens	
Pontos	Risco cardiovascular %(10 anos)
Menor ou igual a -3	<1
-2	1,1
-1	1,4
0	1,6
1	1,9
2	2,3
3	2,8
4	3,3
5	3,9
6	4,7
7	5,6
8	6,7
9	7,9
10	9,4
11	11,2
12	13,2
13	15,6
14	18,4
15	21,6
16	25,3
17	29,4
18+	maior que 30

Dagostino, R.D. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. Circulation:117(6): 743,2008

Tabela 3: Estimativa de Risco Cardiovascular para Homens

Estimativa de risco cardiovascular para homens	
Pontos	Risco cardiovascular %(10 anos)
Menor ou igual a -3	<1
-2	1,1
-1	1,4
0	1,6
1	1,9
2	2,3
3	2,8
4	3,3
5	3,9
6	4,7
7	5,6
8	6,7
9	7,9
10	9,4
11	11,2
12	13,2
13	15,6
14	18,4
15	21,6
16	25,3
17	29,4
18+	maior que 30

Dagostino, R.D. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. Circulation:117(6): 743,2008



Tabela 6: Classificação de Risco Global, segundo Escore de Risco de Framingham

Classificação de Risco Global segundo Escore de Risco de Framingham	
Categoria	Evento cardiovascular maior
Baixo	< 10% em 10 anos
Moderado	10 a 20% em 10 anos
Alto	> 20% em 10 anos

Cadernos de Atenção Básica n°14. Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica. Ministério da Saúde. Brasília - DF. 2006.

Perguntas norteadoras

- 1) Quais são os fatores de risco cardiovasculares?
- 2) Quais as principais medidas de prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares?
- 3) O que foi o estudo de Framingham?
- 4) Como interpretar o risco calculado pelo escore de Framingham?
- 5) Quais as limitações do cálculo do risco a partir do escore de Framingham?

ANEXOS

Avaliação Geriátrica Ampliada adaptada para a PMC

Parte 1. Identificação e história sociofamiliar

Nome:			
Sexo:			
Profissão:			
Idade:		Data de Nascimento:	
Naturalidade:			
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outros
Escolaridade:			

77

1. Tempo de institucionalização:
2. Como chegou à instituição: Vontade própria Trazido por parente Trazidos por outros
3. Motivo da institucionalização:
4. O que significa viver na ILPI?
5. Como é a sua rotina na instituição?
6. Dinâmica das relações:
 Você considera a relação:
 Idoso/idoso: Ótima Boa Regular Péssima
 Idoso/funcionários: Ótima Boa Regular Péssima
 Idoso/dirigente: Ótima Boa Regular Péssima
 Idoso/familiares: Ótima Boa Regular Péssima
7. Família
 - 7.1 Com quem residia antes de vir para a instituição?
 - 7.2 Genograma (preencher na próxima página)
8. Religião:
 Qual?
 Praticante?
 Onde?
 Frequência?
9. Área profissional
 Ocupação de habilitações profissionais:
 Situação atual
 Aposentado: Sim Não
 Situação previdenciária: Privada Pública
 Desenvolve alguma outra atividade produtiva? Sim Não
 Recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC) ? Sim Não

10. Interesses principais:

Antes da institucionalização: Atuais:

ESPAÇO PARA CONSTRUÇÃO DO GENOGRAMA



COMPONENTES DO GENOGRAMA

- Descrição dos elementos da família e sua estrutura familiar (três gerações);
- Primeiros nomes e ano de nascimento dos elementos da família;
- Relações biológicas e legais do casal;
- Anos de casamento, separação e divórcio;
- Filho mais velho inscrito sempre à esquerda, os outros a partir dele, por ordem de nascimento;
- Falecimentos com ano e causa de morte;
- Indicação dos elementos que vivem na mesma casa;
- Doenças crônicas ou graves e problemas de saúde, especialmente de transmissão hereditária

Parte 2. Avaliação Risco Cardiovascular

- Peso: kg
- Altura: m
- IMC:
- PA MSD: mmHg
- PA MSE: mmHg
- PA ortostatismo: mmHg
- FC: bpm
- Circunferência abdominal: cm
- Tabagismo: () sim () não - Anos/maço:
- Diabetes: () sim () não
- Atividade física:
- Risco cardiovascular: % em 10 anos.

MAPA CONCEITUAL DO BLOCO VIDA ADULTA

