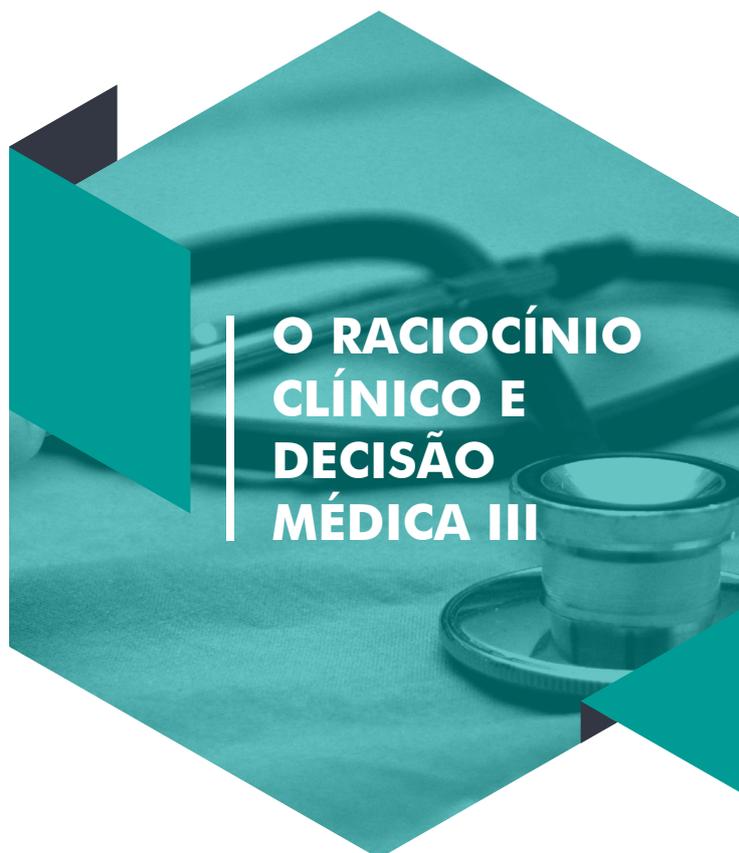


O RACIOCÍNIO CLÍNICO E DECISÃO MÉDICA III

Aprendizagem Baseada em Problemas - v. 24
8ª Fase



CURSO DE MEDICINA



Aprendizagem Baseada em Problemas - v. 24
8ª Fase

Coordenadora da fase

Prof^ª. MSc. Solange Barreto de Oliveira

Tutores

Prof. Diogo Silva

Prof. Fernando César Toniuzzi Lissa

Prof. Marcos da Rocha Zaccaron

Prof^ª. Mariana Mangilli de Menezes

Prof. Rafael Alencastro Brandão Ostermann

Prof^ª. Renata Dario Teodoro

Criciúma

2018 | 1ª EDIÇÃO

UNESC

2018 ©Copyright UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
Av. Universitária, 1105 – Bairro Universitário – C.P. 3167 – 88806-000 – Criciúma – SC
Fone: +55 (48) 3431-2500 – Fax: +55 (48) 3431-2750

Reitora

Prof.^a Dra. Luciane Bisognin Ceretta

Vice-reitor

Prof. Dr. Daniel Ribeiro Prêve

Pró-Reitora Acadêmica

Prof.^a Dra. Indianara Reynaud Toreti

Pró-Reitor de Planejamento e Desenvolvimento Institucional

Prof. Msc. Thiago Rocha Fabris

Diretor de Ensino de Graduação

Prof. Msc. Prof. Marcelo Feldhaus

Diretora de Extensão, Cultura e Ações Comunitárias

Prof.^a Msc. Fernanda Gugluelmi Faustini Sônego

Diretor de Pesquisa e Pós-graduação

Prof. Dr. Oscar Rubem Klegues Montedo

Coordenador do Curso

Prof. Dr. Glauco Danielle Fagundes

Coordenador Adjunto do Curso

Prof. Dr. Fabio Almeida Morais

Organizadoras

Giovana Fátima da Silva Soares

Elisandra Aparecida da Silva Zerwes

Rosemari de Oliveira Duarte

Capa, diagramação e projeto gráfico

Luiz Augusto Pereira

Revisão ortográfica e gramatical

Josiane Laurindo de Morais

“Jamais considere seus estudos como uma obrigação, mas como uma oportunidade invejável para aprender a conhecer a influência libertadora da beleza do reino do espírito, para seu próprio prazer pessoal e para proveito da comunidade à qual seu futuro trabalho pertencer” (Albert Einstein).

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

R121 O raciocínio clínico e decisão médica III
[recurso eletrônico] / Solange Barreto de
Oliveira... [et al.]. - 1. ed. - Criciúma,
SC : UNESC, 2018.
14 p. : il. - (Aprendizagem Baseada em
Problemas ; v. 24)

Modo de acesso: <<http://repositorio.unesc.net/handle/1/7215>>.

1. Aprendizagem Baseada em Problemas. 2.
Medicina - Estudo e ensino. 3. Medicina -
Processo decisório. 4. Lógica médica. 5.
Doenças - Diagnóstico. 6. Solução de
problemas. 7. Clínica médica. I. Título.

CDD - 22. ed. 610.7

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	5
3 ÁRVORE TEMÁTICA	7
4 EMENTA	7
4.1 CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DAS ATIVIDADES ESPECÍFICAS	8
5 DINÂMICA DA SESSÃO TUTORIAL	9
6 PROBLEMAS	10
6.1 “DEVEMOS JULGAR UM HOMEM MAIS PELAS SUAS PERGUNTAS DO QUE PELAS SUAS RESPOSTAS” (Voltaire)	10
6.2 “ PERGUNTAR BEM É SABER MUITO” (Voltaire)	10
6.3 FRAGILIDADE DA “MELHOR IDADE”	10
6.4 NEM TUDO É O QUE PARECE	11
6.5 FÔLEGO PESADO	11
6.6 EXAGERO	11
6.7 APOSENTADORIA	12
6.8 PROTOCOLO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	12
6.9 “AGIR NA URGÊNCIA, DECIDIR NA INCERTEZA” (Perrenoud)	12
REFERÊNCIAS	13

1 INTRODUÇÃO

Sabemos que, mesmo diante da crescente variedade e sofisticação dos procedimentos e exames diagnósticos de alta tecnologia, a maioria dos problemas dos pacientes ainda pode ser resolvida nos primeiros dois minutos da entrevista médica. Ou seja, apesar de esses exames virem a representar trunfos em alguns casos selecionados, a maioria dos diagnósticos continua a ser feita simplesmente com base nos sintomas do paciente, acrescidos dos achados físicos. Portanto, nada supera o valor da anamnese e do exame físico, pois é justamente durante esses dois procedimentos, quando bem feitos, que o diagnóstico é concebido.

Desse modo, é de fundamental importância que, durante a coleta da anamnese e exame físico, o médico saiba avaliar esses dados à luz da fisiopatologia subjacente. O processo de raciocínio clínico pode ser fragmentado em estratégias heurísticas claramente descritas, reconhecíveis e passíveis de reprodução, que incluem a formação de um conceito inicial, a geração de uma ou múltiplas hipóteses, a ampliação da anamnese e a aplicação de perícia clínica apropriada. O clínico deve, em sua investigação, fazer uso dos seis itens de Kipling (O quê, Porquê, Quando, Como, Onde e Quem) para: descobrir detalhes da queixa principal; decidir que regiões examinar; avaliar a informação; decidir o que ainda se pode fazer em relação à queixa do paciente.

Nesse sentido, cabe ao médico: colher e processar dados do paciente, utilizar técnicas para solucionar problemas, definir estratégias diagnósticas, lidar com quadros de apresentação clínica comuns, chegar a uma conclusão diagnóstica com um grau de certeza razoável. O médico em geral trabalha com probabilidade, tendência e peso das evidências. Com efeito, o grau de certeza diagnóstica a ser atingido em qualquer caso específico é discutível. A pergunta a ser feita é: em que ponto se decide que já foi empreendida uma investigação suficiente para que se indique a terapêutica? O limiar para alcançar conclusões diagnósticas é uma parte importante da capacidade de julgamento clínico, porque aqui está em jogo o princípio da beneficência e não maleficência ao paciente. Devem ser consideradas a gravidade da doença, a idade e outras condições gerais do paciente, o risco de novos exames, a probabilidade prévia da doença e os custos para o paciente e a sociedade em termos de desconforto, dinheiro e atraso no tratamento. Outra premissa é a de conduzir o diagnóstico e tratamento de forma personalizada, tendo consciência de que cada paciente é único. Osler expressou esse conceito muito bem: “a variabilidade é a lei da vida, e não existem dois rostos iguais, dois corpos semelhantes ou dois indivíduos que reajam igual ou se comportem igual sob as condições anormais que conhecemos como doença. Esta é a dificuldade fundamental da formação do médico”.

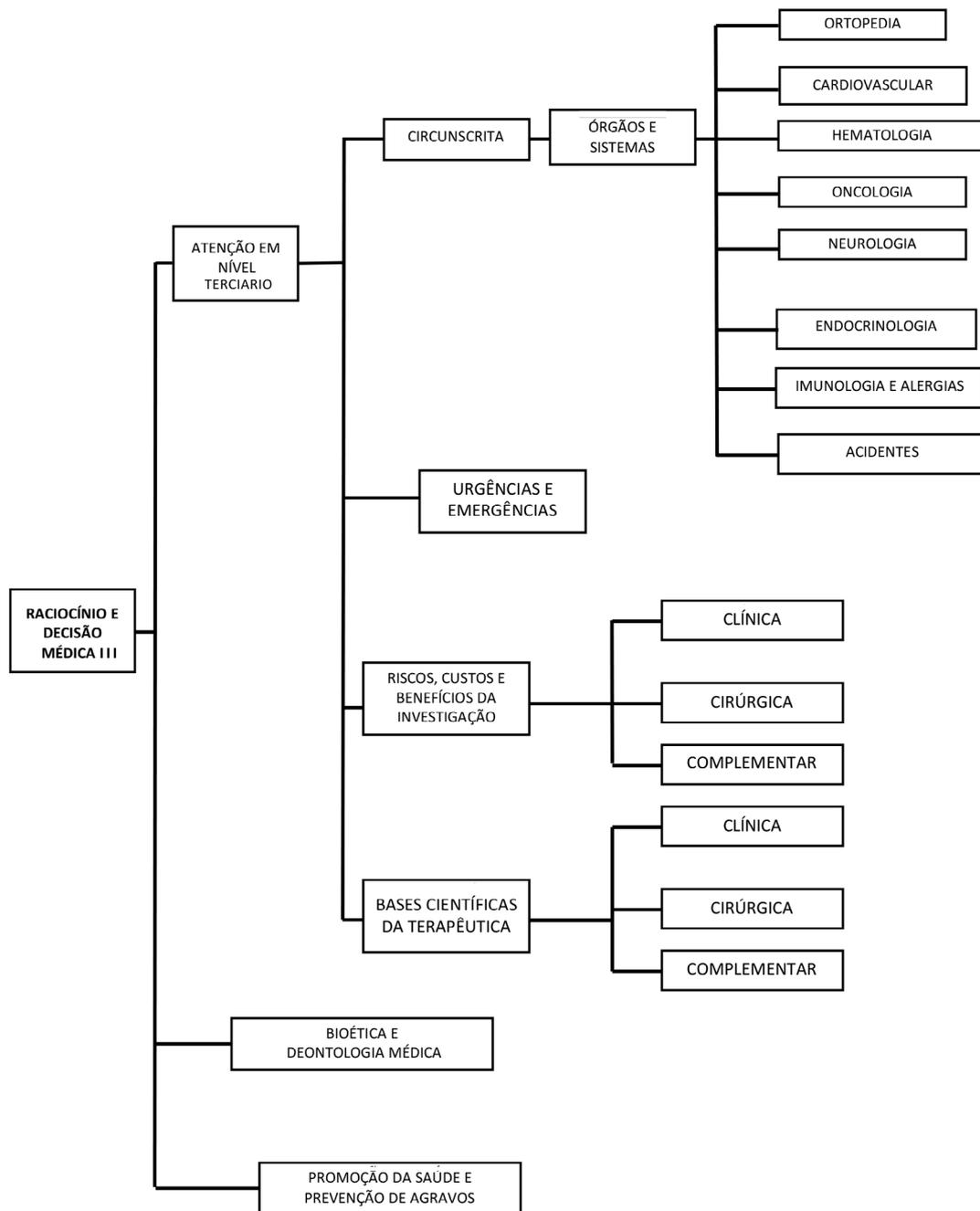
Em síntese, a missão do médico é, então, centrada na observação diagnóstica para a resolução de problemas, gerando, dessa forma, benefícios ao paciente, retornando-o para seu meio, saudável e com qualidade de vida; quando isso não for possível, reabilitando-o e, ou, em último caso, assistindo-o em sua morte, e a sua família, de forma humanizada.

2 OBJETIVOS

- Diagnosticar as doenças cardiovasculares prevalentes e suas manifestações, diagnóstico clínico, laboratorial e por imagem.

- Detectar as doenças prevalentes do sistema hematológico em nível de atenção primária e suas manifestações, diagnóstico clínico, laboratorial e por imagem.
- Analisar as doenças oncológicas prevalentes em nível primário e suas manifestações, diagnóstico clínico, laboratorial e por imagem.
- Detectar as doenças neurológicas prevalentes em nível de atenção primária e suas manifestações, diagnóstico clínico, laboratorial e por imagem.
- Manejar as doenças endócrinas prevalentes em nível de atenção primária e suas manifestações, diagnóstico clínico, laboratorial e por imagem.
- Reconhecer as doenças ortopédicas prevalentes em nível de atenção primária e suas manifestações, diagnóstico clínico, laboratorial e por imagem.
- Detectar as doenças alérgicas prevalentes em nível de atenção primária e suas manifestações, diagnóstico clínico, laboratorial e por imagem.
- Diagnosticar os acidentes prevalentes em nível de atenção primária e suas manifestações, diagnóstico clínico, laboratorial e por imagem.
- Conhecer o perfil epidemiológico das doenças cardiovasculares, hematológicas, oncológicas, neurológicas, endócrinas, ortopédicas, das alergias e dos acidentes mais frequentes.
- Avaliar os aspectos físicos, mentais, emocionais, sociais e funcionais do ser humano em diagnóstico e tratamento.
- Identificar os exames necessários às investigações, considerando limitações, riscos e benefícios.
- Construir um plano de manejo adequado do paciente frente aos problemas identificados, fazendo uso apropriado dos recursos médicos e paramédicos disponíveis na comunidade.
- Reconhecer a importância das campanhas de educação em saúde e de diagnóstico precoce de enfermidades.
- Delinear estratégias para implantação de campanhas de educação em saúde e de diagnóstico precoce de enfermidades.
- Conhecer o Código de Ética Médica.

3 ÁRVORE TEMÁTICA



4 EMENTA

O RACIOCÍNIO CLÍNICO E DECISÃO MÉDICA III

Diagnóstico das doenças prevalentes em nível de atenção terciária.

Raciocínio clínico e terapêutico das doenças prevalentes em nível de atenção terciária e diagnóstico diferencial.

Reabilitação: riscos, custos e benefícios.

Reabilitação clínica e programas de acompanhamento: oncológicos, doenças endocrinológicas, cardiovasculares, neurológicas, traumas e sequelas.

Recursos cirúrgicos: recuperadores e estéticos.

O ser humano em tratamento: ambiente familiar, ambulatorial e hospitalar.

Políticas de educação ambiental.

4.1 CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DAS ATIVIDADES ESPECÍFICAS

As atividades laboratoriais e ambulatoriais, neste módulo, serão desenvolvidas nos ambulatórios de interação comunitária, laboratórios específicos e de habilidades, sendo os conteúdos relacionados aos temas do módulo em curso.

Nos ambulatórios serão desenvolvidas habilidades e atitudes relacionadas à interação médico-paciente-família-comunidade e à capacidade de comunicação.

Cada laboratório específico contará com um preceptor, que deverá orientar o aluno a observar materiais relacionados ao conteúdo em curso.

A - ATIVIDADES EM HABILIDADES MÉDICAS

Desenvolver habilidades motoras relacionadas ao diagnóstico e tratamento das doenças cardiovasculares, hematológicas, oncológicas, neurológicas, neuroendócrinas, imunoalérgicas e no atendimento imediato ao trauma.

B-ATIVIDADES EM IMAGINOLOGIA

Auxílio diagnóstico por meio de exames de imagem. Principais aspectos do diagnóstico diferencial das doenças mais prevalentes. Manifestações clínicas associadas à solicitação e interpretação de exames de imagem.

C-ATIVIDADES EM PSIQUIATRIA

Diagnóstico e classificação em psiquiatria. Utilização de exames laboratoriais e neuroimagens. Manejo clínico e psicofarmacológico dos transtornos mentais. Abordagens psicossociais. Emergências psiquiátricas.

D – ATIVIDADES EM BIOÉTICA; ÉTICA

Bioética e Direito. História da alocação de recursos em saúde. Lei nº 8080/1990. Direitos dos usuários do SUS. Distribuição dos recursos em saúde pública. Introdução ao estudo do Biodireito.

E- AMBULATÓRIO CLÍNICO

Acompanhamento ambulatorial de pacientes que apresentem agravos em nível de atenção primária e secundária. Construção do raciocínio clínico com tomada de decisão diagnóstica e terapêutica.

F - AMBULATÓRIO DE INTERAÇÃO COMUNITÁRIA

Atendimento ambulatorial da demanda espontânea da unidade de saúde, enfocando o ser humano no seu ciclo de vida em relação à saúde e à doença e sua associação aos fatores ambientais que interferem na sua harmonia. A saúde física, mental, emocional e espiritual como propiciadora da melhoria da qualidade de vida do ser humano. Educação em saúde.

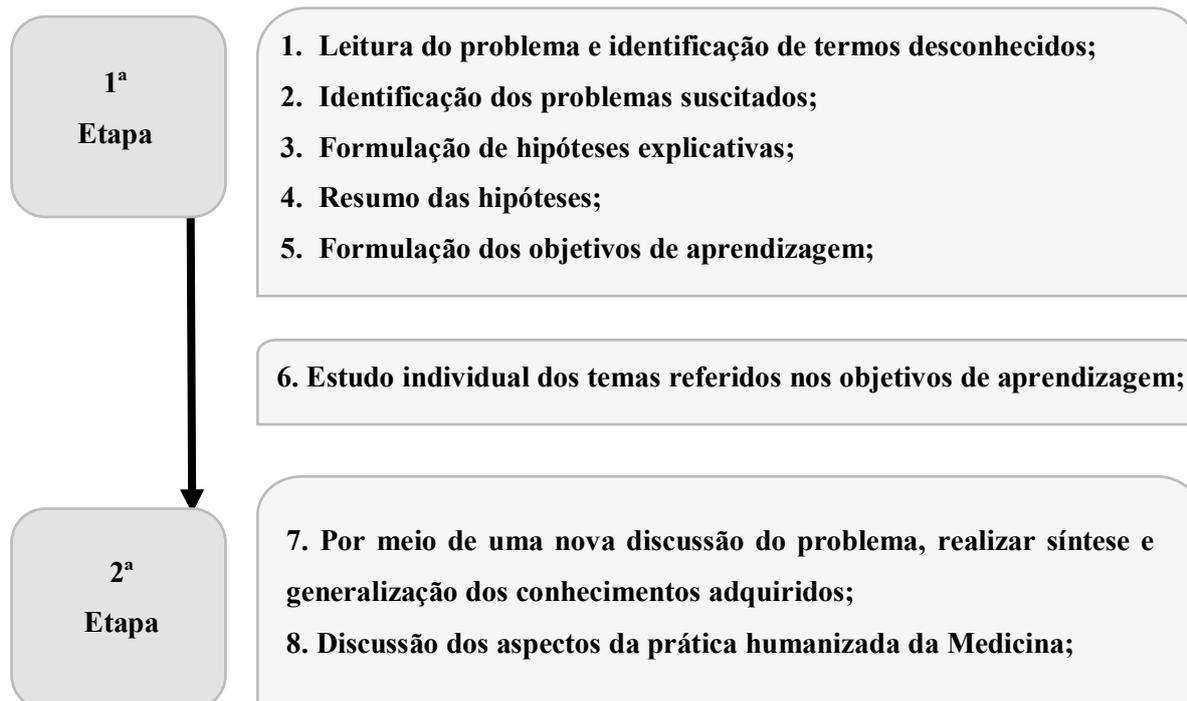
G – ATIVIDADES EM ALERGIA E IMUNOLOGIA

Epidemiologia e imunopatologia das principais doenças imunoalérgicas; exames complementares mais frequentes em imunologia e alergia; patologias mais frequentes e as emergências em alergia; orientação de medidas preventivas na prática clínica do médico generalista.

H – MEDICINA LEGAL

Perícia médico-legal; documentos médico-legais; antropologia médico-legal; periclitacão à vida e à saúde; infortunística.

5 DINÂMICA DA SESSÃO TUTORIAL



CHECK LIST

Peso 6

1. Habilidade para solucionar o problema:

- 1.1 Demonstra estudo prévio, trazendo informações pertinentes aos objetivos propostos;
- 1.2 Demonstra capacidade de sintetizar e expor as informações de forma clara e organizada;
- 1.3 Apresenta atitude crítica em relação às informações apresentadas.

2. Interação no trabalho em grupo (formação do comportamento ético).

Peso 4

3. Habilidade para discutir o problema:

3.1 Demonstra habilidade de identificar questões;

3.2 Utiliza conhecimentos prévios;

3.3 Demonstra capacidade de gerar hipóteses;

3.4 Demonstra capacidade de sintetizar e expor ideias de forma clara e organizada.

4. Interação no trabalho em grupo (formação do comportamento ético).

6 PROBLEMAS

6.1 “DEVEMOS JULGAR UM HOMEM MAIS PELAS SUAS PERGUNTAS DO QUE PELAS SUAS RESPOSTAS” (Voltaire)

Eduarda, 3 anos, é avaliada por seu pediatra, Dr. Felipe. Acompanhada de sua mãe, apresenta queixa de dores nas pernas, cansaço e falta de apetite há um mês. A mãe conta que a menina está brincando menos e sempre reclamando de dores nas pernas, notou aparecimento de manchas roxas no corpo e diz que a criança está dormindo muito. Ao examiná-la, Dr. Felipe observa palidez cutânea mucosa, edema em gengivas com presença de hematomas, AC: SP; AP: mv diminuído em base esquerda; Abd: esplenomegalia; hematomas em dorso, abdômen e membros inferiores. Boa perfusão, pulsos simétricos bilateralmente. Solicitou exames laboratoriais com urgência. Hb 5; Ht 15,4; leucócitos totais 2.800; Ne 10%; eosinófilos 1%; linfócitos 85%; monócitos 4%; plaquetas 17.000; LDH 3.200; TP 12/12; TTPa 32/32. Com esses resultados e com o exame clínico encontrado, Dr. Felipe contata um colega especialista no hospital São José e encaminha a criança para investigação e tratamento.

6.2 “ PERGUNTAR BEM É SABER MUITO” (Voltaire)

Adolescente do sexo masculino procura atendimento no pronto-socorro por apresentar sangramento contínuo após a extração dentária realizada há dois dias, estando em uso de Ibuprofeno. Nega episódios anteriores de sangramento, gengivorragia e/ou epistaxe, porém, relata presença de algumas equimoses em membros inferiores que associa à prática de esportes. Diante do quadro, o médico plantonista orienta sobre possíveis diagnósticos e o encaminha para avaliação ambulatorial, indicando a interrupção do anti-inflamatório.

6.3 FRAGILIDADE DA “MELHOR IDADE”

Dona Isolde, 70 anos, é levada ao posto de saúde do seu bairro, com mal-estar geral e sonolência. Dr. André, já conhecido da família, pergunta há quanto tempo a paciente está naquele estado. Sua filha conta que ela havia acordado assim sonolenta e que há sete dias está se queixando de ardência para urinar, mas não teve febre. No dia anterior, havia relatado dor nas costas e, como de costume,

havia tomado um comprimido anti-inflamatório, prescrito pelo Dr. André. Revisando o prontuário, o médico lembra que a paciente já havia infartado, é hipertensa e diabética. Havia parado de fumar há dez anos. A enfermeira informa ao Dr. André que sua PA está 80 x 60 mmHg, FR 26 rpm e FC 114 bpm. Sua temperatura axilar é de 36°C. O médico constata que a pele está fria e as mucosas desidratadas. Na ausculta cardíaca, ritmo regular, sopro sistólico em foco aórtico, e, na ausculta pulmonar, crepitan-tes grosseiros em bases pulmonares. Decide entrar em contato com o SAMU e com o pronto-socorro do Hospital São José, para encaminhá-la com urgência. Vendo a apreensão do médico, a enfermeira questiona o que poderia fazer para ajudar.

6.4 NEM TUDO É O QUE PARECE

Jaqueline, 22 anos, está com dor abdominal abaixo do umbigo há aproximadamente um dia. Hoje pela manhã esteve envolvida em um acidente automobilístico carro x carro, sendo a motorista do carro que colidiu na traseira do outro. Foi acionado o SAMU, que trouxe a paciente para a emergência do hospital. A jovem afirma que não bateu a cabeça ou perdeu a consciência durante o acidente, porém relata fortes dores na região do cinto de segurança. Ao exame físico apresenta-se com GW 15, BEG, AP e AC sem alterações, FC 100bpm, PA 100x60mmHg, dois acessos venosos calibrosos obtidos durante o transporte, e no abdômen apresenta hematoma em faixa seguindo todo o trajeto do cinto de segurança. Abdômen plano, RHA+, flácido, dolorido à palpação do trajeto do cinto, pior em BV e FID. Dor à descompressão súbita de BV e FID. O médico então institui hidratação e, baseado nas suas hipóteses diagnósticas, toma sua conduta.

6.5 FÔLEGO PESADO

Paciente de 49 anos, sexo masculino, empresário, sem história de comorbidades crônicas, vai ao consultório referindo dispneia aos moderados esforços, ortopneia, dispneia paroxística noturna há sete meses. Há trinta dias, passou a apresentar dispneia aos pequenos esforços. Relata edema de MMII progressivo há dois meses, mas intenso ao final da tarde. Nega diabetes, HAS, tabagismo ou histórico familiar de DAC. Etilista importante (meia garrafa de *whisky*) diariamente há 26 anos. Ao exame físico: AR: MV reduzido, com crepitan-tes em 1/3 inferior de hemitorax bilateral. FR=24ipm; SatO₂=90% em ar ambiente; ACV: RCR, 2T, BNF ; FC=88bpm; PA=140x90mmHg. ABD: flácido, indolor, fígado palpável a 3 cm abaixo do rebordo costal direito. Após anamnese e exame físico, o médico prossegue a investigação para a tomada de conduta.

6.6 “EXAGERO”

Antônio, 63 anos, portador de DM tipo 2, mantém controle irregular de sua glicemia. Obeso moderado, não dispensa churrasco “gordo” nas festividades familiares e encontro de amigos, exage-rando, às vezes, no consumo de vinho e cerveja. Após uma festa da família, comunica à esposa, Maria, que não se sente bem e recolhe-se mais cedo. Pela manhã, Maria encontra seu marido em “sono” profundo, não acordando ao ser sacudido pela esposa. Assustada, chama os filhos, que imediatamen-te conduzem-no ao pronto-socorro do hospital mais próximo. Ao primeiro exame, realizado pelo Dr.

Alan, socorrista, evidencia-se: não responde a estímulos dolorosos. Pupilas isocóricas, fotorreagentes. FC: 90 btm, Fr: 20 mrm, TA: 100/70 mmHg, Tax.: 37°C. O médico constata, então, que o paciente está comatoso sem sinais de choque ou insuficiência cardíaca, com discretos sinais de desidratação. Informado pelos familiares do seu passado mórbido, solicita exames: Glicemia - 950 mg/dl. Parcial de urina com substâncias reductoras +++ e ausência de corpos cetônicos. Na: 146 mEq/l; K: 5 mEq/l; Cl: 100mEq/l; CO₂:15 mM/l; Ph arterial:7,2. De posse dos resultados, institui terapêutica de correção eletrolítica, da acidose e da hiperglicemia. Encaminha o paciente, após a alta, para acompanhamento do serviço mantido pelo hospital, para apoio social e psicológico de pacientes portadores de moléstias crônicas.

6.7 “APOSENTADORIA”

Jorge, 73 anos, obeso, sedentário, hipertenso, com dislipidemia e adesão parcial à terapêutica, inicia um quadro com cefaleia, dificuldade para deambular seguido de lipotimia, e é levado à emergência hospitalar. Ao exame físico, encontra-se confuso, inquieto e semitorporoso. Apresenta hipertensão arterial com a sistólica de 180 mmHg e a diastólica de 110 mmHg, pulso de 66 bpm, temperatura de 36,8 °C, respiração de 20 rpm. Glasgow 13. As pupilas estão fotorreagentes. O fundo de olho mostra retinopatia hipertensiva grau II, sem hemorragia ou papiloedema. As veias jugulares, os pulsos carotídeos e os pulmões estão normais. Não há sopros no pescoço. O *ictus cordis* é forte e há um sopro sistólico de ejeção ++ /6+ na base do coração. Abdômen sem particularidades. Ausência de edemas em membros. Ao exame neurológico, os pares cranianos estão normais. Não é possível avaliar a força muscular. O ECG ritmo sinusal com alterações difusas da onda T e prolongamento do intervalo QT. É observada uma possível rigidez de nuca e sinal de Babinski presente. São solicitados radiografias de tórax, gasometria arterial, exame toxicológico, hemograma completo, plaquetometria, tempo de protrombina, eletrólitos, colesterol, triglicérides, prova de função renal e hepática.

6.8 PROTOCOLO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

João, 34 anos, está em tratamento para amigdalite há dois dias com Dipirona 500 mg 6/6 h e Amoxicilina 875 mg 12/12 h. Como apresenta odinofagia, procura a UBS, onde é prescrito também o uso de Diclofenaco 1 cp de 8/8 h. Cinquenta minutos após a ingestão do Diclofenaco, apresenta pápulas eritematosas em todo o corpo, com prurido associado seguido de edema perioral e periorbitário. Retorna à UBS com rapidez. Chegando lá, apresenta dispneia intensa e sibilância, além dos sintomas anteriores. Avaliado imediatamente pelo médico, apresenta SatO₂ 84%, PA= 90/60mmHg, sendo prescrito O₂ cateter nasal, acesso venoso para Hidrocortisona EV e SF0,9% 1000ml e Fenergan IM, que estava disponível. Porém, mesmo com as medidas iniciais, o paciente evolui para PCR e vem a óbito.

6.9 “AGIR NA URGÊNCIA, DECIDIR NA INCERTEZA” (Perrenoud)

Maris e Jorge estão felizes inaugurando sua nova casa com amigos e parentes. Após o almoço, todos vão assistir ao filme no telão da sala e Maris se divide entre a atenção aos convidados e à sua filha de três anos, Emanuella. Como sua filha está inquieta, liberou seu cãozinho, Brown para

brincar com a filha enquanto os vigia da janela. Ri com seus convidados e por alguns minutos se distrai; quando volta a atenção para o jardim, não avista Emanuella. Corre para a rua e grita quando vê a filha submersa na piscina. Daniella, sua cunhada, acadêmica de Medicina, mergulha e retira a criança da água, já inconsciente e cianótica. Inicia a respiração de resgate ainda no local, sem obter resposta. Após retirá-la da água, inicia as manobras de compressões torácicas e respiração boca a boca. Sem interromper as manobras respiratórias e torácicas, dirigem-se para o hospital, dando entrada na emergência. Mas a criança não está respirando, e se encontra sem pulsos periféricos palpáveis. Dr. Jeferson inicia imediatamente as manobras de reanimação; durante 60 minutos, Emanuella permanece sem respostas e, infelizmente, vai ao óbito.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**: resolução CFM nº1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

FAUCI, Anthony S. et al. (Ed.). **Harrison medicina interna**. 18. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2013. 2.v.

FERRO, Carlos Romério Costa. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo: 2015.

GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, D. A. **Cecil**: tratado de medicina interna. 24. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. 2.v.

HALL, John; GUYTON, Arthur C. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

JACOB, Cristina Miuki Abe; PASTORINO, Antonio Carlos. **Alergia e imunologia para o pediatra**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2012.

KATZUNG, Bertram G. **Farmacologia**: básica & clínica. 12 ed. Rio de Janeiro: ArtMed, 2013.

KLIEGMAN, Robert et al. **Tratado de pediatria**. 19. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.2.v.

MCPHEE, Stephen J.; PAPADAKIS, Maxine A. **Current medical diagnosis & treatment**. 48th ed. New York: McGraw-Hill, 2016.

NAOUM, Paulo Cesar. **Doenças que alteram os exames bioquímicos**. São Paulo: Atheneu, 2013.

NEVES, Ana Lúcia Domingues; SILVA, Roberta de Lima; FONSECA, Ariadne da Silva. Tempo médio de atendimento do paciente infartado: indicador de eficácia na emergência. **Nursing**, Barueri, Bolina, v. 14, n. 161, p. 551-556, out. 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS. **CID-10**: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. ed. rev. São Paulo: EDUSP, 2007.

PORTO, Celmo Celeno (Ed.). **Semiologia médica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

SERRANO JÚNIOR, Carlos V.; TIMERMAN, Ari; STEFANINI, Edson. **Tratado de cardiologia SOCESP**. 3. ed. Barueri, SP: Manole, 2015. 2.v.

SHERWOOD, Lauralee. **Fisiologia humana**: das células aos sistemas. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

INDICAÇÃO DE BASE DE DADOS

<http://www.uptodate.com>

<http://www.portalmedico.org.br>

www.bioetica.ufrgs.br/texto.htm#etica

<http://web.ebscohost.com/ehost/search/basic>

<http://journals.asm.org/search.dt>

<http://www.hub.sciverse.com/action/home>

<http://www.sciencedirect.com>

<http://americalatina.elsevier.com/ebooks/capes>

<http://eric.ed.gov>

<http://highwire.stanford.edu/cgi/search>

<http://search.proquest.com/humangenomeabstracts>

<http://www.liebertpub.com>

<http://www.sciencedirect.com>

<http://www.scopus.com/home.url>

<http://search.proquest.com/socialservices>

<http://onlinelibrary.wiley.com/advanced/search>

