

Aplicação do método clínico centrado na pessoa (MCCP) na abordagem de crise conversiva em adolescente residente em Sinop-MT: relato de caso

Application of the person-centered clinical method (PCCM) in the approach of a conversive crisis in an adolescent resident in Sinop-MT: a case report

DOI:10.34119/bjhrv4n3-054

Recebimento dos originais: 11/04/2021

Aceitação para publicação: 11/05/2021

Sarah Ramany Faria Salmeron

Graduação em Medicina (2017 – atualmente)

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) – campus Sinop

Endereço: Rua Paulo Autran, nº 968, apto 8H, bairro Cidade Jardim, CEP: 78550-736, Sinop-MT

E-mail: sarahramany@gmail.com

Marcela Paula Mainardi

Graduação em Medicina (2017 – atualmente)

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) - Campus Sinop

Endereço: Av Alexandre Ferronato, 1200 - Residencial Cidade Jardim, Sinop - MT, 78550-728

E-mail: marcelamainardi@outlook.com

Déborah Barbosa Naves

Graduação em medicina (2017 – atualmente)

Instituição: UFMT Sinop

Endereço: Rua Burle Marx, 1017 ap J, bairro Cidade Jardim, Sinop

E-mail: bnaves.deborah@gmail.com

Adrielly Sousa Guimarães

Graduação em medicina (2019 – atualmente)

Instituição: UFMT - Universidade Federal do Mato Grosso, Campus Sinop.

Endereço: Av das Palmeiras, 2112, Jardim das Palmeiras. Sinop - MT. Cep: 78552018

E-mail: adrielly-guimaraes@hotmail.com

Lucas Salvador Pereira

Graduação em Medicina

Instituição: SMS - Sinop UBS Palmeiras/ Hospital Dois pinheiros / Hospital Santa Antônio em Sinop-MT

Endereço: Rua Araxá 745, Jd. Belo Horizonte CEP: 78.556-292, Sinop-MT

E-mail: lutisalvador@hotmail.com

Klelvin Carlos de Campos Almeida

Residência em Medicina de Família e Comunidade

Instituição: HULW-CEROF

Endereço: Condomínio Brisas do Cabo Branco, apto 604

Endereço: Rua Juíz Amaro Bezerra, 211 - Cabo Branco, João Pessoa - PB, 58045-070
E-mail: klelvin_almeida@hotmail.com

Bárbara Louise Gomes Martins de Andrade

Médica Residente MGFC

Instituição: SMS - Sinop

Endereço: Rua Benedito Américo 281^a, Sinop-MT

E-mail: blgmartins47@gmail.com

Daliany Santos

Pós Graduação em Medicina de Família e Comunidade com título na Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) - Campus Sinop

Endereço: Rua Taiamã 1272 cond Portal da Mata, Sinop/MT

E-mail: dalianysantos25@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: O transtorno conversivo é uma forma de somatização, que consiste na expressão de fenômenos mentais e sintomas físicos; nele, as crises configuram-se como uma perda parcial ou completa de funções. Assim, o indivíduo, inconscientemente, mimetiza um ataque epiléptico, sem os componentes neuroelétricos da epilepsia, correspondendo, no entanto, a um difícil diagnóstico diferencial. Por isso, muitos pacientes encontram dificuldade no diagnóstico e na abordagem terapêutica. Nesse contexto, o método clínico centrado na pessoa (MCCP) configura um aliado do manejo clínico por analisar não somente a doença, mas a experiência frente a ela, entendendo a pessoa como um todo, para elaborar o manejo conjunto dos problemas, associado ao vínculo médico-paciente. **RELATO:** S., 12 anos, masculino, chega à Unidade Básica de Saúde (UBS) de Sinop-MT acompanhado de sua mãe, que relata que o filho teve “duas crises convulsivas”, cursando com desmaio e perda de memória temporária. Nas crises, o paciente mantinha-se responsivo e com controle esfinteriano, se comunicando de forma desconexa; após a crise não reconhecia a mãe. Depois de cada episódio, S. foi levado à Unidade de Pronto Atendimento, na qual causas graves foram afastadas. Na alta, indicou-se acompanhamento em UBS. Nesse âmbito, buscou-se ouvir a opinião dos presentes, individualmente e em conjunto, acerca de cada evento e seus comportamentos frente a eles. Sozinho, S. mencionou não manter um bom relacionamento com o pai, que se mostrava ríspido com todos os familiares, fato que desencadeava intenso sofrimento psíquico desde o início da infância. Assim, a equipe da saúde da família e comunidade considerou que o problema poderia ter sua origem em uma estrutura familiar abalada pela figura paterna e, com a normalidade dos exames complementares, encaminhou S. à psicoterapia do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Com o seguimento, S. apresentou boa evolução, sem recorrência das crises conversivas ou outras manifestações clínicas relacionadas. **CONCLUSÃO:** O caso exposto ratifica a importância em ter o aparato institucional no apoio à prática do matriciamento, pois permite que o MCCP seja executado de forma adequada e efetiva, o que resulta em não só uma boa relação médico-paciente, mas também sua legitimidade ao respeitar a integralidade do indivíduo durante o seguimento. O caso em questão não se resume em centralizar a doença como determinante único do manejo, mas sim o próprio paciente e os fatores biopsicossocial de seu entorno, o que foi crucial em definir corretamente o diagnóstico de uma condição psicossomática que estava prejudicando o paciente.

Palavras-Chave: Somatização, Psicoterapia, Diagnóstico Diferencial, Neuropsiquiatria, Crise conversiva.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The conversion disorder is a form of somatization, which consists in the expression of mental phenomena and physical symptoms; in it, the seizures are configured as a partial or complete loss of functions. Thus, the individual unconsciously mimics an epileptic seizure, without the neuroelectric components of epilepsy, corresponding, however, to a difficult differential diagnosis. Therefore, many patients encounter difficulties in diagnosis and therapeutic approach. In this context, the person-centered clinical method (PCCM) is an ally of clinical management because it analyzes not only the disease, but the experience in front of it, understanding the person as a whole, to elaborate the joint management of problems, associated with the doctor-patient bond. **REPORT:** S., a 12-year-old male, arrives at the Unidade Básica de Saúde (UBS) of Sinop-MT accompanied by his mother, who reports that her son had "two convulsive crises", which included fainting and temporary memory loss. During the crises, the patient was responsive and had sphincter control, communicating in a disorganized manner; after the crisis he did not recognize his mother. After each episode, S. was taken to the Emergency Care Unit, where serious causes were ruled out. Upon discharge, S. was referred for follow-up at the UBS. In this context, we tried to hear the opinions of those present, individually and together, about each event and their behavior in face of them. Alone, S. mentioned that he did not have a good relationship with his father, who was harsh with all the family members, a fact that triggered intense psychological suffering since early childhood. Thus, the family and community health team considered that the problem could have its origin in a family structure shaken by the father figure and, with the normality of the complementary exams, referred S. to psychotherapy at the Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). With follow-up, S. showed good evolution, with no recurrence of the conversive crises or other related clinical manifestations. **CONCLUSION:** The exposed case ratifies the importance of having the institutional apparatus to support the practice of matriciamento, because it allows the MCCP to be properly and effectively executed, which results not only in a good doctor-patient relationship, but also its legitimacy by respecting the integrality of the individual during follow-up. The case in question is not about centering the disease as the sole determinant of management, but rather the patient himself and the biopsychosocial factors of his surroundings, which was crucial in correctly defining the diagnosis of a psychosomatic condition that was harming the patient.

Keywords: Somatization, Psychotherapy, Differential Diagnosis, Neuropsychiatry, Conversational Crisis.

1 INTRODUÇÃO

O transtorno conversivo é uma forma de somatização, que consiste na expressão de fenômenos mentais como sintomas físicos; nele, as crises configuram-se como uma perda parcial ou completa de funções motoras e cognitivas, tais como os movimentos corporais, a memória, a consciência, as funções sensoriais, perceptivas e de identidade. Sabe-se que estas crises conversivas tendem a se desenvolver durante o final da infância

ou no início da vida adulta. Assim, o indivíduo – inconscientemente – mimetiza um ataque epiléptico, sem os componentes neuroelétricos correspondentes à epilepsia. Por ser um difícil diagnóstico diferencial das crises verdadeiramente epiléticas pela apresentação clínica, muitos pacientes encontram dificuldade no diagnóstico e na abordagem terapêutica, chegando a usarem anticonvulsivantes indevidamente.

Dessa maneira, estudos realizados utilizando classificações existentes de somatização, segundo à psiquiatria, confirmaram as dificuldades envolvendo esses diagnósticos, tanto no que tange à confiabilidade entre avaliadores quanto à adequação dos instrumentos, com baixa sensibilidade para a detecção dos transtornos somatoformes. Nesse sentido, vale ressaltar que a potencial chance de um diagnóstico errado, levaria o paciente a lidar com mais desconfortos e adiamento da abordagem dos seu real problema, além de sofrer os possíveis efeitos adversos da medicalização equivocada.

Assim, o método clínico centrado na pessoa lança mão de componentes que auxiliam na visão holística do paciente desde a sua relação com aquela condição atual não saudável até a elaboração de um desfecho mais favorável dentro de sua realidade. Além de ser um método que visa sempre informar adequadamente os envolvidos e que intensifica também a relação médico-paciente ao aprimorar a abordagem clínica por meio de um maior contato com o paciente e seu contexto biopsicossocial. Dessa forma, o apoio matricial torna isso possível ao passo que engloba diversas especialidades e equipes que permitem manejar o paciente respeitando sua integralidade.

2 RELATO

S., 12 anos, masculino, chega à Unidade Básica de Saúde (UBS) de Sinop-MT, acompanhado de sua mãe, que relata que o filho teve “duas crises convulsivas”, episódios que cursaram com desmaio e perda de memória temporária, nos quais o paciente era responsivo e mantinha controle esfinteriano, se comunicava de forma desconexa; após a crise, não reconhecia a mãe e se recusava a atender suas solicitações. Após cada episódio, S. foi levado pelos familiares à Unidade de Pronto Atendimento da cidade, na qual causas graves foram afastadas. Ao receber alta do estabelecimento, indicou-se acompanhamento em UBS para avaliação do quadro.

A família do adolescente apresentava vínculo com a Equipe de Saúde da Família e houve boa comunicação entre ele e a mãe, a qual demonstrava preocupação com o quadro clínico e temia novos episódios, pois a situação agravava o sofrimento familiar como um todo. Em uma primeira consulta, foram solicitados exames complementares

para afastar causas orgânicas, desde hemograma, exame de urina tipo 1, dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH), tetraiodotironina (T4) e eletroencefalograma, os quais poderiam sugerir alterações responsáveis pela perda de consciência e alteração dos movimentos corporais de forma súbita e recorrente. Além desta abordagem, buscou-se ouvir a opinião da mãe sobre o comportamento do filho nos dias próximos a cada evento e também como S. estava enfrentando e reagindo a eles.

A mãe demonstrava receio de que o filho apresentasse alguma condição grave associada, que exigisse medicação controlada ou que as “crises convulsivas” ocorressem novamente e gerassem consequências negativas para o desenvolvimento do filho. Já S. mostrava-se tranquilo, pois quando questionado sobre os relatos da mãe, declarou que não se recorda dos acontecimentos, somente dos momentos em que estava recebendo medicação na Unidade de Pronto Atendimento após os episódios. A médica da equipe solicitou abordá-lo de forma individualizada, concedendo abertura para relatos de violência ou pressões sociais associadas aos acontecimentos.

Neste momento, o questionamos sobre a sua dinâmica familiar. Ele mencionou não manter um bom relacionamento com o pai, que se mostra ríspido com todos os familiares, desencadeando sofrimento psíquico desde o início da infância e configurando um fator estressante a longo prazo capaz de gerar alterações no comportamento e também interferências orgânicas, podendo contribuir para o aparecimento de ansiedade, depressão e, inclusive, da somatização. Além disso, ao exame físico, mostrou-se colaborativo e não apresentou alterações neurológicas.

Diante desse dado, a equipe da saúde da família e comunidade considerou que o problema poderia ter sua origem em uma estrutura familiar abalada pela figura paterna e, com a normalidade dos exames, descartando causas orgânicas, essa hipótese ganhou respaldo e foi abordada por meio do encaminhamento de S. à psicoterapia do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), apresentando boa evolução ao longo do atendimento, sem recorrência das crises conversivas ou outras manifestações clínicas relacionadas.

3 DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A entrevista realizada com uma criança se diferencia em vários aspectos de uma anamnese feita com um adulto colaborativo, ainda mais quando suspeita-se de causas psicossomáticas na etiologia da condição atual do paciente. Durante o encontro clínico tal diagnóstico só é firmado após exclusão de causas orgânicas e quando a permanência dos sintomas físicos por determinado tempo não possui explicação.

A princípio deve ficar bem elucidado as ferramentas utilizadas referentes à semiologia de um paciente em idade escolar. Ainda que essa criança seja levada por familiares ou responsáveis para a instituição de saúde e mesmo que a consulta seja basicamente realizada pela descrição dos acontecimentos ao paciente pelos seus acompanhantes, é preciso lançar mão de ferramentas que auxiliam na comunicação entre médico e paciente. Dessa forma, usar de métodos lúdicos como desenhos, jogos, imagens e conversas descontraídas com a criança sozinha é crucial não só para a criação do vínculo com o paciente como também para a investigação do ambiente em que ela é inserida sem a interferência de um membro de sua convivência que possa representar um opressor. Ao inserir esses conceitos dentro de um contexto de atenção primária, foi descoberto que o pai do paciente caracteriza essa figura de desamparo e insegurança justamente por ser uma figura que deveria representar o contrário disso. Nessa situação o apoio matricial fornecido pelo NASF pode ser estendido ao atendimento da mãe dessa criança na busca de como foi estruturada também a sua criação, seus valores, possíveis fragilidades emocionais, sinais de violência e se ela se enquadraria em uma situação de nonsense, ou seja, de não perceber o que acontece no ambiente em que vive ou se até evita interferir.

Cabe expor que dois estudos qualitativos brasileiros (SILVA, et al. 2006 e SOUZA, 1998) revelaram o desencontro entre as visões de pacientes que somatizam e seus médicos. Diante disso, o método clínico centrado na pessoa (MCCP) – por meio dos quatro componentes: explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; entendendo a pessoa como um todo (o indivíduo, a família e o contexto); elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas e intensificando a relação entre a pessoa e o médico – configura um aliado do manejo clínico por analisar não somente a doença, mas a experiência frente a ela, entendendo a pessoa, especialista em si mesma, como um todo, para então elaborar o manejo conjunto dos problemas, associado ao vínculo entre a pessoa e o médico.

No primeiro componente, “explorando a saúde, a doença e a experiência da doença”, leva-se em consideração a interpretação da doença e a experiência da doença. Dessa forma, cabe identificar o que o paciente entende por ser saudável, a doença e também a sua experiência frente à doença. De forma complementar, pode-se analisar a história patológica pregressa, os sintomas de forma objetiva e subjetiva, explorar todos os sistemas, uso de medicamentos, cirurgias e procedimentos prévios, internações, síndromes congênitas ou infecciosas, dentre outros itens para relacionar com o que o sujeito pensa e infere acerca das suas condições.

No segundo, “entendendo a pessoa como um todo”, tem-se a necessidade de abordar não somente a queixa principal, a qual geralmente é apenas o “estopim” que leva o paciente à busca pela UBS, todavia requer alcançar contextos que podem não ser revelados na primeira consulta, por exigirem um vínculo mais sólido com o profissional. Nesse sentido, constrói-se, ao longo das consultas, um contínuo de informações, na busca de conhecer o paciente inteiramente e a sua família. Neste ponto, pode-se, inclusive, analisar se a mesma pode causar, melhorar ou agravar o curso das doenças – passo que foi crucial na abordagem do paciente deste relato de caso. Ademais, o trabalho, as crenças e as experiências importantes nas diferentes etapas da vida também devem ser abordadas. Com isso, obtendo mais compreensão sobre o paciente e o seu contexto, o(a) médico(a) consegue aumentar sua interação e ainda ajudá-lo a entender e distinguir alguns sinais e sintomas ou reações exageradas relacionadas a contextos diferentes.

No terceiro, “elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas”, objetiva-se estabelecer um compromisso mútuo entre médico e paciente, para o tratamento dos impasses identificados. Para isso, é imprescindível a definição das complicações – por meio de diagnósticos ou pela tranquilização através da explicação sobre os sintomas, sejam eles físicos ou emocionais. Sob essa mesma ótica, encaixa-se também, a denominação dos problemas, sendo possível estabelecer perspectivas sobre o prognóstico; a validação das hipóteses do paciente sobre sua situação e apresentação do manejo adequado de recuperação. Faz-se necessário também, o estabelecimento das prioridades do tratamento, em que se busca evitar a não adesão e também incluir as possibilidades de prevenção e promoção em saúde. Por fim, porém não menos importante, a divisão de responsabilidades convergentes a serem assumidas pelo médico e pelo paciente, em que o médico precisa ser flexível e o paciente disposto a contribuir, para que assim, haja um manejo efetivo do tratamento.

No quarto, “intensificando a relação entre a pessoa e o médico” tem-se como finalidade uma integração entre o profissional e o paciente, o que coopera com a execução de todo o MCPP. Nesse sentido, o vínculo é a base para que haja abertura para a exposição da complexidade existente em cada ser humano. Ele pode ser estabelecido, conforme GUSSO (2019) a partir da empatia com a pessoa que procura auxílio médico, do compartilhamento de poder de decidir sobre os cuidados e condutas, a compreensão de que a cura da pessoa é diferente da cura da doença e a consciência de si mesmo para que haja conhecimento dos pontos fortes e fracos, podendo incluir grupos de apoio no processo de tratamento. Outro ponto importante consiste na transferência e

contratransferência, nas quais paciente e médico projetam entre si, de forma inconsciente, sentimentos e emoções adquiridos ao longo da vida.

Ao passo que isso é executado, como no caso exposto, evitou que manejos inadequados e danosos ao paciente fossem prolongados após a realização de uma consulta individualizada e precisa para a compreensão da história ali presente. A partir disso e manejando de forma adequada todo o acompanhamento não só do próprio paciente, mas também de seus familiares e as possíveis medidas realizadas naquele contexto constitui uma ferramenta em evitar iatrogenias, pois não se perpetua a medicalização indiscriminada e imediatista, mas busca-se uma alternativa de lidar com as angústias e frustrações vividos pela família como uma forma de amenizar o sofrimento do paciente e daqueles que fazem parte do ambiente e cotidiano a sua volta. Tal método pode ser bem aplicado pela instituição que permite o apoio matricial adequado por meio da disponibilização das terapias acessíveis capazes de tratar a causa e estabelecer melhoria a longo prazo.

REFERÊNCIAS

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019.

MANOLE. Clínica psiquiátrica/ editores Euripedes Constantino Miguel Valentim Gentil, Wagner Farid Gattaz – Barueri, SP. 2011

Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

SILVA, M.; QUEIROZ, M.S. Somatização em migrantes de baixa renda no Brasil. *Psicol Soc.* 2006; 18(1):31-9

SOUZA. Somatizadores: narrativas de encontros e desencontros [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1998.

STELLA, Florindo; PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Semiologia e características clínicas das crises pseudo-epilépticas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, [s. l.], março 2003.

TÓFOLI, Luis Fernando; ANDRADE, Laura Helena; FORTES, Sandra. Somatização na América Latina: uma revisão sobre a classificação de transtornos somatoformes, síndromes funcionais e sintomas sem explicação médica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Ceará; v.33, maio 2011.