

CENTRO DE ESTUDOS JOSÉ DE BARROS FALCÃO
CLÍNICA SÃO JOSÉ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSIQUIATRIA

ESTUDO DE CASO CLÍNICO

UM TRABALHO DE SÍSIFO?

PROFESSOR RESPONSÁVEL: DR. ROGÉRIO ROCHA
SUPERVISOR: DR. CLAUDIO MENDIVIL SCHOEPPING
COMENTADOR: DR. MIGUEL ABIB ADAD
CURSISTA: HENRIQUE ROCHA BENEVIDES MAGALHÃES

Porto Alegre, 26 de junho de 2014

I-DADOS GERAIS

A-IDENTIFICAÇÃO

X, 29 anos, masculino, solteiro, sem filhos (reconhecidos), 2º grau completo, técnico de enfermagem sem exercício de sua atividade laboral, sem religião definida, natural e procedente de Porto Alegre.

B-CIRCUNSTÂNCIAS DO EXAME

O primeiro atendimento deste paciente aconteceu no Pronto Psiquiatria após uma de suas internações na Clínica São José. Meses depois desse primeiro contato, quando estava internado em Comunidade Terapêutica, reconheceu que eu já havia o atendido em outra ocasião e, quando de sua alta, optou por fazer seguimento ambulatorial em âmbito privado sob meus cuidados.

II-ANAMNESE

A-HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

1-QUEIXA PRINCIPAL

“Não consigo largar a cocaína”.

2-INÍCIO E CURSO DA DOENÇA

Aos 20 anos, após uma infância e adolescência aparentemente tranquilas, experimenta cocaína pela primeira vez quando um “amigo de festas” lhe ofereceu; diz que gostou muito do efeito euforizante proporcionado por essa substância e, a partir desse momento, passou a usá-la com uma frequência crescente, uma vez que não via prejuízo nesse uso. Achava que, se aquilo deixasse de lhe ser gratificante, poderia simplesmente pará-lo. Nessa época, X tinha uma vida confortável e sem maiores preocupações; a família lhe provia recursos suficientes ao seu sustento, ainda que este não trabalhasse e não se preocupasse em prestar contas de seus gastos.

Mais tarde, em uma de suas sessões, contaria que no auge do seu uso de cocaína passou a fazer transporte intermunicipal de grandes quantidades da substância. Entrou nesse ramo para ter acesso facilitado a droga. Certa feita, em uma das poucas vezes em que compareceu sozinho a sessão, contou em detalhes alguns dos delitos em que participara. Relatou pelo menos três episódios em que flertara com a morte; em um deles, após voltar de Canoas conduzindo um veículo e acompanhado por um comparsa - e transportando 60 quilos de cocaína -, percebeu que estava sendo perseguido pela polícia. Ouviu de seu acompanhante: “encosta X, encosta que eu vou apagá-los”. Ambos portavam armas de fogo e estavam intoxicados, porém X se julgava capaz de discernir com clareza o pedido do colega e percebeu nisso uma oportunidade de despistar a polícia e se salvar. E ele foi preciso: após virar em uma rueta, diminuiu a velocidade do automóvel a ponto do acompanhante poder pular e trocar tiros com a polícia. O comparsa morreu no local e, como previsto, X conseguiu fugir, aproveitando-se da situação.

Ao narrar esse acontecimento, X demonstra certo arrependimento e mal-estar por tudo aquilo, porém não o suficiente para impedi-lo de ser detalhista em seu relato. Ao ser questionado sobre o que sentiu no momento em que o comparsa morreu, com algum pesar disse: “eu estava com muito medo, não queria que ele morresse, mas naquela hora era ele

ou eu e minha sorte era que ele estava muito louco”. Conclui, então, que estar vivo no seu caso é uma benção e que apesar de gostar muito do “barato” proporcionado pela cocaína (e pelo álcool), jamais gostaria de ter experimentado essa substância.

Segundo sua mãe, até os 20 anos X era um filho adorável. Ao longo dos últimos nove anos, contudo, paciente teve 22 internações, a maioria delas na CSJ. Sua última internação foi em uma comunidade terapêutica com duração de 4 ou 5 meses. A razão de não ter completado o programa foi decorrência de uma briga com outro interno por motivo torpe. Foi acompanhado em boa parte do transcurso de sua doença por um único especialista e esse vínculo foi abalado e se rompeu por X (e sua mãe) ter se sentido “ofendido” com um comentário do profissional psiquiatra que então o atendia. “Houve um desgaste.” Em muitas de suas recaídas foi possível identificar uma baixa tolerância às frustrações como fator precipitante. Na última delas, pouco tempo após sair da CT, o gatilho foi a grave doença de seu pai, figura pela qual o paciente nutria uma grande estima e admiração genuína. Pouco depois, este viria a falecer vítima de câncer de pâncreas. Está há aproximadamente sete meses abstinente de cocaína e não usa álcool há cerca de dois meses. Nega ter experimentado outras substâncias psicoativas ao longo de sua vida.

Desde o início de seu tratamento, X já utilizou um amplo arsenal medicamentoso com o intuito de melhorar a evolução de seu quadro. Por ter acesso fácil aos fármacos (indústria farmacêutica abastece a clínica de sua mãe), fez uso de medicamentos modernos e caros. Chegou aos meus cuidados usando Topamax 300mg/dia, Depakene 2g/dia, Trileptal 600mg/dia, Seroquel XRO 300mg/dia, Lexapro 15mg/dia e Stilnox 10mg/dia.

III-HISTÓRIA MÉDICA PREGRESSA

Paciente teve três paradas cardiorrespiratórias na evolução de sua doença (últimos nove anos). Refere que todas as PCR aconteceram em contexto de intoxicação pela cocaína em períodos diferentes. Histórico de abuso de álcool em festas e demais ocasiões sociais (em binge). É tabagista. Nega

outras intercorrências médicas, bem como nega quaisquer comorbidades clínicas de relevo. Também nega alergias.

B-ESTUDO BIOGRÁFICO

1-HISTÓRIA FAMILIAR

X é oriundo de uma família abastada. Os pais fundaram uma clínica geriátrica e, aparentemente, trabalharam muito para torná-la bem sucedida, especialmente a mãe, que a administra. É o filho mais novo de uma prole de quatro irmãos. Possui três irmãs biológicas mais velhas, além de um irmão adotivo de nove anos, totalizando cinco filhos. Exceto a filha mais velha, todos moram juntos com a mãe no último andar da clínica da família. Neste local moram também um sobrinho de X, filho da terceira irmã, e a acompanhante terapêutica de X. Embora nunca tenha sido verbalizado, o médico que assiste o caso suspeita que o irmão adotivo de X possa ser, na verdade, seu filho. R, o irmão adotivo, é filho biológico de uma antiga funcionária da clínica da família. Sabe-se que a mãe biológica passou a ter dificuldades e a família de X prontamente se dispôs a ajudá-la. Para tanto, adotaram a criança, sendo esse processo algo litigioso, uma vez que a guarda ficou com a mãe de X através de um trâmite legal arrastado e possivelmente desgastante. O paciente desconhece o paradeiro do suposto pai de R. Diversas evidências dão margem para que se considere que R possa ser filho de X: 1) há pouco tempo, quando compareceu sozinho à sessão – e conseqüentemente mais solto – mencionou uma outra funcionária da clínica. Eles haviam tido algumas relações sexuais fortuitas (paciente parece se comprazer em dizer que ela era “um espetáculo”) e, aproximadamente nove meses depois de uma delas, a funcionária deu à luz gêmeos. X não atribuiu muita importância quando soube disso – era só uma gestação de um antigo caso seu. Por acaso, porém, ele conheceu as duas crianças e se convenceu de que estas apresentavam os mesmos traços de sua fisionomia; 2) ademais, é notória a maneira como a mãe de X tenta proteger o filho de mulheres “aproveitadoras”, sobretudo de suas funcionárias; 3) por fim, R é a figura com a qual X mais se afeiçoa. O garoto também parece ter uma predileção especial por ele.

O paciente se identifica muito com seu pai e este parece ter uma importância central em sua formação. Seu genitor apreciava sobremaneira bebidas alcoólicas e, ao que se infere, já havia experimentado outras drogas. Possuía diversos casos extraconjugais, os quais X sempre soubera. Entretanto, isso nunca lhe pareceu, de fato, um problema. Há fortes evidências para se supor que o pai era excessivamente permissivo na criação de X. Em uma dada ocasião, quando pedia cada vez mais dinheiro para o pai, este teria notado que X apresentava sinais de intoxicação por cocaína e apenas se limitou a dizer: “filho, pare de usar essas coisas...”

A mãe de X, todavia, parece ser uma mulher muito dedicada aos negócios. É também excessivamente protetora e enxerga no filho o falecido marido, igualmente idealizado. Ao mesmo tempo em que delega ao filho a tarefa de ser “o homem da casa”, tolhe sua individualidade ao cercear sua autonomia.

Chamou particular atenção desse médico assistente quando X disse achar que precisou ficar doente, em seus próprios termos, para que sua mãe lhe desse mais afeto. Parece que a mãe gosta que, de alguma maneira, X dependa dos cuidados dela. Com o seu falecido marido parece que também era assim. Por outro lado, o paciente está claramente acomodado na situação em que se encontra. Cumpre salientar, ainda, que ambos os pais sabiam, em alguma medida, que o filho se envolvera em atividades ilícitas, embora esse assunto se mantivesse velado.

É desconhecido histórico de doença mental na família, exceção feita ao abuso de álcool por parte do pai. Outros familiares do lado paterno mantinham uma relação estreita com o álcool; não há, contudo, internações psiquiátricas na família.

2-HISTÓRIA PESSOAL

2.1- CONDIÇÕES PRÉ-NATAIS E DE NASCIMENTO

Período gestacional com consultas pré-natais regulares. Nascido de parto normal a termo, sem intercorrências.

2.2- DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Foi descrito pela mãe como uma criança “adorável”. Os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor foram adequados à idade, semelhantes às demais crianças da sua faixa etária.

2.3- ESCOLARIDADE E SOCIALIZAÇÃO

Completo o segundo grau na idade prevista e não era considerado mau aluno. Iniciou curso técnico de enfermagem, mas não chegou a concluir.

2.4- HISTÓRIA PSICOSSEXUAL

O paciente dá a entender que sempre teve uma vida sexual ativa. Frequentava muitas festas (regadas a cocaína) e já pagou por sexo. Teve mais de uma noiva, mas nunca considerou casar.

2.5- VIDA PROFISSIONAL, OCUPAÇÕES E HÁBITOS

Durante o curso técnico de enfermagem, X trabalhou por algum tempo na clínica de seus pais. Não exerceu atividade laboral em outros estabelecimentos.

Atualmente não tem uma rotina bem estabelecida e não tem horário para despertar. Passou a frequentar, por intermédio de sua acompanhante terapêutica, a Igreja Universal. No início, depositava muita esperança que isso seria de grande valia no seu tratamento, mas não tardou em se desapontar. Tem questionado alguns aspectos da igreja que frequenta, especialmente a crença maniqueísta de céu e inferno.

Pretende voltar a trabalhar na clínica da família como voluntário. Acha que poderia ser útil.

Até a poucos meses, quando acreditava que o álcool não era um problema em sua vida, cultivava o hábito de tomar cerveja com frequência.

Não faz esportes e não é afeito a leituras ou atividades artísticas. Seu círculo social tem se restringido à sua família e aos funcionários da empresa administrada pela mãe. Em um tempo mais remoto, um de seus passatempos era participar de “rachas” e era frequentador assíduo do Tarumã, em Viamão.

III-EXAME PSIQUIÁTRICO

A-DESCRIÇÃO GERAL

1-CONDIÇÕES DO EXAME

As entrevistas foram realizadas em âmbito ambulatorial; na primeira delas o paciente estava acompanhado por sua mãe. No exame do estado mental, observa-se poucas alterações nas funções psíquicas elementares.

2-APRESENTAÇÃO E ASPECTOS EXTERNOS DO PACIENTE

Bons cuidados em sua aparência física, o que pode ser notado por estar sempre bem barbeado e com cabelos penteados. Costuma se vestir com trajes típicos de jovens. Sente-se à vontade na poltrona que senta e não tem maiores dificuldades para conversar.

B-EXAME DAS FUNÇÕES PSÍQUICAS SIMPLES

1-FUNÇÕES EFERENTES

AFETO: modula conforme estímulos ambientais

LINGUAGEM: normolálico

CONAÇÃO: colaborativo, cordial e respeitoso. Algo submisso em relação a mãe.

2-FUNÇÕES CENTRAIS

INTELIGÊNCIA: inferida clinicamente como na média. Não foi testada em avaliação estrutural

MEMÓRIA: recente, imediata e remota preservadas

PENSAMENTO: produção lógica do pensamento. Suas crenças religiosas são entendidas como uma manifestação cultural normal. O curso é igualmente

normal e o conteúdo é ambivalente em alguns momentos. Seu pensamento é externalizado de maneira agregada e coerente.

3-FUNÇÕES AFERENTES

CONSCIÊNCIA: lúcido

ATENÇÃO: normoproséxico

ORIENTAÇÃO: orientado auto e alopsiquicamente

SENSOPERCEPÇÃO: sem alterações

IV- PADRÕES DE INTEGRAÇÃO

A-RELAÇÃO CONSIGO MESMO

1-EGO E SELF

X sente necessidade em afirmar que não é um “playboy” e que nem sempre teve o estilo de vida que atualmente tem. Neste ponto retoma sua faceta permeada por delitos, que contrasta com a de um “playboy”, mas a delinquência também não parece mais preenchê-lo. Busca algo com que se identifique desde que a perda do seu pai o desnortou. A figura paterna é tida como referência pelo paciente e é àquele que este se identifica. Em nenhum momento ficou evidenciado baixa-estima e o paciente é desprovido de conflitos com o seu corpo.

2-IDEAL DE EGO

Aqui se torna patente a falta de norte e de perspectiva que o paciente tem para com a vida. Sua meta parece ser em manter-se abstinente e ocupar o seu tempo com trivialidades. Recentemente considerou retomar os estudos, porém não sabe exatamente em que área. Não há maiores ambições nem pressões que poderiam alavancá-lo.

3-SUPEREGO

Frouxo. Em nenhum momento X de fato questionou seus próprios princípios éticos. Quando estimulado a fazê-lo, externaliza sendo algo evasivo. Entendo que se mostra arrependido, mas não parece realmente sofrer com a lembrança de alguns episódios dos quais foi protagonista. Quando confrontado com a possibilidade da paternidade dos gêmeos, paciente diz que os assumiria, mas em nenhum momento se aprofunda nessa possibilidade. Não há exatamente culpa ou uma conduta ascética, bem como autoacusações ou opressão pessoal.

B-RELAÇÕES COM OUTRAS PESSOAS

Sempre teve uma atitude respeitosa para com a sua mãe mesmo quando esta se mostra bastante intrusiva. Mostra-se demasiadamente incomodado quando, com a ausência da mãe, sua acompanhante terapêutica exagera na sua costumeira vigilância. Esta, que é filiada à Igreja Universal e está morando na casa da família, parece ter se apaixonado pelo paciente, não sendo, no entanto, correspondida. X parece ser carismático e ter habilidade em fazer novas amizades. Contudo, salienta que percebe que algumas pessoas se aproximam dele devido à sua boa condição financeira. Não se mostra, porém, muito incomodado com isso. Sempre se portou de maneira respeitosa para com seu atual médico.

C-RELAÇÕES COM COISAS E IDEIAS

Parece desconhecer ou ser pouco familiarizado com o valor do amanhã. Não tem, definitivamente, uma perspectiva orientada para o futuro. Outrossim, tem dificuldade em obter gratificação nas pequenas tarefas cotidianas, entendido não como uma manifestação de anedonia, mas como uma ausência de autoconhecimento. Com a cocaína era possível obter essa gratificação sem a necessidade de abdicar de prazeres imediatos em prol de um objetivo maior. De maneira análoga, sob o efeito da droga ele gozava da colheita sem ter passado pelo estágio da plantação. Portanto, desenvolveu-se tendo um baixo limiar às frustrações, o que o torna / mantém vulnerável a suas recaídas e hospitalizações.

D-RELAÇÕES COM A SITUAÇÃO PRESENTE (INSIGHT)

Apesar de ser assíduo em suas sessões, X não assume a sua devida parcela de responsabilidade em seu tratamento. Ainda no princípio da relação terapêutica com o seu atual médico, foi lhe orientado a não mais depender de sua mãe para administrar suas medicações, bem como saber o nome e a dose de cada uma delas, na tentativa de lhe inculcar um maior senso de responsabilidade.

Dada a sua longa trajetória de hospitalizações, adquiriu algum conhecimento sobre sua condição e se reconhece como dependente químico. Todavia, em algumas ocasiões julgou já estar bem e pronto para ter mais autonomia. Quando esse discurso é clarificado e confrontado com a necessidade de responsabilidade inerente à autonomia, este volta atrás e se mostra ambivalente. Até a pouco, sua crítica em relação aos prejuízos do álcool para si era bastante reduzida.

E-RELAÇÃO COM A REALIDADE GERAL

Não atribui um sentido maior à sua existência. Apesar de frequentar a igreja, questiona essa fé no que diz respeito à noção de céu e inferno. Isso aconteceu quando lhe foi dito por algum membro de sua confraria que, com a vida que seu pai teve, este iria para o inferno. Acredita que frequentar um templo e “ouvir a palavra de Deus” possa lhe ajudar a manter-se abstinente, por isso se vale desse subterfúgio com esse propósito. Em sua última sessão disse não mais querer retornar à igreja.

V-EXAME SOMÁTICO

A-GERAL

Sem alterações visíveis à ectoscopia.

B-NEUROLÓGICO

N

VI-EXAMES LABORATORIAIS

Hemograma, provas hepáticas, função renal, função tireoidiana, perfil lipídico e glicemia dentro dos valores de referência. Nível sérico terapêutico de Ácido Valpróico.

VII-PESQUISAS PSICOLÓGICAS

Não foram realizados testes psicológicos.

VIII-AVALIAÇÃO DE PERSONALIDADE

Não foi aplicada entrevista estruturada com fins categóricos. Do ponto de vista dimensional, entretanto, paciente tem traços de personalidade antissocial.

IX-DIAGNÓSTICO NÃO-AXIAL CONFORME DSM-5

304.2 (CID10 F14.2) Transtorno por uso de estimulantes (cocaína) – grave

* Em remissão inicial (> 3 meses/ < 12 meses)

305.00 (CID10 F10.1) Transtorno por uso do álcool – leve

305.1 (CID10 F17.2) Transtorno por uso do tabaco – moderado

PROBLEMAS PSICOSSOCIAIS E AMBIENTAIS (código Z da CID10)

Z56.0 – Desemprego

Z63.2 – Ausência de um dos membros da família

Z72.0 – Uso do tabaco

Z72.1 – Uso do álcool

Z72.2 – Uso de droga

Z72.3 – Falta de exercício físico

Z73.9 – Problema relacionado com a organização de seu modo de vida

Z74.3 – Necessidade de superação contínua

Z80.0 – História familiar de neoplasia maligna de órgãos digestivos

Z81.1 – História familiar de transtornos mentais e comportamentais

Z92.8 – História pessoal de outros tratamentos médicos (PCR)

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE DA OMS (WHODAS 2.0)

WHODAS 2.0

Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial da Saúde 2.0

Versão de 36 itens, autoaplicável

Nome do Paciente: _____ Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Data: _____

Este questionário pergunta acerca de dificuldades devidas a condições de saúde/saúde mental. As condições de saúde incluem **enfermidades ou doenças, outros problemas de saúde que podem ser de curta ou longa duração, lesões, problemas mentais ou emocionais e problemas com álcool e drogas**. Relembre os **últimos 30 dias** e responda às perguntas pensando no grau de dificuldade que você teve para realizar as seguintes atividades. Para cada pergunta, circule apenas **uma** resposta.

						Uso Exclusivo do Clínico							
Escore numérico atribuído a cada um dos itens:						1	2	3	4	5	Escore Bruto do Item	Escore Bruto do Domínio	Escore Médio do Domínio
Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:													
Compreensão e comunicação													
D1.1	Concentrar-se ou fazer alguma coisa por dez minutos?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer							
D1.2	Lembrar-se de fazer coisas importantes?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer							
D1.3	Analisar e encontrar soluções para problemas na vida diária?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer						30	5
D1.4	Aprender uma tarefa nova, por exemplo, aprender a ir até um novo lugar?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer							
D1.5	Entender em geral o que as pessoas dizem?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer							
D1.6	Iniciar e manter uma conversa?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer							
Mobilidade													
D2.1	Ficar de pé por longos períodos, como 30 minutos?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer							
D2.2	Levantar-se depois de sentado?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer							
D2.3	Movimentar-se dentro da sua casa?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer						25	5
D2.4	Sair da sua casa?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer							
D2.5	Caminhar uma longa distância, como 1 quilômetro (ou equivalente)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer							
Cuidado pessoal													
D3.1	Lavar todo o seu corpo?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer							
D3.2	Vestir-se?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer							
D3.3	Alimentar-se?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer						20	5
D3.4	Ficar sozinho por alguns dias?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer							
Relacionamento com as pessoas													
D4.1	Lidar com pessoas que você não conhece?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer							
D4.2	Manter uma amizade?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer							
D4.3	Tar bom relacionamento com as pessoas que estão próximas a você?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer						25	5
D4.4	Fazer novos amigos?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer							
D4.5	Atividades sexuais?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer							

Escores numéricos atribuídos a cada um dos itens:						Uso Exclusivo do Clínico		
						Escore Bruto do Item	Escore Bruto do Domínio	Escore Máximo do Domínio
Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:								
Atividades da vida diária – Tarefas domésticas								
D5.1	Cuidar das suas responsabilidades nas tarefas domésticas?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		
D5.2	Fazer bem as tarefas domésticas mais importantes?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		
D5.3	Realizar todas as tarefas domésticas que você precisava fazer?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer	20	5
D5.4	Realizar suas tarefas domésticas com a rapidez necessária?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		
Atividades da vida diária – Escola/trabalho								
Se você trabalha (remunerado, não remunerado, por conta própria) ou vai à escola, preencha as questões D5.5-D5.8 abaixo.								
Devido à sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve (em):								
D5.5	No seu trabalho/escola no dia a dia?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		
D5.6	Fazer bem suas tarefas mais importantes do trabalho/escola?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		
D5.7	Realizar todo o trabalho que você precisava fazer?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer	20	5
D5.8	Realizar seu trabalho com a rapidez necessária?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		
Participação na sociedade								
Nos últimos 30 dias:								
D6.1	O quanto foi um problema para você participar de atividades na comunidade (p. ex., festividades religiosas ou outras atividades) da mesma forma que qualquer outra pessoa?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		
D6.2	Quanto problema você teve devido a barreiras ou obstáculos?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		
D6.3	Quanto problema você teve em viver com dignidade devido às atitudes ou ações de outras pessoas?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		
D6.4	Quanto tempo você gastou com a sua condição de saúde ou suas consequências?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer	40	5
D6.5	O quanto você esteve emocionalmente afetado pela sua condição de saúde?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		
D6.6	O quanto sua saúde consumiu seus recursos financeiros ou os da sua família?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		
D6.7	Quanto problema sua família teve devido aos seus problemas de saúde?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		
D6.8	Quanto problema você teve em fazer coisas sozinho para relaxamento ou prazer?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegui fazer		
Escore de Incapacidade Geral (Total):						180	5	

Compreensão e comunicação 9/30(5); Mobilidade 7/25(5); Cuidado pessoal 6/20(5); Relacionamento com as pessoas 5/25(5); Tarefas domésticas 12/20(5); Escola/trabalho 5/20(5); Participação na sociedade 24/40(5). Escore de Incapacidade Geral 68/180.

X-DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (DSM-5)

Transtorno bipolar:

Dado o longo período e frequente uso de substâncias psicoativas, não é possível fazer um estudo retrospectivo conclusivo de transtornos de humor no paciente e isolar a variável substâncias psicoativas. Mesmo que fosse identificada uma síndrome maníaca ou depressiva estes quadros poderiam ser explicados pelo uso de cocaína e/ou álcool. Atualmente, paciente está medicado com estabilizadores de humor. Somente com a evolução da doença esse diagnóstico pode ser, de fato, confirmado. Sabe-se, contudo, que a associação entre dependência química e transtorno bipolar é frequente.

Transtorno de personalidade antissocial:

De um ponto de vista dimensional, o paciente apresenta um funcionamento sugestivo do transtorno. Essa perspectiva, no entanto, ainda está sob avaliação da comunidade científica. Na sessão III do DSM-5 há um modelo alternativo que contempla esse assunto. A tendência atual é de dar maior validação a esse tipo de abordagem.

Do ponto de vista categórico não é possível afirmar à luz dos critérios atuais que o paciente se enquadra nesse transtorno pelo fato de não haver evidência de transtorno de conduta na infância e/ou adolescência.

XI-AVALIAÇÃO PROGNÓSTICA

Levando-se em consideração o longo histórico de internações de X, sua baixa tolerância às frustrações, seu modelo de identificação à figura paterna, seu estilo de vida pouco responsável e assertivo e a complexa e ambivalente relação que tem com sua mãe – esta parece boicotar o tratamento na medida em que precisa manter o filho frágil para justificar seus excessivos cuidados (fenômeno inconsciente), o prognóstico é pobre.

A que se considerar, em contrapartida, que o paciente está aderindo ao tratamento, seja medicamentoso ou psicoterápico, e mantém-se abstinente e sem indícios de recaída próxima. Está também mudando a

maneira como se relaciona com o álcool. A despeito do prognóstico ser desfavorável à primeira vista, é possível que este caso tenha uma boa evolução.

XII-PLANO TERAPÊUTICO ABRANGENTE

O trabalho psicoterápico está se desenvolvendo no sentido de despertar no paciente outras maneiras de se obter gratificação na vida, bem como auxiliá-lo para que possa ter mais recursos internos a neutralizar suas vulnerabilidades. A psicoeducação pode ser determinante para que X se mantenha engajado ao tratamento e assuma um papel ativo na prevenção de recaídas. O médico que assiste o paciente entende que o tratamento concomitante da mãe, por um outro profissional, é fundamental para que se logre êxito e haja uma melhor evolução do quadro, de modo que, quando oportuno, agirá nesse sentido.

Atualmente está em uso de Topamax 300mg/dia, Depakene 1750mg/dia, Seroquel XRO 300mg/dia, Lexapro 15mg/dia e Stilnox 10mg/dia, tendo sido suspenso apenas a Oxcarbazepina e diminuído o Ácido Valpróico em 250mg, conforme dosagem sérica do mesmo.

A ideia é manter esse regime medicamentoso até o paciente ficar pelo menos um ano totalmente abstinente para depois avaliar se poderá reduzi-lo.

XIII-CONCLUSÃO

Na mitologia grega, Sísifo era um pastor de ovelhas e filho de Éolo, o deus dos ventos. Era tido como a pessoa mais astuta que já existiu. Um dia Sísifo percebeu que seu rebanho diminuía. Estava sendo roubado. Então, marcou suas ovelhas, seguiu o rastro delas e foi dar na casa de Autólico. Arrolou testemunhas da ladroagem e enquanto os vizinhos discutiam sobre o roubo, rodeou a casa em busca de mais alguma ovelha e encontrou a filha do ladrão, Anticleia. Seduziu-a e a engravidou, vingando-se do malfeitor.

Voltando para casa, Sísifo presenciou Zeus, o deus do Olimpo, raptando Egina, filha de Asopo. Não deu outra, aproveitando-se do fato, Sísifo, em troca da construção de um poço para sua cidade, entregou o deus sedutor. Claro que Zeus ficou sabendo que Sísifo o tinha dedurado, então pediu que seu irmão Efaístos o levasse para o Hades, mundo subterrâneo onde viviam as almas condenadas. Pressentindo a fúria de Zeus, Sísifo pede à esposa que não o enterrasse após sua morte e, chegando ao Hades, arma uma cilada para Efaístos e o aprisiona. Conversa com Perséfone, a esposa do deus, e a persuade a deixá-lo voltar e organizar o seu funeral, além de punir os que negligenciaram seu enterro. Ela lhe concede a volta por apenas três dias. Mas, voltando à superfície, ele passa a viver normalmente com sua esposa, como se nada tivesse acontecido. Vendo aquele absurdo, pois ninguém deveria enganar a morte, Zeus ordenou que Hermes o conduzisse novamente ao Hades e que lá recebesse um castigo exemplar. Deveria rolar uma enorme pedra morro acima, até o topo. Porém, chegando lá, o esforço despendido o deixaria tão esvaído que a pedra se lhe soltaria e rolaria morro abaixo. No dia seguinte, o processo se daria novamente, e assim pela eternidade, como forma de castigá-lo por querer enganar os deuses e a morte. Esse mito narra o esforço inútil de uma pessoa, seu árduo e rotineiro trabalho, que nunca será concluído.

Sísifo pode ser comparado ao paciente que, buscando atalhos, é castigado com o torvelinho que o aprisiona. O ensinamento que o mito encerra pode também ser estendido ao terapeuta que poderá sentir que seu trabalho é inócuo e que estará fadado ao insucesso. Até onde vai a fronteira que separa o livre-arbítrio das determinações impostas pelos grilhões da genética? Qual a responsabilidade do dependente químico que está abstinente há bastante tempo e, mesmo com as devidas orientações, retorna ao ciclo vicioso que o assola? Será que essa responsabilidade é, em alguma medida, de toda a sociedade que glorifica o culto ao prazer imediato como sinônimo de felicidade e bem-aventurança? São muitos os questionamentos que, se não passíveis de uma conclusão definitiva, podem ser debatidos com vistas a um melhor entendimento das causas e consequências da dependência química, bem como do seu tratamento. A adicção é um grave problema de saúde pública e não é restrito apenas ao nosso país. Por todos esses fatores, o cursista que subscreve esse caso opta por colocá-lo em discussão.