

Faculdades Integradas de Patos
Curso de Medicina
v. 4, n. 2, abr/jun 2019, p. 1185-1193.
ISSN: 2448-1394



PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO MANEJO DE CASO COMPLEXO

SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT: MULTIDISCIPLINARY TEAM IN COMPLEX CASE MANAGEMENT

Amélia Maria Luna de Souza Moura
Faculdades Integradas de Patos – FIP – Patos – Paraíba – Brasil
ameliamoura@gmail.com

Everson Vagner de Lucena Santos
Faculdades Integradas de Patos – FIP – Patos – Paraíba - Brasil
eversonlucena@fiponline.edu.br

Resumo

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) se constitui em um conjunto de condutas terapêuticas e propostas que orientem o trabalho direcionado a um sujeito singular e coletivo, resultante da discussão interdisciplinar de profissionais de um determinado serviço. O mesmo contempla quatro momentos: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidade e reavaliação. Inserida nessa ideia de discutir casos, o presente trabalho foi direcionado para construção do PTS de um caso de acromegalia diagnosticada na Atenção Básica, posteriormente investigada e descoberta ter sido secundária a um macroadenoma hipofisário. Acromegalia é uma doença sistêmica crônica, decorrente da produção excessiva do hormônio do crescimento (GH) e do fator de crescimento semelhante à insulina tipo I (IGF-I). Em 98% dos casos, a doença é causada por um adenoma hipofisário (AH) secretor de GH (somatotropinoma), em cerca de 2% dos casos pela hipersecreção eutópica ou ectópica do hormônio liberador do GH e muito raramente pela secreção ectópica de GH. Diante do exposto, esse estudo objetiva relatar o manejo clínico de um caso complexo na atenção básica através de PTS. Foi realizado um estudo descritivo do tipo relato de caso único de acromegalia secundária à macroadenoma hipofisário na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Santo Aleixo, no município de Imaculada, sertão da Paraíba. Os dados foram obtidos através de anamnese padronizada e pesquisa em prontuário e posteriormente analisados a partir de abordagem qualitativa, considerando as inferências da complexidade do PTS e do caso clínico. Por se tratar de uma patologia complexa, que causa muita apreensão, ansiedade e medo no indivíduo, este trabalho irá contribuir com dados de acompanhamento através do PTS, podendo servir de eixo norteador para outros trabalhos acadêmicos, com consequente melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-Chave: equipe multidisciplinar; projeto terapêutico singular; acromegalia.

Abstract

The Singular Therapeutic Project (STP) is a set of therapeutic measures and proposals that guide the work directed towards a singular and collective subject, being a result of interdisciplinary discussions among professionals of a given health service. Such project comprises four moments: diagnosis, goal-setting, responsibility division and reassessment. Considering this scenario of case discussion, the presente work to

develop a STP regarding a case of acromegaly diagnosed in Primary Care, which was later discovered to be secondary to a pituitary macroadenoma. Acromegaly is a chronic systemic disease caused by excessive production of growth hormone (GH) and insulin-like growth factor type I (IGF-I). In 98% of cases, the disease is caused by a GH-secreting pituitary adenoma, while in about 2% of cases the disease is caused by an eutopic or ectopic hypersecretion of growth hormone-releasing hormone, and very rarely by ectopic GH secretion. Based on this, the objective of the present study was also to report the clinical management of a complex case in primary care through STP. A descriptive study of the single case report of acromegaly secondary to the pituitary macroadenoma was carried out at the Primary Health Unit (UBS) of Santo Aleixo, in the municipality of Imaculada, Paraíba state. Data were obtained through a standardized anamnesis and medical records, being later analyzed through a qualitative approach, considering the inferences of STP complexity and the clinical case. Considering the complexity of such pathology, which causes great apprehension, anxiety and fear in patients, this work will contribute to the later follow-up data through the STP, being able to guide future academic works, consequently improving patients' quality of life.

Keywords: Multidisciplinary team; Singular Therapeutic Project; Acromegaly.

Introdução

No cenário atual, os projetos terapêuticos se constituem como instrumentos para as práticas de saúde, que singularizam os processos dos sujeitos e suas necessidades em saúde e apresentam novas perspectivas de produção de autonomia, protagonismo e inclusão social¹.

O Ministério da Saúde (MS) orienta que o Projeto Terapêutico Singular (PTS) seja um conjunto de condutas terapêuticas e propostas que orientem o trabalho direcionado à um sujeito singular e coletivo, resultante da discussão interdisciplinar de profissionais de um determinado serviço². O MS também indica que o PTS contemple quatro momentos: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidade e reavaliação³. Ainda nesse contexto, Mângia expõe que em relação à construção do PTS, outros quatro eixos norteadores devem ser seguidos: a ação deve ser centrada na pessoa; deve haver parceria entre os profissionais e o indivíduo em sofrimento; o "contrato de trabalho" e suas metas devem contemplar sentido para o sujeito e avaliações periódicas⁴.

A equipe antes de definir o caso deve ser estimulada a qualificar os espaços coletivos de reunião. Criar possibilidades no seu cotidiano, espaços na agenda, pactuar na própria equipe, com a gestão e com a população, utilizando o PTS como dispositivo. Para isso, a equipe e a gestão devem construir uma forte argumentação para convencer-se e convencer os demais sujeitos da importância de "parar" para discutir casos, mesmo com todo "excesso de demanda" que chega aos serviços todos os dias⁵.

Inserida nessa ideia de discutir casos, a atenção foi direcionada para um caso de acromegalia diagnosticada na Atenção Básica, posteriormente investigada e descoberta ter sido secundária a um macroadenoma hipofisário. A acromegalia é uma doença

crônica, rara e insidiosa, ocasionada pelo aumento da secreção do hormônio do crescimento (GH), devido a um tumor benigno localizado na hipófise, acometendo mulheres e homens entre 30 e 50 anos. Tal patologia apresenta maiores índices de mortalidade e morbidade em relação à população sadia devido aos prejuízos secundários que ela acarreta em outros sistemas, a exemplo do cardiovascular, metabólico e possíveis casos oncológicos⁶.

Como existe um grande atraso no diagnóstico muitos pacientes já apresentam a doença tipicamente evidente, caracterizada por: fácies acromegálica (protrusão da frente, acentuação dos malares, aumento do nariz e lábios, acentuação dos sulcos nasolabiais e prognatismo), aumento de extremidades (dedos em "salsicha", aumento do número do calçado), hiperidrose, artralgia, síndrome do túnel do carpo, apneia do sono (roncos noturnos e sonolência diurna), HAS, alterações do metabolismo glicídico (resistência insulínica, intolerância à glicose e DM), visceromegalias (especialmente bócio) e papilomas cutâneos, sendo estes últimos importantes marcadores da presença de pólipos colônicos⁷.

O presente estudo se justifica pelo fato de que na literatura constatamos que muitos dos PTS são voltados para a temática de saúde mental, já este aborda um enfoque de caso único e raro de patologia endócrina, mas que se mostrou bastante rico pelas diversas necessidades da paciente; havendo abordagem do ponto de vista médico, dos cuidados de enfermagem e suporte fisioterápico, nutricional, psicológico e odontológico e de educação física.

Relato do Caso Clínico

Paciente A. A. B. A, sexo feminino, 29 anos, casada, parda, católica, agricultora, natural e procedente de Imaculada/PB. Paciente é acompanhada na UBS Santo Aleixo há 05 anos, inicialmente devido Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Durante consulta de rotina do "hiperdia" (24/05/2017) foram observadas feições alteradas de face (alargamento de região frontal e testa, queixo proeminente e macroglossia), mãos aumentadas de tamanho com engrossamento dos dedos; paciente relatou aumento do número do calçado (39 para 42); sudorese intensa, alteração do ciclo menstrual (períodos em amenorreia), dificuldade para engravidar (nulípara), diminuição de libido, cansaço, indisposição, compulsão alimentar, artralgias. Enfatizou também o aparecimento de pelos com distribuição andrógena (face, seios, dorso). A paciente já estava em insulino terapia, em uso de losartana 50mg, 2x/dia, porém de uso irregular, tinha dificuldade de aceitação do DM2, não realizava nenhuma prática de exercício ou restrição alimentar, comparecia à UBS basicamente para resgate de receita. Utilizava também fluoxetina 25mg/d e clonazepam 2mg/d há 01 ano. Nessa

ocasião foram solicitados exames laboratoriais de rotina além de dosagem do hormônio do crescimento (GH) e fator de crescimento semelhante à insulina tipo 1 (IGF 1) e já aventada a possibilidade de realização de Projeto Terapêutico Singular (PTS).

A paciente retornou com os exames (21/06): GH= 15,760 (VR: 0,01-3,607); IGF 1= 6,8 (VR: 8 3-259); hemoglobina glicosilada (HbA1C)=10,7% e sumário de urina (EAS) com glicose 3+. Foi encaminhada à ambulatório especializado de endocrinologia para que fosse solicitado exames complementares para elucidação diagnóstica. Ressonância magnética de sela túrcica (22/03/2018) evidenciou lesão sólida centrada na cavidade selar com discreta extensão supra selar e caudalmente para o interior do seio esfenoidal, medindo 2,0 x 1,9 x 2,0 cm. Após esse último exame foi encaminhada para serviço especializado em Recife/PE, onde foi atendida dia 16/04/2018. Dos exames solicitados (laboratoriais, teste de esforço cardiopulmonar, ecodopplercardiograma ultrassonografia de abdome total, colonoscopia, ultrassonografia de tireoide, ultrassonografia com *doppler* das artérias carótidas e vertebrais) foram encontradas alterações de insuficiência mitral leve e nódulo sólido em lóbulo direito da tireoide.

Paciente foi admitida em 24/07/2018 para tratamento cirúrgico eletivo no Hospital das Clínicas (HC) e submetida à cirurgia para ressecção de tumor selar em 09/08/2018. Evoluiu com fístula liquórica não responsiva a tratamento conservador, necessitando de um reparo cirúrgico em 30/08/2018. Foi necessário tratamento com antibioticoterapia (Meropenem e Vancomicina por 10 dias) devido curva febril. Obteve alta em 13/09/2018 após desaparecimento da cefaleia e queda expressiva dos níveis de glicemia, sendo suspensa insulino terapia e deixado apenas metformina 850mg, 2x/d. Após 30 dias retornou para acompanhamento ambulatorial e resgate de exames no setor de neurocirurgia e endocrinologia do HC. A microscopia histopatológica constatou tumor de hipófise (adenoma hipofisário) com margens livres.

Discussão

O caso descrito anteriormente mostra uma paciente com acromegalia secundária a adenoma hipofisário (AH), corroborando com a etiologia mais frequente encontrada na literatura. A acromegalia é decorrente da produção excessiva do hormônio do crescimento (*growth hormone* – GH) e do fator de crescimento semelhante à insulina tipo I (*insulin-like growth factor type I* – IGF-I). Em 98% dos casos, a doença é AH secretor de GH, em cerca de 2% dos casos pela hipersecreção eutópica ou ectópica do hormônio liberador do GH e muito raramente pela secreção ectópica de GH⁸.

Estudos de metanálises recentes apontam para uma taxa de mortalidade de aproximadamente 1,7 vez maior do que a população geral, quando os níveis de GH e

IGF-I se encontram elevados⁹. Duração dos sintomas antes do diagnóstico, tempo de doença, idade avançada ao diagnóstico e presença de doença cardiovascular, diabetes melito (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) ao diagnóstico são outros fatores que contribuem para o aumento da mortalidade na acromegalia¹⁰.

Dessa forma, é prioritária a instituição não apenas de um diagnóstico o mais precocemente possível, mas também de um tratamento efetivo e seguro, capaz de minimizar a morbidade e de normalizar a taxa de mortalidade para a esperada de acordo com a idade e o sexo do paciente.

No caso da paciente em questão, não conseguimos precisar há quanto tempo a doença tinha evolução, pois a mesma só passou a ser acompanhada após diagnóstico estabelecido de HAS e DM2. Todas suas características sindrômicas não foram abordadas em seus atendimentos anteriores.

Os AH podem ser lesões pequenas e de crescimento lento, ou tumores com crescimento rápido que determinam sintomas associados ao efeito de massa, como distúrbios visuais¹¹. Os tumores podem se estender além da sela turca, comprimindo ou invadindo seios paranasais, seio cavernoso e parênquima cerebral. As lesões com comportamento mais agressivo podem ser também hormonalmente ativas ou clinicamente não funcionantes. Radiologicamente, os AH são classificados como microadenomas quando atingem uma dimensão de 10,0 mm, ou macroadenomas quando excedem este tamanho¹². O caso em estudo trata-se de macroadenoma (2,0 x 1,9 x 2,0 cm), que felizmente não evoluiu com alterações visuais.

Estes pacientes tendem a apresentar hipertrofia cardíaca, aumento do débito cardíaco, diminuição da resistência periférica e insuficiência cardíaca congestiva, associada ou não com hipertensão arterial e arritmias. Esta patologia associa-se também a doenças do trato respiratório, pela presença de pólipos nasais, alterações laríngeas que levam à alteração da voz, macroglossia e hipertrofia da epiglote¹³. As alterações ósseas mais observadas são o aumento da mandíbula, que leva a piora da dentição, deformidades da coluna vertebral e alargamento dos seios nasais, levando principalmente proeminência frontal⁶. As manifestações dermatológicas incluem aumento do tecido subcutâneo com crescimento das mãos e pés, hiperidrose, acentuação das dobras de pele, manchas hiperpigmentadas e acantose *nigricans*^{6,7}. *Diabetes mellitus* ocorre em 15 a 25% dos casos, embora o teste de tolerância à glicose esteja alterado em 60% dos pacientes, e está diretamente relacionado com o nível de GH¹⁴. Alguns sinais de hiperprolactinemia podem estar presentes, como amenorreia, galactorréia e impotência, fato este atribuído a presença de tumor misto ou pela compressão da haste hipofisária pelo tumor⁷.

Das alterações descritas, encontramos no caso as alterações de voz e macroglossia, aumento de mandíbula, crescimento de mãos e pés, hiperidrose e amenorreia, além do DM e HAS. Com relação aos exames de imagem podemos destacar o nódulo tireoidiano. Os cânceres constituem a terceira causa de mortalidade em pacientes com acromegalia. No total, o câncer de tireoide constitui 3,1% dos eventos malignos em acromegalia, variando de 3,3% a 5,6% em alguns estudos, sendo que na população em geral é menor que 1%¹⁵. O que mostra indiscutivelmente a necessidade de pesquisar esse tipo de câncer nos acromegálicos.

Com relação ao tratamento clínico, a paciente está em uso apenas de metformina 850mg/d e não necessita mais de antihipertensivos pois a pressão arterial normalizou-se. Foram retirados também o inibidor da receptação de serotonina e o benzodiazepínico uma vez que a causa principal de sua ansiedade, medo e insônia foi resolvida.

A partir de então iremos discutir sobre a construção do PTS a respeito dessa paciente do caso clínico. A construção de um PTS exige a presença e colaboração de sujeitos comprometidos com propostas e condutas terapêuticas articuladas, envolvendo quatro pilares: hipótese diagnóstica, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação¹⁶. O trabalho em equipe, elemento essencial para a elaboração pactuada e compartilhada do projeto terapêutico, implica em compartilhamento de percepções e reflexões entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento na busca pela compreensão da situação ou problema em questão¹⁷.

Após o diagnóstico, entendido como uma avaliação orgânica, psicológica e social, avaliando potencialidades e vulnerabilidades do usuário, foi realizada uma reunião de equipe para discussão do caso, na qual foram definidas as metas de curto, médio e longo prazo. Em curto prazo a maior preocupação foi controle glicêmico e pressórico adequado através de ajuste medicamentoso e aderência da paciente, sem contar na realização dos exames necessários; a médio prazo seria o acompanhamento multidisciplinar e a longo prazo os resultados pós cirúrgicos e evolução clínica. A maior potencialidade do caso em questão foi que a paciente passou a se interessar pelo seu próprio cuidado quando entendeu sua condição clínica, além de boas relações familiares, já sua maior vulnerabilidade eram as precárias condições socioeconômicas, que culminaram com atraso dos exames iniciais.

Na parte de divisão de responsabilidades fizemos a atribuição de cada profissional à sua competência, incluindo além da equipe a participação do NASF. A médica residente de Medicina de Família foi escolhida como profissional referência na ESF. Conseguimos realizar encontro com a paciente, a médica, a enfermeira, a técnica de enfermagem e a ACS responsável da área. O esposo e uma irmã da paciente

também se fizeram presentes ao longo da intervenção. A reavaliação da paciente encontra-se em processo dinâmico, uma vez que a situação clínica ainda requer cuidados.

As propostas de intervenção multidisciplinares ocorreram concomitantes ao período de acompanhamento da paciente. A avaliação odontológica evidenciou, através de exame radiográfico, fratura vertical do dente 18, sendo a paciente submetida a procedimento cirúrgico desse elemento dental sob anestesia local. A intervenção profissional de educação física orientou atividade física aeróbia regular de pequena intensidade e longa duração como caminhada, dança, pedalada, respeitando os limites do corpo, por pelo menos 150 minutos semanais, aumentando gradativamente. Devido aos quadros de artralguas frequentes, a intervenção fisioterapêutica traçou metas a curto e médio prazo, antes do procedimento cirúrgico. Em curto prazo orientou exercícios de autoalongamento, termo ou crioterapia de acordo com a necessidade e/ou aceitação da paciente, 20 minutos, 1 à 3x/dia e eletroterapia supervisionada. Em médio prazo foi se acrescentado carga gradativa aos exercícios e tornando menos frequente a eletroterapia. A avaliação nutricional foi baseada nas necessidades e gastos nutricionais da paciente, orientou-se comer ao menos cinco porções de vegetais e frutas ao dia, incluir fonte proteica em cada refeição; incluir carboidratos integrais; optar por baixo teor de gordura e sal na alimentação; excluir alimentos industrializados ricos em sódio e ingerir bastante água durante o dia. Finalizando, a paciente recebeu suporte psicoterápico antes do procedimento cirúrgico.

A postura de compartilhamento de saberes e responsabilidades requer a compreensão de que não há saberes maiores ou menores, superiores ou inferiores, mais ou menos importantes, apenas diferentes, como os saberes dos profissionais de saúde e os saberes dos usuários¹⁸.

Considerações Finais

A construção de um PTS torna-se um grande desafio dentro do contexto da nossa atual conjuntura de atenção básica (AB). Cada vez mais nos deparamos com equipes sobrecarregadas e desestimuladas pela precariedade das condições e ferramentas de trabalho. A presença do médico de família na ESF, assim como de outros profissionais especializados na AB, contribui para a facilitação do processo de trabalho e coordenação do cuidado, uma vez que uma das competências do mesmo é o manejo dos agravos de saúde numa abordagem multiprofissional e interdisciplinar. A realização do PTS para famílias e/ou indivíduos selecionados é de importância imprescindível para resolubilidade de casos complexos. Através dele conseguimos compreender a riqueza de discussão possível além do próprio caso e da patologia em si.

Por tratar-se de uma patologia complexa como a acromegalia, que causa muita apreensão, ansiedade e medo no indivíduo, este trabalho visa contribuir com dados de acompanhamento multidisciplinar através do PTS, podendo servir de eixo norteador para outros trabalhos acadêmicos, com conseqüente melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

Referencias

1. Barros J.O. A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca de novas tecnologias de cuidados. [dissertação]. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2010.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico de política nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico de política nacional de Humanização – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. – 2. Ed. – 2ª impressão, 2008.
4. Mângia EF, Barros JO. Projetos Terapêuticos Singulares e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. Revista de Terapia Ocupacional. Universidade de São Paulo; 2009, 20 (2) 85-91.
5. Lopes, V. C. Plano de Intervenção para a Implantação do Dispositivo “Projeto Terapêutico Singular” como Instrumento para a Efetivação da Clínica Ampliada na Unidade de Saúde da Família - Jader de Andrade, no Distrito Sanitário VI da Cidade do Recife. [monografia]. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012. 31 p.
6. Cintra, M. V., Castro, M. M. C., Barreto, E. S. S., Magalhães, L. V., & Teixeira, L. C (2018). Impacto da acromegalia na sexualidade de homens e mulheres. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, 7(1), 49-57. doi: 10.17267/2317-3394rpd.v7i1.1774
7. VIEIRA NETO, Leonardo et al. Recomendações do Departamento de Neuroendocrinologia da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia para o diagnóstico e tratamento da acromegalia no Brasil. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo , v. 55, n. 2, p. 91-105, Mar. 2011.
8. Donangelo I, Une K, Gadelha M. Diagnóstico e tratamento da acromegalia no Brasil. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2003;47(4):331-46.
9. Dekkers OM, Biermasz NR, Pereira AM, Romijn JA, Vandembroucke JP. Mortality in acromegaly: a metaanalysis. J Clin Endocrinol Metab. 2008;93(1):61.
10. Holdaway IM, Rajasoorya RC, Gamble GD. Factors influencing mortality in acromegaly. J Clin Endocrinol Metab. 2004;89(2):667-74.

11. RIBEIRO BB, Rocha MAB, Almeida GA, Rocha RTB. Macroadenoma hipofisário: alterações campimétricas visuais. *Ver. Bras. Oftalmo.* 2014 Mar-Apr; 73 (2): 120-122.
12. FERNANDES, J.C. Machado HR, et al. Non-functioning pituitary adenomas: clinical feature, laboratorial and imaging assessment, therapeutic management and outcome. *Arq. Bras. Endocrinol Metab.* 2009 Feb; 5(1): 31-39.
13. TELLA JR, Oswaldo Inácio de et al. Adenomas produtores de GH: Análise de 20 casos. *Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo* , v. 60, n. 1, p. 123-128, mar. 2002 .
14. FERNANDEZ , A. W. Prevalence of pituitary adenomas: a community-based, cross-sectional study in Banbury (Oxfordshire, UK). *Clin Endocrinol (oxf).* 2010; 72: 77-382.
15. SANTOS, M. C. C. Câncer de tireoide em pacientes com acromegalia: um estudo caso- controle. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde), Universidade Federal do Maranhão – São Luís.
16. OLIVEIRA, G.N. O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2007.
17. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2ª ed. Brasília: MS; 2008.
18. OLIVEIRA, G. N. O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. 2007. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2007.