

Atrofia de Múltiplos Sistemas: gestão de caso complexo em uma Unidade de Saúde da Família

Multiple System Atrophy: complex case management in a Family Health Team

Atrofia multissistêmica: gestão de caso complejo en una Unidad de Salud Familiar

Natália Rocha Henriques Magela. Associação de Apoio a Projetos Comunitários de Jaboticabal (AAPROCOM). Jaboticabal, SP, Brasil. nataliarocha7@gmail.com.

Luciane Loures dos Santos. Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. luloures@fmrp.usp.br (*Autora correspondente*)

Tiago Batistella. Núcleo de Saúde da Família II da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. tatobatato@bol.com.br

Marcela Stábile da Silva Fukui. Núcleo de Saúde da Família II da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. marcelastabile@hotmail.com

Janise Braga Barros Ferreira. Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. janise@fmrp.usp.br

Resumo

A Atrofia de Múltiplos Sistemas é uma doença neurodegenerativa grave, caracterizada por falência autonômica progressiva, com características parkinsonianas, cerebelares e piramidais em diferentes combinações. É a terceira causa de Parkinsonismo, atingindo 7,8% dos maiores de 40 anos, de evolução rápida e com média de 6 a 10 anos de vida após o início dos sintomas. O objetivo do estudo foi relatar um caso complexo de Atrofia de Múltiplos Sistemas acompanhado em uma Unidade de Saúde da Família. Reforça a importância da longitudinalidade para a coordenação do cuidado, o diagnóstico diferencial e a integralidade da atenção. O olhar global da equipe de saúde da família influenciou o manejo do caso, favorecendo o trabalho em rede com a abordagem especializada. Destaca a magnitude da gestão do cuidado praticada na Atenção Primária à Saúde na condução dos casos complexos.

Abstract

Multiple System Atrophy is a severe neurodegenerative disorder characterized by progressive autonomic failure with parkinsonian features, pyramidal and cerebellar in different combinations. It is the third leading cause of parkinsonism, reaching 7.8% of those over 40 years old, of rapid development and an average lifespan of 6 to 10 years after the onset of symptoms. The aim of the study was to report a complex case of Multiple System Atrophy monitored in a Family Health Team. It reinforces the importance of longitudinality for the coordination of care, the differential diagnosis, and comprehensive care. The overall look of the family health team influenced the handling of the case favoring networking with the specialized approach. It highlights the magnitude of the care management practiced in Primary Health Care in the conduction of complex cases.

Palavras-chave:

Parkinsonismo
Atrofia de Múltiplos Sistemas
Administração de Caso
Atenção Primária à Saúde
Estratégia de Saúde da Família
Diagnóstico Diferencial

Keywords:

Parkinsonian Disorders
Multiple System Atrophy
Case Management
Primary Health Care
Family Health Strategy
Diagnosis, Differential

Como citar: Magela NRH, Santos LL, Batistella T, Fukui MSS, Ferreira JBB. Atrofia de Múltiplos Sistemas: gestão de caso complexo em uma Unidade de Saúde da Família. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-6. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1328](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1328)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 29/04/2016.
Aprovado em: 24/08/2016.

Resumen

La Atrofia Multisistémica es una enfermedad neurodegenerativa grave caracterizada por insuficiencia autonómica progresiva con características parkinsonianas, piramidal y del cerebelo en diferentes combinaciones. Es la tercera causa de parkinsonismo, alcanzando el 7,8% de los mayores de 40 años, de rápido desarrollo y de vida media de 6 a 10 años después de la aparición de los síntomas. El objetivo del estudio fue reportar un complejo caso de Atrofia Multisistémica en una Unidad de Salud Familiar. Se refuerza la importancia de longitudinalidad para la coordinación de la atención, el diagnóstico diferencial y la atención integral. El aspecto general del equipo de salud de la familia influyó en el manejo del caso a favor de la creación de redes con enfoque especializado. Destaca la magnitud de la Gestión de la Atención practicada en la atención primaria de salud en la gestión de casos complejos.

Palabras clave:

Trastornos Parkinsonianos
Atrofia Multisistémica
Manejo de Caso
Atención Primaria de Salud
Estrategia de Salud Familiar
Diagnóstico Diferencial

Introdução

O trabalho de uma equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) tem como características a assistência integral à pessoa e sua família, pautado no cuidado longitudinal, frente a queixas e problemas de saúde vagos, inespecíficos e prevalentes.¹ Muitas vezes, são necessários vários contatos com o paciente para definição e resolução de suas queixas e problemas indiferenciados. Ainda que bastante variado, cerca de 5% dos atendimentos clínicos necessitam de cuidados partilhados com especialistas focais em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) tanto para confirmação, elucidação diagnóstica, realização de exames complementares, quanto para dar continuidade ao tratamento do paciente.^{1,2}

Neste sentido, o Parkinsonismo é uma síndrome clínica bastante representativa desta necessidade de cuidado interdisciplinar, dada a sua elevada prevalência entre os idosos, a variedade de diagnósticos diferenciais e o acometimento de diversos sistemas, que exigem um olhar atento dos profissionais de saúde.^{2,3} A primeira causa de Parkinsonismo é a Doença de Parkinson Idiopática (DPI), seguida da Paralisa Supranuclear Progressiva e da Atrofia de Múltiplos Sistemas (AMS).⁴

AAMS é uma doença neurodegenerativa, com prevalência de 3,4 a 4,9 casos por 100.000 habitantes, atingindo 7,8 em 100.000 maiores de 40 anos, sendo mais comum entre aqueles com mais de 60 anos, em ambos os sexos. Após o início dos sintomas, a média de vida dos pacientes é de 6 a 10 anos.³

É caracterizada por falência autonômica progressiva, apresentando características parkinsonianas, cerebelares e piramidais em diferentes combinações, sendo classificada em subtipos de acordo com os sintomas predominantes. É denominada Degeneração Estriatonigral, quando predominam os sintomas parkinsonianos; quando os cerebelares são mais comuns é conhecida como Atrofia Olivopontocerebelar e quando os sintomas mais típicos são os autonômicos, denomina-se síndrome de Shy-Drager.³⁻⁵

AAMS apresenta o Parkinsonismo como principal déficit motor, sendo muito confundida com a DPI em estágios iniciais. Cerca de metade dos pacientes com AMS morrem diagnosticados como portadores de DPI.^{3,5}

Clinicamente, em comum com a DPI, a AMS possui uma fase prodrômica motora em 20 a 75% dos casos, incluindo disfunção sexual, retenção ou incontinência urinária e hipotensão ortostática.³

Falência autonômica grave e precoce é uma característica fundamental para o diagnóstico de AMS, afetando principalmente os sistemas urogenital e cardiovascular, descritos na Tabela 1. A disfunção erétil ocorre tipicamente no início da doença.^{3,5}

Sintomas motores de Parkinsonismo, como lentidão de movimentos, rigidez e tendência à queda, caracterizam o subtipo parkinsoniano da doença. A degeneração progressiva da via estriatonigral ocasiona pouca ou ausência da resposta à levodopa, sendo um critério diagnóstico obrigatório.^{3,5}

Tabela 1. Sintomas e diagnóstico diferencial da falência autonômica.

Falência autonômica	Sintomas	Diagnóstico diferencial
Urogenital	Disfunção erétil	HPB em homens
	Urgência, polaciúria e incontinência	Prolapso uterino ou flacidez perianal em mulheres
Cardiovascular	Hipotensão postural com síncope, tonturas, fraqueza e cefaleia	

HPB: hiperplasia prostática benigna.

Quedas recorrentes, disfonia, disartria, disfagia e salivação excessiva são características dos estágios mais avançados da doença. Constipação e diarreia também podem ocorrer como disfunção do Sistema Nervoso Autônomo. Além disso, alterações comportamentais como depressão, ansiedade, ataques de pânico, e ideação suicida são descritos em cerca de 1/3 dos casos.³⁻⁵

O diagnóstico da AMS deve ser considerado na presença de Parkinsonismo ou ataxia cerebelar, acompanhado por ao menos uma característica de falência autonômica e, pelo menos, uma das características adicionais, como marcha parkinsoniana ou uma síndrome cerebelar, conforme Figura 1. O diagnóstico definitivo é dado por análise patológica.³

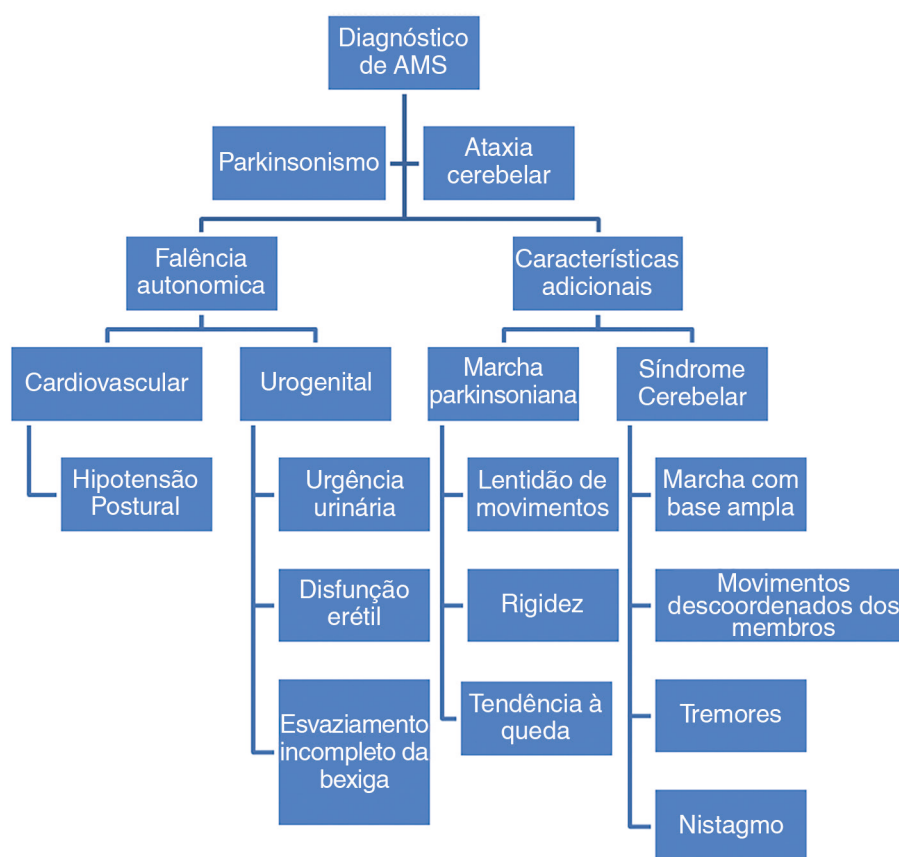


Figura 1. Características do diagnóstico da Atrofia de Múltiplos Sistemas (AMS).

O objetivo deste relato foi apresentar um caso complexo de Atrofia de Múltiplos Sistemas acompanhado pela equipe de uma Unidade de Saúde da Família (USF).

Detalhamento de caso

Paciente do sexo masculino, 71 anos, contador, casado, procurou a Unidade de Saúde da Família com queixa de diminuição de força e dor em membros inferiores (MMII), do tipo queimação. Dois meses após o início do quadro, a dor se estendeu para os membros superiores (MMSS), associada à dificuldade para pegar e segurar os objetos. Paciente relatava dificuldade de iniciar o sono devido à dor e referia ter hiperplasia prostática benigna (HPB) em seguimento na urologia. No exame físico não apresentava sinais neurológicos, apenas discreta diminuição de força contra a resistência em MMII. Foram solicitados os exames laboratoriais: glicemia, eletrólitos, sorologias, avaliação renal e TSH. Todos apresentaram resultados normais.

Diante do quadro, o paciente foi encaminhado para avaliação no serviço secundário de Neurologia do município, onde realizou outros exames, cujos resultados estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Resultados dos exames iniciais solicitados após avaliação neurológica.

Exames	Resultados
Eletroneuromiografia de membros	Comprometimento pré-ganglionar crônico das raízes cervicais C3 a C7 dir e esq, mais evidente em C4 e C5 onde havia evidência de perda axonal; Comprometimento pré-ganglionar crônico das raízes lombo-sacras L3 a S1 dir e esq, mais evidentes em L4 e L5, com sinais discretos a moderados de perdas axonal
Ultrassom com Doppler de MMII	Sem alterações
Tomografia computadorizada de crânio	Pequenos infartos lacunares e atrofia cerebral
Ressonância magnética de coluna e lombar	Espondilose lombar com degeneração discal, sem sinais de hérnias discais ou compressões radiculares.
Ressonância magnética de coluna cervical	Espondilose cervical com degeneração de múltiplos discos, protusão discal entre C4-C5 com compressão de saco dural.

A partir dos resultados dos exames complementares, o neurologista prescreveu carbamazepina para controle de dor neuropática e o encaminhou para seguimento na ortopedia e fisioterapia.

Em acompanhamento na USF, o paciente referia melhora parcial das dores nos MMII com a realização de fisioterapia, mas queixava-se de ansiedade, depressão, diminuição do apetite e insônia. Foi reorientado quanto à utilização da carbamazepina, pois estava fazendo uso irregular.

A avaliação ortopédica incluiu a realização da ressonância magnética de coluna cervical e lombar, cujos resultados encontram-se na Tabela 2.

A partir dos resultados, o paciente recebeu o diagnóstico de *Dor neuropática secundária à polineuropatia por espondiloartrose* e continuou o seguimento no serviço de Neurologia e na USF. Recebeu alta da Ortopedia porque foi descartada qualquer alteração na coluna lombar que justificasse hiperalgesia nos membros inferiores.

Em nova consulta na USF (7 meses após início do quadro) o paciente se dizia cada vez mais desanimado, apático, com desejo de permanecer deitado durante todo dia. Referia desesperança, falta de vontade de trabalhar, sentimento de menos valia. Relacionava parte desses sentimentos à limitação física que as dores em membros lhe causavam e por estresse de cunho familiar. Paciente apresentava exames laboratoriais normais (TSH, eletrólitos, glicemia e lipidograma).

Foi levantada a hipótese de Episódio Depressivo Maior, iniciando o uso de sertralina e agendada consulta conjunta com o psiquiatra por meio do matriciamento em Saúde Mental na própria USF. Os demais medicamentos foram mantidos. Cabe pontuar que atendimentos e visitas domiciliares foram realizados por profissionais da equipe de referência da USF e por nutricionistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos da Residência Multiprofissional durante a condução do caso.

Passados aproximadamente um ano e meio do início dos sintomas, e quatro meses após última consulta na USF, o paciente retornou referindo não estar tomando nenhuma medicação prescrita por não perceber melhora de suas queixas. Continuava realizando fisioterapia, porém não percebia retorno da força nos MMII. Além disso, referia piora da apatia, perda de apetite, desânimo, vontade de permanecer deitado.

Já não conseguia mais trabalhar. Tentou iniciar atividade física em academia, tendo melhora das dores logo após os exercícios, porém desistiu rapidamente. O tratamento para depressão foi reiniciado com citalopram, já que o mesmo referia não ter se adaptado à sertralina por efeitos colaterais.

Cerca de 3 meses após, iniciou uso de fraldas devido à incontinência urinária, permanecendo os exames laboratoriais normais, inclusive urocultura. Foi levantada a hipótese de demência vascular e incontinência de origem neurogênica pelo serviço de Neurologia. Em retorno, no atendimento clínico em conjunto com a Psiquiatria, observou-se piora da marcha, com característica Parkinsoniana, tremores de extremidade discretos e presença de roda dentada bilateralmente em MMSS.

Foi sugerida a hipótese de Episódio Depressivo Maior, interrogada doença de Parkinson Idiopática ou outra causa de doença neurodegenerativa. Reforçou-se a importância do uso correto da medicação antidepressiva, além de encaminhamento para o ambulatório de Neurogeriatria para dar continuidade à investigação da causa orgânica que justificasse esse conjunto de sinais e sintomas.

Nos retornos subsequentes com a equipe de saúde ampliada, na USF, observou-se piora do quadro, com incontinência também fecal, dificuldade de marcha com incapacidade para deambular sozinho e desequilíbrio acentuado. A dor tornou-se incapacitante nos membros superiores e inferiores e com dificuldade para movimentos finos, tornando o paciente dependente para atividades básicas de vida diária. No ambulatório de Neurogeriatria foi realizado o diagnóstico de Parkinsonismo, e como diagnóstico diferencial, interrogada a hipótese de AMS. Com o uso de levodopa, ele apresentou efeitos colaterais (alucinações visuais), sendo necessária a redução da dose, com pouca melhora dos sintomas parkinsonianos. Permaneceu com sintomas inalterados, cada vez mais dependente dos familiares - evolução esperada da AMS.

Ressalta-se que o paciente recebeu atenção domiciliar e na USF durante a progressão da doença, evoluindo com infecção do trato urinário, necessitando de internação hospitalar, vindo a óbito por falência de múltiplos órgãos secundária à sepse, três anos e meio depois dos primeiros sintomas.

Discussão

O relato apresentado descreve a evolução de um quadro grave e raro que teve início com uma queixa de disfunção autonômica urogenital (HPB), associado à dor e diminuição da força nos membros. Evoluiu com a associação de sintomas depressivos, comum em um terço dos casos de AMS e na presença de sintomas de marcha parkinsoniana, arresponsiva ao uso de levodopa, indo a óbito.

Cabe ao Médico de Família e Comunidade (MFC) e a equipe da USF, a partir do cuidado longitudinal, ter um contato próximo com o paciente e seus familiares, dentro de seu território, permitindo um vínculo diferenciado. Neste relato, nota-se que o paciente manteve ativo o seu vínculo à USF e a equipe de saúde. Pôde-se observar que a natureza da interação entre profissionais de diferentes campos do conhecimento proporcionou a continuidade do cuidado, contrapondo-se às relações tradicionais hierarquizadas.^{6,7}

De outro modo, evidencia-se que o exercício da longitudinalidade permitiu o alcance de ações integrais, que foram determinantes para o manejo de um caso complexo e diagnóstico diferencial. É sabido que as queixas inespecíficas são muito frequentes na APS, correspondendo aproximadamente a 30% das consultas.⁸ Frente a este desafio, uma estratégia interessante pode ser o uso da espera permitida, quando a observação longitudinal do paciente permite o conhecimento de novas informações acerca do caso, facilitando a intrincada construção do diagnóstico de muitas condições na APS que envolvem situações clínicas de maior prevalência e casos mais raros e complexos.

Para fazer a gestão do cuidado integral e longitudinal, o MFC dispõe de formação que permite a prática da clínica ampliada, primando pela organização da assistência e a coordenação da atenção. O MFC é o responsável direto pela gestão do cuidado do paciente, mesmo quando é necessário o encaminhamento para os outros pontos da RAS, verificando se houve acesso às metodologias diagnósticas e terapêuticas, situação favorecida por ações regulatórias nas redes de saúde, tais como o sistema de referência e contrarreferência.

Desta forma, a análise deste caso pôde ilustrar a complexidade da clínica da APS articulada à operação dos seus principais conceitos e características, como a longitudinalidade, a coordenação do cuidado, integralidade da atenção e o foco na pessoa e na família.

Referências

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2004. 726 p.
2. Falk JW, Gusso G, Lopes JMC. Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica e profissão. In: Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 12-18.
3. Fanciulli A, Wenning GK. Multiple-system atrophy. *N Engl J Med*. 2015;372(3):249-63. PMID: 25587949 DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1311488>
4. Knopp DB, Barsottini OGP, Ferraz HB. Avaliação fonoaudiológica na Atrofia de Múltiplos Sistemas. Estudo com cinco pacientes. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2002;60(3A):619-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2002000400019>
5. Albuquerque AV, Freitas MR, Cincinatus D, Harouche MB. Clinical-radiological correlation. Report of two cases. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2007;65(2B):512-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2007000300029>
6. Gusso G. A especialidade Medicina de Família e Comunidade. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2011. [citado 2016 Mar 4]. Disponível em: <http://www.apmfc.org.br/images/artigos/especialidade.pdf>
7. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(8):2511-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>
8. Landsberg GAP, Savassi LCM, Sousa AB, Freitas JMR, Nascimento JLS, Azagra R. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11):3025-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100019>