Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância

UNIFESP
Universidade Federal de São Paulo
1933

Módulo de Casos Complexos

Caso 7

Samuel

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE da FAMÍLIA

Sumário

Samuel 3

Caso 7 – Samuel 4

Contextualização 11

Tema 1 – Disfunção erétil 16

Tema 2 – Violência doméstica 20

Tema 3 – Diabetes tipo 2 24

Tema 4 – Obesidade 26

Tema 5 – Dor articular 29

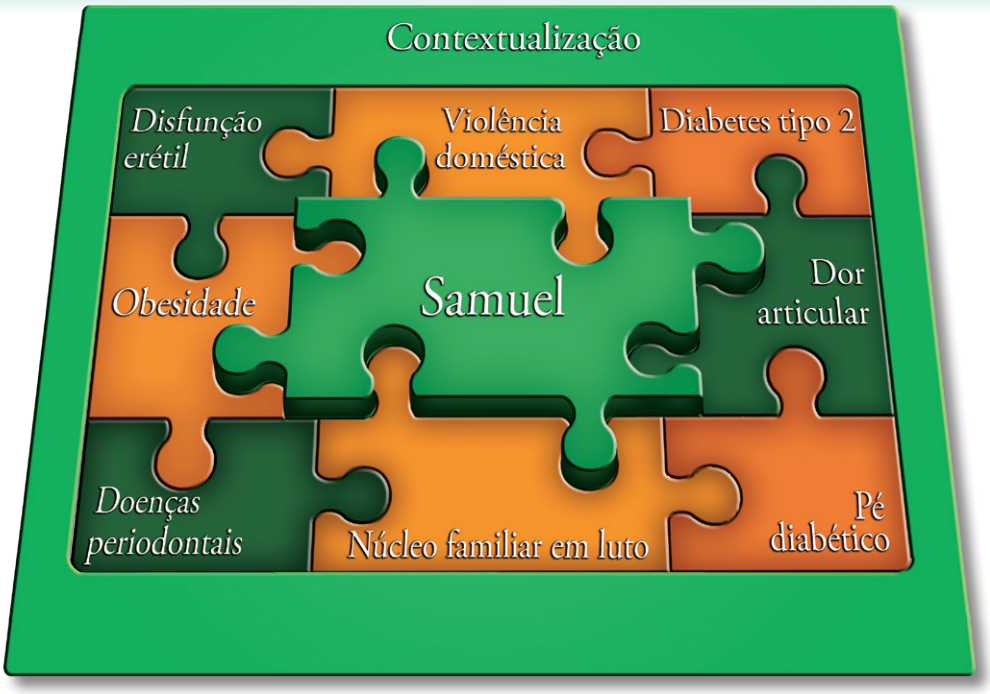
Tema 6 – Doenças periodontais 31

Tema 7 – Núcleo familiar em luto 34

Tema 8 – Pé diabético 40

Caso 7
Samuel

Módulo de Casos Complexos



Caso 7 - Samuel

Samuel Santos, 48 anos, funcionário público (ganha três salários mínimos), vem em consulta do dia, por queixa de inflamação no pé. Dr. Felipe, ao revisar o prontuário do paciente, percebe que há uma consulta anterior por essa mesma queixa, sendo esta a primeira consulta este ano.

Na consulta é identificado que faz mais de um ano que Seu Samuel não realiza exames de controle do Diabetes Melito tipo 2, do qual é portador desde os 40 anos, nunca tendo feito tratamento regular. Diz que os remédios estão fazendo mal. Menciona que no próximo mês faz um ano da morte do filho e que anda muito nervoso, descontando às vezes na mulher. Dr. Felipe resolve abordar melhor essa informação.

– Seu Samuel, me fale um pouco de como está a sua relação com a Dona Darlene – solicita Dr. Felipe.

– As coisas não andam bem, doutor — responde Seu Samuel. — A gente só discute... O guri pequeno chora muito e não deixa eu dormir à noite. No dia seguinte estou um bagaço, não consigo trabalhar direito. Tem umas coisas acontecendo, sabe... coisas de homem... Meu companheiro não está funcionando direito, sabe? – diz, olhando o tempo todo para o chão, parecendo envergonhado. Se mexe na cadeira.

– Como assim, Seu Samuel? — questiona Felipe.

– Eu... não estou conseguindo comparecer, doutor, como homem — comenta Seu Samuel encabulado. — O senhor sabe: às vezes, a gente tem vontade de namorar a esposa, mas o companheiro não está funcionando direito, não está levantando... Isso me deixa muito brabo, acho que a Darlene está me traindo porque eu não estou dando no couro...

– É por isso que o senhor anda mais irritado com ela, como o senhor falou "anda descontando nela"? — pergunta Sr. Felipe.

– É, doutor, acho que é isso... Não sei o que anda acontecendo, pois, como não consigo, fico muito nervoso... — responde Seu Samuel.

Felipe continua a conversa, tentando entender melhor o problema da disfunção erétil de Seu Samuel. Enquanto o examina, percebe mau hálito e pergunta:

– Algo mais o incomoda?

– Pra falar a verdade, tenho sentido meus dentes moles e a gengiva sangra às vezes — responde Seu Samuel. — Quando escovo meus dentes, vejo que sangra bastante, a gengiva está inchada, alguns dentes estão moles, na frente, em baixo e no fundo. Fica ruim de mastigar, tenho medo que caiam. Além da dor e inchaço, sinto mau gosto e mau cheiro. É muito ruim, doutor — lamenta-se.

O exame físico realizado pelo médico apresentou os seguintes resultados:

Pressão arterial: 130 x 75 mmHg;

Peso: 97 kg;

Altura: 1,67 m;

Cintura abdominal: 117 cm;

Quadril: 98 cm;

Exame dos pés: presença de unha encravada com sinais de infecção secundária em primeiro dedo do pé esquerdo;

Exame do joelho: crepitação e dor na flexão;

Pulsos pediosos presentes, simétricos e cheios. Pulso tibial posterior e poplíteos à esquerda diminuídos;

Boca: mau estado de higiene e gengiva hiperemiada.

A conduta nesta consulta foi a solicitação de exames de glicemia de jejum, creatinina, colesterol total, transaminase glutâmico oxalacética (TGO), transaminase glutâmico pirúvica (TGP) e hemograma completo. Dr. Felipe prescreveu azitromicina 500 mg por 7 dias. Aproveitou para orientar Seu Samuel sobre como diminuir a ansiedade e ressaltou a

necessidade de retorno para tratarem melhor do problema da disfunção erétil. Pediu também uma avaliação odontológica urgente e pensou na necessidade de separar o caso para discutir em reunião de equipe.

– Seu Samuel, o senhor poderia vir aos encontros do grupo de pé diabético que a enfermeira Rita vai começar a fazer na semana que vem? — solicita Dr. Felipe.

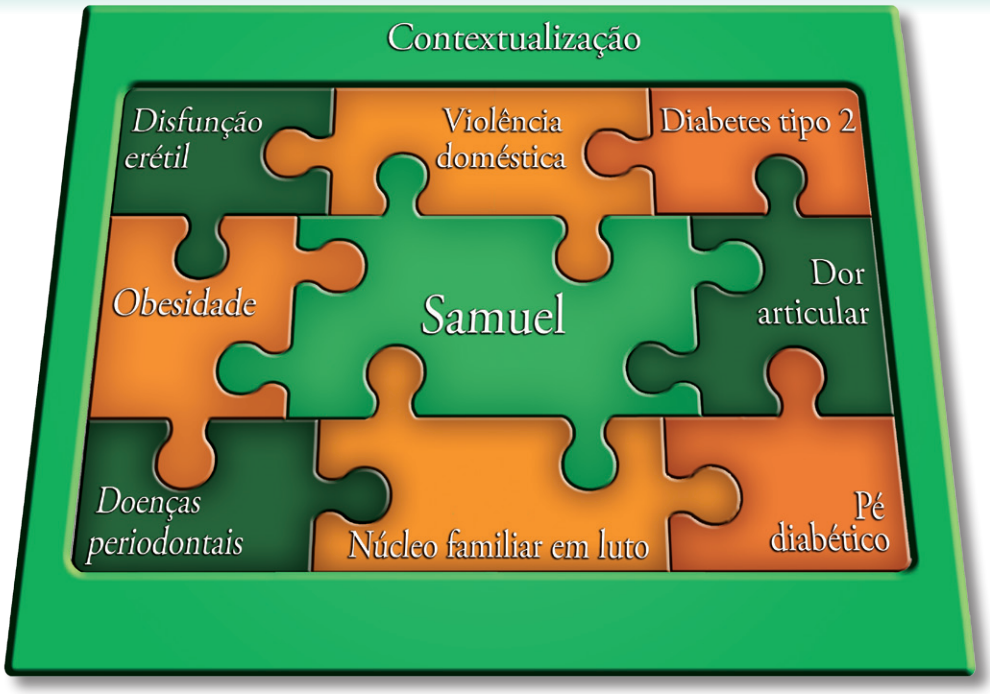
Dois dias depois, na reunião de equipe, Dr. Felipe traz o caso do Seu Samuel para a discussão quanto à atenção que deve ser realizada no que se refere à possível situação de violência e do luto tardio do núcleo familiar, assim como o cuidado do diabetes e da saúde bucal. A enfermeira Rita comenta que poderia ser um caso discutido com a equipe do NASF, utilizando a experiência da psicóloga para auxiliar no manejo da situação. Dr. Felipe diz que convidou o paciente para o grupo do pé diabético e diz para Rita examiná-lo com cuidado, pois não teve como avaliar a sensibilidade na última consulta. Pede também ao ACS Paulo para lembrar Seu Samuel sobre o grupo na véspera e talvez no mesmo dia. Além disso, como Dona Darlene vai trazer o filho para consultar nos próximos dias, fica combinado que poderão tentar fazer uma abordagem em conjunto para entender melhor a situação. Se ficarem algumas dúvidas,

poderão combinar uma visita domiciliar junto com o ACS Paulo, que acredita que pode estar acontecendo algo de diferente, pois ouviu os vizinhos falarem que o casal tem discutido muito, e que são ouvidos barulhos de coisas sendo jogadas na casa deles. A hipótese de luto tardio surge, tendo em vista que o filho foi assassinado há quase um ano.

Resolveram também agendar atendimento com Julio (cirurgião-dentista), que comenta que nesses casos há muitos problemas gengivais e de halitose, o que pode atrapalhar bastante a relação de um casal, o convívio social e a autoestima do indivíduo.

Para surpresa de todos, Seu Samuel vem para o grupo da enfermeira Rita. Ao examiná-lo, ela percebe que não há alterações de sensibilidade, mas há várias calosidades e hiperemia em extremidades ósseas, além de pulsos distais presentes com boa perfusão periférica. Julio aproveita a situação para examiná-lo, mesmo não sendo o dia agendado para a consulta. Foi diagnosticada, além da forte halitose, presença de gengivite, com alto índice de placa bacteriana e sangramento gengival, cálculo com bolsa periodontal avançada em alguns elementos, periodontite severa e alto grau de mobilidade dos molares e incisivos inferiores, sendo detectadas indicação de exodontia dos elementos 36 e 47 e contenção nos dentes anteriores inferiores devido ao alto grau de mobilidade.

Após 15 dias, Seu Samuel aparece para a revisão do tratamento. Houve melhora do pé, com perda de saída de secreção amarelada, mas ainda está vermelho e pouco doloroso. Em relação ao Diabetes Melito tipo 2, os exames apontaram que a glicemia de jejum estava 290 mg/dL; os demais exames estavam dentro da normalidade. Dr. Felipe marca um horário para realização de cantoplastia. Em virtude da alteração do exame e da informação de Seu Samuel de que estava tomando a metformina de forma irregular e não estava seguindo as orientações alimentares adequadamente, o médico resolveu manter a mesma prescrição medicamentosa e reforçar as orientações alimentares. Além disto, foi iniciada uma abordagem específica para a obesidade. Com relação à disfunção erétil, Dr. Felipe conversou com Seu Samuel e procurou tranquilizá-lo. Os vizinhos comentam que a relação do casal melhorou bastante.



Contextualização

Lucilia de Fátima Auricchio, Julie S.Martins e Marcelo Marcos Piva Demarzo

Conhecemos neste caso a história de Seu Samuel, 48 anos, esposo de Darlene, pai de Danrley Anderson e Danrley (assassinado há cerca de um ano).

Anteriormente já discutimos os sofrimentos vivenciados por esse núcleo familiar, do ponto de vista de Darlene. Agora daremos ênfase a Samuel. Essa discussão, portanto, deve ser complementar ao Caso Danrley.

Como da outra vez, devido à complexidade dos fatos que envolvem esta família, as queixas apresentadas por Samuel durante a consulta com o novo médico de família devem extrapolar o enfoque clínico, para que alcancemos alguns objetivos neste exercício.

Com as queixas apresentadas, rapidamente podemos montar uma lista de doenças/sinais e sintomas para que nossa equipe possa iniciar a construção do Projeto Terapêutico Singular e instrumentalizar-se no entendimento dessa família.

- Diabetes Mellitus tipo 2
- Neuropatia diabética
- Obesidade (IMC = 34)/circunferência abdominal aumentada
- Níveis pressóricos acima do desejado
- Disfunção erétil
- Mau estado de higiene bucal/doença periodontal
- Diminuição da autoestima, nervosismo/irritabilidade
- Luto tardio
- Violência doméstica
- Unha encravada

Saiba Mais...

Para saber mais sobre unha encravada, acesse http://migre.me/5oSNn

Diante da lista apresentada, teceremos algumas considerações. Confira a seguir.

Diabetes Mellitus (DM)

Embora a etiologia e o tratamento da DM sejam bem conhecidos, observamos a dificuldade de controle e manutenção dos níveis glicêmicos adequados pelos pacientes, fato demonstrado no crescente número de complicações da DM encontradas diariamente nos leitos hospitalares. E por quê?

Os principais fatores para as descompensações diabéticas são o desconhecimento e a potencialização de mitos acerca da doença.

A ideia que a maioria dos diabéticos tem sobre a doença é que é causada pelo uso excessivo de açúcar; entendem também que glicose diz respeito apenas ao açúcar refinado e que a redução desse alimento, portanto, é a única readequação alimentar que devem fazer.

Outro mito é sobre a insulina, que poucos sabem se tratar de hormônio humano; acham que é apenas um medicamento adotado em casos graves da doença; outros tantos nunca nem ouviram falar em pâncreas.

Desmistificar essa e outras doenças que assolam cada vez mais a comunidade é papel fundamental de todos os membros da equipe durante grupos educativos, consultas e visitas.

Faz-se necessário que a equipe e os usuários saibam e entendam: quais fatores interferem nas descompensações glicêmicas e pressóricas; todos os alimentos que contêm sal e açúcar;

a readequação alimentar e a dosagem do consumo necessárias ao controle dessas doenças; as doenças vasculares que advêm dessas descompensações; e o quanto a atividade física e a manutenção do peso ideal auxiliam no processo de saúde e na estabilidade do quadro.

Outro fator importante é quanto ao tratamento medicamentoso: é necessário que entendam para que servem os comprimidos prescritos (que geralmente não são poucos), como usar cada medicação e quais as vantagens e desvantagens das drogas. Nesse item abrimos um parêntese para lembrar a importância do profissional farmacêutico, que, além de ser responsável pela farmácia da unidade, pode com excelência compor discussões com a equipe, somando com consultas ou visitas farmacêuticas, dependendo da necessidade avaliada.

A **obesidade** é outro fator de difícil controle e tratamento, pois está intimamente ligada à baixa autoestima pessoal. Sintomas de estresse, ansiedade, depressão, nervosismo e hábito alimentar em resposta a problemas emocionais são comuns em pacientes com obesidade e/ou sobrepeso.

A associação entre gordura visceral e dislipidemia, hipertensão e distúrbio do metabolismo da glicose, com aumento de risco cardiovascular e evolução para diabetes, é denominada Síndrome Metabólica (veja mais em Obesidade).

Vale lembrar que o tratamento e o controle da obesidade passam por modificações comportamentais, um trabalho a longo prazo que deve ser acompanhado pela equipe para fortalecimento da pessoa.

Disfunção erétil

De todas as queixas citadas, conforme a narrativa, a que mais incomoda Seu Samuel é a disfunção erétil. E o foco no cuidado desse problema é essencial para o aumento do vínculo com o paciente e, então, para que se possa atingir outros problemas, como o diabetes e a obesidade, por exemplo.

A relação sexual satisfatória e normal é determinante na qualidade de vida e saúde do indivíduo e do casal.

Questões culturais e religiosas, bem como a subjetividade na análise qualitativa da ereção e a dificuldade na padronização dos dados, sempre foram uma barreira para a precisa definição epidemiológica da disfunção erétil (veja mais em Disfunção erétil).

Doenças periodontais

O diabetes é um dos principais fatores de risco sistêmico relacionados às doença periodontais. Pacientes com DM tipo 2 são três vezes mais suscetíveis que pacientes não diabéticos (veja mais em Doenças periodontais).

As doenças periodontais são a sexta complicação mais comum do DM e parecem dificultar o controle glicêmico dos pacientes.

A descrição de mau hálito, sangramento abundante à escovação e mobilidade dentária traz indícios de inflamação presente. Como já acompanhamos em outros casos, o exame, a avaliação diagnóstica, o prognóstico e o plano de tratamento são individualizados, sendo muito importante que o paciente seja esclarecido sobre a gravidade do seu problema e sobre o quanto isso pode incidir na saúde geral, devendo ser sensibilizado sobre a importância da higiene bucal.

Lembramos que um fator importante que dificulta o cuidado bucal, assim como de toda a saúde, é o fato revelado pela esposa, referente ao uso diário de bebida alcoólica que Seu Samuel vem fazendo após a morte do filho.

Luto tardio

A perda de um filho de forma violenta determina não somente a falta de um ente querido, mas a ausência da ilusão da imortalidade e da própria onipotência.

A maneira de ver e viver a vida é modificada, abalando papéis anteriormente exercidos; segurança e fé perdem o significado e inicia-se um processo intenso de questionamento e remodelação de crenças, valores e princípios de vida (como veremos em Núcleo familiar em luto).

É nesse contexto que está inserida esta família.

E onde ela pode chegar? Quais os desafios que ainda pode assumir?

É necessário entender que todos os problemas físicos relacionados, assim como o adoecimento individual e familiar, são desdobramentos dos conflitos vividos por esse núcleo.

O Projeto Terapêutico Singular deve levar em consideração todas essas questões; a equipe deve entender bem o seu papel de instrumento/canal de busca de saúde e qualidade de vida e delinear estratégia de apoio, atentando-se a um risco comum: o dos "conselhos" ou "fórmulas prontas", que invariavelmente a afastará do seu objetivo.

O matriciamento e o acompanhamento da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) são imprescindíveis neste projeto terapêutico, assim como todos os membros da equipe e a rede local (centros religiosos, grupos de autoajuda, AAs etc.).

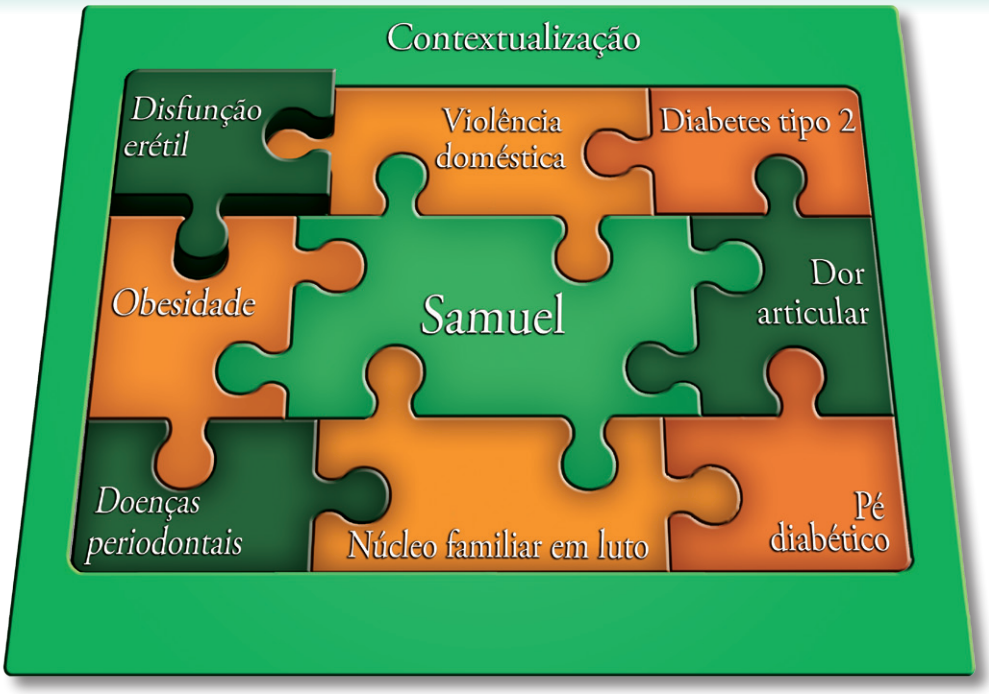
Após a discussão de nós críticos e a definição de atores, o projeto deverá ser discutido com a família. Esse momento preferencialmente deve acontecer no domicílio, espaço onde estejam fortalecidos e à vontade para discutir e entender as propostas e com a presença de todos os membros familiares.

Então, em conjunto, serão construídas metas e definidos papéis e responsabilidades de cada um, com prazo definido para a próxima visita.

A equipe é também mediadora desse espaço, cuidando para que todos possam participar da construção e evitando críticas e culpas desnecessárias.

Pequenas ações devem ser estimuladas, entendendo que o sofrimento e a baixa autoestima são fatores que podem levar ao insucesso das propostas, por isso não podemos deixar que novamente sintam-se impotentes por não conseguirem alcançar as metas propostas.

Assim, avaliando, reavaliando, fortalecendo, entendendo e aceitando, a equipe servirá de caminho para a reconstrução que apenas ela podem fazer, e a família vai fortalecendo-se a cada pequeno passo, buscando finalmente aumento da resiliência familiar, como visto no módulo de abordagem familiar deste curso.



Tema 1 - Disfunção erétil

Marcelo Cabrini

Para o indivíduo ser considerado impotente, precisa manifestar disfunção erétil (DE) permanente. Uma falha ocasional de ereção, que pode acontecer com todos os homens, não enquadra ninguém nessa categoria. Por outro lado, quando se fala em impotência sexual, muitas vezes estamos nos referindo a outras manifestações da sexualidade masculina que nada têm a ver com a ereção, como a falta de desejo ou de orgasmo e a ejaculação precoce ou retardada. Por isso, o termo "impotência sexual", na literatura, foi substituído por disfunção erétil quando significa a incapacidade de conseguir ereção satisfatória para o ato sexual.

Saiba Mais...

Estima-se que, em âmbito mundial, uma população em torno de 155 milhões de homens apresente disfunção erétil. No Brasil, calcula-se que os casos atinjam 10 milhões. Considerando-se a população adulta acima de 18 anos, estima-se, ainda, que 52% dos homens apresentarão algum grau de disfunção erétil: 10% representam os casos graves; 25%, os de disfunção moderada; e 17%, os de disfunção mínima. Na faixa etária dos 40 aos 50 anos, na qual se encaixa nosso paciente, observa-se que cerca de metade dos casos é considerada de grau mínimo.

Podemos, de um modo geral, dividir etiologia a disfunção erétil em três grupos:

- Orgânica;
- Psicogênica;
- Mista.

Com base nessa divisão, é possível se discutir o caso em questão.

Sistematicamente, realizamos anamnese, exame físico e exames laboratoriais, como glicemia, perfil lipídico e dosagens da testosterona e prolactina (quando houver queixas de diminuição da libido ou níveis baixos de testosterona), para todos os pacientes.

A anamnese é de extrema importância para caracterizar a disfunção erétil. Quadros de início súbito, geralmente seguidos a um acontecimento que possa abalar o paciente (no caso, temos a morte do filho, por exemplo), podem sugerir uma origem psicogênica. Questionar sobre a presença de ereção matinal é uma forma de tentar diferenciar a causa exclusivamente psicogênica, embora hoje já se saiba que mesmo pacientes com doença arterial tendem a apresentar ereções mais rígidas durante o sono, devido a um maior relaxamento da parede das artérias.

Dentre os fatores psicológicos considerados preditores de disfunção erétil, os principais são os problemas emocionais e a ansiedade. Considerando-se a causa psicogênica deste paciente, temos a morte de seu filho como fator principal. Pela anamnese, ele relaciona esse acontecimento ao falar sobre sua queixa. Esse fato deve ter desencadeado uma série de alterações que passam pela depressão, pelo sentimento de culpa e que acabam se refletindo e se exteriorizando na forma de problemas conjugais variados, desde brigas, discussões e perda mútua de interesse sexual, até manifestações pessoais de falta de autoestima e cuidado com a própria saúde, como obesidade, mau controle do diabetes e má higiene bucal.

Além disso, o paciente cita o fato de ter um filho pequeno em casa, que, segundo ele, chora todas as noites, levando-os a passar muitas horas acordados e certamente acarretando falta de privacidade, cansaço e podendo exacerbar ainda mais a crise conjugal.

Na causa orgânica, o início dos sintomas é mais insidioso, e o paciente relata que aos poucos foi perdendo a rigidez e a qualidade da ereção. Quando essas falhas passam a ser mais frequentes, poderá surgir a ansiedade de desempenho, caracterizando a causa mista.

Nesse caso, avaliando-se os fatores de risco para etiologia orgânica, o enfoque inicial deve ser dado à história de Diabetes Mellitus tipo 2. O diabetes afeta a ereção tanto através da vasculopatia quanto da neuropatia. A presença de disfunção erétil tem sido estimada em cerca de 50% dos pacientes diabéticos, podendo ocorrer em idades mais precoces em diabéticos insulino-dependentes. Embora não se estabeleça uma relação entre o aparecimento da impotência e o tempo de diabetes, existe uma elevação da prevalência com o aumento da idade.

Saiba Mais...

Comparando-se um grupo de pacientes diabéticos tratados com um grupo de pacientes não diabéticos, observou-se uma incidência três vezes maior no primeiro grupo. Além disso, existe uma correlação entre o aparecimento de disfunção erétil e a presença de neuropatia periférica, amputações e doença cardiovascular.

O controle inadequado da glicemia aumenta os riscos de DE, podendo ser um o primeiro sinal de Diabetes Mellitus em cerca de 12% dos homens. Além disso, o aparecimento precoce de disfunção erétil já deve ser encarado hoje como um potencial marcador de doença cardiovascular, mesmo em indivíduos assintomáticos, podendo ser um sinal de alerta para este paciente.

Nosso paciente ainda apresenta-se com obesidade grau I (IMC: 34), o que isoladamente já seria um fator de risco, já que pacientes obesos têm maior risco de disfunção erétil. A obesidade é uma epidemia que pode levar à síndrome metabólica, e estudo recente que avaliou uma população de pacientes com essa síndrome concluiu que a presença dela e a relação cintura/quadril estão independentemente associadas à maior proporção de disfunção erétil moderada e grave em indivíduos com mais de 50 anos.

O tratamento da disfunção erétil começa com a identificação de comorbidades. Disfunções orgânicas e psicossexuais devem ser adequadamente tratadas. As terapias atualmente disponíveis que devem ser considerados para o tratamento da disfunção erétil incluem: psicoterapia, inibidor da fosfodiesterase tipo 5 [PDE5], injeção intracavernosa de drogas vasoativas, os dispositivos da constrição do vácuo e implante de prótese peniana. Essas opções de tratamento devem ser aplicadas de forma gradual com o aumento do risco de invasão e confronto entre a probabilidade de eficácia.

Analisando este caso de forma abrangente, observamos que este paciente provavelmente enfrenta uma disfunção sexual de etiologia mista e, para tal, a abordagem também deve ser ampla e de forma multidisciplinar.

A otimização da qualidade do atendimento oferecido aos pacientes se faz por meio da participação de uma equipe multidisciplinar. Orientações dietéticas associadas a controle mais rigoroso do diabetes e a mudança de hábitos devem ser a base da abordagem global. O sedentarismo é um cofator predisponente para diversas doenças. A atividade física e a qualidade da dieta são fundamentais para uma condição de vida saudável.

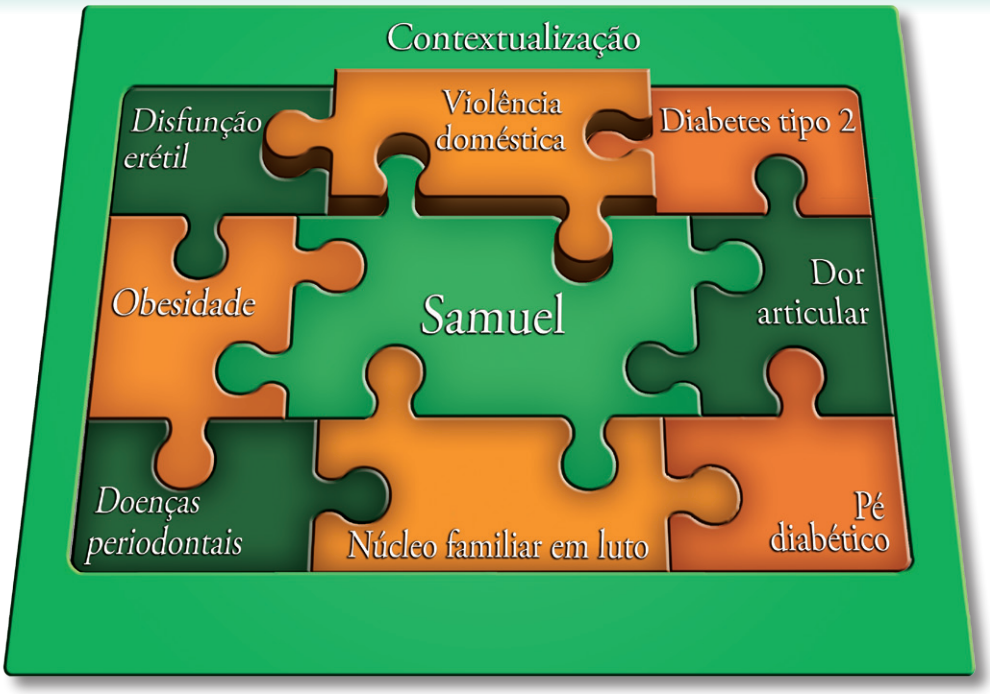
Para a disfunção erétil, o tratamento de primeira linha se baseia na orientação e no auxílio dos fatores que podem contribuir para perpetuar esse caso, e isso inclui desde a mudança de hábitos de vida até a escolha de horários e locais com maior privacidade para que o casal possa ter um clima favorável para o sexo.

Os inibidores da fosfodiesterase tipo 5 revolucionaram o tratamento medicamentoso para disfunção erétil e podem ser utilizados já na primeira consulta como teste terapêutico, lembrando da única contraindicação, que é o uso concomitante com nitratos. Nesse caso, poderíamos tentar o uso para avaliar a resposta.

Caso a etiologia orgânica da disfunção erétil seja por neuropatia, é possível haver uma resposta pobre ao uso de medicação oral, e, sendo assim, na falha do primeiro grupo, a opção passa a ser o uso de injeções intracavernosas.

Na sexualidade, o enfoque do tratamento tem de ser emocional, porque o pênis faz parte do relacionamento íntimo entre duas pessoas. É de extrema importância estabelecer se ele funciona mal e compromete a relação, ou se funciona mal porque a relação já está comprometida. Na maioria dos casos de disfunção erétil, a emoção está envolvida na causa. Se o indivíduo atravessa um mau momento na vida, não se pode exigir que tenha bom desempenho sexual.

É indiscutível a necessidade de um seguimento psicoterápico para nosso paciente, incluído também como primeira linha para o tratamento da disfunção erétil de etiologia mista, para que o componente psicogênico, a depressão e o possível luto tardio possam ser também abordados.



Tema 2 - Violência doméstica

Osmar Ribeiro Colás

Definimos violência doméstica como qualquer situação em que exista uma relação coercitiva e autoritária mediante o uso de força física, pressão psicológica ou baseada no poder, dentro da família. Geralmente essas situações são impostas mais frequentemente pelo homem contra a mulher e crianças, embora também se caracterizem pela violência contra os filhos imposta pelo pai, pela mãe e, menos frequentemente, quando o sujeito agredido é idoso ou mesmo o marido, muitas vezes com necessidades especiais.

Essa forma de violência existe em todas as camadas sociais, afeta todos os setores da sociedade e imprime uma cultura comportamental nas crianças, que frequentemente reproduzem essa violência dentro do seu futuro âmbito familiar.

Estima-se no Brasil que apenas uma pequena parte dessas violências seja denunciada e, mesmo assim, na sua maioria, são retiradas depois por motivos variados. Entre os motivos de retirada das queixas contra os agressores por parte das esposas, temos:

- Medo de represálias;
- Medo de ficar sem recursos para sustentar os filhos;
- Acreditarem que a agressão não irá se repetir;
- Vergonha da comunidade em geral;

- O agressor ameaça sumir ou agredir seus filhos;
- Não ter um local para onde ir e recomeçar.

Embora o caso de Samuel não seja um exemplo típico de violência doméstica, uma vez que mais parece um desajuste conjugal, é importante nos atentarmos que o princípio de uma situação de violência doméstica pode estar se iniciando.

Pela história apresentada, podemos observar que existe uma agressão mútua intraconjugal, com repercussão sexual, em que as doenças de Samuel, associada à história da perda de um dos filhos, pode estar contribuindo para os acontecimentos antes delineados no que tange à disfunção sexual. Tais fatos direcionam este caso como uma situação típica de necessidade da abordagem multiprofissional integrativa.

Saiba Mais...

*Entendemos como **abordagem integrativa** a proposta de atendimento multiprofissional e transdisciplinar, dentro de uma visão mais integrada, em que a equipe tem como objetivo a saúde do paciente. Não se trata apenas de "um bando de profissionais" atendendo individualmente esse paciente, mas um grupo integrado no qual se conversam, discutem as melhores opções de abordagem e atuam trocando constantemente informações. É um processo muito mais complexo, no qual um profissional de saúde assume a coordenação do gerenciamento da saúde desse paciente, coordenando a equipe em volta dos atendimentos necessários e interpretando para o paciente os passos e andamentos de seu processo terapêutico. Parece difícil aceitarmos que seja possível esse modelo de atendimento, mas em situações complexas como esta, temos mais chances de obter melhores resultados.*

Iniciamos, então, com o local onde as situações de distúrbios sexuais estão se manifestando. Pelas condições socioeconômicas, podemos entender que se trata de uma família humilde, provavelmente com uma condição cultural bem restrita. As dificuldades econômicas, o peso de cuidados com filhos e o fato de ter havido uma situação de violência grave em que um dos filhos foi assassinado – numa situação não esclarecida na história, associada às dificuldades da esposa em "cuidar dos filhos e do esposo", já que ele não apresenta responsabilidade adequada sobre sua higiene e saúde, dando mais importância ao seu desempenho sexual – nos facilitam no entendimento envolvendo a adequação sexual do casal. Aqui, fazemos uma pausa para entender melhor o que são disfunções sexuais, já que o caso contempla duas situações fundamentais. Uma das classificações dos **Distúrbios Sexuais** caracteriza quatro tipos bem definidos (DSM IV, 2002), que são:

1) Disfunções sexuais – dificuldades no ato sexual;

2) Inadequação sexual – dificuldades sexuais entre os pares;

3) Parafilias ou desvios sexuais – psicopatologias;

4) Transtornos de identidade de gênero – hoje considerado um grupo à parte.

Entre as **disfunções sexuais**, temos as seguintes modalidades:

a) **disfunções de desejo** (aversão, diminuição ou inibição), cujas causas podem ser emocionais (traumáticas), hormonais (deficiência androgênicas), orgânicas (doenças médicas, entre elas o diabetes). Todas essas causas devem ser avaliadas diante dessas situações, sendo que frequentemente existe coexistência de fatores;

b) **disfunções de excitação**: também multifatoriais, em que as manifestações se caracterizam pela ausência de resposta sexual (ereção no homem e lubrificação na mulher);

c) **disfunções de orgasmo**: em que o(a) paciente não consegue atingir o orgasmo (também multifatoriais);

d) **dispareunia**: relação sexual dolorosa, podendo ser causada por alguma causa orgânica (lesão, inflamações, feridas) ou psicogênica (principalmente na mulher);

e) **vaginismo**: mesmas causas anteriores, mas com um componente fóbico que impede totalmente o ato sexual pela mulher.

A **inadequação sexual** é caracterizada pela dificuldade de interação entre o casal. É um problema de relacionamento interpessoal, no qual o comprometimento sexual é apenas uma de suas manifestações. Aqui estão incluídas aquelas situações de relação de gênero, geradoras muitas vezes da violência doméstica. Decepção, perda da confiança, perda da segurança, perda do respeito, autoritarismo, incompreensão, entre outras, são as geradoras dessa dificuldade de relacionamento do casal. A abordagem dessas condições deve ser realizada dentro de uma terapia de casal.

As **parafilias** são consideradas psicopatologias. Dentre elas temos:

Exibicionismo – pessoa gosta de expor seus órgãos sexuais ou se apresentar em situações de atos sexuais, sem a permissão de outras pessoas;

Fetichismo – fantasias sexuais, vestindo-se de bombeiro, adolescente, etc. (a psicopatologia se caracteriza apenas quando a pessoa não consegue manter ato sexual sem estar vivenciando seu fetiche);

Frotteurismo – a pessoa tem prazer no contato sem a permissão com outras pessoas, mesmo vestidas, esfregando-se em locais geralmente públicos (ônibus, metrô, cinemas etc.);

Pedofilia – é a relação sexual de adulto com menores de 14 anos. Em nosso país, essa situação é crime e atualmente todos os casos devem obrigatoriamente ser denunciados;

Masoquismo sexual – aquela pessoa que só atinge o prazer mediante sofrimento;

Sadismo sexual – ao contrário do masoquismo, é aquela pessoa que tem prazer em impor sofrimento ao seu parceiro;

Travestismo fetichista – aquele que tem prazer em vestir-se com a roupa do outro;

Voyerismo – aquele que se estimula e tem prazer em assistir (permitido ou não) os atos sexuais de outras pessoas.

Nem todas essas situações se caracterizam necessariamente como patológicas, desde que não estejam atuando de forma ilegal (como na pedofilia) e nem contra o desejo do parceiro.

Os **Transtornos de Identidade de Gênero** só são caracterizados como patológicos quando existe conflito da pessoa na aceitação da sua opção sexual.

No caso em questão, temos mais de uma situação para justificar os problemas sexuais envolvidos pelo casal. A doença diabetes descompensada, além do processo metabólico que interfere no bem-estar do paciente, apresenta as repercussões vasculares nas artérias envolvidas na vascularização genital, predispondo dessa maneira à **impotência**. A relação interpessoal desgastada pelas situações impostas pela vida, como dificuldades econômicas, luto pela perda de um filho, má higiene etc., traz outros fatores envolvidos na gênese da **inadequação conjugal** que merecem ter sua abordagem psicoterapêutica.

Realmente, podemos observar que a dependência química é a maior responsável pela manutenção da situação de violência, uma vez que o Estado não possui mecanismos eficientes para dar suporte a essas vítimas, principalmente quando existem filhos pequenos.

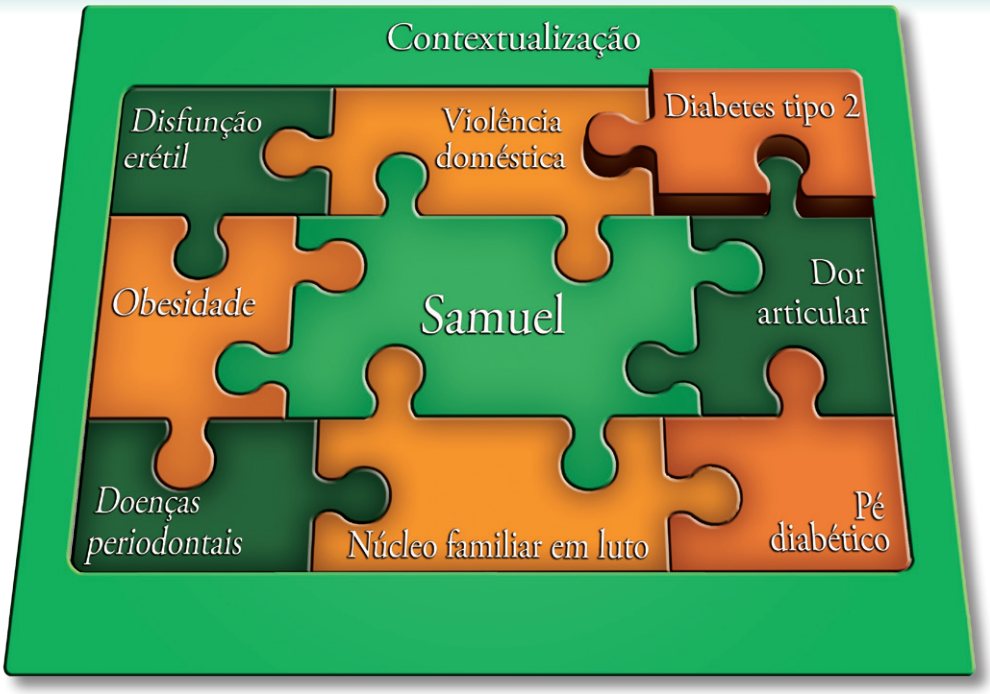
Dentro da evolução da situação de violência doméstica, principalmente contra a mulher, existem três fases muito distintas que, se percebidas oportunamente, podem evitar muitas situações graves. São elas:

1 – Primeira fase: é o momento em que o agressor, nervoso, agride verbalmente a(s) vítima(s) por meio de insultos, humilhações e ameaças;

2 – Segunda fase: é aquela em que o agressor descarrega todas as suas tensões e usa a violência para reprimir, controlar, submeter a vítima e exigir obediência. Agressões físicas contra a mulher e filhos e ameaças de abandono são a tônica desta fase;

3 – Terceira fase: é o período de calma. O agressor, aparentemente arrependido e carinhoso, "promete" mudar e "promete" nunca mais agredir. Só que geralmente o ciclo se repete.

É mister que o profissional de saúde possa estar atento a essas fases evolutivas para se antecipar na orientação do casal ou da vítima, tendo como base o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Lei Maria da Penha. São mecanismos que devem ser conhecidos por todos os profissionais de saúde, já que existem algumas obrigações legais relativas a cada uma dessas situações.



Tema 3 - Diabetes tipo 2

João Roberto de Sá

O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é a forma de apresentação mais comum, presente em cerca de 90% dos casos da doença. Aproximadamente metade dos pacientes não sabe que é diabética, já que nas fases iniciais os sintomas são brandos. A doença vem geralmente acompanhada de obesidade, dislipidemia e hipertensão arterial.

Para um bom tratamento, devemos checar a presença dos sintomas clássicos, como poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso. Além disso, precisamos investigar os possíveis erros da dieta, e também se o paciente mantém ou não atividade física regular.

Na história, sempre devemos procurar por sinais ou sintomas decorrentes de complicações crônicas do diabetes, já que estes podem estar presentes no diagnóstico clínico do DM2. Do ponto de vista prático, dividimos as complicações crônicas em **microangiopáticas**, **macroangiopáticas** e **neuropáticas**. Com relação à retinopatia e à nefropatia, devemos pesquisar sobre acuidade visual, edema facial, edema de membros inferiores e hipertensão arterial conhecida. Para pesquisar neuropatias periféricas, devemos checar sintomas de parestesia, hipoestesia ou hiperestesia "em luva ou bota", já que geralmente o acometimento é simétrico. Essas informações são úteis para identificarmos pacientes com alto de rico de apresentar lesões nos pés, que, se não forem adequadamente tratadas, podem evoluir para amputação.

Com relação às neuropatias autonômicas, sempre devemos perguntar por disfunção erétil, hipotensão postural, náusea, vômitos, diarreia noturna e ainda por taquicardia mantida ao

exame físico. Devemos valorizar também a presença de doença arterial, coronariana, cerebral e periférica, já que as complicações macroangiopáticas são as principais causas de morte. Nosso paciente apresenta disfunção erétil, que pode ser ou não decorrente do diabetes. Geralmente, quando um paciente apresenta neuropatia autonômica diabética, ocorre também a neuropatia periférica, o que não ocorreu neste caso – portanto devemos ficar atentos para descartar outras causas de disfunção erétil, que não o diabetes.

Outro aspecto importante e nem sempre valorizado é a doença periodontal, que é mais frequente nos diabéticos e tem associação com o nível de descompensação glicêmica e maior tempo de doença.

Enfim, para um bom tratamento, devemos valorizar os aspectos da dieta, exercício, conhecimento da doença pelo paciente e, finalmente, a indicação e o uso correto do medicamento para o controle da glicemia.

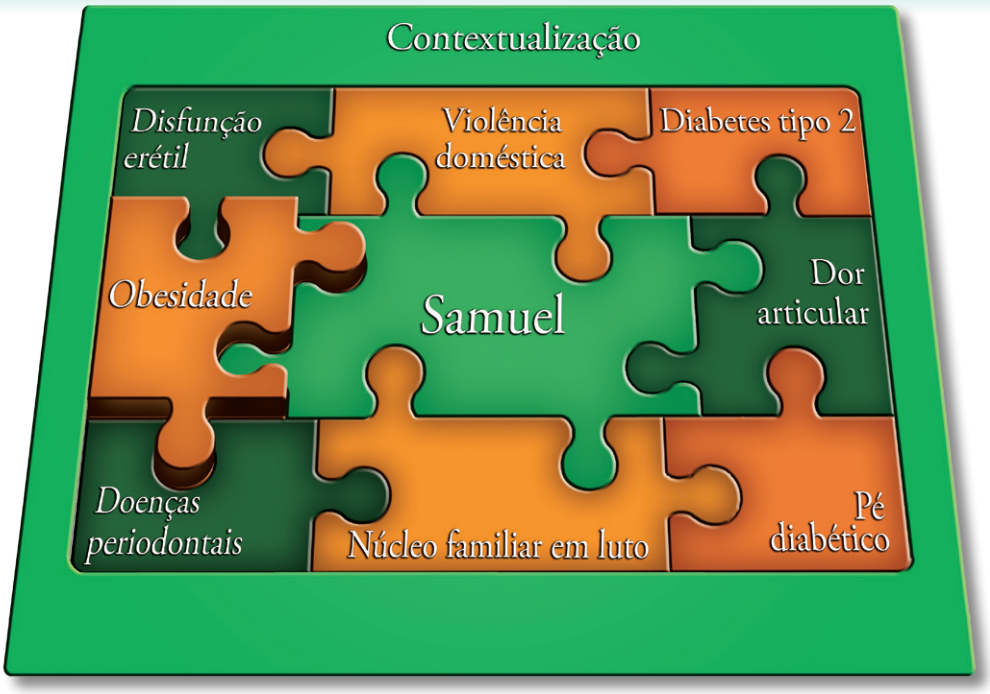
A dieta deve ser simples, com 50 a 60% do total calórico composto de carboidratos, proteínas ao redor de 15 a 20% e o restante em gorduras monoinsaturadas, insaturadas, poli-insaturadas e, obviamente, com o mínimo possível de gorduras saturadas. A presença de verduras e legumes é também importante não apenas por ser fonte de fibras, mas também de vitaminas e sais minerais. Devemos orientar os pacientes a não ingerir sacarose, e não há a necessidade de orientá-los a apenas comer alimentos integrais, já que o alto custo destes muitas vezes inviabiliza a compra.

Quanto ao exercício físico, o mínimo é de 150 minutos por semana, sendo 70% em aeróbicos e o restante em musculação. Como os portadores de DM2 podem ter doença cardiovascular presente, muito cuidado ao prescrever exercícios sem ter pesquisado a existência da doença arterial. O mesmo deverá ser empregado em relação à saúde dos pés, com no mínimo pesquisa de sensibilidade com monofilamentos como uma triagem.

No portador de DM2, cujo defeito principal é a resistência insulínica, o antidiabético oral de entrada é a metformina. O medicamento é neutro em relação ao peso e não provoca hipoglicemia quando em monoterapia. Como a metformina gera a produção de ácido lático, sua principal contraindicação relaciona-se à presença de déficit de função renal, portanto devemos evitar seu uso em pacientes que apresentem função renal estimada abaixo de 60 mL/minuto.

Um bom caminho para melhorarmos o controle glicêmico de nosso paciente será, portanto, instituir uma dieta correta, acertar a dose de metformina e tratar as infeções dentárias e o problema do pé. Tão logo tenha condições, deverá iniciar um programa factível de exercícios.

O tratamento dos problemas emocionais é muito importante no caso de nosso paciente, como já mostrado na conduta adotada pelo médico Felipe. Quanto à disfunção erétil, provavelmente não é relacionada ao diabetes, mas isso deverá ser um diagnóstico de exclusão. Deveremos também colocar alvos para o seguimento deste paciente, que deverão ser perseguidos a cada consulta: IMC < a 27 kg/m2 e idealmente abaixo de 25 kg/m2. A pressão arterial deverá ser inferior a 130 x 80 mmHg. Anualmente deverá fazer fundoscopia ocular e também exames de triagem para identificar a existência ou não de microalbuminuria.



Tema 4 - Obesidade

Bianca de Almeida Pititto

Durante a consulta de um paciente que apresente sobrepeso ou obesidade, é fundamental avaliar as causas que levaram ao excesso de peso, bem como investigar possíveis morbidades associadas. A etiologia e a epidemiologia da obesidade são complexas e multifatoriais, resultando da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais.

Na primeira consulta, Seu Samuel apresenta-se bastante ansioso e irritado. Tem como panorama que justifica esses comportamentos o luto tardio pelo falecimento de seu filho há um ano e um quadro de disfunção erétil que o incomoda muito. De base tem o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) já com sinais de gengivite, outra complicação do DMT2. Durante o exame físico, apresenta peso de 97 kg com Índice de Massa Corporal (IMC) de 34,8 kg/m2, portanto obesidade Grau I (classificação), cintura de 117 cm, que está acima do valor de corte da normalidade para homens (≤ 102 cm confere risco muito alto e acima de 94 cm confere risco alto), e razão cintura-quadril de 1,19 também aumentada (valor de corte para homens ≤ 0,90), caracterizando obesidade central (circunferência da cintura ou a razão entre as circunferências da cintura).

A presença do diagnóstico de diabetes não é por coincidência. A distribuição de gordura centralizada é associada a comorbidades como diabetes, hipertensão e dislipidemia, tendo como elo a resistência à insulina (Síndrome Metabólica). A obesidade também está associada a outras comorbidades sem o intermédio da resistência à insulina, mas sim a ação do peso em excesso ao

sistema músculo-esquelético (no caso de artroses) ou de aumento de pressão intra-abdominal (hérnia de hiato e pirose). Quanto a esse aspecto, Seu Samuel apresenta crepitação em joelhos e dor à flexão.

Portanto, considerando o quadro de obesidade, Seu Samuel apresenta obesidade Grau I, com distribuição central da gordura e presença de comorbidades, como Diabetes Mellitus tipo 2 e atropatia de joelhos.

Tendo definido e classificado a obesidade de Seu Samuel, devemos contextualizá-la para entender melhor a etiologia no caso em questão e podemos propor a melhor estratégia de tratamento. Devem ser investigados:

- fator genético (se há história de obesidade na família do paciente);
- época de início da obesidade e correlação com fatores emocionais (a ansiedade e a irritabilidade podem estar contribuindo para o consumo exagerado de carboidratos e para o hábito beliscador);
- relevância do ambiente e hábitos de vida para uma dieta hipercalórica; e
- baixa atividade física.

No caso de Seu Samuel, outras queixas de saúde foram abordadas primeiramente (e corretamente) antes da obesidade. As complicações do diabetes, tais como pé diabético, doença periodontal e disfunção erétil, são pontos cruciais a serem abordados para restaurar a saúde e o bem-estar. Por esse motivo, a atenção e o tratamento iniciais a esses fatores foram corretamente priorizados. Mas, em seguida, é importante iniciar a abordagem ao tratamento da obesidade, uma vez que faz parte da fisiopatologia da entidade nosológica que está incomodando mais o paciente, que é o diabetes.

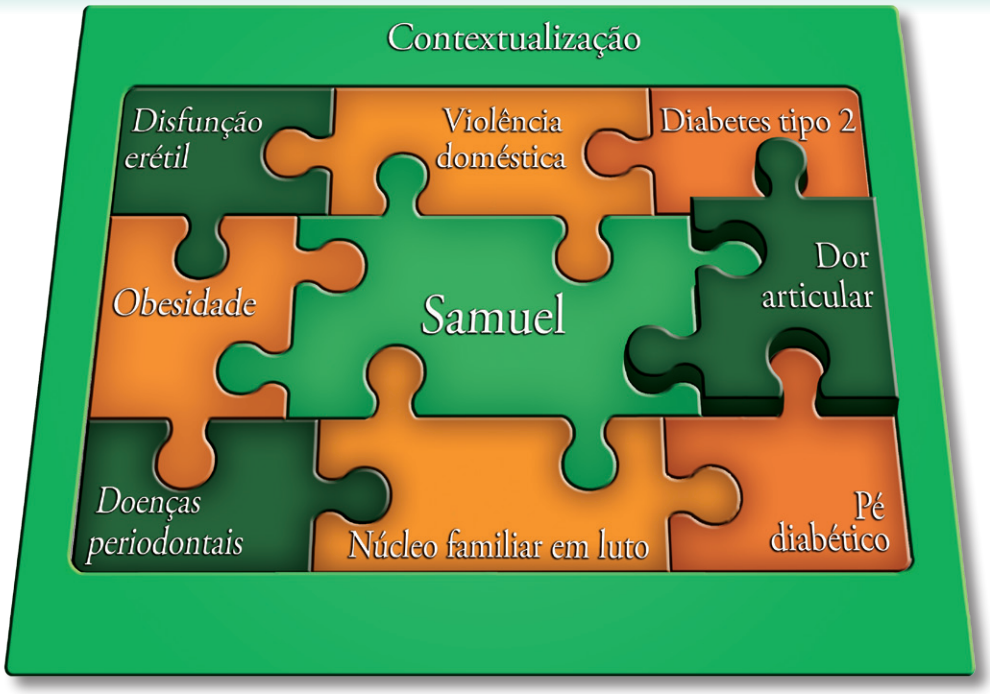
O tecido gorduroso que, no passado, era visto como estoque de energia, é hoje conhecido como produtor de hormônios e citocinas que participam na fisiopatologia da resistência à insulina (síndrome metabólica) em diversos tecidos. Portanto, só com a perda de peso, poderemos melhorar a resistência à insulina. Importante ressaltar que, para vencer a resistência à insulina, o pâncreas tende a produzir uma quantidade maior de insulina e, portanto, esses pacientes são hiperinsuliunêmicos. Não podemos esquecer que a insulina é um hormônio anabólico, ou seja, favorece o aumento de peso e, assim, entramos num círculo vicioso de obesidade: resistência à insulina – hiperinsulinemia – obesidade. A busca do controle do diabetes sem a perda de peso pode resultar em uma intensificação da hiperinsulinemia (por uso de secretagogos de insulina e, mais a longo prazo, a insulinoterapia).

Para tratamento da obesidade, a orientação de uma dieta saudável e atividade física é essencial e deve ser o primeiro passo. O fato de o Seu Samuel estar ansioso e irritado pode favorecer uma alimentação mais rica em carboidratos e com hábito beliscador. A alimentação deve ser estimulada a ter horários de refeição de rotina (sem beliscar) e ser balanceada seguindo a proporção de nutrientes (tratamento da obesidade) propostos por consensos.

A atividade física deve ser orientada de acordo com a capacidade física do indivíduo, pelo menos 150 minutos por semana para evitar doenças cardiovasculares (DCV) e melhorar a sensibilidade à insulina. Para perda de peso, o ideal seria atividade física programada de pelo menos 30 minutos diariamente. Dessa forma, conseguimos um balanço energético mais negativo, além do efeito de bem-estar por aumento de endorfina no sistema nervoso central, o que traria mais um benefício em controlar a ansiedade e a irritação de Seu Samuel. Mas, para ter sucesso no tratamento não farmacológico, será importante identificar qual a motivação (de Seu Samuel, e não do médico!) para engajar numa mudança de estilo de vida e também discutir com ele metas que sejam reais e alcançáveis.

Após a estimulação à Mudança no Estilo de Vida (MEV), podemos pensar no tratamento medicamentoso da obesidade. Seu Samuel tem indicação de usar medicação, uma vez que tem IMC acima de 30 (com ou sem comorbidades). Para escolha da medicação, precisamos avaliar os hábitos. Considerando que o paciente apresenta quadro de luto prolongado, ansiedade e irritação (que pode ser sintoma de depressão), um agente com ação ansiolítica, como os serotoninergicos (fluoxetina ou sertralina), seria bem indicado. A fluoxetina poderia ser iniciada com 20 mg ao dia, aumentando para 40 mg após um mês de uso. Porém essa medicação tem como um dos efeitos adversos a diminuição de libido, e, como a relação sexual com a esposa tem sido um problema importante para ele, é melhor deixarmos essa medicação para uso somente se a MEV não tiver sucesso. Outras opções medicamentosas aprovadas formalmente para tratamento da obesidade são derivados de anfetamina (anfepramona e fenproporex), orlistat e sibutramina. No caso de Seu Samuel, os derivados de anfetamina não estão indicados por causa do quadro de irritação e depressão que pode ser intensificado por essas medicações. O orlistat estaria indicado, mas os efeitos colaterais teriam de ser considerados numa análise de risco-benefício para o momento deste paciente. Já a sibutramina pode ser utilizada desde que a pressão arterial continue bem controlada e uma avaliação de doença cardiovascular seja feita, bem como os diagnósticos de insuficiência coronariana, acidente vascular cerebral (AVC) e doença arterial periférica descartados. Importante enfatizar que essas duas últimas medicações apresentam custo financeiro alto, o que restringe muito o uso para a nossa população em questão.

Por fim, é importante ressaltar que obesidade é uma doença crônica e que deve ser bem tratada para evitar e controlar as comorbidades associadas, portanto é preciso esclarecer para o paciente que o controle de peso por uma mudança de estilo de vida mais saudável deve fazer parte de sua rotina daqui por diante e que o tratamento medicamentoso será reavaliado em próximas visitas caso não se alcance sucesso (tratamento da obesidade/ sucesso de perda de peso) com a MEV.



Tema 5 - Dor articular

Martin Fábio Jennings Simões

O caso clínico é de um paciente do sexo masculino, adulto que procura o serviço médico com queixa de inflamação no pé. Nos antecedentes, ele tem o diagnóstico de diabetes tipo 2 mal controlado. Quanto aos demais sistemas, queixa-se de dificuldade de ereção e sono não restaurador (acorda cansado).

Ao exame físico nota-se que o paciente apresenta elevado peso corporal com aumento do IMC (índice de massa corporal = 34,9) e da razão cintura-quadril (1,19). A avaliação dos pés mostra quadro infeccioso em unha do primeiro dedo esquerdo. Ainda foram observadas crepitações em joelhos com dor à flexão.

Trata-se de um caso comum de diabetes tipo 2 mal controlado com alterações vasculares (vasculopatia) secundárias, como o pé diabético e a disfunção erétil. O paciente também apresenta obesidade com elevado índice cintura-quadril.

Ao avaliar o sistema articular num paciente com o quadro descrito, deve-se ter em mente o diagnóstico de gota, que acomete principalmente em homens adultos jovens obesos e com doenças metabólicas associadas. A queixa de dor e inflamação no dedo do pé poderia remeter a um episódio de podagra (artrite do hálux típico da gota). Porém o exame físico esclareceu que se tratava de uma infecção ungueal que foi tratada com antibioticoterapia.

No exame físico, é importante ainda a observação das demais articulações que podem ser acometidas pela gota, principalmente as dos membros inferiores (pés, tornozelos e joelhos) e os cotovelos. A presença de "tofos" nas superfícies extensoras das articulações também vem colaborar para o diagnóstico.

Nos antecedentes, apesar de não relatado, é preciso investigar hábitos de etilismo, pois é um fator de risco para a elevação de ácido úrico sanguíneo e o desencadeamento de gota.

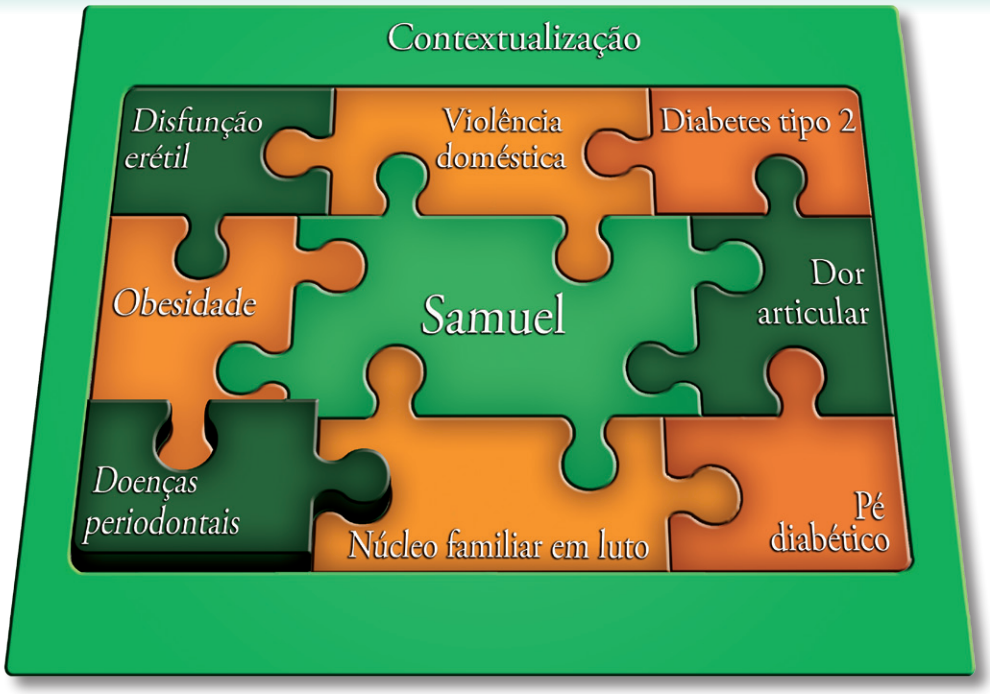
Para uma melhor investigação do caso, poderiam ser solicitados níveis séricos de ácido úrico, depuração de creatinina e de ácido úrico na urina de 24 horas. Com essas informações, seria mais bem traçado o perfil metabólico do paciente.

Outro aspecto a ser abordado no caso é o exame articular que detectou crepitações e dor à flexão de joelhos. A alteração é comum na osteoartrite de joelhos, que pode ser primária ou secundária (no caso, secundária à gota). Como o paciente é obeso, há uma maior sobrecarga da articulação, levando a uma degradação da cartilagem e, com isso, à dor e à disfunção. Sabe-se que a obesidade é um dos principais fatores de risco para osteoartrite de joelhos.

Para a investigação do diagnóstico de osteoartrite de joelhos, é fundamental uma história clínica direcionada ao quadro articular com dados sobre as características, a duração e a intensidade da dor. Nos casos de osteoartrite primária, a dor é do tipo mecânica (piora com o movimento), de início insidioso, e não é acompanhada por sinais inflamatórios exuberantes como calor, edema e rubor. Já nos quadros de artrite por gota, os episódios são de início mais abrupto, não melhoram com o repouso e são acompanhados de sinais inflamatórios importantes. Essas crises são autolimitadas, ou seja, duram poucos dias e depois são acompanhadas de períodos assintomáticos. Apesar de serem diagnósticos distintos, não é raro haver a superposição das doenças – gota e osteoartrite de joelhos.

Também seria importante a realização de uma avaliação radiológica por meio de um exame de raios X simples de joelhos. A radiografia mostraria o comprometimento (redução) do espaço articular e a formação de protuberâncias ósseas anormais na articulação (osteófitos).

A abordagem do caso do Seu Samuel deveria englobar, além do controle glicêmico, da redução do peso corporal e do suporte psicológico, a introdução de um programa de exercícios físicos aeróbicos e de fortalecimento muscular. Os exercícios aeróbicos, como a caminhada, têm como objetivo melhorar o condicionamento cardiopulmonar e diminuir os riscos de doenças cardíacas, reduzir o peso corporal e melhorar o perfil glicêmico. Os exercícios de fortalecimento, além dos efeitos já citados, também trarão benefícios na melhora da estabilidade e da função articular.



Tema 6 - Doenças periodontais

Ilíria Salomão Feist

Um paciente com 48 anos de idade, que não faz visitas regulares ao dentista, pode apresentar gengivite/periodontite com maior ou menor quantidade de placa bacteriana (biofilme) e/ou cálculo e de destruição dos tecidos periodontais, dependendo da sua suscetibilidade. A descrição de mau hálito, sangramento abundante ao escovar os dentes e mobilidade dentária traz indícios de que o paciente está com um processo inflamatório presente e que deve ser examinado cuidadosamente para se estabelecer o grau de comprometimento das estruturas periodontais.

Somando-se a esse quadro, Seu Samuel é diabético, o que, comprovadamente, altera/piora sua condição bucal. Pacientes diabéticos tipo 2 podem ser três vezes mais suscetíveis ao desenvolvimento e à evolução da Doença Periodontal (DP) do que pacientes não diabéticos. A DP é a sexta complicação mais comum do diabetes e, em contrapartida, parece dificultar o controle glicêmico dos indivíduos acometidos por essa doença. Portanto, o controle da DP pode ser uma variável importante para o controle glicêmico dos diabéticos.

A Academia Americana de Periodontia (AAP) estabelece uma sequência de itens que devem ser seguidos no Exame e na Avaliação para se chegar ao Diagnóstico, ao Prognóstico e ao Plano de Tratamento para cada paciente. A partir daí, vários procedimentos terapêuticos podem ser realizados visando restabelecer a saúde bucal, a função e a estética. É muito importante que o paciente seja esclarecido sobre a gravidade de seu problema bucal, as áreas mais ou menos comprometidas, dentes com prognóstico duvidoso ou perdidos, sequência e tempo

de tratamento para que concorde e se comprometa com todos os procedimentos necessários, inclusive a dedicação com sua higiene bucal.

A periodontia é uma especialidade na qual a qualidade do tratamento é imprescindível, mas a resposta do hospedeiro é fundamental para direcionar se o tratamento escolhido está mostrando resultados positivos. Por isso, recomenda-se iniciar pelos cuidados com a higiene bucal, e assim já teremos uma ideia da capacidade motora do paciente, do seu entendimento sobre seu problema e seu comprometimento com o tratamento. A terapia não cirúrgica tem como objetivo promover a desinfecção corono-radicular de todos os dentes e pode ser feita com ou sem a complementação de antibiótico.

A partir daí restam as sequelas causadas pela doença – perdas ósseas e/ou de tecidos moles –, e terapias cirúrgicas podem auxiliar a restabelecer alguns tecidos (mas nem sempre). Após o final do tratamento, é fundamental que o paciente participe do programa de manutenção e visite o dentista em média a cada três meses para manter sua saúde bucal, ser remotivado ou até retratado, se necessário. É imprescindível que Seu Samuel tenha consciência de que a DP é uma doença crônica: a bactéria continua formando biofilme sobre seus dentes, o cálculo também se forma, e seus cuidados de higiene diários não são suficientes, ao longo do tempo, para manter seus dentes limpos. São necessários, portanto, a raspagem e o alisamento profissional.

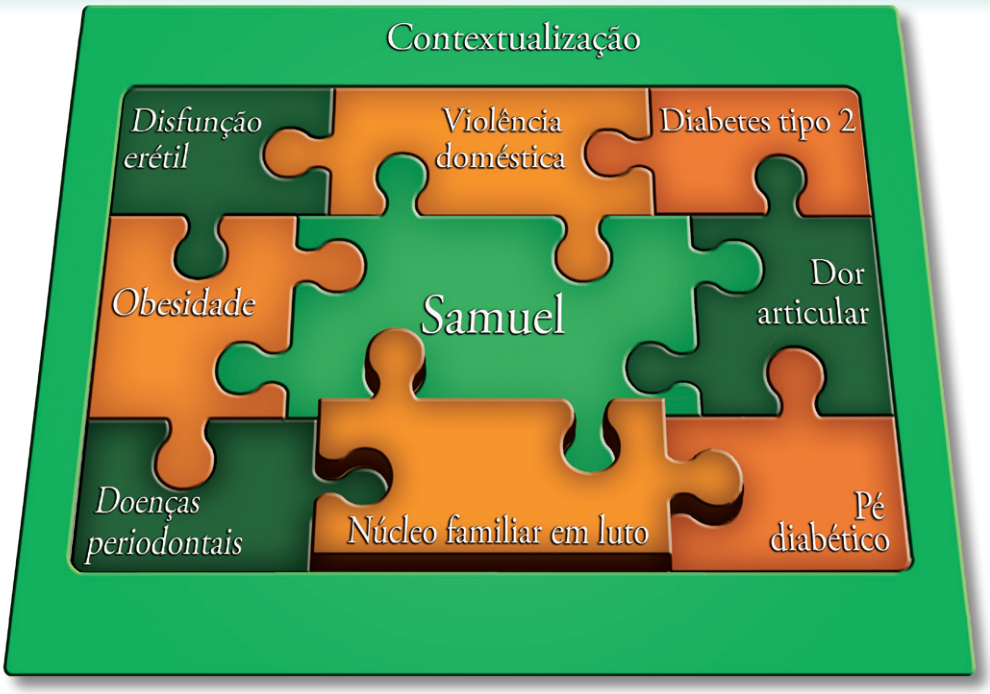
O mau hálito é consequência do acúmulo do biofilme e do cálculo sobre as superfícies dentárias. Com certeza Seu Samuel não está realizando sua higiene bucal adequadamente. Por quê? Será que está utilizando os recursos corretos? Será que está motivado para tal? Ele não está percebendo a necessidade de um tratamento odontológico.

Com a morte de seu filho e a disfunção erétil, um quadro de depressão se instala e a preocupação com a saúde bucal diminui – ou até desaparece. O paciente só se dará conta de que algo não está bem quando a mobilidade dentária atrapalhar sua fala e/ou mastigação. O sangramento abundante ao escovar os dentes poderá assustá-lo e fazer com que procure um dentista.

Às vezes, o paciente não considera o sangramento gengival um problema de saúde, achando "até normal". Quando ocorre o sangramento, é porque o tecido epitelial gengival voltado para o dente (epitélios sulcular e juncional) já se encontra desorganizado, sem integridade, expondo o tecido conjuntivo subjacente. Como esse tecido está altamente vascularizado, com um processo inflamatório instalado, qualquer estímulo no sulco gengival pode provocar sangramento. Ou seja, o profissional e o paciente precisam saber que sangramento é sinal de doença.

Nossa preocupação será encontrar uma forma de motivar Seu Samuel a cuidar de sua boca. Será que associando uma melhor condição bucal com um melhor relacionamento com sua esposa? Será que explicando que a melhora na sua condição bucal vai ajudá-lo no controle da diabetes? Será que ele gosta de comer e a mobilidade está atrapalhando? Se ele cuidar dos seus dentes, pode ser que consiga se alimentar melhor. Esse momento é muito importante para se estabelecer uma relação paciente-profissional de atenção e confiança.

A azitromicina 500 mg por sete dias prescrita inicialmente terá um efeito limitado na sua condição bucal, já que se sabe que qualquer antimicrobiano, para ser efetivo, deve estar acompanhado do tratamento mecânico de raspagem e alisamento corono-radicular e de correta higiene bucal. Dependendo da resposta tecidual que Seu Samuel apresentar ao longo do tratamento não cirúrgico, pode ou não ser necessário o uso de antimicrobianos.



Tema 7 - Núcleo familiar em luto

Pedro Onari

Introdução

As dificuldades das equipes de Saúde de Família em acompanhar um processo de luto estão relacionadas à falta de informação e a um olhar atento dos profissionais às questões relativas à evolução do luto, seja pela perda de um ente querido ou algo de grande valor afetivo ao indivíduo, cujos sintomas físicos, emocionais e comportamentais estão intimamente interligados.

Os incômodos de ordem física, a tristeza, a irritabilidade e a agressividade são comuns na rotina de uma Unidade Básica de Saúde e constituem importantes sinais de alerta de que a pessoa está precisando de ajuda, podendo estar relacionados a uma ou mais situações de perda e luto ao longo da vida.

No caso de Seu Samuel, a perda de um filho de forma violenta – assassinado – ceifou abruptamente e de forma cruel a continuidade da vida de um ente querido. Esse fato determinou não somente a perda de uma pessoa, mas também a ilusão de imortalidade e da própria onipotência. A maneira de ver e viver a vida foi modificada, abalando os papéis anteriormente exercidos nos contextos profissional, social e afetivo. Segurança e fé perderam seu significado

anterior, dando início a um processo intenso de questionamento e remodelação de crenças, valores e princípios de vida. Todos os familiares criam uma fantasia para explicar e superar o trauma. Tal fantasia pode ser útil no processo de luto, mas pode gerar distorções, por exemplo, um sentimento de culpa que deve ser reconhecido e trabalhado pela equipe de saúde.

A importância do acolhimento

O olhar e o acolhimento dos diversos problemas relacionados com a pessoa devem ser voltados inicialmente aos sintomas relatados pelos pacientes e à busca dos sinais clássicos de doença física, inserindo-se nessa questão os conflitos pessoais e familiares que se manifestam na forma de queixas orgânicas.

Cada detalhe das queixas atuais e passadas, bem como a história de vida do paciente, são muitas vezes fundamentais para o entendimento do adoecimento e da baixa qualidade de vida, e seus desdobramentos podem orientar o projeto terapêutico a ser realizado. Nesse sentido, todos os profissionais envolvidos na prestação de serviço podem realizar a ausculta da dor e do sofrimento do paciente – não somente o médico responsável pela equipe de saúde, mas também o dentista, a equipe de enfermagem, os profissionais da equipe do *Núcleo de Apoio à Saúde da Família* (NASF) ou até mesmo da rede de saúde de apoio que porventura venham a se envolver com o caso em questão.

A perda e o luto

Na revisão dos vários textos de medicina de família e comunidade, raramente encontramos referência dos autores ou capítulos dedicados aos cuidados da pessoa enlutada. Diante dessa constatação, observamos que nos preparamos para lidar com doentes e para realizar a promoção da saúde, porém pouco ou quase nunca recebemos orientações sobre como lidar com a morte e o luto dos familiares, apesar de convivermos com ela na prática diária.

Diante da morte de um familiar e seus desdobramentos, o profissional se descobre despreparado para enfrentá-lo, sentindo-se impotente, e às vezes foge ou negligencia as pessoas que estão sofrendo a dor do processo de luto. Muitas vezes, a fala da equipe de saúde se resume em algumas frases:

> "Ele perdeu um filho, mas felizmente está bem de saúde e, quando precisar, pode nos procurar."

> "Não posso atendê-lo agora; fale para ele procurar um pronto-socorro, tomar um calmante e depois marcar uma consulta de rotina."

O despreparo da equipe de Saúde da Família em lidar com a perda pode gerar uma consequência dramática na vida da pessoa enlutada, em sua família e na prática da medicina de família em particular, principalmente ao longo de sua evolução.

Com a perda, inicia-se o luto, que pode ser dividido didaticamente em três fases. Conhecer as fases e aplicá-las na prática clínica diária facilita a compreensão e a abordagem pela equipe de saúde.

I. Fase de choque/negação – evitamento

- Estado de choque/embotamento afetivo/entorpecimento;
- Incredulidade/negação/dissociação.

II. Fase de desorganização/desespero – conscientização

- **Problemas afetivos:**
  - Dor emocional:
    - Choro, tristeza, desgosto;
    - Depressão, anedonia, disforia;
    - Ansiedade, inquietação, tensão, agitação;
    - Culpa, remorso, ressentimento;
    - Irritabilidade, protesto, ressentimento;
    - Cólera contra falecido, família, amigos, cuidadores.
- **Problemas cognitivos:**
  - Preocupações e recordações recorrentes;
  - Medo de enlouquecer, de não se adaptar, de entrar em colapso;
  - Sentimento de "presença" do falecido;
  - Dificuldades de concentração, déficit cognitivo e de memória a curto prazo.
- **Problemas existenciais/espirituais:**
  - Desespero (transitório);
  - Perdas de finalidade, de propósito;
  - Ausência de desejo de continuar a viver.
- **Problemas comportamentais:**
  - Conduta alterada;
  - Desejo intenso de retorno do falecido;
  - Ruptura de atividade;
  - Isolamento, intensa solidão.
- **Problemas somáticos:**
  - Cefaleias, visão desfocada;

- Nó na garganta, boca seca, problemas digestivos;
- Dispneia, aperto no peito, palpitações;
- Dores musculares, fadiga, lassidão, falta de energia;
- Doenças infecciosas;
- Descompensação de doenças crônicas e metabólicas.;
- Disfunção erétil, obesidade.

III. Fase de reorganização/recuperação – restabelecimento

- Renúncia ao mundo "assumido":
  - Reconhecer a perda;
  - Limitar papéis antigos.
- Reajustamento ao "novo" mundo:
  - Adquirir novos papéis;
  - Voltar ao trabalho;
  - Procurar novas relações.
- Resignificação:
  - Redescoberta de significado;
  - Desenvolvimento de nova identidade.

A descrição das fases também permite a identificação de alterações não adaptativas em relação ao processo de luto, o que é chamado luto complicado, sendo muito útil o encaminhamento ao profissional especializado para acompanhamentos médico e psicológico. O luto, como não é um processo linear, não tem data para terminar, podendo durar meses, anos, ou mesmo nunca acabar, dependendo diretamente das características individuais da personalidade e ainda do nível e intensidade de relação que se manteve com o falecido. O conhecimento das fases do luto e da perda se transforma em elemento humanizador e de auxílio da prática em saúde familiar e coletiva, fornecendo ferramentas para a anamnese, a coleta de dados e as perguntas direcionadas.

Devemos lembrar que a equipe de Saúde da Família é a porta de entrada para os serviços de saúde, e, portanto, é importante que ela realize o diagnóstico de lutos que não tenham uma evolução favorável. A equipe deve instrumentalizar-se dos conhecimentos e estar preparada para reconhecer tais situações, intervir e, se necessário, pedir auxílio matricial.

Discussão

O caso de Seu Samuel ilustra uma grande parcela de queixas comuns nas Unidades Básicas de Saúde. Paciente diabético, com diversas comorbidades: unha encravada, doenças periodontais, nervosismo, conflitos familiares, agressividade, disfunção erétil, obesidade,

dificuldades para dormir, desconfiança e sentimento de culpa pela disfunção erétil, abandono do seguimento clínico há um ano após perda do filho – assassinado.

A perda do filho aparentemente foi o início dos conflitos familiares e da instabilidade emocional, tendo como consequências nervosismo, agressividade, disfunção erétil e perda de seguimento clínico. No caso de Seu Samuel, não existe relato em prontuário da situação psicológica do paciente e da evolução do estado de luto, bem como dos demais familiares.

Desse modo, aparentemente a equipe, por algum motivo particular, não relatou no prontuário ou não ofereceu apoio necessário no momento do assassinato do filho há um ano. Teria sido fundamental a equipe mostrar-se solidária e abrir uma porta de apoio, para que cada familiar tivesse a liberdade de procurar auxílio.

A família é composta de indivíduos que se relacionam emocionalmente de forma complexa, cada qual cumprindo um determinado papel, que tende ora para o equilíbrio, ora para a instabilidade. A morte de um filho gera uma instabilidade tremenda, que provoca reações de adaptação em cada ator familiar de acordo com suas vivências, personalidade e reações ao estresse emocional. Além da adaptação individual, há uma resultante familiar que necessita de uma nova dinâmica para continuar a existir frente à exclusão brutal de um ator, que tinha um papel dentro da antiga família. Assim como no nascimento de uma criança nasce uma família, na morte de um familiar também morre uma família, que precisa renascer e se reorganizar. Diante da gravidade do evento, muitos indivíduos perdem a capacidade de reestruturar sua vida, ficando estagnados na instabilidade, desenvolvendo um luto prolongado, depressão e doenças orgânicas. Como consequência, a situação comum é que os familiares enlutados sofram intensa sobrecarga física e emocional. Isso frequentemente traz perdas secundárias, como a separação familiar e a perda de emprego, que leva à instabilidade econômica. Uma perda desencadeia outras perdas sucessivas, iniciando-se um círculo vicioso autodestrutivo, que, ao ser reconhecido pela equipe, pode ser interrompido.

Um ano após a perda do filho, nota-se uma desestruturação pessoal e familiar de Seu Samuel. Observam-se alterações comportamentais entre os membros da família: o filho menor e o próprio paciente não dormem à noite; o ACS coletou informações de brigas e discussões do casal; o paciente apresenta alterações cognitivas de "dificuldades no trabalho"; a dificuldade na vida sexual do casal, com o aparecimento da disfunção erétil e muitas queixas de ordem física, como infecção na unha, gengivite e perda do seguimento médico do diabetes.

Porém Seu Samuel aparentemente se encontra na terceira etapa do luto, a fase da recuperação, pois reconhece o nervosismo e aparentemente se sente culpado pela agressividade. Reconhece também que está tendo dificuldades de trabalhar. Ainda sente atração pela esposa, pois não a culpou pelos desentendimentos do casal, e sim a disfunção erétil. Admitiu e conseguiu falar sobre a sua intimidade da vida sexual, demonstrando um reconhecimento da necessidade de uma vida sexual saudável com a esposa. Realizou os exames solicitados por Dr. Felipe e retornou à consulta médica, demonstrando um vínculo médico-paciente.

No projeto terapêutico singular, são importantes a coleta de dados e a consulta individual com a esposa de Seu Samuel, a fim de descobrir como ambos elaboraram ou não o luto e de

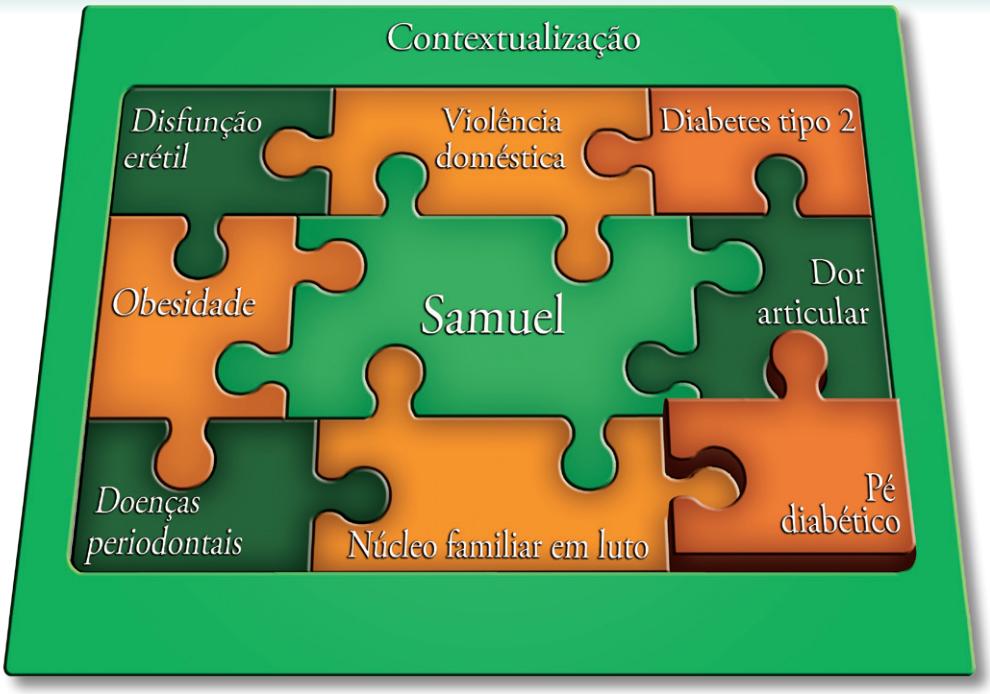
analisar o sofrimento do filho menor que chora, assim como todo o sofrimento no período, as mágoas e os ressentimentos pelo luto prolongado e os vazios existenciais pela perda.

A forma de oferecer auxílio deve ser discutida em equipe, como: visita domiciliar, consulta individual ou familiar, consulta matricial com equipe NASF. Em geral, deve-se eleger um interlocutor com maior vínculo com cada indivíduo.

Conclusão

A equipe de saúde, diante do reconhecimento da situação de risco – um luto – deve estar apta a acolher e, na medida da capacidade de cada profissional, apoiar cada indivíduo em particular no surgimento da nova família desestabilizada que busca uma nova maneira de ser.

O papel da equipe é ser um suporte para que os indivíduos dessa nova família deem novo significado à vida e que esse fato consumado possa evoluir da maneira menos traumática possível.



Tema 8 - Pé diabético

Jorge Amorim

De acordo com as informações disponibilizadas, vimos que o paciente é diabético há oito anos, sem tratamento ou controle adequado. Essa falta de tratamento nesse período pode agravar a microangiopatia, a neuropatia periférica e também a macroangiopatia.

A presença de sensibilidade normal nos pés nos informa que a neuropatia não é importante a ponto de colocar o pé em risco eminente de complicações ou mesmo de perda do membro. Existe, sim, algum grau de lesão neurológica que não foi detectado, porém com exame neurológico refinado ou eletroneuromiografia há uma grande chance de se detectar uma alteração neurológica. A presença da neuropatia passa a ter um papel mais relevante porque pode contribuir também com uma das causas da disfunção erétil do paciente, além da lesão arterial, como frequentemente é observado nesses pacientes.

No membro inferior esquerdo há uma diminuição de pulso poplíteo e distais que nos fala a favor de uma macroangiopatia que pode se agravar posteriormente. Deve haver lesão em artéria femoral superficial, tibiais e fibular, resultando numa isquemia moderada no pé esquerdo, que até o momento é oligossintomática. Paralelamente à macroangiopatia, deve haver lesão isquêmica em microcirculação que por si só pode agravar a infecção no pé e, uma vez associado à macroangiopatia, o risco de evento infeccioso grave é maior. Assim sendo, a unha encravada de Seu Samuel pode ser fator de risco importante para propagação da infecção, podendo acometer o restante do pé. Há indicação para realizar a cantoplastia com cuidados

na anestesia local e mesmo na manipulação menos traumática possível do leito ungueal e da base da unha. Deve ser utilizada antibioticoterapia, iniciando algumas horas antes da cirurgia e mantida por 5 a 7 dias. Com esses cuidados, a probabilidade de sucesso da cantoplastia é elevada e sem agravar o restante do pé.

Com intuito de diminuir a probabilidade de oclusões em microcirculação e mesmo em artérias de médio calibre, é recomendada a utilização de antiagregante plaquetário como o ácido acetil salicílico na dose de 200 mg diários. Associadamente ao controle glicêmico, devemos avaliar e corrigir, se necessário, os níveis de colesterol e triglicérides. No sentido de não agravar ou prevenir a neuropatia diabética, devemos orientar o paciente para o uso de complexo B (um comprimido diariamente).

Visando à melhora da isquemia leve ou moderada nos membros inferiores, o paciente deverá realizar caminhadas de 30 a 60 minutos, pelo menos, em dias alternados. Não há indicação no momento de utilização de vasodilatadores.

Cuidados com o pé diabético

- Trocar as meias diariamente;
- Alternar o uso de calçado diariamente, deixando o calçado usado sempre exposto ao sol ou local ventilado para diminuir a população de fungos;
- Calçado sempre confortável e nunca justo no pé;
- Evitar uso de chinelo ou calçado aberto no trabalho ou em caminhadas, pelo risco de lesão por trauma ou ressecamento na pele;
- Limpeza diária dos pés, com cuidado de secar muito bem entre os pododáctilos, além de todo o pé;
- Inspeção cuidadosa dos pés diariamente. Se o paciente apresentar alguma deficiência visual, outra pessoa deve realizar a higiene dos pés e avaliar diariamente a ocorrência de alguma lesão de pele ou em unhas;
- O corte das unhas, ou mesmo apará-las com lixas, deve ser realizado com muito cuidado, sem aparar os cantos e não cortar as cutículas, devendo somente serem afastadas de modo pouco traumático. Por segurança, o próprio paciente tem acesso dificultado a esse cuidado com as unhas, sendo mais bem realizado por outra pessoa ou um podólogo que seja habilitado em pé diabético;
- Não cortar as calosidades;
- Quando houver aparecimento de calosidades, o paciente deve ser avaliado novamente porque isso é resultado de mudança na arquitetura do pé e pode acarretar em mal perfurante ou ferimento de tecido profundo;
- Nunca realizar aquecimento dos pés com bolsas de água, fornos, lâmpadas ou aquecedores de ambientes porque pode resultar em lesões graves com risco de perda de membro.