

Seção 3

Casos clínicos

Nesta seção do módulo, apresentaremos casos clínicos comentados. Trata-se de situações comuns observadas na Atenção Básica, com comentários que podem orientar a conduta geral dos profissionais de saúde em situações semelhantes. Contudo, alertamos que, em saúde mental, dificilmente haverá apenas uma conduta correta para a abordagem das doenças mentais. Em grande medida, a organização do cuidado vai depender dos recursos humanos e materiais disponíveis. Neste momento, você deve ler os textos de apoio indicados nos comentários de cada caso. Como consulta complementar, leia os capítulos 3 e 4 do Guia de Matriciamento em Saúde Mental, (CHIAVERINI, 2011) e a Seção 4 desse módulo, intitulada “Diretrizes Clínicas”, e os capítulos 6, 7 e 8 da linha-guia “Atenção em Saúde Mental” produzido pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006).

Caso

1

Somatização ou queixas somáticas inexplicadas

Francisco tem 42 anos, é trabalhador rural, casado e tem quatro filhos pequenos. Nos últimos seis meses, tem comparecido à Unidade de Saúde quase que semanalmente. Quando chega à unidade costuma exigir atendimento imediato; se diz muito doente, embora já tenha sido atendido várias vezes sem que evidente doença física tivesse sido identificada. As queixas são variadas e se alteram ao longo do tempo: cefaleia quase que diária sem características de enxaqueca, dor abdominal, dor nas costas e aperto no peito. Além de exames físicos detalhados, foram solicitados vários exames laboratoriais, todos sem achados positivos: hemograma, exame de fezes, urina rotina, eletrocardiograma, radiografia de tórax e de coluna e ultrassom abdominal. Devido à insistência de Francisco por atendimento médico, a equipe de saúde começou a antipatizar com o usuário. Por sugestão do agente comunitário de Francisco, a enfermeira solicitou a presença da esposa para uma conversa. Esta relatou que há cerca de nove meses a situação em casa está muito difícil. Francisco foi dispensado da fazenda onde trabalhava há 14 anos e desde então não tem conseguido trabalho regular, o que tem trazido graves dificuldades financeiras para a família. Francisco passou a ficar nervoso, irrita-se facilmente, especialmente quando falta alguma coisa em casa. A esposa informou que observa melhora dos sintomas quando ele consegue algum biscate. Apesar das consultas, analgésico e vitaminas prescritas pelo médico, no geral a esposa de Francisco não vê melhora significativa de seu quadro. Atualmente ela diz não saber mais o que fazer.

Comentários

Problema: somatização ou queixas somáticas inexplicadas

Como já foi discutido na apresentação sobre a epidemiologia dos transtornos mentais, é comum que a manifestação do transtorno mental, na Atenção Básica, ocorra através de sintomas físicos. Por isso mesmo, é sempre importante pesquisar os aspectos de vida atual do usuário, já que situações de vida que geram estresse podem estar relacionadas com esse tipo de expressão sintomatológica. Na maioria das vezes, a tranquilização sobre a natureza das queixas (de origem emocional e não orgânica) é suficiente no apaziguamento dos sintomas; mas, em alguns casos mais graves, os usuários apresentam muita dificuldade de relacionar problemas emocionais às suas queixas físicas, o que pode tornar o acompanhamento a esse tipo pouco confortável para a equipe de saúde. Para esse perfil de usuário, que demanda atenção e cuidados de forma frequente e pouco organizada, o ideal é o estabelecimento de consultas semanais agendadas. Essa conduta vai assegurar-lhe que seu problema será acompanhado de forma sistemática, tornando desnecessária sua presença na unidade a todo o momento. Geralmente, é para o médico que as queixas de natureza física são encaminhadas e, portanto, ele deve esclarecer ao usuário que problemas psicossociais vivenciados pelas pessoas podem se expressar por meio de dores e desconfortos percebidos no corpo. Assim, não devemos banalizar a queixa, mas atendê-lo de forma regular, procurando estabelecer com ele relações entre as queixas físicas e os acontecimentos de sua vida. Espera-se que, gradativamente, ele perceba de forma mais clara as relações existentes entre o corpo e os aspectos emocionais e passe a conviver melhor com seus sintomas. Como o usuário não apresenta quadro ansioso ou depressivo significativo, concomitante com suas queixas somáticas, não há indicação para qualquer medicação psicotrópica. A inclusão desse perfil em grupos de atenção psicossocial, organizados na própria unidade de saúde, pode beneficiar boa parte dessa clientela. Devemos, sempre, suspeitar de **somatização** quando estão presentes queixas físicas frequentes, geralmente mutáveis no tempo, sem substrato fisiopatológico aparente.

Para saber mais...

Para saber mais sobre a abordagem desse tipo de problema, consulte as “Diretrizes gerais de abordagem das somatizações, síndromes depressivas e síndromes ansiosas,” na Seção 4 deste módulo e os capítulos 6, 7 e 8 da linha-guia “Atenção em Saúde Mental” (MINAS GERAIS, 2006).

Caso 2

Transtorno de ansiedade e abuso de benzodiazepínicos

Dona Maria Helena tem 51 anos, casada, seis filhos, do lar. Veio até a unidade de saúde solicitar remédio para dormir. Conta que desde criança é muito impressionada com as coisas, nervosa, preocupada com tudo. Sempre que tem um problema em casa só consegue dormir quando toma seu comprimido de diazepam. Relata preocupação constante com os filhos, tem receio de que algo aconteça a eles quando estão fora de casa, especialmente que se envolvam com bebidas ou drogas. Quando está pior, percebe “aperto” no peito, coração disparado, tonteira e sensação de que algo ruim vai acontecer a qualquer momento. Esses sintomas duram normalmente apenas alguns minutos, mas são bastante desconfortáveis. A usuária já compareceu várias vezes à unidade de urgência médica durante as crises mais graves. Geralmente é examinada, faz eletrocardiograma, é medicada com injeções e liberada para casa com a orientação de que não apresenta doença, “que estava só estressada”. A primeira vez que tomou o diazepam foi há uns quinze anos; desde então, arruma com amigas, compra sem receita na farmácia ou vai ao Pronto-Socorro local, onde o plantonista sempre atende ao seu pedido por mais “receita azul”. Houve períodos em que chegou a tomar três comprimidos por dia, mas atualmente toma um pela manhã e um à noite. Quando fica alguns dias sem tomar a medicação, fica insone e irritada. Informação trazida pela agente comunitária de saúde, que é vizinha da usuária, confirma a história de nervosismo constante e crises mais fortes eventuais, especialmente quando o marido chega bêbado em casa, o que ocorre quase que diariamente. São frequentes as visitas de Dona Maria à sua casa para “desabafar” e pedir algum conselho. A usuária é também hipertensa e não tem conseguido manter os níveis pressóricos dentro da normalidade.

Comentários

Problema: transtorno de ansiedade e abuso de benzodiazepínicos

A ansiedade e a insônia são sintomas muito comuns na vida das pessoas. Podem representar respostas normais às pressões do cotidiano ou, eventualmente, manifestações de transtornos psiquiátricos que exigem tratamento específico. A ansiedade deve ser considerada uma resposta normal diante de situações de perigo real, nas quais constitui um sinal de alarme e, portanto, um mecanismo essencial para a defesa e a sobrevivência do indivíduo. Ela também costuma ocorrer em situações de insucesso, perda de posição social, perda de entes queridos ou em situações que geram expectativas de desamparo, abandono ou de punição. Nessas circunstâncias, ela é uma emoção muito semelhante ao medo e é útil para que a pessoa tome as medidas necessárias diante do perigo real, como lutar, enfrentar, fugir ou evitar. Dependendo da intensidade, do sofrimento que provoca, da interferência ou não nas atividades diárias ou no sono e da sua duração, poderá ser considerada normal ou patogênica. O caso em questão é comum na prática clínica. Quase sempre, a saída praticada pelos médicos é a banalização do uso dos benzodiazepínicos, o que contribui para seu abuso e dependência no futuro. Embora muito eficiente nos quadros de ansiedade aguda, o uso diário desse tipo de psicotrópico não deve ser recomendado nos transtornos de ansiedade crônica, como é o caso dessa senhora. Nessas situações, embora o benzodiazepínico possa ser introduzido no início do tratamento ou em momentos de piora eventual do quadro, o ideal é que seja indicado um antidepressivo, medicação que também apresenta ação ansiolítica sem gerar dependência física ou problemas cognitivos de longo prazo. Uma estratégia que costuma dar bons resultados é a introdução de um antidepressivo de perfil mais ansiolítico e com propriedades sobre a indução do sono (ex.: amitriptilina ou nortriptilina) e só depois iniciar a retirada gradual dos benzodiazepínicos, com redução de 25% da dose a cada semana ou a cada 15 dias. Nesses casos, é importante também oferecer algum dispositivo de apoio, por exemplo, consultas programadas na unidade básica de saúde, participação em grupos de atenção psicossocial, encaminhamento para atividade física, exercícios de relaxamento, participação em grupos de convivência ou oficinas comunitárias. Essas atividades serão fundamentais para que essa senhora possa refletir sobre sua vida, sua relação com os filhos e com o marido, usuário nocivo de álcool. Devemos sempre suspeitar de **ansiedade** quando estão presentes: tensão, preocupações excessivas, sudorese frequente, palpitações, aperto no peito, vertigens, medos infundados de coisas ou lugares.

Para saber mais...

Para saber mais sobre a abordagem desse tipo de problema, consulte a Seção 4 deste módulo.

Caso 3

Transtorno depressivo com risco de suicídio

Paulo, 65 anos, policial militar aposentado, reside sozinho desde a morte de sua esposa há mais ou menos um ano. Possui três filhos e cinco netos que residem em uma cidade a 50 km de onde ele mora. O Sr. Paulo tem boa autonomia para as atividades diárias, mas reside com uma senhora que o auxilia no trabalho de casa. Um dos filhos veio procurar o serviço de saúde porque tem observado o pai diferente nos últimos três meses. Antes da morte da esposa, era ativo, alegre, costumava caminhar todas as manhãs, visitava amigos e familiares. No último mês, quase não tem saído de casa, descuidou-se da aparência e já foi encontrado várias vezes suspirando e com lágrima nos olhos. Segundo informações da senhora que mora com ele, Sr. Paulo começou a apresentar insônia terminal e passou a tomar dois comprimidos de bromazepam toda noite, fornecidos por uma vizinha. Há duas semanas, ligou para o primo, advogado, solicitando que o ajudasse com seu testamento. Nos últimos dias, começou a dizer que a vida não valia a pena. Quando interpelado pela família, mostra-se indiferente. Sr. Paulo não possui histórico de doença clínica e nunca apresentou transtorno psiquiátrico. A história familiar é positiva para quadro psiquiátrico, pois um de seus tios se matou quando ele ainda era criança. O filho está muito preocupado, especialmente porque ele mantém armas em casa.

Comentários

Problema: transtorno depressivo com risco de suicídio

Nos últimos anos, o termo depressão tem sido banalizado e é constantemente usado para descrever um estado emocional normal. Sentimentos de tristeza ou infelicidade são comuns em situações de perda, separações, insucessos ou conflitos interpessoais e fazem parte da experiência cotidiana, caracterizando estado emocional não patogênico. Um exemplo é o luto normal, no qual há tristeza e ansiedade, que melhoram com o tempo. Na maioria dos casos, o papel dos profissionais de saúde deve ser acolher o sofrimento e oferecer algum suporte de escuta e aconselhamento, sem necessidade de prescrição medicamentosa. Em todo caso suspeito de depressão, é muito importante que pesquisemos o intuito de conduta suicida. Uma abordagem ativa por parte do profissional de saúde pode prevenir tentativas de suicídio, contribuindo, assim, para a diminuição dos óbitos por esse tipo de agravo. Nem toda ideação suicida necessita de encaminhamento urgente para as equipes ou serviços de saúde mental. Quase sempre, as pessoas que pensam em se matar não desejam realmente fazê-lo, especialmente se não apresentam transtorno psiquiátrico evidente. Quando pensam em suicídio é porque estão se sentindo desesperados, não veem saída para algumas situações impostas pela vida. Nesse caso, é fundamental adequada avaliação de risco para definição de uma possível **emergência psiquiátrica** (alto risco) ou se o caso poderá ser conduzido na Atenção Básica (baixo risco). No evento em questão, pela presença dos sintomas clássicos de depressão - profundo sofrimento e alto risco de autoextermínio -, estamos diante de um usuário com transtorno depressivo grave. A equipe da Atenção Básica deverá estabelecer contato franco e aberto com o usuário e seus familiares, organizar uma estrutura de proteção continuada (na residência, Centro de Apoio Psicossocial, hospital geral ou psiquiátrico) até que um parecer psiquiátrico possa ser providenciado. Aqui, há clara indicação de tratamento medicamentoso com a introdução de antidepressivo e/ou mesmo de benzodiazepínico, que poderá ser utilizado para reduzir a angústia e ajudar na regulação do sono nas primeiras semanas de tratamento. A indicação de internação hospitalar ou em CAPS que possuem leitos noturnos deverá ser instituída sempre que houver ideação de autoextermínio persistente, especialmente se há

transtorno psiquiátrico ou comportamental grave associado, por exemplo, usuários com depressão grave, psicóticos em crise, dependentes químicos e indivíduos com impulsividade evidente. Devemos sempre suspeitar de **depressão** quando estão presentes: humor deprimido persistente, baixa energia, perda de interesse pelas coisas que antes davam prazer, inibição psicomotora, falta de esperança, ideação de autoextermínio.

Para saber mais...

Para saber mais sobre a abordagem desse tipo de problema, consulte as “Diretrizes gerais de abordagem das somatizações, síndromes ansiosas e depressivas” (Seção 4) e também a publicação “Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2006).

Caso 4

Dependência química com abstinência alcoólica

Pedro, 37 anos, solteiro, completou o ensino médio e chegou a frequentar a Faculdade de Administração por um ano, mas abandonou o curso quando sua namorada ficou grávida. Pedro então foi trabalhar na pequena mercearia do pai, que também funciona como bar. Depende financeiramente da família para tudo, reside com os pais e o irmão mais novo de 25 anos. Hoje, os pais de Pedro conseguiram trazê-lo à unidade de saúde porque começou a passar mal ontem. Está insone, ansioso, inquieto, queixando-se de dor em queimação na região abdominal. Ao exame, observou-se que ele estava com consciência clara e informava seus dados adequadamente. Presença de um tremor fino nas mãos, sudorese evidente, pulso acelerado, afebril, PA: 150 x 90 mmHg. Após a avaliação física, os pais solicitaram conversar com os profissionais de saúde a sós. Relataram que nos últimos 10 anos Pedro fazia uso abusivo de álcool quase que diariamente e uso eventual de maconha. Passa o dia conversando com amigos, à noite costuma beber e fica pelos bares, alcoolizado. Em várias vezes, ligou para o pai solicitando que pagasse suas contas de bar e era prontamente atendido. Já teve problemas com a polícia devido a badernas, mas o pai sempre convencia as pessoas a retirarem as queixas. Os atritos em casa são frequentes. A mãe, extremamente protetora, atua sempre como mediadora dos conflitos gerados pelo filho com o pai e o irmão. Alega ter receio de que aconteça “algo pior em casa”. Os pais já tentaram levar o filho para serviços de saúde, mas Pedro nunca se mostrou legitimamente interessado, já que não retornava após a primeira consulta. Assim, a mãe passou a frequentar grupos de autoajuda para familiares de dependentes químicos. Há três meses, devido à intensa desorganização de comportamento, Pedro aceitou a ir a um hospital

psiquiátrico da região para um período de desintoxicação, onde passou 10 dias. Sua mãe resolveu retirá-lo 30 dias antes do tempo estabelecido pela equipe de saúde, após ter recebido vários telefonemas do filho, que alegava não estar mais suportando o sistema de confinamento. Durante toda a entrevista, os pais demonstraram profundo afeto pelo filho; choram e manifestam sentimentos de culpa em relação a Pedro. Alegaram que sempre fizeram de tudo por ele, nunca lhe negaram nada e não sabem mais o que fazer.

Comentários

Problema: dependência química com abstinência alcoólica

Os quadros de dependência química geralmente trazem, além das repercussões negativas sobre a saúde do usuário, graves reflexos no âmbito sociofamiliar. Entre esses problemas, está a chamada codependência da família, ilustrada no caso presente. Em situações como essa, os membros da família perdem a autonomia em relação às suas vidas e passam a viver exclusivamente voltados para os problemas gerados pelo dependente químico. Geralmente esse tipo de conduta gera muito sofrimento familiar e ajuda pouco o usuário de álcool ou drogas. A família necessita ser orientada e apoiada para constituir-se em um grupo que deve acolher o dependente químico, mas não a qualquer custo. Os membros da família devem ser estimulados a falar de seus sentimentos em relação ao problema e encorajados a retomar seus projetos de vida sem clima de culpabilização, muito frequente nessas circunstâncias. Reuniões familiares regulares na própria Unidade de Saúde e indicação para participação em grupos de autoajuda como o AL-Anon (grupos para familiares e amigos de alcoólatras – veja em: <<http://www.al-anon.org.br/mg.html>>) são ações recomendadas. Nos casos semelhantes, em que o usuário não apresenta demanda clara para o tratamento, os profissionais de saúde devem compreender que ele ainda está na fase de negação do problema ou não consegue perceber os prejuízos que o envolvimento com a droga tem causado para si e para as pessoas de sua convivência. Em relação a Pedro, ele está apresentando sinais e sintomas de abstinência alcoólica moderada. O tratamento poderá ser instituído ambulatorialmente com o uso de benzodiazepínicos, reposição de tiamina, repouso e hidratação oral. Deverão ser agendados retornos a cada dois ou três dias até a remissão do quadro, momentos em que se deve tentar abordar o problema da dependência de álcool. Para abstinência alcoólica

grave ou delirium tremens, o local de tratamento indicado é o hospital geral, por tratar-se de emergência clínica. Uma postura considerada adequada é a equipe se disponibilizar a acolhê-lo sempre que ele tiver alguma complicação com o uso da droga ou que ele queira discutir alguma coisa sobre o tratamento do problema. Nessas ocasiões, sem emitir juízo de valor sobre as ações do usuário, deve-se procurar refletir com ele sobre sua vida, a família e sua relação com as drogas. O encaminhamento para grupos de autoajuda como os Alcoólatras Anônimos (AA) ou Neuróticos Anônimos (NA) e dispositivos comunitários de tratamento como os Centros de Apoio Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD) deve ser sempre encorajado. A ida para comunidades de tratamento terapêutico ou clínicas de reabilitação de dependentes químicos, onde os usuários ficam restritos do contato social e familiar por semanas ou meses, deve ser indicada apenas para aqueles que fracassaram nas estratégias de tratamento ambulatorial, que não possuem outros transtornos psiquiátricos graves e que aceitem passar por um regime de confinamento prolongado. No tratamento da dependência química, o ideal é que a equipe da Atenção Básica possa prover informações úteis para os usuários de drogas e seus familiares e oferecer várias opções de tratamento, já que cada usuário poderá se beneficiar de recursos diferentes de acordo com seus interesses e necessidades em um dado momento do seu tratamento.

Devemos sempre suspeitar de **dependência química** quando estão presentes pelo menos três dos elementos que se seguem:

- a. compulsão para consumir a substância,
- b. dificuldades de controlar o consumo da substância,
- c. evidências de estado de abstinência ou tolerância da substância,
- d. abandono progressivo de outras atividades ou interesses em favor do uso da substância,
- e. persistência no uso a despeito de evidência clara dos prejuízos físicos, econômicos e sociofamiliares envolvidos.

Para saber mais...

Para saber mais sobre a abordagem desse tipo de problema, consulte as “Diretrizes gerais para tratamento da síndrome de abstinência alcoólica”, presentes na Seção 4 e “Usuários de Substâncias Psicoativas – abordagem, diagnóstico e tratamento (LARANJEIRA, 2003).

Caso 5

Transtorno psicótico

Você é interpelado pelos pais de um usuário e resolve fazer uma visita domiciliar, já que ele se recusa a comparecer à unidade de saúde. José Mauro é um rapaz de 19 anos, estudante do último ano do Nível Médio de uma escola pública de sua cidade. Reside com os pais, com quem parece ter um relacionamento satisfatório, e mais duas irmãs, de 15 e seis anos de idade. Sem histórico de problemas clínicos ou neurológicos significativos no momento ou no passado, é tabagista e faz uso eventual de bebidas alcoólicas. Não há registro de problemas relacionados ao uso de drogas. Seus pais começaram a ficar preocupados com ele, especialmente nos últimos dois meses, quando começou a ter comportamentos estranhos. Às vezes aparentava estar zangado e teria comentado com um amigo que estava sendo seguido por policiais e agentes secretos; outras vezes era visto sorrindo sozinho, sem qualquer motivo aparente. Começou a passar cada vez mais tempo sozinho, chegava a se trancar no quarto, parecia distraído com seus próprios pensamentos. Passou também a perder noites de sono e seu rendimento escolar, que sempre havia sido bom, estava se deteriorando. Durante a visita, José Mauro estava um pouco inquieto, parecia assustado, mas aceitou conversar com o profissional de saúde (você) e o agente comunitário, que também participou da visita. Perguntado sobre o que lhe estava ocorrendo, disse que ouvia vozes comentando seus atos ou lhe insultando. Disse também que seus professores pareciam estar conspirando com os policiais para prejudicar sua vida, já que, no desfile de Sete de Setembro, os viu conversando na rua. Não tem conseguido ver televisão ou escutar o rádio porque tem a impressão de que seu nome é divulgado por esses meios de comunicação para toda a população da cidade. Seus pais queriam levá-lo para consultar um psiquiatra, mas ele achou a ideia absurda, já que ele não estava doido!

Comentários

Problema: transtorno psicótico

É bastante comum que usuários que apresentam expressivo comprometimento de julgamento da realidade também tenham dificuldade em perceber a necessidade do tratamento. Nesses casos, é importante que o profissional de saúde não conteste nem corrobore a vivência psicótica descrita pelo usuário, mas que procure estabelecer, desde o início, uma postura de escuta interessada e respeitosa. O fundamental é a construção de uma relação de confiança que reverta a posição de involuntariedade inicial para com o tratamento. A indicação da estratégia farmacológica, fundamental para a reversão mais adequada dos sintomas, deve ser discutida com o usuário e, sempre que possível, negociada com ele com base nas queixas apresentadas. Por exemplo, se ele não está dormindo bem, pode ser sugerido que tome uma medicação que o ajude a descansar durante a noite. Nesse caso, o antipsicótico é a medicação de escolha. Um benzodiazepínico também pode ser introduzido durante a fase aguda. Além disso, é muito importante estabelecer se há alguma situação de risco para o usuário e terceiros. Caso exista, orientar o usuário e a família a não se exporem àquela situação específica até que haja melhora significativa dos sintomas, por exemplo, evitar ir à escola, como no caso relatado. O atendimento inicial de um quadro como esse pode e deve ser realizado pela equipe da Atenção Básica, que deverá discutir o caso com a equipe de Saúde Mental assim que possível. A internação hospitalar pode e deve ser evitada, caso haja cooperação do usuário para os procedimentos de tratamento e se não houver situação de risco que exija observação diária e contínua devido à intensa agitação psicomotora, franca hostilidade dirigida a terceiros, grave negligência com os cuidados com a saúde ou conduta suicida.

Para saber mais...

Para saber mais sobre a abordagem desse tipo de problema, consulte os capítulos 6 e 7 da linha-guia “Atenção à Saúde Mental” (MINAS GERAIS, 2006).

Devemos sempre suspeitar de um **transtorno psicótico** quando, na ausência de uma causa orgânica detectável, estão usualmente presentes os sintomas de alucinações, delírios, comportamento bizarro ou anormal para o padrão cultural do usuário, excitação e hiperatividade grosseiras, retardo psicomotor marcante ou comportamento catatônico.

Caso 6

Transtorno mental na infância e adolescência

Carina é uma menina de seis anos, que veio com a mãe, Josiene, à Unidade Básica de Saúde. A família de Carina, seus pais e um irmão mais velho, de nove anos, se mudaram há poucos meses para a área da enfermeira Kátia, responsável pelo acolhimento. A mãe está muito preocupada. A menina ainda não fala, estabelece pouco contato visual e afetivo com a mãe e com os outros membros da família. Costuma ficar isolada, por vezes realiza movimentos repetitivos com as mãos. Dorme pouco e, quando contrariada, fica agitada. Não larga uma boneca que ganhou de presente da madrinha. Segundo a mãe, onde moravam não havia Atenção Básica organizada, portanto, não fez pré-natal ou qualquer seguimento de puericultura da criança. Nasceu a termo, parto hospitalar, tiveram alta no dia seguinte, aparentemente sem complicações. Josiene também conta que teve muita dificuldade em amamentar a filha, “que não queria mamar”. Durante a consulta, Carina entrou no consultório sem oposição. Dirigiu-se há vários pontos da sala, sem responder às tentativas de comunicação que lhe foram dirigidas. Não pronunciou qualquer palavra, emitindo apenas sons repetitivos e monossilábicos. Ao sentar, por solicitação da mãe, balançava o corpo repetidamente, mantendo o olhar dirigido em direção oposta aos presentes.

Atenção!

Para mais detalhes sobre esse tipo de problema, consulte o texto: “Aspectos Psiquiátricos da Criança Escolar” e o Capítulo 4 do “Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental” ((CHIAVERINI, 2011), disponíveis na Biblioteca Virtual.

Comentários

Problema: Transtorno global do desenvolvimento

A criança em questão apresenta grave comprometimento do desenvolvimento relacional e um atraso da linguagem verbal. Quanto mais precoce o diagnóstico, mais rapidamente iniciaremos o tratamento e as orientações à família, o que facilita a resposta da criança. Certamente não será um caso em que a equipe da Atenção Básica poderá conduzir sozinha, já que a definição de um diagnóstico mais preciso e as condutas de estimulação dependem de acompanhamento especializado. Sabemos da dificuldade em acionar um psiquiatra infantil ou equipe de CAPS I, portanto, na ausência desse profissional ou dispositivo, podemos solicitar a avaliação de um psiquiatra geral, pediatra experiente, ou mesmo de um neurologista, para afastarmos síndromes genéticas ou quadros neurológicos. Uma medicação poderá ser útil se a criança apresentar distúrbio importante do sono, agitação psicomotora ou impulsividade aumentada. Estimulação por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional ou mesmo fonoaudióloga, é fortemente recomendado. Esses profissionais podem fazer parte do CAPSI, do NASF, de algum ambulatório especializado, ou mesmo de alguma entidade conveniada com a prefeitura local, por exemplo, da APAE. As evidências apontam a importância das intervenções educacionais, apropriadas, precoces e contínuas, visando à aquisição de habilidades sociais, comunicativas e cognitivas básicas, visando ao máximo de autonomia possível. Caberá à Atenção Básica o cuidado longitudinal da saúde da criança, a articulação com os recursos intersetoriais de tratamento e as orientações familiares cabíveis.

Devemos sempre suspeitar de **Transtorno global do desenvolvimento**, quando, há comprometimento importante da interação social, comunicação e padrões restritos e repetitivos de comportamentos, atividades e interesses, por parte da criança. Cabe aqui o diagnóstico diferencial entre: Déficits sensoriais (cegueira ou surdez congênitas), Autismo infantil, Transtorno de Asperger, Síndrome de Rett, Retardo mental grave e crianças que foram submetidas a grave negligência.

Caso 7

Transtorno de conduta e uso nocivo de drogas

A ACS Rosana começou a ficar preocupada com Gabriel, 15 anos, que, está apresentando alterações de comportamento importante nos últimos seis meses. Segundo a mãe, após a morte do pai, há um ano, o jovem não está bem, muito rebelde. Teve notícias da escola que está matando aulas e apresenta baixo rendimento escolar. Desafia frontalmente a autoridade de mãe e dos professores, sem qualquer sentimento de culpa. Ele também tem cometido pequenos furtos, tornando difícil o convívio coletivo, além de correr risco de vida, já que vive em uma comunidade onde existe grande influência do narcotráfico. Por vezes, aparece muito irritado em casa, agride verbalmente a mãe e os dois irmãos menores, de 12 e 9 anos. Nessas ocasiões, não dorme, apresenta agitação psicomotora, “fala sem parar”, comenta a mãe, que desconfia do uso de drogas: crack e maconha. Não sabendo mais o que fazer, recorreu à ACS, Rosana.

Atenção!

Para mais detalhes sobre esse tipo de problema, consulte o texto: “Aspectos Psiquiátricos da Criança Escolar”, “Usuários de Substâncias Psicoativas – abordagem, diagnóstico e tratamento (LARANJEIRA, 2003) e o Módulo de Educação Física do Ágora.

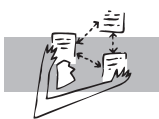
Comentários

Problema: Transtorno de conduta e uso nocivo de drogas

A adolescência é um período do ciclo de vida bastante propício ao primeiro contato com substâncias psicotrópicas legais ou ilegais, especialmente se o acesso à droga é muito facilitado. O jovem é curioso, apresenta uma necessidade de constituir uma identidade própria, e é naturalmente impulsivo, ou seja, costuma agir primeiro e pensar depois. Por tudo isso, o acompanhamento próximo dos pais ou cuidadores é crucial nessa faixa de idade, em especial do cultivo à noção de autoridade e à imposição de limites. Com a falência da função paterna, ausência concreta ou simbólica do pai, que culturalmente representa essa autoridade, muitas vezes o jovem perde sua referência e seus valores ficando à mercê das influências do meio social. Se o contexto de pobreza e falta de perspectivas de futuro está presente, esse meio parece exercer uma força ainda maior, conduzindo o jovem para o uso abusivo ou mesmo para o tráfico de drogas. Daí a importância da intervenção precoce por parte da equipe da Atenção Básica diante dos problemas apontados no Quadro 3. Em geral, os profissionais da Atenção Básica sentem-se inseguros em participar do tratamento desses pacientes, que geralmente não aceitam bem uma abordagem de ajuda, especialmente quando já apresentam um quadro mais evidente de dependência de drogas. Certamente, pela gravidade relacionada a esse problema, é necessário constituir uma Rede de Apoio Intersetorial: NASF (Educação física, psicologia, terapia ocupacional) ou Equipe de Saúde Mental (CAPS AD, CAPS I ou CAPS Geral), Serviço social, Conselho tutelar e Escola. A atração do jovem para a unidade de saúde, sem que haja uma postura preconceituosa por parte do profissional de saúde é fundamental, já que pode ser fator decisivo na

aceitação de alguma forma de tratamento. Está claro na literatura atual que não há um regime de tratamento que seja fundamentalmente melhor do que outro. Ou seja, o tratamento pode ser realizado em qualquer regime: ambulatorial, hospitalidade diurna, hospitalização integral de curta ou de longa duração, grupo de apoio comunitário. O importante é que o usuário aceite a proposta estabelecida com a equipe e que essa possa modificar o regime de tratamento de acordo com as necessidades do usuário. Assim, no caso de intoxicação e abstinência mais graves, o melhor lugar de tratamento é o Hospital Geral ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Nessa situação, se o paciente apresenta risco para si ou terceiros, devido ao intenso grau de comprometimento físico ou psíquico, uma conduta involuntária de tratamento pode ser aceitável. Às vezes, a situação de involuntariedade inicial constitui-se em oportunidade preciosa de entrada no tratamento, especialmente naqueles casos mais graves e de difícil abordagem ambulatorial. Em se tratando de um problema de drogas em usuário adolescente, é fundamental a retomada da escola e a inclusão do jovem em atividades culturais, de lazer, esportes e em programas de qualificação profissional. A psicoterapia e orientação familiares, também, são de grande valia, já que o comportamento de desafio deve ser abordado para melhorar as relações interpessoais.

Devemos sempre suspeitar de **uso nocivo de drogas**, quando observamos um prejuízo evidente no uso de substâncias psicotrópicas em qualquer área da vida: desempenho escolar e vida de trabalho, saúde física e nas relações interpessoais. Devemos suspeitar sempre de **transtorno de conduta** quando um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual são violados os direitos básicos dos outros ou normas e regras sociais importantes ou apropriadas à idade.



Atividade 5

Discussão de casos clínicos

Para cada caso clínico descrito e comentado anteriormente, apresentamos, a seguir, como foi a abordagem de uma equipe de Saúde da Família (situação). Reflita sobre as condutas tomadas.

Algumas questões que podem estimular o debate de cada caso: você considera que a conduta foi adequada? Em sua realidade, você e sua equipe conduziram os casos de forma diferente? Comentem à vontade! Consultem no cronograma da disciplina os encaminhamentos solicitados.

Situação 1 – Francisco, 42 anos, trabalhador rural.

A equipe de Saúde da Família do município de Carrancas do Sul, com 22.000 habitantes, na zona rural, sem cobertura de serviços de saúde mental, iniciou o acompanhamento desse caso. O médico da equipe achou que o usuário estava apresentando transtorno mental, mas com apresentação somática. Resolveu não pedir mais exames complementares e combinou com o usuário que ele seria atendido semanalmente, já que ele percebia o seu sofrimento e sua necessidade de atendimentos mais regulares. Com o intuito de reverter a expectativa negativa da equipe em relação a Francisco, o médico promoveu uma reunião com a equipe esclarecendo a origem dos sintomas e o novo contrato de tratamento. Também promoveu uma discussão do caso para ampliar o suporte psicossocial de Francisco e de sua família. Como o médico não identificou, até aquele momento, sintomas ansiosos e depressivos evidentes, optou, inicialmente, por não medicar o usuário.

Situação 2 – Dona Maria Helena, 51 anos, do lar.

A equipe de Saúde da Família do município de Patópolis, com 130.000 habitantes, na zona urbana, com cobertura de Centro de Apoio Psicossocial I (CAPS I), estava acompanhando o caso. A enfermeira que acolheu o caso pela primeira vez observou que a usuária apresentava importante dependência dos benzodiazepínicos e algum tipo de alteração psiquiátrica, possivelmente um quadro de ansiedade. Ela solicitou uma conversa com o agente comunitário de saúde (ACS) para aprofundar a identificação de problemas de âmbito sociofamiliar e agendou uma consulta com o médico da equipe para reavaliação da medicação. O médico avaliou que a usuária apresentava perfil ansioso, muito apegado à medicação psicotrópica e com muita dificuldade de controle da pressão arterial, por conta de seus problemas psíquicos. Após contato telefônico com o psiquiatra do CAPS, o médico da equipe propôs a introdução de uma nova medicação, sertralina, 50 mg/dia, e manutenção do diazepam até o próximo encontro, em duas semanas, já que a usuária estava muito resistente a diminuir a dose do benzodiazepínico. Em reunião de equipe, ficou decidido que ela seria estimulada semanalmente a comparecer ao grupo de cuidados da saúde pelo ACS e que uma visita seria programada para possível entrevista com o marido, já que ele se recusava a vir à unidade de saúde.

Situação 3 – Paulo, 65 anos, policial militar aposentado.

A equipe de Saúde da Família de Miracema do Sul, com 75.000 habitantes, que recebia a visita de um psiquiatra e uma psicóloga, quinzenalmente, para atendimento e discussão de casos clínicos na unidade básica de saúde, já conhecia o usuário. Como ele se recusava a comparecer à unidade de saúde, o agente comunitário de saúde (ACS), o médico e o enfermeiro da equipe resolveram visitá-lo. Constataram que ele estava muito desvitalizado, não admitia o problema, pedia apenas para ficar sozinho. Preocupados com a gravidade da situação, solicitaram que o filho do senhor Paulo o removesse para o Hospital Geral Municipal, onde deveria ficar internado, com supervisão contínua da família, até que o psiquiatra pudesse atendê-lo, dali a dois dias. Até a avaliação do colega especialista, o médico de família iria visitá-lo diariamente no hospital. Como medicação, optou-se pela prescrição de diazepam, 5 mg pela manhã, e 10 mg, à noite, e nortriptilina, 50 mg, à noite.

Situação 4 – Pedro, 37 anos, curso superior incompleto.

A equipe de Saúde da Família de Bandeirantes, com 250.000 habitantes, que possui Centro de Apoio Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD), foi quem recebeu Pedro na unidade básica de saúde. Por se tratar de um caso complexo, após o atendimento clínico, o médico da equipe resolveu se reunir rapidamente com a enfermeira, o técnico de enfermagem, o dentista e o agente comunitário de saúde (ACS) da área para planejarem o acompanhamento ao usuário. Os objetivos das intervenções seriam: a) tratar a síndrome de abstinência alcoólica; b) sensibilizar o usuário para a necessidade de acompanhamento em serviço especializado de dependência química; e c) dar apoio regular e orientações úteis para a família. O médico iria se responsabilizar pelos dois primeiros objetivos, enquanto a enfermeira e o ACS se encarregariam do último. As medidas instituídas serão discutidas na reunião semanal de equipe para acompanhamento dos progressos realizados. O serviço estaria aberto para acolhimento do caso e dos familiares, sempre que necessário, e os pais foram encorajados a continuar frequentando grupos de autoajuda na comunidade ou a participar do grupo de orientação familiar do CAPS AD.

Situação 5 – José Mauro, 19 anos, estudante do último ano do Nível Médio.

A equipe de Saúde da Família de Capitolândia, com 750.000 habitantes, que possui Centro de Apoio Psicossocial II (CAPS II) e hospital psiquiátrico, foi quem realizou a visita domiciliar. Após colherem, em separado, a história da família e do usuário, o médico propôs a José Mauro uma medicação para ajudá-lo a dormir melhor: haloperidol, 5 mg, e diazepam, 10 mg, à noite. Além disso, como o usuário se sentia ameaçado, orientou que ele evitasse ir à escola ou sair sozinho. Como José Mauro aceitou tomar a medicação em casa e apresentava-se cooperativo com a família, a enfermeira se dispôs a visitá-lo a cada dois dias para supervisionar a tomada da medicação e possíveis intercorrências, até que a equipe de Saúde Mental do CAPS pudesse ser acionada para uma possível visita domiciliar. Os pais foram orientados a, caso o usuário recusasse a medicação oral e apresentasse agitação psicomotora ou conduta violenta, acionar a urgência psiquiátrica domiciliar, por intermédio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Situação 6 – Carina, 6 anos.

A equipe de Saúde da Família do município de Ubatuba do Norte, com 30.000 habitantes, com cobertura do NASF (pediatra, ginecologista, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional) não tinha ainda conhecimento do caso. A enfermeira que acolheu Carina e a mãe observou que a criança apresentava importante comprometimento do desenvolvimento da fala e da interação social. Decidiu então, apresentar o caso na reunião quinzenal com os membros do NASF. Como a criança não havia ainda sido avaliada adequadamente do ponto de vista médico, decidiu-se que seria consultada pelo médico de família e pelo pediatra de referência quando ambos os profissionais estivessem presentes. Também ficou definido que a fisioterapeuta e a terapeuta ocupacional fariam uma visita domiciliar para avaliação global da situação familiar e da criança. Ela, certamente, vai necessitar de um projeto terapêutico que incluirá estimulação da comunicação e da interação social, bem como de orientação familiar e de educação especial. Oportunamente, a criança será encaminhada para avaliação psiquiátrica pelo profissional que atende em um CAPS geral, no município vizinho, de maior porte.

Situação 7 – Gabriel, 15 anos, estudante do Ensino Médio.

Rosana, a ACS de uma UBS do município de Xapurilândia, 500.000 habitantes, levou o caso de Gabriel para a discussão em equipe. Ficou decidido que a psicóloga que compõem a equipe do NASF iria tentar um contato pessoal com o paciente e que iria agendar uma consulta com o psiquiatra que participa do matriciamento da UBS. Caso o jovem não se disponha a vir aos atendimentos na UBS, a psicóloga iria acolher e orientar a mãe em atendimentos programados. Uma articulação com a educação física do NASF e com a Escola seria tentada, para o resgate das atividades educacionais e de lazer, alternativas ao uso de drogas. Um encaminhamento para a UPA ou para o Hospital Geral não seria descartado se o paciente se apresentasse psíquica ou fisicamente debilitado. Uma internação involuntária nessas condições não seria descartada, se houvesse anuência da mãe. O CAPS AD poderia ser um dispositivo a ser acionado, se o tratamento ambulatorial não tiver sucesso.