



RELATO DE CASO CLÍNICO: PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS – DISCUSSÃO DA EFETIVIDADE PSICOTERAPÊUTICA EM ASSOCIAÇÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

REGIANE CRISTINA DO AMARAL SANTOS; GLACIANE SOUSA REIS; KEILA LUIZA DOS SANTOS; PATRICIA CARINE SILVA ALMEIDA; LUSTARLLONE BENTO DE OLIVEIRA

RESUMO

O capítulo irá relatar o caso clínico de uma paciente do sexo feminino, 41 anos de idade, casada há 23 anos e mãe de 1 filho. Natural da cidade de Colinas do Tocantins – TO, paciente do CAPS II Pingo de Luz, situado na cidade de Colinas do Tocantins. A paciente apresenta histórico de internação psiquiátrica e realiza acompanhamento multiprofissional no CAPS II desde 2013. Quando acometida da hipótese diagnóstica de depressão, a paciente continua sob acompanhamento e sua atual progressão se deu através de um diagnóstico, além da intervenção psicoterápica e psicofarmacológica. A paciente ao longo dos 8 anos recebeu diagnósticos de diversos transtornos mentais, com medidas psicofarmacológicas que teve como acompanhamento psicoterápico, antidepressivos e neurolépticos de 1º e 2º geração. Uma falha na escolha do melhor tratamento no que tange a associação de fármacos e psicoterapia poderia ter contribuído para uma demora na estabilização da paciente do seu quadro de saúde mental, sendo destacado a essencialidade de abordagem que não norteie somente o tratamento farmacológico e sim uma associação de medidas para a melhoria na qualidade de vida da paciente e dos seus familiares.

Palavras-chaves: Depressão; transtorno obsessivo; transtorno psicótico; psicofarmacologia; psicoterapia.

1 INTRODUÇÃO

Segundo Augras (1993) o “normal” e o “patológico” são coisas que andam entrelaçadas e que esta compõe a existência do ser humano e seu desenvolvimento pela interação e relação com o mundo. Apatologização de modo estereotipado e rotulado, transgride o conceito de saúde que é a capacidade de manter a homeostase e o processo de criação de mecanismos para manter-se confortável com esse mundo caótico interno (AUGRAS, 1993). De acordo com o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM) o transtorno bipolar, também conhecido como transtorno afetivo bipolar, caracteriza-se por comportamentos ciclotímicos de características depressivas e maníacas, acometidas em alguns casos, psicoses correspondentes ao estado de humor que o indivíduo se encontra (DSM, 2014).

A respeito do transtorno compulsivo obsessivo, o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM) caracteriza essa patologia com comportamentos que giram em torno de tiques,

ou seja, pessoas que possuam rituais, seja ele de acúmulo de objetos, tricotilomania, aquisições excessivas dentre outras, mas que acarretam uma compulsão na execução de *insights* pertinentes (DSM, 2014). O protocolo *Quadro psicótico agudos e transitórios* (2015), classifica pacientes que necessitam de intervenção e o manejo que um profissional da saúde mental precisa ter para manejo do estado de crise, além disso, ele aponta a sintomatologia positiva comumente expressados por estes pacientes. As características mais comuns são o delírio, alucinação, desordem do comportamento “normal” e consecutivamente, perturbações das percepções temporal e espacial que muitas das vezes são acometidas por situações estressoras em forma de gatilhos. O tratamento destes pacientes em muitos casos, necessita de internação, muito embora a duração seja breve e de estado transitório quando recebido tratamento adequado (BRASIL, 2015).

Para Jafelice e Marcolan (2015) o acesso ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é precário, e que o atendimento ao cidadão que necessita deste serviço, muito embora tenha tido evolução através da luta antimanicomial, permanece atrelado ao pensamento manicomial, que coloca o pacientes na posição de louco, sem subjetividade e de pouco controle social e/ou quase nada e que isso afeta diretamente na efetivação da supremacia da interdisciplinaridade no atendimento dentro do contexto da saúde mental. Para eles, o CAPS continua sendo visto como um lugar de tratamento de paciente, de cura e que isso se dá através de pensamentos e ideias sem sentido dos profissionais atuantes, ou seja, existe a ausência de conhecimento disciplinar tanto das equipes profissionais quanto dos pacientes (JEFELICE e MARCOLAN, 2015).

2 RELATO DO CASO

2.1. PARTICIPANTE

Marlene (pseudônimo utilizado para manter a confidencialidade), 41 anos, sexo feminino, adulta, casada, 1 filho, doméstica, ensino médio completo e heterossexual. Apresentava como queixa tristeza profunda, limpeza e organização exagerada, vozes da audição, agressividade extrema, instabilidade de humor, ideias e condutas suicidas, ansiedade, atos e movimentos repetitivos, automutilação e autoagressão na região genital.

2.2. HISTÓRIA DE VIDA DA PACIENTE

Marlene relatou ter tido uma infância difícil, de extrema pobreza e tendo que superar a separação dos pais. Desde criança sente uma necessidade exagerada por limpeza e organização, mas segundo ela naquela época, as pessoas sempre a elogiavam por ser tão limpa e organizada com tão pouca idade, a mesma não considera que teve uma infância e adolescência saudável, como deveria ser, pois começou a trabalhar como doméstica junto com a mãe na casa de uma família que prometia estudos à ela em troca dos seus serviços, mas a realidade não foi como prometida, a patroa não a liberava para os estudos e humilhava diariamente sua mãe. A paciente contou que sempre teve problemas com os patrões por conta da bagunça ou desorganização que sempre faziam depois de deixar tudo organizado e limpo, com isso ela introduzia-se em conflitos que geravam brigas, xingamentos, debatia com os patrões os chamando muitas vezes de “porcos, imundos e sebosos” de acordo com seu relato. Quando completou a maior idade, sua família se muda para trabalhar em uma fazenda no qual foi muito bem acolhida e cuidada. Hoje em dia considera os antigos patrões (os relatados após a maior idade) parte de sua família, mas seu histórico de brigas e confusões com patrões por conta de sua exacerbada mania de limpeza e organização continua. Marlene se casa, constitui sua própria família e tem um filho.

2.3. HISTÓRICO MÉDICO – PRONTUÁRIO CAPS

A paciente apresentou uma história de adoecimento psíquico iniciado há cerca de 13 anos quando era considerada depressiva, CID F32 (Episódios depressivos), em 2013 começou a ser acompanhada pelo Caps 2 – Pingo de Luz na cidade de Colinas do Tocantins-TO. Em 2017 começou a desencadear crises recorrentes no qual apresentava boca seca, uma agressividade extrema, instabilidades no humor, risos sem motivos, limpeza e organização exagerada, ideias e condutas suicidas, surtos psicóticos (audição de vozes), foi hospitalizada e medicada depois do episódio, após a melhora procurou um psiquiatra na cidade de Araguaína –TO, após essa consulta, recebeu seu segundo diagnóstico de acordo com o Código Internacional de Doenças- CID 10 e os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM - 5, com CID F 42.2 (Transtorno obsessivo-compulsivo), CID F 23 (Transtorno psicótico agudo e transitórios) e CID F 60.3 (Transtorno de personalidade com instabilidade emocional), deu-se início ao tratamento medicamentoso com Quetiapina 2x dia de 100mg e Fluoxetina 40mg ao dia. Segundo o psiquiatra que a atendeu, ela seria tratada apenas para o transtorno obsessivo-compulsivo e para o transtorno de personalidade com instabilidade emocional que de acordo com ele era Borderline. Na ocasião o psiquiatra decidiu que o transtorno psicótico agudo e transitórios só precisaria ser tratado em casos de agitação e alucinação da paciente com a aplicação do medicamento Haldol (Haloperidol) 5mg e Diazepam 10mg IM/dia, relatado em prontuário.

Mesmo com o uso adequado das medicações a paciente continuava a ter surtos psicóticos frequentes inclusive com necessidade de internação hospitalar. Em um de seus retornos ao psiquiatra que a diagnosticou com os CIDs citados acima, mesmo ela relatando ainda que havia a fuga de ideias, confusão mental, períodos de desorientação, insônia, pragmatismo e prospecção prejudicados, discurso verborreico, pensamentos com curso acelerado, episódios psicóticos, despersonalização, ideação e tentativa de suicídio, crises de ansiedade acompanhadas de tremores, dispneia, taquicardia, palpitações e pânico, o médico relatou que ela não precisaria de acompanhamento psicológico, pois segundo ele não a ajudaria positivamente. Em uma de suas internações hospitalares quando apresentado o segundo laudo médico, foi então que a paciente e sua família foram informados que a paciente estaria em tratamento medicamentoso de forma equivocada, a médica que a atendeu incluiu em seus medicamentos a Carbamazepina 400mg ao dia para auxiliar em seu tratamento.

Seu terceiro diagnóstico deu-se em 2021, quando em consulta com uma médica psiquiatra para obter o laudo para auxílio doença no INSS, foi diagnosticada com CID F 31.5 (Transtorno afetivo bipolar). Atualmente o tratamento medicamentoso é com os seguintes fármacos: Olanzapina 10 mg, Quetiapina 200 mg e Carbamazepina 400mg, todos uma vez ao dia.

3 DISCUSSÃO DO DIAGNÓSTICO

Para que haja diagnóstico do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é necessário que as obsessões e/ou as compulsões causem limitações, interferências, sofrimento ou incômodo ao paciente ou a seus familiares. O diagnóstico é feito de maneira clínica, não existe nenhum exame laboratorial ou radiológico patognomônico da doença (CAMPOS, MERCADANTE, 2000). O diagnóstico do transtorno psicótico agudo e transitório se dá pela ocorrência aguda de sintomas psicóticos dentre eles a alucinação, ideias delirantes, perturbações da percepção e uma desorganização do comportamento (BRASIL, 2015). Transtorno Bipolar é crônico e complexo, os elementos observados para o diagnóstico são: episódios de depressão, mania ou hipomania podendo ocorrer de forma isolada ou mista com um grande morbidade e risco de mortalidade se não houver o devido diagnóstico e tratamento (SOUZA, 2005). Diagnosticar o transtorno de personalidade Borderline se dar devido aos seguintes sintomas: impulsividade comportamental, manipulações, dissociação cognitiva e afetiva, pensamentos suicidas, automutilação,

comportamento infantilizado, sentimentos exagerados de abandono, euforia e disforia no humor (SILVA, 2019). Outro elemento do diagnóstico é o episódio depressivo (leve), comumente chamado de estado depressivo transitório, tem como características sintomatológicas a presença de pelo menos dois sintomas presentes na classificação dos episódios depressivos, ou seja, em CID F.32. Entre os sintomas relacionados estão: rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade, diminuição da capacidade de concentração, diminuição da autoestima e autoconfiança, ideias de indignidade, e culpabilidade, entre outros (BRASIL, 2015).

4 DISCUSSÃO DO TRATAMENTO

No que se refere ao TOC, Formiga (2012) aponta que o tratamento mais efetivo para o TOC geralmente é a combinação de Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), com a Terapia Cognitiva-Comportamental, a qual prevê a aplicação de técnicas psicoterápicas cognitivas e comportamentais específicas, destacando-se a técnica de Exposição e Prevenção de Respostas (EPR) (Formiga, 2012). No caso referido, a paciente mesmo apresentando a sintomatologia de TOC, não foi prescrito o uso de ISRS, sendo sua prescrição em 2021 com antipsicóticos de 1º e 2º geração. A não prescrição de um ISRS com antipsicóticos, deve-se ao aumento de interações medicamentosas. Porém, é observado que os antipsicóticos prescritos apresentam interações, exemplo da Quetiapina diminui as concentrações plasmáticas à medida que tratamento progride, sendo assim, a dose terá que ser aumentada, Carbamazepina induz seu próprio metabolismo, isso significa que existe a possibilidade de aumento da dose, pois os efeitos diminuem. Uma justificativa relevante de não associar ISRS com Carbamazepina é o aumento de efeitos tóxicos, como exemplo: ataxia, nistagmo, diplopia, cefaleia, vômitos, apneia, convulsões e até coma). É fundamental destacar que os medicamentos em prescrição para a paciente do caso, apresentam vários riscos, tais como: complicações hematológicas (sangue), confusão mental, sonolência excessiva e ganho de peso, justificando até mesmo os níveis plasmáticos (sanguíneos) desses fármacos (Brasil, 2010). Necessitaríamos de um tópico para discussão da farmacoterapia da paciente, devido a relevância dos cuidados farmacológicos nhoque tange ao paciente psiquiátrico.

Em relação ao Transtorno Psicótico, o tratamento pode acontecer pela via dos dispositivos de saúde, tais como CAPS, UPA, PS, SAMU e as UBS, tendo cada um desses dispositivos os protocolos específicos para lidar com esse transtorno. No mais, é possível que se beneficie de uma psicoterapia clínica que contemple a dimensão psicótica, com um profissional que maneje bem as expressões do quadro (BRASIL, 2015). Já o Transtorno Bipolar, o tratamento mais recomendado pela literatura é a combinação entre o uso de medicação e a psicoterapia, com enfoque na psicoeducação (MUSSI *et al*, 2013). Em relação a medicação, o mais comum é um tratamento baseado em estabilizadores de humor, antidepressivos, anticonvulsivantes e antipsicóticos (a paciente em tratamento de 3 antipsicóticos, sendo que a Quetiapina apresenta como off label estabilizar o sono e antidepressivo) (MUSSI, SOARES, GRAOSSI, 2013). Sobre o Transtorno Borderline, a literatura expõe que é um transtorno de difícil manejo, cujo tratamento alcança tamanha complexidade, contudo, não são impossíveis os cuidados, conforme Soares (2010) o tratamento é baseado na tríade psicofármacos, acompanhamento psicológico e psiquiátrico. Os cuidados para o episódio depressivo leve também envolvem essa tríade, com ênfase na psicoterapia, independentemente da abordagem (SOARES, 2010).

5 DISCUSSÃO DE PROGNÓSTICO

A elaboração de uma possibilidade prognóstica é desafiadora, ainda mais em casos de

tamanha complexidade como o caso em questão. Nesse sentido, que tipo de cuidado pode ser direcionado visando maior qualidade de vida? O primeiro ponto a ser discutido é que, para garantir um cuidado que abranja todos os transtornos, é fundamental um tratamento multidisciplinar, com a presença dos dispositivos dos Sistema Universal de Saúde (SUS), visto que as políticas públicas vigentes valorizam o ser humano com transtornos, não tipificam, cristalizam, grande parte por conta das conquistas da luta antimanicomial, ou seja, esses dispositivos atuam pela promoção da saúde, desde a teoria que os fundamentam até a prática propriamente dita (BRASIL, 2015). Outro elemento fundamental no prognóstico é o tratamento psiquiátrico, tendo em vista que na maioria dos diagnósticos há a necessidade de intervenção medicamentosa. Assim como é fundamental o tratamento psiquiátrico é também a psicoterapia individual, visto que através da psicoterapia individual com psicoeducação é possível que o indivíduo tenha maior compreensão da própria saúde, de como manejar as manifestações sintomatológicas e conseqüentemente obter qualidade de vida (BRASIL, 2015).

6 CONCLUSÃO

Diante do relato de caso exposto entende-se como é imprescindível a atuação ativa da equipe multidisciplinar na recuperação, promoção e cuidado na saúde do paciente psiquiátrico. O caso apresenta algumas falhas no processo do cuidado com a saúde da paciente, uma vez que uma das consultas com o psiquiatra esse afirma que a psicoterapia não teria relevância no tratamento, inferindo que somente a terapia farmacológica apresentaria a eficácia para o caso da paciente, sendo que o relato do psicólogo do CAPS pontuou a positividade da psicoterapia da paciente associado ao acompanhamento da equipe multidisciplinar. Não é positivo apoiar-se em uma única base de terapia, pois é compreendido que a efetividade é alcançada pela junção de fatores, que incluem também a participação dos familiares. O relato expõe claramente a necessidade de maior entendimento e acolhimento do paciente psiquiátrico, e evidencia que a terapia farmacológica apresenta complicações de adesão, efeitos adversos que poderão deflagrar outras patologias, assim como a tentativa inicial de fármacos que não foram efetivos para a paciente, faltando a participação efetiva do farmacêutico para o aconselhamento farmacoterapêutico.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5 ed. Porto Alegre. Artmed, 2014.

AUGRAS, M. **O ser da compreensão: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico**. Ed. 3ª. Editora Vozes. Petrópolis, Rio de Janeiro – RJ. 1993. ISBN 85.326.0885-X.

JAFELICE, G. T. MARCOLAN, J. F. **O trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo**. Ver BrasEnferm [Internet]. Edição temática: Saúde Mental. 2018;71(suppl 5):2259-66. Disponível em:<

<https://www.scielo.br/j/reben/a/nPcrXkKfVBKqTvXnMctCF5N/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 17 out 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0300>

Ministério da Saúde. **Quadros psicóticos agudos e transitórios: protocolo clínico**. Santa Catarina – SC. 2015. Disponível em:<<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9203-psicoses-agudos-e-transitorias/file>>. Acesso em: 17 out 2021.

Ministério da Saúde. **Formulário Terapêutico Nacional 2010**, Rename 2010. Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2 Ed. Brasília, Brasília, DF. 2011.

CAMPOS, Maria C. R; MERCADANTE, Marcos. Transtorno obsessivo-compulsivo. Departamento e Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2000.

FORMIGA, Mariana Bandeira et al. A conceitualização cognitiva no Transtorno Obsessivo Compulsivo: relato de caso. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 1, p. 61-66, jun. 2012.

GOMES, Fabio. M. S. Tratamento do transtorno bipolar – Eutimia. **Rev. Psiq. Clín.** 2005.
MUSSI, Samir Vidal; SOARES, Maria Rita Zoéga; GROSSI, Renata. Transtorno bipolar: avaliação de um programa de psicoeducação sob o enfoque da análise do comportamento. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 45-63, ago. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452013000200005
Acesso em: 29 out. 2021.

SILVA, Adriano. N. **Compreendendo o transtorno da personalidade borderline (TPB)**. Disponível em: <https://unipacdeuberaba.edu.br/wp-content/uploads/2019/07/Artigo-Infoma%C3%A7%C3%B5es-gerais-Borderline.pdf>. Acesso em: 29 out. 2021.

SOARES, Marcos. H. **Estudos sobre transtornos de personalidade Antissocial e Boderline**. Acta Paul Enferm, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/dhwbXqWpbLRwCfTPyrt8hMy/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 29 out. 2021.