



MATHEUS RIBEIRO ZIMERMANN NUNES

**SÉRIE DE CASOS CLÍNICOS COMO MÉTODO DE APRENDIZAGEM
NA ÁREA DA NUTRIÇÃO CLÍNICA**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em
Nutrição. Área de Ciências da Saúde da
Universidade Franciscana, como requisito parcial
para aprovação na disciplina de Trabalho Final de
Graduação II

Orientador(a): Thiago Durando Mussoi

Santa Maria, RS
2022

**SÉRIE DE CASOS CLÍNICOS COMO MÉTODO DE APRENDIZAGEM NA ÁREA DA
NUTRIÇÃO CLÍNICA**
*SERIES OF CLINICAL CASES AS A LEARNING METHOD IN THE AREA OF CLINICAL
NUTRITION*¹

RESUMO

A busca incessante pelo conhecimento é uma atividade particularmente humana, em que os elementos básicos circundados para o processo de conhecer são a apreensão e interpretação, resultante da construção de modelos de apreensão, e, por conseguinte, os conhecimentos futuros. Dessa maneira, nota-se que a elaboração de estudos de casos vem sendo amplamente aplicada como metodologia de ensino em diversos cursos da área da saúde. Nesse sentido, compreendendo que o aluno desta área, utiliza o método do estudo de caso diversas vezes durante sua graduação, como meio de ensino e aprendizado, infere-se a necessidade do estabelecimento de casos reais para melhor compreensão de situações distintas no ambiente clínico hospitalar. Com o fim de elucidar esta temática, foi realizado um levantamento das anamneses hospitalares dos pacientes internados em um Hospital Escola da Universidade Franciscana, elaborado uma série de estudos de casos descritivos através das informações colhidas, para assim auxiliar na aprendizagem da área de nutrição clínica e avaliação nutricional. Para o desenvolvimento dos casos clínicos, foi dividido de acordo com a condição fisiopatológica de cada paciente, tais como: Cardiologia, Neurologia, Doenças Respiratórias, Doenças Renais, Doenças Vasculares, Doenças Endócrinas, Doenças Gastrointestinais, Desnutrição e Câncer. O estudo obteve êxito na criação de 31 casos clínicos de diversas patologias, sendo possível a adaptação de cada caso em diversas áreas de estudo e disciplinas para auxiliar a compreensão de cada situação e sua particularidade.

Palavras-chave: Estudo de caso, nutrição, aprendizado.

ABSTRACT

The incessant search for knowledge is a particularly human activity, in which the basic elements surrounding the process of knowing are the apprehension and interpretation, resulting from the construction of apprehension models, and, consequently, future knowledge. Thus, it is noted that the elaboration of case studies has been widely applied as a teaching methodology in several courses in the health area. In this sense, understanding that the student of this area uses the case study method several times during their graduation as a means of teaching and learning, it is inferred the need to establish real cases for better understanding of distinct situations in the hospital clinical environment. In order to elucidate this theme, a survey of hospital inpatients' anamneses was carried out at a Teaching Hospital of the Franciscan University, and a series of descriptive case studies was elaborated using the collected information, in order to help in the learning of clinical nutrition and nutritional assessment. For the development of the clinical cases, it was divided according to the physiopathological condition of each patient, such as: Cardiology, Neurology, Respiratory Diseases, Renal Diseases, Vascular Diseases, Endocrine and Exocrine Diseases, Gastrointestinal Diseases, Malnutrition and Cancer. The study was successful in creating 31 clinical cases of various pathologies, and it was possible to adapt each case to various areas of study and disciplines to aid the understanding of each situation and its particularity.

Keywords: Case studies, nutrition, teaching method.

¹ Artigo a ser submetido xxxxxxx. A formatação segue as normas do periódico.

INTRODUÇÃO

Para França (1994) a busca incessante pelo conhecimento é uma atividade particularmente humana, em que os elementos básicos circundados para o processo de conhecer são a apreensão e interpretação, resultante da construção de modelos de apreensão, e, por conseguinte, os conhecimentos futuros.

Uma forma muito utilizada no ambiente de aprendizado escolar e universitário é o estudo de caso, método esse que capacita o estudante a entender de forma mais clara e objetiva cada situação, tornando-o parte do estudo, através do raciocínio, pesquisa e discussões entre colegas. Em primeiro plano, entende-se que, para a realização de um estudo de caso, empregam-se diversos critérios metodológicos, e para Branski et al. (2010), um estudo de caso utiliza, usualmente dados qualitativos os quais foram coletados a partir de eventos reais, com o intuito de explicar, explorar ou descrever fenômenos atuais inseridos em seu próprio contexto. Nesse sentido, observa-se que se trata de uma pesquisa etiológica retrospectiva, realizada de trás para frente, que só pode ser realizada após o evento já ter ocorrido. Dessa forma, segundo Moraes (2019), o estudo de caso deve ser visto como uma metodologia ativa dentro da área da saúde, que estimula a prática baseada em evidências e a compreensão da responsabilidade individual e coletiva no processo de aprendizagem. Sincronicamente, aplicando os conceitos supracitados como método de ensino na área da nutrição, nota-se, que o estudante se aproxima cada vez mais das abordagens utilizadas na prática. Assim, a utilização de estudos de casos como uma metodologia ativa de ensino constitui uma estratégia eficaz para o desenvolvimento da capacidade de contextualizar o aprendizado e apoiar o aprimoramento do pensamento crítico e o raciocínio clínico apurado.

Paralelamente, segundo Nascimento (2020), a utilização de metodologias ativas, permite o desenvolvimento de um processo de aprendizagem que motiva o aluno, diante da situação problema encontrada. Esse tipo de metodologia auxilia o aluno em refletir, examinar e aplicar os conceitos teóricos estudados em sala de aula, para resolução do problema em questão. Tal perspectiva possibilita que os estudantes da área da nutrição sejam os protagonistas de seu aprendizado e garante o desenvolvimento de um discente autônomo capaz de enfrentar com eficácia as futuras problemáticas encontradas em sua prática clínica.

Ademais, segundo Ventura (2007), a utilização dos estudos de caso, permite que uma situação, seja analisada de maneira mais profunda, dentro de um período de tempo limitado e garante, ainda, uma observação mais precisa dentro de uma investigação. Nesse sentido, nota-se a flexibilidade da utilização dos estudos de casos para a construção de hipóteses ou reformulação de problemas principalmente nos períodos iniciais de uma pesquisa. Assim, ao aplicar corretamente essa metodologia seguindo todos os critérios empregados na mesma, configura-se um artifício significativo que contribui para os avanços do ensino e da pesquisa na área da saúde.

Portanto este estudo tem como objetivo realizar um levantamento das anamneses hospitalares dos pacientes internados em um Hospital Escola da Universidade Franciscana, utilizando os prontuários físicos e eletrônicos para coletar as informações necessárias para produzir uma série de estudos de casos, auxiliando no processo de aprendizagem da Nutrição Clínica e nas mais diversas áreas da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória cujo objetivo foi explorar um problema e descrevê-lo através de uma investigação na literatura existente. A amostra dos prontuários físicos foi estipulado no momento de coleta, com total de 143, sendo separados inicialmente por doença principal (motivo da internação) e doenças associadas. O delineamento do estudo se deu na necessidade de estudos de casos clínicos hospitalares na Área da Nutrição Clínica.

A coleta de dados, para a elaboração dos casos clínicos, foi realizada por meio dos levantamentos das anamneses hospitalares, utilizadas pelos acadêmicos do curso de Nutrição da Universidade Franciscana – UFN. Foram utilizadas as anamneses dos pacientes que estiveram

internados no hospital escola da UFN. Para complementar os dados das anamneses foi utilizado o prontuário eletrônico do hospital, tendo como objetivo tornar o estudo mais completo, possibilitando obter informações pertinentes de outros profissionais, como Médico, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem, Psicólogo e Fisioterapeuta. Na elaboração dos casos clínicos foram coletados os dados de pacientes internados no período de 2018 à 2021, divididos entre os seguintes itens: identificação do paciente, queixa principal, diagnóstico clínico, doenças associadas, exame físico, medicamentos utilizados, sinais vitais, história pregressa da doença, história da doença atual, história social, dados antropométricos e exames bioquímicos.

No processo de desenvolvimento da série de casos clínicos, a divisão se deu de acordo com a condição fisiopatológica de cada paciente, tais como: Cardiologia, Neurologia, Doenças Respiratórias, Doenças Renais, Doenças Vasculares, Doenças Endócrinas e Exócrinas, Doenças Gastrointestinais, Desnutrição e Câncer. Dentre a escolha das anamneses, 45 foram excluídas, sendo os critérios de exclusão utilizados: anamneses incompletas (faltando dados como identificação do paciente, diagnóstico clínico e dados antropométricos), período de internação anterior à 2018 e após 2021 e inexistência do prontuário eletrônico do paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

O presente estudo avaliou prontuários físicos e eletrônicos, totalizando 72 anamneses entre todas as patologias. Dentre o total, foi utilizado 31 prontuários, divididos em 3 casos de Cardiologia; 5 de Neurologia; 3 de Doenças Respiratórias; 3 de Doenças Renais; 3 de Doenças Vasculares; 5 de Doenças Endócrinas e Exócrinas; 3 de Doenças Gastrointestinais; 3 de Desnutrição; 3 de Câncer.

CARDIOLOGIA

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) fazem parte do maior grupo causador de mortes em todo o mundo, responsável pelas mortes prematuras, perda da qualidade de vida, além de diversas consequências sociais e econômicas, números que chegam a 70% das mortes no mundo, equiparando-se a 38 milhões de mortes ao ano. No Brasil os números não são diferentes, cerca de 72% das mortes são provenientes de DCNT, competindo 30% às Doenças Cardiovasculares. Grande parte destas doenças são resultado de uma atuação entre fatores genéticos e ambientais, causando diversas alterações no coração (KUMAR et al., 2010).

Dentre as doenças cardiovasculares existentes, no presente estudo o maior índice de internações por patologias cardíacas foi a Insuficiência Cardíaca, também conhecida como Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), uma das principais causas de mortes entre os problemas cardíacos, chegando a números de 300.000 pessoas por ano nos EUA. Já no Brasil, de acordo com estudo realizado por Stevens B, et al. (2018), houve 2,8 milhões de pessoas no ano de 2015 com vinte anos ou mais portadores de Insuficiência Cardíaca, resultando em 2% da população adulta do país. A ICC é a incapacidade do coração de bombear o sangue pelo corpo de maneira correta e quantidade necessária, podendo ser desenvolvida após infartos e pelos resultados de outras doenças, como Hipertensão, Doença Arterial Coronariana, Doença Valvar, entre outras (CARNEIRO e REIS, 2021).

Ademais, outra doença cardiovascular que esteve presente nas anamneses e internações do Hospital Escola da Universidade Franciscana foi a Doença Valvar, que se sobressai devido a estenose, falha de uma valva na sua abertura completa, causando o impedimento do fluxo de sangue para a frente, e a insuficiência, resultado de uma falha valvar em fechar, fazendo com que ocorra o fluxo sanguíneo invertido. Ambas anomalias podem ocorrer em uma ou mais valvas (KUMAR et al., 2010).

Abaixo segue a série de estudos de casos desenvolvidos a partir das anamneses hospitalares da Nutrição Clínica coletadas no Hospital Escola da Universidade Franciscana, que envolveram como diagnóstico principal as doenças cardiológicas.

Caso 1:

| |
|---|
| Identificação: N. M. C, 84 anos, sexo feminino, Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana devido a dor torácica e dispneia. Diagnóstico médico de ICC em classe NYHA II. |
| Queixa Principal: Dor torácica e dispneia. |
| Diagnóstico Clínico: ICC em classe NYHA II |
| Doenças Associadas: HAS, Hipotireoidismo. |
| Exame físico: Unhas quebradiças, LPP no calcanhar, edema MMII +/-++++, dentição com prótese, mucosa normocorada. |
| Medicamentos: Furosemida, Espironolactona, Hidroclorotiazida, Enalapril. |
| Sinais Vitais: PA: 100/60 mmHg; FC: 62 bpm. |
| História da Doença Progressiva: Paciente apresenta quadros de dispnéia e edema de membros inferiores prévios, com histórico de HAS e Asma. Houve outras internações anteriores para tratar os mesmos sintomas. Paciente relata que parou de tomar seus medicamentos controlados por conta própria. |
| História da Doença Atual: Atualmente a paciente refere continuar com dispneia aos mínimos esforços associada a tosse com piora em decúbito e alívio em repouso. Refere queixa de dores e edema nas pernas. |
| História Social: Foi solicitado avaliação da assistente social devido ao grande número de atendimentos da paciente no hospital, a baixa adesão do tratamento e contínua ausência da família. Após acolhimento, foi constatado que a paciente reside sozinha em hotel por não ter bom convívio com familiares e por prezar pela sua independência. Porém, devido a suas patologias, foi recomendado que a família tivesse um olhar mais próximo, para evitar ocorrências mais graves. |

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso | 51 Kg |
| Altura | 1,61 m |
| CB | 20 cm |
| CP | 24 cm |
| AJ | 49 cm |
| PCSE | 10 mm |
| PCT | 9 mm |
| MAP | * |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|----------------------------------|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 4,1 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 13,6 |
| Hematócritos (%) | 35,0 – 47,0 | 41 |

| | | |
|---|--|--------|
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 33,9 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 33,1 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 99,4 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14, | 14,5 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 4700 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 1058 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 2153 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 94 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 111 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 0 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 338 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 206000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 0,98 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | - |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 52 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 0,5 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 57 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 43 |
| Bilirrubina Total (mg/dL) | 0,2 – 1,2 | 1,4 |
| Bilirrubina Direta (mg/dL) | Até 0,5 | 0,15 |
| Billirrubina Indireta (mg/dL) | Até 1,0 | 1,25 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 140 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 4 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 2,1 |
| Creatinoquinase (u/L) | 30 – 170 | 42 |
| Creatinoquinase – MB (u/L) | Até 3,38 | 2,13 |
| BNP (pg/mL) | < 100 | 1400 |
| D-Dímero (ng/mL) | < 500 | 860 |
| TSH (μUI/mL) | 0,465 – 4,680 | 17,210 |
| T4L (ng/dL) | 0,78 – 2,19 | 0,63 |

Caso 2:

Identificação: S.C.S.C., 81 anos, sexo feminino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana devido a dispneia, edemas em membros inferiores e superiores e rebaixamento sensório.

Queixa Principal: Dispneia, edemas em membros inferiores e superiores e rebaixamento sensório.

Diagnóstico Clínico: Insuficiência Cardíaca Congestiva.

Doenças Associadas: DM II, HAS, Obesidade.

Exame físico: Mucosas normocoradas, cabelos e unhas normais, dentição incompleta, abdome distendido.

Medicamentos: Losartana, Hidrion, Nesina, Clopidogrel, Poliglitzona, AAS, Domperidona, Venolise, Daflon, Atenolol.

Sinais Vitais: PA: 130/80 mmHg; FC: 74 bpm

História da Doença Progressiva: Paciente reconhece a patologia de ICC a alguns anos porém não faz uso do tratamento medicamentoso de forma correta, ocasionando outra internação anteriormente para tratar os sintomas descompensados.

História da Doença Atual: Paciente evoluiu o estado do quadro geral, porém refere sentir dispneia aos mínimos esforços.

História Social: Sem informações.

| Dados Antropométricos | Valor |
|-----------------------|--------|
| Peso | 84 Kg |
| Altura | 1,53 m |
| CB | * |
| CP | * |
| AJ | * |
| PCSE | * |
| PCT | * |
| MAP | * |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|--|---------------------------|---------|
| Eritrócitos (milhões/mm ³) | 4,0 – 5,4 | 4,96 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 13,3 |
| Hematócritos (%) | 35,0 – 47,0 | 39,6 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 26,7 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 32,9 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 79,9 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14 | 16,7 |
| Leucócitos (/mm ³) | 3.600 – 11.000 | 14000 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 2100 |
| Segmentados (cél/mm ³) | 3.500 a 7.000 | 10108 |
| Bastões (cél/mm ³) | 0 a 700 | 0 |
| Eosinófilos (cél/mm ³) | 0 a 700 | 7310 |
| Basófilos (cél/mm ³) | 0 a 200 | 0 |

| | | |
|---------------------------------------|--|--------|
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 1076 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 355000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 2,28 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 3,1 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 69 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 6,9 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 30 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 22 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 134 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 2,6 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 0,7 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 8 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 83 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 341 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 7,2 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 30 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 160 | 41 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 23 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 56 |

Caso 3:

| |
|--|
| Identificação: E.D.F.F., 64 anos, sexo feminino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana devido a dispneia, tosse e fadiga. |
| Queixa Principal: Dispneia, tosse e fadiga. |
| Diagnóstico Clínico: Doença Valvar |
| Doenças Associadas: HAS, ICC, Fibrilação Atrial, Enfisema Pulmonar. |
| Exame físico: Cabelos e unhas normais, dentição com prótese, mucosas normocoradas, abdome plano, sem depleção de massa magra e gorda. |
| Medicamentos: Alenia, Carvedilol, Hidroclorotiazida, Losartana, Sinvastatina, Xarelto. |
| Sinais Vitais: PA: 140/00 mmHg; FC: 87 bpm. |
| História da Doença Progressa: Sem informações. |
| História da Doença Atual: Paciente obteve melhora no quadro geral, devido a ICC a mesma refere sentir um pouco de cansaço físico ao caminhar. |

História Social: Sem informações.

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso | 52 Kg |
| Altura | 1,42 m |
| CB | 30 cm |
| CP | 33 cm |
| AJ | * |
| PCSE | * |
| PCT | * |
| MAP | 10 mm |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|--|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 4,5 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 15,2 |
| Hematócitos (%) | 35,0 – 47,0 | 39 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 28,1 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 32,8 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 85,7 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14, | 13,6 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 16900 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 2147 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 10598 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 12 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 0 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 0 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 198 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 224000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 1,55 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 3,7 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 54 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 3,9 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 228 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 170 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 136 |

| | | |
|------------------------------------|---|-------|
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 4,3 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 2,1 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 8,8 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 100 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 81 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 5,1 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 11 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 160 | 43 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 24 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 72 |
| TSH (μUI/mL) | 0,465 – 4,680 | 1,890 |
| T4L (ng/dL) | 0,78 – 2,19 | 1,96 |
| BNP (pg/mL) | < 500 | 1100 |

DOENÇAS RENAIIS:

Os rins são responsáveis por filtrar e excretar os produtos do metabolismo, além de regular as concentrações de sais e água no corpo, secretar hormônios, dentre diversas outras funções. As doenças renais podem ter diversas causas e afetar mais de uma estrutura do rim, porém não é destacada como uma doença com grande fatalidade. Por exemplo, para os americanos as doenças cardíacas causam uma maior taxa de mortalidade, cerca de 650 mil pessoas, enquanto cerca de 45 mil mortes são associadas a doenças renais (KUMAR et al., 2010).

A pielonefrite é uma das doenças renais mais comuns, causada por uma disfunção renal que afeta a pelve renal, interstício e túbulos. Pode ocorrer de duas formas distintas, chamadas de Pielonefrite Aguda e Crônica. Na sua fase aguda, é causada por uma infecção bacteriana, sendo a lesão renal que está relacionada à infecção do trato urinário. Em sua forma crônica também ocorre a infecção bacteriana, porém existem outros fatores associados resultando em danos na bexiga, rins e sistemas coletores. Infecções no trato urinário são muito comuns, sendo a pielonefrite cerca de 10% desses casos. No mundo, cerca de 150 milhões de pessoas são diagnosticadas com ITU todos os anos, enquanto no Brasil os números de infecções bacterianas chegam a 80 a cada 1000 consultas médicas, predominantemente no sexo feminino (DE OLIVEIRA e SANTOS, 2018).

Outra patologia que acomete grande número de brasileiros é a Insuficiência Renal, que ocorre quando o fluxo de urina é reduzido ou até mesmo inexistente e pelo início princípio de azotemia, que se dá devido às alterações das concentrações séricas de uréia, creatinina e outros compostos no sangue, plasma ou soro. A causa mais comum da Insuficiência Renal Aguda ocorre devido à necrose tubular aguda, também conhecida como Injúria Renal Aguda (IRA), que pode surgir de diversos fatores, dentre eles: traumas, pancreatites, ingestão de venenos, uso abusivo de remédios, entre outros. Pesquisas relataram que a ocorrência de IRA varia de 2.147 a 4.085 casos a cada milhão de habitantes por ano, sendo 3,2% a 9,6% das internações hospitalares (LI et al., 2013).

Abaixo segue a série de estudos de casos desenvolvidos a partir das Doenças Renais como diagnóstico médico principal.

Caso 1:

| |
|--|
| Identificação: C.M.O, 67 anos, feminino, interna no HCS devido a inflamação nos rins, diagnóstico de Pielonefrite. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana trazida de cadeira de rodas por familiar e técnica de enfermagem. |
| Queixa Principal: Paciente refere dores agudas em região lombar e pélvica. |
| Diagnóstico Clínico: Pielonefrite. |
| Doenças Associadas: HAS, DM II. |
| Exame físico: Cabelos normais, mucosa hipocorada, edema em MID +/++++, unhas quebradiças, depleção de massa magra. |
| Medicamentos: AAS, Hidroclorotiazida, Glifage, Metformina. |
| Sinais Vitais: PA: 140/60 mmHg; FC: 71 bpm. |
| História da Doença Progressiva: Paciente refere que há 15 dias apresentou episódio de dor, ardência e queimação ao urinar e que estão acontecendo com mais frequência. Refere utilizar de chás e ervas para aliviar a dor. Anteriormente à internação, apresentou episódios de dor abdominal e náuseas. |
| História da Doença Atual: Paciente relata dores abdominais e diarreia, baixa aceitação da alimentação por via oral. |
| História Social: Sem informações. |

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso | 74 Kg |
| Altura | 1,7 m |
| CB | * |
| CP | * |
| AJ | * |
| PCSE | * |
| PCT | * |
| MAP | * |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|----------------------------------|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 3,3 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 9,5 |
| Hematócritos (%) | 35,0 – 47,0 | 29,1 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 27 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 32 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 81 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14, | 13,5 |

| | | |
|---|--|--------|
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 15000 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 3500 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 9000 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 650 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 0 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 0 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 120 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 220000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 2,28 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 3,2 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 62 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 24,1 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 30 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 42 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 136 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 2,9 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 2 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 7,2 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 100 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 135 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 8,5 |
| Glicose Média Estimada (mg/dL) | - | 197 |
| Ferro (ug/dL) | 37 – 175 | 13 |
| Ferritina (ng/dL) | 11 – 264 | 456 |
| Transferrina (u/L) | 8,0 – 78,0 | 135 |
| B12 (pg/mL) | 210 – 980 | 231 |

Caso 2:

Identificação: Paciente A.S., 73 anos, sexo masculino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana após sentir dispneia, náuseas, vômitos, inapetência e diminuição na produção de urina.

Queixa Principal: Náuseas, vômitos, inapetência, diminuição na produção de urina.

Diagnóstico Clínico: Insuficiência Renal Crônica.

Doenças Associadas: HAS, Gota, AVE Hemorrágico à 10 anos.

Exame físico: Cabelos quebradiços, dentição com prótese, mucosa normal, abdômen globoso, massa gorda excessiva.

Medicamentos: Carvedilol, Marcevan, Omeprazol, Captopril, Varfarina.

Sinais Vitais: PA: 130/90 mmHg; FC: 77 bpm.

História da Doença Progressiva: Paciente já apresentou sintomas de DRC anteriormente com internações, porém com o tempo se tornou mais grave, causando uma nova internação.

História da Doença Atual: Paciente relata melhora no quadro de dispneia, dores, náusea e vômitos. Apresenta edema em MMII e tremores em MMSS. Recebe alta clínica e é encaminhado para Ambulatório de Urologia, Nefrologia e Cardiologia.

História Social: Paciente reside com sua esposa, possui boa relação com sua família, relata dificuldades emocionais para aceitar sua condição e limitações físicas, principalmente em sua autonomia durante o dia a dia.

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso | 98,5 Kg |
| Altura | 1,80 m |
| CB | * |
| CP | * |
| AJ | * |
| PCSE | * |
| PCT | * |
| MAP | * |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|----------------------------------|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 4,7 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 10,8 |
| Hematócritos (%) | 35,0 – 47,0 | 34 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 23,3 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 30,9 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 75,2 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14, | 18,7 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 9100 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 2641 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 4200 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 0 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 0 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 0 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 260 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 310000 |

| | | |
|---------------------------------|--|-----|
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 2,9 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 4 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 99 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 1,3 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 25 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 15 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 136 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 4 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 1,3 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 6,8 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 120 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 110 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 5,9 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 41 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 160 | 48 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 45 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 111 |

Caso 3:

Identificação: G.I.R, 59 anos, sexo masculino. Paciente interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana após sentir fortes dores na região abdominal associado a náuseas. Sem acompanhante, fumante 3 maço/dia.

Queixa Principal: Dores na região abdominal associado a náuseas.

Diagnóstico Clínico: Pielonefrite.

Doenças Associadas: Nenhuma.

Exame físico: Cabelos e unhas normais, mucosa normocorada, dentição incompleta, abdômen distendido, massa magra normal e massa gorda excessiva.

Medicamentos: Clonazepam, Quetiapina.

Sinais Vitais: PA: 120/80 mmHg; FC: 66 bpm.

História da Doença Progressa: Paciente relata que sente fortes dores abdominais a pelo menos dois anos, realizou colecistectomia a três anos atrás. Após retirada de vesícula relata diarreias frequentes e crises de dores em epigástrico e flanco esquerdo.

História da Doença Atual: Paciente refere não sentir mais dores abdominais, eliminações urinárias e intestinais normais e aumento de ingestão hídrica.

História Social: Sem informações.

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso | 66,4 Kg |
| Altura | 1,67 m |
| CB | * |
| CP | * |
| AJ | * |
| PCSE | * |
| PCT | * |
| MAP | * |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|--|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 4,9 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 14,9 |
| Hematócitos (%) | 35,0 – 47,0 | 44 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 30,3 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 33,8 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 89,6 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14, | 12,8 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 18300 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 3653 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 9482 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 0 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 0 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 0 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 1328 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 221000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 0,96 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 4,4 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 23 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 3,8 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 18 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 17 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 140 |

| | | |
|---------------------------------|---|-----|
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 4 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 1,9 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 9,2 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 100 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 82 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 5,2 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 36 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 160 | 50 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 151 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 120 |

DOENÇAS ENDÓCRINAS E EXÓCRINAS

O pâncreas é responsável pela secreção da insulina e enzimas digestivas, logo tendo papel fundamental para o metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas. A pancreatite é uma inflamação do pâncreas, podendo ser classificada como aguda ou crônica. Na sua forma aguda, ocorre uma lesão reversível do parênquima pancreático, sendo muito comum nos países ocidentais, tendo por exemplo os EUA e a incidência de 45 casos a cada 100.000 habitantes, resultando em 148 mil casos anuais. Enquanto no Brasil os números de internações hospitalares devido à pancreatite chegam a 32.659 casos e 1694 óbitos. Para a Pancreatite Crônica, a lesão no parênquima pancreático não é reversível, podendo ser causada por obstruções dos ductos pancreáticos, pancreatites hereditárias, entre outras (COELHO e NUNES, 2019).

Outra doença que acomete milhões de pessoas e está bastante presente no ambiente hospitalar é a Diabetes Mellitus, uma das doenças endócrinas mais recorrentes em todo o mundo, sendo atualmente uma epidemia entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, principalmente devido as escolhas inadequadas de alimentação e cuidados com a saúde. Ela é causada pela falta de insulina no corpo ou sua incapacidade de exercer adequadamente seus efeitos reguladores, podendo causar variações no metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas. A insulina é um hormônio produzido pelo pâncreas, sendo sua principal função a manutenção do metabolismo da glicose, transformando-a em energia para as células do organismo. A DM é representada pela hiperglicemia, durante um determinado período de tempo, e não apenas em um momento (PARANÁ, 2018). De acordo com a Federação Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation) em 2017 foi estimado que cerca de 8,8% da população mundial entre idades de 20 a 79 anos viviam com diabetes, números que podem chegar a 628,6 milhões em projeções até 2045 (IDF, 2017).

Abaixo seguem os estudos de casos relacionados a doenças endócrinas e exócrinas que estiverem presentes em diversas internações hospitalares.

Caso 1:

Identificação: Paciente R.E.S, 58 anos, sexo feminino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana com suspeita de Pancreatite. Relata uso de bebidas alcoólicas diariamente.

Queixa Principal: Dor abdominal intensa, diarreia, náuseas e vômitos.

| |
|--|
| Diagnóstico Clínico: Pancreatite. |
| Doenças Associadas: HAS, Arritmia Cardíaca, Ansiedade, Depressão, DM II. |
| Exame físico: Abdômen globoso, cabelos e unhas normais, mucosa hipocorada. |
| Medicamentos: Atenolol, Clonazepam, AAS, Omeprazol, Ceftriaxona, Haloperidol. |
| Sinais Vitais: FA: 90/50 mmHg; FC: 94 bpm. |
| História da Doença Progressa: Sem informações. |
| História da Doença Atual: Paciente segue com diarreias de coloração escura, nega dores abdominais. |
| História Social: Paciente refere problemas familiares desde adolescência e que isso a levou a consumir grandes quantidades de álcool desde jovem. De acordo com a avaliação psicológica, a paciente está em vulnerabilidade social. |

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso | 63 Kg |
| Altura | 1,58 m |
| CB | 28 cm |
| CA | 102 cm |
| AJ | * |
| PCSE | 25 mm |
| PCT | 15 mm |
| MAP | * |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|----------------------------------|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 3,1 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 11 |
| Hematócritos (%) | 35,0 – 47,0 | 32,7 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 34,9 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 33,6 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 103,8 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14, | 13,5 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 9400 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 1833 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 6232 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 376 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 132 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 9 |

| | | |
|--|--|--------|
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 818 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 142000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 0,74 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 3,65 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 48 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 68 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 14 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 139 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 2,8 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 1,5 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 8,9 |
| Desidrogenase Láctica – L.D.H (u/L) | 98 – 107 | 107 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 132 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 6,8 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 549 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 160 | 512 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 1980 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 100 |

Caso 2:

| |
|---|
| Identificação: J.F., 41 anos, sexo masculino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana encaminhado do Pronto Atendimento após sentir fortes dores abdominais, vômitos e diarreia. |
| Queixa Principal: Dores abdominais, vômitos e diarreia. |
| Diagnóstico Clínico: Pancreatite. |
| Doenças Associadas: HAS, DM II. |
| Exame físico: Cabelos e unhas quebradiças, abdômen distendido, dentição completa, edema em MMII +/-++++. |
| Medicamentos: Haldol, Diazepam, Losartana, Lítio, Ácido Valpróico, Fenobarbital, Biperideno. |
| Sinais Vitais: PA: 140/90 mmHg; FC: 88 bpm. |
| História da Doença Progressiva: Paciente relata que sentiu dores abdominais cerca de três semanas antes da internação, porém apenas tomou analgésicos para tratar os sintomas. Relata alto consumo de bebidas alcoólicas durante a semana. |

História da Doença Atual: Paciente nega algias no momento, refere que sente náuseas com frequência.

História Social: Sem informações.

| Dados Antropométricos | Valor |
|-----------------------|--------|
| Peso | 92 Kg |
| Altura | 1,81 m |
| CB | 36 cm |
| CA | 110 cm |
| AJ | * |
| PCSE | 24 mm |
| PCT | 10 mm |
| MAP | * |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|--|--|---------|
| Eritrócitos (milhões/mm ³) | 4,0 – 5,4 | 3,9 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 10,1 |
| Hematócritos (%) | 35,0 – 47,0 | 30 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 25,3 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 33,6 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 75,1 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14, | 14,9 |
| Leucócitos (/mm ³) | 3.600 – 11.000 | 10200 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 1224 |
| Segmentados (cél/mm ³) | 3.500 a 7.000 | 8160 |
| Bastões (cél/mm ³) | 0 a 700 | 204 |
| Eosinófilos (cél/mm ³) | 0 a 700 | 204 |
| Basófilos (cél/mm ³) | 0 a 200 | 0 |
| Monócitos (cél/mm ³) | 100 a 1000 | 408 |
| Plaquetas (/mm ³) | 150.000 – 450.000 | 203000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 0,63 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 3,1 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 32 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 33,7 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 65 |

| | | |
|--|---|------|
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 60 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 131 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 3,5 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 2,7 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 5,7 |
| Desidrogenase Láctica – L.D.H (u/L) | 120 – 246 | 694 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 112 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 6,1 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 112 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 160 | 900 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 2800 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 250 |

Caso 3:

| |
|--|
| Identificação: R.B., 52 anos, sexo masculino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana oriundo do UPA devido a fortes dores abdominais com provável diagnóstico de Pancreatite Aguda. |
| Queixa Principal: Dores abdominais. |
| Diagnóstico Clínico: Pancreatite aguda com etiologia alcóolica. |
| Doenças Associadas: HAS, DM II. |
| Exame físico: Cabelos e unhas normais, dentição completa, abdome globoso, sem presença de edema. |
| Medicamentos: Omesartana + Anlodipino, Nebivolol, Espironolactona, Clortalidona, AAS, Clopidogrel, Baclofeno, Sildenafil. |
| Sinais Vitais: PA: 130/62 mmHg; FC: 70 bpm. |
| História da Doença Progressiva: Paciente com dor abdominal difusa, sem irradiação, com piora ao se alimentar, associada a náuseas, inapetência e 2 episódios de êmese há 6 dias. Refere não conseguir se alimentar adequadamente há 5 dias. |
| História da Doença Atual: relata melhora da dor abdominal e das náuseas. Nega história prévio de pancreatite e patologias em vesícula. |
| História Social: Sem informações. |

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso Usual | 100 Kg |
| Peso Atual | 90 Kg |
| Altura | 1,78 m |
| CB | 34 cm |
| CP | 39 cm |

| | |
|-------------|-------|
| ME | 89 cm |
| PCSE | 29 mm |
| PCT | 22 mm |
| MAP | 14 mm |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|--|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 4,3 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 11,6 |
| Hematócritos (%) | 35,0 – 47,0 | 34,8 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 26,9 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 33,3 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 80,9 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14 | 13,3 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 13200 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 1320 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 10560 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 792 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 132 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 0 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 396 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 310000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 3,21 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 3,8 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 267 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 0,6 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 16 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 20 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 142 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 4,8 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 3,3 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 8,8 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 101 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 505 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 10,5 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 74 |

| | | |
|---------------------------------|---|-----|
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 160 | 184 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 812 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 75 |

Caso 4:

| |
|--|
| Identificação: E.C.P., 68 anos, sexo feminino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana proveniente do Pronto Atendimento devido a alterações nos níveis de glicemia, náuseas e poliúria. |
| Queixa Principal: DM II. |
| Doenças Associadas: DPOC, Fibrilação Atrial Crônica, HAS. |
| Exame físico: Mucosas normocoradas, abdome plano, cabelos e unhas normais, presença de edema em MMII +/-++++. |
| Medicamentos: Glifage, Amiodarona, Sinvastatina, Xarelto, Jardiance, Hidroclorotiazida, Rivaroxabana, Concardio, Aerolin. |
| Sinais Vitais: 130/60 mmHg; FC: 61 bpm. |
| História da Doença Progressiva: Paciente relata que não está fazendo o uso correto dos medicamentos para DM II, refere não fazer acompanhamento médico e ter uma alimentação adequada para sua patologia. |
| História da Doença Atual: Paciente obteve melhora no quadro geral após haver acerto dos medicamentos para sua patologia durante a internação e prescrição de novos. Foi realizado orientações para o paciente fazer o tratamento de forma correta e seguir em casa. |
| História Social: Paciente refere morar sozinho devido a problemas familiares e por muitas vezes apresenta negação de sua patologia, por isso não segue o tratamento de forma correta. |

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso | 73 Kg |
| Altura | 1,58 m |
| CB | * |
| CP | * |
| AJ | * |
| PCSE | * |
| PCT | * |
| MAP | * |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|----------------------------------|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 4,4 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 12,2 |
| Hematócritos (%) | 35,0 – 47,0 | 38 |

| | | |
|---|--|--------|
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 27,2 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 32,1 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 84,8 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14 | 17,8 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 9300 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 1702 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 6631 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 93 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 74 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 0 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 800 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 229000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 0,7 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 4,1 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 69 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 1,1 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 26 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 22 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 140 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 3,9 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 1,2 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 7,9 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 99 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 140 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 6,3 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 41 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 < 70 anos: 20 – 160 | 88 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 61 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 54 |

Caso 5:

Identificação: R.G.A., 88 anos, sexo masculino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana proveniente do Pronto Atendimento devido a rebaixamento sensorial e hipoglicemia severa.

Queixa Principal: Hipoglicemia.

| |
|---|
| Doenças Associadas: ICC, HAS, DM II, Doença Renal Crônica. |
| Exame físico: Abdome plano, dentição incompleta, mucosas hipocoradas, edemas em MMII +/-++++. |
| Medicamentos: Carvedilol, Enalapril, Furosemida, Doxazosina, Glimeprida. |
| Sinais Vitais: PA: 120/70 mmHg; FC: 69 bpm. |
| História da Doença Progressiva: Paciente internou a dois meses atrás no Hospital Escola da Universidade Franciscana devido a agitação, febre, tremores e hipoglicemia. Após tratamento obteve alta para seguir o tratamento em casa. |
| História da Doença Atual: Paciente teve melhora do quadro geral após realização de medicamentos para controle de glicemia, porém foi necessário introduzir dieta enteral para evitar risco de aspiração. |
| História Social: De acordo com acompanhamento psicológico o paciente tem bom suporte familiar, esteve acompanhado durante toda a internação com familiares. |

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso | 64 Kg |
| Altura | 1,71 m |
| CB | 28 cm |
| CP | 33 cm |
| AJ | 50 cm |
| PCSE | 14 mm |
| PCT | 11 mm |
| MAP | 8 mm |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|----------------------------------|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 3,5 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 8,4 |
| Hematócitos (%) | 35,0 – 47,0 | 26,6 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 24 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 31,5 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 76 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14, | 16,3 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 2100 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 1292 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 1425 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 42 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 19 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 0 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 84 |

| | | |
|------------------------------------|--|--------|
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 289000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 1,01 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 3,2 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 50 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 5,5 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 27 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 13 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 126 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 4,6 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 2,2 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 7,4 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 99 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 169 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 7,1 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 33 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 160 | 100 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 64 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 55 |

DESNUTRIÇÃO

Enquanto os países desenvolvidos e emergentes sofrem com o aumento da obesidade, países subdesenvolvidos temem a desnutrição, onde está frequentemente associada à baixa renda, pobreza, infecções e suas complicações, alcoolismo, restrições dietéticas, entre outros. A desnutrição é o resultado de um longo período de baixa ingestão energética e de proteínas, na deficiência ou dificuldade de absorção, ocasionando a perda de massa gorda e magra, perda de peso, prostração, fraqueza, diminuição das funcionalidades mentais e físicas. Para a morbidade por desnutrição, no Brasil no ano de 2000 a 2016 houveram mais de 1 milhão de internações, sendo maior parte destes idosos, cerca de 505 mil casos (MARTINS et al., 2021)

No ambiente hospitalar a desnutrição causa inúmeras dificuldades no tratamento de patologias e na recuperação do paciente, sendo responsável pelo crescimento no tempo de internação, despesas com hospitalização, maiores taxas de mortalidade e readmissão. Vale ressaltar também que a condição nutricional do indivíduo hospitalizado interfere na cicatrização de feridas, possíveis complicações em procedimentos cirúrgicos e maiores riscos de infecções hospitalares (MUSSOI, 2014). De acordo com um estudo realizado com quatro mil pacientes em 1998 pelo Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional (IBRANUTRI), no Brasil cerca de 48% dos pacientes hospitalizados apresentavam quadro clínico de desnutrição e destes 12,6% estavam em desnutrição grave (WAITZBERG et al., 2001).

Sendo assim, abaixo estão citados alguns estudos de casos provenientes de internações hospitalares devido a desnutrição.

Caso 1:

| |
|--|
| Identificação: Paciente J.B, 84 anos, sexo masculino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana devido a desnutrição crônica. |
| Queixa Principal: Magreza, inapetência. |
| Diagnóstico Clínico: Desnutrição. |
| Doenças Associadas: HAS, Parkinson, AVC Isquêmico prévio. |
| Exame físico: Cabelos quebradiços e despigmentados, mucosa hipocorada, lesão por pressão no tronco, dentição incompleta, abdômen escavado, depleção de massa magra e gorda. |
| Medicamentos: Floratil, Prolopa, Imipra, Rivotril, AAS. |
| Sinais Vitais: PA: 140/80 mmHg; FC: 78 bpm. |
| História da Doença Progressiva: Familiar relata que o paciente tem dificuldades para se alimentar após AVC Isquêmico à 3 anos, desde então vem perdendo peso e evoluindo no quadro de desnutrição. |
| História da Doença Atual: Paciente recebe alimentação por via enteral para suprir suas necessidades calóricas e nutricionais. Após alta hospitalar o paciente irá receber o encaminhamento para retirar dieta SNE através do governo. |
| História Social: De acordo com familiar o paciente reside com um filho que trabalha grande parte do dia e não tem condições de manter um cuidador, sendo assim o mesmo permanece por longos períodos em jejum até a chegada do filho na residência. |

| Dados Antropométricos | Valor |
|-----------------------|---------|
| Peso | 28,6 Kg |
| Altura | 1,72 m |
| CB | 17,5 cm |
| CP | 21 cm |
| AJ | 49 cm |
| PCSE | 7 mm |
| PCT | 8 mm |
| MAP | 4 mm |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|--|---------------------------|---------|
| Eritrócitos (milhões/mm ³) | 4,0 – 5,4 | 2,9 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 8 |
| Hematócritos (%) | 35,0 – 47,0 | 26,7 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 26,8 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 29,9 |

| | | |
|---|--|--------|
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 89,6 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14 | 19,6 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 10100 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 1667 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 7504 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 303 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 202 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 10 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 414 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 291000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 0,82 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 2,1 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 39 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 13,4 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 12 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 16 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 145 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 4,3 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 2,3 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 6,5 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 110 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 71 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 4,8 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 44 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 160 | 8 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 66 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 64 |

Caso 2:

Identificação: T.S.L., 25 anos, sexo feminino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana devido a quadro de magreza e desnutrição crônica.

Queixa Principal: Magreza.

Diagnóstico Clínico: Desnutrição crônica.

Doenças Associadas: Meningite neonatal.

Exame físico: Cabelos e unhas quebradiços, sem presença de edemas, dentição completa, abdome distendido, depleção de massa magra e gorda, mucosas hipocoradas.

Medicamentos: Carbamazepina, Depakene, Frisium.

Sinais Vitais: PA: 100/60 mmHg; FC: 57 bpm.

História da Doença Progressiva: De acordo com familiar paciente possui desnutrição crônica a alguns anos, apresenta dificuldades para se alimentar devido a sequelas de Meningite Neonatal.

História da Doença Atual: Paciente apresenta melhora no quadro geral após instalação de dieta enteral durante a internação.

História Social: Paciente com boa rede de apoio familiar, reside com a mãe e irmã nas quais fazem o seu cuidado durante o dia e a noite.

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso | 29 Kg |
| Altura | 1,54 m |
| CB | 17 cm |
| CP | 21 cm |
| AJ | 43 cm |
| PCSE | 5 mm |
| PCT | 10 mm |
| MAP | 4 mm |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|----------------------------------|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 3,5 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 9,5 |
| Hematócritos (%) | 35,0 – 47,0 | 29,8 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 26,6 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 31,8 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 83,4 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14 | 15,3 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 111000 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 799 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 9320 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 222 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 67 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 11 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 699 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 826000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 1,1 |

| | | |
|---------------------------------|--|------|
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 2,9 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 2,2 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 22,9 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 40 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 62 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 132 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 3,5 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 1,6 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 8,0 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 102 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 50 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 5,4 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 233 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 160 | 35 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 54 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 165 |

Caso 3:

| |
|--|
| Identificação: M. N. R., 89 anos, sexo masculino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana devido a inapetência, diarreia e quadro de magreza. |
| Queixa Principal: Inapetência e diarreia. |
| Diagnóstico Clínico: Desnutrição. |
| Doenças Associadas: AVC Hemorrágico a 4 anos, HAS, Hipotireoidismo. |
| Exame físico: Mucosas hipocoradas, abdome escavado, cabelos e unhas quebradiços, sem presença de edemas. |
| Medicamentos: Dutam, Oxabato de Escetalopram, Racecadotril, Levotiroxina, Sulfato Ferroso, Pantoprazol Magnésico di-hidratado, Brometo de Otilônio. |
| Sinais Vitais: PA: 140/90 mmHg; FC: 100 bpm. |
| História da Doença Progressiva: Paciente acamado a 4 anos após quadro de AVC e recentemente Covid-19, apresenta dificuldades de se alimentar e risco de aspiração. |
| História da Doença Atual: Instaurado dieta enteral para suprir necessidades nutricionais e calóricas do paciente e transferência para outro hospital para continuar o tratamento. |
| História Social: Sem informações. |

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso | 35 Kg |
| Altura | 1,60 m |
| CB | 19 cm |
| CP | 29 cm |
| AJ | 48 cm |
| PCSE | 9 mm |
| PCT | 9 mm |
| MAP | 5 mm |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|--|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 2,7 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 6,8 |
| Hematócitos (%) | 35,0 – 47,0 | 21,2 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 25 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 32,1 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 78 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14, | 15,4 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 5200 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 676 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 4212 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 104 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 52 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 0 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 156 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 339000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 0,82 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 4,0 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 36 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | - |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 21 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 36 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 119 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 3,8 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 1,6 |

| | | |
|---------------------------------|---|-----|
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 8,6 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 100 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 87 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 5,4 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 49 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 160 | 67 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 51 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 77 |

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

Os pulmões exercem uma das principais funções para a sobrevivência do ser humano, sendo responsável pela captação do oxigênio e liberação do dióxido de carbono. Dentre as infecções que podem ocorrer nos órgãos, as respiratórias são as mais comuns, normalmente causadas por vírus e podendo ser provocadas por bactérias e fungos. Podem ocorrer devido à deficiência dos mecanismos de defesa, como um sistema imunológico deprimido associado a outra patologia, lesões e acúmulo de secreções. Além disso, existem diversos tipos de pneumonias, em que seu agente etiológico determina sua classificação e tratamento (KUMAR et al., 2010). No Brasil, no período de Janeiro até Agosto de 2021 mais de 417 mil pacientes foram hospitalizados devido a pneumonia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas ou DPOC, são doenças responsáveis por diversas internações no Hospital Escola da Universidade Franciscana, fazendo diversas aparições nos prontuários da Nutrição Clínica. Tendo em vista o aumento do consumo de cigarros em todo o mundo, as exposições exacerbadas a diversos tipos de elementos tóxicos no ar e a poluição ambiental faz com que a DPOC tenha aumentado de forma abundante. Estas doenças são normalmente referidas como um grupo, composto por Bronquite Crônica e Enfisema Pulmonar, capazes de chegar a quarto lugar em taxas de mortalidade nos Estados Unidos. O Enfisema Pulmonar ocorre quando existe aumento dos espaços aéreos distal ao bronquiolo terminal e que não são possíveis de reverter, enquanto a Bronquite Crônica é relatada como tosse persistente de 3 meses a 2 anos, com presença de escarro (KUMAR et al., 2010).

Abaixo foi descritos os estudos de casos relacionados a doenças respiratórias como diagnóstico clínico principal durante as internações dos pacientes no Hospital Escola da Universidade Franciscana.

Caso 1:

| |
|---|
| Identificação: Paciente T.M.C., 72 anos, sexo feminino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana para tratamento de Pneumonia. |
| Queixa Principal: Tosse excessiva, dispneia. |
| Diagnóstico Clínico: Pneumonia. |
| Doenças Associadas: HAS, DM II, Artrite Reumatóide. |
| Exame físico: Cabelos e unhas normais, abdome plano, mucosas normocorada, pele ressecada, sem presença de edemas. |
| Medicamentos: Enalapril, Hidroclorotiazida, Metformina. |

Sinais Vitais: PA: 130/80 mmHg; FC: 79 bpm.

História da Doença Progressiva: Sem informações.

História da Doença Atual: Sem informações.

História Social: Sem informações.

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso | 74,8 Kg |
| Altura | 1,58 m |
| CB | 30 cm |
| CP | 34 cm |
| AJ | 110 cm |
| PCSE | 79 cm |
| PCT | 20 mm |
| MAP | 74,8 Kg |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|--|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 3,9 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 11,7 |
| Hematócitos (%) | 35,0 – 47,0 | 34,9 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 29,9 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 33,8 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 88,8 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14 | 15,3 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 11800 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 12000 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 4200 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 100 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 250 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 0 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 140 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 148000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 1,02 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 2,3 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 36 |

| | | |
|---------------------------------|---|------|
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 15,2 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 69 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 52 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 125 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 2,5 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 1,7 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 8,4 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 102 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 104 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 5,8 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 40 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 160 | 102 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 64 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | - |

Caso 2:

| |
|--|
| Identificação: A.S., 86 anos, sexo feminino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana para tratamento de DPOC exacerbada. |
| Queixa Principal: Dispneia, presença de catarro e tosse excessiva. |
| Diagnóstico Clínico: DPOC. |
| Doenças Associadas: Enfisema pulmonar. |
| Exame físico: Cabelos e unhas quebradiços, mucosas normocoradas, dentição incompleta, abdome plano. |
| Medicamentos: Losartana, Aerolin, Daxas. |
| Sinais Vitais: PA: 120/80 mmHg; FC: 74 bpm. |
| História da Doença Progressiva: Sem informações. |
| História da Doença Atual: Paciente após doze dias internada teve melhora no seu quadro geral, porém será necessária instalação de oxigênio em sua residência para seguir o tratamento em casa, sendo assim aguarda pelo pedido para poder receber alta. |
| História Social: Sem informações. |

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso | 67,7 Kg |
| Altura | 1,59 m |
| CB | 28 cm |
| CP | 38 cm |

| | |
|-------------|---------|
| AJ | 48,6 cm |
| PCSE | 20 mm |
| PCT | 10 mm |
| MAP | |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|--|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 5,17 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 15,7 |
| Hematócitos (%) | 35,0 – 47,0 | 48,6 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 30,3 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 32,3 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 94 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14 | 14,2 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 14.300 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 3700 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 6500 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 2000 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 580 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 102 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 300 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 270000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 0,6 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 3,2 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 22 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 13 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 31 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 44 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 149 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 5,1 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 2,2 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | - |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 1010 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 110 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 5,9 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 31 |

| | | |
|---------------------------------|---|-----|
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 160 | 111 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 44 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 60 |

Caso 3:

| |
|---|
| Identificação: M.L.R, 86 anos, feminino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana proveniente do UPA 24h, chega de maca acompanhada de cuidadora. A acompanhante refere que a paciente está a 4 anos acamada, isquemia prévia e DM II. |
| Queixa Principal: Dor abdominal difusa e falta de ar. |
| Diagnóstico Clínico: Pneumonia e infecção do trato urinário |
| Doenças Associadas: DM II, Isquemia. |
| Exame físico: Emagrecida, pele e mucosa hipocoradas. |
| Medicamentos: Metformina, Clonazepam, Ritmoneuran, Prolopa. |
| Sinais Vitais: PA: 110/60 mmHg; FC: 66 bpm. |
| História da Doença Progressiva: Sem informações. |
| História da Doença Atual: Paciente acamada, pouco responsiva, febril, em uso de óculos nasal a 5l/min com esforço respiratório, com eliminações urinárias e intestinais ausentes. |
| História Social: Sem informações. |

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso | 41 Kg |
| Altura | 1,55 m |
| CB | 27,2 cm |
| CP | 26 cm |
| AJ | 50 cm |
| PCSE | 17 mm |
| PCT | 10 mm |
| MAP | |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|----------------------------------|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 4,7 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 13,6 |
| Hematócitos (%) | 35,0 – 47,0 | 40 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 28,9 |

| | | |
|---|--|--------|
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 33,2 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 86,6 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14 | 13,4 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 16500 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 3500 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 9000 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 1000 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 230 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 140 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 300 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 210000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 2,1 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 3,2 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 55 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 33,2 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 21 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 46 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 148 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 5,5 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 1,9 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 7,8 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 100 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 120 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 6,2 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 32 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 160 | 41 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 54 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 61 |

NEUROLOGIA

O Acidente Vascular Cerebral ocorre quando os vasos que carregam o sangue para o cérebro por algum motivo acabam rompendo-se ou existe uma obstrução nas artérias ou veias, causando a conhecida paralisia, que é um dos principais sintomas da doença, fazendo com que o portador dessa patologia tenha chance de descobrir de forma rápida e eficaz. Sendo assim, quanto mais cedo for descoberto os sinais de AVC, seja ele Isquêmico ou Hemorrágico, maiores as chances de sobrevivência e de não deixar sequelas. O AVC Isquêmico tem por resultado uma obstrução de um canal sanguíneo, no caso a artéria, fazendo com que a passagem de oxigênio trazido pelo sangue seja insuficiente para suprir a demanda, causando assim a morte das mesmas,

possibilitando que evolua para uma trombose ou embolia. Já o AVC Hemorrágico é o rompimento de um vaso que leva o sangue até o cérebro, causando uma hemorragia interna (NEVES, 2021). Segundo dados do DATASUS, no ano de 2009 houve mais de 160 mil internações por doenças cerebrovasculares, com óbitos passando dos 51 a cada 100 mil habitantes (ALMEIDA, 2013)

Abaixo seguem os estudos de casos desenvolvidos a partir dos diagnósticos médicos de Doenças Neurológicas.

Caso 1:

| |
|--|
| Identificação: E.R.S., 42 anos, sexo masculino. Paciente interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana trazido por ambulância do SAMU com rebaixamento sensório e possíveis sinais de AVC. |
| Queixa Principal: Rebaixamento sensório. |
| Diagnóstico Clínico: AVC Isquêmico. |
| Doenças Associadas: HAS, ICC. |
| Exame físico: Presença de edemas em MMII +++/++++, mucosa normocoradas, abdome plano. |
| Medicamentos: Carvedilol, Losartana. |
| Sinais Vitais: PA: 140 / 70 mmHg; FC: 117 bpm. |
| História da Doença Progressiva: Paciente consultou no Pronto Atendimento um dia antes da internação devido quadro de vômitos e inapetência. |
| História da Doença Atual: Paciente em bom estado geral, com melhora do quadro de rebaixamento sensório. |
| História Social: Paciente apresenta boa rede de apoio familiar, onde sempre esteve acompanhado durante a internação e seu familiares compreenderam a necessidade de maiores cuidados com o mesmo após a alta. |

| Dados Antropométricos | Valor |
|-----------------------|---------|
| Peso | 53,7 Kg |
| Altura | 1,67 m |
| CB | * |
| CP | * |
| AJ | * |
| PCSE | * |
| PCT | * |
| MAP | * |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|--|---------------------------|---------|
| Eritrócitos (milhões/mm ³) | 4,0 – 5,4 | 6 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 16,9 |
| Hematócritos (%) | 35,0 – 47,0 | 51 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 28,2 |

| | | |
|---|--|--------|
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 33,1 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 85,2 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14 | 15 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 7400 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 1354 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 4000 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 230 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 210 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 50 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 100 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 250000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 0,8 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 4,6 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 62 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 4,5 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 44 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 41 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 129 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 3,9 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 1,8 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 8,1 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 96 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 88 |
| Hb1Ac (%) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 41 |
| Gama GT (u/L) | Adulto: 25 – 125 < 70 anos: 20 – 160 | 38 |
| Amilase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 22 |
| Lipase (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 47 |

Caso 2:

Identificação: Paciente G.S.P., 50 anos, sexo masculino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana após encaminhamento da Unidade de Pronto Atendimento devido a perda de sensibilidade e formigamento nos membros superiores.

Queixa Principal: AVC Hemorrágico.

Doenças Associadas: Asma, HAS.

Exame físico: Cabelos e unhas quebradiços, sem presença de edemas, dentição completa, abdome plano.

Medicamentos: Losartana, Anlodipino, Aerolin, Clenil.

Sinais Vitais: PA: 151 / 111 mmHg; FC: 101 bpm.

História da Doença Progressiva: Paciente relata quadro de parestesia e paresia em hemicorpo esquerdo além de momentos de confusão mental a oito dias antes da internação.

História da Doença Atual: Paciente teve melhora no quadro de parestesia e paresia, apresentou avanço na fala e recuperação da confusão mental.

História Social: Paciente reside com a esposa, faz uso de bebidas alcóolicas desde os quinze anos de idade, refere ser tabagista 1 maço dia e etilista pesado.

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso | 93,5 Kg |
| Altura | 1,78 m |
| CB | 35 cm |
| CP | 39 cm |
| AJ | * |
| PCSE | * |
| PCT | * |
| MAP | * |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|----------------------------------|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 5 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 15,8 |
| Hematócritos (%) | 35,0 – 47,0 | 49,9 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 31,9 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 33,4 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 94,9 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14 | 12,1 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 10400 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 1843 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 4200 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 0 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 0 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 0 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 220 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 220000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 1,52 |

| | | |
|---------------------------------|--|-----|
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | - |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 45 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 4,8 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 26 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 32 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 136 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 4 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 2,3 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 9,1 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 10 | 104 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 90 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 5,7 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 38 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 160 | 60 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 33 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 52 |

Caso 3:

Identificação: V.T.G., 95 anos, sexo feminino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana encaminhada de Unidade de Pronto Atendimento com disartria súbita e paresia de hemicorpo direito.

Queixa Principal: AVC Isquêmico.

Doenças Associadas: HAS, DM II, Osteoporose.

Exame físico: Cabelos e unhas quebradiços, abdome globoso, edema em MMII +/-++++, pupilas hipocoradas.

Medicamentos: Varicoss, Epironolactona, Furosemida, Omeprazol, AAS.

Sinais Vitais: PA: 140/80 mmHg; FC: 73 bpm.

História da Doença Progressiva: Sem informações.

História da Doença Atual: Paciente apresenta melhora no quadro geral da patologia, conseguindo introduzir aos poucos alimentação e recuperando movimentos em MMII.

História Social: Paciente acompanhada do filho durante a internação, possui boa rede de apoio familiar. Reside sozinha e dispõe de cuidadoras durante o dia e noite.

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso | 57 Kg |
| Altura | 1,48 m |
| CB | 27 cm |
| CP | 38 cm |
| AJ | 47 cm |
| PCSE | 9 mm |
| PCT | * |
| MAP | * |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|--|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 3,2 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 8 |
| Hematócitos (%) | 35,0 – 47,0 | 37,6 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 31,1 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 32,7 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 95,1 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14 | 14,5 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 6500 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 1469 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 4200 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 0 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 0 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 0 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 120 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 191000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 1,4 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 2,9 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 89 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 1,8 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 31 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 44 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 135 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 4,2 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 2,2 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 8,3 |

| | | |
|---------------------------------|---|-----|
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 105 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 131 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 6,5 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 32 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 160 | 41 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 54 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 49 |

Caso 4:

| |
|---|
| Identificação: A.C.S., 75 anos, sexo masculino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana devido a perda de força em MID e tremores em MSD. |
| Queixa Principal: AVC Isquêmico. |
| Doenças Associadas: DM II, HAS, Hipotireoidismo. |
| Exame físico: Cabelos e unhas normais, abdome globoso, sem presença de edemas, dentição completa. |
| Medicamentos: Levotiroxina, Enalapril, Alopurinol, Hidroclorotiazida, Vertizan, Glifage, AAS, Clopidogrel. |
| Sinais Vitais: PA: 180/100 mmHg; FC: 55 bpm. |
| História da Doença Progressiva: Sem informações. |
| História da Doença Atual: Sem informações. |
| História Social: Sem informações. |

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso | 72 Kg |
| Altura | 1,65 m |
| CB | 32 cm |
| CP | 33 cm |
| AJ | 51 cm |
| PCSE | 16 mm |
| PCT | 12 mm |
| MAP | * |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|----------------------------------|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 5,7 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 17,1 |

| | | |
|---|--|--------|
| Hematócitos (%) | 35,0 – 47,0 | 52,2 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 30,1 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 32,7 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 92,2 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14 | 13,5 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 18000 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 1260 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 14940 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 1260 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 0 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 0 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 540 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 357000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 6,52 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 4,5 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 257 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 8,9 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 22 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 27 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 160 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 5,6 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 2,9 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 6,8 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 10 | 102 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 242 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 8,1 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 72 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 < 70 anos: 20 – 160 | 42 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 84 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 43 |

Caso 5:

Identificação: D.P.P., 76 anos, sexo feminino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana trazida pelos Bombeiros após vizinhos encontrarem a paciente caída no banheiro, encontra-se confusa e com hemiparesia esquerda.

| |
|--|
| Queixa Principal: AVC Hemorrágico. |
| Doenças Associadas: HAS |
| Exame físico: Pupilas normocoradas, cabelos e unhas normais, presença de edemas em MMII +/-++++, abdome plano. |
| Medicamentos: Losartana, AAS. |
| Sinais Vitais: PA: 130/60 mmHg; FC: 77 bpm. |
| História da Doença Progressa: Sem informações. |
| História da Doença Atual: Paciente teve boa recuperação no quadro geral, encaminhada para casa a cuidados dos familiares após alta hospitalar. |
| História Social: Paciente reside sozinha por vontade própria, era capaz de realizar os afazeres de casa antes da internação. É auxiliada por dois filhos e possui boa rede de apoio familiar. |

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso | 59,2 Kg |
| Altura | 1,49 m |
| CB | 32 cm |
| CP | 34,5 cm |
| AJ | 45 cm |
| PCSE | 18 mm |
| PCT | 9 mm |
| ME | 78 cm |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|----------------------------------|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 3,8 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 11,9 |
| Hematócritos (%) | 35,0 – 47,0 | 35,3 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 31,3 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 33,7 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 92,9 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14 | 13,2 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 20900 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 1766 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 17619 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 990 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 17 |

| | | |
|---------------------------------------|--|--------|
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 17 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 1139 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 291000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 0,81 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 4,9 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 43 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 6,1 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 29 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 34 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 132 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 3,8 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 1,9 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 8,5 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 101 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 107 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 6 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 31 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 160 | 67 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 58 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 63 |
| VHS (mm) | 0 – 20 | 30 |

DOENÇAS GASTROINTESTINAIS

O Trato Gastrointestinal é composto por diversos segmentos, incluindo esôfago, estômago, intestino delgado, cólon, reto e ânus. Entre suas seções, cada uma possuindo funções diferentes, porém integradas e capazes de controlar desde a ingestão dos alimentos, absorção dos nutrientes e excreção dos resíduos. Tendo em vista as diferentes regiões que o trato gastrointestinal engloba e suas diferentes funções, as doenças que o atingem possuem diferentes características. Dentre as diversas doenças que acometem o trato gastrointestinal, uma delas é a Colangite Aguda, patologia na qual ocorre após uma infecção da árvore biliar, normalmente devido à obstrução biliar por cálculos. Outra doença que tem números consideráveis nas internações por doenças gastrointestinais é o desbalanceamento da bactéria *Helicobacter Pylori* presente no trato gastrointestinal, principal responsável pela gastrite, necessitando de tratamento médico para não evoluir para gastrite crônica (KUMAR, 2010).

Seguem abaixo os estudos de casos relacionados a doenças gastrointestinais de pacientes internados no Hospital Escola da Universidade Franciscana.

Caso 1:

| |
|---|
| Identificação: C.P.B., 74 anos, sexo feminino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana devido a fortes dores abdominais associadas a vômitos e febre. |
| Queixa Principal: Colangite. |
| Doenças Associadas: HAS, DM II, Dislipidemia. |
| Exame físico: Abdome ascítico, mucosas hipocoradas, cabelos e unhas normais. |
| Medicamentos: Anlodipino, Sinvastatina, Losartana, Clortalidona, Atenolol, Cilostozol, Fluoxetina, Metformina, AAS, Insulina NPH. |
| Sinais Vitais: PA: 140/70 mmHg; FC: 95 bpm. |
| História da Doença Progressa: Paciente refere ter tido outros episódios de ascite anteriormente e apresenta cicatrizes em abdome devido a cirurgia de retirada de líquido ascítico a 2 anos. |
| História da Doença Atual: Realizado paracentese para retirado do líquido ascítico com retirada de cinco litros. Apresenta melhora do quadro geral e foi encaminhada para tratamento com especialistas. |
| História Social: Paciente acompanhada dos filhos durante toda a internação, com boa rede de apoio familiar. |

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso Usual | 70 Kg |
| Peso Atual | 55,5 Kg |
| Altura | 1,54 m |
| CB | 29 cm |
| CP | 32 cm |
| AJ | 39 cm |
| ME | 77 cm |
| PCT | * |
| MAP | 14 mm |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|----------------------------------|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 4,3 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 10,6 |
| Hematócitos (%) | 35,0 – 47,0 | 32,3 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 24,6 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 32,4 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 75,1 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14 | 16,3 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 13300 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 2100 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 8996 |

| | | |
|---|--|-------|
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 630 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 850 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 0 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 250 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 31000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 2,07 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 2,99 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 80 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 22,9 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 31 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 16 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 136 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 4,2 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 1,7 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 8,4 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 99 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 128 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 6,6 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 38 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 >70 anos: 20 – 160 | 45 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 58 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 878 |

Caso 2:

Identificação: E.M.S., 26 anos, sexo feminino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana devido a eliminações urinárias de coloração amarelo escuro e suspeita de H. Pylori.

Queixa Principal: Úlcera gástrica devido a H. Pylori.

Doenças Associadas: Não há.

Exame físico: Mucosas normocoradas, cabelos e unhas normais, dentição completa, sem presença de edemas.

Medicamentos: Não há.

Sinais Vitais: PA: 150/100 mmHg; FC: 85 bpm.

História da Doença Progressiva: Paciente iniciou a um mês com quadro de dores abdominais em região epigástrica com irradiação para o dorso piorando após se alimentar, vômitos e inapetência.

História da Doença Atual: Paciente apresentou piora no quadro geral, com súbito rebaixamento de consciência e taquicardia, sendo transferido com urgência para UTI de outro hospital.

História Social: Paciente acompanhado de amigo em alguns momentos da internação, não possui rede de apoio familiar e apresente vulnerabilidade social.

| Dados Antropométricos | Valor |
|-----------------------|--------|
| Peso | 66 Kg |
| Altura | 1,65 m |
| CB | * |
| CP | * |
| AJ | * |
| PCSE | * |
| PCT | * |
| MAP | * |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|--|----------------------------------|---------|
| Eritrócitos (milhões/mm ³) | 4,0 – 5,4 | 3,9 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 12,1 |
| Hematócritos (%) | 35,0 – 47,0 | 36,6 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 30,3 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 33,2 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 91,2 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14 | 12,9 |
| Leucócitos (/mm ³) | 3.600 – 11.000 | 8100 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 508 |
| Segmentados (cél/mm ³) | 3.500 a 7.000 | 4100 |
| Bastões (cél/mm ³) | 0 a 700 | 0 |
| Eosinófilos (cél/mm ³) | 0 a 700 | 0 |
| Basófilos (cél/mm ³) | 0 a 200 | 0 |
| Monócitos (cél/mm ³) | 100 a 1000 | 180 |
| Plaquetas (/mm ³) | 150.000 – 450.000 | 279000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 0,6 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 4,1 |

| | | |
|---------------------------------|--|-----|
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 13 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 7,2 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 92 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 201 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 137 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 4,1 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 2,2 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 9,8 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 104 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 115 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 6,4 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 153 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 < 70 anos: 20 – 160 | 346 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 920 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 99 |

Caso 3:

| |
|--|
| Identificação: O.V., 54 anos, sexo masculino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana devido a quadro de diarreia crônica a mais de dois meses. |
| Queixa Principal: Diarreia Crônica. |
| Doenças Associadas: DM I. |
| Exame físico: Cabelos e unhas quebradiças, depleção de massa magra e gorda, abdome escavado, mucosa hipocoradas, dentição completa. |
| Medicamentos: Glifage, Insulina NPH. |
| Sinais Vitais: PA: 140/90 mmHg; FC: 91 bpm. |
| História da Doença Progressiva: Paciente refere que a dois meses iniciou quadro de diarreia crônica, com eliminações intestinais acima de dez vezes ao dia e por diversas vezes sente tenesmo. Relata perda de peso, porém não soube quantificar quantos kilos. |
| História da Doença Atual: Paciente apresentou piora no quadro geral, com rebaixamento sensorio e dessaturação súbitas, sendo necessário transferência para UTI. |
| História Social: De acordo com Agente Social, paciente está em vulnerabilidade social e não possui rede de apoio familiar, morando sozinho e sem contato com a família. |

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso Usual | 81 Kg |

| | |
|-------------------|--------|
| Peso Atual | 61 Kg |
| Altura | 1,71 m |
| CB | * |
| CP | * |
| AJ | * |
| PCSE | * |
| PCT | * |
| MAP | * |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|--|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 3,2 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 8,3 |
| Hematócitos (%) | 35,0 – 47,0 | 25,9 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 25,3 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 32,1 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 79,2 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14 | 14,9 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 10500 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 1005 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 8610 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 630 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 0 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 0 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 210 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 129000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 1,3 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 2,4 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 38 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 18,3 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 31 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 24 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 134 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 2,1 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 1,6 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 7,4 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 97 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 80 |

| | | |
|---------------------------------|---|-----|
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 7,2 |
| VHS | 0 – 15 mm na 1º hora | 60 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 41 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 < 70 anos: 20 – 160 | 34 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 10 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 62 |

CÂNCER

O câncer tornou-se uma doença predominante em todo o mundo, com número de casos crescentes em todos os países, sendo estudado de forma aprofundada para maior entendimento de seus sintomas e causas. Sendo assim, o câncer tem se tornado um grande problema de saúde pública, tendo em vista que os custos para o tratamento do mesmo são elevados, principalmente em países como o Brasil, que conta que um Sistema Único de Saúde público e acessível a toda população, sem custos (GUERRA et al., 2005). De acordo com a Global Cancer Statistics, no ano de 2018 as estimativas de novos casos de câncer eram de 18,1 milhões e de 9,6 milhões de mortes. Dentre esses números, temos que cerca de 7,1% são casos de câncer de próstata, dado que é confirmado no presente estudo, tendo em vista que foi o câncer com maior incidência nas internações hospitalares do Hospital Escola da Universidade Franciscana (BRAY et al., 2018).

Abaixo estão descritos os estudos de casos resultantes das internações hospitalares relacionadas ao câncer.

Caso 1:

| |
|--|
| Identificação: S.S.P, 51 anos, sexo masculino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana devido a náuseas e dificuldades na evacuação, com necessidade de enema. |
| Diagnóstico Clínico: Câncer de Próstata com metástase. |
| Doenças Associadas: DM II. |
| Exame físico: Cabelos e unhas normais, dentição incompleta, edema em MI +/-++++, Abdômen com ascite. |
| Medicamentos: Heparina, Óleo mineral, Metformina, Tramadol, Morfina. |
| Sinais Vitais: PA: 125/80 mmHg; FC: 75 bpm. |
| História da Doença Progressa: Diagnóstico de câncer de próstata com metástase a 7 meses. |
| História da Doença Atual: Sem informações. |
| História Social: Sem informações. |

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso | 53,8 Kg |
| Altura | 1,68 m |

| | |
|-------------|---------|
| CB | 23,5 cm |
| CP | 32 cm |
| AJ | 50 cm |
| PCSE | 15 mm |
| PCT | 7 mm |
| MAP | 9 mm |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|--|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 4,6 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 10,9 |
| Hematócitos (%) | 35,0 – 47,0 | 34,2 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 26,8 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 31,9 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 84,2 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14 | 17,8 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 16000 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 3900 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 11000 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 950 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 120 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 0 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 200 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 330000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 1,77 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 2,1 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 71 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 20,5 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 29 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 18 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 137 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 4,1 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 2,2 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 9,1 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 100 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 110 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 6,1 |

| | | |
|---------------------------------|--|----|
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 44 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 16 | 62 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78, | 50 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 43 |

Caso 2:

| |
|--|
| Identificação: M.B.O, 40 anos, sexo masculino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana devido a dores abdominais intensas e com investigação de neoplasia abdominal em outro hospital. |
| Diagnóstico Clínico: Neoplasia Abdominal e Câncer de Testículo. |
| Doenças Associadas: Não há. |
| Exame físico: Cabelos despigmentado, unhas quebradiças, mucosa hipocorada, edema em MMII +/-++++. |
| Medicamentos: Morfina, Tramadol, Dipirona, Ondasetrona, Amlópril. |
| Sinais Vitais: PA: 100/40 mmHg; FC: 54 bpm. |
| História da Doença Progressiva: Paciente refere que seu processo de adoecimento começou a cerca de três meses, sendo buscado atendimento em diversas Unidades Básicas de Saúde. Relata ter conseguido fazer exames de biópsia em Hospital Universitário após encaminhamento médico. |
| História da Doença Atual: Foi constatado câncer, o paciente começou o tratamento de quimioterapia e posteriormente deverá realizar uma cirurgia. |
| História Social: De acordo com o relatado e observado durante a internação, o paciente possui boa rede de apoio familiar. |

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso | 48 Kg |
| Altura | 1,70 m |
| CB | 22 cm |
| CP | 31 cm |
| AJ | 50 cm |
| PCSE | 6 mm |
| PCT | 7 mm |
| MAP | * |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|----------------------------------|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 3,6 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 9,2 |
| Hematócitos (%) | 35,0 – 47,0 | 28,6 |

| | | |
|---|--|--------|
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 25,9 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 32,1 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 80,7 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14 | 15,4 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 8900 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 6,4 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 7458 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 178 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 9 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 0 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 685 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 442000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 0,52 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 2,43 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 40 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 13,1 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 46 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 19 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 136 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 3,8 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 1,7 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 8,6 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 104 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 88 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 5,4 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 34 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 160 | 61 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 55 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 70 |

Caso 3:

Identificação: Paciente O.G, 80 anos, sexo masculino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana devido a sepse e descompensação respiratória, chega de maca acompanhado de familiar e técnico de enfermagem.

Diagnóstico Clínico: Câncer de próstata.

| |
|---|
| Doenças Associadas: Anemia, Trombocitopenia, Leucocitose, Melena. |
| Exame físico: Mucosas hipocoradas, edemas em MMII (++/++++), cabelos e unhas quebradiços, abdome plano. |
| Medicamentos: Metotrexato, Doxazosina. |
| Sinais Vitais: PA: 140/80 mmHg; FC: 65 bpm. |
| História da Doença Progressiva: Paciente refere ter descoberto o câncer de próstata há 2 anos após exame de rotina. |
| História da Doença Atual: Paciente em tratamento do câncer de próstata, porém foi identificado metástase óssea recentemente, onde será reavaliado pelo médico oncologista. |
| História Social: Sem informações. |

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso | 69 Kg |
| Altura | 1,84 m |
| CB | 26 cm |
| CP | 34 cm |
| ME | 92 cm |
| PCSE | * |
| PCT | * |
| MAP | * |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|----------------------------------|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 3,22 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 9,3 |
| Hematócritos (%) | 35,0 – 47,0 | 26,9 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 28,8 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 34,5 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 83,5 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14 | 13,8 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 19700 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 788 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 8500 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 2000 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 920 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 210 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 330 |

| | | |
|------------------------------------|--|--------|
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 110000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 4,63 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 2,7 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 130 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 5,5 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 42 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 33 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 127 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 6,1 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 2,2 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 8,8 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 101 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 89 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 5,2 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 (u/L) M: 5 – 39 | 41 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 160 | 72 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 33 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 64 |

DOENÇAS VASCULARES

A Trombose Venosa Profunda (TVP) é definida pelo desenvolvimento de trombos, que são coágulos sanguíneos capazes de realizar uma inflamação na parede dos vasos, sendo mais comum aparecerem nos membros inferiores. Esta obstrução causada pelo coágulo pode desprender das paredes interna dos vasos e bloquear outras artérias, possibilitando a evolução para problemas mais graves como uma Embolia Pulmonar. No Brasil, segundo alguns estudos, esta doença apresenta 0,6 casos a cada 1000 habitantes todos os anos (SOUSA e ÁLVARES, 2018).

Caso 1:

Identificação: Z.C., 88 anos, sexo feminino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana acompanhada da neta devido a perda de sensibilidade em MID e dificuldade de deambulação a dois dias.

Diagnóstico Clínico: Trombose Venosa Profunda.

Doenças Associadas: HAS, ICC.

Exame físico: Cabelos e unhas normais, mucosa normocorada, edema em MID, abdômen distendido, pele desidratada, edema em MIE (++/++++).

Medicamentos: Enalapril, Diazepam, Enoxaparina.

Sinais Vitais: PA: 140/60 mmHg; FC: 70 bpm.

História da Doença Progressiva: Paciente apresentou inchaço nas pernas a algumas semanas porém não buscou tratamento. Há dois dias atrás ostentou novamente edemas em MMII e dificuldade para deambular.

História da Doença Atual: Paciente em processo de alta hospitalar após o tratamento medicamentoso e melhora no quadro geral. Encaminhada para Cardiologista e orientada a seguir o tratamento de forma correta em sua residência.

História Social: Paciente relata boa rede de apoio familiar, residindo sozinha mas com apoio das irmãs e filha quando é necessário.

| Dados Antropométricos | Valor |
|-----------------------|--------|
| Peso | 62 Kg |
| Altura | 1,58 m |
| CB | * |
| CP | * |
| AJ | * |
| PCSE | * |
| PCT | * |
| MAP | * |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|--|--|---------|
| Eritrócitos (milhões/mm ³) | 4,0 – 5,4 | 5,7 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 10,2 |
| Hematócitos (%) | 35,0 – 47,0 | 30 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 28,1 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 33,4 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 84,6 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14 | 12,2 |
| Leucócitos (/mm ³) | 3.600 – 11.000 | 7500 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 1200 |
| Segmentados (cél/mm ³) | 3.500 a 7.000 | 4100 |
| Bastões (cél/mm ³) | 0 a 700 | 0 |
| Eosinófilos (cél/mm ³) | 0 a 700 | 0 |
| Basófilos (cél/mm ³) | 0 a 200 | 0 |
| Monócitos (cél/mm ³) | 100 a 1000 | 150 |
| Plaquetas (/mm ³) | 150.000 – 450.000 | 215000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 1,03 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 4,1 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 | 26 |

| | | |
|---------------------------------|--|------|
| | M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | - |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 29 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 41 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 137 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5, | 3,9 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 1,8 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 8,9 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 101 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 92 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 5,4 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 40 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 160 | 54 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78, | 37 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 66 |
| VHS (mm) | 0 – 20 | 46 |
| D-Dímero (ng/mL) | < 500 | 2030 |

Caso 2:

| |
|--|
| Identificação: R.P.S., 84 anos, sexo feminino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana proveniente do Pronto Atendimento após apresentar dificuldades para respirar processo inflamatório em região orofaríngea. |
| Diagnóstico Clínico: Trombose Venosa Profunda. |
| Doenças Associadas: HAS, Alzheimer, Parkinson, Varizes em MMII. |
| Exame físico: Abdome globoso, mucosas hipocoradas, cabelos e unhas quebradiços, edema em MIE (++/++++). |
| Medicamentos: Prolopa, Memantina, Risperidona, Hidroclorotiazida, Galantamina, Espironolactona, Escitalopram. |
| Sinais Vitais: PA: 111/60 mmHg; FC: 73 bpm. |
| História da Doença Progressa: Paciente buscou atendimento hospitalar há oito dias após ter percebido edema e vermelhidão em MIE. |
| História da Doença Atual: Paciente apresentou melhora no quadro geral da patologia e foi encaminhada para o Ambulatório de Cirurgia Vascular e Ambulatório Médico para fazer seguimento no tratamento. |
| História Social: Sem informações. |

| Dados Antropométricos | Valor |
|-----------------------|-------|
|-----------------------|-------|

| | |
|---------------|---------|
| Peso | 75,8 Kg |
| Altura | 1,52 m |
| CB | 34,5 cm |
| CP | 36,5 cm |
| AJ | 45 cm |
| PCSE | 17 mm |
| PCT | 25 mm |
| MAP | * |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|--|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 3,6 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 10,8 |
| Hematócritos (%) | 35,0 – 47,0 | 33 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 29,7 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 32,7 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 90,1 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14 | 14,7 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 9800 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 1480 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 7076 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 296 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 235 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 0 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 715 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 174000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 1,09 |
| VHS (mm) | 0 – 20 | 45 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 3,3 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 48 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 3,2 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 31 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 42 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 131 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 4,2 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 1,7 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 8,9 |
| Cloretos | 98 – 107 | 102 |

| | | |
|---------------------------------|---|-----|
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 165 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 6,1 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 31 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 160 | 52 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 24 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 66 |

Caso 3:

| |
|--|
| Identificação: R.M.M., 57 anos, sexo feminino. Interna no Hospital Escola da Universidade Franciscana devido a fortes dores e manchas vermelhas em MID, cansaço, vômitos, dores de cabeça. |
| Diagnóstico Clínico: Trombose Venosa Profunda. |
| Doenças Associadas: HAS, Hipotireoidismo. |
| Exame físico: Abdome globoso, edema em panturrilha (++/++++), mucosas normocoradas, cabelos e unhas normais, dentição completa. |
| Medicamentos: Anlodipino, Atenolol, Furosemida, Losartana, Levotiroxina, Sinvastatina. |
| Sinais Vitais: PA:130/80 mmHg; FC: 71 bpm. |
| História da Doença Progressiva: Paciente procurou o Pronto Atendimento anteriormente por fortes dores em MID, onde foi prescrito medicamento para dor e repouso. Refere que melhorou da dor e edema nesse período. Há 8 dias, quando voltou as atividade laborais, apresentou edema e dor no MID e decidiu procurar atendimento médico novamente. |
| História da Doença Atual: Paciente apresentou melhora de edema e hiperemia em MID, referindo leve algia em região distal da coxa. Foi entregue novos medicamentos para seguir o tratamento em casa e alta hospitalar. |
| História Social: Sem informações. |

| Dados Antropométricos | Valor |
|------------------------------|--------------|
| Peso | 88 Kg |
| Altura | 1,59 m |
| CB | * |
| CP | * |
| AJ | * |
| PCSE | * |
| PCT | * |
| MAP | * |

* As medidas antropométricas podem ser adaptadas de acordo com as necessidades e objetivos das disciplinas estudadas.

| Exames Laboratoriais | Parâmetros de Referências | Valores |
|---|--|----------------|
| Eritrócitos (milhões/mm³) | 4,0 – 5,4 | 4,1 |
| Hemoglobina (g/dL) | 11,1 – 16,1 | 12,7 |
| Hematócitos (%) | 35,0 – 47,0 | 37,5 |
| H.C.M (pg) | 26,0 – 32,0 | 30,3 |
| C.H.C.M (%) | 31,0 – 35,0 | 33,8 |
| V.C.M (fL) | 80,0 – 98,0 | 89,7 |
| R.D.W (%) | 11,0 – 14 | 14 |
| Leucócitos (/mm³) | 3.600 – 11.000 | 6600 |
| Linfócitos (%) | 1.000 a 4500 | 2449 |
| Segmentados (cél/mm³) | 3.500 a 7.000 | 3313 |
| Bastões (cél/mm³) | 0 a 700 | 66 |
| Eosinófilos (cél/mm³) | 0 a 700 | 170 |
| Basófilos (cél/mm³) | 0 a 200 | 0 |
| Monócitos (cél/mm³) | 100 a 1000 | 601 |
| Plaquetas (/mm³) | 150.000 – 450.000 | 210000 |
| Creatinina (mg/dL) | H: 0,72 – 1,25 M: 0,57 – 1,11 | 0,83 |
| Albumina (g/dL) | 3,8 – 5,2 | 4,5 |
| Ureia (mg/dL) | H < 50 anos: 19 – 44 H > 50 anos: 18 – 55 M < 50 anos: 15 – 40 M > 50 anos: 21 – 43 | 25 |
| PCR (mg/dL) | Inferior a 0,5 | 1,8 |
| TGO (u/L) | 0,5 – 34,0 | 28 |
| TGP (u/L) | 0 – 55,0 | 36 |
| Sódio (mEq/L) | 136 – 145 | 141 |
| Potássio (mEq/L) | 3,6 – 5,6 | 3,8 |
| Magnésio (mg/dL) | 1,6 – 2,4 | 1,9 |
| Cálcio (mg/dL) | 8,4 – 10,2 | 9,4 |
| Cloretos (mmol/L) | 98 – 107 | 106 |
| Glicose (mg/dL) | 70 – 99 | 91 |
| Hb1Ac (%) | < 5,7 | 5,3 |
| Gama GT (u/L) | H: 7 – 58 M: 5 – 39 | 32 |
| Amilase (u/L) | Adulto: 25 – 125 > 70 anos: 20 – 160 | 51 |
| Lipase (u/L) | 8,0 – 78,0 | 34 |
| Fosfatase Alcalina (u/L) | Adultos: 40 – 150 | 61 |
| TSH (µUI/mL) | 0,465 – 4,68 | 6,250 |
| T4L (ng/dL) | 0,78 – 2,19 | 0,51 |

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste estudo observou-se que a busca pelo conhecimento e a necessidade de aprendizado concebem ideais e demandas em todas as áreas do saber, sendo necessária a pesquisa e criação de meios inovadores de ensino. O estudo de caso como método de ensino provou-se eficaz em inúmeras áreas da saúde e afins, trazendo para dentro da sala de aula a vivência, o experimento e o resultado. Sendo assim, este artigo traz diversos estudos de caso subdivididos em suas patologias, para auxiliar a compreensão de cada situação e sua particularidade.

Destaca-se a relevância e utilidade que estes estudos de casos representam, podendo ser adaptados e utilizados em diversas disciplinas dentro do Curso de Nutrição, bem como áreas que envolvem a Nutrição Clínica, Avaliação Nutricional, Interpretação de Exames Laboratoriais, Interação Fármaco-Nutriente, entre outras.

Entretanto, como toda pesquisa, as limitações deste trabalho se deram devido a muitas anamneses incompletas que dificultaram o trabalho, que por sua via poderiam acrescentar no nível de descrição de cada situação. Tendo em vista a série de estudos de casos formados neste estudo serem utilizadas como método de ensino nas mais diversas áreas, é de grande valia executar uma nova etapa em cada produto deste trabalho, sendo possível a resolução de cada estudo de caso, trazendo assim de maneira concreta respostas para as práticas clínicas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Sara Regina Meira. Análise epidemiológica do acidente vascular cerebral no Brasil. **Revista Neurociências**, v. 20, n. 4, p. 481-482, 2012.
- BRANSKI, et al. Metodologia de estudo de casos aplicada à logística. **Anais do Congresso de Pesquisa e Ensino em Transporte**, Brasil, 24. 2010.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R.L., Torre, L.A. and Jemal, A. (2018), **Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries**. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68: 394-424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Carneiro M. S.; ReisH. J. L. Perfil epidemiológico de pacientes portadores de insuficiência cardíaca atendidos em um hospital de referência no Norte do Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 12, p. e9368, 6 dez. 2021.
- COELHO, L. C. A.; NUNES, C. P.. **Pancreatite Aguda: Uma revisão**. Revista de Medicina de Família e Saúde Mental., v. 1, n. 2, 2019.
- DE OLIVEIRA, S. M.; GONDIM DOS SANTOS, L. L. Infecção do trato urinário: estudo epidemiológico em prontuários laboratoriais. **Journal Health NPEPS**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 198–210, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/2843>. Acesso em: 1 jun. 2022.
- GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. de M.; MENDONÇA, G. A. e S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 51, n. 3, p. 227–234, 2005. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2005v51n3.1950. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1950>. Acesso em: 29 maio. 2022.
- França, V.R.V. (1994). Teoria(s) da comunicação: busca de identidade e de caminhos. **Rev. Esc. Biblioteconomia UFMG**, 23, 138-152.
- International Diabetes Federation. **IDF Atlas**. 8. ed. Bruxelas: International Diabetes Federation; 2017. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/>. Acesso em: 1 jun. 2022.

- KUMAR, V.; ABBAS, A.; FAUSTO, N. **Robbins e Cotran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010;
- LI, Philip Kam Tao; BURDMANN, Emmanuel A.; MEHTA, Ravindra L.. **Acute kidney injury: a global alert**. *Braz. J. Nephrol.*, v. 35, n. 1, p. 1-5, Mar. 2013.
- MARTINS, K. P. dos S.; SANTOS, V. G. dos; LEANDRO, B. B. da S.; OLIVEIRA, O. M. A. de. Transição nutricional no Brasil de 2000 a 2016, com ênfase na desnutrição e obesidade. **Asklepion: Informação em Saúde**, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 113–132, 2021. Disponível em: <https://revistaasklepion.emnuvens.com.br/asklepion/article/view/22>. Acesso em: 2 jun. 2022.
- MORAIS, S. P.; ROSA, D.Z.; FERNANDEZ, A.A. SENNA, C. M. P. C. Metodologias ativas de aprendizagem:elaboração de roteiros de estudo em “salas sem parede” In: **Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática**. Porto Alegre: Penso. 2018.
- Morbidity and Mortality Chartbook on Cardiovascular Lung and Blood Disease, National Institutes of Health (2007)
- MUSSOI, T. D. **Avaliação nutricional na prática clínica: da gestação ao envelhecimento**.1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- NEVES, David João França Monteiro. **Relatórios de Estágio e Monografia Intitulada" Acidente Vascular Cerebral: Causas, Primeira Abordagem e Tratamento"**. 2021. Tese de Doutorado. Universidade de Coimbra.
- SECRETARIA DO ESTADO DO PARANÁ. **Linha Guia de Diabetes Mellitus**. 2018
- Stevens, Bryce et al. The Economic Burden of Heart Conditions in Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2018, v. 111, n. 1 [Acessado 1 Julho 2022] , pp. 29-36. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/abc.20180104>>.
- SOUSA, ICA, ÁLVARES, ACM. **A trombose venosa profunda como reação adversa do uso contínuo de anticoncepcionais orais**. *Rev. Cient. Sena Aires*. 2018; 7(1): 54-65.
- VENTURA, M. M. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. The Case Study as a Research Mode. **Rev SOCERJ**. 2007;20(5):383-386 setembro/outubro. Disponível em: http://www.polo.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf.
- WAITZBERG et al. **Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients**. *Nutrition*. 2001

