

# Seção 3

“Tenho medo de estar com uma doença grave”

“Se quiser conhecer um homem, pergunte-lhe com o que ele se preocupa” (M. STEWART, 2010, p. 115).

Nesta seção vamos estudar o caso Michele, o que suscita na equipe a abordagem de condições muito comuns na Atenção Básica: a enxaqueca e a lombalgia.

Espera-se que você aprofunde seus conhecimentos sobre cefaleia e lombalgia em função das prevalências, pela demanda que impõem ao serviço e pela frequência com que geram absenteísmo, valendo-se da condução clínica, da observação atenta e da demora permitida.

Ênfase especial é dada ao Método Clínico Centrado na Pessoa, que você deve aprimorar.

Como situação presente no caso relatado, e muitas vezes na prática associada às mais diversas condições de saúde ou de queixas, é abordada a depressão em “Falando um pouco sobre depressão”:

Espera-se que ao final da seção você seja capaz de:

- Discutir sobre o Método Clínico Centrado na Pessoa.
- Identificar os sinais de alerta em pessoas com cefaleia.
- Estabelecer sistematização para o cuidado de pessoas com enxaqueca.
- Identificar sinais de alerta e estabelecer sistematização para o cuidado de pessoas com lombalgia.
- Propor uma sistemática para acolhimento, abordagem e acompanhamento de pessoas com depressão.

## O caso Michele

### Enquanto isso, na unidade de saúde...

Michele comparece à UBS, sendo acolhida pelo enfermeiro da Equipe Verde, Pedro Henrique. A queixa principal é traduzida pela expressão: **“Tenho medo de estar com uma doença grave”**.

Michele, 32 anos, solteira, atendente de telemarketing, apresenta dores de cabeça desde os 18 anos de idade. Refere aumento de frequência da cefaleia nos últimos seis meses, que se apresenta com caráter pulsátil, localização temporal, unilateral, associada a náuseas, vômitos e fotofobia. As crises ocorrem, em média, duas vezes por semana, desencadeadas por privação de sono, estados ansiosos e períodos longos de jejum, com

discreta melhora com o uso de analgésicos comuns. Histórico familiar de enxaqueca. Nos períodos que antecedem as crises de dor de cabeça, Michele não apresenta sintomas visuais, como perda da visão, percepção de luzes ou pontos brilhantes, nem sensoriais, como sensação de formigamento (parestésias), vertigens ou dificuldade de fala.

Michele refere preocupação de estar com uma doença grave na cabeça, pois seu amigo também sentiu dores de cabeça e foi a óbito em virtude de tumor cerebral, há oito meses.

### **E por falar em cefaleia...**

A cefaleia ou dor de cabeça é um sintoma frequente em Atenção Primária. As mulheres são mais acometidas, sendo a faixa etária adulta a mais comprometida. Dados nacionais dão conta de que as cefaleias são responsáveis por 9% das consultas por problemas agudos em Atenção Primária.

### **Dor de cabeça e enxaqueca**

Na maioria dos casos, como, por exemplo, a enxaqueca ou migrânea, a cefaleia do tipo tensional e a cefaleia em salvas, a dor de cabeça pode não estar relacionada a outra doença de base. Algumas vezes pode corresponder à manifestação de alguma doença associada, tais como infecções sistêmicas em geral, intoxicações, neoplasias intracranianas, distúrbios vasculares e outras.

A cefaleia de Michele parece se tratar de enxaqueca (migrânea), em que a intensidade da dor é moderada a grave, com duração de quatro a 72 horas. É tipicamente pulsátil (latejante), unilateral e, durante a crise, está associada a pelo menos um destes sintomas: náuseas e/ou vômitos, fotofobia (intolerância à claridade) e fonofobia (intolerância a sons). Algumas pessoas podem apresentar alguns sintomas neurológicos focais precedendo uma crise de enxaqueca, como: parestésias, disfasia, alterações visuais, vertigens. A presença desses sintomas caracteriza o que chamamos de aura. O tipo mais frequente de enxaqueca é a enxaqueca sem aura, também conhecida como enxaqueca comum.

A enxaqueca pode ter fatores deflagradores da crise, tais como:

- Alimentos: queijos amarelos envelhecidos, chocolate, frutas cítricas, frituras, carne suína, aspartame, alimentos contendo glutamato monossódico (molhos prontos, empanados, salgadinhos

de pacote, realçadores de sabor), alimentos embutidos (mortadela, presunto, salsicha) e aqueles contendo cafeína (café, chás e refrigerantes à base de cola).

- Bebidas alcoólicas, especialmente vinho tinto.
- Exposição ao sol.
- Luzes, ruídos e odores intensos.
- Mudanças nos hábitos de sono (dormir ou mais ou menos horas do que o habitual para aquela pessoa).
- Perda ou atraso de uma refeição.
- Período menstrual.
- Grande estresse emocional, como aborrecimentos.
- Estresse físico (doença, infecção, cirurgia).

Para a maioria dos pacientes, mais importante do que um medicamento que alivie os seus sintomas é saber a origem do seu problema. Assim, o manejo das cefaleias, particularmente num cenário de Atenção Primária à Saúde, inicia-se com adequada relação profissional - paciente.

O diagnóstico de cefaleia é essencialmente clínico. Na avaliação do paciente com queixa de cefaleia, a anamnese detalhada e exame físico adequado (envolvendo, inclusive, análise neurológica sumária e exame de fundo de olho) são fundamentais.

Quais são os sinais de alerta a serem observados na avaliação e diagnóstico das cefaleias?

- Cefaleia que se inicia após os 50 anos.
- Cefaleia de início súbito, descrita como a “pior dor de cabeça sentida até então”.
- Cefaleia com características progressivas: intensidade, frequência, duração.
- Cefaleia de início recente, em pacientes com neoplasia ou HIV.
- Cefaleia com manifestação sistêmica: febre, rigidez de nuca, etc..
- Cefaleia com sinais neurológicos focais: convulsões, anormalidades no exame neurológico.
- Cefaleia associada à papiledema.

**Para revisão sobre cefaleia, veja:**

Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaleia. Recomendações para o tratamento profilático da cefaleia migrânea (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CEFALIA, 2002).

### **Falando sobre a experiência de Michele com a dor de cabeça...**

Michele se queixa de constantes faltas ao trabalho em virtude das crises de dor de cabeça, com idas frequentes a serviços de urgência. Já consultou dois médicos particulares, que prescreveram analgésicos, sem melhora do quadro. Relata que por várias vezes esteve impedida de comparecer a eventos sociais importantes em sua vida, devido a crises de dor de cabeça.

Michele vive com os pais e trabalha como assistente de telemarketing há um ano, cumprindo 44 horas de trabalho, de segunda a sábado. Nessa atividade, sente-se estressada, pois é alvo frequente de reclamações por parte dos usuários que, descontentes com o serviço da empresa para a qual trabalha, agridem os atendentes pelo telefone, além de sofrer cobranças em demasia por parte de sua chefia. Relata não ter tempo nem dinheiro para atividades esportivas e de lazer. Namora há quatro anos. Não tem problemas de relacionamento em casa.

Observe, no relato, como as crises de dor trazem impacto negativo na vida de Michele, que se vê privada de melhor qualidade de vida.

Na investigação de cefaleias, além do tipo, local e intensidade, é fundamental a avaliação do estado emocional da pessoa: como ela percebe a informação dolorosa, sua capacidade de tolerância à dor, seu contexto social. No trabalho, a dor encontra-se entre as principais causas de absenteísmo, licenças médicas e baixa produtividade. É um problema de saúde pública, pela sua alta prevalência, alto custo e pelo impacto negativo que pode causar na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.

### **Prosseguindo a consulta de Michele...**

Histórico: nega tabagismo e etilismo. Último exame citológico do colo uterino foi há três anos, quando fez o exame clínico das mamas (13/07/2007). Faz uso de anticoncepcional oral de alta dosagem há oito meses. Calendário vacinal: vacinação para rubéola e febre amarela há dois anos (10/08/2008), antitetânica em dia (dT há três anos, em 20/08/2007). Nega histórico familiar de doença cardiovascular ou câncer.

Michele diz que, além da dor de cabeça, apresentou duas crises de lombalgia de leve intensidade no último mês, com duração de quatro dias aproximadamente, sem repercussão funcional. Trabalha o dia todo assentada e diz que sua cadeira é pouco confortável. Perguntou à Dra. Renata se seria necessário submeter-se a uma radiografia da coluna.

## **Lombalgia: queixa comum em Atenção Primária**

As lombalgias são definidas como quadros dolorosos na região lombar e/ou sacral, apresentando causas distintas para o seu desenvolvimento. A dor lombar aguda é uma das queixas mais comuns na prática de Atenção Primária. Embora cerca de 90% dos casos de dor lombar sejam considerados de origem mecânico-degenerativo, as causas infecciosas, inflamatórias, traumáticas, metabólicas e neoplásicas precisam ser lembradas e afastadas. A história clínica e o exame físico são os componentes mais importantes da avaliação inicial do paciente com dor lombar.

### **Vamos recordar: causas de lombalgia...**

#### **Lombalgias mecânico-degenerativas**

- Dores musculares.
- Discopatias,
- Hérnia de disco intervertebral.
- Estenose espinhal.
- Síndrome da cauda equina.
- Espondilolistese.
- Osteoporose.

#### **Lombalgias não mecânicas**

- Infecciosas.
- Inflamatórias.
- Neoplásicas.
- Causas psicossomáticas.
- Doenças viscerais: dor visceral referida na região lombar.
- Fibromialgia.

Dor lombar aguda é definida como aquela com até três meses de persistência dos sintomas. Ocorre em mais de 80% das pessoas em algum momento de suas vidas e 95% dos casos de lombalgia aguda são inespecíficos. Não apresentam relação com alguma doença específica. Afecções graves são causas raras de lombalgia.

Existem alguns sinais de alerta importantes na abordagem das lombalgias: os alertas vermelhos e os alertas amarelos. São considerados

“sinais de alerta” os sinais ou sintomas apresentados pelo paciente, que possam ser devidos a outras enfermidades sistêmicas que não à lombalgia aguda mecânica. Os alertas vermelhos auxiliam na identificação de condições potencialmente graves. Os alertas amarelos correspondem a fatores psicossociais que contribuem para o desencadeamento e para tornar crônicas as síndromes dolorosas lombares.

### **Atenção aos sinais de alerta em pacientes com dor lombar...**

#### **Alerta vermelho**

- Trauma importante.
- Idade de 50 anos ou mais ou menor de 20 anos.
- Osteoporose.
- Imunossupressão.
- História pregressa de câncer ou dor que piora em repouso.
- Perda de peso inexplicada, acima de 10% do peso corporal.
- Febre por mais de 48 horas, uso de drogas injetáveis, infecção ativa.
- Déficit neurológico grave ou progressivo.
- Dor com piora noturna.
- Dor progressiva ou refratária ao tratamento.

#### **Alerta amarelo**

- Fatores genéticos e antropológicos.
- Obesidade.
- Sedentarismo.
- Tabagismo.
- Má-postura.
- Insatisfação laboral.
- Síndromes depressivas.
- Trabalhos pesados.
- Alterações climáticas.

### **Quando devemos solicitar estudos de imagem em pacientes com lombalgia?**

A solicitação de exames de imagem, em geral, não é necessária em pacientes com lombalgia aguda de evolução inferior a seis semanas. Em pacientes com mais de 50 anos e sinais de alerta presentes podem ser

necessários exames como radiografia lombossacral e hemossedimentação, para descartar neoplasia ou infecção. Em caso de sintomas persistentes ou graves - dor ciática limitante, paresias, perda sensitiva em determinado dermatomo -, exames mais sofisticados podem ser solicitados, como tomografia ou ressonância magnética.

### **Para revisão sobre lombalgias**

Leia “Diagnóstico e Tratamento das Lombalgias e Lombociatalgias” (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2001), disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/072.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/072.pdf)>.

### **Investigando o psiquismo de Michele...**

Michele relata sentimento de angústia, labilidade emocional, desconcentração e estresse no trabalho, desinteresse pelas atividades antes consideradas prazerosas, além de insônia inicial, hiporexia e perda de peso - três quilos - nos últimos dois meses. Vivenciou recentemente o falecimento do amigo. Diante dos sintomas apresentados por Michele, Pedro Henrique solicita a avaliação da médica da equipe.

### **Renata realiza o exame físico de Michele...**

Dra. Renata realiza o exame físico de Michelle, dando ênfase às queixas apresentadas.

- Aspecto geral: corada, hidratada, boa perfusão capilar, orientada no tempo e espaço, humor deprimido.
- Pele: sem alterações.
- Orosopia e otoscopia sem alterações.
- Peso: 70 kg, Altura: 1,62 m, IMC: 26,7 kg/m<sup>2</sup>.
- Aparelho cardiovascular: PA: 110 x 70 mmHg; frequência cardíaca (FC): 68 batimentos por minuto (bpm.), bulhas normorítmicas e normofonéticas, em dois tempos; pulsos periféricos rítmicos, simétricos, cheios.
- Aparelho respiratório: Frequência respiratória de 12 incursões respiratórias por minuto (irpm.), murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios, eupneica.
- Abdome: livre, sem visceromegalias.
- Aparelho locomotor articulações sem alterações. Boa mobilidade da coluna lombar. Retificação da coluna lombar. Lassègue negativo a 60°, bilateral.

Discreta tensão da musculatura paravertebral lombar, sem dor à palpação.

- Exame neurológico sumário: pares cranianos sem alterações; tônus e força muscular preservados, simétricos; reflexos tendinosos superficiais (tricipital, bicipital, patelar, aquileu) normoativos, simétricos; coordenação, marcha e equilíbrio preservados.
- Exame de fundo de olho: normal
- Minimental = 30.

Dra. Renata conduziu todo o atendimento, utilizando o Método Clínico Centrado na Pessoa, pois ela sabe que o cuidado centrado no paciente tem impacto favorável em pacientes como Michele. A médica observou que, além do relato de dor de cabeça e dor lombar, havia sintomas depressivos que precisavam de abordagem adequada. Dra. Renata sempre utiliza essa ferramenta na atenção às pessoas da Equipe Verde, garantindo mais eficiência no cuidado.

### **O que é o método clínico centrado na pessoa?**

Muito se discute, atualmente, sobre a humanização da assistência e uma das metodologias propostas para alcançá-la é o Método Clínico Centrado na Pessoa.

A proposta do atendimento centrado na pessoa pressupõe mudanças na mentalidade do profissional de saúde. Para ser centrado na pessoa, o profissional de saúde entende que a noção hierárquica de que o profissional está no comando e de que a pessoa é passiva deve ser substituída pelo compartilhamento do poder no relacionamento. E isso significa renunciar ao controle que tradicionalmente fica nas mãos do profissional, permitindo novos direcionamentos. Ser centrado na pessoa requer o equilíbrio entre o subjetivo e o objetivo, em um encontro entre mente e corpo.

### **Para refletir...**

As vantagens do atendimento realizado pelo profissional de saúde centrado na pessoa são:

- Mais satisfação do paciente e do profissional de saúde.
- Mais adesão ao tratamento.
- Melhor resposta à terapêutica.
- Mais eficiência do cuidado.

- Necessidade de reduzido número de exames complementares.
- Frequência mais baixa de encaminhamentos a especialistas.
- Custo baixo para o sistema de saúde e para o paciente.

É importante que os profissionais de saúde atentem para os seis componentes interativos do processo de atendimento centrado na pessoa:

### **1. A exploração e interpretação, pelo profissional de saúde, da doença e da experiência do adoecer do paciente, tendo a experiência de adoecer quatro dimensões**

- Sentimentos da pessoa a respeito de sua experiência.
- Suas ideias sobre a doença.
- Como a doença afeta seu funcionamento.
- As expectativas em relação ao profissional.

### **2. Entendimento global da pessoa**

Integração dos conceitos de doença e experiência de doença com o entendimento da pessoa como um todo; inclui a consciência dos múltiplos aspectos da vida, como contexto pessoal, contexto próximo - família, emprego, suporte social - e contexto distante - cultura, comunidade, ecossistema.

### **3. Busca de objetivos comuns entre o profissional de saúde e o paciente a respeito do problema ou dos problemas e sua condução**

Elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas entre a pessoa atendida e o profissional de saúde.

### **4. Incorporação de medidas de prevenção e promoção de saúde**

Salienta a importância de se usar cada encontro como uma oportunidade de prevenção e promoção de saúde, como desenvolver, junto com o paciente, um plano prático de prevenção e promoção para toda a vida; monitorar os riscos já identificados e rastrear aqueles ainda não identificados; registrar e arquivar adequadamente e estimular a autoestima e confiança do paciente no autocuidado.

## 5. A melhora ou intensificação da relação profissional-paciente

Enfatiza que cada encontro com a pessoa deve ser usado para desenvolver o relacionamento desta com o profissional, por meio da compaixão, da confiança, do compartilhamento de poder e da cura.

## 6. A viabilidade em termos de custos e tempo

Exige que durante todo o processo o profissional de saúde seja realista sobre o tempo disponível, participe no desenvolvimento da equipe e do trabalho em equipe e reconheça a importância de uma administração sensata do acesso aos recursos de saúde. Para isto, é necessário:

- Compreender que não é preciso fazer tudo para todos os pacientes em todas as visitas.
- Considerar os limites da Medicina, da Enfermagem e de outras profissões e estabelecer objetivos e prioridades razoáveis.
- Uso racional dos recursos: gerenciar os recursos para o paciente, considerando suas necessidades e as da comunidade.

Podemos observar os resultados do tratamento após dois meses da abordagem da paciente com diagnóstico de enxaqueca, segundo o Método Clínico Centrado na Doença e outro centrado no paciente, utilizado pela Dra. Renata.

### Entrevista centrada na doença

**Médica:** Você tem enxaqueca. Existem muitas opções de tratamento para prevenir e abortar as crises de dor. Outras coisas também são importantes, como controle da alimentação e atividade física para alívio do estresse. Você deve evitar analgésicos em excesso.

**Paciente:** Sim, doutor. Diga-me o que devo fazer.

**Médica:** É muito importante que você tome essas medicações que estou prescrevendo. Não abuse de analgésicos. Evite alimentos como café, chocolate, comidas gordurosas e queijos embutidos. Você deve caminhar pelo menos 30 minutos por dia e tentar relaxar. Passe lá na recepção e marque seu retorno para daqui a dois meses.

**Paciente:** Muito obrigada, doutora.

### Após dois meses...

A paciente não conseguiu comprar todas as medicações prescritas na última consulta, pois, como ela já havia comentado, estava em dificuldades financeiras. Teve leve melhora, mas compareceu duas vezes à policlínica, com crises de enxaqueca. Acha que seu problema não tem solução e deseja fazer um exame mais complexo e consulta com neurologista para ver se está tudo bem.

### Entrevista centrada no paciente

**Médica:** Pelos seus relatos e ausência de alterações ao exame que realizei, você possui um tipo de dor de cabeça chamada enxaqueca. Já ouviu falar algo sobre ela?

**Paciente:** Sim. Minha mãe tem enxaqueca e tem os mesmos sintomas que eu.

**Médica:** explorando a experiência do paciente com a doença e criando vínculos: Você tem estado muito preocupada com a sua saúde, não é?

**Paciente:** Bom, um amigo meu que também sofria de dores de cabeça, assim como eu, morreu de tumor cerebral. Tenho medo de estar com o mesmo problema.

**Médica:** Existem muitas causas de dor de cabeça e certamente os aneurismas podem cursar com este sintoma, mas as características da dor são muito diferentes do seu caso. Você tem um histórico de dor de cabeça desde a infância, que pioraram na medida em que você foi exposta a situações de cada vez mais responsabilidade e tensão. Além disso, você tem usado um anticoncepcional com alta dosagem, o que piora o quadro. Você observou que fez exame completo e nada há de anormalidades. No caso de problemas mais graves, como tumores, a pessoa tem dores de cabeça de início mais recente, o tipo de dor de cabeça é bem diferente. E a pessoa geralmente tem outros sintomas. Você se lembra de como eram as queixas do seu amigo?

**Paciente:** Sim. Agora que a senhora falou percebo que eram diferentes das minhas dores. Ele começou a ter fortes dores há pouco tempo, estava com certa dificuldade para falar e teve desmaio.

**Médica:** Vejo que agora está mais tranquila em relação a seu problema. Sua qualidade de vida não tem estado boa e, além disso, percebo que está algo deprimida...

**Paciente:** Meu trabalho é estressante e, nos últimos meses, devido à redução de pessoal na empresa, tenho trabalhado dobrado... Não tenho dormido, nem me alimentado bem. De fato, não estou bem.

**Médica:** Você não teria alguma opção de emprego que a fizesse mais realizada?

Paciente: Vou me esforçar para melhorar minha vida e procurar um trabalho em que me sintam mais feliz.

**Médica:** Realmente, o estresse piora muito as crises de enxaqueca, assim como horários irregulares de sono e alimentos tais como: café, chocolates e queijos. Aqui está uma lista com os alimentos que mais frequentemente desencadeiam crise de enxaqueca (entrega à paciente e explica). A pílula anticoncepcional pode piorar as crises. A enxaqueca é um problema crônico, mas tem controle quando é abordada corretamente. Precisa de mudança em seus hábitos, além da medicação correta. Existem dois tipos de medicamentos utilizados: um para aliviar as crises na hora em que elas ocorrem, evitando sua ida a urgências e o comprometimento de sua vida social, e medicação para prevenir as crises. Como você disse que no momento suas condições financeiras estão difíceis, vou prescrever uma medicação disponível na rede pública que irá evitar as crises de dor de cabeça, além de melhorar essa depressão. Você fará um esforço para comprar apenas o medicamento para as crises: fracas ou moderadas (Dra. Renata prescreve naproxeno) e para crises fortes (prescreve naratriptano), que tem preço razoável e evitará que você precise usar outros analgésicos, como você tem feito. Poderá usar um medicamento para náuseas e vômitos (metoclopramida), se necessário. Procure não abusar de analgésicos, pois seu uso excessivo piora a dor de cabeça. Você acha que podemos tentar desta forma?

**Paciente:** Sim.

**Médica:** Em relação à dor nas costas, não creio ser necessária radiografia, pois seu exame não mostra algo grave. Procure fazer algumas adaptações na cadeira para que você se sintam confortável e os exercícios de alongamento dão uma resposta bem satisfatória, porque no seu caso a lombalgia é resultante de postura incorreta. Vou discutir com o enfermeiro sobre outros métodos contraceptivos mais indicados para você. Tem alguma dúvida sobre o que conversamos?

**Paciente:** Não. Agora me sinto mais tranquila e vejo que preciso mudar meu estilo de vida.

**Médico:** A prática de atividade física é fundamental para você. A Associação Comunitária aqui do bairro possui um projeto que envolve atividade física à noite para quem trabalha durante o dia. É aberto a todos e gratuito. Tente se informar. Vai ser muito bom para você em vários aspectos. Bem, daqui a dois meses eu gostaria de vê-la para nova avaliação. Nesse intervalo, se precisar de algo, inclusive se tiver crise de dor de cabeça, procure esta unidade de saúde. Procuraremos ajudá-la no que for possível.

**Paciente:** Muito obrigada. Bem que minha mãe falou que a equipe de saúde presta um bom serviço à comunidade.

### **Após dois meses**

A paciente relata estar muito melhor e teve uma crise leve de enxaqueca desde a última consulta, aliviada pela medicação prescrita. As crises foram desencadeadas por situação de estresse no trabalho e ingestão de queijo. Diz ter se sentido mais tranquila desde a última consulta, pois teve suas dúvidas esclarecidas, considerou-se muito bem-avaliada pela médica, aprendeu a manejar seu problema de saúde e está segura de que não tem uma doença grave. Mantém as queixas em relação ao trabalho. A médica pergunta se ela não teria outras possibilidades de emprego e a mesma diz que sua irmã está tentando lhe conseguir uma vaga em uma loja de calçados. Está frequentando as aulas de ginástica da associação comunitária que a médica indicara e está menos ansiosa. Não apresentou dor lombar.

### **Falando um pouco sobre depressão**

A maioria dos pacientes deprimidos procura os serviços de saúde pelas mais diversas razões, principalmente com sintomas ditos somáticos: dores, insônia, perda de apetite, indisposição geral. A elevada prevalência de distúrbios depressivos na população geral obriga os profissionais de saúde a ter alto grau de suspeição sobre a possibilidade desse diagnóstico ao atender e entrevistar os usuários.

A concomitância de distúrbios depressivos com doenças crônicas pode gerar muitos efeitos negativos no processo evolutivo do quadro clínico, diminuindo a adesão ao tratamento proposto, impossibilitando ou

dificultando a mudança de hábitos e exacerbando os sintomas da doença prévia. É muito comum a peregrinação dessas pessoas pelo sistema de saúde, insatisfeitos com o atendimento prestado pelos profissionais.

Fazem parte do diagnóstico diferencial de depressão algumas doenças endócrinas, como o hipotireoidismo, distúrbios neurológicos e metabólicos. É importante lembrar que a depressão pode ser desencadeada por determinadas medicações, como alguns anti-hipertensivos, hormônios e medicações antineoplásicas.

### **Crítérios diagnósticos para depressão**

Para que uma pessoa tenha diagnóstico de depressão, ela deve ter apresentado, nas duas últimas semanas, cinco das seguintes características, sendo que ao menos uma delas deve ser a primeira ou a segunda da lista:

1. Humor deprimido na maior parte do dia em quase todos os dias;
2. Perda de interesse ou de satisfação em relação à maior parte das atividades (anedonia).

As outras, até atingir o total de pelo menos cinco, podem ser:

1. Perda ou aumento de peso significativo, mudança superior a 5% num mês ou aumento ou perda de apetite.
2. Insônia ou hipersonia (sonolência excessiva).
3. Agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias, constatável pelos outros, não meramente sentimentos subjetivos de inquietação ou de lentidão.
4. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
5. Baixa autoestima ou sentimentos de inadequação e culpabilidade - que podem ser delirantes - quase todos os dias (não meramente autoacusação por estar doente).
6. Capacidade intelectual ou de concentração diminuída ou indecisão e dúvida, quase todos os dias.
7. Ruminações sobre morte - não apenas medo de morrer -, ideação suicida recorrente sem que haja um plano traçado ou tentativa de suicídio ou plano para atentar contra a vida.

Esses sintomas devem causar incômodo clinicamente significativo e incapacidade ocupacional ou em outros setores funcionalmente importantes.

### **Considerações sobre os tratamentos instituídos para Michele**

A Dra. Renata propõe a abordagem dos problemas apresentados por Michelle, além de orientar a respeito de medidas de promoção e proteção à saúde.

No caso de Michele, em virtude do quadro depressivo associado à enxaqueca, a Dra. Renata optou por um antidepressivo tricíclico, a amitriptilina, utilizada como profilático das crises de enxaqueca. O tratamento antidepressivo deve ser entendido de forma globalizada, levando-se em consideração o ser humano como um todo - dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Neste sentido, Michele foi encaminhada à psicóloga do NASF para avaliação, que achou prudente sessão de psicoterapia individual, que foi plenamente aceita pela paciente.

Em relação à terapia farmacológica, todas as classes de antidepressivos têm eficácia similar. Portanto, a escolha do antidepressivo deve ser baseada nas características da depressão, dos efeitos colaterais, risco de suicídio, outros distúrbios clínicos, terapia concomitante, tolerabilidade, custo, danos cognitivos, doenças associadas, etc.

#### **Para informações complementares sobre depressão, veja:**

- Transtorno depressivo com risco de suicídio, do módulo “Saúde Mental” (PEREIRA *et al.* 2013).
- Minas Gerais – Secretária de Saúde - Atenção em Saúde Mental. Saúde em Casa (2006).
- Diretrizes gerais de abordagem das somatizações, síndromes ansiosas e depressivas, p. 30 a 34 da Série Nescon de Informes Técnicos (DIAS; PEREIRA, 2009).

Em relação à enxaqueca, a médica da Equipe Verde considerou, além de orientações sobre mudanças no estilo de vida, o uso de medicações para o controle da dor, visando a:

1. Analgesia: uso de medicamentos apropriados nas crises (escolha por um anti-inflamatório não esteroide e um triptano, em caso de dor forte).
2. Medicação profilática: como observado anteriormente, a concomitância de quadro depressivo e enxaqueca permitiu à médica

a escolha de medicação eficaz para as duas situações. Michele tem indicação de medicação profilática para enxaqueca, pois tem três ou mais crises por mês e apresenta grau de incapacidade importante - pessoal, familiar, social e produtiva.

Considerar a indicação de profilaxia nos seguintes casos:

- Frequência das crises: em geral, indica-se a profilaxia medicamentosa quando ocorrem três ou mais crises por mês.
- Grau de incapacidade importante - pessoal, familiar, social e produtiva: nesse caso, considerar a indicação de profilaxia, mesmo quando a frequência for inferior à referida no item anterior: uma crise ao mês ou, mesmo, menos.
- Falência da medicação abortiva: ineficácia, uso abusivo ou excessivo, intolerância.
- Ineficácia da profilaxia não farmacológica quando tiver sido essa a preferência inicial do paciente.
- Subtipos especiais de enxaqueca (migrânea): basilar, hemiplégica, com aura prolongada, com auras frequentes e atípicas e infarto migranoso (um quadro de isquemia, sem uma doença de base para explicá-lo).

Verifique o tratamento da enxaqueca orientado pela médica da Equipe Verde para Michele no trecho sobre a entrevista centrada no paciente.

**Veja um sumário das recomendações para o tratamento da enxaqueca:**

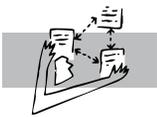
- Identificar e afastar, dentro do possível, os fatores desencadeantes.
- Entrar precocemente com o tratamento nos pródromos das crises.
- Crises leves a moderadas podem ser manejadas com antieméticos, analgésicos e anti- inflamatórios não hormonais.
- Crises moderadas a intensas devem ser manejadas com triptanos ou analgésicos potentes (evitar uso crônico de analgésicos, que podem desencadear dor).
- Pacientes com crises frequentes podem receber profilaxia com beta-bloqueadores, antidepressivos tricíclicos ou anticonvulsivantes.

Como se observa no caso de Michele, para pessoas com dor lombar aguda e sem critérios de gravidade, o tratamento deve ser dirigido à educação do paciente. Analgésicos e anti- inflamatórios não esteroides devem ser

usados em associação com programas de reabilitação física visando à minimização da inatividade e recuperação do tônus muscular, melhora do condicionamento físico e controle do peso. Caso a equipe disponha de acesso a programas de fisioterapia, estes devem ser encorajados. O paciente deve ser avaliado posteriormente e, em caso de manutenção ou piora da dor, avaliar troca de esquema analgésico, necessidade de exames complementares e encaminhamento à especialidade.

### **Finalizando...**

Todos os dias os profissionais de saúde deparam com pessoas com problemas de saúde desafiadores, seja pela cronicidade da situação ou pelo contexto emocional e social envolvidos. O caso Michele mostra atendimento bastante comum nas UBS e apresenta opções possíveis para a atenção em casos semelhantes, valorizando a abordagem integral da pessoa e buscando a satisfação real das necessidades daquelas que buscam assistência. Devemos nos perguntar: “o que fez a pessoa vir a esta consulta?” - em vez do formal questionamento: “o que lhe traz aqui hoje?”



### **Atividade 3**

#### **Método clínico centrado na pessoa**

Descreva, brevemente, um caso de usuário atendido por você.

Após o relato, reflita sobre qual abordagem foi utilizada: método clínico centrado na pessoa ou na doença?

Justifique sua resposta. Trace um paralelo entre os dois métodos, indicando quais as vantagens e desvantagens da utilização dos mesmos.

Guarde esta atividade no seu arquivo.

Consulte o cronograma da disciplina sobre outros encaminhamentos solicitados para esta atividade.