



Coordenadora do curso:
Profa. Simone Van De Sande Lee

Subcoordenador do curso:
Prof. Evaldo dos Santos

Chefe de Expediente:
Lucas Indalêncio de Campos

Editor do Boletim:
Prof. Fabricio de Souza Neves
fabricio.souza.neves@ufsc.br

Coordenadoria do Curso de Medicina
Campus da UFSC - Bloco didático-pedagógico do Hospital
Universitário (1º andar) – Trindade, Florianópolis, SC
CEP 88040-970
medicina@contato.ufsc.br www.medicina.ufsc.br
(48) 3721-2282

BOLETIM do CURSO DE MEDICINA da UFSC

Julho 2018

Volume 4 – número 7

ISSN 2594-6811

Nesta edição

Artigos originais

Borba KB, Silva RM

Perfil demográfico e socioeconômico das portadoras de HIV/AIDS do serviço de ginecologia e obstetrícia de um hospital universitário em Santa Catarina.....2

Relatos de Casos do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago

Pelandré GL, Nobre LFS

Uma sessão interativa de casos em radiologia torácica – Parte 2.....8

Ensaio

Pereira PH

De minha convidada..... 15



Em 6 de julho ocorreu a colação de grau da 96ª turma do curso de graduação em Medicina da UFSC – Florianópolis, turma Profa. Suely Grosseman, que teve como paraninfa a Profa. Daniella Serafin Couto Vieira e como patrono o Prof. Saint Clair Vieira de Oliveira. Foram homenageados os professores Jorge Dias de Matos e Moacir Serralvo Faria, a médica neonatologista Diana Oliveira Teixeira, o técnico de laboratório Alexandre dos Passos e o médico residente Flávio José Medeiros Júnior. Foi a primeira turma a homenagear um médico residente, excelente iniciativa da 96ª turma. (Fotos: Profa. Lee I Ching).

Perfil demográfico e socioeconômico das portadoras de HIV/AIDS do serviço de ginecologia e obstetrícia de um hospital universitário em Santa Catarina

Karoline Bunn Borba¹, Rosemeri Maurici da Silva²

1 Médica ginecologista, professora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

2 Médica pneumologista, professora do Departamento de Clínica Médica, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

Submetido em 29 de junho de 2018.

Aprovado para publicação, após adaptações, em 30 de julho de 2018.

RESUMO

Introdução: A ampla disseminação da epidemia de HIV/AIDS e seu rápido avanço resultaram no acometimento de indivíduos de diferentes faixas etárias e níveis socioeconômicos. **Objetivo:** Conhecer o perfil socioeconômico, demográfico e de contágio dos pacientes portadores de HIV/AIDS atendidos no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUPEST/UFSC. **Método:** Foi realizado um estudo transversal envolvendo pacientes atendidos no serviço. A população foi selecionada por conveniência. Os dados foram coletados pela aplicação de questionários estruturados contendo perguntas relacionadas ao perfil sociodemográfico, tempo de tratamento, tempo de infecção pelo HIV, satisfação com a saúde e com a qualidade de vida. Os dados foram analisados descritivamente. **Resultados:** Responderam ao questionário 18 pacientes. Os resultados mostraram uma idade média de 40,8 anos ($DP \pm 10$ anos), a maioria das pacientes com 2º grau completo de escolaridade e vivendo como casadas. Realizaram o primeiro teste de HIV positivo entre os anos de 2011 e 2015. A principal via de transmissão foi a sexual. Os pacientes majoritariamente não se consideravam doentes, referiam sua saúde como boa e estavam satisfeitos com a qualidade de vida. **Conclusão:** O perfil sociodemográfico da população estudada não se diferenciou de outros estudos em situações semelhantes, mesmo levando em consideração as diferenças regionais e as várias faces da epidemia no Brasil.

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

Em 1981 o CDC – Center for Disease Control and Prevention de Atlanta nos Estados Unidos documentou os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (1). No Brasil, o primeiro caso de AIDS foi notificado em São Paulo, pouco depois (2).

A AIDS tem como agente etiológico o HIV, vírus RNA que causa uma disfunção no sistema imunológico do indivíduo infectado (3). Existem várias vias de transmissão deste vírus, sendo as principais a sanguínea (parenteral e vertical), a via sexual (por secreções vaginais ou sêmen) e através do leite materno (4). Além dos fatores de risco

comportamentais relacionados aos mecanismos de transmissão do HIV (4), como a prática de relações sexuais desprotegidas ou a reutilização de seringas e agulhas por usuários de drogas injetáveis, Saldanha (2003) afirma que a assimetria social elucida um processo de vulnerabilidade social, onde a escolaridade, a fonte de renda, e o acesso aos cuidados de saúde são algumas características fundamentais, que pode influenciar o contato com a doença (5).

A ampla disseminação da epidemia e seu rápido avanço demonstram que a doença tem atingido diferentes culturas e espaços, assim como indivíduos de muitas faixas etárias e diferentes níveis socioeconômicos (6). Gruner et al (2005)

afirma que a desigualdade socioeconômico-cultural brasileira gera no país uma epidemia de caráter multifacetado. A autora afirma ainda que a pauperização e a feminização já se tornaram fatos concretos da epidemia (7). Todavia, a maioria dos casos de AIDS encontrados no Brasil é em pacientes do sexo masculino embora a razão entre os sexos venha diminuindo (8). A feminização pode ser explicada pelo aumento do número de casos entre os heterossexuais (7). Em estudo realizado no município de São José/SC (2010), metade da população era do sexo feminino (9).

O nível de escolaridade é mais um fator que se associa ao novo panorama de epidemia de AIDS no Brasil. No início da epidemia, a maioria dos pacientes apresentavam segundo grau e nível universitário, mas atualmente esta maioria apresenta somente o primeiro grau escolar (10,11).

Devido à diversidade encontrada dentro do país e das modificações que a epidemia está sofrendo, principalmente relacionada ao aumento do número de mulheres soropositivas para HIV, justifica-se a necessidade do conhecimento do perfil socioeconômico das populações infectadas, a fim de auxiliar o planejamento local das ações de saúde pública. Deste modo, este trabalho tem por objetivo traçar o perfil demográfico e socioeconômico das pacientes portadoras de HIV/AIDS em acompanhamento no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HUPEST/UFSC), além de conhecer o perfil desta população segundo forma e tempo de contágio.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, pela observação direta dos pacientes. Foi desenvolvido no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HU/UFSC, no período de abril a dezembro de 2015. Esta pesquisa foi desenvolvida conjuntamente com um estudo maior que avaliava a qualidade de vida das pacientes do Serviço.

A seleção dos indivíduos para a pesquisa foi por conveniência. Foram incluídas no estudo pacientes adultas do sexo feminino, com idade igual ou superior a 18 anos, com termo de consentimento livre e esclarecido assinado. Todos os participantes tinham diagnóstico de infecção pelo HIV confirmado. Foram excluídas da pesquisa as pacientes com estado clínico que impedisse a realização da entrevista e pacientes que não quiseram participar do estudo ou que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram coletados por intermédio da aplicação de questionários estruturados contendo perguntas relacionadas ao perfil sociodemográfico, tempo de tratamento e tempo de infecção pelo HIV. Os dados coletados foram analisados descritivamente com a ajuda do software Microsoft Excel®.

Todos os pacientes foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, redigido de acordo com exigências da Resolução nº196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP/UFSC nº 1.013.884.

RESULTADOS

Responderam ao questionário 18 pacientes. A idade das pesquisadas variou de 24 a 68 anos com a média de 40,7 anos (DP \pm 10 anos). A maioria das pacientes apresentava-se no intervalo de idade de 31 a 35 anos. Quanto ao estado civil, a maioria das pacientes vivia em união estável (33,3%), seguido daquelas que estavam solteiras (27,8%) e casadas (16,7%) (TABELA 1).

Quanto ao grau de escolaridade a maioria das pacientes apresentava o 2º grau completo (44,4%), seguidos por aquelas que apresentavam 1º grau completo (38,9%) (TABELA 2).

A maioria das pacientes relatou a prática sexual com indivíduos masculinos como forma de infecção pelo HIV (77,8%). Na população estudada, a maioria das pacientes que responderam a pergunta sobre época de contágio supunha ter sido infectada no período entre 2001 e 2005 (22,2%), mas muitas pacientes (50,0 %) não souberam responder quando foram infectados. Quanto ao primeiro teste HIV positivo, a maioria das pacientes o realizou no período entre 2011 a 2015 (55,6%), seguido das que realizaram no período entre 2001 e 2005 (27,8%), sendo que os anos em que houve maior número de testes HIV positivo foram de 2005 e de 2012 (TABELA 3).

Quanto ao estágio da infecção pelo HIV, a maioria dos pacientes respondeu ser assintomática (94,4%). Quando perguntados sobre se percebiam como doentes a maioria dos pacientes negava tal fato (72,2%). A maioria das pacientes referiu estar satisfeita com sua saúde (50,0%) e quando questionadas sobre como avaliariam sua qualidade de vida, a maioria considerou-a boa (55,6%) (TABELA 4).

Tabela 1: Idade e condição marital das pacientes com HIV/AIDS do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HU/UFSC, 2015.

Idade (anos)	n	%
20 a 25	1	5,6
26 a 30	1	5,6
31 a 35	5	27,8
36 a 40	3	16,7
41 a 45	3	16,7
46 a 50	1	5,6
51 a 55	3	16,7
56 a 60	0	0
61 a 65	1	5,6
Condição marital		
Solteiro	5	27,8
Casado	3	16,7
União estável	6	33,3
Separado	0	0
Divorciado	2	11,1
Viúvo	2	11,1
Total	18	100,0

Tabela 2: Grau de escolaridade das pacientes com HIV/AIDS do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUPEST/UFSC, 2015.

GRAU DE INSTRUÇÃO	n	%
Nenhum	2	11,1
1º Grau completo	7	38,9
2º Grau completo	8	44,4
3º Grau completo	1	5,6
Total	18	100,0

Tabela 3: Via de contágio, ano de contágio e ano do primeiro teste positivo relatados pelas pacientes com HIV/AIDS do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUPEST/UFSC, 2015.

Via de contágio	n	%
Sexo com homem	14	77,8
Sexo com mulher	0	0
Injetando drogas	0	0
Derivados de sangue	0	0
Outros	2	11,1
Não sabe	2	11,1
Ano de contágio		
1991 a 1995	1	5,6
1995 a 2000	1	5,6
2001 a 2005	4	22,2
2006 a 2010	1	5,6
2011 a 2015	2	11,1
Não sabe	9	50,0
Ano do teste positivo		
1990 a 1995	1	5,6
1996 a 2000	0	0
2001 a 2005	5	27,8
2006 a 2010	2	11,1
2011 a 2015	10	55,6
Total	18	100,0

Tabela 4: Condição relacionada à infecção pelo HIV, auto-percepção em relação à doença, satisfação com a saúde a qualidade de vida das pacientes com HIV/AIDS do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HUPEST/UFSC, 2015.

Condição relacionada à infecção	N	%
Assintomático	17	94,4
Sintomático	0	0
AIDS	1	5,6
Auto-percepção em relação à doença		
Considera-se doente	5	27,8
Não se considera doente	13	72,2
Satisfação com a saúde		
Muito insatisfeito	0	0
Insatisfeito	3	16,7
Nem insatisfeito, nem satisfeito	5	27,8
Satisfeito	9	50,0
Muito satisfeito	1	5,6
Qualidade de vida		
Muito ruim	0	0
Ruim	2	11,1
Nem ruim, nem boa	4	22,2
Boa	10	55,6
Muito boa	2	11,1
Total	18	100,0

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo mostraram que a maioria dos casos de HIV/AIDS ocorreram entre a 3ª e a 5ª década de vida, assim como em Bertoni et al (2010) (9), o que pode caracterizar uma tendência populacional na região da Grande Florianópolis/SC. Outros estudos demonstram que as idades mais atingidas correspondem entre a 2ª e a 4ª década de vida (12,13). O estudo de Galvão et al. (2004) mostra que a maioria dos casos ocorre entre as idades de 19 e 56 anos (14) e Santos et al. (2002) evidenciaram o envelhecimento da epidemia ao demonstrar um ligeiro aumento da incidência nas faixas etárias mais elevadas (40 a 49 e 50 a 59 anos) (11). Esse dado é importante para atentar que não só a faixa etária jovem deve ser enfocada durante as campanhas de prevenção contra a doença.

Segundo Tomazelli et al. (2003) o grau de instrução dos pacientes com HIV/AIDS é menor do que o da população geral (12). Neste estudo a maioria dos pacientes apresentava o 1º ou 2º grau completo. Em contrapartida, no estudo de Toledo et al. (2010) a maioria dos pacientes apresentava 1º grau incompleto (13). Essa redução do grau de instrução também ocorre quando comparado com o grau de instrução dos indivíduos durante o início da epidemia, o que pode evidenciar o processo de pauperização, visto que a escolaridade pode ser utilizada como marcador-reflexo da condição socioeconômica dos pacientes (11).

A maioria dos pacientes com HIV/AIDS deste estudo eram casadas ou viviam como casadas (50%), assim como em Galvão (2004) (14). Em outro, a maioria das pacientes eram solteiras (9). Embora a via de transmissão homossexual ainda apareça como a causa frequente de infecção para o HIV, ela não é a via de transmissão mais prevalente, que hoje é a via heterossexual (12,15,16). No trabalho de Toledo et al. (2010) essas duas vias de infecção foram as mais prevalentes (13). No entanto, a frequência da ocorrência variou conforme a idade, mostrando que a via de transmissão heterossexual entre os mais velhos era mais prevalente que nos jovens (77,3% e 65,7%, respectivamente). Já a via de transmissão homossexual entre os mais jovens era de 16,9% e entre os mais velhos de 8,4%. Neste trabalho as pacientes referiram como principal via de transmissão a via sexual heterossexual.

Nenhum dos pacientes relatou como forma de infecção o uso de drogas injetáveis. O estudo de Gruner et al. (2005) identificou redução do número de pacientes que referiam esta a forma de transmissão da infecção (9). O estudo mostrou que no ano de 1997, a transmissão através de drogas injetáveis era a mais prevalente (46,7%) e já no ano de 2001 a transmissão por via heterossexual foi forma a

transmissão mais relatada (46,8%). Esse dado é importante visto que esta via de transmissão era uma das mais importantes no Estado de Santa Catarina, principalmente na cidade de Itajaí (9).

Devido ao melhor controle de qualidade do sangue transfundido, a transmissão via derivados de sangue está muito menor (11), sendo que neste estudo ninguém referiu esta como via de contágio. Uma paciente referiu transmissão vertical. O uso de antirretrovirais durante a gestação reduziu consideravelmente o número de crianças infectadas (17,18). No estudo realizado em São José, nenhum paciente referiu tal tipo de transmissão (9). A maioria dos pacientes (22,2%) supôs ter sido infectada entre os anos de 2001 e 2005. Uma grande porcentagem (50%) de pacientes não soube responder em qual época foi infectada e mesmo aqueles que a relataram não tinham certeza da data, o que limita a análise dos dados e o tornam pouco confiáveis. Segundo Fonseca et al. (2002) a incidência de casos de HIV aumentou entre os anos de 1989 e 1992, e a partir de 1995 houve uma estabilização do número de diagnósticos, em torno de 17 mil casos novos por ano (19).

Dourado et al. (2006) relata que o advento da terapia antirretroviral não é suficiente para explicar a redução do número de casos, mas o número de internações dos pacientes em tratamento tem sido menor e o impacto da terapia na sobrevida e mortalidade tem sido relatado (20). Neste estudo a maioria dos pacientes referiu-se como assintomático (94,4%). Cabe salientar que todas as pacientes que participaram desta pesquisa faziam uso de medicamento antirretroviral.

Com relação à qualidade de vida e sua percepção sobre sua saúde, a maioria das pacientes deste estudo não se considerava doente, assim como a maioria avaliou sua saúde como boa e referiu estar satisfeita com sua qualidade de vida. Alguns estudos afirmam que estes resultados se relacionam entre si. Galvão et al. (2004) relatou prejuízo na qualidade de vida das pacientes de seu estudo, relacionado à satisfação das pacientes com outros setores da sua vida como satisfação sexual e em relação à renda (14). Outros estudos demonstram que os pacientes que não se consideram doentes e que estão assintomáticos consideram sua saúde boa, o que reflete uma auto percepção de boa satisfação com sua qualidade de vida (21,22,23).

Pôde-se concluir que o perfil sociodemográfico da população estudada não se diferenciou de outros estudos em situações semelhantes, mesmo levando em consideração as diferenças regionais e as várias faces da epidemia no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. CDC Center for Disease Control and Prevention (Estados Unidos), World Health Organization. Epidemiology of HIV/AIDS. Estados Unidos, 1981-2005. MMRV 2006; 55(21):589-92.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Boletim Epidemiológico – AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 1999; XIII.
3. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias. Guia de Bolso. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
4. Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Guia de Vigilância epidemiológica. Brasília:FUNASA, 2002.
5. Saldanha AAW. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável (tese). São Paulo: USP; 2003.
6. Coordenação Nacional de DST e Aids (Brasil). A Aids nas fronteiras do Brasil. Brasília, 2003.
7. Gruner MF et al. Perfil epidemiológico de pacientes com HIV/AIDS em um hospital de referência: análise comparativa entre os anos de 1997 e 2001. Arq Cat Med 2005; 34(3): 63-7.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV. Brasília, 2006.
9. Bertoni RF, Bunn K, Silva J, Traebert J. Perfil demográfico e socioeconômico dos portadores de HIV/AIDS do Ambulatório de Controle de DST/AIDS de São José, SC. ArqCatarinMed 2010; 39(4):75-9.
10. Szwarcwald CL et al. Comportamento de risco dos conscritos do Exército Brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais sócio-econômicos. Cad Saúde Pública 2000; 16: 113-26.
11. Santos NJS et al. A AIDS no Estado de São Paulo: As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. Rev Bras Epidemiol 2002; 5: 286-310.
12. Tomazelli J et al. Distribuição dos casos de AIDS em mulheres no Rio de Janeiro, de 1982 a 1997: uma análise espacial. Cad Saúde Pública 2003; 19: 1049-61.
13. Toledo LSG et al. Características e tendências da AIDS entre idosos no Estado do Espírito Santo. Rev Soc Bras Med Trop 2010; 43: 264-7.
14. Galvão MTG et al. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do Hat-Qol. Cad Saúde Pública 2004; 20: 430-7.
15. Varella RB. Aspectos da epidemia de AIDS em município de médio porte do Rio de Janeiro, 2000-2004. Rev Bras Epidemiol 2006; 9(4): 447-53.
16. Grangeiro A et al. Magnitude e tendência da epidemia de AIDS em municípios brasileiros de 2002-2006. Rev Saúde Pública 2010; 44(3): 430-41.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência à mulher portadora de HIV durante parto e puerpério. Brasília: MS; 2001.
18. Moura EL, Praça NS. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. Rev Latino-am Enfermagem 2006; 14(3): 405-13.
19. Fonseca MGP et al. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. Rev Saúde Pública 2002; 36: 678-85.
20. Dourado I et al. Tendência da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. Rev Saúde Pública 2006; 40: 9-17.
21. Vieira FMA. Qualidade de vida de pessoas com AIDS em uma região portuária do sul do Brasil (dissertação). Florianópolis: UFSC; 2008.
22. Zimpel R, Fleck MPA. Quality of life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. Aids Care 2007; 17(7): 923-30.
23. Wig N et al. The impact of HIV/Aids on the quality of life: a cross sectional study in north India. Indian J Med Sci 2006; 60(1): 3-10.

O “Boletim” quer publicar seu trabalho!

Disponível na plataforma Open Journal Systems e registrado no ISSN, o “Boletim” deseja receber e publicar artigos originais, artigos de revisão, resenhas de artigos científicos e relatos de caso produzidos pelos alunos do curso de Medicina, professores, preceptores e médicos residentes, tanto na UFSC quanto nas diversas unidades de saúde em que ocorrem atividades dos alunos do Curso. Acesse o “Boletim” em <http://ojs.sites.ufsc.br/index.php/medicina> e submeta seu trabalho para publicação. Contatos também podem ser feitos por e-mail através de medicina@contato.ufsc.br ou ao editor em fabricio.souza.neves@ufsc.br

Relatos de casos do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago

Caso Número 4/2018: “Uma sessão interativa de casos em radiologia torácica – Parte 2”

Gustavo Lemos Pelandré¹, Luiz Felipe de Souza Nobre¹

1 Médico radiologista, professor do Departamento de Clínica Médica, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

Editor da seção: Prof. Fabricio de Souza Neves

Caso relatado na Reunião de Discussão de Casos Clínicos do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, iniciada pelos Profs. Jorge Dias de Matos, Marisa Helena César Coral e Rosemeri Maurici da Silva, em julho de 2017. No dia 14 de junho de 2018, no auditório do HUPEST, realizou-se a apresentação e discussão do caso cujo registro é apresentado a seguir:

Nota do Editor: Na edição anterior do “Boletim” foi publicada a parte 1 desta sessão interativa de casos em radiologia torácica, inclusive com a explicação do caso 1 (radiografia de tórax normal). Segue nesta edição a continuação, com as respostas dos casos 2 a 11. Alguns achados localizados estão indicados por setas, nas imagens.

Tabela 1. Alternativas de resposta para os casos de raio-X de tórax 1 a 11

Atelectasia do lobo superior direito com massa hilar (sinal do S de Golden), sugestivo de neoplasia broncogênica central
Atelectasia e consolidação do lobo inferior direito com artefato denso em brônquio lobar, sugestivo de corpo estranho
Consolidação do lobo inferior esquerdo (silhueta com diafragma), sugestiva de pneumonia
Consolidação da língula (silhueta com coração), sugestiva de pneumonia
Consolidações difusas, com área de confluência, sugestivas de broncopneumonia
Hiperinsuflação pulmonar e consolidação com redução volumétrica lobar (sugestivo de pneumonia lobar em DPOC)
Hiperinsuflação pulmonar difusa (sugestivo de DPOC)
Infiltrado intersticial difuso, esternorrafia e prótese valvar, derrame pleural à esquerda (sugestivo de edema pulmonar por ICC)
Infiltrado reticulonodular difuso em paciente HIV+ (sugestivo de pneumocistose)
Infiltrado reticulonodular difuso com bronquiectasias (sugestivo de fibrose cística)
Raio-X normal

DPOC, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; ICC, Insuficiência Cardíaca Congestiva

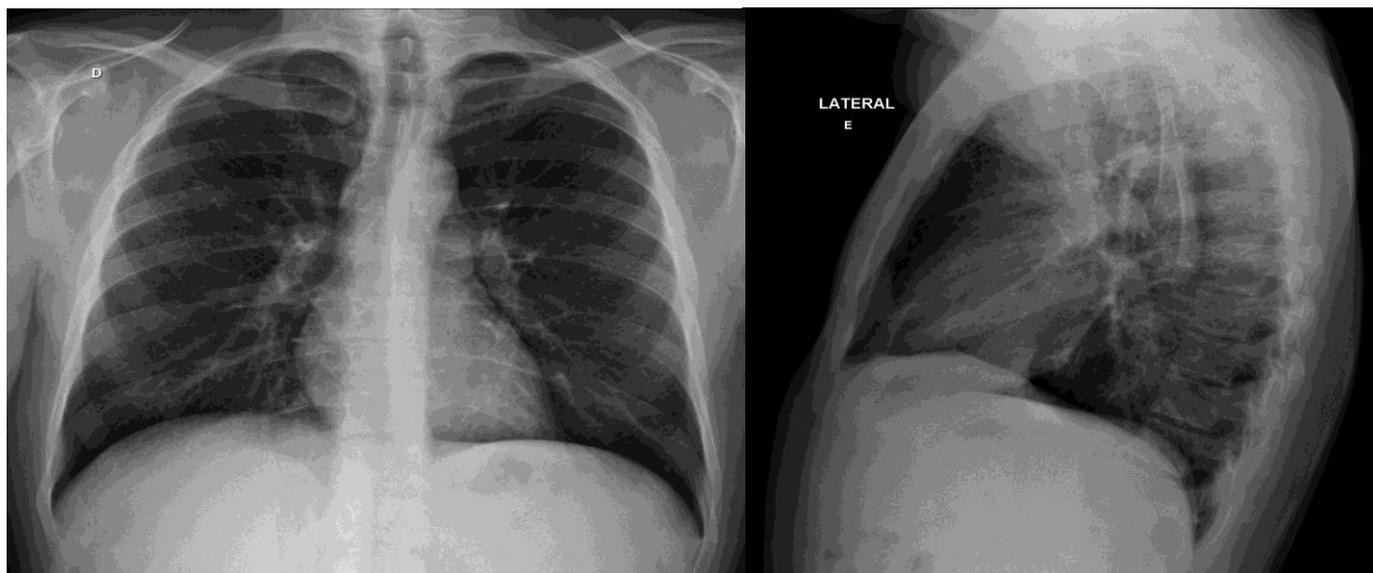


Figura 1: Caso 1 - Raio-X normal.

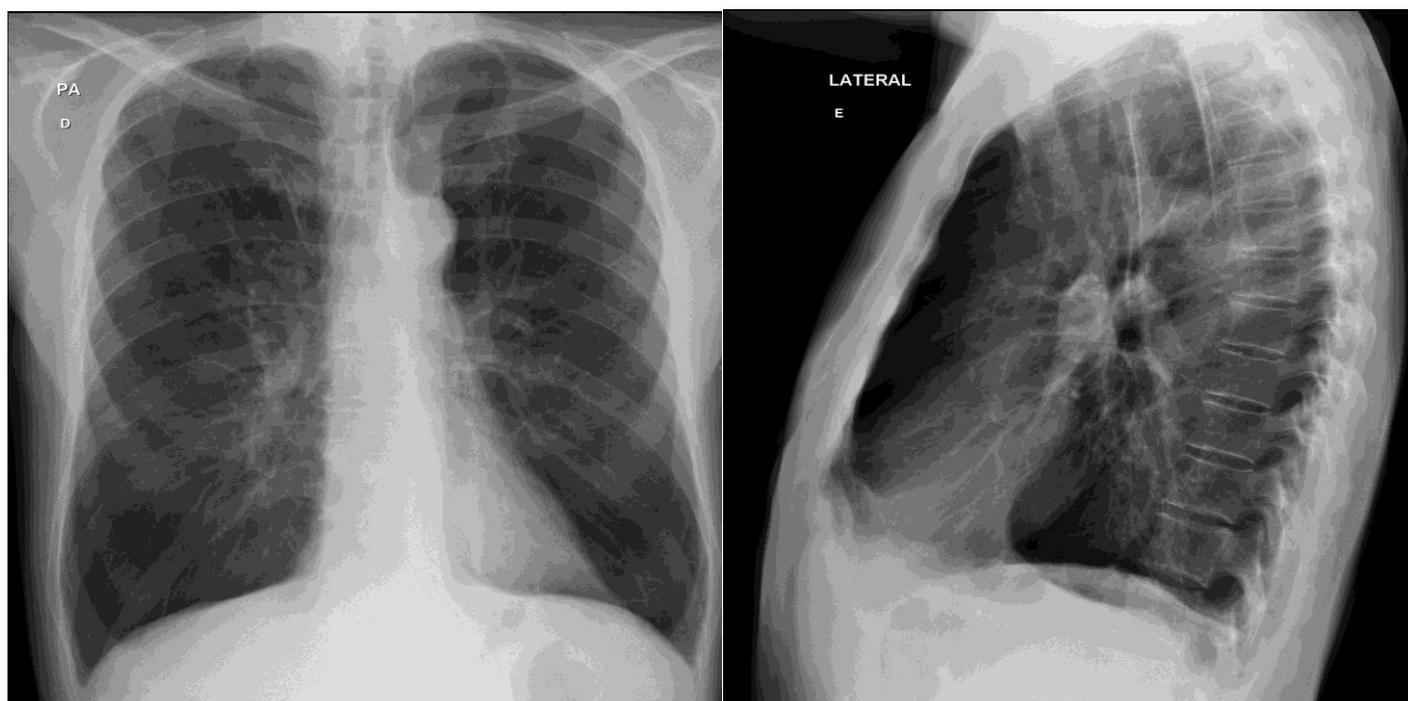


Figura 2: Caso 2 - Hiperinsuflação pulmonar difusa (sugestivo de DPOC)

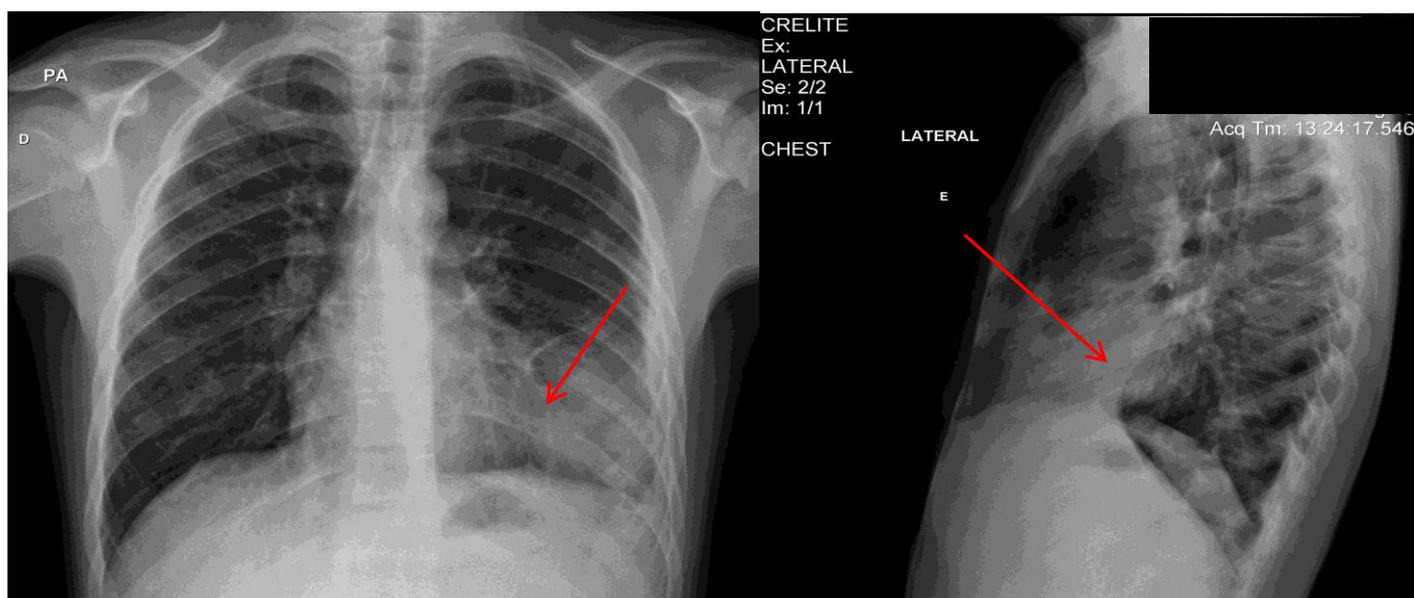


Figura 3: Caso 3 - Consolidação da língula (silhueta com coração), sugestiva de pneumonia

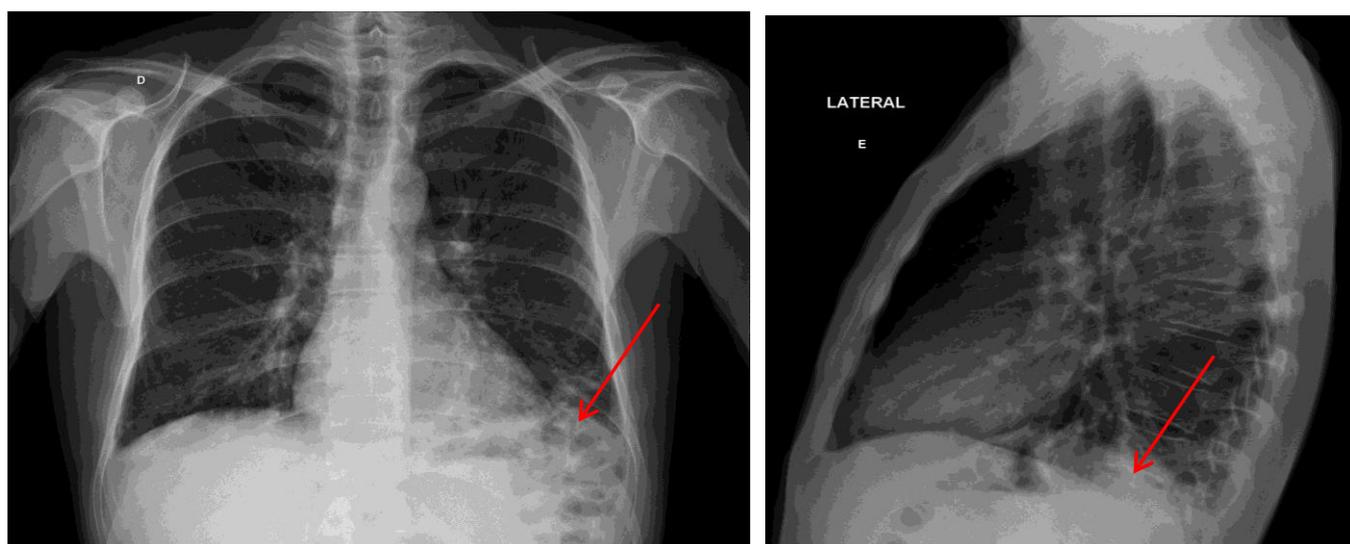


Figura 4: Caso 4 - Consolidação do lobo inferior esquerdo (silhueta com diafragma), sugestiva de pneumonia

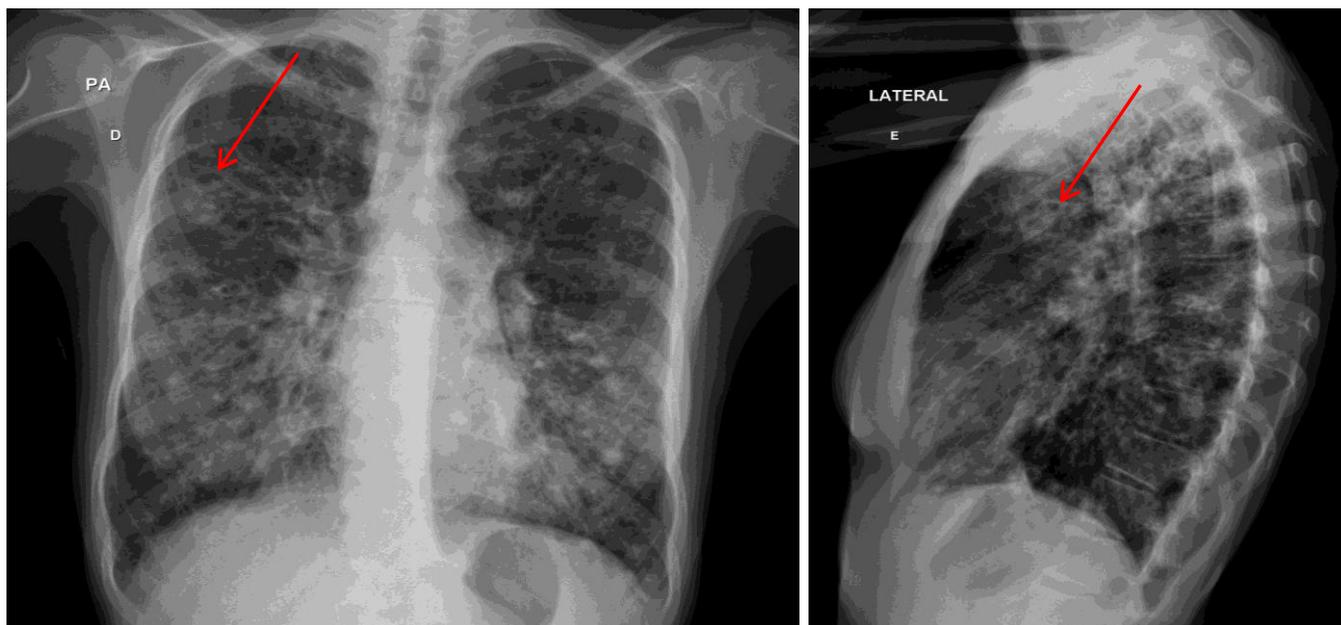


Figura 5: Caso 5 - Infiltrado reticulonodular difuso com bronquiectasias (sugestivo de fibrose cística)

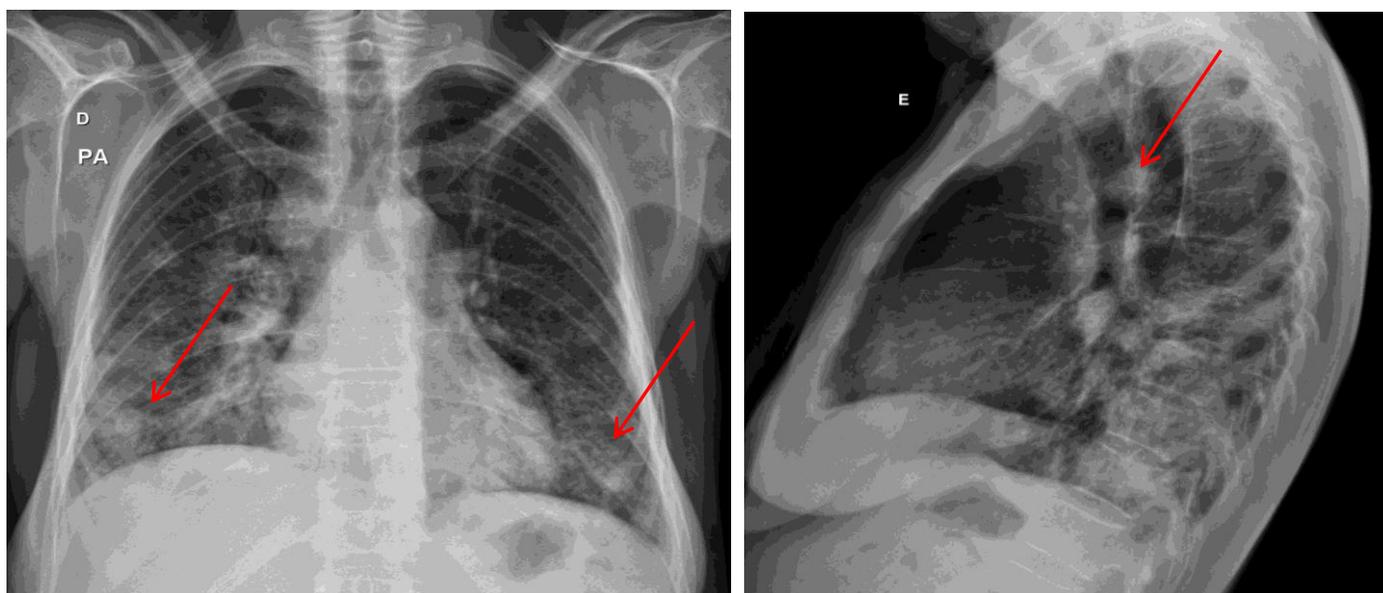


Figura 6: Caso 6 - Consolidações difusas, com área de confluência, sugestivas de broncopneumonia

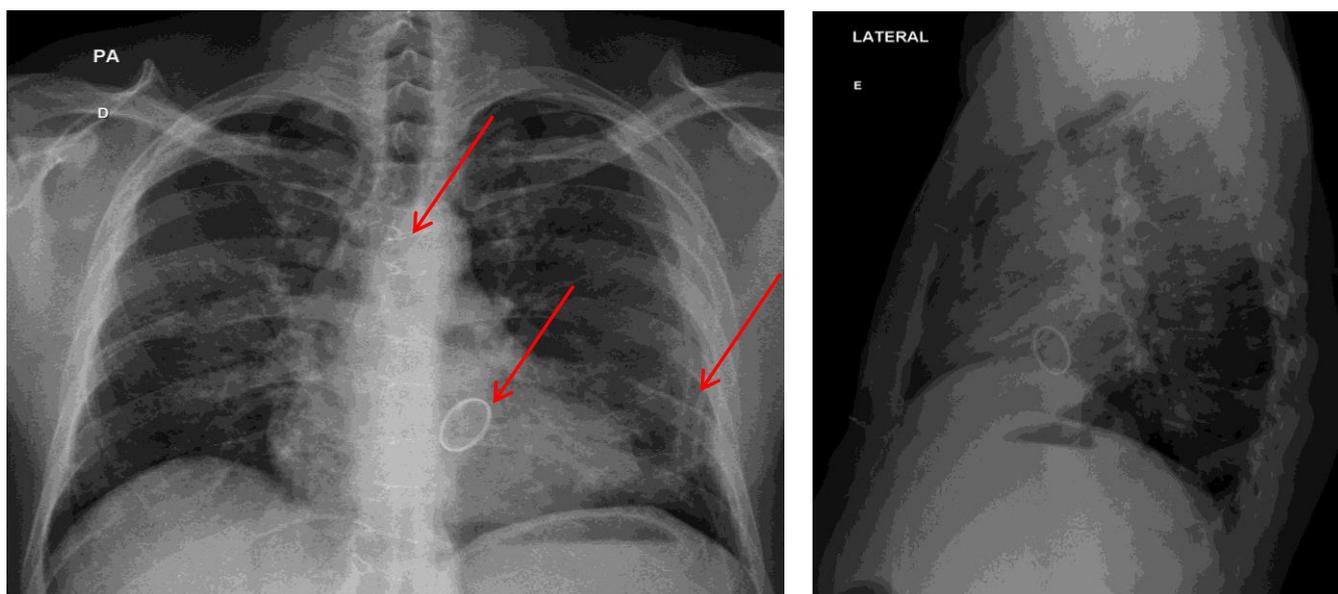


Figura 7: Caso 7 - Infiltrado intersticial difuso, esternorrafia e prótese valvar, derrame pleural à esquerda (sugestivo de edema pulmonar por ICC)



Figura 8: Caso 8 - Infiltrado reticulonodular difuso em paciente HIV+ (sugestivo de pneumocistose)



Figura 9: Caso 9 - Hiperinsuflação pulmonar e consolidação com redução volumétrica lobar (sugestivo de pneumonia lobar em DPOC)



Figura 10: Caso 10 - Atelectasia e consolidação do lobo inferior direito com artefato denso em brônquio lobar, sugestivo de corpo estranho

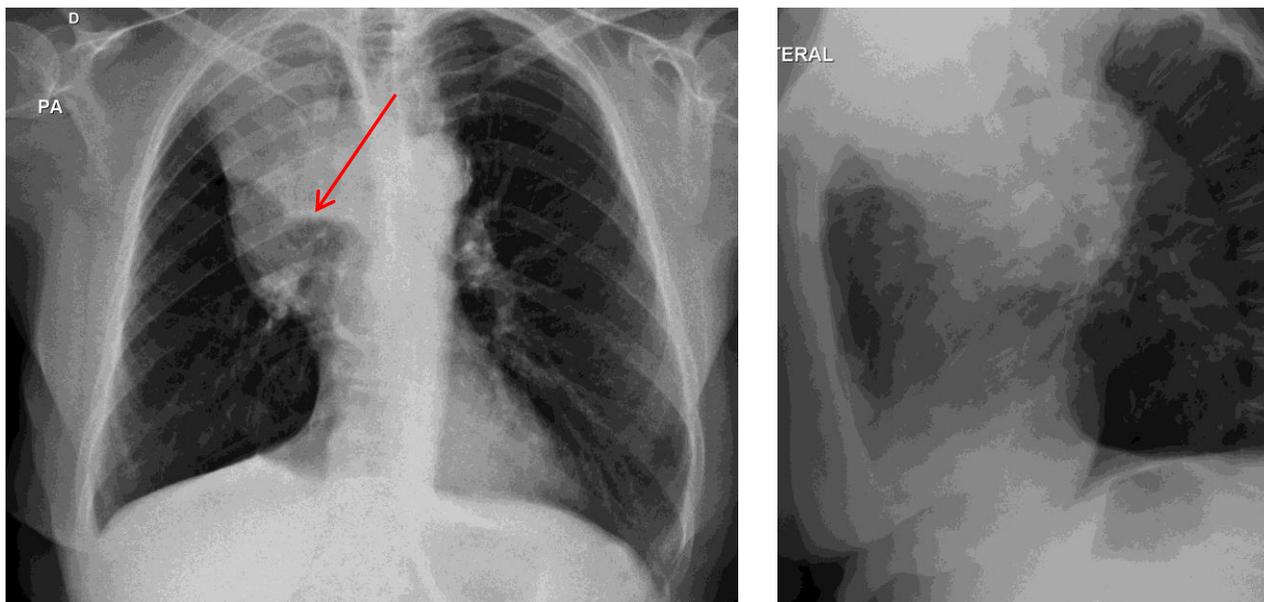


Figura 11: Caso 11 - Atelectasia do lobo superior direito com massa hilar (sinal do S de Golden), sugestivo de neoplasia broncogênica central

Nota do Editor: Muito pode ser dito sobre a interpretação das radiografias, baseado na sessão interativa realizada pelos Profs. Luís Felipe Nobre e Gustavo Pelandré. No entanto, a principal mensagem deixada por essa sessão é a importância da comunicação entre clínicos e radiologistas para a interpretação dos achados radiográficos. Ao saber que o paciente apresenta (ou não) algum sintoma em sua história da doença atual ou que é portador de determinada condição crônica, um infiltrado intersticial pode ser interpretado como sendo mais provavelmente infeccioso, ou cardiogênico, por exemplo. Ao se imaginar algum sistema que aprimorasse a comunicação entre os colegas, logo se lembrou que esse sistema já existe: os campos “sexo”, “idade” e principalmente “dados clínicos” na guia de solicitação de exames. Se estes dados forem adequadamente informados, provavelmente haverá melhor desempenho diagnóstico no trabalho médico.

De minha convidada

Paulo Henrique Pereira¹

¹ Médico formado pelo curso de Medicina (Florianópolis) da Universidade Federal de Santa Catarina em 2017.2.

Submetido em 29 de julho de 2018.

Aprovado em 30 de julho de 2018.

Contato do autor: paulohe.pereira@gmail.com

Nota do editor: “Cenas Médicas” (www.facebook.com/cenasmedicas) é a apresentação de um movimento literário que registra contos do cotidiano médico, com dois autores do curso de Medicina da UFSC: Fernando Bueno Neves e Paulo Henrique Pereira. Deste último é o trecho publicado nesta edição do “Boletim”. Um doutorando está sonolento em seu plantão de emergência cirúrgica...

Era, acredito, por volta de 1 da manhã. Meu turno não terminaria ainda por duas outras horas, e a fadiga das últimas 12 já cobrava seu preço. Deixava seu rastro nas descrições malfeitas dos últimos atendimentos, escritas à mão, a letra tornando-se menos compreensível à medida que o sono aumentava e a paciência acabava.

Alguém bateu à porta, e levantei a cabeça com tempo suficiente para fingir que estava escrevendo. Um homem com a farda do corpo de bombeiros, reconhecível pelas listas de cor amarela berrante, abriu timidamente a porta, sua própria maneira de fingir não estar interrompendo inoportuno um atendimento médico. Entendemo-nos.

“Doutor?”

“Oi?”. Pigarreei, esfreguei os olhos e coloquei meus óculos. O que mata é as pequenas horas da noite.

“Trouxemos um jovem, queda de moto”. Ele tinha um braço fraturado e traumatismo crânio-encefálico importante - sangrava pelo ouvido. Seu pulso aumentado me dizia que sangrava por qualquer lugar, e um hematoma em região de escroto me dizia que este lugar era a pelve.

Profissionais correndo de um lado a outro carregaram os próximos minutos nas costas, tanto mais rápido quanto podiam, auxiliados pela vontade do escritor de deixar de fora os detalhes dispensáveis e chegar, enfim, à minha desonra.

Enquanto entrava em contato com as especialidades cabíveis à situação, a enfermeira de plantão me chama. “Paulo, o paciente não para de se mexer na tomografia”. Levantei-me. Precisava do exame. Eu e o paciente dependíamos dele.

Fui até a sala onde ficava o tomógrafo. Agitado e confuso, o paciente se mexia sobre a mesa. Sedá-lo não era uma opção. Seu estado era resultado do trauma em sua pelve, que babava sangue mesmo imobilizada. A reposição volêmica com fluido cristalino não resolveria a situação. Como dizia um colega, apenas sal e água não carregam oxigênio, e oxigênio era o que seu cérebro precisava.

Levantei a voz. Disse que poderia morrer se não parasse de se mexer. Assustei-o a ponto de trazê-lo de volta à minha presença, onde um homem cansado de cara fechada ameaçava-lhe a vida enquanto tentava salvá-lo. E pelos próximos cinco minutos, até que o procedimento estivesse completo, a ameaça de sua perdição manteve-o em consternada paralisia. Do outro lado do vidro, o barulho da máquina me diminuía, escondendo minha vergonha de ameaçar um homem em sofrimento, já que não sabia nem podia fazer melhor. Disse para mim mesmo que não tinha opções.

Fui eu o responsável por dar a notícia e as explicações ao seu pai. Assegurei que todos os procedimentos haviam sido tomados dentro dos conformes. Pouco depois, o paciente foi levado para fora do departamento de emergência.

Quantos haveriam ouvido minhas ameaças? O que pensaram ao ver-me gritando com um moribundo, ameaçando sua agonizante consciência, eu não fazia ideia. Mais de uma vez, jurei ouvir minha convidada sofrível rindo, chacoteando minhas preocupações.

Vi seu pai mais uma vez, antes do fim. Era manhã, e meu turno havia acabado há algumas horas. Os raios de sol enviesados, típicos daquele começo de inverno, atingiam preguiçosos o hospital que nunca dormia. Ao sair, vi ao longe pai e noiva abraçados, chorando sentados no banco, imóveis na manhã fria. Pequeno, estiquei o casaco sobre os ombros e andei calado em direção ao carro. Ao passar em frente ao hospital, vi minha convidada sofrível acenando para mim, dando-me um adeus acalorado, enquanto envolvia-os com um braço longo e invisível.

Ninguém escuta as histórias de um homem morto. O pai enterraria o filho à tarde, e com ele, minha vergonha, enquanto eu levava minha parte da história para longe dali.

O “Boletim” quer publicar seu trabalho!

Disponível na plataforma Open Journal Systems e registrado no ISSN, o “Boletim” deseja receber e publicar artigos originais, artigos de revisão, resenhas de artigos científicos e relatos de caso produzidos pelos alunos do curso de Medicina, professores, preceptores e médicos residentes, tanto na UFSC quanto nas diversas unidades de saúde em que ocorrem atividades dos alunos do Curso.

Acesse o “Boletim” em

<http://ojs.sites.ufsc.br/index.php/medicina>

e submeta seu trabalho para publicação. Contatos também podem ser feitos por e-mail através de medicina@contato.ufsc.br ou ao editor em fabricio.souza.neves@ufsc.br