Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância

UNIFESP
Universidade Federal de São Paulo
1933

Módulo de Casos Complexos
Caso 9

Família Lima

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE da FAMÍLIA

Sumário

Família Lima 3

Caso 9 – Família Lima 4

Contextualização 13

Tema 1 – Consulta de enfermagem 23

Tema 2 – Câncer colorretal 25

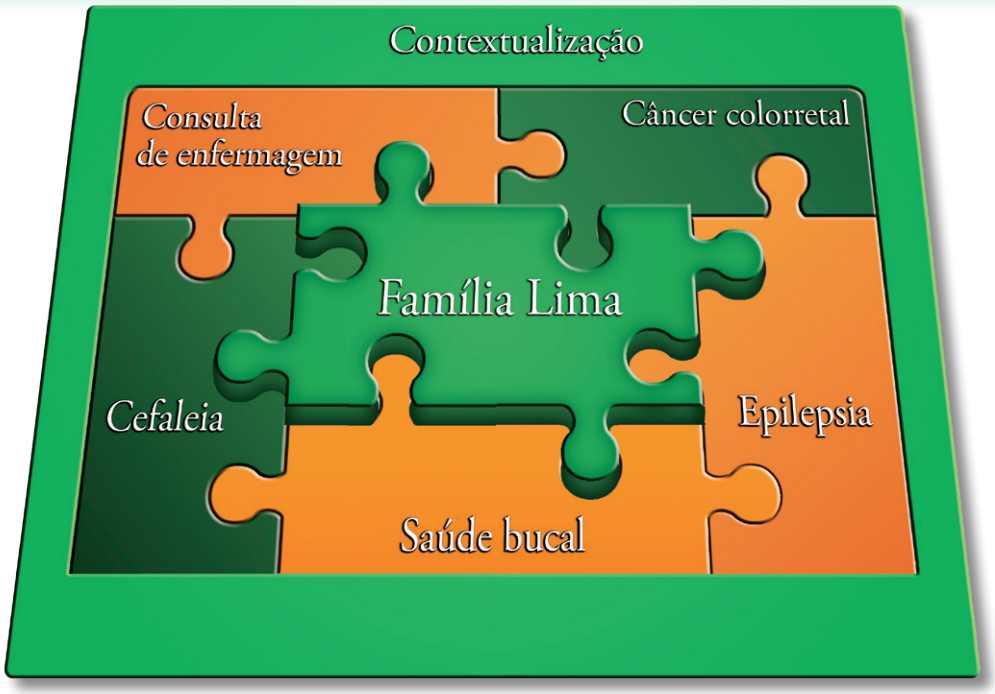
Tema 3 – Cefaleia 30

Tema 4 – Saúde bucal 33

Tema 5 – Epilepsia 38

Caso 9
Família Lima

Módulo de Casos Complexos



Caso 9 - Família Lima

Há mais ou menos dez meses, a família Lima mudou-se para Pedra Azul. Dona Ana Maria e suas duas filhas foram morar na casa dos fundos, propriedade de Dona Joana, irmã de Dona Ana Maria. A mudança foi necessária porque o marido de Dona Ana Maria falecera havia um ano, e já não havia dinheiro para continuar na antiga casa da família. Desde então, Dona Ana Maria tornou-se uma paciente frequente da Unidade Básica de Saúde de Pedra Azul.

Naquela segunda-feira, logo às sete horas, Dona Ana Maria já estava na porta da UBS. Parecia um pouco agitada e ansiosa. Foi acolhida pela equipe e solicitou uma consulta para sua filha mais velha, Luciana. Contou que ela voltou a ter crises e precisava passar no neurologista com urgência. Como Luciana não estava presente – tinha ido trabalhar –, a equipe marcou uma consulta para a próxima quinta-feira à tarde. Dona Ana Maria reclamou, pois achou a data muito longe, e foi um pouco agressiva com Rita, enfermeira da equipe, dizendo que, na época que tinha convênio, tudo era melhor… Essa atitude era habitual da parte de Dona Ana Maria, e às vezes ela deixava o Dr. Felipe triste com essas comparações.

Na quinta-feira à tarde Luciana veio para a consulta com Dr. Felipe. Ela era jovem e veio com o uniforme do trabalho. Aparentava estar cansada. Tinha epilepsia há mais ou menos seis anos. Na época estava com 21 e contou que, desde o início, acompanhou a doença com o neurologista pelo convênio. Fez diversos exames, mas não soube informar que tipo de epilepsia tinha. Disse que havia usado Hidantal® por muito tempo, mas atualmente fazia uso de carbamazepina 200 mg de 8/8h e há um ano e meio estava sem acompanhamento. Relatou que há alguns meses voltou a apresentar crises mais frequentes (1-2x/mês), mas não tinha dito isso em casa, pois sua mãe era muito ansiosa e ela queria poupá-la de mais uma preocupação. Negava ter interrompido a medicação (no momento dessa resposta, Dr. Felipe ficou em dúvida se ela estava sendo sincera, porque Luciana ficou um pouco pensativa antes de responder), ou iniciado uso de drogas ou álcool. Referiu que já havia experimentado maconha, mas isso tinha sido na adolescência. Contou também que começou a apresentar dores de cabeça muito fortes havia um ano, muitas vezes no mês, e que isso era um fato novo: não costumava ter dores de cabeça, não relacionava com alguma mudança no seu dia a dia; relatava dor na região parietal, e, às vezes, era hemicraniana, do tipo latejante, de intensidade moderada. Em alguns

dias, a obrigava a sair mais cedo do trabalho ou a faltar à universidade à noite, e era sempre acompanhada de um pouco de náusea. Melhorava com o repouso e com o uso de Neosaldina®. A dor podia durar mais de um dia. Dr. Felipe fez o exame neurológico e não encontrou nenhuma alteração. Ficou um pouco apreensivo com o reinício das crises epiléticas, para as quais, pela descrição de Luciana, não ficou esclarecido se eram ou não focais. Também não se tinha muito claro se devia, já naquele momento, aumentar a dose do antiepilético.

Relatou também que há uns seis meses teve uma forte dor no dente do fundo (16), que dava vontade de bater a cabeça na parede. Tomou o analgésico, mas a dor não passava com nada, era muito forte, e, depois de uma semana, ela foi reduzindo e parou de vez. No momento observa um inchaço na região do molar superior que tem uma restauração de amálgama extensa e bem antiga. Está com a gengiva inchada, bem vermelha, e com um ponto branco, que toda vez que aperta dói muito e sai um líquido amarelo. Percebeu que o rosto está inchado e até meio deformado no lado direito.

Uma vizinha a orientou a colocar pano quente no rosto e uma benzedeira mandou por pedaços de batata no rosto para reduzir o inchaço, mas tem observado que o rosto está cada vez mais inchado no lado direito, principalmente quando acorda pela manhã.

Dr. Felipe decidiu, então, encaminhá-la para o neurologista e o cirurgião-dentista da UBS:

– Bem, Luciana, fiquei tranquilo com o seu exame neurológico, mas, com essa história que você me contou, vou precisar encaminhá-la para o neurologista para podermos ter uma avaliação sobre o tratamento da epilepsia – diz Dr. Felipe.

– Doutor, o senhor acha que isso demora quanto tempo? – pergunta Luciana.

– Não sei bem, mas acho que dentro de três meses você conseguirá ser vista pelo neurologista – responde Dr. Felipe.

– Nossa! três meses! – se assusta Luciana. – No convênio era mais rápido… E não tem problema ficar mais três meses descontrolado? E quanto à minha dor de cabeça? – pergunta.

– Bem, quanto à dor de cabeça, quero que você faça um diário da dor (mostra à Luciana como preencher o papel), para poder ter mais informações sobre ela. – explica Dr. Felipe. – Além disso, vou precisar pedir alguns exames de sangue para ver como está o nível da medicação que usa para a epilepsia e para saber se está tudo bem. Esse remédio pode ter alguns efeitos colaterais em outros órgãos que os exames ajudam a perceber. Luciana, realmente o neurologista pode demorar um pouco, mas vou te acompanhar de perto. Qualquer coisa pode vir falar comigo – aconselha o médico.

– Tá certo, quando devo voltar? – pergunta Luciana.

– Quero te ver em 45 dias, assim que os exames estiverem prontos, e dá tempo de você fazer o diário que te pedi. Ah! Mais duas coisas: gostaria que você evitasse o uso da Neosaldina®, prefiro que use paracetamol quando tiver dor. Mas não abuse! Essa medicação pode ser usada três vezes na semana, conforme escrevi na receita. É importante saber também que o efeito é melhor se tomar logo no início da dor. Aqui está a receita. Bom, se você tiver nova crise epilética, me procure – conclui Dr. Felipe.

– E o dentista, será que consigo consulta logo? Não quero perder esse dente, já perdi outro dente do fundo do outro lado (26) quando era criança e vai ficar ruim para mastigar... – reclama Luciana.

– Não sei, tem que ver no agendamento de consultas com o cirurgião-dentista. Vou fazer o encaminhamento – responde Dr. Felipe.

Na reunião da equipe, comentou-se que Dona Ana Maria, quando vinha ao posto, não perdia nenhuma oportunidade para saber como estava o encaminhamento de Luciana, sempre fazendo comparação com o convênio no meio da conversa. Isso às vezes passava despercebido, porém, muitas outras atrapalhava a equipe, pois o SUS já não era bem visto – na opinião de todos do bairro, e às vezes até a ACS Rosalina questionava o funcionamento da ESF e das especialidades com o Dr. Felipe e a enfermeira Rita.

Em uma dessas visitas, foi perguntado se Dona Ana Maria estava cuidando dela ou só se preocupava com a filha. Respondeu que a ACS Rosalina já havia dito para ela fazer os exames preventivos da mulher e passar em consulta com a enfermeira. Decidiu marcar então a consulta com Rita, apesar de achar uma bobagem, já que no convênio não tinha nada disso. Para ela, "só médico sabia tratar".

Veio na consulta de enfermagem, no Dia de Saúde da Mulher, e então descobriu que não vem se dedicando ao próprio cuidado. Relatou que se sente muito sozinha, que acha que a filha está usando droga e que sente muita saudade de seu marido. Disse ter medo de se relacionar de novo, por isso não fez mais Papanicoloau. Tem uma gastrite nervosa e está um

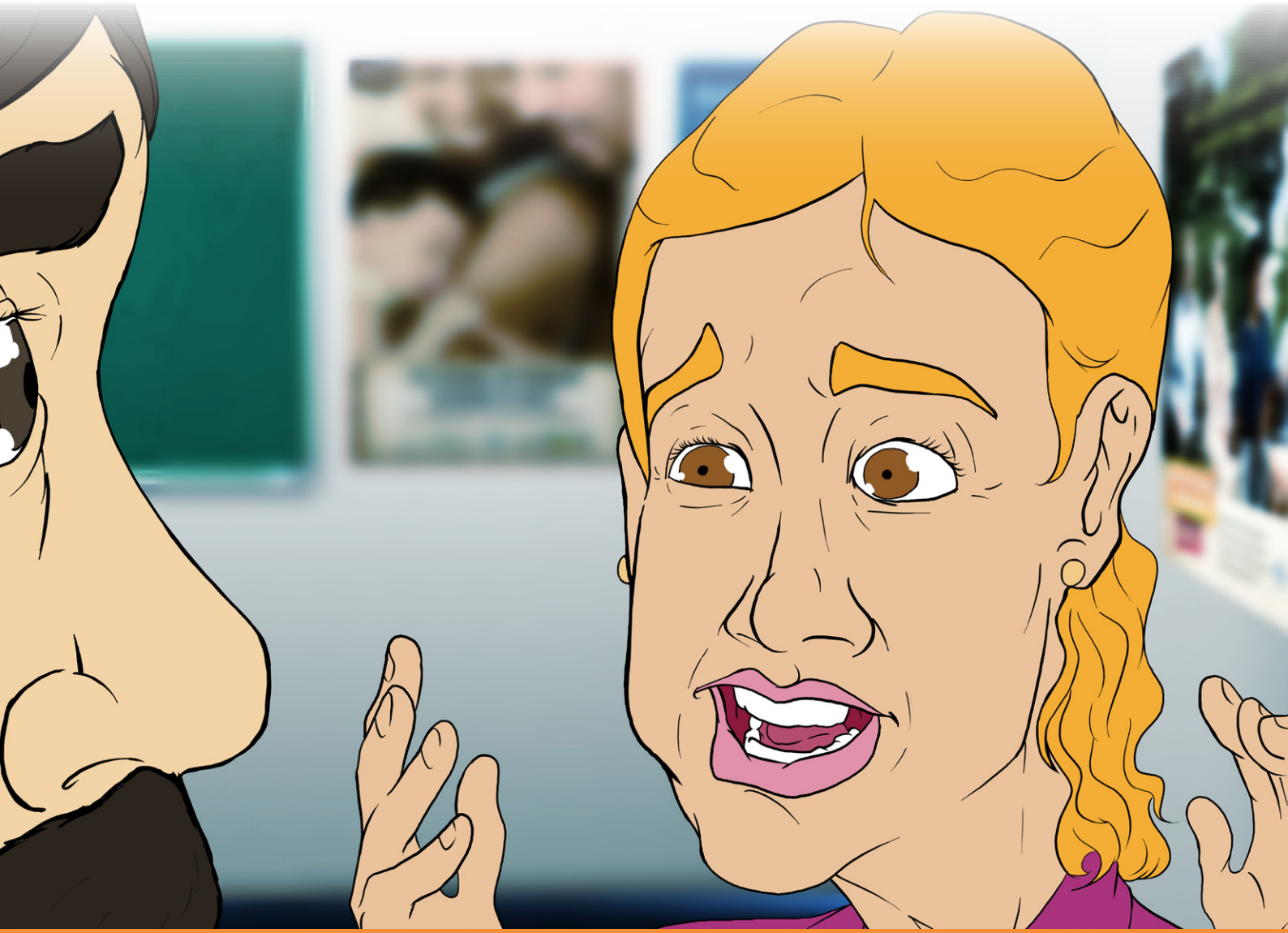
pouco preocupada, pois tem "obrado" com sangue. Está emagrecendo e sente também dores abdominais. Com essas informações, a enfermeira Rita colheu Papanicolau, orientou autoexame de mama, cuidados com alimentação e saúde mental e perguntou se ela gostaria de participar do grupo de Terapia Comunitária. Falou também que ia marcar uma consulta com o Dr. Felipe para avaliar o sangramento e a dor.

Dr. Felipe aproveitou o assunto sobre epilepsia na reunião de equipe para orientar sobre os cuidados que se deve ter ao se presenciar uma crise convulsiva, e também debateu com a enfermeira Rita as questões relacionadas ao SUS e à ESF. Como o tema era a família Lima, a enfermeira pediu para a ACS Rosalina incentivar Dona Ana Maria a participar da Terapia Comunitária e aconselhou o Dr. Felipe a falar com ela sobre a paciente após a reunião.

Luciana marcou consulta de emergência com o cirurgião-dentista Júlio dentro de uma demanda espontânea, na qual foi prescrita medicação antibiótica, analgésica e anti-inflamatória. Foram realizados protocolo de referência e encaminhamento para nível de atenção médio para o tratamento endodôntico, e solicitado exame radiográfico periapical e panorâmico.

Durante a consulta, Dr. Júlio diagnosticou a presença de cálculo e indicação de tratamento periodontal, porém não havia vaga no momento, devendo a paciente agendar e aguardar na fila...

Na semana seguinte, Dr. Felipe marcou uma consulta de encaixe para Dona Ana Maria:



– Olá, Ana Maria! A Rita me disse que a senhora não está bem. O que está acontecendo? – questiona Dr. Felipe.

– Sabe, doutor, a Rita é ótima! Não sabia que enfermeira atendia. Depois da consulta dela, eu me senti muito bem. Fui para tal Terapia Comunitária e achei ótimo! E minha filha está melhorando. No convênio não tem nada disso... – responde Dona Maria.

Dr. Felipe pensa consigo: "Devo mostrar atenção, mas tenho pouco tempo".

– Que bom, Dona Ana Maria, que está gostando de nosso trabalho! Mas preciso saber se tem algo diferente acontecendo com seu corpo – interroga Dr. Felipe.

– Ah, sim! Estou obrando sangue. Isso acontece de vez em quando. Ontem mesmo aconteceu. Quando tinha convênio, passei no pronto-socorro e eles disseram que eu tinha uma hemorroida pequena. Fizeram uma endoscopia (mostra o exame: gastrite enamtematosa leve) e me encaminharam para o gastro, mas daí meu marido morreu, perdi o convênio e não me preocupei mais com isso.

– A senhora está emagrecendo? – pergunta Dr. Felipe.

– Sim, mas eu não como direito. Só salgadinho. O cigarro tira o apetite, sabe. Antes eu sentia dor na barriga, mas tomo Omeprazol e melhora – responde Dona Ana Maria.

– E na família, tem alguém que teve alguma doença grave? – pergunta Dr. Felipe.

– Sim. Meu pai teve infarto e minha mãe câncer nos ossos – responde Dona Ana Maria.

– Bom, Dona Ana Maria, vou solicitar um exame de sangue e lhe encaminhar para o gastro, pois eu não posso pedir exames mais específicos. Mas é importante a senhora voltar aqui caso piore, tá bom? Vou também marcar um retorno em 30 dias – conclui Dr. Felipe.

Ao comparecer no CEO, Luciana foi informada que teria consulta para tratamento endodôntico somente após cinco a seis meses, e após duas semanas seriam realizados os exames radiográficos.

Na consulta foi detectado envolvimento pulpar e fístula mucosa no elemento 16 e indicação de tratamento endodôntico, e a radiografia panorâmica detectou uma lesão osteolítica, bem delimitada e circunscrita, na região do elemento 38, sugestiva de cisto dentígero, sem sintomatologia clínica.

Diário da dor

Depois de 45 dias, Luciana voltou à UBS. Trouxe o diário da dor (**veja exemplo na página 12**) e contou que não teve novas crises nesse tempo entre as consultas, mas mesmo assim estava preocupada com o encaminhamento. Dr. Felipe consultou no prontuário de Luciana a lista de problemas da primeira consulta e também o plano de cuidado que havia combinado com a paciente. Depois disso, iniciou a consulta. Viu o diário e também os exames e concluiu que estava tudo bem, exceto pelo nível de carbamazepina no sangue, que estava abaixo do recomendado (< 3 mg/mL). Naquele momento, interrogou novamente Luciana sobre o uso da medicação, e ela contou que, após a morte do pai, deixou de tomar a medicação corretamente. Além disso, havia

começado a namorar e tinha medo de o remédio fazer mal. Dr. Felipe explicou a necessidade do uso correto da medicação, principalmente para o tratamento da epilepsia, e também que a carbamazepina não tem efeito colateral nas relações sexuais. Informou também que, pelo diário da dor e pelo jeito como as dores de cabeça se apresentavam, ela tinha enxaqueca. Falou um pouco sobre a doença e a medicou. Mesmo sabendo que as crises haviam voltado devido ao uso incorreto da medicação, Dr. Felipe resolveu manter o encaminhamento para tentar não quebrar o vínculo com Luciana e também com Dona Ana Maria. Quanto a esta última, Dr. Felipe soube que o exame de sangue dela apontou uma anemia importante. Ela também já havia passado pelo gastro, que pediu um exame do intestino. Dona Maria faltou ao retorno com Dr. Felipe, pois teve de ir ao INSS resolver um problema da pensão no mesmo dia.

Após três meses, Luciana veio à UBS procurar a auxiliar de saúde bucal Ana Cristina e o cirurgião-dentista Júlio para tratamento de uma forte dor de dente. Era uma terça-feira, e desde sábado à tarde ela não conseguia fazer nada, pois a dor era insuportável. Lembrava aquela que havia ocorrido tempos atrás.

Tomou analgésico que tinha em casa, e até um anti-inflamatório que havia sobrado na cartela, mas nada fazia parar, estava ficando louca, como relatava... A dor era no dente do fundo inferior (47), que tinha uma restauração de amálgama bem grande. Foi orientada a aguardar. Seria atendida por Dr. Júlio naquela mesma manhã.

Cinco meses depois, Luciana veio à UBS procurar o Dr. Felipe. Naquele momento ele estava em atendimento e não podia atender, então ela foi orientada a vir no início da manhã do dia seguinte, horário em que Dr. Felipe costuma fazer alguns encaixes do dia para resolver problemas rápidos.

Luciana voltou no dia seguinte, trazendo uma tomografia computadorizada de crânio e uma carta do neurologista. Dr. Felipe ficou surpreso: primeiro, pela contrarreferência recebida, o que não era muito comum desde que estava nesta UBS, que o orientava quanto ao diagnóstico e ao acompanhamento de Luciana; e segundo, por Luciana ter voltado para lhe mostrar o exame e a carta, pois nem todos os seus pacientes tinham essa preocupação. Naquele momento, anotou todas essa informações no prontuário para não perder a continuidade da atenção. Além disso, sentiu que ela confiava no seu trabalho e queria ouvir sua opinião sobre o exame. Luciana estava sem novas crises desde então. Quanto à Dona Ana Maria, ela teve de se internar, fazer uma cirurgia e depois quimioterapia. Estava seguindo com médicos oncologistas.

Data da dor

Horário de início da dor

Manhã														
Tarde														
Noite														
Sono														

Maior intensidade da dor

Fraca														
Moderada														
Forte														

Qualidade da dor

Pulsátil/Latejante														
Constante														
Pontadas														

Localização da dor

Unilateral direita														
Unilateral esquerda														
Bilateral														

Remédios utilizados para melhora da dor e quantidades

_____														
_____														
_____														
_____														

Duração da dor

Horas														
Minutos														
Segundos														

Fatores desencadeantes

_____ _____ _____ _____ _____

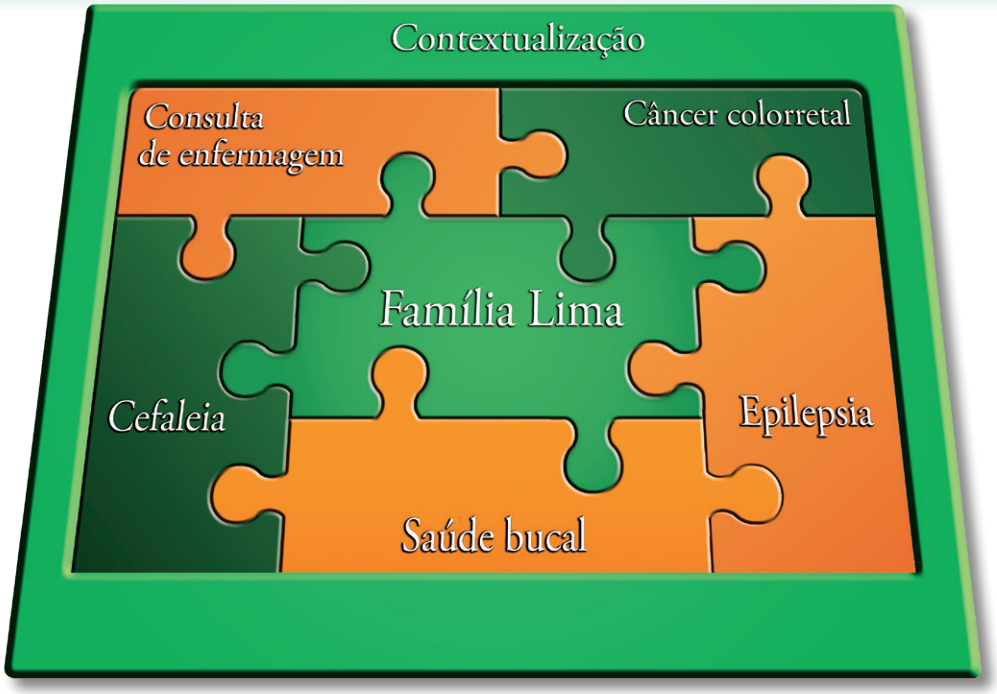
_____ _____ _____ _____ _____

Menstruação (assinalar o primeiro e o último dia)

a	a	a	a	a

Índice de dor (n° crises leves X 1 + n° crises moderadas X 2 + n° crises fortes X 3) = _____

Exemplo de Diário da Dor



Contextualização

Julie Silvia Martins, Marcelo Marcos Piva Demarzo e Lucilia de Fatima Auricchio

Epilepsia

Vimos no caso que o que mais preocupava Dona Ana Maria eram as crises de epilepsia de sua filha Luciana.

Na consulta, Luciana não sabia informar qual era o tipo de epilepsia que apresentava. Como veremos no tema **Epilepsia**, o provável diagnóstico era de epilepsia parcial ou focal, pelos medicamentos que utilizava. Embora na primeira consulta Luciana tivesse negado o uso irregular da carbamazepina, na segunda consulta, ou por estar ciente que os exames apontariam o uso irregular, ou, quem sabe, em decorrência do estabelecimento do vínculo com Dr. Felipe, ela assumiu o uso irregular do medicamento após a morte do pai e o início do namoro. Na segunda consulta, como Luciana não apresentou mais crises decorridos 45 dias, Dr. Felipe concluiu que não seria necessário trocar ou aumentar a dose do medicamento, pois as crises anteriores à primeira consulta deveriam estar relacionadas ao uso irregular.

Um aspecto que deve ser ressaltado é que Dr. Felipe foi capaz de controlar as crises epilépticas de Luciana orientando-a sobre a importância do uso adequado do medicamento, conseguindo sensibilizá-la e, dessa forma, controlar a situação.

Para o acompanhamento de Luciana no decorrer do tempo, a fundamentação teórica de **Epilepsia** ressalta a importância de consultas trimestrais para obtenção da prescrição médica, momento este que deve ser aproveitado para reforçar a importância da adesão à terapêutica. O tratamento deverá ser ininterrupto por um período de dois a cinco anos e, caso Luciana mantenha-se sem crises nesse período, poderá ser planejada uma tentativa de retirada lenta e progressiva da carbamazepina. O Formulário Terapêutico Nacional (BRASIL, 2008b) também orienta que, antes do início e durante o tratamento com a carbamazepina (a cada seis meses), devem ser monitorados hemograma (especialmente plaquetas e reticulócitos) e ferro plasmático e realizados testes de função hepática.

Na perspectiva de um atendimento integral, uma vez que Luciana referiu estar namorando e estar preocupada com o fato de a carbamazepina fazer mal, seria importante Dr. Felipe conversar com ela a respeito de suas expectativas reprodutivas e explicar sobre a interação da carbamazepina com pílulas anticoncepcionais e sobre os riscos para ela e para o bebê de uma possível gravidez, em decorrência de sua condição, sendo considerada uma gestação de risco. Caso Luciana não desejasse engravidar, o dispositivo intrauterino (DIU) seria a melhor opção.

Também merece destaque o fato de Dr. Felipe aproveitar a discussão sobre a epilepsia de Luciana para orientar a equipe sobre os cuidados a serem tomados durante a crise convulsiva, procurado dessa maneira capacitá-los em relação à questão.

Saiba Mais...

*A fundamentação teórica de **Epilepsia** apresenta a classificação dos principais tipos de epilepsia; discute os tipos de epilepsia que poderiam iniciar aos 21 anos; quais exames devem ser realizados por uma pessoa que tem suspeita de epilepsia, discorrendo sobre o eletroencefalograma, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética do encéfalo; aborda como tratar a epilepsia e o que esperar do tratamento; como programar o tratamento medicamentoso; no que deve se basear a escolha das drogas antiepilépticas (DAEs); como deve ser feita a prescrição das DAEs; quais as questões mais relevantes da epilepsia na mulher, envolvendo os métodos contraceptivos e possíveis defeitos congênitos relacionados às DAEs; e quais as complicações da epilepsia, abordando os traumatismos, o estado de mal epiléptico e a morte súbita inexplicada, procurando dessa forma oferecer subsídios aos profissionais da Atenção Primária sobre o assunto.*

Cefaleia

Em relação à dor de cabeça de Luciana, veremos no tema **Cefaleia** que o autor concorda com o diagnóstico de enxaqueca sem aura, esclarecendo que nesses casos é muito interessante utilizar o diário da dor, pois possibilita identificar a frequência com que a crise ocorre, permitindo verificar a necessidade de utilizar tratamento preventivo (três ou mais dias de dor por mês) e

observar a resposta à medicação sintomática prescrita. Quanto a esta, o autor ainda ressalta que tanto a Neosaldina® como o paracetamol não apresentam eficácia adequada em dores moderadas ou fortes e que a prescrição do paracetamol talvez tenha sido motivada em decorrência de uma eventual gravidez. Ainda em relação aos medicamentos sintomáticos, salienta que a limitação do uso destes é de dois dias por semana, e não três, como refere o caso. Ressalta também a ausência de orientações por parte da equipe de medidas não medicamentosas para a prevenção das crises de enxaqueca. Embora Luciana não tenha apresentado nenhuma crise de enxaqueca entre a primeira e a segunda consulta, é importante que mantenha o monitoramento com o diário da dor, favorecendo futuras avaliações.

Também na fundamentação teórica de Cefaleia estudaremos sobre a sua prevalência, classificação, tipos, subtipos, precursores e complicações, os critérios a serem utilizados para o diagnóstico, informações relevantes a serem obtidas durante a anamnese, a importância do diário da dor, a abordagem farmacológica da crise de enxaqueca, discutindo a estratégia "passo a passo" e o tratamento "estratificado", também o tratamento preventivo farmacológico da enxaqueca e a abordagem preventiva não medicamentosa.

Saiba Mais...

O trabalho de Wannmacher (2010) discute as terapias utilizadas para a enxaqueca, baseando-se em evidências científicas disponíveis. Sem dúvida, uma excelente leitura complementar sobre o tema, que conta com apoio do Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde.

Saúde bucal

Em relação à saúde bucal, Luciana tem apresentado vários problemas de relativa gravidade. Quando relata que teve dor muito forte, "que dava vontade de bater a cabeça na parede", aproximadamente seis meses antes da primeira consulta, nos faz pensar em um quadro característico de pulpite (inflamação aguda da polpa), que, não tratada, evoluiu para uma necrose pulpar e subsequente disseminação dos microorganismos para a região periapical do dente (infecção no osso ao redor da ponta da raiz do dente), que permaneceu assintomática, porém latente, por seis meses. Em decorrência de uma queda na resistência de Luciana, ou algum fator que gerou o aumento da resistência dos microrganismos envolvidos, a infecção se exacerbou, surgindo dessa forma o abcesso, caracterizado pelo edema na região e pela secreção purulenta em local próximo ao dente afetado. É preciso considerar que é uma infecção envolvendo o osso da maxila, e, portanto, exige cuidados, que são descritos de forma pormenorizada na **fundamentação teórica** do tema. Tais situações devem ser entendidas como de urgência, e, portanto, o usuário não deve ser agendado para uma data posterior, e sim o tratamento deve ser prontamente instituído. Há situações em que a infecção tende a se generalizar, necessitando inclusive de cuidados hospitalares, pois pode levar ao óbito. Em tais situações, é muito provável que o usuário vá buscar cuidados na Atenção Primária, sendo importante que todos

os profissionais desse nível de atenção estejam atentos a esses riscos, para que tais situações não sejam negligenciadas.

O caso refere que Luciana "marcou consulta de emergência", mas deveria ser automaticamente encaminhada para atendimento odontológico em vaga de demanda espontânea do dia, a qual não exige agendamento prévio.

Quanto ao fato de Luciana ter que aguardar vaga na fila, os conteúdos teóricos já discutidos em nosso curso apontam que as equipes precisam se organizar a partir dos critérios de risco, de forma a promover a equidade no atendimento das necessidades odontológicas, e não simplesmente organizar uma fila.

Quanto ao fato de Dr. Júlio ter realizado o "protocolo de referência" e encaminhado para o serviço especializado, entende-se que realizou os procedimentos necessários para debelar a fase aguda e preparar o dente para receber o tratamento endodôntico, uma vez que este tratamento não é realizado na Atenção Primária. Tais procedimentos são necessários para evitar episódios de agudização durante a espera pela vaga no serviço especializado (5 a 6 meses) e também para agilizar o atendimento desse nível de atenção, diminuindo o número de consultas necessárias para a conclusão do tratamento no nível especializado e, dessa forma, aumentando o acesso da população ao serviço.

Um aspecto que deve ser salientado é a orientação da vizinha de colocar pano quente sobre a região edemaciada. Muitos usuários com abcesso chegam ao serviço com pano quente sobre a região afetada, mas devem ser alertados imediatamente para retirar, pois o calor favorece que o pus se concentre próximo da região onde o calor está sendo aplicado e, nesse caso, estaria favorecendo a drenagem extraoral, com o inconveniente de deixar cicatriz na face do indivíduo afetado. Em casos de abcesso, muitas vezes os cirurgiões-dentistas orientam o usuário a realizar bochechos com água morna, procurando favorecer a drenagem intraoral.

Quanto ao segundo episódio de dor (após três meses), também é bastante sugestivo o quadro de pulpite. A pergunta que se faz é:

Não poderia ter sido evitado se Júlio tivesse realizado um exame completo da cavidade bucal na primeira visita de Luciana ao serviço?

Para responder a essa pergunta, é preciso considerar que o dente (47) "tinha uma restauração de amálgama bem grande", e, dessa forma, poderia ou não apresentar fratura e/ou infiltração no primeiro atendimento. A radiografia periapical solicitada anteriormente do dente 16 em nada ajudaria no diagnóstico do dente 47. A radiografia panorâmica provavelmente não ofereceria um nível de detalhamento suficiente para se observar a real situação do dente 47.

Mas, de uma maneira geral, os encaminhamentos realizados por Dr. Júlio, solicitando exame radiográfico periapical e panorâmico, identificando a presença de cálculo e doença periodontal, demonstram que ele não se preocupou apenas com o dente que apresentava situação de urgência, mas procurou fazer uma avaliação mais ampla da condição bucal, o que permitiu inclusive fazer a detecção de possível cisto dentígero no elemento 38.

Saiba Mais...

O cisto dentígero é uma patologia odontogênica benigna associada à coroa de um dente permanente incluso ou impactado. Ao exame radiográfico apresenta-se como uma imagem radiolúcida envolvendo a coroa do dente não erupcionado, frequentemente unilocular, normalmente assintomático, sendo descoberto em exames radiográficos realizados com outras finalidades. É o segundo cisto mais frequente nos maxilares e normalmente envolve os terceiros molares inferiores e caninos superiores (SHAFER et al., 1979; VAZ et al., 2010).

O caso não apresenta mais detalhes sobre a lesão, mas normalmente os tratamentos indicados para o cisto dentígero podem ser: a **descompressão**, a **marsupialização** e a **enucleação** (VAZ et al., 2010). Cabe ressaltar que o ameloblastoma unicístico (tumor odontogênico) pode ser confundido pelos aspectos clínicos e radiográficos com o cisto dentígero (JABER et al., 2009). Mas, independentemente do diagnóstico, o tratamento dessas lesões, na maior parte das vezes, não é de domínio do cirurgião-dentista (CD) da Atenção Primária; portanto, nesse caso, Luciana deve ser encaminhada para o especialista. Mas é importante ressaltar o papel do CD da Atenção Primária, pois a detecção precoce de lesões e respectivo encaminhamento permitem a preservação de estruturas anatômicas e dentes adjacentes, antes que a lesão tome maiores proporções (VAZ et al., 2010).

Com vistas a uma abordagem mais ampla, os problemas de saúde bucal de Luciana permitem ainda mais algumas reflexões. Os dentes 16 e 47 apresentavam restaurações extensas de amálgama, mas o caso não refere se estas apresentavam infiltração ou fraturas. Uma possibilidade a se pensar é que as restaurações tenham se fraturado durante as crises de epilepsia (ARAGON; BURNEO, 2007). Tais fraturas, no entanto, poderiam estar relacionadas a outros motivos, entre eles, o bruxismo (FIROOZMAND et al., 2007).

Saiba Mais...

O bruxismo é caracterizado pelo ranger e/ou apertar de dentes, decorrentes da contração rítmica dos músculos mastigatórios (MACHADO et al., 2011). Embora tenha uma etiologia multifatorial, pode estar associado ao estresse que Luciana vem passando em decorrência da morte do pai, da mudança para os fundos da casa da tia e da rotina estressante de trabalhar e estudar, considerando inclusive que ela procura não exteriorizar seus problemas e angústias com a mãe para "poupá-la", e possivelmente esteja sobrecarregada, como refere o texto: "aparentava estar cansada".

Numa abordagem mais ampla, tais hipóteses poderiam ser verificadas, de forma a procurar evitar a fratura de outros dentes, se for o caso, e a melhoria da qualidade de vida de Luciana.

Em relação ao bruxismo, Machado et al. (2011) discutem em seu trabalho as possibilidades terapêuticas para o bruxismo do sono baseadas em evidências, sendo uma interessante leitura complementar sobre o tema.

Consulta de enfermagem

Em relação à Dona Ana Maria, o caso apresenta uma ação sinérgica dos profissionais da Unidade, pois tanto a agente comunitária Rosalina como os profissionais que atuavam na recepção alertaram Dona Ana Maria sobre a necessidade de cuidar também de sua própria saúde, o que resultou no agendamento de uma consulta de enfermagem. Dona Ana Maria mostrou resistência em realizar consulta com a enfermeira, não acreditando que ela poderia ajudá-la, mas a enfermeira Rita acolheu a paciente, conversou com ela sobre os problemas que a afligiam, colheu Papanicolaou, orientou sobre o autoexame de mama e sobre os cuidados com a alimentação, escutou as angústias de Dona Ana Maria sobre a perda do marido e de estar se sentindo sozinha, orientando-a a participar do grupo de Terapia Comunitária e marcou consulta com o Dr. Felipe para avaliar o problema gastrintestinal. A partir desse momento, Dona Ana Maria conseguiu entender a importância da consulta de enfermagem e passou a valorizar o trabalho de Rita. Observa-se que, a partir do acolhimento, Rita procurou dar respostas às necessidades de saúde articuladas às necessidades sociais e psicológicas de Dona Ana Maria.

A consulta de enfermagem já foi abordada em nosso curso, porém o texto **Consulta de Enfermagem** procura aprofundar o tema, apresentando: o seu amparo legal; a sistematização da assistência de enfermagem (SAE); a importância do uso de terminologias padronizadas; os sistemas de classificação de diagnósticos, intervenções e resultados mais utilizados; os diagnósticos de enfermagem do caso em questão, de acordo com a NANDA 2009-2011 e a CIPE versão 1.0; os cuidados de enfermagem para o caso da família Lima; e como a consulta de enfermagem pode auxiliar na melhoria da qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade.

A fundamentação teórica para este tema aborda de uma forma mais aprofundada os sistemas de classificação de diagnósticos, intervenções e resultados mais utilizados na prática de enfermagem, retoma a iniciativa de incluir novos termos associados à Atenção Primária em serviços comunitários de saúde, por meio do Projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) discutido na unidade de **Gestão da prática clínica**, e apresenta a experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, que demonstra a viabilidade de incorporar a CIPE em Atenção Primária à Saúde como uma ferramenta para sistematizar a prática de enfermagem em saúde coletiva.

Os textos (discussão do tema e fundamentação teórica) apresentados neste caso relativos à área de enfermagem apontam o caráter educativo das consultas de enfermagem, que procuram empoderar os indivíduos e suas famílias para o cuidado, de forma a atender às suas necessidades de saúde articuladas às suas necessidades sociais e psicológicas, mostrando a importância do trabalho desses profissionais na Atenção Primária à Saúde.

De uma forma objetiva, podemos dizer que o atendimento realizado por Rita possibilitou uma consulta mais próxima, favorecendo o estabelecimento do vínculo com a equipe por meio

do acolhimento e possibilitando o equacionamento de várias questões trazidas pela usuária. Como consequência, também agilizou a consulta de Dr. Felipe, que pôde dar mais atenção ao problema gastrintestinal de Dona Ana Maria, pois as demais questões já tinham sido solucionadas por Rita.

A prática mostra que a consulta de enfermagem aplicada à demanda espontânea também pode trazer inúmeros benefícios aos usuários e aos profissionais envolvidos no atendimento.

Câncer colorretal

Quanto ao sangramento às evacuações associado a emagrecimento, o fato de Dona Ana Maria ter sido operada e realizado quimioterapia não deixa dúvidas que o caso se refere a câncer colorretal avançado. Quanto ao prognóstico, está diretamente relacionado ao estadiamento da doença, mas as informações contidas no texto não possibilitam identificar o real avanço da doença, embora o fato de ela ter sido submetida à quimioterapia sugere que tenha sido classificada no mínimo no Estádio II (como veremos no tema **Câncer colorretal**).

Dona Ana Maria refere ter passado no pronto-socorro do convênio, onde o seu problema foi referido como hemorroida. Frequentemente portadores de doença hemorroidária são negligenciados quanto à possibilidade de coexistência de câncer colorretal.

O câncer colorretal, segundo Alexandre Fonoff, é a segunda causa de morte por câncer na população mundial. O autor salienta a importância de realizar campanhas educativas e preventivas, rastreamento para esse tipo de câncer para todos os indivíduos a partir dos 50 anos de idade, ou mais precocemente, de acordo com a história familiar. No entanto, o autor pondera que, em decorrência da dificuldade de disponibilidade de exames mais sofisticados na rede pública e do custo destes, na perspectiva de envolver um grande contingente populacional, é recomendada a realização de rastreamento por meio de exame para detecção de sangue oculto nas fezes anualmente; caso o resultado seja positivo, encaminhar para a colonoscopia.

Alexandre Fonoff aborda a doença hemorroidária e o câncer colorretal. Em relação à doença hemorroidária, o autor discute as causas, as classificações utilizadas, as características dos diferentes tipos e o tratamento. No que se refere ao câncer colorretal, a abordagem envolve suas principais origens, fatores de risco, formas de prevenção, detecção precoce e tratamento. Um aspecto a ser ressaltado do texto, que deveria ser de conhecimento de todos os profissionais de saúde, é que aproximadamente 70% dos casos de câncer colorretal originam-se de pólipos adenomatosos, que normalmente são benignos, mas têm potencial para malignização e podem ser facilmente detectados e removidos por meio das tecnologias disponíveis atualmente (polipectomia por colonoscopia), prevenindo dessa forma aproximadamente 70% dos casos de câncer colorretal.

Integralidade

Na perspectiva da integralidade, um aspecto interessante abordado no caso é que Rita, percebendo as angústias de Dona Ana Maria, encaminhou-a para a Terapia Comunitária.

A Terapia Comunitária (TC) tem demonstrado ser uma ferramenta valiosa de intervenção psicossocial na comunidade, de escuta, acolhimento e vínculo, configurando-se em um espaço de atenção em nível primário, permitindo que sejam direcionados para o nível secundário apenas aqueles casos que de fato necessitam. Para o psiquiatra Adalberto Barreto, existem diferenças entre doença e sofrimento, sendo que o sofrimento pode preceder ou acompanhar uma patologia e alerta: "o sofrimento não pode ser medicalizado com psicotrópicos, como geralmente é feito. É nesse contexto que nascem as práticas complementares (....)" (BRASIL, 2008a p. 38), referindo-se à Terapia Comunitária.

Saiba Mais...

Um artigo publicado na Revista Brasileira de Saúde da Família (BRASIL, 2008a) aponta que 88,5% das situações-problema discutidas na Terapia Comunitária foram resolvidas, sendo necessário o encaminhamento de apenas 11,5% dos casos, e que a TC também favoreceu a ampliação do vínculo e o apoio social dos participantes.

No caso de Dona Ana Maria, que se mudou recentemente para a casa dos fundos da irmã em decorrência da morte do marido e refere sentir-se sozinha e estar com muita saudade dele, a recomendação de participar da Terapia Comunitária foi muito bem indicada, pois a personagem perdeu tanto o companheiro quanto os vínculos afetivos que mantinha em sua comunidade de origem, e provavelmente ainda se sente desambientada em Pedra Azul. A Terapia Comunitária pode ajudá-la a resgatar sua autoestima e confiança em si mesma por meio do compartilhamento de suas percepções, problemas, angústias e busca de soluções, possibilitando inclusive ampliar o círculo de amizades no bairro e obter o apoio social de que necessita.

No que se refere ao **acesso**, o serviço precisa estar acessível e sendo utilizado pela população a cada nova necessidade de saúde sentida (STARFIELD; SHI, 2009; BRASIL, 2010), e, no caso, tal atributo foi contemplado.

Em relação à **longitudinalidade**, o desencadear dos fatos apresentados no caso mostra a importância do acompanhamento longitudinal da família, favorecendo o conhecimento mais aprofundado de seus problemas, necessidades e expectativas, favorecendo o estabelecimento de vínculo e de relação de confiança entre os profissionais da equipe e os membros da família.

Quanto à **integralidade**, que se refere aos serviços e ações que devem ser oferecidos para atender às necessidades dos usuários, incluindo ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, agravos crônicos e agudos, encaminhamentos para serviços secundários para consultas, métodos diagnósticos, encaminhamento para serviços terciários, entre outros, reconhecendo o usuário como um ser integral e, portanto, com diferentes necessidades (STARFIELD; SHI, 2009; BRASIL, 2010), tal atributo também permeou todo o caso, envolvendo os diferentes níveis de atenção para dar resposta aos diferentes problemas apresentados pela família.

E, finalmente, em relação à **coordenação do cuidado** que pressupõe que o profissional da Atenção Primária deve conhecer e integrar todo cuidado que o usuário recebe, coordenando o cuidado oferecido na Atenção Primária aos cuidados recebidos pelos usuários em outros serviços (STARFIELD; SHI, 2009; BRASIL, 2010), a última parte do caso deixa nítida a presença desse atributo, quando Luciana traz o exame e a carta do serviço de referência, Dr. Felipe anota as informações no prontuário com o intuito de não perder a continuidade do caso e os detalhes trazidos do serviço de referência. O texto também apresenta a continuidade do caso de Dona Ana Maria, dando a impressão ao leitor que, embora ela esteja sendo atendida em outros níveis de atenção em decorrência de suas necessidades, a equipe tem acompanhado de perto todo o percurso pelo qual vem passando e provavelmente vem dando apoio nas diferentes necessidades que se apresentam, por meio da coordenação do cuidado.

É possível observar que os atributos da APS estão intimamente relacionados, tornando-se interdependentes entre si. Um serviço de Atenção Básica pode ser considerado provedor de Atenção Primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, sendo desejável que apresente também os atributos considerados derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural), demonstrando dessa forma a interação com os indivíduos e a comunidade (BRASIL, 2010).

Saiba Mais...

O Ministério da Saúde vem incentivando a realização de pesquisas para avaliar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados, por meio do "Instrumento de Avaliação da Atenção Primária" (PCATool – Primary Care Assessment Tool), criado por Starfield et al. com versões a serem aplicadas aos usuários, profissionais de saúde e coordenadores/gerentes dos serviços de saúde, validadas para o contexto brasileiro (BRASIL,2010).

Tendo em vista toda a análise do caso e dos atributos referentes à Atenção Primária, pode-se concluir que a competência e o compromisso dos diferentes profissionais desta equipe possibilitaram oferecer uma Atenção Primária de qualidade, do ponto de vista biopsicossocial, para a família Lima.

Referências

ARAGON, C. E.; BURNEO, J. G. Understanding the patient with epilepsy and seizures in the dental practice. **JCDA**, v. 73, n. 15, p. 71-76, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Terapia Comunitária se torna ferramenta essencial para o tratamento de pequenos conflitos. **Revista Brasileira Saúde da Família**, ano IX, ed. especial, p. 38-43, maio 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde:** primary care assessment tool pcatool. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos.)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional:** Rename 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. (Série B. Textos básicos de saúde.).

FIROOZMAND, L. M.; VARGAS, R. P. S.; ROCHA, J. C. Prevalência de fratura dentária em pacientes portadores de necessidades especiais**. Pesq Bras Odontoped Clin Integr.**, v. 7, n. 2, p. 149-153, 2007.

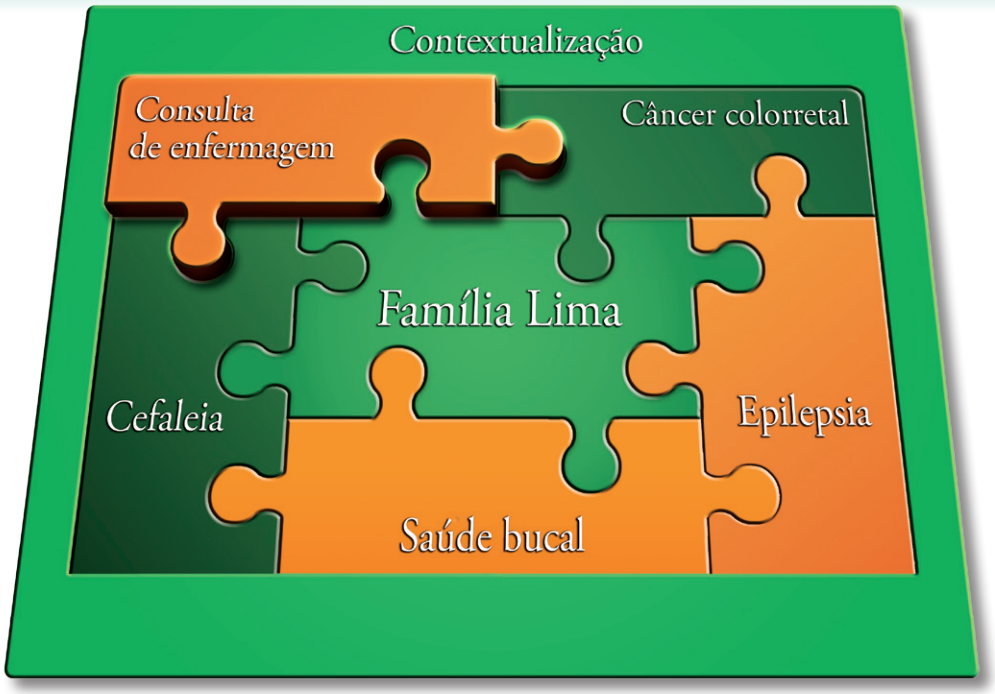
JABER, K. Y. et al. Tratamento de ameloblastoma. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 38 n. 2, p. 124-128, 2009.

MACHADO, E. et al. Bruxismo do sono**:** possibilidades terapêuticas baseadas em evidências. **Dental Press J Orthod.**, v. 16, n. 2, p. 58-64, 2011.

SHAFER, W. G. et al. **Patologia bucal**. 3. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.

VAZ, L. G. M. et al. O. Cisto dentígero: características clínicas, radiográficas e critérios para o plano de tratamento. **RGO**, v. 58, n. 1, p. 127-130, 2010.

WANNMACHER, L. **Tratamento de enxaqueca: escolhas racionais**. Brasília. Ministério da Saúde, 2010. (Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados, 6). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Tema06-enxaqueca.pdf >. Acesso em: 24 jul. 2011.



Tema 1 - Consulta de enfermagem

Eliana Saparolli

No caso família Lima, Dona Ana Maria é questionada pela equipe de saúde se também estava interessada em saber como estava a sua saúde, da mesma forma que demonstrava essa preocupação por sua filha Luciana.

Em uma dessas visitas, realizada pela ACS Rosalina, foi perguntado à Dona Ana Maria se já havia realizado o exame de citologia oncótica (Exame de Papanicolaou) naquele ano. Diante da negativa, foi agendada uma consulta com a enfermeira de sua equipe.

Durante a consulta de enfermagem, percebeu-se sua preocupação com uma das filhas, por achar que ela era usuária de drogas. Também referiu que sente solidão e saudades do marido. Tem medo de relacionar-se de novo e está preocupada com sua "gastrite nervosa", dores abdominais, emagrecimento e presença de sangue nas fezes.

Na consulta foram realizados exames de citologia oncótica e de mama, fornecida orientação sobre alimentação, discutidas as questões referentes à saúde mental da usuária, além de ter sido encaminhada para terapia familiar e consulta médica para discussão do caso e avaliação do problema gastrintestinal.

Percebe-se neste caso a importância do acolhimento da usuária e de sua família em suas necessidades de saúde articuladas às necessidades sociais e psicológicas.

O enfermeiro é um dos profissionais de saúde que têm colaborado com a promoção da saúde e a prevenção de doenças à população atendida na Atenção Básica.

A consulta de enfermagem é uma atividade que tem caráter educativo e produz o empoderamento ao usuário e sua família para o seu cuidado e atendimento de suas necessidades de saúde.

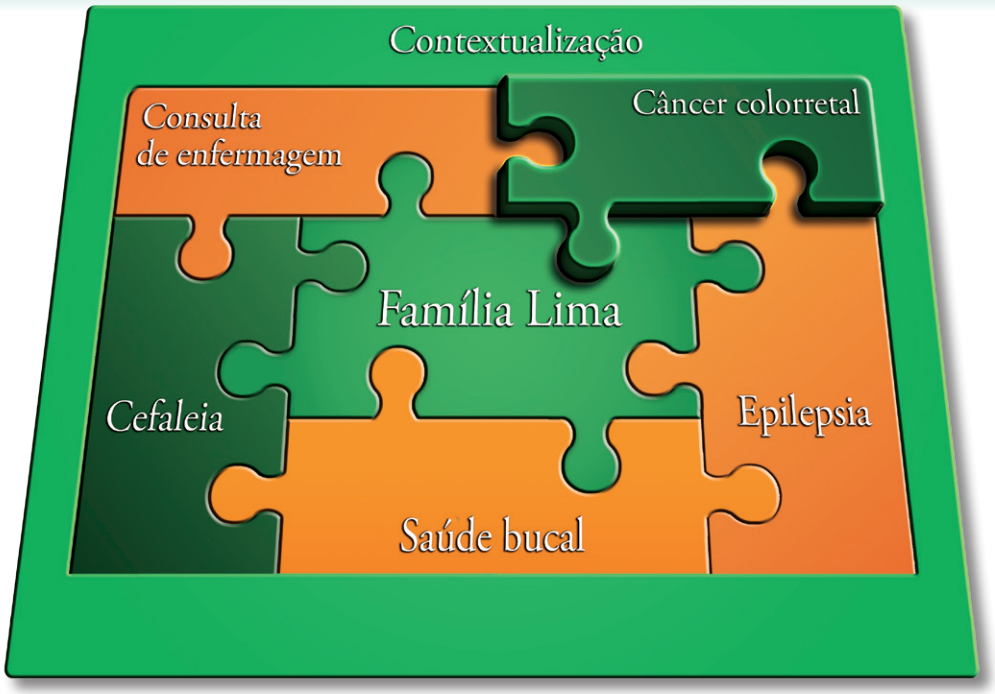
Essa assistência pode ser um instrumento de trabalho para complementar outras ações a serem desenvolvidas por outros profissionais, desde que considere o aspecto coletivo do indivíduo que atende e encaminhe a intervenções que respondam a essas necessidades de saúde individuais e coletivas.

QUADRO 1

O enfermeiro que trabalha em Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família tem realizado a consulta de enfermagem nessa perspectiva e com o compromisso com a melhoria da qualidade da assistência?

Como conciliar a necessidade da aplicação das etapas na SAE durante a consulta de enfermagem com as metas de produtividade estabelecidas pela ESF?

Essas são algumas das questões relacionadas à prática da consulta de enfermagem que precisam ser discutidas entre os enfermeiros que atuam na Atenção Básica. Veja mais na Fundamentação Teórica.



Tema 2 - Câncer colorretal

Alexandre Fonoff

QUADRO 1

Dona Ana Maria, viúva há um ano e mãe de duas filhas. Atual chefe de família.

Mora nos fundos da casa da irmã.

Após o falecimento do marido, perdeu o convênio médico, e desde então não tem cuidado de sua saúde.

Em atenção à sua filha epiléptica, procurou atendimento em sistema público de saúde, aproveitando para reiniciar seus cuidados pessoais, quando relatou sangramento retal associado a emagrecimento. Como podemos entender no trecho final do caso, foram pedidos exames pertinentes, chegando-se a um diagnóstico de doença que necessitou de operação e quimioterapia.

A interpretação subjetiva do texto revela a realidade enfrentada pela maioria da população brasileira: demora no atendimento ambulatorial não emergencial, bem como desconhecimento e dificuldade de obter cuidados preventivos com a saúde.

Apesar de estar evacuando sangue, Dona Ana Maria só procurou auxílio médico pessoal após se aproximar de uma Unidade Básica de Saúde, em função da necessidade de passar a filha

Luciana, de 27 anos, em consulta, devido à recidiva de crises convulsivas, com diagnóstico firmado de epilepsia há seis anos.

Mais importante que ter acesso a serviços de saúde para diagnóstico de uma doença em andamento é poder preveni-la. No decorrer da análise do texto, observamos que Dona Ana Maria perdeu a oportunidade de fazer diagnóstico precoce de sua doença. Em minha opinião, três fatores corroboraram para tal acontecimento: aspectos pertinentes da sua **classe social**; dificuldade de cuidar de si própria devido ao estado de **desânimo** após a perda de ente querido; e pelas peculiares **dificuldades do nosso sistema de saúde pública**. Vejamos mais a fundo estes fatores.

QUADRO 2

Classe social: Estamos em uma era em que a qualidade de um produto é diretamente proporcional ao seu custo. Ser pertencente às classes sociais mais baixas em nosso país gera enormes dificuldades. São tantas preocupações para viver (ou sobreviver), como moradia, vizinhança por vezes perigosa (drogas, alcoolismo, violência em geral), desemprego, transporte, escola para os filhos etc., que não se pode esperar dessa população priorização de tempo e procura por profissionais de saúde apenas pelo caráter preventivo, sem queixas muito objetivas, como dor ou mal-estar. Com educação continuada, informação e cultura é que se desenvolvem ferramentas de intelectualidade, apreciação, raciocínio, lógica, crítica e autocrítica. No entanto, tenho observado que, mesmo com as dificuldades para assimilar as informações sobre cuidados preventivos, muitos pacientes do sistema público de saúde entendem sua importância após uma boa explanação, mas têm pouca disposição frente a tantas prioridades, como já comentado.

Desânimo (depressão): Dona Ana Maria perdeu seu marido há um ano. No caso de uma família estruturada, além da tristeza da perda (luto), saudades do marido e pai de suas filhas, que é constante e só melhora com o passar do tempo, perdeu-se também o provedor e protetor. Geralmente, o apoio psicológico e financeiro nessas ocasiões é fornecido pelos familiares e amigos, mas não podemos esquecer o grande papel na recuperação se houvesse possibilidade de auxílio profissional específico com psicoterapias e em muitas vezes medicação antidepressiva. Aproveito a ocasião para fazer um breve comentário sobre esse assunto: a resistência do brasileiro à ajuda e tratamento em qualquer segmento da saúde mental é realmente cultural, independente da classe social.

Sistema de Saúde Pública: Nosso país ainda está muito longe de ofertar cultura, saúde e educação públicas dignas à sua população. Com o produto interno bruto e a arrecadação de impostos que temos no Brasil, nós da área da saúde não entendemos a falta de excelência nesses setores. Nossa saúde privada está entre as melhores do mundo. Nossos governantes e muitos estrangeiros só se tratam em hospitais privados brasileiros com título de Acreditação Internacional.

Temos dificuldades no nosso sistema de saúde de atender adequadamente pacientes com queixas objetivas ou doenças avançadas, devido à grande demanda. O que se pode dizer então da prevenção, que deveria ser o objetivo maior? Sem planejamento, médicos sem orientação até reclamam do fato de o paciente procurar auxílio sem queixa, apenas por prevenção, pois "rouba consulta dos que realmente precisam". Prevenir doenças traz mais benefícios para a saúde do que tratá-las. E custa menos. Entendo que atingimos resultados razoáveis em alguns focos na saúde da mulher (prevenção do câncer de colo uterino e mama) e ótimos em campanhas de vacinação infantil, em virtude do caráter da obrigatoriedade, dos investimentos, divulgação e treinamento profissional nos setores de atendimento. Entretanto, estamos muito longe do mínimo em outras áreas. Podemos afirmar que no caso específico de Dona Ana Maria, a chance de detecção precoce do câncer colorretal, doença que a acometeu, seria muito grande se houvesse acesso ao arsenal profissional e tecnológico disponível no nosso sistema de saúde, seja ele público ou privado. No sistema público, caminhamos para o aprimoramento de terapias e diagnose, mas estamos muito longe do razoável em termos de prevenção e detecção precoce de doenças.

Não há dúvidas que Dona Ana Maria desenvolveu câncer colorretal e foi tratada, baseado nos relatos de operação e quimioterapia. A informação do texto que se refere ao sangramento às evacuações associado ao emagrecimento se enquadra no termo **sinal de alarme** para o câncer colorretal avançado. Poderia até ser outra doença, mas a informação de que foi operada e realizou quimioterapia nos conduz a raciocinar nesse sentido, além do fato de podermos afirmar que se trata de câncer avançado. Entende-se por câncer colorretal avançado quando o tumor ultrapassa o primeiro terço da submucosa (T2 a T4) ou tem metástases linfáticas (N1 a N3) – de acordo com a Classificação TNM e Astler-Coller, ou seja, no mínimo Estádio I oncológico.

O prognóstico de cura piora com o aumento do Estádio oncológico (que vai de 0 a IV) e não temos como avaliar esse quesito no caso de Dona Ana Maria devido às poucas informações técnicas disponíveis no texto. Como foi submetida à quimioterapia, supõe-se que tenha sido classificada no mínimo no Estádio II de doença oncológica.

Normalmente, quando se tem quaisquer incômodos na região ano-retal, sejam eles abaulamentos, "caroços", inchaços, dores, ardências, pruridos e sangramentos, os pacientes costumam taxá-los de "hemorroidas". Nem sempre são hemorroidas. Pode se tratar de plicoma anal, papila anal hipertrófica, criptite, abscesso, fístula, procidência, condiloma acuminado (HPV), incontinência anal, fecaloma de reto, pólipo e até mesmo o câncer, seja de canal anal (espinocelular) ou de reto (adenocarcinoma). Na maioria das vezes, utilizam medicamentos, geralmente pomadas, sugeridos por familiares que já passaram por quadros semelhantes, ou mesmo por funcionários de farmácias. Procuram assistência médica se não melhoraram ou quando ouvem comentários como "conheci uma pessoa com sangue nas evacuações, tratou hemorroida, mas era doença ruim". No entanto, o mais grave é que há relato no texto que ela procurou o pronto-socorro de um sistema privado de saúde (convênio) durante um episódio de sangramento retal, sendo informada de se tratar apenas de uma pequena hemorroida. Se tal relato for verdadeiro, houve negligência no caso. Casos como esses não são exclusivos de serviços de saúde públicos.

Saiba Mais...

É interessante, mas todos nós temos hemorroidas.

Hemorroida (ou veia hemorroidária) é sinônimo de plexo venoso ano-retal. O que nem todos têm, mas é patológico, é a **doença hemorroidária**. O termo "tenho hemorroidas" seria o proporcional ao "tenho colesterol" que frequentemente ouvimos dos pacientes. Entende-se que o se ter colesterol, no dito popular, seja a hipercolesterolemia (com seus riscos cardiovasculares). Se alguém diz "ter hemorroida", poderíamos traduzir para o termo "doença hemorroidária", mas como comentado anteriormente, o termo coloquial "hemorroida" engloba muitas outras possibilidades diagnósticas. A pior delas é o câncer colorretal, e foi o que aconteceu com Dona Ana Maria.

Todo ser humano deve ser submetido ao rastreamento do câncer colorretal. Sem história familiar, deve-se começar aos 50 anos de idade. Com história familiar, pode-se se iniciar mais precocemente.

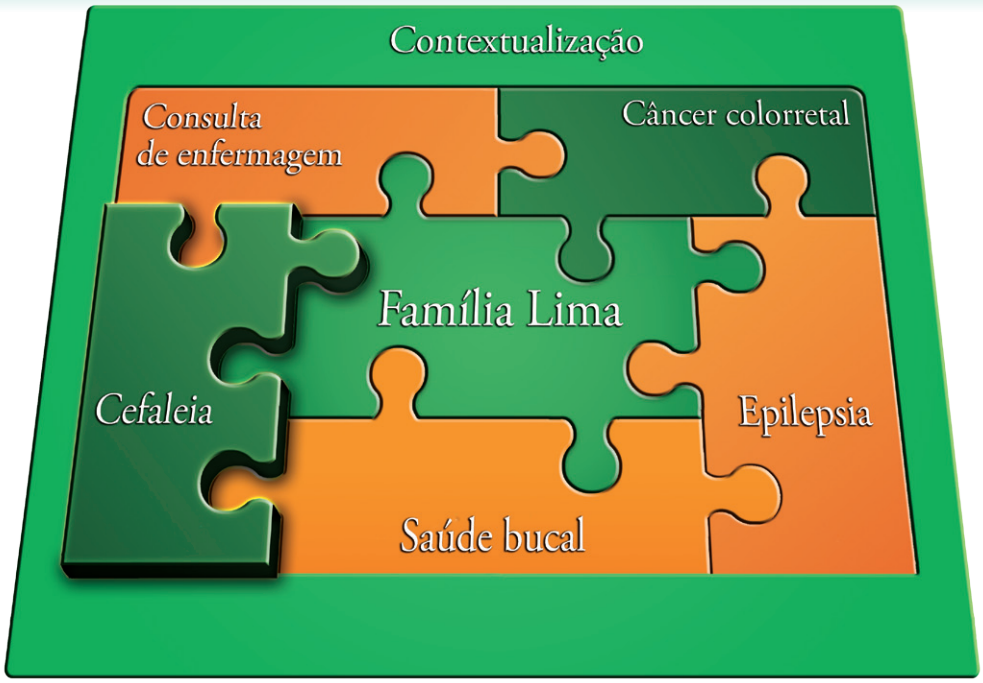
Independentemente da idade, todo sangramento retal, seja durante a evacuação ou durante a higiene anal, deve ser considerado, e o paciente deve procurar auxílio médico. É importante ressaltar que profissionais verdadeiramente experientes que recebem pacientes jovens com queixa de sangramento por doença hemorroidária podem conduzir tratamento específico sem haver necessidade de investigação pormenorizada. Quase todas as pessoas já tiveram algum episódio de pequenos sangramentos ao evacuar, principalmente durante ato de muito esforço. Não significa que seja câncer colorretal.

No entanto, frequentemente pacientes portadores de doença hemorroidária são negligenciados no que se refere à possibilidade de coexistência de câncer colorretal. A atenção adequada, a obtenção de história clínica pormenorizada e o exame físico geral e especial corretos são obrigatórios e minimizam as chances de erro diagnóstico e consequentemente de tratamento. Para isso são necessários tempo, qualidade no atendimento e grande capacitação profissional.

A pesquisa e as práticas primárias preventivas vão desde o toque retal, pesquisa de sangue oculto nas fezes, retossigmoidoscopia, enema opaco, colonografia por tomografia, até a colonoscopia, este último exame considerado padrão ouro no rastreamento. Melhor se for a videocolonoscopia, de preferência a de alta resolução de imagem. Além de permitir identificação e biópsias de tumores, possibilita a detecção de adenomas com potencial de evolução para malignidade. O câncer ou adenocarcinoma colorretal deriva de adenomas em pelo menos 70% das vezes. Normalmente os adenomas se apresentam na forma de pólipos. São de fácil remoção durante o exame e praticamente se erradica a possibilidade de acometimento por câncer quando realizada por mãos experientes e repetida em períodos que variam de acordo com o tipo de pólipo adenomatoso encontrado. O controle endoscópico pode variar de três meses para pólipos de alto risco com ressecção incompleta ou duvidosa até de no máximo de dez em dez anos para os casos sem adenomas e sem antecedentes familiares a partir do primeiro exame preventivo bem feito.

A morte por câncer colorretal é a segunda causa de morte mais frequente por câncer na população mundial. Devemos aumentar nossa atenção para essa importante patologia

e incluir campanhas preventivas públicas com a mesma qualidade inicial verificada nas campanhas de prevenção do câncer do colo do útero e da mama. Também acredito que devamos ter unidades de rastreamento do câncer colorretal para todos os indivíduos a partir dos 50 anos de idade, oferecendo a colonoscopia como triagem inicial, além do teste de sangue oculto nas fezes, e profissionais qualificados para realização de exames que não estejam apenas comprometidos em diagnosticar o câncer, mas imbuídos do espírito preventivo, transmitindo continuadamente a importância das medidas preventivas e removendo os pólipos de características adenomatosas, quando encontrados.



Tema 3 - Cefaleia

Deusvenir de Souza Carvalho

"Contou também que começou a apresentar dores de cabeça muito fortes havia um ano, muitas vezes no mês, *e que isso era um fato novo: não costumava ter dores de cabeça, não relacionava com alguma mudança no seu dia a dia; relatava dor na* região parietal, *e, às vezes, era* hemicraniana, *do tipo* latejante, *de* intensidade moderada. *Em alguns dias, a obrigava a sair mais cedo do trabalho ou a faltar à universidade à noite, e era sempre* acompanhada de um pouco de náusea. Melhorava com o repouso e com o uso de Neosaldina®. *A dor podia* durar mais de um dia. *Dr. Felipe fez o exame neurológico e não encontrou nenhuma alteração".*

Os dados de anamnese permitem preencher os critérios diagnósticos para enxaqueca sem aura (vide quadro a seguir). A frequência imprecisa (referida na anamnese como "muitas vezes no mês") não permite estabelecer tratamento preventivo que deve ser proposto quando ocorrem três ou mais dias de dor por mês. A prevenção ponderável seria uma droga do grupo das antiepiléticas neuromoduladoras, como o divalproato ou o topiramato, que poderiam até substituir a carbamazepina.

QUADRO 1

Tipos, subtipos, precursores e complicações da enxaqueca

GRUPO 1 (ICHD-II, 2004)

Tipo
- 1.1 Exaqueca sem aura
- 1.2 Exaqueca com aura
  - Subtipo
    - 1.2.1 Aura típica com cefaleia migranosa
    - 1.2.2 Aura típica com cefaleia não migranosa
    - 1.2.3 Aura típica sem cefaleia
    - 1.2.4 Migrânea hemiplégica familial (MHF)
    - 1.2.5 Migrânea hemiplégica esporádica
    - 1.2.6 Migrânea do tipo basilar
- 1.3 Síndromes períodicas da infância que são precursores frequentes da migrânea
  - 1.3.1 Vômito cíclico
  - 1.3.2 Migrânea abdominal
  - 1.3.3 Vertigem paroxística benigna da infância
- 1.4 Enxaqueca retiniana
- 1.5 Complicações da enxaqueca
  - 1.5.1 Migrâmea crônica
  - 1.5.2 Estado migranoso
  - 1.5.3 Aura persistente sem infarto
  - 1.5.4 Infarto migranoso
  - 1.5.5 Crises epilépticas desencadeadas por migrânea
- 1.6 Provável Migrânea
  - 1.6.1 Provável migrânea sem aura
  - 1.6.2 Provável migrânea com aura
  - 1.6.3 Provável migrânea crônica

6 TIPOS • 9 SUBTIPOS • 3 PRECURSORES • 5 COMPLICAÇÕES

No entanto, o temor da possibilidade de gravidez da paciente – inferida no diálogo com o médico Felipe – desfavorece essas escolhas. Ambas as drogas não são recomendadas. Já a sugestão de evitar o analgésico combinado (Neosaldina®) foi correta porque as dores moderadas e/ou fortes da paciente respondem melhor com medicação mais apropriada, porém a indicação do analgésico simples (paracetamol) não foi uma troca adequada quanto à sua eficácia em dores moderadas e fortes (vide na fundamentação teórica os textos sobre os temas avaliação da intensidade da dor e tratamento passo a passo versus tratamento estratificado.), mas pode ser justificada porque é a droga segura quando há intenção de gravidez, podendo ser utilizados até 4 g por dia. A limitação correta quanto ao uso do sintomático deve ser de dois dias por semana,

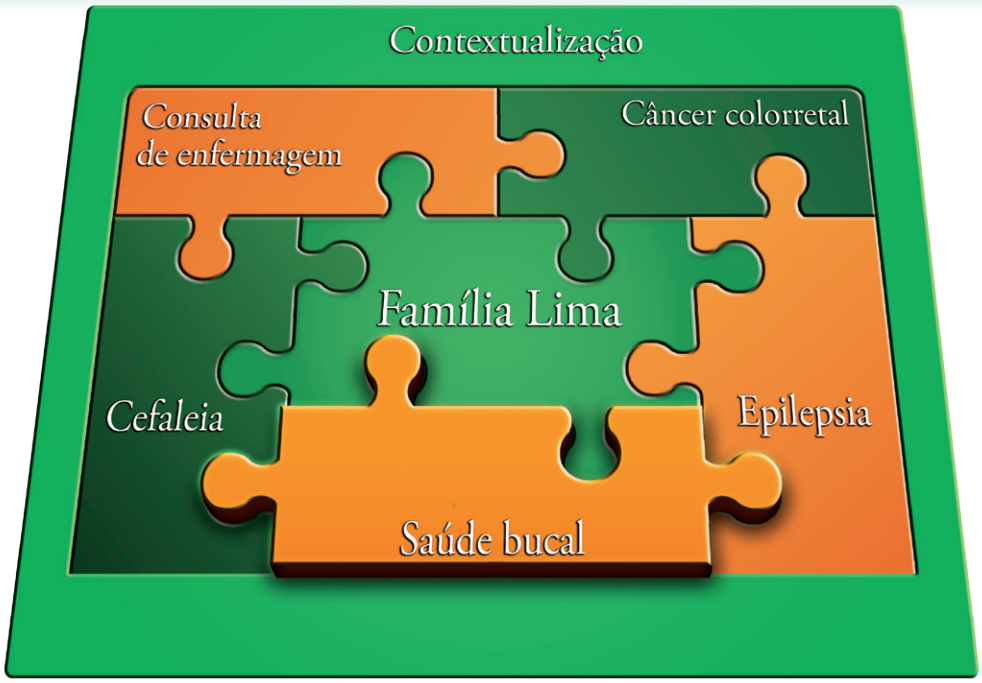
e não três. Não houve orientação das medidas não medicamentosas. A proposição do **diário** foi muito correta não só para esclarecer a frequência, como também para observar a resposta à medicação sintomática proposta para as crises e o número de dias que necessitou tomar.

No retorno, não houve necessidade de tratamento de crise de dor de cabeça com o paracetamol, não permitindo avaliar a resposta obtida nem a necessidade de prevenção.

As comorbidades foram adequadamente orientadas, podendo contribuir para a evolução mais favorável da enxaqueca.

Saiba Mais...

Embora fuja dos objetivos de discussão de uso de drogas para a enxaqueca durante a gravidez e a amamentação, um texto de uma especialista no assunto pode ser acessado em http://www.gplocumcover.co.uk/docstore/headachePregnancy.pdf

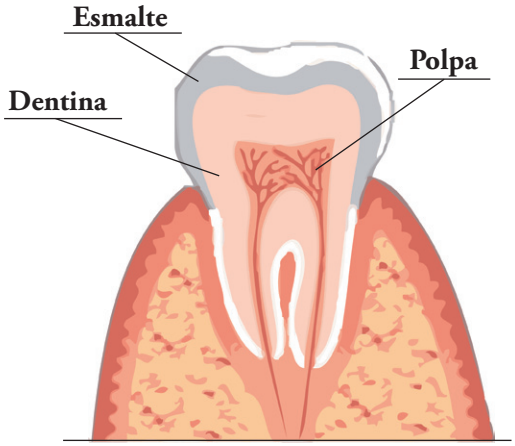


Tema 4 - Saúde bucal

André Fonoff

Informações básicas

O dente tem três camadas. Do exterior para o interior: **esmalte**, **dentina** e **polpa**.



O **esmalte** está para o dente assim como a pele está para o corpo, isto é, trata-se da barreira que separa o meio interno (dentina e polpa) do meio externo (cavidade oral). A **dentina**, um tecido conjuntivo mineralizado, envolve a **polpa**, que é composta de vasos sanguíneos, tecido nervoso, células, fibras e substância fundamental amorfa, sendo referida pelo leigo como nervo do dente. Na verdade, dentina e polpa formam uma unidade: o complexo dentino pulpar. Os dois episódios patológicos dentários que acometeram Luciana são patologias da polpa dentária.

Etiopatogenia

O principal agente etiológico das alterações da polpa (pulpares) são os **microbianos**. Trata-se de bactérias cariogênicas presentes na microbiota bucal. A espécie mais comum é o *Strepcoccus mutans*. O acúmulo de bactérias, associado a resíduos alimentares, forma o biofilme (placa bacteriana). A consequência das agressões promovidas por esses microrganismos contra o dente é a **cárie dentária**, que é uma doença infecto-contagiosa. A defesa do dente contra a cárie se dá por mineralizações que ocorrem centripetamente na dentina. A vasodilatação, consequente do processo inflamatório, promove gradativamente um aumento de componentes no interior do dente. Como a polpa não pode se expandir, por estar confinada dentro de paredes rígidas, ocorre congestão vascular, que culmina em inflamação irreversível (chamada **pulpite**), e na sequência acontece a morte pulpar, que pode evoluir para um **abscesso apical agudo**.

RESOLUÇÃO DAS PATOLOGIAS PULPARES
Dá-se por meio de **diagnóstico** preciso, **tratamento definitivo** e **medicação sistêmica** (se houver indicação).

Diagnóstico

É muito importante a obtenção da queixa principal, permitindo a pessoa falar com suas próprias palavras, e depois fazer perguntas como: quando iniciou, onde dói, algo faz a dor aumentar ou diminuir?

1. Pulpite

Pela descrição do segundo evento de dor de dente de Luciana, ela foi acometida por pulpite, que é a inflamação irreversível do tecido pulpar e se caracteriza clinicamente por:

- dor severa: "forte dor de dente (...) a dor era insuportável";
- dor que não cede com o uso de medicação sistêmica: "… analgésico (...) e até anti-inflamatório (...), mas nada fazia parar";
- exacerbação da dor pela aplicação de calor;
- alívio da dor pela aplicação de frio;
- ausência de alteração da mucosa;
- dor pode ser pulsátil;
- acometer, mais comumente, dentes com restaurações extensas: "... restauração de amálgama bem grande";
- ser incapacitante: "não conseguia fazer nada (...) estava ficando louca".

O relato de que a dor cessou após uma semana é interpretado como a morte pulpar, que mais adiante evolui para um quadro de infecção aguda.

2. Abscesso apical agudo

O primeiro quadro de patologia dentária apresentado por Luciana é compatível com pulpite seguida de abscesso apical agudo. A pulpite ocorreu primeiro ("uma forte dor no dente do fundo (16), que dava vontade de bater a cabeça na parede. Tomou o analgésico, mas a dor não passava com nada, era muito forte").

Seis meses depois, houve a manifestação do abscesso apical agudo, que se caracteriza por:

- dor;
- edema: "inchaço na região do molar superior (...) Está com a gengiva inchada (...) batata no rosto para reduzir o inchaço, mas tem observado que o rosto está cada vez mais inchado no lado direito". O edema pode ser local, isto é, pequeno, próximo à ponta da raiz, mas pode evoluir para um edema mais amplo e disperso, que é a celulite;
- possibilidade de presença de fístula (via de drenagem) e secreção purulenta: "um ponto branco, que toda vez que aperta dói muito e sai um líquido amarelo";
- rubor: "bem vermelha";
- mobilidade dentária aumentada.

Outra modalidade de abscesso dentário é o abscesso periodontal.

Tratamento definitivo

O tratamento definitivo de quadros de pulpite e de abscesso apical agudo se dá por meio de tratamento **endodôntico** (tratamento de canal). Essa modalidade terapêutica consiste na remoção do conteúdo do interior do dente (polpa inflamada ou necrosada) e o preenchimento dessa cavidade, que é o **canal radicular**, com um material inerte. Se por causa da perda de estrutura dental o dente não for passível de restauração, o tratamento indicado é a **exodontia** (extração dentária).

Em caso de não ser possível a execução do tratamento endodôntico completo no primeiro atendimento, seja por motivo de tempo ou de estrutura (equipamentos e materiais), o procedimento indicado é:

1. Em casos de pulpite: remoção da polpa de maneira parcial (pulpotomia) ou total (pulpectomia).

2. Em casos de abscesso apical agudo: remoção total da polpa necrosada (pulpectomia) e obtenção de via de drenagem para a secreção purulenta, quando possível. Essa drenagem pode ocorrer pelo canal no momento da pulpectomia. Caso não ocorra, o abscesso seja localizado e apresente ponto de flutuação, uma punção ou incisão deve ser feita, seguida da colocação de um dreno. Em caso de o edema ser mais

amplo e espalhado (celulite), não é possível a obtenção de uma via de drenagem pela mucosa. Casos de celulite mais extensa podem necessitar de cuidados hospitalares, pois podem ser fatais.

Fases do tratamento endodôntico

1. Cirurgia de acesso: criação de acesso do meio externo (boca) ao meio interno (câmara pulpar e canal radicular) através do esmalte, dentina e material restaurador, se estiver presente.

2. Odontometria: mensuração do comprimento do canal.

3. Preparo químico cirúrgico (remoção do conteúdo do canal):

- Sanificação
  - Limpeza: remoção de detritos
  - Densifecção: combate aos germes
- Modelagem: alargamento do canal anatômico.

4. Medicação intracanal: colocação de medicação com efeito antimicrobiano em casos em que não foi possível a conclusão numa única sessão ou em casos em que há indícios de muita contaminação do canal.

5. Obturação: preenchimento tridimensional do canal.

Medicação sistêmica

A medicação sistêmica age como coadjuvante ao procedimento operatório local.

1. Em casos de pulpite, analgésicos terão pequeno ou nenhum efeito. Antibióticos não estão indicados para esses casos.

2. Para quadros de abscesso apical agudo:

- antibióticos estão indicados para casos em que há febre, linfadenopatia, prostração ou celulite. Pessoas com determinadas alterações cardíacas, portadores de doenças valvulares ou com determinados comprometimentos sistêmicos também têm indicação de antibiotiocoterapia. Nessa situação, havendo segurança na precisão do diagnóstico, o antibiótico deve ser tomado o quanto antes. Casos de edema pequeno e localizado podem ser resolvidos exclusivamente com tratamento local. Os antibióticos mais indicados são as penicilinas. Em caso de alergia a penicilinas, eritromicina ou clindamicina estão indicadas;
- analgésicos indicados são ibupofeno (ou outra droga anti-inflamatória não esteroidal, conhecida como AINE) ou paracetamol, quando os AINEs estiverem contraindicados,

como no caso de úlcera péptica, por exemplo. Uma combinação dos dois pode ser considerada, uma vez que essas drogas têm sítios diferentes de ação analgésica. Se necessário, isto é, em caso de o efeito analgésico não ser adequado, um opioide pode ser acrescentado para combater dor: paracetamol (500 mg) + codeína (30 mg) ou tramadol (50 mg).

Orientação sobre a situação atual

Luciana deve receber informações sobre o quadro que a acometeu. Essa comunicação deve ser simples e em vocabulário compreensível para ela, abrangendo o diagnóstico, a etiologia, o tratamento e o prognóstico.

Exemplo: o seu dente está com o nervo inflamado. Isso ocorreu por causa de cárie. O dentista deverá examiná-la, realizar os procedimentos necessários e fazer o encaminhamento para o tratamento de canal. Após esse tratamento, o dente ficará bom e você não terá mais dor. Tudo ficará bem, desde que não haja mais cáries. Se não for possível salvar o dente, o dentista irá extraí-lo.

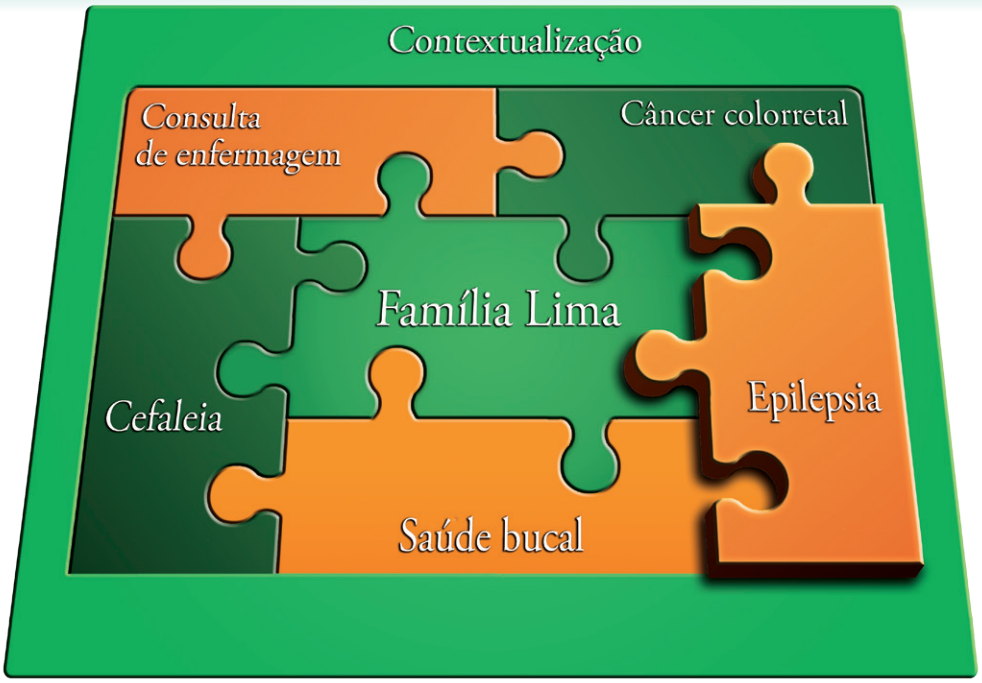
Encaminhamento para atendimento de urgência

Pessoas com tais diagnósticos endodônticos devem ser atendidas em caráter de urgência. Um encaminhamento deve ser feito para o atendimento de urgência e outro para o tratamento em clínica de especialidade.

Educação em saúde

Luciana deve ser conscientizada sobre a importância de medidas de prevenção, como a higiene bucal e a participação em atividades periódicas de promoção de saúde, para evitar a ocorrência de novas patologias bucais.

Ela deve também ser encorajada a buscar atendimento odontológico na Unidade Básica de Saúde se algum episódio de dor acontecer.



Tema 5 - Epilepsia

Elza Márcia Targas Yacubian

O diagnóstico de epilepsia

Para facilitar nossa compreensão sobre o tema, dividiremos esta discussão em nove perguntas. Acompanhe!

Como iniciar a abordagem da possível epilepsia de Luciana?

Luciana é uma jovem de 27 anos que tem o diagnóstico provável de epilepsia iniciada no início da terceira década de vida, ou seja, aos 21 anos de idade. Embora tenha referido que fez diversos exames para o diagnóstico de epilepsia, a princípio **não são necessários exames**, os quais são complementares, senão uma **análise cuidadosa dos seus sintomas clínicos**. Para o diagnóstico de epilepsia, definida como a ocorrência de duas crises epilépticas não provocadas, ou seja, não desencadeadas por situações clínicas, como hipoglicemia, abuso de substâncias, infecções ou traumatismo de crânio, será necessário inicialmente considerar os horários de ocorrência das crises, a semiologia dos eventos, a duração destes e sua relação com possíveis

fatores precipitantes. A consulta inicial de Luciana deverá n**ecessariamente ser realizada na companhia de um familiar** que tenha testemunhado suas crises, por exemplo, sua mãe, Dona Ana Maria.

Por que é necessária a presença de uma testemunha das crises?

Porque, em geral, as pessoas apresentam comprometimento da consciência durante as crises epilépticas, o que impossibilita a caracterização dos eventos, a qual é fundamental para a condução do caso, ou seja, que exames serão necessários, quais as melhores opções terapêuticas e, finalmente, qual o prognóstico quanto ao controle das crises e a duração do tratamento.

Saiba Mais...

A maioria das pessoas jovens com epilepsia tem exame neurológico normal. É preciso caracterizar os sintomas presentes em eventos já ocorridos, os quais, não devem estar presentes por ocasião da consulta médica.

Por que Luciana não sabe referir que tipo de epilepsia tem?

Porque os médicos, muitas vezes, estão mais preocupados com o tratamento medicamentoso do que com o esclarecimento da condição para o paciente. No entanto, quanto mais Luciana e seus familiares estiverem cientes do seu quadro clínico, melhor será sua adesão ao tratamento, e, consequentemente, melhores serão os resultados.

Qual o diagnóstico feito pelo médico do convênio?

Provavelmente o diagnóstico foi de **epilepsia parcial ou focal**, pois Luciana disse que havia usado fenitoína (Hidantal) por muito tempo, mas atualmente fazia uso de carbamazepina 200 mg de 8/8h. Esses medicamentos são eficazes em crises focais com ou sem evolução para convulsões generalizadas, também chamadas crises tônico-clônicas generalizadas. O fato de estar sem acompanhamento há um ano e meio é, muito provavelmente, um dos principais fatores implicados no recrudescimento das suas crises epilépticas, na frequência de uma a duas vezes ao mês nos últimos meses.

Como abordar a questão da adesão ao tratamento com Luciana?

Em geral, as pessoas com epilepsia têm grande chance de não apresentar adesão a um tratamento crônico e rígido, pelas suas condições socioeconômicas e culturais e, principalmente, pela falta de esclarecimento, por parte do médico e de outros profissionais da saúde da equipe, do diagnóstico e da importância do tratamento. Luciana não sabe sequer que tipo de epilepsia tem. No entanto, negou uma das causas de crises provocadas, ou seja, o uso de drogas ou álcool.

Por que as crises epilépticas ficaram controladas após a primeira consulta?

É possível que Dr. Felipe tenha lhe fornecido as receitas e, nesse momento, enfatizado a necessidade do uso correto da carbamazepina. Por outro lado, como Dr. Felipe solicitou a dosagem do nível sérico de carbamazepina no sangue, é possível que Luciana tenha percebido que, se não tomasse o medicamento, Dr. Felipe iria ficar ciente da sua não adesão à terapêutica quando recebesse os resultados. Esse fato, afinal, ocorreu. É possível que Luciana tenha colhido sangue alguns poucos dias após a consulta inicial, pois o nível sanguíneo da carbamazepina estava abaixo do limite inferior da faixa terapêutica (< 3 mg/mL, quando a faixa terapêutica da carbamazepina é de 4-12 mg/ml). Naquele momento, Dr. Felipe interrogou novamente Luciana sobre o uso da medicação, e ela contou que, após a morte do pai, deixou de tomá-la corretamente e estava fazendo uso irregular. Logicamente, estava sem acompanhamento médico há 18 meses, quando o ideal para o acompanhamento terapêutico de uma pessoa com epilepsia é que tivesse uma consulta médica a cada três meses.

Por que as pessoas, especialmente as mulheres, temem o uso crônico de drogas antiepilépticas?

Luciana admitiu que havia começado a namorar e tinha medo de o remédio fazer mal. Dr. Felipe explicou a necessidade do uso correto da medicação, principalmente para o tratamento da epilepsia, e embora tenha abordado que a carbamazepina não tem efeito colateral relacionado às relações sexuais, teria sido obrigatória a menção da interação da carbamazepina com pílulas anticoncepcionais, caso Luciana não desejasse engravidar nesse momento inicial da relação amorosa. Mulheres com epilepsia temem os riscos do medicamento ao seu próprio corpo, temem o ganho de peso, temem os efeitos deletérios das drogas sobre o feto. É o momento de cuidadosos esclarecimentos sobre a **condição da mulher com epilepsia** e dos riscos de uma possível gravidez para a mãe e para o feto.

Que exames complementares devem ser realizados?

Como Luciana voltou depois de algum tempo trazendo uma tomografia computadorizada de crânio, é possível que o neurologista tenha realmente feito o diagnóstico de epilepsia focal, o qual, muito provavelmente, estava explicado na carta que encaminhou ao Dr. Felipe. Nas epilepsias generalizadas geralmente os exames de imagem são normais e, *a priori*, na grande maioria dos casos, não contribuirão para o estabelecimento do tipo de epilepsia.

Por que Luciana voltou para lhe mostrar o exame e a carta?

O diagnóstico de epilepsia acarreta significante impacto na qualidade de vida das pessoas com crises epilépticas, que se preocupam com a recorrência das crises e que percebem sua gravidade. Crises epilépticas, a despeito de sua curta duração, em geral inferior a um minuto, cursam com significativa morbidade, como **cefaleia intensa pós-crítica, sintomas de perda de memória e confusão**, sintomas psíquicos como **depressão e ansiedade** nas horas ou dias que a antecedem ou a sucedem, **risco de acidentes** de gravidade variável e que podem ser significativos em uma jovem mulher que trabalha fora, vai de ônibus para o trabalho e corre o risco de perder o emprego se tiver uma crise no trabalho. Além da morbidade, epilepsia é o **problema neurológico grave mais comum**, uma causa frequente de **morte prematura**.