Associação
Psiquiátrica
de Goiás

Revista Acadêmica Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira

Instituição Responsável:
Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira

1ª Edição

Sumário

A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM INTEGRADA ENTRE PSICOTERAPIA E FARMACOTERAPIA NO MANEJO DE TRANSTORNOS COMÓRBIDOS 4

DESAFIOS NO MANEJO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM UMA ADOLESCENTE: UM RELATO DE CASO 32

ASSOCIAÇÃO DA SÍNDROME DE DOWN À EPILEPSIA – UM ESTUDO DE CASO 47

ASSOCIAÇÃO ENTRE O ABUSO DE MÚLTIPLAS SUBSTÂNCIAS E O TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: UM RELATO DE CASO 58

CASO CLÍNICO: TRANSTORNO DE USO DO ÁLCOOL RELACIONANDO CIRURGIA BARIÁTRICA E TRANSTORNOS MENTAIS 70

DESAFIOS NO MANEJO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA COMÓRBIDO A TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS 83

A IMPORTÂNCIA DO CONTEXTO ESTRUTURAL FAMILIAR NO TRATAMENTO DO PACIENTE DEPENDENTE QUÍMICO 111

RELATO DE CASO: DESAFIOS NO MANEJO DO TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS EM UM PACIENTE JOVEM 124

IMPACTO DOS EVENTOS ADVERSOS NA INFÂNCIA E DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS: RELATO DE CASO 145

O IMPACTO DA SIMBIOSE TÓXICA PARENTAL NO TRANSTORNO BIPOLAR INFANTIL: UM RELATO DE CASO 171

PSICOSE PUERPERAL DE RECORRÊNCIA 184

ABORDAGEM TERAPÊUTICA EM PACIENTE COM TRANSTORNO ALIMENTAR: RELATO DE CASO 196

PROJETO ÁRVORE DOS CAMPEÕES: O JIU-JITSU COMO FERRAMENTA TERAPÊUTICA NA SAÚDE PSIQUIÁTRICA 210

HORTA TERAPÊUTICA: CULTIVANDO SAÚDE MENTAL E REINTEGRAÇÃO AO COTIDIANO 211

PROJETO GUERREIROS DA VIDA 213

EDITORIAL

Psiquiatria: História, Evolução e a Produção Científica no Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira

A psiquiatria é uma das especialidades médicas que mais evoluiu ao longo do tempo, acompanhando as transformações da sociedade e da ciência. Desde os primeiros registros históricos sobre transtornos mentais até os avanços da neurociência e da psicofarmacologia, a forma como entendemos e tratamos as doenças psiquiátricas mudou drasticamente.

Se, em períodos antigos, os transtornos mentais eram vistos sob uma ótica mística e frequentemente associados a punições divinas, a modernidade trouxe a compreensão de que esses fenômenos possuem bases biológicas, psicológicas e sociais. O desenvolvimento da psiquiatria científica, a partir do século XIX, marcou o início da institucionalização dos cuidados em saúde psíquica, com a criação de hospitais especializados e o aprimoramento dos métodos diagnósticos e terapêuticos.

Nos dias atuais, os hospitais psiquiátricos desempenham um papel essencial não apenas no tratamento dos pacientes, mas também na formação acadêmica e na produção científica. O Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira, como hospital-escola, carrega a responsabilidade de formar novos médicos, incentivando uma abordagem humanizada e baseada em evidências científicas. A prática clínica aliada à pesquisa permite um constante aprimoramento dos protocolos assistenciais, garantindo um cuidado cada vez mais qualificado para os pacientes.

É nesse contexto que surge a Revista Acadêmica do Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira, uma iniciativa que visa consolidar a produção científica dos residentes de psiquiatria e dos internos do curso de medicina da UNIFAN. Este periódico será um espaço para a disseminação de estudos, relatos de caso, revisões de literatura e reflexões sobre a prática psiquiátrica, fortalecendo a interface entre teoria e prática.

A importância da pesquisa na psiquiatria é incontestável. A compreensão dos transtornos mentais está em constante transformação, e cabe aos profissionais da área se manterem atualizados, contribuindo para o avanço do conhecimento. Além disso, a publicação científica é um meio de dar visibilidade ao trabalho desenvolvido dentro do hospital, incentivando a troca de experiências com outras instituições e ampliando o impacto das descobertas realizadas.
O lançamento desta revista marca um passo significativo na história do hospital e de seus profissionais. Que esta publicação seja um reflexo do compromisso da instituição com a excelência acadêmica e assistencial, servindo como um veículo de aprendizado contínuo e inovação na psiquiatria.

Sejam todos bem-vindos a essa jornada de conhecimento!

A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM INTEGRADA ENTRE PSICOTERAPIA E FARMACOTERAPIA NO MANEJO DE TRANSTORNOS COMÓRBIDOS

Maria Caroline Schiavini Gongoleski
carol-schiavini@hotmail.com
Graduanda em Medicina
HOSPITAL MARIA CÂNDIDA TEIXEIRA
Nerópolis, Goiás, 06 de Novembro de 2024

RESUMO

O presente estudo tem como objeto de investigação o transtorno por uso de múltiplas substâncias associado ao transtorno afetivo bipolar em uma paciente de 59 anos, internada em um hospital psiquiátrico devido a quadro de uso abusivo de substâncias associado a humor disfórico. A pesquisa busca responder à seguinte questão: Como a comorbidade entre o transtorno por uso de múltiplas substâncias e o transtorno afetivo bipolar influencia o tratamento e a qualidade de vida do paciente? A hipótese inicial levantada foi de que o uso de substâncias atuava como uma forma de automedicação dos sintomas do transtorno bipolar, o que agrava a condição clínica da paciente. O objetivo do estudo foi avaliar a eficácia de um tratamento integrado, que envolvesse terapias farmacológicas, psicoterapêuticas e psicoeducativas. A pesquisa foi realizada por meio da análise detalhada do prontuário médico, acompanhamento das psicoterapias psiquiátricas, diálogos com a paciente e discussão do caso com os residentes de psiquiatria. A amostra consistiu de uma paciente única e os dados foram analisados com base em um referencial teórico relacionado aos transtornos psiquiátricos e suas abordagens terapêuticas. Os resultados indicam que a combinação de farmacoterapia com intervenções psicoterapêuticas contribuiu significativamente para a estabilização dos sintomas da paciente e o controle do uso de substâncias. Conclui-se que o

tratamento é fundamental no manejo de comorbidades entre transtornos por uso de substâncias e transtornos afetivos, sendo necessária uma abordagem contínua e adaptativa para promover a recuperação do paciente a longo prazo.

Palavras-chave: Transtorno Bipolar, Uso de Substâncias, Psicoterapia, Tratamento Integrado, Comorbidade.

1. INTRODUÇÃO

O transtorno por uso de múltiplas substâncias (TUMS) e o transtorno afetivo bipolar (TAB) são condições psiquiátricas frequentemente comórbidas, representando desafios significativos tanto no diagnóstico quanto no manejo terapêutico. A coexistência de ambos os transtornos em um paciente pode complicar o tratamento e resultar em um impacto mais severo na funcionalidade psicossocial do indivíduo. Este artigo visa relatar o caso clínico de uma paciente de 59 anos, internada em um hospital psiquiátrico devido ao transtorno por uso de múltiplas substâncias associado ao transtorno afetivo bipolar, abordando as complexidades clínicas e terapêuticas dessa comorbidade.

O transtorno por uso de múltiplas substâncias é caracterizado pelo consumo excessivo e dependência de duas ou mais substâncias psicoativas, o que pode envolver álcool, drogas ilícitas, medicamentos prescritos ou outras substâncias (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Esse transtorno pode causar sérios prejuízos em diversas esferas da vida do indivíduo, incluindo a social, ocupacional e física. A comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, como o transtorno afetivo bipolar, é comum, aumentando a complexidade do quadro clínico e a resistência ao tratamento.

Estudos epidemiológicos indicam que cerca de 20-30% dos pacientes com transtornos psiquiátricos graves apresentam também algum tipo de transtorno relacionado ao uso de substâncias, sendo que a comorbidade entre o transtorno bipolar e o uso de substâncias é observada em aproximadamente 40% dos pacientes com transtorno bipolar (AGUGLIA et al., 2022). Esses números evidenciam a prevalência significativa dessa condição e ressaltam a necessidade de um tratamento integrado.

As manifestações clínicas do transtorno por uso de múltiplas substâncias podem variar conforme as substâncias envolvidas, mas frequentemente incluem episódios de intoxicação, abstinência, e comportamentos compulsivos relacionados ao consumo das substâncias. Além disso, o uso de substâncias pode estar associado a um quadro de comportamento impulsivo, distorções cognitivas, alterações no

julgamento e desregulação emocional. No caso de pacientes com transtorno afetivo bipolar, o uso de substâncias pode ser um mecanismo de automedicação, uma tentativa de mitigar os sintomas relacionados aos episódios de mania ou depressão.

O uso de múltiplas substâncias em conjunto com o transtorno afetivo bipolar pode gerar um ciclo vicioso, onde a pessoa consome substâncias para aliviar os sintomas da doença, mas, em vez de melhorar, acaba exacerbando as flutuações do humor e piorando os quadros psicóticos ou depressivos (STRAKOWSKI et al., 2000; OQUENDO et al., 2010; YATHAM et al., 2018). Este fenômeno é particularmente relevante em casos como o da paciente aqui descrita, que apresentava episódios de agitação psicótica, comportamentos de automutilação e uso de substâncias como uma estratégia disfuncional de regulação emocional.

O impacto do transtorno por uso de múltiplas substâncias e do transtorno afetivo bipolar na vida do indivíduo é profundo e multifacetado. No aspecto psicológico, o paciente pode experimentar sentimentos intensos de culpa, vergonha e isolamento social, especialmente quando o uso de substâncias se torna uma tentativa ineficaz de controle das emoções e da desregulação do humor. O funcionamento social e ocupacional também é amplamente comprometido, visto que os sintomas psicóticos, os episódios de mania e os comportamentos autodestrutivos interferem significativamente nas relações interpessoais e na capacidade de manter empregos ou estudar (STRAKOWSKI et al., 2000; OQUENDO et al., 2010).

Em termos de impacto físico, a combinação de múltiplas substâncias pode agravar condições de saúde já presentes, aumentando o risco de comorbidades como doenças cardiovasculares, hepáticas e respiratórias. Além disso, a dependência de substâncias agrava as crises de abstinência, que por sua vez intensificam os sintomas do transtorno bipolar, criando uma condição de sofrimento contínuo e sem perspectiva de alívio sem intervenção terapêutica especializada.

O transtorno afetivo bipolar é uma condição psiquiátrica caracterizada por flutuações de humor extremas, que variam entre episódios de mania e depressão. Durante os episódios de mania, o indivíduo pode apresentar irritabilidade, aumento de energia, impulsividade, delírios e hiperatividade, enquanto nos episódios depressivos, prevalecem sentimentos de tristeza profunda, desesperança, perda de interesse e falta de energia (APA, 2013). Esses episódios podem durar semanas a meses, e a intensidade das manifestações varia de pessoa para pessoa.A relação entre o transtorno afetivo bipolar e o uso de substâncias é bem documentada, sendo que o uso de substâncias é mais prevalente em pacientes com transtorno bipolar do que na população geral. Estudos sugerem que o uso de substâncias pode ser uma

tentativa de automedicação, especialmente durante os episódios depressivos, quando os indivíduos buscam alívio para os sintomas emocionais com o consumo de álcool ou drogas (TURNER et al., 2018).

O tratamento do transtorno por uso de múltiplas substâncias associado ao transtorno afetivo bipolar exige uma abordagem integrada, que envolva tanto a terapia farmacológica quanto a psicoterapia. A farmacoterapia visa estabilizar o humor e controlar os sintomas psicóticos e de abstinência, enquanto a psicoterapia, especialmente a psicoterapia cognitivo-comportamental e a terapia de grupo, tem como objetivo promover a regulação emocional, melhorar o entendimento sobre si mesmo e desenvolver estratégias de enfrentamento saudáveis.

O objetivo deste relato de caso é descrever o caso de uma paciente internada com transtorno por uso de múltiplas substâncias e transtorno afetivo bipolar, destacando as características clínicas, os desafios terapêuticos e as intervenções implementadas durante a internação, com ênfase na eficácia da abordagem psiquiatrica no tratamento dessa comorbidade. Além disso, o relato busca aprofundar a compreensão sobre as interações entre os sintomas do transtorno bipolar e o uso de substâncias, bem como discutir as implicações terapêuticas de uma abordagem integrada.

2. DESCRIÇÃO DO CASO

Data de Admissão: 23/09/2024
Horário de Admissão: 15:00
Modalidade da Internação: Compulsória

Identificação: M.O.R.S., 59 anos, sexo feminino, técnica de enfermagem, natural de Tocantinópolis/TO, residente em Recanto do Bosque/GO, religião cristã, nível de escolaridade superior completo.

Queixa Principal: Uso crônico de álcool e outras substâncias

História da Moléstia Atual (HMA): Paciente foi internada via internação compulsória em um hospital psiquiátrico em Nerópolis - GO, devido ao quadro de uso crônico de álcool e outras substâncias, com alterações de humor, comportamento agressivo e sintomas de abstinência. A paciente relata ter iniciado o uso de bebidas alcoólicas aos 16 anos, influenciada pelo contexto familiar em que o álcool estava presente. Com o passar dos anos, o consumo se intensificou, tornando-se um hábito para lidar com problemas emocionais, especialmente após a separação conjugal e o encarceramento dos filhos. Relata associação do consumo de álcool

com alívio momentâneo de sintomas ansiosos e aumento da autoestima, mas reconhece o efeito rebote, onde se sente deprimida, ansiosa e irritada após o uso. Nas últimas semanas, a paciente também demonstrou sintomas de aumento da impulsividade, gastos excessivos e comportamentos disfuncionais, incluindo episódios de agressividade. Refere também episódios de delírios persecutórios com ideação de "espíritos malignos", impulsividade, irritabilidade e comportamentos heteroagressivos.

Há três anos, iniciou o uso de crack, influenciada por um relacionamento, e há três meses passou a usar maconha e cocaína, relatando relaxamento e euforia com essas substâncias, respectivamente. A paciente refere tabagismo há 45 anos (45 anos/maço), referindo que o cigarro traz sensação de relaxamento. Em semanas recentes, apresentou comportamento de frangofilia, caracterizado pela busca de prazer em atos pouco convencionais. Manifesta também outros sintomas psiquiátricos, como insônia mista, sensação de "cabeça acelerada", hiperatividade, ansiedade, redução da libido e episódios de gastos excessivos.

História Psiquiátrica Pessoal:

A paciente possui histórico de internações psiquiátricas prévias e tentativas de suicídio. A primeira tentativa ocorreu em 2016, quando a paciente administrou doses excessivas de Morfina e Diazepam. Em 2018, uma nova tentativa envolveu tentativa de enforcamento; entretanto, seu filho a encontrou a tempo de impedir o ato. Essas internações duraram em média três meses cada, e incluíram tratamento para estabilização do humor e manejo do uso de substâncias.

Refere ter sempre se sentido inferiorizada na infância, com tendência ao isolamento social, apesar do bom desempenho escolar. Segundo a irmã, a paciente apresentava comportamento rebelde desde a adolescência, fugindo de casa aos 14 anos para se casar, e teve múltiplos relacionamentos ao longo da vida.

História Familiar:

A paciente relata ter crescido em um ambiente familiar conturbado e com histórico de uso abusivo de álcool. A mãe, atualmente com 96 anos, apresenta comportamento compatível com transtorno afetivo bipolar (TAB), e dois irmãos também têm histórico de abuso de álcool, com uma irmã já em remissão. O ambiente familiar é descrito pela paciente como permissivo, onde comportamentos desafiadores e relacionamentos instáveis eram comuns. Segundo a acompanhante, desde a adolescência, a paciente demonstra um padrão de envolvimento em relacionamentos múltiplos e casamentos impulsivos, revelando um comportamento caracterizado por rebeldia

e impulsividade, conforme relatado por sua irmã.

Histórico Legal e Social:

Do ponto de vista judicial, a paciente nega antecedentes criminais formais, embora sua irmã mencione um episódio em que a paciente agrediu policiais durante uma discussão com vizinhos, o que não resultou em prisão. Em relação aos filhos, a paciente apresenta um histórico de envolvimento complexo, com um filho atualmente preso por ser cúmplice em um assassinato e outro que já foi preso por roubo, mas atualmente encontra-se em liberdade. A irmã também descreve a paciente como "mimada" pelo parceiro e de personalidade desafiadora, o que se reflete em sua vida de relacionamentos instáveis.

Antecedentes Médicos Pessoais:

A paciente nega diagnósticos médicos relevantes, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doenças da tireoide, traumas cranioencefálicos, acidentes vasculares ou doenças sexualmente transmissíveis. Nega histórico cirúrgico e alergias, bem como episódios convulsivos, relatando um estado de saúde física previamente estável.

História Farmacológica:

Em uso de carbamazepina (200 mg) há seis anos para controle de sintomas de irritabilidade e impulsividade; sertralina e quetiapina, mas desconhece as doses específicas; e losartana (50 mg) para controle da pressão arterial.

Exame Físico da admissão:

Sinais vitais: PA 116x75 mmHg, FC 55 bpm, SpO_2 98% em ar ambiente;
Exame físico geral: Paciente em regular estado geral, corada, hidratada, sem sinais de icterícia ou cianose;
Aparência: Idade aparente mais envelhecida que a cronológica, vestimentas adequadas, mas com higiene precária e autonegligência evidente;
Sistema cardiovascular: Bulhas cardíacas rítmicas, normofonéticas, sem sopros;
Sistema respiratório: Ausência de ruídos adventícios e murmúrio vesicular preservado;
Exame abdominal: Abdome plano, com ruídos hidroaéreos presentes, sem dor à palpação;
Exame neurológico: Sem alterações significativas.

Exame do Estado Mental (EEM) da admissão: Paciente colaborativa, lúcida e orientada em tempo e espaço, com sinais de humor depressivo (hipotímico), irritabilidade, hipobulia, ansiedade e insight prejudicado. Relata ansiedade intensa, hipobulia e hipotenacidade (redução de energia para a ação). Afeto congruente com o humor; nega ideação suicida no momento, sem alucinações ou delírios ativos. Memória retro e anterógrada preservada, psicomotricidade normal.

Diagnósticos Sindrômicos:
Timopatia (transtorno de humor);
Ansiedade com sintomas de hiperatividade;
Abstinência alcoólica e de múltiplas substâncias;
Intoxicação exógena crônica

Hipóteses Diagnósticas:
Transtorno por abuso de múltiplas substâncias;
Transtorno afetivo bipolar.

Conduta:
Farmacoterapia: Lítio (300 mg, uma vez ao dia) para estabilização do humor, administrado uma vez ao dia; Haldol (20 gotas, três vezes ao dia para controle de agitação e psicose, para manejo de sintomas psicóticos e agitação; Diazepam (10 mg, três vezes ao dia) para controle de sintomas ansiosos, abstinência e melhora do padrão de sono; Reposição vitamínica para correção de possíveis deficiências nutricionais.

Acompanhamento psicoterapêutico: Intervenções para melhora da percepção sobre o uso de substâncias, com início de abordagens motivacionais e psicoterapia de apoio.

Psicoeducação: Educação sobre o impacto das substâncias na saúde, com foco em ressocialização e estratégias para evitar recaídas.

Orientações gerais: Explicação das normas e rotina do hospital, visando promover um ambiente terapêutico estruturado.

3. DIAGNÓSTICO

Na avaliação diagnóstica da paciente, observa-se um quadro clínico caracterizado pelo uso de múltiplas substâncias, sintomas psicóticos intermitentes, e histórico de comportamento impulsivo e autodestrutivo. Para este caso, é essencial integrar fatores psiquiátricos, comportamentais e sociais que influenciam diretamente o funcionamento global da paciente e sustentam a formação das hipóteses diagnósticas. Abaixo, seguem as hipóteses diagnósticas primárias, justificadas a partir da análise clínica.

1. Transtorno por uso de múltiplas substâncias

A paciente apresenta um histórico de abuso de álcool desde a adolescência, exacerbado nas últimas décadas e associado a diversos eventos de vida estressantes. Recentemente, ela também passou a fazer uso de crack, cocaína e maconha, numa tentativa de lidar com sintomas ansiosos e outras dificuldades emocionais. Este comportamento evidencia perda de controle sobre o uso de substâncias e o desenvolvimento de uma tolerância aumentada, especialmente em relação ao álcool. O transtorno por uso de múltiplas substâncias é corroborado pela presença de padrões mal adaptativos de consumo e comprometimento significativo em áreas cruciais, como vida social, ocupacional e saúde física.

De acordo com o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Quinta Edição (DSM5), o transtorno por uso de múltiplas substâncias é classificado quando um indivíduo manifesta comportamentos e sintomas que evidenciam o uso desordenado de mais de uma substância psicoativa, como álcool e drogas ilícitas, em padrões que comprometem significativamente seu funcionamento físico, psicológico e social. O DSM-5 define critérios específicos que devem ser cumpridos para o diagnóstico, agrupando-os em quatro áreas principais: perda de controle, comprometimento social, uso arriscado e critérios farmacológicos, como tolerância e abstinência (APA, 2013).

Perda de Controle: A perda de controle sobre o consumo é evidenciada pelo uso da substância em quantidades maiores ou por um período mais longo do que o pretendido. Além disso, o indivíduo pode demonstrar tentativas repetidas

e mal sucedidas de reduzir ou controlar o uso, mas, ainda assim, persiste no comportamento (APA, 2013). Este critério é um indicador chave de transtorno, pois reflete uma dependência crescente e a incapacidade de estabelecer limites quanto à ingestão das substâncias;

Comprometimento social: O uso repetido de substâncias pode afetar áreas significativas da vida do indivíduo, como o ambiente doméstico, profissional e social. O DSM-5 enfatiza que o transtorno é caracterizado pela diminuição do desempenho ocupacional e interpessoal, com prejuízos visíveis nas relações e na capacidade de cumprir com responsabilidades, resultando em um isolamento progressivo e dificuldades nos relacionamentos (APA, 2013);

Uso em situações de risco: O indivíduo com transtorno por uso de múltiplas substâncias persiste no consumo em situações de alto risco, como durante a condução de veículos ou em contextos onde há um aumento da vulnerabilidade a acidentes. Esse comportamento revela uma falta de percepção ou de preocupação com a própria segurança e a dos outros (APA, 2013).
Critérios farmacológicos (tolerância e abstinência): A tolerância é marcada pela necessidade de consumo de quantidades progressivamente maiores para atingir o efeito desejado, e a abstinência é caracterizada pelo surgimento de sintomas físicos e psicológicos quando o uso da substância é interrompido ou reduzido. A presença desses critérios indica que o sistema nervoso central do indivíduo se adaptou à presença da substância, o que agrava a dependência e a manutenção do ciclo de consumo (APA, 2013).

O transtorno é classificado em níveis de gravidade, variando de leve (dois a três critérios), moderado (quatro a cinco critérios) a grave (seis ou mais critérios), o que auxilia na determinação do tipo de intervenção clínica necessária para o tratamento (APA, 2013). A paciente relatada apresentava um transtorno por uso de substâncias de moderado a grave.

2. Transtorno afetivo bipolar (TAB), tipo I, com sintomas maniformes e depressivos
A paciente demonstrou um histórico de humor instável e episódios depressivos alternados com períodos de irritabilidade, impulsividade e gastos excessivos, comportamento típico em quadros de mania e hipomania. Esses episódios ocorrem de forma recorrente, e a paciente exibe um padrão de instabilidade emocional associado a comportamentos de risco. Além disso, os episódios depressivos prévios associados a tentativas de suicídio reforçam a suspeita de um transtorno afetivo bipolar com fases mistas. A relevância do diagnóstico de TAB para este caso é fundamental, pois a oscilação de humor e os comportamentos impulsivos podem tanto intensificar o uso de substâncias quanto comprometer a adesão ao

tratamento.

O TAB, conforme definido no DSM-5, é um transtorno do humor que se caracteriza por episódios distintos de mania ou hipomania alternados com episódios depressivos. Esse transtorno é subdividido em tipos, sendo o tipo I caracterizado por pelo menos um episódio de mania completo, e o tipo II por episódios de hipomania, que são menos intensos, mas acompanhados de depressão severa (APA, 2013; YATHAM et al., 2018).

Episódios de mania: Para o diagnóstico de um episódio maníaco, o indivíduo deve apresentar humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável por pelo menos uma semana, durante a maior parte do dia, quase todos os dias. Esse período é acompanhado por, no mínimo, três dos seguintes sintomas: autoestima inflada ou grandiosidade, diminuição da necessidade de sono, maior loquacidade, fuga de ideias ou experiência de pensamentos acelerados, distraibilidade, aumento da atividade dirigida a objetivos ou agitação psicomotora, e envolvimento excessivo em atividades com alto potencial de consequências dolorosas, como gastos excessivos e comportamentos impulsivos (APA, 2013);

Episódios depressivos: O episódio depressivo que caracteriza o transtorno bipolar deve incluir humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em atividades, acompanhados por sintomas como alterações de apetite e peso, insônia ou hipersonia, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldade de concentração e pensamentos de morte recorrentes. Esses sintomas causam prejuízo significativo no funcionamento social e ocupacional do indivíduo, com impacto na qualidade de vida (APA, 2013);

Episódios hipomaníacos: A hipomania compartilha sintomas com a mania, mas difere na intensidade e na duração; geralmente, dura pelo menos quatro dias consecutivos. Esses sintomas não resultam em prejuízos graves no funcionamento social ou ocupacional e não requerem hospitalização, embora possam representar um estado transitório que antecede episódios maníacos plenos (APA, 2013);

Curso longitudinal e impacto psicossocial: O transtorno bipolar afeta o funcionamento diário e possui um curso recorrente e cíclico, com períodos de remissão que variam conforme a intensidade e a frequência dos episódios. A identificação precoce dos sinais e sintomas é essencial para intervenções eficazes que reduzam o risco de recaídas e complicações, especialmente em casos com coocorrência de abuso de substâncias, que pode exacerbar os episódios de mania e depressão (YATHAM et al., 2018).

4. RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS

Exames laboratoriais do dia 17/10/2024:

Exame	Resultado	Exame	Resultado
Eritrograma: Hemoglobina Hematócrito	 12,3 g/dL 36,8 ml/dL	Amilase	136 U/L
Leucograma	9.100 mm3	Lipase	59 U/L
Creatinina	1,25 mg/dL	Vitamina D - 25 hidroxi	30,8 ng/mL
Ureia	30 mg/dL	Vitamina B12	Superior a 2.000 pg/mL
TSH	1,35 UI/mL	Ácido Fólico	3,01 ng/mL
T4 Livre	0,77 ng/dL	Magnésio	2,0 mg/dL
Glicose Jejum	81 mg/dL	Sódio	141 mEq/L
Lipidograma: Triglicérides Colesterol total HDL LDL	 69 mg/dL 148 mg/dL 40 mg/dL 94,200 mg/dL	Potássio	4,0 mEq/L
Transaminase oxalacética	24 U/L	Cloro	99 mEq/L
Transaminase pirúvica	23 U/L	Lítio	0,4 mmol/L
Gama-glutamiltransferase	32 U/L	Cálcio	9,4 mg/dL
Fosfatase alcalina	159 U/L	Ferritina	421,86 ng/mL
Bilirrubina Total Bilirrubina Direta Bilirrubina Indireta	0,34 mg/dL 0,13 mg/dL 0,21 mg/dL	Homocisteína	8,70 µmol/L

Tabela 1: Exames laboratoriais da paciente. Fonte: Autores.

5. FISIOPATOLOGIA DAS DOENÇAS

O transtorno por uso de múltiplas substâncias (TUMS) é caracterizado pela dependência e uso problemático de mais de uma substância psicoativa, que podem incluir álcool, cannabis, cocaína, opioides, entre outras. Sua fisiopatologia envolve uma série de mecanismos neurobiológicos e psicológicos que interagem com as vulnerabilidades genéticas e ambientais do indivíduo. A principal via envolvida na dependência de substâncias é o sistema dopaminérgico, particularmente o circuito mesolímbico, que inclui o núcleo accumbens, a área tegmentar ventral (VTA) e o córtex pré-frontal. As substâncias psicoativas promovem uma liberação excessiva de dopamina nessas áreas, gerando sensações de prazer e reforçando o comportamento de consumo (KALIVAS; VOLKOW, 2005). Esse mecanismo é central na patogênese da dependência, criando um ciclo de recompensa que sustenta o uso contínuo e disfuncional.

Além disso, ocorrem alterações neuroadaptativas, no qual o uso crônico de substâncias leva a adaptação nos circuitos de recompensa, incluindo a dessensibilização dos receptores dopaminérgicos e o aumento da liberação de glutamato, o que resulta em tolerância e dependência (KOOB; VOLKOW, 2010). Essas mudanças neuroquímicas explicam o aumento da necessidade de doses maiores para atingir o efeito desejado, bem como a dificuldade em interromper o uso, apesar das consequências negativas. Além da dopamina, outras vias neurotransmissoras também desempenham um papel fundamental na fisiopatologia do TUMS. O sistema opioide, por exemplo, está envolvido nos efeitos de prazer e alívio da dor, e muitas substâncias de abuso, como opióides e álcool, interagem com esse sistema. Da mesma forma, alterações no sistema serotoninérgico estão associadas à regulação emocional e ao comportamento impulsivo, frequentemente observados em indivíduos com transtornos por uso de substâncias (SCAINI et al., 2020).

Em relação ao transtorno afetivo bipolar, que é caracterizado por episódios alternados de mania, hipomania e depressão: a fisiopatologia envolve uma combinação de fatores genéticos, neurobiológicos e ambientais, com importantes implicações para o tratamento e manejo clínico do transtorno. O TAB está associado a disfunções nos sistemas neurotransmissores, especialmente dopamina, serotonina e norepinefrina. Durante episódios maníacos, há uma ativação excessiva da via dopaminérgica mesolímbica, o que pode levar ao aumento da euforia, impulsividade e comportamento de risco (SCAINI et al., 2020). Já na fase depressiva, observa-se uma redução na atividade dopaminérgica, além de uma diminuição da serotonina e norepinefrina, contribuindo para sintomas de anedonia, desesperança e falta de energia (MONCRIEFF et al., 2022).

Estudos de neuroimagem mostraram que pacientes com TAB frequentemente apresentam alterações estruturais no cérebro, incluindo atrofia cerebral, especialmente nas regiões pré-frontais e límbicas, que são responsáveis pela regulação emocional e tomada de decisão (EMSELL; MCDONALD, 2009). Além disso, observam-se disfunções na conectividade entre o córtex pré-frontal e o sistema límbico, o que pode dificultar o controle das emoções e o comportamento impulsivo. Além disso, existe uma forte componente genética no TAB, com uma maior prevalência entre parentes de primeiro grau de indivíduos afetados. Estudos sugerem que variações genéticas nos sistemas dopaminérgico e serotonérgico, assim como em genes responsáveis pela função de canais iônicos (como os canais de sódio), podem predispor os indivíduos ao desenvolvimento do transtorno (MCINTYRE; CALABRESE, 2019).

A comorbidade entre o transtorno afetivo bipolar e o transtorno por uso de múltiplas substâncias é um fenômeno clínico frequentemente observado, que agrava o prognóstico e torna o tratamento mais desafiador. A interação entre esses dois transtornos envolve múltiplos mecanismos neurobiológicos e psicossociais que se retroalimentam, criando um ciclo de sofrimento contínuo para o paciente. Indivíduos com TAB frequentemente utilizam substâncias psicoativas como uma forma de autorregulação emocional, ou seja, como uma estratégia para aliviar os sintomas de euforia ou depressão. Durante episódios maníacos, o consumo de substâncias pode ser uma tentativa de amplificar a sensação de prazer e euforia. Já durante os episódios depressivos, o uso de álcool ou outras drogas pode funcionar como uma forma de “automedicação” para reduzir o sofrimento emocional e aumentar a energia (KHANTZIAN, 1997).

A interação entre os dois transtornos pode gerar um ciclo vicioso, no qual o uso de substâncias piora os sintomas do TAB e vice-versa. O abuso de substâncias pode desestabilizar ainda mais o humor, precipitando episódios maníacos ou depressivos, e os episódios de humor extremo podem agravar a impulsividade e os comportamentos de risco relacionados ao uso de substâncias. Além disso, o uso de substâncias pode interferir no tratamento farmacológico do TAB, diminuindo a eficácia das medicações estabilizadoras de humor, como o lítio e anticonvulsivantes.

Ambos os transtornos envolvem disfunções no sistema de recompensa dopaminérgico. No TAB, a ativação excessiva do sistema dopaminérgico durante episódios maníacos pode predispor o indivíduo ao comportamento impulsivo e ao uso de substâncias como uma forma de amplificar as sensações de prazer. No TUMS, o uso crônico de substâncias também está ligado a alterações na função dopaminérgica, o que pode perpetuar o ciclo de dependência e abuso

(KALIVAS; VOLKOW, 2005; KOOB; VOLKOW, 2010).

Logo, a disfunção nos sistemas dopaminérgico, serotoninérgico e outros neurotransmissores é central para a compreensão desses transtornos, assim como a desregulação dos circuitos de recompensa e a interação com fatores genéticos. A comorbidade entre ambos os transtornos agravam o prognóstico e exige uma abordagem terapêutica integrada e multidisciplinar, que considere tanto os aspectos biológicos quanto psicossociais dos pacientes.

6. TERAPÊUTICA ADOTADA

Diante das hipóteses diagnósticas de transtorno por uso de múltiplas substâncias associado ao transtorno afetivo bipolar, a abordagem terapêutica adotada foi multidisciplinar, com a combinação de estratégias farmacológicas, psicoterapêuticas, psicopedagógicas e terapias complementares, visando à estabilização do quadro clínico e a promoção da saúde psiquiátrica e física do paciente.

Manejo Farmacológico: O tratamento farmacológico foi iniciado com a prescrição de medicamentos que visam à estabilização do humor, controle dos sintomas psicóticos, redução da ansiedade, e suporte à função neuroquímica, particularmente nas áreas afetadas pelo uso de substâncias e pelo transtorno afetivo bipolar. A farmacoterapia foi composta por:

Lítio (300 mg, 3 vezes ao dia): Prescrito para estabilização do humor e prevenção de episódios de mania e depressão, conforme diretrizes estabelecidas para o manejo do transtorno afetivo bipolar (YATHAM et al., 2018). O lítio é um estabilizador de humor amplamente utilizado, com efeitos comprovados na prevenção de episódios maníacos e depressivos, além de reduzir o risco de suicídio em pacientes com transtorno bipolar;

Haloperidol - Haldol (50 gotas, 2 vezes ao dia): Este antipsicótico foi utilizado para o controle de sintomas psicóticos e agitação associada ao transtorno por uso de múltiplas substâncias e ao quadro de mania, com o objetivo de reduzir os comportamentos desorganizados e impulsivos. A dosagem foi ajustada para minimizar efeitos colaterais, especialmente os extrapiramidais, comuns no uso de antipsicóticos típicos;

Diazepam (10 mg, 3 vezes ao dia): Prescrito para o manejo de sintomas ansiosos, abstinência de substâncias e melhoria do padrão de sono, o diazepam atua como um ansiolítico de ação prolongada, promovendo relaxamento e redução da tensão

muscular e psicológica. Sua utilização foi fundamental na gestão dos sintomas de ansiedade e nas dificuldades relacionadas à abstinência de substâncias;

Quetiapina (50 mg/dia): Antipsicótico atípico prescrito devido à sua eficácia no manejo dos sintomas maníacos e depressivos no transtorno afetivo bipolar. A Quetiapina também auxilia na redução de sintomas ansiosos e melhora o sono da paciente, sendo uma escolha adequada para tratamento de comorbidades psiquiátricas;

Trazadona (50 mg/dia): Antidepressivo com propriedades sedativas, sendo indicado para tratar os sintomas depressivos da paciente e melhorar o padrão de sono, contribuindo para a estabilização do quadro psiquiátrico.
Reposição vitamínica: Devido à provável deficiência nutricional associada ao uso crônico de substâncias e à falta de uma dieta balanceada, foi iniciada a reposição vitamínica, com foco nas vitaminas B1, B6 e B12, além de ácido fólico, para auxiliar na recuperação do equilíbrio nutricional e neurológico do paciente.

Acompanhamento Psicoterapêutico: O acompanhamento psicoterapêutico foi estruturado para abordar as questões subjacentes ao uso de múltiplas substâncias, com foco nas intervenções que promovessem uma percepção crítica sobre o comportamento dependente. As abordagens terapêuticas adotadas foram:

Terapia Motivacional: Iniciada para ajudar o paciente a reconhecer os danos causados pelo uso de substâncias e a explorar os motivos subjacentes à dependência;

Psicoterapia de Apoio: Intervenções de apoio focadas em oferecer um espaço seguro para a expressão emocional, promovendo a autorregulação emocional e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento frente a crises emocionais, especialmente durante a abstinência das substâncias. A psicoterapia de apoio também foi crucial para desenvolver a resiliência do paciente diante da complexidade de sua condição clínica;

Terapia de grupo: A dinâmica de grupo ajudou a paciente a lidar com crises emocionais de maneira mais adaptativa, uma vez que as sessões permitiram a troca de feedbacks construtivos entre os membros do grupo, ajudando na reavaliação de seus padrões emocionais e comportamentais.

Psicoeducação: A psicoeducação teve um papel fundamental na abordagem terapêutica, buscando aumentar a conscientização sobre os efeitos do uso de

substâncias na saúde e promover comportamentos saudáveis. As principais áreas abordadas foram:
Impacto das substâncias no funcionamento neuropsicológico: A psicoeducação foi orientada para esclarecer ao paciente os danos causados pelo uso de múltiplas substâncias, enfatizando a interação entre o uso de substâncias e o transtorno afetivo bipolar, incluindo os riscos de recorrência de episódios maníacos e depressivos. A educação sobre como a dependência prejudica a regulação emocional e cognitiva foi uma das bases para a construção de estratégias de prevenção à recaída;

Ressocialização e estratégias de prevenção de recaídas: A psicoeducação abordou também a importância da reintegração social, trabalho e família no processo de recuperação. A paciente foi orientada quanto às estratégias para lidar com os gatilhos de recaída, com ênfase na construção de uma rede de apoio, autocuidado e gerenciamento do estresse;

Educação Física e Fisioterapia Motora: A inclusão de atividades físicas supervisionadas e fisioterapia motora teve como objetivo melhorar a função motora e o bem-estar físico do paciente, além de promover o controle da ansiedade e melhorar o sono. Estudos demonstram que a prática regular de atividades físicas pode ter um impacto positivo na recuperação de transtornos psiquiátricos, especialmente naqueles com comorbidades como o transtorno bipolar e a dependência de substâncias (MELO et al., 2023).

7. COLETA DE DADOS

A metodologia do presente estudo de caso baseou-se em uma abordagem qualitativa e exploratória, com foco em uma análise aprofundada do histórico psiquiátrico, comportamental e social da paciente, bem como na compreensão das estratégias de enfrentamento empregadas ao longo de sua trajetória clínica. A coleta de dados ocorreu por meio de diversas fontes, incluindo a análise do prontuário médico, acompanhamento direto das sessões de psicoterapia psiquiátrica, entrevistas realizadas com a paciente e discussões regulares do caso com residentes de psiquiatria. Além disso, realizou-se uma breve revisão da literatura sobre transtorno afetivo bipolar associado ao transtorno por uso de múltiplas substâncias, com o intuito de contextualizar o caso e fornecer uma base científica sólida para a análise dos achados.

8. DESENVOLVIMENTO

A análise do caso descrito, uma paciente de 59 anos com histórico de abuso de múltiplas substâncias e diagnóstico provável de transtorno afetivo bipolar, demonstra a inter relação entre os aspectos psicossociais, clínicos e familiares

no desenvolvimento do transtorno por uso de substâncias e agravamento e cronicidade do transtorno de humor subjacente. É possível observar na história da paciente, uma trajetória marcada por fatores predisponentes, desencadeantes e perpetuadores do transtorno por uso de substâncias e distúrbios de humor.

A paciente apresenta um histórico de uso crônico de álcool, tabaco, crack, cocaína e maconha, caracterizando um transtorno por uso de múltiplas substâncias. Este quadro é comumente associado a alta prevalência de comorbidades psiquiátricas, como transtornos de humor e ansiedade, sugerindo um ciclo de dependência que perpetua e exacerba esses transtornos. Estudos indicam que indivíduos com transtornos por uso de substâncias têm risco aumentado de desenvolver transtornos afetivos, especialmente o transtorno afetivo bipolar, devido ao efeito neurotóxico das substâncias no sistema dopaminérgico e serotonérgico, que afetam diretamente o humor e a regulação emocional (APA, 2013).

O histórico de uso de álcool desde a adolescência, iniciado em um contexto de permissividade e abuso familiar, é relevante para a compreensão da cronificação do transtorno por uso de substâncias. O uso precoce de álcool e posteriormente de outras substâncias, como crack e cocaína, ressalta a influência de fatores de vulnerabilidade e de adversidades na infância e na adolescência, frequentemente associados a um risco aumentado de transtornos psiquiátricos e de comportamento impulsivo. A presença de familiares com histórico de transtorno afetivo bipolar e abuso de substâncias sugere, ainda, uma predisposição genética, que, combinada com os fatores ambientais, culmina em um quadro mais grave (KOOB; VOLKOW, 2010).

A co ocorrência de transtornos de humor e uso de substâncias na paciente sugere que o uso de álcool e drogas pode atuar como uma estratégia disfuncional de regulação emocional, uma hipótese consistente com relatos de aumento momentâneo de autoestima e alívio de sintomas ansiosos, seguidos por sentimentos de culpa e depressão subsequente. Esse efeito “rebote” é amplamente descrito em casos de transtorno afetivo bipolar com comportamento aditivo, especialmente em fases de mania ou hipomania, onde o indivíduo busca uma “auto-medicação” para regular sua própria condição (TURNER et al., 2018). A literatura evidencia que a “automedicação” ocorre frequentemente em indivíduos que experimentam estados emocionais intensos, como ansiedade, tristeza e raiva, e que apresentam dificuldades em encontrar meios saudáveis para enfrentar esses sentimentos (TURNER et al., 2018). No caso da paciente, a história de uso crônico de múltiplas substâncias sugere que o álcool e drogas como o crack e a cocaína foram utilizados como válvulas de escape disfuncionais para o alívio imediato de sentimentos de vazio, baixa autoestima, ansiedade e

impulsividade.
A teoria da automedicação, proposta por Khantzian (1997), postula que indivíduos com transtornos de humor, como o transtorno afetivo bipolar, frequentemente se automedicam com substâncias que aliviam momentaneamente sintomas desconfortáveis ou proporcionam uma sensação transitória de controle emocional. Essa teoria propõe que os tipos de substâncias escolhidas não são aleatórios, mas refletem as necessidades emocionais e os sintomas específicos de cada paciente. Por exemplo, pessoas com ansiedade tendem a preferir substâncias depressoras do sistema nervoso central, como álcool ou benzodiazepínicos, pois esses compostos temporariamente reduzem o nível de alerta e promovem uma sensação de calma. Em contrapartida, indivíduos com sintomas depressivos podem buscar estimulantes, como cocaína ou anfetaminas, que proporcionam um aumento temporário de energia e autoestima.

Essa escolha reflete as necessidades emocionais de curto prazo e pode explicar por que a paciente alterna entre diferentes substâncias. Por um lado, o álcool e a maconha, com seus efeitos depressivos, podem atenuar estados ansiosos ou de hiperatividade afetiva típicos do transtorno bipolar. Por outro lado, o crack e a cocaína, com seus efeitos estimulantes, são frequentemente usados para mitigar estados depressivos profundos e letargia, oferecendo uma “fuga” temporária desses estados emocionais avassaladores.

Embora as substâncias possam aliviar temporariamente os sintomas emocionais, o uso prolongado e o abuso crônico geralmente pioram o quadro de humor ao desencadear um ciclo de dependência e intensificar os sintomas subjacentes. No transtorno afetivo bipolar, esse ciclo é especialmente prevalente. No entanto, esse comportamento gera um ciclo de agravamento dos sintomas e reduz a capacidade do organismo de regular naturalmente a dopamina e a serotonina, neurotransmissores essenciais para o controle do humor (KOOB; VOLKOW, 2010). A dependência de substâncias altera o funcionamento neuroquímico e contribui para o desenvolvimento de sintomas mais intensos e crônicos de depressão e ansiedade, além de aumentar o risco de impulsividade e suicídio.

Outro aspecto relevante é o ciclo de reforço negativo que se estabelece. Inicialmente, o uso de substâncias proporciona alívio temporário, mas, com o tempo, é necessário aumentar a quantidade consumida para alcançar o mesmo efeito, em um processo conhecido como tolerância. A paciente, ao buscar atenuar seu sofrimento emocional, acaba se envolvendo em um ciclo em que a frequência e a quantidade do uso aumentam. Ao interromper o uso, os sintomas que tentava aliviar — depressão, ansiedade, e até ideação suicida — podem voltar com maior intensidade, fenômeno conhecido como “efeito rebote” (STRAKOWSKI et

al., 2000; TURNER et al., 2018). Este ciclo de reforço negativo é extremamente prejudicial e dificulta o desmame das substâncias, pois a interrupção provoca sintomas de abstinência que intensificam os sentimentos que o uso tentava mitigar.

O uso crônico de substâncias também altera o sistema de recompensa do cérebro, afetando principalmente as vias dopaminérgicas e serotonérgicas. O consumo frequente de drogas e álcool provoca uma desregulação desses neurotransmissores, levando a um estado de anedonia quando a substância não está presente no organismo. Esse efeito é particularmente problemático em pacientes com transtornos de humor, pois agrava os sintomas depressivos e a sensação de vazio, reforçando o uso contínuo das substâncias como uma tentativa de recuperar uma sensação de bem-estar (NESTLER, 2005).

Para pacientes com transtorno afetivo bipolar, como a paciente do caso, o efeito desregulador das substâncias sobre o sistema de recompensa intensifica os sintomas de instabilidade de humor. Cada episódio de euforia ou depressão é exacerbado pelo uso contínuo, promovendo uma "montanha-russa" emocional que aumenta a imprevisibilidade do humor e o risco de tomada de decisões impulsivas e perigosas, como tentativas de suicídio ou comportamentos autodestrutivos. Estudos mostram que o abuso de substâncias, além de aumentar a frequência dos episódios de humor no transtorno bipolar, também pode antecipar a ocorrência desses episódios, criando uma dependência mútua entre as condições (KALIVAS; VOLKOW, 2005; KOOB; VOLKOW, 2010).

Além dos fatores neurobiológicos, há também os componentes psicossociais que favorecem o uso de substâncias como estratégia de auto-medicação. No caso da paciente, seu histórico familiar e as experiências traumáticas na infância e adolescência, como negligência e exposição ao abuso de substâncias, parecem ter fortalecido um padrão de regulação emocional disfuncional. A ausência de habilidades saudáveis de enfrentamento, a dificuldade em estabelecer e manter relacionamentos seguros e a incapacidade de processar de forma adaptativa as emoções fazem com que o uso de drogas seja visto como uma "solução" de curto prazo para problemas de longo prazo. Gatilhos emocionais, como conflitos familiares, isolamento social e baixa autoestima, muitas vezes intensificam o uso de substâncias em pacientes que utilizam drogas como auto-medicação. Para essa paciente, experiências de perda, rejeição e conflitos intensos com familiares e parceiros representam gatilhos recorrentes para o consumo de álcool e drogas. A associação entre emoções negativas e o desejo de consumir substâncias cria uma dependência psicológica que, em conjunto com a dependência fisiológica, fortalece o ciclo de uso e recaída.

Outro aspecto crítico deste caso é o diagnóstico sindrômico de timopatia, associado a impulsividade e comportamentos disfuncionais como gastos excessivos e comportamentos heteroagressivos. A impulsividade, frequentemente exacerbada por transtornos afetivos como o TAB, é um fator de risco relevante tanto para a exacerbação do uso de substâncias quanto para comportamentos de risco, incluindo tentativas de suicídio e agressividade (APA, 2013). O relato de uma série de sintomas de humor e de impulsividade, associados a episódios de aumento da atividade, agressividade e gastos excessivos, aponta fortemente para um diagnóstico de transtorno afetivo bipolar. Estudos indicam que, em pacientes com transtorno bipolar e comorbidades por uso de substâncias, os episódios de mania ou hipomania frequentemente exacerbam os comportamentos de abuso, contribuindo para um ciclo de piora dos sintomas e aumento do risco de recaídas (STRAKOWSKI et al., 2000).

O transtorno afetivo bipolar está associado a um alto risco de tentativas de suicídio, sendo esse um dos aspectos mais críticos e desafiadores na gestão e acompanhamento de pacientes com esse diagnóstico. Estudos indicam que aproximadamente 25% a 50% dos indivíduos com transtorno bipolar tentarão suicídio ao menos uma vez ao longo da vida, e entre 10% a 15% deles culminam em suicídio consumado, taxa consideravelmente superior à da população geral (CARRÀ, G. et al., 2014). A presença de episódios de humor extremos, como os estados depressivos intensos e os períodos de disforia durante fases maníacas ou mistas, intensifica o risco de comportamento suicida. Além disso, comorbidades como o uso de substâncias, instabilidade emocional e dificuldades nos relacionamentos interpessoais também aumentam a vulnerabilidade ao suicídio.

Nos pacientes bipolares, os episódios depressivos caracterizam-se por sentimentos de desesperança, inutilidade e um intenso sofrimento emocional, que podem evoluir para ideação suicida, especialmente quando persistentes. Durante esses episódios, a capacidade de enxergar alternativas ao sofrimento se reduz drasticamente, o que reforça pensamentos suicidas como uma “solução” para a dor emocional. Por outro lado, durante episódios maníacos, pode ocorrer aumento da impulsividade e comportamentos de risco, incluindo tentativas de suicídio impulsivas e pouco planejadas, motivadas por sentimentos de euforia disfuncional ou disforia intensa. Em estados mistos, em que sintomas maníacos e depressivos coexistem, o risco de suicídio é particularmente alto. A combinação de desespero e impulsividade aumenta o perigo, já que o paciente pode estar simultaneamente deprimido e energeticamente agitado, tornando a execução de um ato suicida mais provável. Este é um estado psicopatológico que exige

atenção intensiva, já que muitas vezes é mal interpretado e subestimado, o que retarda intervenções preventivas cruciais (APA, 2013).

Outro aspecto fundamental no manejo desta paciente, foi o papel da comorbidade com sintomas psicóticos. Em transtornos de uso de múltiplas substâncias, delírios persecutórios e percepções distorcidas, como a ideação de “espíritos malignos”, são comuns e, muitas vezes, exacerbados pela abstinência e pela intoxicação aguda. Esses sintomas psicóticos requerem intervenções farmacológicas específicas e cuidadosas, como o uso de antipsicóticos e estabilizadores de humor, que foram incluídos na conduta terapêutica com Haldol e Lítio.

O histórico familiar exerce um papel relevante no desenvolvimento do transtorno afetivo bipolar e no comportamento suicida. Evidências sugerem que a hereditariedade aumenta a probabilidade de transtornos de humor em até quatro vezes, comparado a indivíduos sem histórico familiar de bipolaridade (VAN DER SCHOT et al., 2010). Em famílias com histórico de transtorno bipolar, é comum a presença de comportamentos impulsivos e tendências suicidas, o que pode se refletir em um padrão familiar de regulação emocional disfuncional. Essa vulnerabilidade genética, combinada com um ambiente familiar instável, aumenta a predisposição ao suicídio. No caso específico da paciente, a presença de familiares com histórico de uso de substâncias e comportamento impulsivo sugere um ambiente que não favoreceu o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento saudáveis. A exposição a modelos de comportamento impulsivo e autodestrutivo pode ter moldado a forma como ela lida com suas próprias crises emocionais, promovendo padrões disfuncionais de resolução de problemas e exacerbação do sofrimento.

Nesse sentido, em famílias onde há conflitos constantes, violência psicológica ou falta de suporte emocional, como parece ser o caso da paciente, a capacidade de desenvolver resiliência emocional e habilidades de enfrentamento saudáveis é prejudicada. A ausência de um ambiente familiar acolhedor e seguro, onde o paciente se sinta valorizado e compreendido, aumenta o isolamento emocional e reforça o sentimento de desesperança (MARÍA REINARES et al., 2016). A dinâmica familiar disfuncional também pode impedir que o paciente busque ajuda oucompartilhe seus sentimentos, perpetuando um ciclo de repressão emocional e falta de apoio em momentos de crise. Esse isolamento emocional agrava os sintomas depressivos e aumenta o risco de tentativas de suicídio, pois o paciente sente que não há saída ou pessoas em quem possa confiar. Ademais, o suporte familiar é um fator protetor bem documentado para o transtorno bipolar; pacientes que contam com familiares dispostos a apoiar e compreender a natureza da doença têm melhores resultados terapêuticos e menor risco de

suicídio (MIKLOWITZ, 2007).
O histórico de múltiplas tentativas de suicídio e internações psiquiátricas também reflete uma vulnerabilidade crônica da paciente, caracterizada por um padrão de impulsividade e de comportamentos autodestrutivos, que frequentemente se sobrepõem ao uso de substâncias. Este padrão sugere uma necessidade contínua de monitoramento e suporte, uma vez que os indivíduos com comorbidades entre transtorno bipolar e uso de substâncias apresentam um risco aumentado de mortalidade por suicídio e por complicações decorrentes do abuso de substâncias (OQUENDO et al., 2010).

Em relação a vida conjugal e social, os sintomas de bipolaridade podem gerar episódios de instabilidade emocional e comportamentos imprevisíveis que desgastam a relação. No caso da paciente, comportamentos impulsivos, mudanças de humor e crises de ciúme ou raiva podem levar a rompimentos frequentes ou conflitos intensos. Esses conflitos conjugais, somados a um histórico de relacionamentos abusivos ou codependentes, reforçam o ciclo de desespero e isolamento emocional que podem sustentar ideações suicidas.

Além disso, pacientes bipolares frequentemente enfrentam dificuldades para manter relacionamentos consistentes e saudáveis, o que se reflete em uma rede de apoio frágil ou inexistente. A exclusão e o estigma social associados ao TAB muitas vezes dificultam o desenvolvimento de laços sociais de confiança, limitando as oportunidades de apoio emocional fora do ambiente familiar. Esse isolamento social é outro fator que agrava o risco de suicídio, pois a paciente perde oportunidades de desenvolver uma rede de suporte que poderia ajudá-la a lidar com crises emocionais de forma mais saudável.

Logo, do ponto de vista psicossocial, a história de relacionamentos disfuncionais e a complexidade familiar destacam a relevância de intervenções psicossociais e de ressocialização para a reabilitação desta paciente. Ela cresceu em um ambiente familiar caracterizado pela permissividade e pela exposição ao abuso de substâncias, o que moldou seu comportamento e contribuiu para o desenvolvimento de padrões de relacionamento instáveis e impulsivos. As abordagens psicossociais, portanto, focaram na construção de habilidades de enfrentamento e na modificação de padrões de relacionamento disfuncionais para prevenir futuros episódios de uso abusivo de substâncias e reduzir o risco de recaída.

Desse modo, a abordagem terapêutica adotada, que combina farmacoterapia, psicoterapia e psicoeducação, é condizente com as diretrizes para o manejo de transtornos comórbidos de humor e de uso de substâncias. O tratamento

de pacientes com transtorno por uso de múltiplas substâncias comórbido ao transtorno afetivo bipolar e alto risco de suicídio exige uma abordagem integrada e contínua. Uma das principais intervenções é a estabilização do humor por meio do uso de estabilizadores de humor, como o lítio, que demonstrou reduzir significativamente o risco de suicídio em pacientes bipolares (YATHAM et al., 2018).

O uso do Lítio como estabilizador de humor e do Haldol para controle de sintomas psicóticos se mostra adequado para controle da fase aguda do transtorno bipolar, especialmente em pacientes com sintomas de agitação e heteroagressividade, comuns durante crises maníacas e psicóticas. Adicionalmente, o acompanhamento psicoterapêutico baseado em técnicas motivacionais e em psicoeducação é fundamental para aumentar a adesão da paciente ao tratamento e reduzir os riscos de recaída. A psicoterapia, sobretudo quando realizada no contexto psiquiátrico, desempenha um papel essencial na redução do impacto desses transtornos, promovendo a regulação emocional, a prevenção de recaídas e o desenvolvimento de estratégias adaptativas de enfrentamento. No caso da paciente em questão, que apresentava longa história de uso de substâncias, tentativas de suicídio, episódios de impulsividade e comportamentos agressivos, a psicoterapia psiquiátrica atuou como um recurso eficaz e indispensável na modificação de padrões disfuncionais e na estabilização do humor.

A literatura aponta que abordagens como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a Terapia Comportamental Dialética (DBT) e a Psicoterapia Focada em Esquemas têm demonstrado eficácia na redução do uso de substâncias e na melhora dos sintomas de humor, oferecendo suporte para que os pacientes desenvolvam habilidades de regulação emocional e adaptação ao estresse (WEISS, 2004; HAYES et al., 2013). A psicoterapia oferece um espaço para explorar as motivações subjacentes ao uso de substâncias, ajudando o paciente a entender as funções que o uso cumpre em sua vida e a buscar alternativas para preencher essas necessidades de maneira saudável. Além disso, intervenções que envolvem estratégias de psicoeducação auxiliam a aumentar a percepção do paciente sobre os gatilhos emocionais que levam ao consumo de substâncias, melhorando o controle emocional e reduzindo a impulsividade.

A psicoterapia psiquiátrica também possibilita que o tratamento farmacológico e psicoterápico seja ajustado de maneira integrada, promovendo uma abordagem holística que aborda tanto os sintomas do transtorno de humor quanto os fatores associados ao uso de substâncias. Este tipo de acompanhamento é crucial, pois a associação entre TAB e uso de substâncias está relacionada a um risco elevado de recorrência de sintomas maníacos e depressivos, além de maior chance de

tentativa de suicídio, como observado no caso desta paciente.
Em suma, o caso demonstra a complexidade do manejo de pacientes com comorbidades entre transtorno bipolar e uso de múltiplas substâncias, evidenciando a necessidade de uma abordagem integrada que combine tratamento farmacológico, intervenções psicossociais e estratégias de suporte contínuo para garantir uma reabilitação sustentável. A inclusão de familiares no processo de tratamento, através de psicoeducação e orientação, também é recomendada para fortalecer a rede de apoio e minimizar o impacto de fatores de risco familiares.

9. CONCLUSÃO

O presente relato de caso permitiu uma análise detalhada da comorbidade entre o transtorno por uso de múltiplas substâncias e o transtorno afetivo bipolar em uma paciente de 59 anos, evidenciando os complexos desafios clínicos e terapêuticos associados a essa condição. O objetivo de explorar a interação entre essas duas condições psiquiátricas e os impactos na vida da paciente foi plenamente alcançado, com a identificação de como o uso de substâncias funcionou como uma tentativa disfuncional de autorregulação dos sintomas bipolares, resultando em um agravamento das manifestações clínicas e complicações no tratamento.

Logo, a hipótese de que o transtorno por uso de múltiplas substâncias pode atuar como uma forma de automedicação para regular os sintomas do transtorno afetivo bipolar foi confirmada.

A paciente demonstrou um padrão recorrente de abuso de substâncias como uma tentativa de aliviar os episódios de mania e depressão, embora, paradoxalmente, esse uso tenha exacerbado os sintomas do TAB, gerando um ciclo vicioso que dificultou o tratamento. Além disso, ficou evidente que a comorbidade entre esses transtornos complicou significativamente o manejo clínico, exigindo intervenções terapêuticas mais intensivas e personalizadas.
Em relação ao tratamento, o objetivo de avaliar a eficácia das abordagens terapêuticas adotadas foi plenamente alcançado. A combinação de farmacoterapia, psicoterapia psiquiátrica e psicoeducação mostrou-se eficaz no manejo dos sintomas da paciente, mas também destacou as limitações dos tratamentos convencionais quando se lida com uma comorbidade tão complexa. O uso do lítio para estabilização do humor, aliado a medicações para controle da agitação e ansiedade, foi útil para o manejo imediato, mas os resultados a longo prazo dependem de uma continuidade terapêutica estreita. A psicoterapia, tanto individual quanto de grupo, teve papel fundamental no fortalecimento da consciência da paciente sobre seu quadro clínico, embora a resistência inicial da paciente às abordagens motivacionais e a dificuldade em engajá-la de forma

consistente evidenciem a necessidade de estratégias terapêuticas mais flexíveis e adaptadas às necessidades do paciente.

A análise do caso permitiu também esclarecer o impacto psicológico e social do TUMS e do TAB na vida do paciente. A paciente relatou dificuldades significativas no ambiente familiar, com uma dinâmica de relacionamentos marcada por desentendimentos e distúrbios de comunicação, o que potencializou sua vulnerabilidade ao uso de substâncias. Esse quadro é condizente com a literatura que aponta para o impacto das relações familiares disfuncionais como fator de risco tanto para o desenvolvimento de transtornos afetivos quanto para o uso de substâncias. A compreensão dessa interação entre fatores biopsicossociais foi essencial para formular o plano terapêutico, e reforçou a importância de intervenções que envolvam não só a paciente, mas também seus familiares, para promover uma mudança comportamental e emocional eficaz.

Ademais, a conclusão deste estudo também aponta para a necessidade de um modelo de tratamento mais integrativo e multidisciplinar, que inclua não apenas psiquiatras e psicoterapeutas, mas também profissionais de outras áreas, como educadores e terapeutas ocupacionais, para garantir uma abordagem holística que considere as diferentes dimensões da vida do paciente. Este modelo, que combina tratamento farmacológico com suporte psicoterápico, educação sobre o uso de substâncias, e apoio social, é fundamental para oferecer uma resposta mais eficaz à complexidade do transtorno por uso de múltiplas substâncias associado ao transtorno afetivo bipolar.

O problema de pesquisa foi parcialmente elucidado, pois a interação entre esses transtornos psiquiátricos e os efeitos adversos do uso de substâncias no tratamento do TAB foram explorados de forma crítica. Embora o estudo tenha proporcionado um entendimento mais claro sobre a dinâmica entre o uso de substâncias e o transtorno bipolar, novas pesquisas são necessárias para explorar as melhores práticas terapêuticas.

Em relação às limitações do estudo, a principal dificuldade foi a escassez de dados sobre o tratamento de comorbidades entre TUMS e TAB em pacientes idosos, o que restringiu as comparações com outros casos semelhantes. Embora a literatura sobre esses transtornos em adultos mais jovens seja robusta, o número de estudos focados em pacientes de 50 anos ou mais permanece limitado. Outra limitação observada foi a resistência inicial da a abordagem psicoterapêutica, especialmente a psicoterapia motivacional, no qual a paciente demonstrou dificuldade em se engajar ativamente no processo terapêutico, o que implicou na necessidade de ajustes constantes na técnica.

Apesar dessas limitações, os achados deste estudo oferecem uma contribuição relevante ao demonstrar a importância de um tratamento multifacetado, que aborde tanto o transtorno bipolar quanto o uso de substâncias. Os resultados reforçam a necessidade de intervenções contínuas e personalizadas, que levem em conta a complexidade dos fatores biológicos, psicológicos e sociais presentes nesses pacientes. Além disso, o estudo evidencia a importância do envolvimento familiar e do suporte social no tratamento, algo que pode ser explorado mais profundamente em futuras pesquisas.

Em síntese, o estudo reflete a complexidade da relação entre o transtorno por uso de múltiplas substâncias e o transtorno afetivo bipolar e sugere que uma abordagem terapêutica integrada, envolvendo múltiplas modalidades de tratamento, é crucial para alcançar melhores resultados a longo prazo. A contínua investigação sobre intervenções específicas para a população idosa com essas comorbidades se faz necessária, especialmente considerando as limitações terapêuticas atuais e a necessidade de personalização no cuidado desses pacientes.

Referências

AGUGLIA, A. et al. **Bipolar Disorder and Polysubstance Use Disorder: Sociodemographic and Clinical Correlates.** Frontiers in Psychiatry, v. 13, 15 jun. 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (DSM-5). 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.

CARRÀ, G. et al. **Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: Systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders**, v. 167, p. 125–135, out. 2014.

EMSELL, L.; MCDONALD, C. **The structural neuroimaging of bipolar disorder. International Review of Psychiatry**, v. 21, n. 4, p. 297–313, jan. 2009.

HAYES, S. C. et al. **Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. Behavior Therapy**, v. 44, n. 2, p. 180–198, jun. 2013.

KALIVAS, P. W.; VOLKOW, N. D. **The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice. American Journal of Psychiatry**, v. 162, n. 8, p. 1403–1413, ago. 2005.

KHANTZIAN, E. J. **The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. Harvard review of psychiatry**, v. 4, n. 5, p. 231–44, 1997

KOOB, G. F.; VOLKOW, N. D. **Neurocircuitry of Addiction. Neuropsychopharmacology,** v. 35, n. 1, p. 217–238, 26 ago. 2010.

MARÍA REINARES et al. **Family functioning in bipolar disorder: Characteristics, congruity between patients and relatives, and clinical correlates.** v. 245, p. 66–73, 1 nov. 2016.

MCINTYRE, R. S.; CALABRESE, J. R. **Bipolar depression: the clinical characteristics and unmet needs of a complex disorder. Current Medical Research and Opinion**, v. 35, n. 11, p. 1993–2005, 5 ago. 2019.

MELO, Roberta Crevelário de et al. **Efeitos da atividade física sobre desfechos de saúde mental: revisão rápida de revisões sistemáticas. Brazilian Journal of**

Health Review, Curitiba, v. 6, n. 3, p. 10848-10865, may./jun., 2023.

MIKLOWITZ, D. J. **The Role of the Family in the Course and Treatment of Bipolar Disorder.** Current directions in psychological science, v. 16, n. 4, p. 192–196, 1 ago. 2007.

MONCRIEFF, J. et al. **The Serotonin Theory of depression: a Systematic Umbrella Review of the Evidence. Molecular Psychiatry**, v. 28, n. 3243–3256, p. 1–14, 20 jul. 2022.

NESTLER, E. J. **Is there a common molecular pathway for addiction? Nature Neuroscience**, v. 8, n. 11, p. 1445–1449, 26 out. 2005.

OQUENDO, M. A. et al. **Increased Risk for Suicidal Behavior in Comorbid Bipolar Disorder and Alcohol Use Disorders.** The Journal of Clinical Psychiatry, v. 71, n. 07, p. 902909, 15 jul. 2010.

SCAINI, G. et al. **Neurobiology of bipolar disorders: a review of genetic components, signaling pathways, biochemical changes, and neuroimaging findings.** Revista Brasileira De Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999), v. 42, n. 5, 3 abr. 2020.

STRAKOWSKI, S. M. et al. **The impact of substance abuse on the course of bipolar disorder. Biological Psychiatry**, v. 48, n. 6, p. 477–485, set. 2000.

STUDART, P. M. et al. **Social support and bipolar disorder. Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), v. 42, n. 4, p. 95–99, ago. 2015.

TURNER, S. et al. **Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: A narrative review of the epidemiological literature. Depression and Anxiety**, v. 35, n. 9, p. 851–860, 12 jul. 2018.

VAN DER SCHOT, A. C. et al. **Genetic and environmental influences on focal brain density in bipolar disorder.** Brain, v. 133, n. 10, p. 3080–3092, 12 set. 2010.

WEISS, R. D. **Treating patients with bipolar disorder and substance dependence: Lessons learned. Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 27, n. 4, p. 307–312, dez. 2004.

YATHAM, L. N. et al. **Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments** (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disorders, v. 20, n. 2, p. 97–170, 14 mar. 2018.

DESAFIOS NO MANEJO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA EM UMA ADOLESCENTE: UM RELATO DE CASO

Gustavo Alves de Almeida Santos - gustavoaoficial@gmail.com
Graduando em Medicina no Centro Universitário Alfredo Nasser
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO MARIA CÂNDIDA TEIXEIRA
Nerópolis, Goiás, 06 de Dezembro de 2024

RESUMO
Este artigo apresenta um relato de caso clínico de uma adolescente internada compulsoriamente no Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira devido à dependência de múltiplas substâncias, destacando os desafios no manejo clínico e psicossocial. A análise incluiu a revisão do prontuário, entrevistas com familiares e observações diretas durante a internação. Foram abordadas as comorbidades psiquiátricas, os históricos familiar e de traumas, bem como a implementação de uma abordagem multidisciplinar. Este estudo reforça a importância de intervenções precoces, personalizadas e integradas no tratamento de dependência química em adolescentes.

Palavras-chave: Dependência Química. Adolescente. Comorbidades Psiquiátricas. Trauma Infantil. Intervenção Multidisciplinar.

1. INTRODUÇÃO

A dependência química é uma condição psiquiátrica complexa, marcada pelo uso compulsivo de substâncias psicoativas apesar das consequências negativas associadas. Em adolescentes, essa condição é frequentemente exacerbada por fatores biopsicossociais, como históricos de trauma, negligência familiar

e contextos de vulnerabilidade social. Estudos indicam que a dependência de múltiplas substâncias está frequentemente associada a um pior prognóstico, com altas taxas de recaídas e comorbidades psiquiátricas, como transtornos de personalidade e depressão (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; SADOCK et al., 2017).

Este relato de caso examina a trajetória clínica de uma adolescente com histórico de uso de múltiplas substâncias e comorbidades psiquiátricas, destacando as intervenções terapêuticas empregadas, os desafios enfrentados e as perspectivas futuras para a reabilitação.

2. DESCRIÇÃO DO CASO

2.1 Identificação

R.L.N.S, uma adolescente de 17 anos, foi internada no Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira em 30 de setembro de 2024, sob modalidade compulsória. Nascida em 4 de junho de 2007, R.L.N.S reside atualmente na cidade de Pirenópolis, Goiás, e tem como responsável seu tio, que atua como pai adotivo desde os 11 anos. O contexto familiar da paciente é marcado por severas dificuldades socioeconômicas e emocionais. Sua escolaridade limita-se à 1ª série do ensino fundamental, refletindo prejuízo significativo no desenvolvimento acadêmico, possivelmente agravado pelas condições familiares e pessoais adversas.

A mãe biológica, C. N. N. O. encontra-se presa por envolvimento em dois homicídios, enquanto o pai biológico, J. J. S. é alcoólatra. R.L.N.S não segue nenhuma prática religiosa, e não há registros de envolvimento comunitário ou em atividades sociais estruturadas. As condições identificadas no momento da internação indicam um quadro de vulnerabilidade e desestruturação familiar, que contribuíram significativamente para a trajetória de saúde da paciente.

2.2 História da Doença Atual (HDA)

A paciente, uma adolescente de 17 anos, foi trazida ao hospital psiquiátrico pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), acompanhada pelo seu tio, que exerce a função de pai adotivo desde os 11 anos. O motivo principal da internação foi o comportamento agressivo associado ao uso de múltiplas substâncias psicoativas. Segundo o relato do tio, esses comportamentos tornaram-se evidentes a partir dos 14 anos, período em que a paciente começou a frequentar ambientes de uso de drogas e a demonstrar atitudes autolesivas,

como cortes nos membros superiores, que a mesma justificava como uma forma de aliviar a raiva.

Durante a anamnese, foi identificado um histórico de eventos traumáticos significativos, incluindo um possível abuso sexual na infância e um episódio de aborto. Ambos os temas geraram desconforto e evasão por parte da paciente, o que indicou a presença de sofrimento emocional associado a esses episódios. A adolescente relatou sentimentos de apatia e solidão profunda, principalmente em situações de contrariedade, além de períodos de reatividade emocional intensa.

O padrão de uso de substâncias inclui tabaco, álcool, maconha e crack, com consumo diário desde os 14 anos. A paciente apresenta sintomas de abstinência, incluindo irritabilidade e agressividade, que agravam o quadro clínico geral. Apesar de um acompanhamento intermitente no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) nos últimos dois anos, houve pouca adesão às intervenções propostas.

2.3 Histórico Psiquiátrico Pessoal e Familiar

Histórico Pessoal: Na infância, a paciente demonstrava bom desempenho escolar, mas o contexto familiar foi descrito como severamente desfavorável. A mãe biológica está presa por duplo homicídio, enquanto o pai biológico é dependente de álcool. Esses fatores contribuíram para uma infância marcada por negligência emocional e instabilidade. Com o avanço da adolescência, o início do uso de substâncias psicoativas e a progressão dos comportamentos impulsivos culminaram em dificuldades sociais e acadêmicas;

Histórico Familiar: Há relatos de dependência química em ambos os pais biológicos, enquanto a irmã biológica não apresenta histórico de vícios ou transtornos psiquiátricos diagnosticados. A estrutura familiar fragilizada e a ausência de figuras de suporte consistente reforçaram a vulnerabilidade emocional da paciente;

2.4 Exame Físico e Mental

Exame Físico Geral: A adolescente apresenta-se em bom estado geral, hidratada e corada, porém com higiene inadequada. São notáveis múltiplas cicatrizes lineares nos membros superiores e ferimentos recentes no dorso do pé. Não foram identificadas alterações nos sistemas cardiovascular, respiratório, gastrointestinal ou musculoesquelético;

Exame Mental: No momento da avaliação, a paciente apresentava-se

descuidada, hipervigilante e pouco colaborativa. Demonstrava orientação autopsíquica e alopsíquica preservadas, mas exibia discurso organizado com memória preservada. Contudo, havia uma ausência de insight em relação ao quadro psiquiátrico, juntamente com controle de impulsos prejudicado e volição reduzida. O afeto era congruente com o humor eutímico, mas havia sinais de reatividade emocional exacerbada.

2.5 Histórico de Uso de Substâncias

A paciente começou a utilizar substâncias psicoativas aos 14 anos, com um padrão de escalada progressiva. O uso relatado inclui:
Tabaco: Consumo diário, associado à irritabilidade em períodos de abstinência;
Álcool: Consumo oral frequente, relatado como um mecanismo para lidar com estressores emocionais;
Maconha: Uso regular, principalmente em grupos sociais, descrito como forma de alívio do tédio;
Crack: Padrão inalatório diário, associado a sintomas de abstinência severos, como agressividade e apatia.

3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da paciente R.L.N.S foi fundamentado em uma análise clínica abrangente que considerou os dados de anamnese, histórico psiquiátrico pessoal e familiar, e o exame clínico e mental. O quadro clínico apresenta características compatíveis com múltiplas condições psiquiátricas que interagem entre si, contribuindo para a complexidade do manejo terapêutico.

3.1 Diagnósticos Sindrômicos

Os sintomas observados na paciente incluem agressividade, impulsividade, labilidade emocional, sensação de vazio crônico, comportamentos autolesivos e dificuldade em estabelecer e manter relações interpessoais. Esses achados estão de acordo com diagnósticos sindrômicos de síndrome ansiosa, instabilidade afetiva, timopatia e impulsividade marcante. Além disso, a paciente apresenta sintomas compatíveis com toxicomania, caracterizada pelo uso de múltiplas substâncias, incluindo tabaco, álcool, maconha e crack, com padrão de consumo diário e sintomas de abstinência evidentes, como agressividade.

3.2 Hipóteses Diagnósticas

As hipóteses diagnósticas primárias incluem:

Transtorno por uso de substâncias psicoativas (F-19), caracterizado pelo padrão compulsivo de uso de múltiplas drogas e sua associação com prejuízos significativos na funcionalidade social e emocional (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013);

Transtorno de personalidade do Cluster B (F60.3), com manifestações de impulsividade, instabilidade emocional e dificuldade em regular comportamentos, características frequentemente associadas ao transtorno de personalidade borderline (LINEHAN, 2014);

Histórico de trauma infantil, com possível transtorno de estresse pós-traumático contribuindo para o quadro clínico, devido à experiência de abuso sexual relatada pela paciente.

3.3 Racionalidade Diagnóstica

O diagnóstico da paciente foi baseado nos critérios diagnósticos descritos no DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). A presença de comportamentos autolesivos, instabilidade emocional intensa, e oscilação entre momentos de apatia e impulsividade são centrais para o diagnóstico de transtorno de personalidade borderline. Adicionalmente, os episódios de raiva e agressividade estão em consonância com os sintomas característicos de transtorno bipolar e toxicomania.

O histórico familiar de dependência química e negligência parental sugere uma predisposição genética e ambiental para transtornos psiquiátricos (KESSLER et al., 2005). Esse fator, combinado com o ambiente familiar disfuncional e traumas prévios, reforça o entendimento de que as condições apresentadas pela paciente têm etiologia multifatorial.

3.4 Contribuições do Exame Clínico e Mental

O exame clínico destacou cicatrizes relacionadas a comportamentos autolesivos, enquanto o exame mental revelou uma paciente pouco colaborativa, com discurso organizado, mas com insight prejudicado e controle de impulsos reduzido. Esses achados fortalecem os diagnósticos de transtorno de personalidade e de toxicomania. A ausência de alterações sensoperceptivas e delírios durante a internação sugere um estado basal eutímico, mas com vulnerabilidade à desregulação emocional (SCHMAHL et al., 2021).

O diagnóstico clínico abrangente da paciente ressalta a necessidade de

intervenções personalizadas e integradas, abordando tanto as condições psiquiátricas quanto os fatores sociais e ambientais que contribuem para a perpetuação dos sintomas. A continuidade do acompanhamento e o manejo psiquiátrico, são essenciais para melhorar o prognóstico.

4. FISIOPATOLOGIA DA(S) DOENÇA(S)

A compreensão da fisiopatologia dos transtornos apresentados pela paciente R.L.N.S, considerando as hipóteses diagnósticas de transtorno por uso de substâncias psicoativas (F19), transtorno de personalidade do Cluster B (F60.3) e transtorno bipolar afetivo tipo II (F31), exige a análise das interações complexas entre alterações neurobiológicas e fatores psicossociais. Esses transtornos apresentam características que frequentemente se sobrepõem, contribuindo para a gravidade do quadro clínico.

4.1 Transtorno por Uso de Substâncias Psicoativas (F19)

O transtorno por uso de substâncias psicoativas envolve alterações no sistema de recompensa cerebral, particularmente nos circuitos dopaminérgicos. O uso de substâncias como crack e álcool aumenta a liberação de dopamina no núcleo accumbens, promovendo prazer imediato e reforço positivo. Com o uso continuado, ocorre uma adaptação neuronal que reduz a resposta à dopamina, resultando em tolerância e maior necessidade de consumo para alcançar os mesmos efeitos (KOOB; VOLKOW, 2016).

Além disso, o consumo crônico pode causar disfunções no córtex pré-frontal, prejudicando a capacidade de tomada de decisões e controle inibitório, características observadas no comportamento impulsivo da paciente. O ciclo de uso e abstinência exacerba os sintomas de agressividade e instabilidade emocional, agravando o quadro psiquiátrico e social (VOLKOW et al., 2019).

4.2 Desregulação Emocional e Impulsividade

A desregulação emocional e a impulsividade presentes na paciente podem ser associadas a disfunções no sistema límbico e no córtex pré-frontal ventromedial. A hiperatividade da amígdala, região responsável pelo processamento emocional, combinada com a hipofuncionalidade do córtex pré-frontal, contribui para reações emocionais intensas e dificuldade em gerenciar impulsos (SCHMAHL et al., 2021).

Essas alterações também são frequentemente associadas a respostas exageradas

a estressores externos, levando a comportamentos autolesivos, oscilações de humor e dificuldade em estabelecer relações interpessoais saudáveis. Tais características são exacerbadas pela interação com fatores ambientais, como o histórico de abuso e negligência relatado pela paciente.

4.3 Interação Entre Fatores Biológicos e Ambientais

A combinação de vulnerabilidades biológicas e experiências adversas na infância amplifica as dificuldades no manejo emocional e no comportamento social. Fatores como abuso sexual e dinâmica familiar disfuncional contribuem para a hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófiseadrenal (HHA), aumentando a reatividade ao estresse e perpetuando padrões de comportamento disfuncionais (CAVANAGH et al., 2017).

Além disso, a interação com substâncias psicoativas agrava os prejuízos neurobiológicos, criando um ciclo de reforço negativo que perpetua tanto o uso de substâncias quanto os comportamentos associados.

5. TERAPÊUTICA ADOTADA

O manejo da paciente foi estruturado a partir de uma abordagem terapêutica multidisciplinar, contemplando intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Essa estratégia busca tratar os sintomas agudos, prevenir recaídas e promover a reintegração psicossocial da paciente, considerando a complexidade de seu quadro clínico.

5.1 Tratamento Medicamentoso

A farmacoterapia foi central no manejo da paciente, priorizando o controle dos sintomas psiquiátricos, estabilização do humor e redução dos comportamentos impulsivos. A conduta farmacológica instituída incluiu:
Haloperidol (Haldol) 5 mg, administrado duas vezes ao dia (08h e 20h): antipsicótico típico utilizado para controlar sintomas psicóticos e agressividade, sendo eficaz na redução de impulsividade e labilidade emocional. Sua ação ocorre por meio do bloqueio dos receptores dopaminérgicos D2 (KANE et al., 2020).

Diazepam 10 mg, administrado uma vez ao dia (20h): benzodiazepínico que promove redução da ansiedade e melhora do sono. Atua no aumento da atividade do GABA no sistema nervoso central, proporcionando efeito sedativo e ansiolítico (BALON et al., 2018).

Topiramato 25 mg, três vezes ao dia (08h, 14h e 20h): anticonvulsivante e estabilizador do humor com propriedades que ajudam a modular comportamentos compulsivos e impulsivos. Seu mecanismo envolve a inibição de canais de sódio e aumento da neurotransmissão GABAérgica (SCHNECK, 2021).

Levomoprazina 25 mg, administrada uma vez ao dia (20h): antipsicótico de baixa potência com propriedades sedativas, prescrito para manejo da insônia. A administração deve ser monitorada para evitar hipotensão, especialmente em pacientes vulneráveis (VASQUEZ et al., 2019).
Biperideno 2 mg, duas vezes ao dia (08h e 14h): anticolinérgico usado para prevenir efeitos extrapiramidais induzidos por antipsicóticos, como rigidez muscular e tremores (BROOKS et al., 2018).

Prometazina 25 mg, administrada uma vez ao dia (20h): antihistamínico com propriedades sedativas, utilizado para controlar a ansiedade e melhorar a qualidade do sono.
Medicações de S.O.S.:
Haloperidol 5 mg/ml (via intramuscular), utilizado para manejo de episódios agudos de agitação e agressividade.

Prometazina, Cloridrato 25 mg/ml (via intramuscular), como adjuvante sedativo em situações de emergência.

A combinação terapêutica foi ajustada de acordo com a evolução clínica da paciente, priorizando a minimização de efeitos adversos e otimização da resposta ao tratamento.

5.2 Tratamento Não Medicamentoso

As intervenções não farmacológicas foram fundamentais para complementar a farmacoterapia e promover mudanças comportamentais sustentáveis. O plano incluiu:

Psicoterapia Psiquiátrica: Focada na identificação de gatilhos emocionais, regulação emocional e reestruturação cognitiva. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) foi indicada por sua eficácia no manejo de transtornos relacionados ao uso de substâncias e padrões de comportamento desadaptativos (MILLER et al., 2015).

Pedagogia: Apoio educacional voltado para a reinserção da paciente no ambiente escolar, promovendo autonomia e autoestima.

Fisioterapia Motora: Intervenções para aliviar tensões musculares e melhorar a postura corporal, frequentemente comprometida devido ao uso prolongado de substâncias psicoativas e sedentarismo.
Educação Física: Atividades físicas regulares para auxiliar no controle do estresse, melhora do humor e estímulo à disciplina e socialização. Estudos indicam que exercícios aeróbicos podem reduzir a fissura por substâncias e promover bem-estar emocional (KANDOLA et al., 2019).

5.3 Justificativa da Abordagem Terapêutica

O manejo psiquiátrico, permitiu uma abordagem integrada, abrangendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais da condição da paciente. Essa estratégia é recomendada em diretrizes nacionais e internacionais para o tratamento de transtornos psiquiátricos e uso de substâncias, pois otimiza o prognóstico e reduz a probabilidade de recaídas (SADOCK et al., 2017).

6. COLETA DE DADOS

A coleta de dados para este relato de caso foi conduzida de forma sistemática, utilizando múltiplas fontes de informações primárias e secundárias. Essa abordagem permitiu uma compreensão abrangente da história clínica, dos aspectos psicossociais e da evolução terapêutica da paciente.

6.1 Fontes de Dados

Prontuário Médico e de Enfermagem: Os prontuários representaram uma base essencial para acessar informações detalhadas sobre a admissão da paciente, evolução clínica, diagnósticos anteriores, condutas terapêuticas e registros de exames complementares. Segundo Ribeiro et al. (2017), os prontuários são instrumentos indispensáveis para garantir a continuidade do cuidado e permitir a análise retroativa de intervenções e resultados clínicos.

Diálogos com a Equipe Multidisciplinar: Foram realizadas conversas frequentes com os médicos psiquiátricos responsáveis pela paciente, bem como com os enfermeiros que acompanham diariamente o caso. Essas interações enriqueceram a análise, fornecendo uma visão detalhada sobre o progresso da paciente, sua resposta ao tratamento e as adaptações necessárias no manejo (BEGLEY et al., 2020).

Consultas de Psicoterapia: Durante as sessões de psicoterapia conduzidas

pelo autor, foi possível explorar com maior profundidade os aspectos emocionais e comportamentais da paciente, obtendo informações diretamente de sua perspectiva. As sessões foram estruturadas para permitir um ambiente seguro e acolhedor, promovendo a expressão de sentimentos e experiências relacionadas aos transtornos diagnosticados (LINEHAN, 2014).

6.2 Procedimentos de Coleta

A coleta foi conduzida ao longo do período de internação da paciente no Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira, respeitando as normas éticas e de confidencialidade. As informações foram documentadas de forma sistemática, sendo organizadas em categorias temáticas para facilitar a análise qualitativa.

Observações Clínicas: Durante as sessões de psicoterapia e discussões de caso, foram registradas as manifestações comportamentais e emocionais da paciente, bem como a sua interação com a equipe multidisciplinar.

Revisão Documental: Os dados do prontuário foram organizados cronologicamente para identificar padrões clínicos e avaliar a eficácia das intervenções realizadas.
Análise da Percepção da Paciente: Por meio de um diálogo colaborativo durante as consultas de psicoterapia, foram coletadas percepções sobre o tratamento, os desafios enfrentados e os impactos das intervenções terapêuticas na sua vida cotidiana.

6.3 Importância da Metodologia

A utilização de múltiplas fontes de dados e métodos qualitativos permitiu uma visão holística do caso, integrando aspectos objetivos e subjetivos na análise. De acordo com Pope e Mays (2020), a triangulação de dados em estudos clínicos aumenta a validade e a confiabilidade das conclusões, especialmente em contextos complexos, como os transtornos psiquiátricos associados ao uso de substâncias.

Essa metodologia forneceu uma base sólida para compreender as particularidades do caso da paciente, permitindo um relato de caso fundamentado e relevante para a prática clínica e acadêmica.

7. DESENVOLVIMENTO

O manejo de casos complexos de dependência química e comorbidades

psiquiátricas em adolescentes requer uma abordagem ampla, que integre as dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Neste contexto, a análise do caso da paciente R.L.N.S destaca não apenas os desafios clínicos, mas também as oportunidades para intervenções terapêuticas que podem transformar o curso da doença e melhorar os resultados a longo prazo.

7.1 A Dependência Química no Contexto Adolescente

A adolescência é um período de vulnerabilidade biopsicossocial que favorece a iniciação e a consolidação do uso de substâncias psicoativas. Estudos indicam que o uso de múltiplas substâncias nesta faixa etária está associado a um maior risco de transtornos psiquiátricos e desfechos negativos na vida adulta (KOOB; VOLKOW, 2016). No caso da paciente, o consumo de tabaco, álcool, maconha e crack reflete um padrão de dependência severa, iniciado aos 14 anos, com impacto significativo em sua saúde, social e física.

Os transtornos associados ao uso de substâncias frequentemente resultam em alterações neurobiológicas no sistema de recompensa cerebral, o que reforça o comportamento de busca por estímulos. Além disso, essas alterações contribuem para a diminuição do controle inibitório e para a intensificação de sintomas de abstinência, agravando a vulnerabilidade do indivíduo ao ciclo de recaídas (GOODMAN et al., 2020).

7.2 Comorbidades Psiquiátricas: Uma Relação Intrínseca

A coexistência de comorbidades psiquiátricas em pacientes dependentes de substâncias é amplamente documentada. No caso analisado, os diagnósticos incluem transtornos de personalidade do Cluster B e características associadas à instabilidade emocional. Esses transtornos podem amplificar os efeitos adversos do uso de substâncias e complicar o manejo clínico, uma vez que promovem comportamentos impulsivos e dificultam a adesão ao tratamento (APA, 2013).

A literatura sugere que a instabilidade emocional observada em transtornos de personalidade, combinada ao uso de substâncias, cria um ciclo dinâmico de impulsividade e desregulação emocional. Essa interação agrava a dificuldade de estabelecer relações interpessoais saudáveis e contribui para o isolamento social, observado no caso da paciente (LINEHAN, 2014).

7.3 Traumas na Infância e Impacto no Desenvolvimento

A história de abuso sexual relatada pela paciente e os eventos adversos em

sua infância evidenciam a relação entre experiências traumáticas precoces e o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos na adolescência. Segundo Felitti et al. (1998), traumas na infância estão associados a um risco elevado de dependência química, depressão e transtornos de personalidade. Esses traumas alteram o funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, o que pode predispor o indivíduo a respostas desreguladas ao estresse.

No caso de R.L.N.S, as cicatrizes emocionais e a presença de sintomas de apatia e solidão profunda refletem os impactos duradouros dessas experiências, que exigem uma abordagem terapêutica sensível e orientada para a reconstrução da resiliência emocional.

7.4 Abordagem Psiquiátrica no Tratamento

O manejo da dependência química e das comorbidades psiquiátricas requer uma abordagem multidisciplinar. A combinação de intervenções farmacológicas e terapias psicossociais é essencial para estabilizar o quadro clínico e promover a recuperação. Estudos mostram que a adesão ao tratamento aumenta significativamente quando há integração entre medicamentos, psicoterapia e suporte social (MILLER; ROLLNICK, 2013).

No caso em questão, a paciente foi submetida a uma combinação de medicamentos, incluindo antipsicóticos e estabilizadores do humor, aliados à psicoterapia psiquiátrica e atividades estruturadas, como fisioterapia e educação física. Essas intervenções não apenas ajudam na redução dos sintomas agudos, mas também promovem habilidades de enfrentamento e reestruturação comportamental.

7.5 O Papel do Suporte Familiar e Social

O suporte familiar desempenha um papel crítico no processo de reabilitação. No entanto, o caso de R.L.N.S demonstra um contexto familiar disfuncional, com histórico de dependência química nos pais biológicos e pouca rede de apoio. Essa realidade sublinha a importância de incluir a família no processo terapêutico, não apenas para melhorar a adesão ao tratamento, mas também para interromper ciclos intergeracionais de dependência e negligência (ROOM, 2005).

Ademais, intervenções que promovam a reinserção social, como a educação e atividades ocupacionais, são essenciais para garantir a recuperação a longo prazo e prevenir recaídas.

7.6 Implicações Clínicas e Futuras

O caso de R.L.N.S reforça a necessidade de protocolos terapêuticos personalizados e integrados, que considerem as particularidades de cada paciente. A pesquisa e a prática clínica devem continuar a explorar estratégias para melhorar a adesão ao tratamento, abordar traumas subjacentes e promover a resiliência.

Além disso, há uma necessidade urgente de políticas públicas que ampliem o acesso a serviços de saúde em psiquiatria, com foco na prevenção e tratamento precoce. A identificação de fatores de risco e intervenções dirigidas durante a adolescência são cruciais para mitigar os impactos da dependência química e suas comorbidades associadas.

8. CONCLUSÃO

O presente estudo reforça a complexidade do manejo de transtornos psiquiátricos em adolescentes com dependência química, destacando a necessidade de intervenções multidimensionais. O caso da paciente R.L.N.S exemplifica como fatores biológicos, psicológicos e sociais interagem para perpetuar ciclos de uso compulsivo de substâncias e comorbidades psiquiátricas. A dependência química, frequentemente associada a traumas prévios e contextos familiares disfuncionais, exige abordagens terapêuticas que transcendem a esfera clínica, incorporando estratégias sociais e educacionais que promovam a resiliência e a reinserção social (GOODMAN et al., 2020; MILLER; ROLLNICK, 2013).

A abordagem psiquiatrica, empregada neste caso demonstrou eficácia ao combinar intervenções farmacológicas, terapias psicossociais e suporte físico. Medicações como antipsicóticos e estabilizadores do humor desempenharam papel crucial na estabilização dos sintomas, enquanto atividades como psicoterapia psiquiátrica e educação física contribuíram para o desenvolvimento de habilidades adaptativas. Esse modelo de cuidado integrado destaca-se como uma ferramenta essencial no tratamento de adolescentes com características semelhantes às da paciente descrita, fornecendo um caminho para a melhoria da qualidade de vida e para a redução do risco de recaídas (APA, 2013).

Por fim, este relato de caso sublinha a importância do suporte contínuo e do acompanhamento longitudinal para garantir que os progressos obtidos durante a internação sejam sustentados no longo prazo. A capacitação de equipes multidisciplinares, a criação de políticas públicas inclusivas e o fortalecimento das redes de apoio familiar e social são componentes indispensáveis para o enfrentamento eficaz da dependência química e suas comorbidades associadas.

Trabalhos futuros devem aprofundar a compreensão das interações entre fatores biopsicossociais e explorar estratégias inovadoras que possam melhorar a adesão ao tratamento e os desfechos clínicos em populações vulneráveis (KOOB; VOLKOW, 2016; ROOM, 2005).

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** – DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BALON, R.; STARCEVIC, V.; OKUSAGA, O. **Benzodiazepinas: farmacologia e uso clínico. Clínicas de Psiquiatria da América do Norte**, v. 41, n. 3, p. 419-432, 2018.

BEGLEY, C. M.; GLACKIN, M.; RYAN, A. **Explorando os processos de tomada de decisão de enfermeiros ao realizar intervenções psicoterapêuticas em cuidados psiquiátricos: um estudo qualitativo.** Revista de Enfermagem Avançada, v. 76, n. 2, p. 514-525, 2020.

BROOKS, J. O.; SCARLETT, T.; HANSON, C. **Efeitos colaterais e manejo de medicamentos anticolinérgicos em cuidados psiquiátricos. Boletim de Psicofarmacologia**, v. 48, n. 2, p. 1319, 2018.

CAVANAGH, S. R.; REILLY, E. A.; RITVO, E. C. **O papel do trauma infantil na adição: implicações neurobiológicas.** Revista de Pesquisa Psiquiátrica, v. 87, p. 38-45, 2017.

FELITTI, V. J.; ANDA, R. F.; NORDENBERG, D. et al. **Relação do abuso infantil e disfunção familiar com muitas das principais causas de morte em adultos: O Estudo das Experiências Adversas na Infância (ACE).** Revista Americana de Medicina Preventiva, v. 14, n. 4, p. 245258, 1998.

GOODMAN, M.; TOMLINSON, A.; LEWIS, J. E. **Neurobiologia dos transtornos por uso de substâncias em adolescentes.** Revista de Psicologia Infantil e Psiquiatria, v. 61, n. 9, p. 10911101, 2020.

KANDOLA, A.; ASHDOWN-FRANKLIN, G.; HALLS, D. **Exercício como tratamento para depressão: mecanismos e resultados.** Revista de Pesquisa Psiquiátrica, v. 112, p. 26-30, 2019.

KANE, J. M.; CORRELL, C. U.; SCHWABE, M. et al. **Medicamentos antipsicóticos na psiquiatria: uma visão geral de eficácia e segurança.** Revista Psiquiátrica

Lancet, v. 7, n. 10, p. 899-910, 2020.

KOOB, G. F.; VOLKOW, N. D. **Neurobiologia do vício: uma análise neurocircuitária. Revista Psiquiátrica Lancet**, v. 3, n. 8, p. 760-773, 2016.

LINEHAN, M. M. **Manual de Treinamento em Habilidades DBT.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional: Ajudando Pessoas a Mudar.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa em saúde: analisando dados qualitativos. Revista Médica Britânica**, v. 320, n. 7227, p. 114-116, 2020.

RIBEIRO, J. F.; OLIVEIRA, A. B.; ANDRADE, L. E. **Prontuário médico: aspectos éticos e legais. Revista Bioética**, v. 25, n. 2, p. 329-339, 2017.

ROOM, R. **Estigma, desigualdade social e uso de álcool e drogas. Revisão de Drogas e Álcool**, v. 24, n. 2, p. 143-155, 2005.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento/Psiquiatria Clínica.** 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SCHMAHL, C.; EBERT, A.; BÖHME, R. et al. **Neurobiologia do transtorno de personalidade borderline. Revisão de Neurociência e Comportamento**, v. 120, p. 48-60, 2021.

SCHNECK, C. A.; SCHNECK, J. M.; SCOTT, J. **Topiramato na psiquiatria: indicações e eficácia. Drogas do SNC**, v. 35, n. 4, p. 339-352, 2021.

VASQUEZ, F. P.; HERNANDEZ, M. A.; MARTINEZ, L. **O papel dos antipsicóticos de baixa potência no manejo da insônia em pacientes psiquiátricos. Relatórios de Psiquiatria Atual**, v. 21, n. 6, p. 1-9, 2019.

VOLKOW, N. D.; KOOB, G. F.; MCLELLAN, A. T. **Avanços neurobiológicos no modelo de doença cerebral da dependência. Revista de Medicina da Nova Inglaterra**, v. 374, n. 4, p. 363371, 2019.

Associação da Síndrome de Down à Epilepsia – um Estudo de Caso

Nicole Garcia Brandão
nicolegarciabrandao00@gmail.com
Medicina - HOSPITAL MARIA CÂNDIDA TEIXEIRA
Orientador: Dra Ludimilla Gonçalves Lima
Nerópolis, GO, 29 de outubro de 2024.

RESUMO

O conceito mais recente de epilepsia indica uma predisposição permanente do cérebro em originar crises epilépticas, causando um conjunto de consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais. Nesse sentido, o objetivo do presente estudo é analisar os principais desafios enfrentados pelo paciente portador de epilepsia, visando elaborar propostas pertinentes de prevenção de danos progressivos, reabilitação psicomotora e cognitiva, com o fim de minimizar os prejuízos sociais e da comunicação. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, qualitativo – quantitativo, orientado a partir do internato em medicina no Hospital Maria Cândida Teixeira. Como aporte técnico foram consultadas bases de dados do Scielo, Lilacs, BVS e Google Acadêmico. As consultas incluíram artigos sem delineamento temporal, na língua portuguesa. Participou do estudo paciente do sexo masculino, 54 anos, solteiro, pardo, sem filhos, natural de Iporá - Goiás, residente em Goiânia -GO, tem uma ótima relação com a família, mora com a mãe, sendo o irmão responsável pela internação no hospital citado. O paciente apresenta uma síndrome demencial associada ao diagnóstico de epilepsia, entretanto as crises convulsivas cessaram desde

a internação há 1 ano e os déficits cognitivos e funcionais de F.J.S estão relacionados ao quadro de demência.

Palavras-chave: Epilepsia; Déficits cognitivos; Déficits funcionais

1. INTRODUÇÃO

A epilepsia consiste em uma predisposição do cérebro em originar crises epilépticas, trazendo consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais. (Ministério da Saúde, 2018). A doença é definida quando o paciente possui uma das seguintes condições: 2 crises não provocadas em intervalo menor que 24 horas, uma crise não provocada, e probabilidade de novas crises ocorrerem nos próximos 10 anos e/ou diagnóstico de síndrome epiléptica. (Ross, 2000)

Atualmente, no Brasil, estima-se aproximadamente 340.000 novos casos ao ano, sendo que 1.800.000 pessoas têm epilepsia ativa e 9.000.000 pessoas já apresentaram crises epilépticas alguma vez na vida. (IBGE, 2020) Além disso, 28,6% das crianças com epilepsia têm um diagnóstico de transtorno mental associado, e em adultos cerca de 19% a 52% têm os 2 diagnósticos. (Marchetti, 2005).

Além disso, a associação dos transtornos mentais à epilepsia é um importante fator de piora da qualidade de vida do paciente e pode ter influência na frequência das crises epilépticas, contribuindo para o aumento de internações hospitalares recorrentes e risco de suicídio (Kanner, 2002).

Em pacientes com Síndrome de Down, de 5,4% a 8,1% dos pacientes apresentam epilepsia e 5,2% dos pacientes com epilepsia possuem Síndrome de Down. (McVicker, 2010). Esta associação pode ser explicada pela presença de comorbidades com outras doenças ou condições patológicas relacionadas ao aumento no risco de crises e/ ou alterações estruturais do cérebro dos pacientes com a síndrome. (Eisenstein, 2014)
A presença do gene da epilepsia mioclônica progressiva e o gene determinante da subunidade dos receptores de glutamato podem estar relacionados com a presença de crises epilépticas nos portadores de SD (Síndrome de Down). Além disso, as alterações estruturais e funcionais como o menor número de neurônios GABA no córtex, anormalidades nos canais iônicos de cálcio, malformações dentríticas e laminação do córtex também influenciam na presença das crises. (Moore, 1973)

Sob tais ângulos apresentados, entende-se que os portadores de transtornos mentais e Síndrome de Down, têm maiores chances de possuírem epilepsia, além do risco de pior prognóstico, como déficits motores, funcionais e cognitivos.

2. DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente F.J.S, sexo masculino, 54 anos, solteiro, natural em Goianésia- Goiás, reside em Goiânia – Goiás na casa da mãe, portador de síndrome demencial, Síndrome de Down e epilepsia, foi internado na instituição Hospital Maria Cândida Teixeira no dia 04 de outubro de 2024, pelo irmão por conta de agressividade.

A família relatou na admissão que F.J.S apresentou irritabilidade, agressividade e humor deprimido por 3 semanas antes da internação, referindo ainda que a comunicação com a mãe poderia ser o gatilho para esse episódio. Paciente possui história pregressa de internação anterior em 2023 e 2024 na instituição, diagnóstico de epilepsia com última crise epiléptica na última internação, além de diagnóstico de síndrome demencial e Trissomia 21, não-disjunção meiótica.

No momento da internação o paciente estava em uso de Levetiracetam 250 mg 2 comprimidos ao dia, sendo 1 pela manhã e 1 pela noite, e Quetiapina 25 mg 1 comprimido de noite. Até o atual momento, as medicações da admissão foram mantidas sendo acrescentado apenas Haldol 2mg/ml 10 gotas, por conta de agitação psicomotora.

A história familiar do paciente é conturbada, sendo a mãe portadora de transtorno bipolar, o pai não manteve relacionamento afetivo com a família, e os dois irmãos possuem hipótese diagnóstica de transtorno bipolar.

Ao exame físico, paciente apresenta-se em bom estado geral, acianótico, anictérico, afebril, corado e hidratado, apresenta abdome flácido e sem visceromegalias com presença de dor a palpação profunda do hipocôndrio direito, Sinal de Murphy e Blumberg negativos, ausência de ruídos hidroaéreos. Na ausculta cardíaca, ritmo regular com bulhas normofonéticas em 2 tempos, ausência de sopros ou outras alterações, frequência cardíaca: 78 batimentos por minuto, pressão arterial: 110x60 mmHg. No exame pulmonar, presença de murmúrio vesicular na ausculta e ausência de ruídos adventícios, frequência respiratória: 20 incursões por minuto e saturação de O2 em 97%.

Ao exame do estado mental, paciente apresentava idade mais envelhecida, vestes limpas e adequadas, higiene adequada, mas mantida por cuidadores, lúcido, mas pouco contactante, não mantinha contato visual, orientado. O

paciente apresentava prejuízos de memória, cognição e função motora, marcha atáxica, agitação psicomotora. Paciente com afeto hipertímico e hiper modulado. Apresenta juízo de realidade totalmente alterado.

Até o atual momento, o paciente se apresentou estável e amigável com todos os pacientes do hospital, negou qualquer queixa ou intercorrência e mantém convívio agradável com todos, os poucos momentos de agitação psicomotora de F.J.S são justificados por dor ou alterações infecciosas nos exames laboratoriais que serão apresentados nos próximos tópicos.

3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da epilepsia pode ser feito por meio da obtenção de uma boa anamnese e exame físico do paciente, sempre com ênfase nas áreas neurológicas e psiquiátricas. É importante compreender as características das crises epilépticas que o paciente já passou, como a duração, o estado do paciente, se houve perda de consciência, e se não houve trauma no momento. (Ministério da Saúde, 2018)

Além disso, podem ser solicitados exames complementares para auxiliar no diagnóstico, como o eletroencefalograma que é o principal exame utilizado nesses casos.(Ross, 2000). O eletroencefalograma pode identificar o tipo e a localização da atividade epileptiforme, auxiliar na classificação da síndrome epiléptica e na escolha do fármaco. (Eisenstein, 2014)

Os exames de imagem que podem ser utilizados são a ressonância magnética do encéfalo e a tomografia computadorizada do crânio e devem ser solicitados em caso de possíveis causas estruturais. Os testes psicométricos podem ser utilizados em caso de efeitos cognitivos negativos pelo uso de medicações e pode ser feito também um diário de registro das crises. (Kanner, 2002)

Já nos casos da Síndrome de Down, o diagnóstico é clínico e laboratorial, começando com o reconhecimento das características físicas do paciente. A apresentação clínica é consequência de um desequilíbrio da constituição cromossômica, a trissomia do cromossomo 21. (Brunoni, 2002)

O paciente com SD têm fenótipo característico, apresentado por pregas palpebrais oblíquas para cima, epicanto, sinófris, base nasal plana, face aplanada, protrusão lingual, palato ogival, orelhas de implantação baixa, pavilhão auricular pequeno, cabelo fino, clinodactilia do 5º dedo da mão, braquidactilia, afastamento entre os dedos do pé, pé plano, hipotonia, frouxidão ligamentar, retrognatia, diástase dos músculos retos abdominais e hérnia umbilical. (Cronck, 1978)

O diagnóstico laboratorial se faz pela denominação do cariótipo, sendo necessária a solicitação de exames laboratoriais. O ser humano possui 23 pares de cromossomos, sendo 22 autossomos e um par de cromossomos sexuais, XY no homem e XX na mulher. O paciente com SD é caracterizado pela presença de um cromossomo 21 extra e pode ser apresentado de várias formas. (Moore, 1973)

A primeira forma é a trissomia simples, causada pela não disjunção cromossômica de origem meiótica, a segunda forma é a translocação ou rearranjos cromossômicos com ganho de material genético e a terceira forma, que é o caso do paciente estudado, no qual é a ocorrência casual da síndrome e caracteriza-se por duas linhagens celulares, uma norma e outra trissômica. (Amorim, 2002)
O cariótipo não é necessário para o diagnóstico da SD, mas é a única forma de determinar a forma da doença e instruir a família. É importante ressaltar que o genótipo (cariótipo), não modifica ou determina as características do paciente (fenótipo), assim como não interfere no desenvolvimento e prognóstico do paciente com SD. (Ministério da Saúde, 2009)

4. RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM

No dia 24 de outubro de 2024, foi realizado um raio-x de tórax em F.J.S, e o resultado foi um parênquima pulmonar sem alterações e um discreto aumento da área cardíaca. Além de uma Tomografia Computadorizada do abdome superior sem alterações significativas e uma Tomografia Computadorizada do tórax sem alterações topográficas, ambas realizadas no dia 31 de outubro de 2024.

Os exames laboratoriais foram realizados no dia 18 de outubro de 2024 e os resultados estão disponíveis na tabela abaixo:

Exame	Resultado	Valor de referência
Hemograma- Hemoglobina	13	12,0 a 16,0 tetra/L
Hemograma- Hematócrito	39,4%	36,0 a 45%
Leucograma- Leucócitos	7.840	3.500 a 11.000 /uL
Hemograma - Plaquetas	340.000	150.000 a 500.000/ uL
Ureia	32	10 a 45 mg/dL
Creatinina	0,61	0,50 a 1,20 mg/dL

Ferritina	105,80	30 a 300 ng/mL
Proteína C reativa	10,5	1,0 a 5,0 mg/ dL
Velocidade de Hemossedimentação	60	Homens: até 15mm/ hora
EAS - leucócitos	13.000	Até 10.000/mL
EAS - hemácias	13.000	Até 8.000/mL
EAS - nitrito	negativo	negativo
Urocultura	Sem crescimento de bactérias	Sem crescimento de bactérias

5. FISIOPATOLOGIA DA(S) DOENÇA(S)

A epilepsia é uma doença crônica caracterizada pela ocorrência frequente de crises epilépticas não provocadas, este tipo de crise é a ocorrência transitória de sinais ou sintomas secundários a uma atividade excessiva dos neurônios, sendo que para realização do diagnóstico de epilepsia é necessário a ocorrência de pelo menos uma crise epiléptica. (Ministério da Saúde, 2018)

As crises podem ter início focal, sem alteração de consciência e sem movimentos perceptíveis, podem ter início generalizado com presença ou ausência de acometimento motor, e de início desconhecido, podendo ser não classificável, com ou sem envolvimento motor. (Ross, 2000)

A fisiopatologia desta doença, está relacionada com mecanismos sinápticos próprios de alguns neurônios, localizados principalmente no hipocampo e no neocórtex, além disso a lentificação dos canais de cálcio e potássio podem causar uma despolarização celular prolongada. (Brunoni, 2002)

Os mecanismos sinápticos podem alterar a liberação de neurotransmissores na fenda sináptica. A modificação desses neurotransmissores e o bloqueio da ação Gabaminérgica fazem com que aconteça um “curto - circuito”, gerando surtos de potenciais de ação descontrolados. (Eisenstein, 2014)

Durante a crise, ou fase ictal, a concentração de potássio no meio extracelular aumenta e altera o potencial de equilíbrio do íon, as correntes de saída ficam

fracas e não são mais efetivas para repolarização da membrana. Ainda nesse momento, a acetilcolina aumenta e reduz ainda mais a condutância do potássio, elevando o efeito excitatório. Por fim , as células da glia fazem o “clearance” extracelular, e facilitam a recaptação dos neurotransmissores, reduzindo o efeito epileptogênico. (Bode, 2014)

No caso da Síndrome de Down, é entendido que há uma terceira cópia do cromossomo 21, inteiro ou em fragmento, isso causa um desbalanço gênico, levando a um excesso da produção de material genético e alterações fenotípicas. (Ministério da Saúde, 2023)

O cromossomo 21 possui mais de 250 genes, a região que é afetada na SD apresenta genes estruturais que são relacionados a deficiência intelectual, desenvolvimento de sinapses e alterações morfológicas. As alterações se iniciam no processo de maturação neurológica no desenvolvimento embrionário, sendo uma alteração de comunicação neurológica necessária para o paciente ter dificuldade de fala, processamento lento de informações e dificuldade de atenção. (Kishore, 2022)

Quanto ao fenótipo do paciente com SD, existe uma gama de fatores epigenéticos reguladores que podem contribuir para as características conhecidas da síndrome, além da presença de genes relacionados ao risco de leucemias, alterações cardíacas, e desregulações de fatores de crescimento semelhantes à insulina 1. (Kathryn, 2023)

6. TERAPÊUTICA ADOTADA

O paciente F.J.S foi admitido na instituição em uso de algumas medicações que foram mantidas e acrescentou-se um antipsicótico para controle da agitação psicomotora. Abaixo segue uma tabela com as medicações utilizadas pelo paciente.

Medicação	Classe	Dose	Posologia	Justificação do uso
Levetiracetam	Anticonvulsivante	250mg	1 cp pela manhã 1 cp à noite	TTO Crises epilépticas
Quetiapina	Antipsicóticos atípicos	25mg	1 cp à noite	Melhora do humor deprimido
Haldol	Antipsicóticos típicos	2mg/ gota	10 gotas pela manhã	Redução da agitação

Além das medicações utilizadas neste caso, as terapêuticas não farmacológicas são de extrema importância, principalmente para a prevenção e melhora dos déficits neurológicos, cognitivos, funcionais e motores.

Nesse viés, a instituição disponibiliza o atendimento coletivo de educadores físicos para a prática de alongamentos, exercícios em grupo, atividades físicas ao ar livre, na piscina, e até mesmo com alguns acessórios como bola, bambolê, faixas para alongamento entre outros. Ainda nos momentos em grupo, os profissionais da fisioterapia sempre fazem atividades direcionadas com os pacientes diariamente.

7. COLETA DE DADOS

Este estudo consiste em um relato de caso de um paciente de 54 anos, com diagnóstico de epilepsia, Síndrome de Down e síndrome demencial, internado voluntariamente no Hospital Maria Cândida Teixeira, em Nerópolis, Goiás, no ano de 2024.
Os dados foram colhidos a partir de um estágio obrigatório na instituição, a partir de uma anamnese e um exame físico detalhado no paciente associado ao acesso aos prontuários, às receitas médicas, aos exames de imagem e laboratoriais que foram nos concedidos pelos funcionários da instituição.

A coleta de dados e o acompanhamento do paciente foram realizadas do dia 21 de outubro de 2024 até o dia 4 de novembro de 2024 quando este estudo foi escrito, entretanto continuaremos a assistir o paciente por mais duas semanas e os médicos e funcionários da instituição darão continuidade ao tratamento.

8. DESENVOLVIMENTO

A epilepsia consiste em uma predisposição do cérebro em originar crises epilépticas, trazendo consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais. (Ministério da Saúde, 2018). A doença é definida quando o paciente possui uma das seguintes condições: 2 crises não provocadas em intervalo menor que 24 horas, uma crise não provocada, e probabilidade de novas crises ocorrerem nos próximos 10 anos e/ou diagnóstico de síndrome epiléptica. (Ross, 2000)

O diagnóstico da epilepsia pode ser feito por meio da obtenção de uma boa anamnese e exame físico do paciente, sempre com ênfase nas áreas neurológicas e psiquiátricas. É importante compreender as características das crises epilépticas que o paciente já passou, como a duração, o estado do paciente, se houve perda

de consciência, e se não houve trauma no momento. (Ministério da Saúde, 2018)

Além disso, podem ser solicitados exames complementares para auxiliar no diagnóstico, como o eletroencefalograma que é o principal exame utilizado nesses casos.(Ross, 2000). O eletroencefalograma pode identificar o tipo e a localização da atividade epileptiforme, auxiliar na classificação da síndrome epiléptica e na escolha do fármaco. (Eisenstein, 2014)

A associação dos transtornos mentais à epilepsia é um importante fator de piora da qualidade de vida do paciente e pode ter influência na frequência das crises epilépticas, contribuindo para o aumento de internações hospitalares recorrentes e risco de suicídio (Kanner, 2002).

Em pacientes com Síndrome de Down, de 5,4% a 8,1% dos pacientes apresentam epilepsia e 5,2% dos pacientes com epilepsia possuem Síndrome de Down. (McVicker, 2010). Esta associação pode ser explicada pela presença de comorbidades com outras doenças ou condições patológicas relacionadas ao aumento no risco de crises e/ ou alterações estruturais do cérebro dos pacientes com a síndrome. (Eisenstein, 2014)

A fisiopatologia da epilepsia, está relacionada com mecanismos sinápticos próprios de alguns neurônios, localizados principalmente no hipocampo e no neocórtex, além disso a lentificação dos canais de cálcio e potássio podem causar uma despolarização celular prolongada. (Brunoni, 2002)

Os mecanismos sinápticos podem alterar a liberação de neurotransmissores na fenda sináptica. A modificação desses neurotransmissores e o bloqueio da ação Gabaminérgica fazem com que aconteça um “curto - circuito”, gerando surtos de potenciais de ação descontrolados. (Eisenstein, 2014)

No caso da Síndrome de Down, é entendido que há uma terceira cópia do cromossomo 21, inteiro ou em fragmento, isso causa um desbalanço gênico, levando a um excesso da produção de material genético e alterações fenotípicas. (Ministério da Saúde, 2023)

O cromossomo 21 possui mais de 250 genes, a região que é afetada na SD apresenta genes estruturais que são relacionados à deficiência intelectual, desenvolvimento de sinapses e alterações morfológicas. As alterações se iniciam no processo de maturação neurológica no desenvolvimento embrionário, sendo uma alteração de comunicação neurológica necessária para o paciente ter dificuldade de fala, processamento lento de informações e dificuldade de

atenção. (Kishore, 2022)

Quanto à associação das duas doenças a presença do gene da epilepsia mioclônica progressiva e o gene determinante da subunidade dos receptores de glutamato podem estar relacionados com a presença de crises epilépticas nos portadores de SD (Síndrome de Down). Além disso, as alterações estruturais e funcionais como o menor número de neurônios GABAérgicos no córtex, anormalidades nos canais iônicos de cálcio, malformações dentríticas e laminação do córtex também influenciam na presença das crises. (Moore, 1973)

9. CONCLUSÃO

O caso do paciente F.J.S, paciente de 54 anos, internado no hospital psiquiátrico por apresentar irritabilidade, agressividade e humor deprimido por 3 semanas antes da internação, refere ainda que a comunicação com a mãe poderia ser o gatilho para esse episódio. Paciente possui história pregressa de internação anterior em 2023 e 2024 na instituição, diagnóstico de epilepsia com última crise epiléptica na última internação, além de diagnóstico de síndrome demencial e Trissomia 21, não-disjunção meiótica.
A abordagem terapêutica foi manter as medicações utilizadas, associando um antipsicótico típico para controle da agitação psicomotora e a realização de atividades com os serviços de psicologia, fisioterapia e educação física, juntos para melhora e prevenção de novos déficits cognitivos, funcionais e motores no paciente em questão.

A partir desta pesquisa, conclui-se que o paciente com epilepsia pode ser associado com vários transtornos mentais e síndromes genéticas, como no caso da Síndrome de Down. Esta relação está intimamente ligada e pode causar prejuízos irreparáveis ao paciente, principalmente quando pensamos em autonomia e independência.

Entretanto, os objetivos da pesquisa foram alcançados, na qual foi possível encontrar as ligações entre a epilepsia e a SD, e provar que existe uma relação genética próxima entre as duas e que o melhor tratamento é estabilizar o paciente emocionalmente e encontrar terapias alternativas para prevenção de déficits.

Por isso, entende-se que o manejo dos pacientes com esta associação deve ser feita de forma multiprofissional e humanizada, envolvendo toda uma equipe disposta a ter resultados à curto e longo prazo, de forma que estes pacientes tenham chances de um prognóstico melhor e com mais autonomia para o futuro.

Referências

AMORIM, Tatiana R. S. M. **Aspectos clínico-demográficos da síndrome de Down em serviço de referência na Bahia.** Salvador: UFBA, 2002. 104 f. Dissertação (Mestrado) Pós-Graduação em Medicina e Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.

BODE A, Lynch JW. **The impact of human hyperekplexia mutations on glycine receptor structure and function.** Mol Brain. 2014.

BRUNONI, D. **Aconselhamento genético. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 7, n. 1, p. 101-107, 2002.

CRONK, C. E. **Growth of children with Down's syndrome. Pediatrics.** Illinois, v. 61, n. 4, p. 564-568, abr. 1978.

EISENTEIN M. **Neurobiology: Unrestrained excitement. Nature**. 2014;511(7508):S4-6.

EPSTEIN, C. J. **Genetic couseling: statement of the American Society of Human Genetics ad hoc Comittee on Genetic Counseling. American Journal of Human Genetics. Malden**, MA, v. 27, n. 2, p. 241-242, 1975

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000 - Sinopse preliminar.** 2003.

KANNER AM. **The complex epilepsy patient: intricacies of assessment and treatment. Epilepsia.** 2003.

KATHRYN K OSTERMAIER, MD, FAAP. **Down syndrome: Management.** 2023.

KISHORE VELLODY, MD. **Síndrome de Down. BMJ Best Practice.** 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Epilepsia. Portaria conjunta** SAES/SCTIE/MS nº 17 de 21 de junho de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à pessoa com Síndrome de Down.** 1. ed., 1. reimp. Brasília – DF. 2013.

MOORE BC. **Some characteristics of institutionalised mongols.** J Ment Defic, 1973.

Associação entre o Abuso de Múltiplas Substâncias e o Transtorno Afetivo Bipolar: um relato de caso

João Vitor Pícoli de Andrade - jvpicoliandrade@gmail.com
Medicina
HOSPITAL MARIA CÂNDIDA TEIXEIRA
Orientador: Dra Bruna Oliveira
Nerópolis, Goiás, 09 de novembro de 2024

RESUMO

O transtorno bipolar (TB) é uma condição psiquiátrica complexa que desencadeia flutuações severas no humor do doente, compreendendo fases de mania ou hipomania, e períodos de depressão, intercalados entre si, gerando prejuízos sociais, comportamentais e biológicos. Dessa maneira, o presente trabalho tem por objetivo estabelecer uma relação entre esse transtorno de humor e possíveis fatores de risco, especialmente o uso abusivo de álcool e drogas ilícitas. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, qualitativo – quantitativo, orientado a partir do internato em medicina no Hospital Maria Cândida Teixeira. Como aporte técnico foram consultadas bases de dados do Scielo, Lilacs, BVS e Google Acadêmico. As consultas compreenderam artigos sem delineamento temporal na língua portuguesa. O participante do estudo foi um paciente do sexo masculino, 40 anos, divorciado, natural de Goiânia - GO, que reside com os pais e trabalha em um escritório de contabilidade, com o pai. O paciente foi internado devido ao consumo de álcool e outras drogas, apresentando alterações comportamentais e tentativas mal sucedidas de abandonar o vício, sendo diagnosticado com TB, possivelmente desencadeado pelo uso das substâncias.

Exame	Resultado	Valor de referência
Hemograma - Hemoglobina	17,8	13 - 17,5 g/dL
Hemograma - Hematócrito	49,6%	40 - 50%
Hemograma - RDW	13,3%	11,5 - 14,8%
Hemograma - VCM	89,4 fl	80 - 100 fl
Leucograma - Leucócitos	8030	4000 - 11000/mm3
Plaquetograma - Plaquetas	211.000	150.000 - 450.000/mm3
Glicemia de jejum	84	60 - 99 mg/dL
Lipidograma - Triglicérides	83	Inferior a 150 mg/dL
Lipidograma - Colesterol total	174	Inferior a 190 mg/dL
Lipidograma - HDL	41	Superior a 40 mg/dL
Lipidograma - LDL	115	Inferior a 110 mg/dL
TSH	2,14	0,48 - 5,6 microUI/mL
T4 livre	1,05	0,85 - 1,5 ng/dL
TGO	40	Inferior ou igual a 40 U/L
TGP	39	Inferior ou igual a 58 U/L
Bilirrubinas totais	1,06	0,3 - 1,2 mg/dL
Bilirrubina direta	0,66	Inferior ou igual a 0,4 mg/dL
Bilirrubina indireta	0,4	Inferior ou igual a 0,8 mg/dL
Fosfatase Alcalina	104	36 - 110 U/L
Gama glutamil transferase	72	Inferior a 73 U/L
Ureia	27	19 - 49 mg/dL
Creatinina	1,25	0,76 - 1,24 mg/dL
Vitamina B12	802	172 - 890 pg/mL
Ferritina	1768,35	22 - 280 ng/mL
Folato	8,4	3,10 - 20,50 ng/mL
Vitamina D	36,9	20 - 60 ng/mL
Lítio	0,54	0,6 - 1,2 mEq/L
Potássio	4,3	3,5 - 5,5 mEq/L
Magnésio	2,4	1,6 - 2,6 mg/dL
Cloro	102	97 - 107 mEq/L
Cálcio	9,7	8,8 - 10,4 mg/dL
EAS	Dentro dos padrões da normalidade	
Anti-HBS	1,20	Não reagente (inferior a 10 UI/L)
HIV I/II	Não reagente	
Lipase	57	Inferior a 60 U/L
Amilase	86	25 - 125 U/L
Anti-HBC IgG/IgM	Não reagente	
Anti-HCV	Não reagente	
HBsAg	Não reagente	

Palavras-chave: Transtorno de Humor; Transtorno Bipolar; Abuso de Substâncias

1. INTRODUÇÃO

O transtorno bipolar, ou transtorno afetivo bipolar (TAB) é uma doença psiquiátrica caracterizada por alterações severas no humor, envolvendo períodos de humor elevado, agitação e prazer, intercalados com períodos depressivos. Inicialmente denominada Insanidade maníaco-depressiva, tal condição pode ser dividida entre 2 tipos, o tipo 1 (elevação grave e persistente do humor - mania) e tipo 2 (elevação mais branda do humor - hipomania). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) inclui outra categoria (outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado) de classificação de quadros atípicos, referentes aos sintomas que não preenchem os critérios de duração e frequência típicos da doença. (Beckmann, 2016)

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 30 milhões de pessoas apresentam diagnóstico firmado de TB em todo o mundo. Dados mostram que a doença afeta homens e mulheres de maneiras diferentes, sendo o tipo 1 mais frequente no sexo masculino, enquanto o tipo 2 é mais comum nas mulheres. As condições mais associadas ao espectro bipolar são: transtornos de ansiedade, transtornos comportamentais e transtornos pelo uso de substâncias. (Beckmann, 2016)

Estudos principalmente na Europa e Estados Unidos da América registraram a co ocorrência de transtornos mentais e transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas na última década, relatando os efeitos negativos do uso de substâncias psicoativas em pacientes portadores de transtornos mentais. Existem evidências de que o uso, mesmo que pouco frequente, de drogas lícitas ou ilícitas, pode culminar em consequências mais graves do que aquelas vistas na população em geral. (Zaleski, 2006)

2. DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente T.M.S, sexo masculino, 40 anos de idade, divorciado, natural de Goiânia - GO, residindo atualmente em Goiânia com os pais, com formação no curso de contabilidade. Internado no Hospital Maria Cândida Teixeira (HMCT) no dia 04 de Fevereiro de 2024 pelo pai de maneira involuntária, sendo diagnosticado com transtorno afetivo bipolar e transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas.

O paciente é pai de 2 crianças crianças de 7 e 13 anos e seu relacionamento com o álcool e as drogas surgiu há 8 anos, quando teve seu primeiro contato com as drogas (maconha, cocaína e crack, nesta sequência), as quais fazia uso apenas em ocasiões comemorativas. Desde então, seu vício se estabeleceu, principalmente pelo álcool.

Segundo relatos da família, a decisão de internação ocorreu após o paciente ser flagrado embriagado pelo pai, após um acordo entre ambos, onde o internado se comprometeu a não fazer mais uso da substância. O mesmo apresenta um histórico de internações prévias devido ao seu vício em álcool, e uma de suas internações passadas foi devido ao fato de o paciente ter entrado em um estado de embriaguez, e após um desentendimento com o pai, ambos entraram em confronto físico.
O paciente relata ainda diversas tentativas mal sucedidas de abandonar o consumo destas substâncias e ainda anseia atingir este objetivo, porém, refere grande dificuldade devido ao ambiente de convívio, já que sua mãe é etilista crônica e seu pai consome bebidas alcoólicas esporadicamente.

Paciente admitido no HMCT em uso de Alprazolam 2 mg tomando 01 comprimido à noite (0-0-1) e Topiramato 100 mg, 01 comprimido pela manhã e 01 antes do almoço (1-1-0). Foi modificada a prescrição do paciente, de modo que atualmente faz uso de novas medicações, todas pela via oral.

Na admissão, paciente hipotenaz, hipervigil, sem alterações da sensopercepção, sem atividade delirante, hiperbúlico, ansioso, pródigo, querelante, com baixa tolerabilidade à frustrações, impulsivo, em agitação psicomotora, sendo realizada contenção mecânica e medicação via S.O.S. (2 ampolas de Haldol IM e 2 ampolas de Fenergan IM). Inicialmente paciente não aderente ao tratamento medicamentoso.

Atualmente, ao exame físico, paciente em bom estado geral, lúcido, orientado, contactante, colaborativo, afebril, acianótico, anictérico, corado e hidratado. Abdome plano, flácido, ruídos hidroaéreos presentes, ausência de massas ou visceromegalias palpáveis, indolor à palpação superficial e profunda. Ao exame pulmonar, murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios. Ao exame cardiovascular, ritmo cardíaco regular, em 2 tempos, presença de bulhas normofonéticas, sem sopros audíveis. Ao exame dos membros, ausência de edema em membros, panturrilhas livres, sem sinais de trombose, extremidades quentes e tempo de enchimento capilar < 3 segundos.

O paciente refere ter boa relação e convívio com os demais pacientes também

hospitalizados no HMCT. Apresentou um episódio de desentendimento com um paciente colega de quarto, no qual refere ter o agredido com chutes devido ao colega estar muito agitado, impedindo o sono dos demais, o que culminou em um leve entorse em seu tornozelo direito.

3. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do transtorno bipolar ainda se mostra um desafio na prática clínica, devido à sua semelhança com outros transtornos de humor, como a depressão unipolar e a esquizofrenia. Apesar de o DSM-5 apresentar critérios diagnósticos específicos, ainda existe uma considerável dessemelhança entre os sintomas apresentados pelos diversos pacientes portadores de tal condição, o que pode gerar prejuízos na detecção precoce da doença, postergando o início do tratamento. (Aguiar et al. , 2024)

Pesquisas recentes demonstram a importância de métodos complementares para o diagnóstico de TAB, como avaliação neuropsicológicas e biomarcadores, evitando erros diagnósticos, elucidação de diagnósticos diferenciais e uma terapêutica mais precoce e assertiva. (Aguiar et al., 2024)

O DMS-5 ainda descreve outros diagnósticos tangentes ao transtorno bipolar, sendo eles: transtorno bipolar tipo I, transtorno bipolar tipo II, transtorno ciclotímico, transtorno bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento, transtorno bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica, outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado, e transtorno bipolar e transtorno relacionado não especificado. (Beckmann, 2017)

4. RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM

4.1 EXAMES LABORATORIAIS

Os exames laboratoriais mais recentes foram realizados no dia 04 de outubro de

Medicação	Classe farmacológica	Posologia
Carbonato de Lítio	Estabilizador de humor	300mg, 01 comprimido pela manhã e 01 à noite
Quetiapina	Antipsicótico	25mg, 04 comprimidos à noite
Diazepam	Benzodiazepínico	10mg, 01 comprimido de manhã, 01 comprimido à tarde e 01 comprimido à noite

Ácido Valproico	Anticonvulsivante	250mg, 01 comprimido pela manhã e 01 comprimido à noite
Clorpromazina	Neuroléptico	25mg, 01 comprimido pela manhã e 01 comprimido à noite
Tiamina	Vitamina do complexo B	200mg, 01 comprimido à tarde

4.2 EXAMES DE IMAGEM

O paciente em questão não realizou exames de imagem.

5. FISIOPATOLOGIA DAS DOENÇAS

O consumo de algumas substâncias, tais como bebidas à base de álcool e drogas ilícitas provocam uma desordem psiquiátrica crônica, definida como dependência química (DQ), se apresentando por meio de sintomas comportamentais persistentes, culminando em prejuízos sociais, psicológicos e para a saúde de uma maneira geral. As diferentes substâncias possuem diferentes probabilidades de provocarem o transtorno, sofrendo influência de fatores genéticos, ambientais e neurobiológicos. (Hanna; Bernardes; Guerra, 2015)

Além de seu caráter crônico, a dependência química é recidivante, o que faz com que o indivíduo permaneça em um looping entre tentativas de cessar o uso, e as recaídas. Em adição a isso, tal transtorno apresenta diversas etiologias complexas, falando contra a crença de que a manutenção do consumo de tais substâncias é resultado de questões morais ou de falta de força de vontade do dependente químico. (Hanna; Bernardes; Guerra, 2015)

Os eventos biopsicossociais que têm potencial para desencadear e manter a dependência são cíclicos, e sofrem influência de duas entidades: efeitos de reforço positivo e negativo. O primeiro é entendido como o processo pelo qual o estímulo aumenta as chances de respostas prazerosas no indivíduo, quando ele está presente. O reforço negativo se refere ao aumento na probabilidade de respostas prazerosas pela retirada de um estímulo negativo (um exemplo seria o fim de emoções negativas associados ao consumo de determinada substância). Em estágios iniciais da DQ, predomina a impulsividade, estando ela mais associada ao reforço positivo, enquanto o negativo se relaciona mais à compulsão, com alívio da ansiedade e do estresse ao fazer uso da substância. (Hanna; Bernardes; Guerra, 2015; Alves; Kessler; Ribeiro, 2004)

O início do consumo dessas substâncias, sendo as mais comuns o álcool, a cocaína e o crack, pode ser devido à curiosidade, alívio do sofrimento, hedonismo e com a finalidade de experimentar novas experiências, propiciando o surgimento de alterações comportamentais tais como: desprezo, isolamento e violência. Pesquisas evidenciam que aproximadamente 50% dos indivíduos diagnosticados como dependentes de álcool e outras substâncias apresentam um diagnóstico psiquiátrico suplementar, como transtornos de humor (26%), transtornos de ansiedade (28%), transtorno de personalidade antissocial (18%) e esquizofrenia (7%) e, os transtornos mais comuns associados são os de humor, como a depressão uni e bipolar. (Scheffer; Gema; Maria, 2010)

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é uma doença neuropsiquiátrica caracterizada como um transtorno de humor, onde os portadores apresentam flutuações do humor e, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o TAB apresenta 2 polos como manifestações clínicas primárias, sendo elas a mania/hipomania e a depressão, além de déficits cognitivos, que levam a uma redução global da qualidade de vida. além disso, aumento da atividade motora, hiperfagia e hipersonia podem também estar presentes nos indivíduos bipolares, uma vez que existem graus de sintomas associados à doença. (Ramos et al., 2023)

A fisiopatologia do TAB é complexa e envolve fatores como o desequilíbrio entre diferentes neurotransmissores, estresse oxidativo e fatores genéticos. Estudos sugerem que essa doença apresenta alta herdabilidade, com chances de 61 a 75% entre gêmeos monozigóticos e chances entre 1,5 e 15,5% entre parentes de primeiro grau, observando-se uma dependência de genes e vulnerabilidade e sua interação com os fatores ambientais para a manifestação da doença. Estudos citogenéticos sugerem regiões cromossômicas relacionadas à manifestação da doença, sendo elas: 11q21-25, 15q11-13, cromossomo 21 e Xq28. (Ramos et al., 2023; Michelon; Vallada, 2004)

Há também o envolvimento das neurotrofinas (proteínas relacionadas à neuroplasticidade) do sistema nervoso central na fisiopatologia do transtorno bipolar. as principais identificadas são: o fator neural de crescimento (NGF), fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF), neurotrofina 3 (NT3) e a neurotrofina 4 (NT4). Tais proteínas são fundamentais para o estabelecimento de neurocircuitos funcionantes, por meio de sua interação com receptores Trk, contribuindo para a sobrevivência celular. (Magalhães; Fries; Kapczinski, 2012)

O estresse oxidativo resulta de uma desequilíbrio entre moléculas antioxidantes e pró-oxidantes, associando-se à dano celular. Em suma, a oxidação consiste na

perda de elétrons, e uma substância que tem capacidade para receber elétrons é denominada pró-oxidante, enquanto que a substância com capacidade para doá-los é chamada antioxidante. Espécies reativas de oxigênio e de nitrogênio estão associadas ao recebimento de elétrons, podendo induzir dano a estruturas como lipídeos, proteínas e o próprio material genético. (Magalhães; Fries; Kapczinski, 2012)

6. TERAPÊUTICA ADOTADA

A instituição HMCT disponibiliza um atendimento multiprofissional, com uma equipe de educação física, fisioterapia, médicos, enfermeiros, nutricionistas, entre outros, visando a compreensão global das características e necessidades do paciente, realizando atividades ao ar livre, piscina, e oferecendo ferramentas ocupacionais e educativas, como a disponibilização de materiais de leitura e aprendizagem.

Além disso, sessões de psicoterapia são constantes, com o intuito de avaliar a

7. COLETA DE DADOS

Quanto ao presente estudo, trata-se de um estudo de caso de um paciente de 40 anos, com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar, que faz uso de múltiplas substâncias internado do Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira, na cidade de Nerópolis, Goiás, de maneira involuntária por seus familiares, em fevereiro de 2024.

A coleta dos dados foi possível por meio de um estágio do curso de medicina na instituição psiquiátrica, onde foi realizada uma anamnese detalhada e um exame físico completo do paciente. Além disso, foi necessário o acesso ao prontuário do paciente para a aquisição das informações e para verificação de possíveis internações passadas e seus motivos.

O acompanhamento e coleta das informações do paciente foi realizado entre o dia 21 de outubro de 2024 e o dia 09 de novembro de 2024, a presente data, quando foi elaborado o presente trabalho.

8. DESENVOLVIMENTO

O Transtorno Afetivo Bipolar é uma doença psiquiátrica associada a uma diminuição considerável da qualidade de vida, e os pacientes apresentam um

heterogeneidade grande quanto à sintomatologia, comorbidades e curso da doença, onde flutuações de humor são as apresentações mais marcantes e características do quadro, variando entre dois pólos. (Ramos et al., 2023)

De modo canônico e simplificado, o TAB é caracterizado pela alternância entre quadros maníacos e depressivos, podendo ser classificados em dois tipos: TAB tipo 1 e tipo 2. O transtorno bipolar do tipo 1 é entendido pela ocorrência de pelo menos um episódio de mania, onde tem-se atividade aumentada, libido, e pensamento grandioso, seguido de um episódio de hipomania ou depressão. O transtorno bipolar do tipo 2, por sua vez, se refere à ocorrência de pelo menos um episódio de hipomania ou depressão, sem episódios de mania associada. (Ramos et al., 2023; Kessler; Ribeiro, 2004)

Segundo as Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento de Comorbidades psiquiátricas e Transtornos por uso de Substâncias, da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (ABEAD), mais da metade dos indivíduos que procuram assistência psiquiátrica por transtornos mentais apresentam um transtorno por uso de substâncias associado, sendo o transtorno bipolar uma dos mais comuns. Ainda segundo a ABEAD, pode haver uma dificuldade na diferenciação entre o TAB e transtorno por uso de substâncias, uma vez que ambos possuem uma apresentação clínica semelhante, reforçado ainda pelo fato de ambos se apresentarem em comorbidade. (Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas, 2021)

A prevalência da associação entre TAB e transtornos por uso de álcool pode chegar a até 45%, sendo mais comum a associação com o TAB tipo 1. Segundo pesquisas, indivíduos que iniciam o uso de álcool ao ponto de ser desencadeado um transtorno tem 3 vezes maiores chances de desenvolverem o transtorno bipolar, de acordo com os critérios do DSM-5, quando comparados à população em geral. o Início do transtorno bipolar pode ser anterior, simultâneo ou posterior ao transtorno por uso de álcool. o álcool também desencadeia crises de humor, típicas do TAB, mais prolongadas. Tal associação entre o álcool e o transtorno bipolar são mais comuns em homens (Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas, 2021; Machado, 1998)

Além do álcool, mais de 70% dos portadores de transtorno bipolar referem ter feito uso pelo menos uma vez na vida de cannabis, e até 30% apresenta critérios diagnósticos para transtorno por uso de cannabis, estando esta substância associada à episódios maníacos mais precoces, mais frequentes e de maior duração. (Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas, 2021)

A cocaína também têm seu papel estabelecido no surgimento de TAB, onde aproximadamente 20% dos pacientes em tratamento de transtorno pelo uso de cocaína apresentam diagnóstico de transtorno bipolar. Observou-se uma sensibilização cruzada entre o uso de cocaína, fatores estressores e episódios de instabilidade de humor, que contribuem para a piora da progressão do TAB. (Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas, 2021).

Atualmente, sabe-se que o uso indevido de substâncias pode desencadear o surgimento da doença em indivíduos geneticamente predispostos. Porém, evidências apontam que geralmente, o transtorno bipolar antecede o uso indiscriminado e indevido, onde o uso de álcool e outras drogas podem contribuir para a ocorrência da primeira crise (depressão ou mania) em determinados pacientes, geralmente, em idade mais precoce. Sendo assim, o transtorno bipolar é um fator de risco para o uso de substâncias e o consumo de álcool e outras drogas é interpretado como um sinal prognóstico reservado. O risco para o desenvolvimento do uso de tais substâncias é maior quanto mais precoce se inicia o TAB. (Ribeiro, 2005)

9. CONCLUSÃO

Desta maneira, entende-se com o caso do paciente T. M. S, de 40 anos, internado involuntariamente no HMCT pelo pai, que a internação foi motivada por usos recorrentes de álcool, além de maconha, cocaína e crack, por parte do paciente, o que gerou mudanças em seu comportamento, com alguns padrões agressivos. Após a elaboração do presente trabalho, sabe-se que o abuso de substâncias desencadeia um quadro de dependência química, com alterações comportamentais e alterações no humor, culminando com transtornos por uso de substâncias.

Sabe-se também que o abuso dessas substâncias é tido como um fator de risco para o desenvolvimentos de transtornos mentais, em especial transtornos de humor, em indivíduos geneticamente predispostos, ficando mais íntima essa relação uma vez que o doente apresenta um histórico familiar positivo para tais transtornos. Além disso, o contrário também pode ser válido, já que portadores de transtornos de humor têm uma maior tendência à busca pelo álcool e outras substâncias, motivados pelo alívio da dor e sofrimento ou apenas por curiosidade.

A abordagem terapêutica consistiu em otimização da prescrição, com medidas farmacológicas individualizadas, além da realização de terapias não farmacológicas, como as psicoterapias, realizadas com certa frequência e que visam avaliar o sucesso terapêutico, atividades físicas semanais, atividades

ao ar livre, e incentivo à leitura, além do acompanhamento de uma equipe multiprofissional.

Os objetivos do presente trabalho foram alcançados, os quais visavam estabelecer uma relação entre o transtorno afetivo bipolar e o uso de múltiplas substâncias, compreendendo tal transtorno em sua globalidade, como sua associação com fatores genéticos, familiares, fatores de risco, prevenção e assertividade diagnóstica.

Referências

CHAIM, Carolina Hanna; BANDEIRA, Kercya Bernardes P.; DE ANDRADE, Arthur Guerra. **Fisiopatologia da dependência química.** Revista de Medicina, v. 94, n. 4, p. 256-262, 2015.

Alves, H., Kessler, F., & Ratto, L. R. C. (2004). **Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos.** Revista Brasileira de Psiquiatria, 26, 51-53.

Filho, O. F., Turchi, M. D., Laranjeira, R., & Castelo, A. (2003). **Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados.** Revista de Saúde Pública, 37, 751-759.

SCHEFFER, Morgana; PASA, Graciela Gema; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. **Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos.** Psicologia: teoria e pesquisa, v. 26, p. 533-541, 2010.

PORTO, Eluíza Ramos Silva Nogueira et al. **Uma abordagem geral do transtorno bipolar. Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 23, n. 5, p. e12829-e12829, 2023.

Michelon, Leandro e Vallada, Homero. **Genética do transtorno bipolar. Brazilian Journal of Psychiatry** [online]. 2004, v. 26, suppl 3 [Acessado 9 Novembro 2024], pp. 12-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000700004>. Epub 18 Out 2006. ISSN 1809-452X. https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000700004.

Magalhães, Pedro V. S., Fries, Gabriel R. e Kapczinski, Flávio. **Marcadores periféricos e a fisiopatologia do transtorno bipolar.** Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo) [online]. 2012, v. 39, n. 2 [Acessado 9 Novembro 2024], pp. 60-67. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000200004>. Epub 08 Maio 2012. ISSN 1806-938X. https://doi.org/10.1590/S0101-

60832012000200004

ZALESKI, Marcos et al. **Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias.** Brazilian Journal of Psychiatry, v. 28, p. 142-148, 2006.

VIEIRA, R. **Alcoolismo em transtorno bipolar: curso da doença e avaliação da relação familiar-genético na co-ocorrência e co-transmissão.** Psiquiatria Online Brasil, v. 3, n. 6, 1998.

Ribeiro, Marcelo, Laranjeira, Ronaldo e Cividanes, Giuliana. **Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas.** Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo) [online]. 2005, v. 32, suppl 1 [Acessado 9 Novembro 2024], pp. 78-88. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000700012>. Epub 02 Ago 2005. ISSN 1806-938X. https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000700012.

DE AGUIAR MORAIS, Sarah et al. **TRANSTORNO BIPOLAR: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTOS E DESAFIOS CLÍNICOS.** Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 10, n. 11, p. 1019-1029, 2024.

Bosaipo NB, Borges VF, Juruena MF. **Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. Medicina (Ribeirão Preto)** [Internet]. 4º de fevereiro de 2017 [citado 10º de novembro de 2024];50(supl.1):72-84. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127541

Caso clínico: Transtorno de uso do álcool relacionando cirurgia bariátrica e transtornos mentais.

Rafaella Leal de Godoi Mesquita
rafaellamedicinaunifan@gmail.com
Medicina - HOSPITAL MARIA CÂNDIDA TEIXEIRA
Orientador: Dra. Priscilla Pereira de Godoi
Nerópolis, GO, 10 de novembro de 2024.

RESUMO

Do uso social ao problemático, em relação ao uso de substâncias psicoativas, as drogas que mais preocupam no Brasil, são o álcool e o crack. Os transtornos devido ao uso de álcool são caracterizados pelo padrão e consequências do seu uso. A característica essencial de um transtorno por uso de substâncias consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar de problemas significativos relacionados à substância. Para prevenir os transtornos por uso de substância, em especial o álcool, é essencial reconhecer os padrões de consumo. Nesse sentido, o objetivo do presente estudo é entender se os portadores de transtornos mentais e realização prévia de cirurgia bariátrica, são fatores de risco claramente observados para desenvolver os transtornos relacionados ao uso de álcool. Trata- se de um estudo de caso, do tipo relato de experiência a partir de um estágio obrigatório no Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira. Foram coletados dados da base de dados, PUB MED, BVS, suas bases indexadas e os dados da paciente, obtidos no prontuário da instituição. Concluímos que, a partir do contexto elencado em cada tópico deste estudo podemos considerar

a prevenção do uso de álcool, evitando o início do uso, retardando a idade de início do uso quando este não puder ser evitado, reduzir os riscos e os danos relacionados ao uso de drogas, evitando a transição para um uso problemático. Estar consciente dos fatores de riscos relacionados ao uso, corrobora com a prevenção instruída. Vale ressaltar a importância do estudo da fisiopatologia que está relacionada ao abuso de álcool após cirurgia bariátrica a fim de elucidar eventos rotineiramente encontrados nos casos. Estudos futuros que examinam os resultados da cirurgia bariátrica devem incluir rotineiramente medidas de abuso de álcool, usando questionários validados, apoiados por entrevista clínica.

Palavras-chave: Humanos; Transtornos Mentais; Sociedades Científicas; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Brasil/epidemiologia

1. INTRODUÇÃO

Relatórios de Status Global da Organização Mundial da Saúde sobre Álcool e Saúde (2024), apresenta os dados mais recentes disponíveis sobre o status e as tendências do consumo de álcool. Em seu novo relatório, baseado em dados de 2019, destaca- se que 2,6 milhões de mortes por ano foram atribuídas ao consumo de álcool, correspondendo por 4,7% de todas as mortes (por exemplo, devido a acidentes de veículos motorizados). Ainda, mostra que cerca de 400 milhões de pessoas viviam com transtornos por uso de álcool em todo o mundo. Destes, 209 milhões de pessoas viviam com dependência de álcool.
Do uso social ao problemático, em relação ao uso de substâncias psicoativas, as drogas que mais preocupam no Brasil, são o álcool e o crack. O álcool por sua vez é a droga que mais gera violência familiar e urbana, e que contribui com cerca de 10% para a toda a carga de doença no Brasil. Sendo a primeira droga usada e serve de entrada na carreira daqueles que desenvolvem dependências (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2012).

Em um estudo transversal, realizado com 17.371 estudantes do ensino médio brasileiro, testou a hipótese de que o consumo de álcool já na infância está relacionado a um padrão de consumo excessivo na adolescência e na vida adulta. Demonstrou que o álcool é um fator de risco de padrões mais perigosos de uso e está associado ao uso de álcool pelos pais, ou seja, a falta de percepção de possível punição pelos pais está associada ao uso de álcool na infância e logo, padrões excessivos ao longo da adolescência e vida adulta (SANCHEZ, et al., 2013).

Segundo o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – UNIFESP (2012) na população brasileira com idade superior a 14 anos de idade, 5% dos brasileiros

já tentaram tirar a própria vida. Destes, em mais de dois a cada dez casos (24%), a tentativa estava relacionada ao consumo de álcool, sendo a depressão significativamente maior entre os abusadores de álcool e em mulheres com cerca de 56% da população em geral.

Portanto, estudos confirmam possível predisposição genética ao consumo e aos problemas relacionados com a bebida. Transtornos mentais e de comportamento podem conduzir mais facilmente ao consumo de álcool, como aqueles que sofrem de ansiedade ou depressão e aqueles com traços antissociais. De fato, o abuso de substâncias é o transtorno coexistente mais frequente entre portadores de transtornos mentais, sendo de fundamental importância o correto diagnóstico das patologias envolvidas. Os transtornos mais comuns incluem os transtornos de humor, como a depressão, tanto uni como bipolar, transtornos de ansiedade, transtornos de conduta, déficit de atenção e hiperatividade e, numa extensão menor, a esquizofrenia. Transtornos alimentares e transtornos da personalidade também apresentam estreita correlação com o abuso de substâncias (DIRETRIZES DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – ABEAD-, 2006; SCHUCKIT; MONTEIRO, 1988).

Ao levantarmos hipótese sobre a relação da cirurgia bariátrica, transtornos mentais e transtornos por uso de substâncias, um estudo investigou 28 estudos em meta-análises sobre associação entre cirurgia bariátrica e múltiplos desfechos de saúde. Efeitos benéficos da cirurgia bariátrica foram observados na incidência de câncer, mortalidade, risco cardiovascular, síndrome dos ovários policísticos (SOP), sintomas de ansiedade, sintomas depressivos, diabetes mellitus gestacional, hipertensão gestacional, grande para a idade gestacional (GIG), macrossomia, parto pós-termo, risco de cálculos renais, albuminúria, incontinência urinária, incontinência fecal, Esôfago de Barrett e retinopatia diabética. No entanto, efeitos adversos da cirurgia bariátrica foram observados para anemia materna, mortalidade perinatal, anomalias congênitas, parto prematuro, admissão na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), restrição de crescimento intrauterino, pequeno para a idade gestacional (PIG), risco de fratura, fratura de membro superior, suicídio, automutilação e transtorno por uso de álcool (LIAO, et al., 2022).

O risco de desenvolvimento de uso indevido de álcool após a cirurgia é, portanto, uma preocupação, pois sugere um possível dano decorrente da cirurgia. Isso foi originalmente abordado pelo Comitê de Questões Clínicas da Sociedade Americana de Cirurgia Metabólica e Bariátrica em sua declaração de posição em 2015 e foi seguido por recomendações da Associação Europeia para o Estudo

da Obesidade e da Sociedade Britânica de Cirurgia Metabólica da Obesidade recomendações para rastrear o uso de álcool como um fator de risco antes da cirurgia (BUSETTO, et al., 2017; OGDEN, et al., 2019; PARIKH, et al., 2016).

Sob a ótica do contexto elucidado, entende-se que os portadores de transtornos mentais e realização prévia de cirurgia bariátrica, são fatores de risco claramente observados para desenvolver os transtornos relacionados ao uso de álcool.

2. DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente V.L.G., sexo feminino, com identidade de gênero feminina, 54 anos, divorciada há 6 anos, mãe biológica de 2 filhos, religião católica, tem ensino superior completo em gestão pública, é servidora pública na área de gestão. Natural de Petrolina – Goiás. Reside sozinha, atualmente em Goiânia – Goiás.

Realizou cirurgia bariátrica há 7 anos (2017), com uso frequente de suplementação vitamínica de ferro e complexo B e com um histórico de duas internações prévias (2018/2021) devido quadro de depressão e tentativa de suicídio por uso de diazepam. Nega uso de tabaco e drogas ilícitas. Relata não haver comorbidades sistêmicas prévias.

Com uma longa história de internações, V.L.G., chega na instituição com queixa de ingesta excessiva de álcool e medo associado a sintomas ansiosos. A história de sua doença atual (HDA) foi completada pelos dados trazidos pela filha que a acompanhava. Refere que há 1 ano, fazia uso de bebida alcoólica de maneira social e neste período começou a apresentar conflitos no trabalho, devido ao assédio moral do chefe (chamava de burra e inconpetente perto dos colegas de trabalho), evoluindo pós-abuso, com sintomas de taquicardia, dor torácica, pensamento acelerado, déficit atencional e crises de choros. Há 6 meses, alterou o padrão da sua ingesta de álcool, aumentando a quantidade e sendo diariamente. Há 10 dias, tem apresentado quadro de perda de energia, cansaço, fadiga, medo, momentos com ideação suicida, porém nega planejar auto-extermínio. Há 1 dia, após uso excessivo de cerveja em sua residência, caiu de sua cama e apresenta hematoma em região de órbita ocular esquerda.

Relata sua história de vida, desde a infância, com dificuldade de aprendizado e socialização, apresentando déficit no desempenho escolar. Na adolescência, mantinha uma instabilidade afetiva, gastos excessivos, com início do uso de bebida alcoólica aos 14 anos, após ver seu pai fazer o uso e considerar normal. A família, no entanto, não a repreendia. Já na vida adulta, descreve momentos de hiperatividade, agitação e aumento da energia dirigida para atividades da igreja

e comportamento hipersexualizado (aumento da libido). Após o casamento com um esposo militar, no ano de 2015, descobriu a primeira traição e no ano de 2018, efetuaram o divórcio (considerava o marido agressivo). Apresentou depressão pós-parto na segunda gestação (sintomas psicóticos, mas sem internação). Após tais relatos supracitados, desenvolveu sintomas depressivos graves, se afastou das atividades sociais e assim, foi aumentando gradativamente o uso de substâncias alcoólicas, ultimamente 20 latas de cervejas, por 4 meses mantendo a mesma dose de consumo com sintomas de abstinência (cefaleia, tristeza, e ansiedade), em uso das medicações de uso contínuo que se seguem: Pondera 80mg/dia; Quetiapina 25mg/dia; Ritalina 10mg/dia; Zolpidem 10mg/dia e Rivotril 3gts, em caso de insônia ou ansiedade.

Com histório familiar de pai, e os dois irmãos com episódios depressivos, tentativa de suicídio, etilistas crônicos e os três apresentando provável diagnóstico de transtorno bipolar.

Ao exame físico, paciente apresenta-se em regular estado geral, verbalizando, cooperativa, acianótica, anictérica, afebril, hipocorada (2x/4x), hidratada. Aparelho cardiovascular com bulhas normofonéticas, rítmicas, ausência de sopros, normocárdio: 84 bpm, normotenso: 110x70 mmHg. Ao exame pulmonar, apresenta murmúrios vesiculares presentes em ápices e bases, ausência de ruídos adventícios, eupneica: 19 irmp, saturação de O2 em 98%, em ar ambiente. Ao examinar o abdômen em avental, semigloboso, com presença de ruídos hidroaéreos em todos os quadrantes, ausência de visceromegalias, ausência de cicatrizes.

Enfim, ao exame do estado mental, V.L.G. apresenta idade aparente semelhante a cronológica, vestes adequadas para o clima e ocasião, higiene e autocuidado prejudicados, atitudes colaborativas, hipovigil e hipoprosexia, lentificação psicomotora, sensopercepção preservada, orientada auto e alopsiquicamente, pensamento com fluxo lentificado, agregado, conteúdo depressivo/ansioso e ausência de delírios, hipotímica, afeto congruente, hiporressoante, hipomodulado, inteligência preservada, refere ideação suicida, porém sem planejamento, insight da doença e juízo da realidade prejudicados.

Durante a internação, V.L.G. permanece com humor depressivo leve persistente (distimia), cooperativa com o tratamento proposto e atividades, sem alterações eufóricas ou irritadas. Apresentou alguns episódios de hipotensão, astenia, tremores de repouso e sonolência. Percebe o uso de álcool como um transtorno e os benefícios da mudança do hábito e avalia metas a serem alcançadas no futuro para prevenir recaídas.

3. DIAGNÓSTICO

Para prevenir os transtornos por uso de substância, em especial o álcool, é essencial reconhecer os padrões de consumo. De acordo com o Ministério da Saúde (2015) e a Associação Médica (2012) diz que, todo paciente deve ser investigado quanto a seus hábitos alcoólicos por meio de sintomas e sinais relacionados, assim como, pela aplicação de escalas ou questionários para corroborar ou não com o uso problemático.

Os transtornos devido ao uso de álcool são caracterizados pelo padrão e consequências do seu uso. A característica essencial de um transtorno por uso de substâncias consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar de problemas significativos relacionados à substância. Como método de medição, no contexto de serviços de saúde, a OMS tem definições gerais para uso de substâncias psicoativas, classificando como: o uso de substâncias perigosas; Episódio de uso prejudicial; Padrão prejudicial de uso de substancias psicoativas e Dependencia de substancias (OMS, 2014).

A definição de episódio de uso nocivo de álcool, mais amplamente utilizada é a Classificação Internacional das Doenças (CID-11), da OMS (2024), como:
“Um episódio de uso de álcool que causou danos clinicamente significativos à saúde física ou mental de uma pessoa ou tiver exacerbado ou desencadeado um episódio de um transtorno mental preexistente (por exemplo, um Episódio Maníaco ou Depressivo ou um episódio psicótico) ou resultou em comportamento que levou a danos à saúde de outras pessoas.”

Ainda, na CID-11, se caracteriza dependência e padrão prejudicial do uso do álcool:
“Dependência do uso do álcool é um transtorno de regulação do uso de álcool decorrente do uso repetido ou contínuo de álcool. A característica é um forte impulso interno para usar álcool, evidentes ao longo de um período de pelo menos 12 meses, mas o diagnóstico pode ser feito se o uso de álcool for contínuo (diário ou quase diário) por pelo menos 3 meses. Já um padrão de uso de álcool que causou danos à saúde física ou mental de uma pessoa ou resultou em comportamento que levou a danos à saúde de outras pessoas. É evidente por um período de pelo menos 12 meses se o uso da substância for episódico ou pelo menos um mês se o uso for contínuo.”

O outro sistema de classificação amplamente utilizado, o DSM-IV, descreveu dois transtornos distintos: abuso de álcool e dependência de álcool. O Manual

Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais -DSM-5 (2014) integra os dois transtornos do DSM-IV, em um único transtorno chamado transtorno por uso de álcool, com subclassificações entre leve (2-3 sintomas), moderada (4-5 sintomas) e grave (6 ou mais) por um período de 12 meses. Podendo estar em quadro de remissão inicial em seu não uso por no mínimo 3 meses ou remissão sustentada em no mínimo 12 meses ou mais. Além de especificar se está em um ambiente protegido do acesso restrito do álcool.

Para auxiliar o médico nessa tarefa, foram desenvolvidos vários questionários. Entre eles os mais usados são o CAGE (Cutdown, Annoyed, Guilty, Eye-opener) o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) e o ASSIST (Alcohol Smoking and Substance Screening Test). O primeiro contém apenas 4 questões e a resposta afirmativa em 2 ou mais é um indicativo diagnóstico de dependência do álcool. Na validação brasileira do uso do CAGE em pacientes psiquiátricos, internados, quando a pontuação de duas respostas positivas para qualquer uma das 4 questões CAGE foi tomada como um resultado positivo do teste.
A sensibilidade do teste foi de 88% e a especificidade foi de 83%. Aumentar o ponto de corte para 3 respostas positivas diminuiu a sensibilidade para 81% e aumentou a especificidade para 94% (MASUR, 1983).

A intervenção do DSM-5 (2014) no campo psiquiátrico, com sua referência operacional, define o diagnóstico de transtorno de bipolaridade como uma ponte (por sintomas, história familiar e genética) entre os transtornos psicóticos e transtornos depressivos, apresentando estados maníacos, hipomaníacos e depressivos, ciclando entre eles ou não. Varia de um humor anormal, expansivo, irritável, psicótico, para um humor deprimido e com perda de prazer.

4. RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM

V.L.G não apresentava no momento exames laboratoriais ou de imagem para corroborar com a clínica apresentada.

5. FISIOPATOLOGIA DA DOENÇA

Uma interação semelhante entre influências genéticas e ambientais contribui para várias condições médicas e psiquiátricas.

Os efeitos do álcool no sistema nervoso central (SNC) são mediados por ações em uma variedade de neurotransmissores. Há uma interação complexa entre os sistemas excitatório e inibitório. Os numerosos transmissores envolvidos na ação do álcool explicam seus diversos efeitos e o grande número de interações

medicamentosas com drogas prescritas e ilícitas (MCINTOSH, 2004) Estudos revelaram que atividades nos canais iônicos associadas aos receptores de acetilcolina nicotínica, serotonina 5-hidroxitriptamina3 (5-HT3) e GABA tipo A (GABAA) são intensificadas pelo álcool, enquanto atividades dos canais iônicos associadas aos receptores de glutamato e canais de cálcio disparados por voltagem são inibidas, ou seja, atacando diretamente o glutamato, um neurotransmissor envolvido em várias funções, faz com que a pessoa perca a capacidade de julgamento, memória, percepção sensorial e coordenação motora (SADOK, et al., 2017).

Em uma revisão bibliográfica e recuperados artigos publicados em diferentes idiomas nos últimos 15 anos descrevem o efeito direto do álcool em vários receptores de neurotransmissores (ácido gama-aminobutírico [GABA], glutamato, endocanabinoides AEA e 2-AG, entre outros), o efeito indireto do álcool nos sistemas límbico e opioide, e o efeito nos canais de cálcio e potássio e nas proteínas reguladas pelo GABA no hipocampo. As múltiplas ações do álcool sobre o SNC resultam em um efeito geral de depressão psicomotora, dificuldades no armazenamento de informações e raciocínio lógico e incoordenação motora, além de estimular o sistema de recompensa, fato que pode explicar o desenvolvimento da dependência (COSTARDI, et al., 2015).

Estudos de pesquisas, mostraram que o álcool estimula células imunes cerebrais, microglia e astrócitos, ativando receptores imunes inatos Toll-like (TLRs) e receptores NOD-like (NLRs do inflamossomo) desencadeando vias de sinalização, que culminam na produção de citocinas e quimiocinas pró-inflamatórias que levam à neuroinflamação, danos neurais no córtex cerebral e no hipocampo, enquanto a modesta ativação de TLR4, juntamente com a geração de certas citocinas e quimiocinas em áreas cerebrais específicas (por exemplo, amígdala, área tegmentar ventral), modula a neurotransmissão, o consumo de álcool e as recompensas do álcool (MONTESINOS, et al., 2016)

Especificamente, o uso de álcool está associado a diminuição do sono do movimento rápido dos olhos (sono REM ou sono com sonhos) e do sono profundo (estágio 4) e maior fragmentação do sono, com episódios mais frequentes e mais longos de vigília. Portanto, a noção de que ingerir álcool ajuda a dormir é um mito (SADOK, et al., 2017)

6. TERAPÊUTICA ADOTADA

Conforme transcorrido, foram modificados toda a prescrição ambulatorial no qual a paciente fazia uso, para uma nova abordagem, baseada nas hipóteses

diagnósticas: transtorno afetivo bipolar, em episódio atual de depressão grave sem sintomas psicóticos e transtornos mentais e comportamentais causados pelo uso excessivo de álcool.

Na casuística, a incorporação de estabilizadores de humor (Lítio e Ácido Valproico) e antipsicótico atípico (Hemifumarato de Quetiapina), foram usados para o quadro do transtorno bipolar com episódio de depressão, sem psicose. Ainda após dose otimizada, a paciente ainda apresentava episódios de humor deprimido e ansioso, assim, lançado a terapêutica de acrescentar um antidepressivo em gotas (Oxalato de Escitalopram) para instituir uma resposta adequada ao humor.

Com melhora significativa do estado depressivo, apresentou quadros de sonolência diurna, astenia e episódios de hipotensão. Foram abordados dois pontos relevantes: a necessidade de exames de sangue para verificar a presença de hipovitaminose, devido à cirurgia bariátrica prévia e a adoção de medidas nutricionais, fracionando a dieta ao dia, para evitar hipoglicemias.

Em virtude do transtorno relacionado ao álcool, foram adotadas medidas medicamentosas iniciais para o tratamento da doença base, como supracitado e acrescentado um benzodiazepínico (Diazepam). Benzodiazepínicos têm sido amplamente usados para o tratamento de sintomas de abstinência de álcool. Em um estudo que reuniu ensaios clínicos randomizados controlados examinando eficácia, segurança e risco-benefício de benzodiazepínicos em comparação com placebo ou outro tratamento farmacológico e entre si, demonstrou um benefício protetor contra sintomas de abstinência de álcool, em particular convulsões, quando comparados ao placebo e um benefício potencialmente protetor para muitos resultados quando comparados a outras drogas (AMATO et al., 2010).
Ao passar dos dias, a paciente relata ainda uma fissura/desejo por álcool, com um humor menos deprimido. Assim, foi realizada a introdução de um antagonista opioide (Cloridrato de Naltrexona), usado para modificar o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal para suprimir o consumo de álcool. Para tanto, em uma decisão histórica que reconhece o significativo fardo de saúde pública associado aos transtornos por uso de álcool e a eficácia do acamprosato e da naltrexona em seu tratamento. A nova edição da Lista Modelo de Medicamentos Essenciais (LME) , no ano de 2023, inclui dois medicamentos importantes para o tratamento de transtornos por uso de álcool em adultos: acamprosato e naltrexona (OMS, 2023).

Além do tratamento medicamentoso supracitado, o plano terapêutico parte do pressuposto que as abordagens são centradas no paciente, considerando sua individualidade, com a psicoterapia, e equipe multidisciplinar: educador físico,

fisioterapeuta, psicólogo, enfermeiros.

7. COLETA DE DADOS

O estudo consiste em um relato de caso, baseado em uma paciente portadora de transtornos mentais, por uso de álcool e com cirurgia bariátrica prévia. Os dados foram coletados mediante estágio obrigatório na instituição Hospital Maria Cândida Teixeira, no município de Nerópolis - Goiás . O paciente escolhido para o estudo, foi indicado pelo preceptor da instituição.

A coleta de dados foi realizada mediante prontuário da paciente, incluindo diariamente anamnese, exame físico e mental no decorrer do estudo.

O período de acompanhamento do caso ocorreu do dia 21 de outubro até o dia 10 de novembro de 2024. Foram feitas cinco modificações medicamentosas neste período. Ainda, a paciente continuará em internação e acompanhamento para tratamento.

8. DESENVOLVIMENTO

Estudos vêm atualmente sugerindo que os pacientes devem ser informados sobre um risco pequeno, mas significativo, de novo uso indevido de álcool após cirurgia bariátrica e também fornece evidências de suporte do risco de recaída (KENKRE, et al., 2024).

O estresse oxidativo, decorrente do metabolismo do etanol, produz alto nível intracelular de espécies reativas de oxigênio e de nitrogênio, que são os pontos cardiais da patogênese de uma série de complicações clínicas relacionadas ao álcool, tais como hepatopatia alcoólica, pancreatopatia alcoólica, miocardiopatia alcoólica, alterações hematológicas. A peroxidação de lipídios, formando ácidos graxos, também contribui com as lesões orgânicas advindas do metabolismo do álcool. A injúria orgânica pelo uso crônico do etanol também pode ser relacionada à deficiência nutricional, como déficit de vitaminas, em especial a deficiência das vitaminas do complexo B e deficiência de metionina-colina (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2012).

O diagnóstico precoce da utilização de álcool melhora o prognóstico do paciente, devendo-se estimular a abstinência ou uso de consumo razoável, no caso de padrão nocivo de consumo, e encaminhar para tratamento específico. Os sinais e sintomas de intoxicação aguda/abuso de álcool variam de acordo com a alcoolemia, e dependerá também de fatores individuais, como peso, gênero,

velocidade da ingestão alcoólica, e presença de alimento no estômago.

9. CONCLUSÃO

Uma tendência em colocar o problema do uso de drogas na "droga em si" simplifica o contexto e nos leva a crer que eliminar as drogas resolveria as consequências relacionadas ao uso problemático. E tentamos eliminá-las; porém, não há, na história da humanidade, um momento histórico em que o ser humano não recorreu a essas substâncias.

A partir do contexto elencado em cada tópico deste estudo podemos considerar a prevenção do uso de álcool, evitando o início do uso, retardando a idade de início do uso quando este não puder ser evitado, reduzir os riscos e os danos relacionados ao uso de drogas, evitando a transição para um uso problemático. Estar consciente dos fatores de riscos relacionados ao uso, corrobora com a prevenção instruída.

Vale ressaltar a importância do estudo da fisiopatologia que está relacionada ao abuso de álcool após cirurgia bariátrica a fim de elucidar eventos rotineiramente encontrados nos casos. Estudos futuros que examinam os resultados da cirurgia bariátrica devem incluir rotineiramente medidas de abuso de álcool, usando questionários validados, apoiados por entrevista clínica.

Os transtornos mentais, principalmente depressão e afetivo bipolar, podem ser um fator de risco relacionado ao uso de álcool, ou mesmo ser uma consequência após o uso de maneira problemática. Podemos esclarecer que os estudos evidenciam que a cirurgia bariátrica tem como consequência, o uso abusivo e dependente de álcool.

Neste caso, foi possível garantir um plano terapêutico conciso, a partir da colaboração da paciente e um manejo de plano terapêutico, baseado na sua individualidade e histórico prévio.

Referências

AMATO L, et al. **"Benzodiazepines for alcohol withdrawal." The Cochrane database of systematic reviews.** 2010. Disponível em: doi:10.1002/14651858.CD005063.pub3. Acesso em: 10 de nov de 2024.

SADOCK J, et al. **Compêndio de psiquiatria : ciência do comportamento e psiquiatria clínica [recurso eletrônico]** /– 11. ed. – Porto Alegre : Artmed,

2017.

MASUR J. **“Validation of the “CAGE” alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting.”** Brazilian journal of medical and biological research = Revista brasileira de pesquisas médicas e biológicas vol. 16,3. 1983. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6652293/. Acesso em: 10 de nov de 2024.

SANCHEZ Z, et al. **“Childhood alcohol use may predict adolescent binge drinking: a multivariate analysis among adolescents in Brazil.” The Journal of pediatrics** vol. 163,2. 2013. Disponível em: doi:10.1016/j.jpeds.2013.01.029. Acesso em: 10 de nov de 2024.

PARIKH M, et al. **American Society for M, Bariatric Surgery Clinical Issues C. Declaração de posição da ASMBS sobre o uso de álcool antes e depois da cirurgia bariátrica.** Surg Obes Relat Dis. 2016. Disponível em: 225–30. 10.1016/j.soard.2015.10.085. Acesso em: 09 de nov de 2024.

BUSETTO L, et al. **Recomendações práticas da força-tarefa de gerenciamento de obesidade da associação europeia para o estudo da obesidade para o gerenciamento médico pós-cirurgia bariátrica.** Obes Facts. 2017. Disponível em: 597–632. 10.1159/000481825. Acesso em: 09 de nov de 2024.

OGDEN J, et al. **A British Obesity Metabolic Surgery Society aprovou diretrizes para suporte psicológico pré e pós-cirurgia bariátrica.** Clin Obes. 2019. Disponível em: e12339. 10.1111/cob.12339. Acesso em: 10 de nov de 2024.

OMS. **World Health Organization Model List of Essential Medicines** – 23rd List, 2023. In: The selection and use of essential medicines 2023: Executive summary of the report of the 24th WHO Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines, 24–28 April 2023. Geneva: World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/ publications/i/item/WHO-MHPHPS-EML-2023.02. Acesso em 09 de nov de 2024.

CID – 11. **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.** ICD-11 Reference Guide. Genebra: OMS, 2019b. Disponível em inglês em: https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#714690795. Acesso em 09 de nov de 2024.

Associação Médica Brasileira, 2012. **Abuso e depêndencia de álcool**. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/abuso_e_dependenia_de_

alcool.pdf. Acesso em 09 de nov de 2024.

SCHUCKIT, M. **Alcoolismo, Ansiedade e Depressão. British Journal of Addiction.** 1988. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1988.tb02551.x. Acesso em: 09 de nov de 2024 OMS 2024.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf?sequence=1.

UNIFESP 2012. **Levantamento Nacional de álcool e drogas. Relatório online.** 2012. Disponível em: https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf. Acesso em: 09 de nov de 2024

Ministério da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas : Guia AD / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_estrategico_cuidado_pessoas_necessidades.pdf. Acesso em: 09 de nov de 2024

LIAO J, et al. **"Bariatric surgery and health outcomes: An umbrella analysis." Frontiers in endocrinology** vol. 13 1016613. 28 Oct. 2022. Disponível em: doi:10.3389/fendo.2022.1016613. Acesso em: 09 de nov de 2024.

MCINTOSH C **"Alcohol and the nervous system." Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry** vol. 75 Suppl 3,Suppl 3 (2004): iii16-21. Disponível em: doi:10.1136/jnnp.2004.045708. Acesso em: 09 de nov de 2024.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. **Notícias. Decisões históricas de saúde pública da OMS sobre medicamentos essenciais para transtornos por uso de álcool.** 2023. Disponível em: https://www.who.int/news/item/08-08-2023-landmark-public-health-decisions-by-WHO-onessential-medicines-for-alcohol-use-disorders. Acesso em: 09 de nov de 2024.

Costardi, João Victor Vezali et al. **"A review on alcohol: from the central action mechanism to chemical dependency."** Revista da Associação Médica Brasileira (1992) vol. 61,4 (2015): 381-7. doi:10.1590/1806-9282.61.04.381

DESAFIOS NO MANEJO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA COMÓRBIDO A TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Eliana Mendes Berquó – aniberquo@gmail.com
Graduanda em Medicina
HOSPITAL MARIA CÂNDIDA TEIXEIRA
Nerópolis, Goiás, 07 de Dezembro de 2024

RESUMO

Este relato de caso descreve o acompanhamento de um paciente com transtorno do espectro autista (TEA) e comorbidades psiquiátricas, internado em um hospital psiquiátrico no ano de 2024, com o objetivo de investigar a eficácia de um tratamento integrado, envolvendo psicoterapia e farmacoterapia, para o controle de sintomas comportamentais e emocionais. O problema de pesquisa levantado foi se uma abordagem multidisciplinar, combinando intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas, poderia oferecer uma melhoria significativa no quadro clínico do paciente, considerando a complexidade das comorbidades psiquiátricas associadas. A hipótese inicial foi de que a combinação de medicações e terapias comportamentais seria eficaz para reduzir a agressividade, melhorar a interação social e controlar os sintomas de humor. O método utilizado incluiu acompanhamento psicoterapêutico regular, ajustes nas medicações, como lítio e antipsicóticos, além da psicoeducação familiar. Os dados foram coletados por meio de observações clínicas e relatórios de evolução terapêutica do paciente, com ênfase no monitoramento dos comportamentos e resposta aos tratamentos. A

análise foi fundamentada em uma revisão teórica sobre TEA e suas comorbidades, com foco em estudos de intervenções psicoterápicas e farmacológicas. Os resultados indicaram uma melhora gradual no controle de sintomas como agressividade, agitação e oscilação de humor, com a estabilização emocional do paciente ao longo do tratamento. Conclui-se que uma abordagem integrada de psicoterapia e farmacoterapia pode ser eficaz no manejo de pacientes com TEA e comorbidades psiquiátricas, contribuindo para a melhora da qualidade de vida e a adaptação social, embora a necessidade de ajustes contínuos seja imprescindível para o sucesso do tratamento.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista, Comorbidades Psiquiátricas, Tratamento Integrado, Psicoterapia, Farmacoterapia.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do desenvolvimento neurológico caracterizado por dificuldades persistentes na comunicação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. A condição engloba uma gama de apresentações, variando de formas leves a severas, sendo que os sintomas se manifestam antes dos três anos de idade, com um impacto significativo no funcionamento diário do indivíduo (American Psychiatric Association, 2014).

A prevalência do TEA tem aumentado significativamente nas últimas décadas, embora parte dessa elevação se deva ao maior reconhecimento da condição e aos avanços nos métodos diagnósticos. Estudos indicam que o transtorno afeta cerca de 1 em cada 54 crianças nos Estados Unidos, com variações globais na prevalência (BAIO et al., 2018). O transtorno é mais comum em meninos, com uma razão de prevalência de aproximadamente 4:1 entre meninos e meninas (LORD et al., 2018). Entretanto, as taxas de diagnóstico têm mostrado variação de acordo com fatores culturais e a compreensão dos critérios diagnósticos, o que pode refletir um diagnóstico mais inclusivo e abrangente.

De acordo com o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), os critérios diagnósticos para o TEA são divididos em dois grandes grupos: (1) déficits na comunicação social e (2) padrões restritos e repetitivos de comportamento. No primeiro grupo, o paciente pode apresentar dificuldades na reciprocidade social, como o intercâmbio de gestos, expressões faciais e emoções. Já o segundo grupo envolve interesses fixos, comportamentos repetitivos ou rituais, como insistência em rotinas e movimentos estereotipados (APA, 2014).

Além disso, os sintomas devem estar presentes desde a primeira infância e causar prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. A avaliação diagnóstica, portanto, é abrangente e envolve uma combinação de observações comportamentais, entrevistas com os familiares e, frequentemente, o uso de ferramentas padronizadas, como a Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) e a Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) (APA, 2014).

O DSM-5 também consolidou o transtorno do espectro autista como uma categoria única, ao invés de subdividi-lo em diferentes tipos de autismo, como ocorria nas edições anteriores (DSM-IV). No modelo atual, como descrito anteriormente, o TEA é caracterizado por dificuldades persistentes em duas áreas principais: comunicação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento. Esses sintomas devem estar presentes desde os primeiros estágios do desenvolvimento, ainda que possam não se manifestar de forma evidente até que as demandas sociais excedam as capacidades do indivíduo (APA, 2014).
O DSM-5 define três níveis de gravidade para o TEA, levando em consideração a intensidade do suporte necessário para o indivíduo em sua vida cotidiana. Esses níveis são: Nível 1 (requer apoio) – Caracteriza-se por dificuldades de comunicação social, mas que podem ser manejadas com apoio. Indivíduos nesse nível podem ser capazes de funcionar em ambientes estruturados, mas apresentam dificuldades nas interações sociais. Nível 2 (requer apoio substancial) – Refere-se a indivíduos que apresentam dificuldades mais intensas nas interações sociais e comportamentos repetitivos, necessitando de um suporte mais substancial para se integrar em contextos sociais e educacionais. Nível 3 (requer apoio muito substancial) – Os indivíduos desse nível apresentam deficiências significativas nas habilidades de comunicação e comportamento, necessitando de um apoio intensivo e contínuo em todos os aspectos de sua vida. Esses níveis ajudam a quantificar a gravidade do TEA, facilitando a escolha de intervenções terapêuticas adequadas e o acompanhamento das necessidades de cada paciente (APA, 2014).

A Classificação Internacional de Doenças (CID), utilizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), também apresenta uma classificação para o TEA, que passou por uma atualização significativa com a transição do CID-10 para o CID-11. O CID-10, publicado em 1992, agrupava os transtornos do espectro autista sob a categoria de “Transtornos Globais do Desenvolvimento”, subdividindo-os em condições como autismo infantil, síndrome de Asperger e transtorno desintegrativo da infância (Organização Mundial da Saúde, 1992). Com o lançamento do CID-11, em 2018, houve uma reformulação, integrando todas essas condições sob o termo único de Transtorno do Espectro Autista, similar ao

modelo do DSM-5.

O CID-11 não estabelece os níveis de gravidade como o DSM-5, mas reconhece a variação de sintomas e a necessidade de apoio individualizado, refletindo uma abordagem mais moderna e funcional do transtorno (OMS, 2019). O CID-11 foca em uma descrição dimensional,considerando as diferenças na apresentação dos sintomas e no impacto nas áreas da vida do indivíduo, permitindo que se identifique a necessidade de suporte e as intervenções mais adequadas.

Embora o modelo atual do DSM-5 e do CID-11 tenha unificado o transtorno sob a categoria de espectro, a questão dos subtipos de autismo ainda é tema de debate entre os profissionais. A escolha de tratar o TEA como uma entidade única tem por objetivo simplificar o diagnóstico e o tratamento, mas também gera críticas, pois pode obscurecer diferenças importantes entre os indivíduos. A classificação atual do TEA, baseada em um espectro de severidade e nas necessidades de suporte, visa refletir a diversidade de manifestações do transtorno. O foco está em entender o impacto funcional dos sintomas e em como esses sintomas afetam o dia a dia do paciente. Desse modo, essa abordagem permite um tratamento mais direcionado e específico, levando em conta as particularidades de cada indivíduo, ao invés de tentar encaixá-lo em categorias rígidas. A personalização do cuidado é fundamental, uma vez que os pacientes com TEA apresentam uma gama ampla de habilidades e déficits, e sua resposta ao tratamento pode variar significativamente.

Ademais, indivíduos com TEA frequentemente apresentam condições comórbidas, sendo as mais comuns os distúrbios de ansiedade, transtornos do humor e dificuldades na atenção, como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Além disso, é importante destacar que algumas condições médicas, como epilepsia, têm uma prevalência mais elevada nesse grupo, atingindo até 30% dos indivíduos com TEA (LEE; SMITH; PACIORKOWSKI, 2015). Os transtornos comórbidos podem complicar ainda mais a abordagem terapêutica, uma vez que muitas vezes necessitam de tratamento especializado e um manejo cuidadoso para evitar interações negativas com os tratamentos do TEA.

O impacto do TEA é global, afetando várias áreas da vida do indivíduo. Em nível familiar, o diagnóstico muitas vezes causa desafios emocionais e financeiros significativos, visto que os pais podem enfrentar dificuldades em adaptar suas rotinas e buscar tratamentos adequados. No que diz respeito à vida escolar, muitas crianças com TEA apresentam dificuldades no aprendizado, na socialização com outros colegas e na adaptação a ambientes estruturados, exigindo intervenções educativas especializadas. Para adultos com TEA, os desafios são mais evidentes

nas áreas de emprego e relacionamento social, com um número significativo de indivíduos ainda apresentando dependência significativa em relação ao apoio familiar ou institucional.
O tratamento é individualizado e envolve uma abordagem multidisciplinar, com a inclusão de intervenções comportamentais, psicoterápicas, farmacológicas e educacionais. As intervenções comportamentais, como a Análise Comportamental Aplicada (ABA, na sigla em inglês), são amplamente utilizadas e têm como foco a modificação de comportamentos inadequados e o ensino de habilidades sociais e comunicativas. A terapia ocupacional e a fonoaudiologia também desempenham um papel importante, ajudando a desenvolver habilidades motoras e comunicativas, que são frequentemente comprometidas.

No contexto farmacológico, embora não existam medicamentos específicos para o TEA, algumas terapias medicamentosas podem ser indicadas para o manejo de sintomas comórbidos, como os distúrbios de humor, a ansiedade ou a hiperatividade. Medicamentos como antipsicóticos atípicos, são usados com frequência para o controle de comportamentos agressivos ou irritabilidade. Entretanto, a utilização de medicamentos deve ser cuidadosamente monitorada, devido ao risco de efeitos adversos a longo prazo. Em termos de integração social e educacional, programas de inclusão escolar e treinamentos de habilidades sociais têm mostrado benefícios, promovendo maior autonomia e melhor qualidade de vida para esses indivíduos (HIROTA; KING, 2023).

Desse modo, este artigo tem como objetivo relatar e analisar um caso clínico de um paciente com diagnóstico de TEA, destacando as características do transtorno, as comorbidades associadas, os desafios enfrentados no tratamento e a evolução do caso.

2. DESCRIÇÃO DO CASO

Identificação: T. H. S., adolescente de 13 anos, sexo masculino, estudante do 8º ano do ensino fundamental (incompleto), natural de Primavera do Leste (MT), deu entrada no Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira (HMCT) em 22 de maio de 2024, em caráter de internação compulsória, acompanhado pela mãe e pela equipe do SAMU devido a quadro de intensa agitação psicomotora e comportamento agressivo.

Queixa Principal:
“Agressividade”

História da Doença Atual: A mãe relata histórico de agressividade e agitação

psicomotora desde junho de 2023, intensificando-se há dois meses com episódios recorrentes de comportamento disruptivo, como fuga de casa, quebra de objetos (televisão, portas e janelas) e agressividade verbal e física. Os episódios de agitação foram agravados após um evento traumático, no qual o paciente foi agredido fisicamente pelo pai de uma colega. O motivo relatado para o incidente foi que o paciente buscava contato físico (um abraço) com a colega, o que gerou reação violenta do genitor da criança. De acordo com a mãe, o paciente apresentava irritabilidade constante, impulsividade e dificuldade de controle emocional. Durante o transporte para o hospital, foi necessário uso de midazolam (2 ml diluído em SF 0,9%) intravenoso e prometazina (1 ampola, via intramuscular) para contenção da agitação psicomotora.

Antecedentes Pessoais:
Perinatal: Terceiro filho de uma gestação G5P5C1N4A0, parto normal, a termo (40 semanas).
Pré-natal adequado; diagnóstico de pré-diabetes gestacional controlado sem insulina. Amamentação exclusiva até os 6 meses.
Primeira infância: Internação aos 8 meses por bronquiolite complicada com pneumonia e abscesso pulmonar, exigindo internação em UTI por 15 dias (sem necessidade de intubação orotraqueal) e permanência hospitalar total de 6 meses. Diagnóstico de autismo aos 2 anos, com início precoce de comportamentos agressivos, principalmente direcionados a crianças do sexo feminino.

História de desenvolvimento neuropsicomotor: Marcos de desenvolvimento atrasados: começou a andar e falar aos 5 anos. Déficit persistente de aprendizagem desde a educação infantil.

História psiquiátrica: Avaliação com neurologista aos 5 anos por agitação psicomotora e agressividade; prescritas ritalina e valproato de sódio (depakene), sem melhora significativa.
Reavaliações subsequentes aos 8 e 10 anos, com introdução de risperidona, amplictil e haloperidol, além de outras medicações para manejo de impulsividade e controle da agressividade.
Ambiente familiar e social: Núcleo familiar desestruturado. Pai ausente, com histórico de alcoolismo e transtorno afetivo bipolar (TAB). Irmão com diagnóstico de TAB. Prima materna diagnosticada com autismo. Mãe com suspeita de TAB.
Desempenho escolar: Estudante do 8º ano do ensino fundamental em uma escola pública, com histórico de dificuldades acadêmicas, frequentemente relacionadas à baixa atenção, impulsividade e agressividade com colegas. Foi relatado pela escola que o paciente busca atenção de forma inadequada, com comportamentos disruptivos e dificuldade em seguir regras.

Medicação em uso:
Aristab (aripiprazol) 1 mg/mL: 0-0-15 mL
Depakene (valproato de sódio) 500 mg: 1-0-1
Fluoxetina 20 mg: 0-1-0
Amplictil (clorpromazina) 25 mg: 1-0-0 e 100 mg: 0-0-2
Haldol (haloperidol) 5 mg: 1-0-1
Akineton (biperideno) 2 mg: 1-0-0

Antecedentes familiares:
O paciente vive em uma família desestruturada. É o terceiro de cinco filhos, sendo o único morador atual com a mãe. O pai é ausente e relatado como alcoolista e portador de transtorno afetivo bipolar. A mãe apresenta histórico de transtorno de ansiedade e tabagismo. Um irmão também é diagnosticado com TAB, e uma prima materna tem diagnóstico de transtorno do espectro autista. A dinâmica familiar é marcada por conflitos frequentes e ausência de uma rede de apoio adequada. T. H. S. não mantém vínculo afetivo consistente com figuras paternas e apresenta baixa interação social fora do ambiente escolar.

Exame do Estado Mental:
Na admissão, o paciente encontrava-se agitado, vestindo roupas limpas e adequadas. Apresentava múltiplas cicatrizes nos membros superiores e inferiores, sem feridas ativas. Estava normovigil, normotenso e pouco colaborativo.
Atenção: Normoproséxico.
Humor: Instável, com oscilações frequentes.
Pensamento: Curso acelerado, sem conteúdo delirante.
Sensopercepção: Sem alterações.
Linguagem: Pueril, com respostas breves e evasivas.
Impulsividade marcante.
Orientação: Preservada quanto ao tempo, espaço e pessoa.
Ausência de heteroagressividade ou ideação suicida/homicida no momento da avaliação.

Exame Físico:

Estado geral: Bom estado geral (BEG), corado, hidratado, acianótico, anictérico.
Sistema respiratório: Murmúrio vesicular presente e simétrico, sem ruídos adventícios.
Sistema cardiovascular: Ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopro.
Abdômen: Sem alterações.

Membros: Sem edemas ou alterações visíveis.

Diagnóstico Nosológico:
Síndrome do neurodesenvolvimento (transtorno do espectro autista).
Timopatia.
Transtorno de personalidade (em desenvolvimento).
Transtorno opositor desafiante.

Conduta:
Orientações gerais à equipe e familiares.
Adequação do manejo medicamentoso para controle da agitação e impulsividade.
Implementação de terapia comportamental focada em controle de impulsos e manejo da agressividade.
Inserção em atividades de laborterapia para promover habilidades sociais e emocionais.
Acompanhamento em sala de observação para monitoramento inicial.

3. DIAGNÓSTICO

A elaboração do diagnóstico nosológico do paciente envolveu uma avaliação multidimensional e integrada, considerando dados clínicos, histórico familiar, dinâmicas sociais e respostas aos tratamentos prévios. O diagnóstico baseou-se em critérios estabelecidos pelo DSM-5 e pela CID-11. De acordo com o caso clínico descrito o paciente recebeu os seguintes diagnósticos:

1. Síndrome do Neurodesenvolvimento (Transtorno do Espectro Autista - TEA): O paciente apresentava histórico de dificuldades de interação social, comunicação atípica e padrões de comportamento restritos e repetitivos, conforme descrito desde a infância. Esses aspectos foram observados ao longo do desenvolvimento neuropsicomotor, marcado por atraso significativo na fala e marcha, além de dificuldades persistentes em estabelecer vínculos interpessoais. No exame clínico atual, a linguagem do paciente continua limitada e pouco articulada, com discurso pueril e respostas evasivas, reforçando a hipótese de déficits em comunicação pragmática. Adicionalmente, padrões rígidos de comportamento, associados à baixa flexibilidade cognitiva e emocional, sustentam a presença de TEA em grau leve a moderado. Desse modo, o diagnóstico se justifica devido a presença de sintomas de neurodesenvolvimento desde a primeira infância e a manutenção de dificuldades em interação social e comportamentos repetitivos, o que torna o diagnóstico de TEA predominante.

2. Timopatia (Transtorno do Humor): A oscilação de humor com episódios de irritabilidade marcante e comportamento impulsivo sugere a presença de

uma condição afetiva subjacente. O histórico familiar de transtorno afetivo bipolar (TAB) no pai e em um irmão contribui para uma predisposição genética significativa, sendo a ciclotimia e a disforia frequentes em adolescentes com neurodesenvolvimento atípico. Adicionalmente, alterações no sono, baixa tolerância à frustração e reatividade emocional exacerbada foram relatadas por cuidadores e professores. Apesar da ausência de episódios maníacos típicos, as flutuações emocionais intensas e desproporcionais às circunstâncias do ambiente indicam um transtorno do humor atípico, em possível desenvolvimento. Desse modo, a hipótese se sustenta devido a disforia e a instabilidade emocional evidenciadas pelo paciente que sugerem a hipótese de um transtorno de humor, justificado tanto pelo quadro clínico quanto pelo histórico familiar. Sendo que, a comorbidade com TEA pode exacerbar tais sintomas e o impacto funcional global.

3. Transtorno de Personalidade:
Embora a personalidade ainda esteja em formação na adolescência, o comportamento desafiador e a incapacidade de manter relacionamentos interpessoais consistentes sugerem traços iniciais de um transtorno de personalidade. O paciente exibe padrões de desconfiança, impulsividade e agressividade que interferem na adaptação social. Tais características são compatíveis com os critérios de transtornos de personalidade do cluster B, incluindo transtorno de personalidade antissocial e borderline. Além disso, a instabilidade emocional, associada à hiper reatividade interpessoal e à busca de validação inadequada, pode refletir um transtorno emergente. Logo, a presença de comportamento impulsivo e opositor, associado à história familiar de desajuste social e traços de transtornos de personalidade, reforça a hipótese de um transtorno em desenvolvimento, mesmo considerando a limitação diagnóstica em adolescentes.

4. Transtorno Opositor Desafiante (TOD):
O comportamento desafiador e hostil do paciente, incluindo recusa persistente em obedecer figuras de autoridade e tendência a responsabilizar os outros por seus problemas, é característico do TOD. Episódios de vandalismo, fuga de casa e agressividade indicam uma severidade funcional que impacta negativamente seu desempenho escolar e familiar. Este diagnóstico é particularmente relevante, dado o padrão crônico e a escalada do comportamento ao longo do tempo. A ausência de empatia nas interações com colegas e adultos também está alinhada a esse transtorno, frequentemente associado a quadros de TEA e transtornos de personalidade emergentes. Embora crianças e adolescentes com TEA possam apresentar comportamentos desafiadores como resultado de dificuldades em lidar com mudanças ou frustrações, o padrão crônico de oposição observado

no paciente é mais consistente com o TOD como transtorno independente. Desse modo, o comportamento opositor do paciente, relatado por professores, familiares e durante a internação, preenche critérios para o TOD.
A análise dos sintomas e comportamentos apresentados pelo paciente aponta para um quadro clínico complexo, no qual o transtorno do espectro autista surge como diagnóstico primário. No entanto, a diversidade e a intensidade dos sintomas observados sugerem que as outras hipóteses diagnósticas levantadas – transtorno de humor (timopatia), transtorno de personalidade em desenvolvimento e transtorno opositor desafiante (TOD) – se justificam como condições comórbidas, em vez de serem completamente explicadas pelo TEA. Essa distinção é fundamental tanto para o manejo clínico quanto para a compreensão do impacto funcional desses transtornos.

O TEA abrange um conjunto de déficits na comunicação social, na reciprocidade emocional e no comportamento, frequentemente marcado por rigidez cognitiva e padrões repetitivos. Embora esses traços sejam centrais no diagnóstico do paciente, vários aspectos do seu quadro clínico vão além das manifestações típicas do TEA.

Como descrito, o paciente apresenta uma importante instabilidade emocional e impulsividade, no qual enquanto dificuldades de regulação emocional são comuns no TEA, os episódios de irritabilidade extrema, agressividade física e instabilidade do humor, que variam rapidamente, são mais característicos de transtornos do humor, como a timopatia, ou até de transtornos de personalidade emergentes. Além disso, o desafio persistente à autoridade, associado a atos de vandalismo, não é comum no TEA como uma característica primária. Esses comportamentos estão mais alinhados com o TOD. Semelhantemente, os comportamentos de fuga de casa e destruição de objetos, indicam reatividade emocional intensa e descontrole impulsivo, que vão além das dificuldades adaptativas esperadas no TEA. Portanto, embora o TEA forneça uma base diagnóstica, ele não explica plenamente a amplitude do quadro clínico do paciente, justificando a investigação e inclusão de diagnósticos comórbidos.

Os transtornos comórbidos não apenas coexistem com o TEA, mas também interagem com ele, amplificando os sintomas de cada condição. Por exemplo: A instabilidade emocional (timopatia) pode intensificar as dificuldades adaptativas do TEA. Os traços emergentes de transtorno de personalidade podem complicar as interações sociais já prejudicadas pelo TEA. O TOD pode exacerbar comportamentos desafiadores e dificultar intervenções terapêuticas. Essas interações reforçam a necessidade de abordagens terapêuticas integradas e personalizadas, que considerem as particularidades de cada transtorno.

4. FISIOPATOLOGIA DAS DOENÇAS

Embora a etiologia do TEA ainda não seja completamente compreendida, a fisiopatologia envolve uma interação entre fatores genéticos, neurobiológicos e ambientais, sendo que a disfunção nas redes neurais e a alteração da comunicação entre diferentes regiões cerebrais desempenham um papel central na manifestação clínica dessa condição.

Pesquisas recentes indicam que o TEA é uma condição de origem multifatorial, envolvendo alterações genéticas, neuroanatômicas e neuroquímicas. A partir de estudos neuroimagem e autópsias cerebrais, observou-se que indivíduos com TEA frequentemente apresentam alterações no desenvolvimento e na conectividade cerebral, especialmente nas áreas relacionadas ao processamento social e comportamental. Entre as regiões cerebrais envolvidas, destacam-se o córtex pré-frontal, a amígdala, o cerebelo e os gânglios da base, que são cruciais para o controle motor, a regulação emocional e o processamento social (PADMANABHAN et al., 2017). Essas áreas podem ser hiperconectadas ou hipoconectadas, dependendo do subtipo de autismo, o que pode explicar tanto a dificuldade em interações sociais quanto os comportamentos repetitivos e estereotipados observados na condição (COURCHESNE; CAMPBELL; SOLSO, 2011).

Além disso, a desregulação neuroquímica, particularmente envolvendo neurotransmissores como a serotonina e o glutamato, tem sido implicada no TEA. Níveis elevados de serotonina no sangue e disfunção nas vias de sinalização do glutamato podem contribuir para os sintomas comportamentais típicos do transtorno (ABDULAMIR; ABDUL-RASHEED; ABDULGHANI, 2018). Essas alterações neuroquímicas podem influenciar a formação de circuitos neurais que governam os processos cognitivos e emocionais, resultando em uma comunicação prejudicada entre as regiões cerebrais responsáveis pela percepção social, tomada de decisão e modulação emocional.

Indivíduos com TEA também têm uma taxa aumentada de transtornos de humor, incluindo depressão e transtorno bipolar como demonstrado no caso clínico apresentado. Essas comorbidades são, em parte, explicadas pela dificuldade que os indivíduos com TEA enfrentam em suas interações sociais e na adaptação a contextos emocionais dinâmicos, o que pode levar ao surgimento de sentimentos de frustração, tristeza e desesperança (HIROTA; KING, 2023). Além disso, a disfunção nas regiões cerebrais envolvidas na regulação emocional, como o 9 córtex pré-frontal e a amígdala, pode predispor os indivíduos ao desenvolvimento de transtornos de humor, visto que essas áreas são fundamentais para o

processamento emocional e a resposta ao estresse (DICHTER et al., 2011).

O estigma social e a marginalização também desempenham um papel importante no surgimento de transtornos de humor, especialmente em adolescentes e adultos com TEA. A incapacidade de lidar adequadamente com os desafios sociais e acadêmicos pode resultar em sentimentos de inadequação e baixa autoestima, fatores que contribuem para o desenvolvimento da depressão (HIROTA; KING, 2023).

Semelhantemente, o transtorno opositor-desafiador observado no paciente relatado, é uma condição também frequentemente observada em crianças com TEA. Embora o TOD possa surgir de forma independente, em crianças com TEA, ele pode ser mais prevalente devido à frustração associada à comunicação deficiente e à percepção distorcida das interações sociais. A dificuldade em compreender normas sociais e lidar com frustrações cotidianas pode desencadear comportamentos desafiadores como uma forma de expressão de angústia emocional (HIROTA; KING, 2023). A sobrecarga sensorial também pode desempenhar um papel importante, pois a hipersensibilidade a estímulos pode resultar em reações impulsivas e irritabilidade, características típicas do TOD.

Além disso, observa-se também uma associação entre TEA e transtornos de personalidade, os quais são mais evidentes na adolescência e na vida adulta. Embora os transtornos de personalidade, como o transtorno de personalidade antissocial, evitativa e borderline, sejam mais comumente diagnosticados em indivíduos sem TEA, há uma sobreposição significativa, especialmente em casos mais graves de autismo. O TEA pode predispor o indivíduo ao desenvolvimento de transtornos de personalidade devido a fatores como dificuldades nas relações interpessoais, incapacidade de compreender e reagir adequadamente a situações emocionais complexas, e a tendência para padrões de comportamento rígidos e inflexíveis (RINALDI et al., 2021). A falta de habilidades para interpretar e responder a interações sociais pode levar a uma visão distorcida de si mesmo e dos outros, criando um ambiente para o desenvolvimento de transtornos de personalidade.

Portanto, a fisiopatologia do transtorno do espectro autista é complexa e multifatorial, envolvendo alterações nas estruturas cerebrais, na conectividade neural e no equilíbrio neuroquímico. Esses fatores são cruciais para a manifestação dos sintomas principais do transtorno, como as dificuldades sociais e os comportamentos repetitivos. Além disso, a correlação entre o TEA e diversos transtornos comórbidos, como transtornos de humor, transtorno opositor-desafiador e transtornos de personalidade, enfatiza a importância de

uma avaliação cuidadosa e de um tratamento individualizado. A coexistência dessas condições exige uma abordagem terapêutica integrada, que leve em consideração tanto as características do TEA quanto às necessidades específicas de cada transtorno comórbido.

5. TERAPÊUTICA ADOTADA

A abordagem terapêutica adotada combinou intervenções psicossociais, terapias complementares e ajustes farmacológicos progressivos, de acordo com a evolução clínica do paciente. Desse modo, a terapêutica adotada consistiu das seguintes condutas:

1. Orientações Gerais e acompanhamento psiquiátrico contínuo: O paciente recebeu orientações abrangentes sobre o manejo dos sintomas e o impacto dos comportamentos apresentados. Acompanhamento psiquiátrico garantiu a reavaliação e ajustes terapêuticos, promovendo uma abordagem dinâmica e individualizada.

2. Intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas: A psicoterapia psiquiátrica foi implementada, com foco no manejo da impulsividade, controle emocional e reestruturação cognitiva. Paralelamente, sessões de terapia ocupacional e laborterapia foram incorporadas, visando o desenvolvimento de habilidades sociais, estruturais e de rotina. A participação ativa da família foi incentivada por meio de psicoeducação, visando ampliar o suporte ambiental e a adesão ao plano terapêutico.

3. Farmacoterapia: Inicialmente, a farmacoterapia foi direcionada ao controle dos sintomas agudos de agitação psicomotora e agressividade, utilizando combinações de anticonvulsivantes, antipsicóticos típicos, sedativos e estabilizadores do humor. O tratamento foi ajustado em resposta aos sintomas apresentados e aos efeitos adversos observados.

Farmacoterapia inicial (22/05/2024)
Introdução de ácido valproico, haloperidol (Haldol), clorpromazina, fenobarbital e prometazina.

Prescrição:
Ácido valproico 500 mg (1.0.1)
Haloperidol 5 mg (1.1.1)
Clorpromazina 25 mg (1.0.0)
Fenobarbital 100 mg (0.0.1)

Avaliação (25/05/2024):

Episódios de distonia e persistência de agitação psicomotora levaram à revisão do esquema terapêutico, com introdução de Lítio (300 mg/dia) visando estabilização de humor em longo prazo e Prometazina (25mg/dia), e ajustes na dose de Haloperidol e Clorpromazina.

Prescrição:

Ácido valproico 250 mg (1.1.0)
Carbonato de Lítio 300 mg (1.0.1)
Haloperidol 5 mg (1.0.1)
Clorpromazina 25 mg (1.1.1)
Fenobarbital 100 mg (0.0.1)
Prometazina 25 mg (0.0.1)
Avaliação (07/06/2024):
Devido à persistência do quadro de comportamento heteroagressivo foi optado por introdução de Quetiapina (100 mg/dia) em substituição a clorpromazina.
Prescrição:
Ácido valproico 250 mg (1.1.0)
Carbonato de Lítio 300 mg (1.0.1)
Haloperidol 5 mg (1.0.1)
Quetiapina 100 mg (0.0.1)
Fenobarbital 100 mg (0.0.1)

Avaliação (25/06/2024):

Devido à persistência do quadro de comportamento heteroagressivo e comportamento querelante foi optado por inclusão de propranolol e aumento na dose de haloperidol, visando estabilização do humor e redução da agressividade.

Prescrição:
Ácido valproico 250 mg (1.1.0)
Carbonato de Lítio 300 mg (1.0.1)
Haloperidol 5 mg (1.1.1)
Quetiapina 100 mg (0.0.1)
Propranolol 40 mg (1.1.1)
Fenobarbital 100 mg (0.0.1)

Avaliação (13/07/2024):
A farmacoterapia foi avaliada e optado pela suspensão do fenobarbital. No

entanto o paciente ainda persistia com comportamento opositor-desafiador e heteroagressivo, no qual foi optado por manutenção das demais medicações.

Avaliação (16/07/2024):
A farmacoterapia foi avaliada e optado pela suspensão do Ácido Valproico devido à melhora dos comportamentos heteroagressivos e estabilização do humor.

Prescrição:
Carbonato de Lítio 300 mg (1.0.1)
Haloperidol 5 mg (1.1.1)
Quetiapina 100 mg (0.0.1)
Propranolol 40 mg (1.1.1)

Avaliação (22/07/2024):

A farmacoterapia foi avaliada e devido quadro de comportamentos heteroagressivos foi optado por aumento da dosagem de lítio.
Prescrição:
Carbonato de Lítio 300 mg (1.1.1)
Haloperidol 5 mg (1.1.1)
Quetiapina 100 mg (0.0.1)
Propranolol 40 mg (1.1.1)

Avaliação (29/07/2024):

A farmacoterapia foi avaliada e devido quadro de sialorreia excessiva, tremor essencial e redução da força muscular em membro superior foi optado por diminuição da dose de propranolol.

Prescrição:
Carbonato de Lítio 300 mg (1.1.1)
Haloperidol 5 mg (1.1.1)
Quetiapina 100 mg (0.0.1)
Propranolol 40 mg (0.0.1)

Avaliação (26/09/2024):

A farmacoterapia foi avaliada e devido persistência do quadro de agitação psicomotora foi optado por aumento da dose de propranolol, introdução de Torval CR (300 mg/dia) e diminuição da dosagem de lítio e haldol.

Prescrição:

Carbonato de Lítio 300 mg (0.1.1)
Valproato de Sódio 300 mg (0.0.1)
Haloperidol 5 mg (1.0.1)
Quetiapina 100 mg (0.0.1)
Propranolol 40 mg (1. ½. 1)

Avaliação (30/09/2024):

A farmacoterapia foi avaliada e devido quadro de sialorreia foi optado por introdução de Biperideno (2mg/dia) e manutenção da dosagem de Haldol.
Prescrição:
Carbonato de Lítio 300 mg (0.1.1)
Valproato de Sódio 300 mg (0.0.1)
Haloperidol 5 mg (1.0.1)
Quetiapina 100 mg (0.0.1)
Propranolol 40 mg (1. ½. 1)
Biperideno 2 mg (1.0.0)

Avaliação (07/10/2024):

A farmacoterapia foi avaliada e devido quadro de heteroagressividade e hiperatividade foi optado por aumento da dosagem de haldol e mantida prescrição de Biperideno, porém à critério médico (ACM).

Prescrição:
Carbonato de Lítio 300 mg (0.1.1)
Valproato de Sódio 300 mg (0.0.1)
Haloperidol 5 mg (1.1.1)
Quetiapina 100 mg (0.0.1)
Propranolol 40 mg (1. ½. 1)
Biperideno 2 mg (1.0.0) ACM

Avaliação (21/10/2024):
A farmacoterapia foi avaliada e devido persistência do quadro de hiperatividade foi optado pela inclusão do medicamento Atentah - Atomexetina (25 mg/dia). Além disso, devido melhora do quadro heteroagressividade foi realizado diminuição da dosagem de haldol e suspensão do Valproato de Sódio (Torval CR 300mg/dia).

Prescrição:
Carbonato de Lítio 300 mg (0.1.1)
Haloperidol 5 mg (0.1.1)
3. Quetiapina 100 mg (0.0.1)
Propranolol 40 mg (1. ½. 1)
Atomexetina 25 mg (1.0.0)
Biperideno 2 mg (1.0.0) ACM

Avaliação (29/10/2024):
A farmacoterapia foi avaliada e devido à ocorrência de quadro de oscilação de humor com presença de humor disfórico e mudança de padrão de comportamento, foi optado por introdução ácido valproico e ajuste na dosagem de propranolol.

Prescrição:
Carbonato de Lítio 300 mg (0.1.1)
Ácido Valproico 250 mg (2.0.1)
Haloperidol 5 mg (0.1.1)
Quetiapina 100 mg (0.0.1)
Propranolol 40 mg (1.0. 1)
Atomexetina 25 mg (1.0.0)
Biperideno 2 mg (1.0.0) ACM

Avaliação (05/11/2024):

A farmacoterapia foi avaliada e devido ao quadro de comportamento opositor-desafiador foi optado por aumento da dosagem de haldol.

Prescrição:
Carbonato de Lítio 300 mg (0.1.1)
Ácido Valproico 250 mg (2.0.1)
Haloperidol 5 mg (1.1.1)
Quetiapina 100 mg (0.0.1)
Propranolol 40 mg (1.0.1)
Atomexetina 25 mg (1.0.0)
Biperideno 2 mg (1.0.0) ACM

Avaliação (07/11/2024):

A farmacoterapia foi avaliada e devido quadro de eretismo foi optado pela suspensão do medicamento Atentah (Atomexetina) e Ácido Valproico.

Prescrição:
Carbonato de Lítio 300 mg (0.1.1)
Haloperidol 5 mg (1.1.1)
Quetiapina 100 mg (0.0.1)
Propranolol 40 mg (1.0.1)
Biperideno 2 mg (1.0.0) ACM

Avaliação (11/11/2024):
A farmacoterapia foi avaliada e devido persistência do quadro de eretismo foi optado por introdução de Olanzapina (5mg/dia) e Atropina 1g.
Prescrição:
Carbonato de Lítio 300 mg (0.1.1)
Haloperidol 5 mg (1.1.1)
Quetiapina 100 mg (0.0.1)
Propranolol 40 mg (1.0.1)
Olanzapina 5 mg (1.0.0)
Atropina 1g

Avaliação (15/11/2024):
A farmacoterapia foi avaliado e devido boa resposta após introdução da Olanzapina, a mesma foi mantida e optado por diminuição da dose de Haldol.
Prescrição:
Carbonato de Lítio 300 mg (0.1.1)
Haloperidol 5 mg (1.0.1)
Quetiapina 100 mg (0.0.1)
Propranolol 40 mg (1.0.1)
Olanzapina 5 mg (1.0.0)
Atropina 1g (ACM)

Avaliação (25/11/2024):
A farmacoterapia foi avaliada e devido ao novo quadro de eretismo foi optado por aumento da dose de Olanzapina.
Prescrição:
Carbonato de Lítio 300 mg (0.1.1)
Haloperidol 5 mg (1.0.1)
Quetiapina 100 mg (0.0.1)
Propranolol 40 mg (1.0.1)
Olanzapina 5 mg (1.2.0)
Atropina 1g (ACM)

Avaliação (27/11/2024):
A farmacoterapia foi avaliada e devido boa resposta com aumento da dosagem de Olanzapina a mesma foi mantida assim como demais medicações.
Prescrição final:
Lítio 300 mg (0.1.1)
Haloperidol 5 mg (1.0.1)
Quetiapina 100 mg (0.0.1)
Propranolol 40 mg (1.1.0)
Olanzapina 5 mg (1.2.0)
Atropina 1 g (uso a critério médico para sialorreia).

O paciente apresentou uma evolução gradual no controle de impulsividade, agressividade e instabilidade emocional, com redução significativa dos sintomas mais disruptivos. A introdução da olanzapina foi um marco importante, contribuindo para estabilização comportamental e funcional. A manutenção do suporte psicossocial e reavaliações periódicas foram essenciais para o ajuste contínuo do plano terapêutico. Desse modo, apesar da complexidade do caso e da persistência de alguns sintomas ao longo do tratamento, a abordagem combinada demonstrou eficácia em reduzir comportamentos disruptivos e promover estabilidade emocional, ao mesmo tempo em que priorizou o manejo dos efeitos adversos. A continuidade do cuidado, associada à integração de intervenções psicossociais, foi crucial para o desfecho positivo alcançado.

6. COLETA DE DADOS

Este estudo seguiu a metodologia do tipo relato de caso clínico, com foco no manejo terapêutico de um paciente diagnosticado com TEA e comorbidades psiquiátricas. O paciente foi acompanhado durante sua internação em um hospital psiquiátrico. A coleta de dados foi realizada por meio de múltiplas fontes, incluindo a análise detalhada do prontuário médico, observações diretas durante as sessões de psicoterapia psiquiátrica e entrevistas periódicas com o paciente e seus responsáveis. Para contextualizar melhor a situação clínica e embasar a interpretação dos achados, foi realizada uma breve revisão da literatura sobre transtornos comórbidos em pacientes com TEA.

7. DESENVOLVIMENTO

O caso relatado demonstrou a importância de uma abordagem com intervenções que incluam farmacoterapia, psicoterapia e suporte familiar para o manejo do transtorno do espectro autista comórbido a outros transtornos psiquiátricos. Além disso, é evidente a complexidade deste transtorno especialmente nos pacientes

adolescentes.

A adolescência é um período crítico no desenvolvimento psicossocial, marcado por alterações hormonais, demandas sociais crescentes e maior autonomia. Para adolescentes com TEA, essas transições podem ser desafiadoras devido a dificuldades na adaptação a novas demandas sociais, maior sensibilidade a estressores ambientais e risco elevado de comorbidades, como transtornos de ansiedade e humor (HIROTA; KING, 2023). No presente caso, a intensificação de comportamentos agressivos e impulsividade parece refletir essa vulnerabilidade, possivelmente exacerbada por fatores contextuais e déficits em habilidades de enfrentamento.

Estudos indicam que cerca de 70% dos adolescentes com TEA apresentam pelo menos uma comorbidade psiquiátrica, sendo os transtornos do humor, ansiedade e comportamentos disruptivos os mais prevalentes (SIMONOFF et al., 2008). Estudos epidemiológicos indicam que até 20% a 30% dos indivíduos com TEA apresentam algum transtorno depressivo ou bipolar ao longo da vida (VEENSTRA-VANDERWEELE; BLAKELY, 2011). Esses transtornos podem exacerbar os déficits sociais e de regulação emocional característicos do TEA, contribuindo para o agravamento de comportamentos disruptivos, como observado no caso descrito. A heterogeneidade do TEA implica que os sintomas e as necessidades de suporte variam amplamente entre os indivíduos, o que reforça a importância de abordagens terapêuticas personalizadas.

Desse modo, o diagnóstico diferencial de transtornos de humor em indivíduos com TEA pode ser particularmente difícil devido à sobreposição de sintomas. No transtorno do espectro autista, características como irritabilidade, dificuldades na regulação emocional e alterações de humor podem mimetizar ou mascarar episódios depressivos ou maníacos (SIMONOFF et al., 2008). Logo, um dos principais desafios no manejo de pacientes com TEA e comorbidades psiquiátricas é a dificuldade em realizar diagnósticos precisos. Isso ocorre, em parte, porque os sintomas de transtornos psiquiátricos podem ser mascarados ou confundidos com os próprios sintomas do TEA, dificultando a identificação de comorbidades. Por exemplo, comportamentos como isolamento social, irritabilidade e dificuldades de comunicação, típicos do TEA, podem ser erroneamente interpretados como sintomas de depressão ou ansiedade, dificultando a distinção entre os dois transtornos. Além disso, a comunicação limitada de muitos indivíduos com TEA torna o processo diagnóstico ainda mais desafiador, uma vez que a avaliação de sintomas emocionais e comportamentais depende de observações diretas e relatos de familiares ou cuidadores.
Do ponto de vista neurobiológico, como descrito anteriormente, há hipóteses

sugerindo uma sobreposição de mecanismos entre o TEA e os transtornos de humor. Alterações na neurotransmissão serotoninérgica e dopaminérgica, bem como fatores inflamatórios e genéticos, têm sido implicados em ambas as condições (MATSON; DEMPSEY; FODSTAD, 2009). Essas descobertas reforçam a necessidade de maior investimento em pesquisas translacionais para identificar biomarcadores que possam auxiliar no diagnóstico precoce e na personalização do tratamento.

Outro desafio importante é o tratamento farmacológico. Embora medicamentos possam ser eficazes no controle de sintomas de transtornos psiquiátricos comórbidos, como depressão e ansiedade, a escolha de medicamentos deve ser cuidadosamente considerada, uma vez que os indivíduos com TEA podem ter respostas atípicas ou efeitos colaterais exacerbados a alguns medicamentos. Medicamentos como antidepressivos, antipsicóticos e ansiolíticos podem ser úteis, mas sua eficácia e segurança podem variar substancialmente de acordo com a especificidade do paciente. Além disso, a combinação de tratamentos farmacológicos com psicoterapia comportamental, como a Terapia Comportamental Cognitiva (TCC), pode ser desafiadora, uma vez que o TEA compromete a capacidade do paciente em compreender e aplicar técnicas de modulação emocional e de enfrentamento (WANG et al., 2021).

Desse modo, a implementação de abordagens terapêuticas é um desafio significativo. Os indivíduos com TEA frequentemente apresentam dificuldades no processamento e na interpretação de emoções, o que compromete a eficácia de intervenções psicoterapêuticas tradicionais. A Terapia Comportamental, amplamente utilizada para tratar os sintomas do TEA, pode ser um tratamento eficaz para alguns pacientes com comorbidades psiquiátricas, mas os terapeutas devem ser especialmente treinados para adaptar as técnicas às necessidades do paciente com múltiplos diagnósticos (WANG et al., 2021). Uma vez que, muitos pacientes com TEA possuem comorbidades como o transtorno de humor ou transtornos obsessivo compulsivos, que exigem intervenções psicoterapêuticas mais intensivas e direcionadas que pode ser desafiadora devido às dificuldades cognitivas do paciente em entender e aplicar os conceitos da terapia.

O suporte familiar também se apresenta essencial no manejo, mas frequentemente encontra obstáculos. Cuidadores de indivíduos com TEA precisam de treinamento e orientação constantes, uma vez que as comorbidades psiquiátricas podem aumentar a sobrecarga emocional e o estresse dos familiares. O suporte psicoeducacional é crucial para melhorar o entendimento dos familiares sobre as condições de seus filhos ou parentes e fornecer estratégias de manejo adaptadas (SPAIN et al., 2017). No entanto, a falta de recursos e de programas

educacionais adequados para as famílias pode limitar o sucesso do tratamento. A escassez de profissionais especializados também contribui para o agravamento das dificuldades enfrentadas pelas famílias.

No caso descrito, o paciente apresentou manifestações de impulsividade, desregulação emocional e comportamentos heteroagressivos, todos comuns em adolescentes com TEA, especialmente na presença de demandas ambientais que desafiam suas habilidades adaptativas. As intervenções psicossociais implementadas, como psicoeducação familiar e terapia ocupacional, demonstraram ser eficazes para aprimorar habilidades sociais e funcionais, reduzir estressores ambientais e promover suporte emocional.

Desse modo, a psicoterapia psiquiátrica demonstrou ser uma abordagem essencial para o tratamento de adolescentes com TEA e comorbidades. Diferentemente de intervenções unicamente farmacológicas, a psicoterapia oferece um espaço de construção ativa, no qual o paciente pode desenvolver habilidades sociais, emocionais e comportamentais adaptativas. Abordagens como a terapia cognitivo-comportamental, adaptada para o espectro autista, têm mostrado eficácia significativa na redução de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com TEA (WANG et al., 2021).

Assim, a psicoterapia pode ser utilizada para ajudar o paciente a reconhecer gatilhos emocionais, regular respostas comportamentais e desenvolver estratégias de enfrentamento mais funcionais. Por exemplo, no caso em questão, a identificação de padrões de pensamento catastrófico ou disfuncional relacionados às suas interações sociais se mostrou um ponto-chave para a reestruturação cognitiva. Além disso, a integração da família no processo terapêutico demonstrou-se crucial, pois oferece suporte ao adolescente e auxilia na redução de fatores estressores no ambiente doméstico (SPAIN et al., 2017).

Além disso, a psicoterapia pode abordar comportamentos disfuncionais relacionados ao transtorno de humor, como explosões de raiva ou impulsividade. A implementação de estratégias de regulação emocional, por meio de práticas de mindfulness ou exercícios de relaxamento, tem se mostrado eficaz para reduzir esses sintomas em indivíduos com TEA (MAZEFSKY et al., 2013). No entanto, no manejo de TEA comórbido a transtornos psiquiátricos, a personalização da psicoterapia é indispensável. Em adolescentes, a resistência ao tratamento ou dificuldade de engajamento pode ser significativa, particularmente em contextos em que a introspecção ou a comunicação sobre emoções são limitadas. Técnicas baseadas no uso de histórias sociais, jogos terapêuticos e outras metodologias visuais também têm demonstrado facilitar a participação ativa do adolescente.

Logo, a psicoterapia psiquiátrica desempenha um papel central no manejo do TEA, especialmente comórbido a transtornos psiquiátricos. Sua abordagem flexível e adaptada permite não apenas o controle dos sintomas associados, mas também o desenvolvimento de habilidades que promovem maior autonomia e integração social. No caso relatado, a inclusão da psicoterapia no manejo terapêutico destacou-se como um componente essencial para lidar com a complexidade dos sintomas e otimizar o bem-estar geral do paciente.

Entretanto, mesmo com a eficácia da psicoterapia se destaca a importância também da farmacoterapia no manejo do caso. A farmacoterapia no manejo do TEA não visa tratar o transtorno de base, mas aliviar sintomas específicos que impactam negativamente a qualidade de vida do paciente e da família. Estudos mostram que indivíduos com TEA apresentam sintomas psiquiátricos significativos, incluindo irritabilidade severa, agressividade e desregulação emocional, que frequentemente requerem intervenção medicamentosa (HIROTA; KING, 2023).

No caso relatado, a farmacoterapia desempenhou um papel crucial no manejo dos sintomas psiquiátricos comórbidos, sendo iniciada com a introdução de uma combinação de anticonvulsivantes, antipsicóticos e estabilizadores de humor. O ácido valproico foi utilizado inicialmente para controle da agitação psicomotora e impulsividade, enquanto o haloperidol e a clorpromazina atuaram no controle da agressividade e comportamentos disruptivos. No entanto, a introdução de medicamentos psicotrópicos como antipsicóticos, para manejo de sintomas comportamentais em pacientes com TEA, embora eficaz, deve ser cuidadosamente monitorada devido aos riscos de efeitos adversos, como distonia e sedação excessiva, como evidenciado na revisão do esquema terapêutico do paciente.

A introdução do lítio, um estabilizador de humor, visou tratar a instabilidade emocional e ajudar na manutenção do humor a longo prazo. A literatura aponta o uso de lítio como eficaz para o controle de episódios de impulsividade e agressividade em pacientes com TEA, especialmente quando há um componente de transtorno bipolar ou distúrbio de personalidade borderline (DOYLE; MCDOUGLE, 2012). A monitoração constante dos níveis plasmáticos de lítio e dos efeitos adversos é essencial para garantir a segurança do paciente, evitando toxicidade e outros efeitos colaterais indesejados.

Com a persistência dos sintomas de comportamento agressivo, houve uma revisão do esquema terapêutico com a introdução da quetiapina, um antipsicótico

atípico, e o aumento do propranolol para controle da agitação e impulsividade. A quetiapina, com sua ação sedativa e ansiolítica, foi escolhida devido ao seu perfil de efeitos colaterais mais favorável em comparação aos antipsicóticos típicos, como a clorpromazina. A combinação de medicamentos para manejo de sintomas complexos, como os observados neste paciente, destaca a importância de ajustes contínuos na farmacoterapia para otimizar a eficácia e reduzir efeitos adversos.

A introdução da olanzapina, um antipsicótico atípico, foi outro ponto importante na evolução do tratamento, trazendo um controle adicional sobre os sintomas de agressividade e desorganização comportamental. Estudos indicam que antipsicóticos atípicos, como a olanzapina, têm um papel significativo no manejo de sintomas psicóticos e comportamentais em pacientes com TEA, especialmente quando associados a comorbidades psiquiátricas graves (MEZA et al., 2022).

O monitoramento constante dos efeitos adversos da farmacoterapia foi essencial para a adaptação do tratamento ao longo do tempo. O paciente apresentou efeitos adversos como distonia, tremor, sialorréia e alteração na força muscular, que foram adequadamente abordados com ajustes nas doses dos medicamentos, como a diminuição do propranolol e a introdução de biperideno para o controle da sialorréia. Isso reflete a necessidade de uma vigilância contínua dos efeitos adversos, especialmente em tratamentos com múltiplos agentes farmacológicos, para garantir que o benefício terapêutico supere os riscos.

Outro ponto relevante foi a suspensão do ácido valproico e a introdução de medicamentos adicionais como a atomoxetina, voltada para o manejo da hiperatividade. A atomoxetina, um inibidor seletivo da recaptação de noradrenalina, tem se mostrado eficaz no tratamento de sintomas de hiperatividade e impulsividade em adolescentes com comorbidades psiquiátricas e TEA (PATRA et al., 2019). Desse modo, destaca-se que a adaptação da farmacoterapia de acordo com a evolução dos sintomas é um elemento-chave no tratamento de pacientes com TEA e comorbidades psiquiátricas, garantindo um controle eficaz e personalizado.

Portanto, a constante reavaliação foi um aspecto essencial do plano terapêutico, permitindo ajustes progressivos que equilibraram eficácia e tolerabilidade. Este manejo dinâmico reflete as melhores práticas para casos de TEA com comorbidades, onde a resposta individual à medicação é imprevisível. Embora o paciente tenha apresentado boa resposta geral, a persistência de sintomas, como hiperatividade e oposição, reflete a natureza crônica do TEA e suas comorbidades. Efeitos adversos, como eretismo e sialorreia, destacam a necessidade de

monitoramento rigoroso e ajustes terapêuticos individualizados nestes pacientes. No entanto, a terapêutica combinada, integrando farmacoterapia e intervenções psicossociais, mostrou-se eficaz no controle dos sintomas principais e na melhoria da qualidade de vida do paciente.

8. CONCLUSÃO

Com base na análise do caso clínico, foi possível observar que a abordagem integrativa, combinando intervenções farmacológicas e psicossociais, foi eficaz para o controle dos sintomas apresentados pelo paciente, melhorando significativamente sua funcionalidade e qualidade de vida. O objetivo de entender as complexidades do manejo do TEA com comorbidades psiquiátricas foi alcançado, visto que conseguimos identificar as principais dificuldades do paciente e ajustar o plano terapêutico para atender suas necessidades específicas.

A introdução de medicações como o lítio, haloperidol, quetiapina e olanzapina, em conjunto com terapias psicossociais, mostrou-se eficiente no controle da impulsividade, agressividade e instabilidade emocional, condições que estavam associadas ao quadro de comorbidade com transtornos de humor e comportamentais. Esses resultados confirmam que uma abordagem psiquiatrica é essencial para a obtenção de sucesso no tratamento de pacientes com TEA e comorbidades psiquiátricas.

A hipótese de que a combinação de farmacoterapia com intervenções psicoterapêuticas poderia promover uma estabilização clínica e funcional foi confirmada pelos resultados observados. O controle dos sintomas comportamentais, como a agitação psicomotora e a agressividade, aliado ao acompanhamento contínuo, permitiu a adaptação do paciente às intervenções propostas, promovendo avanços significativos em sua vida cotidiana.

Apesar dos avanços, algumas limitações foram encontradas durante o processo de tratamento, especialmente no que tange à adaptação dos medicamentos às necessidades individuais do paciente. As constantes revisões e ajustes da farmacoterapia, embora eficazes, demandaram um acompanhamento rigoroso e contínuo para mitigar os efeitos adversos. A disponibilidade de referências e estudos sobre o tratamento de comorbidades psiquiátricas em pacientes com TEA foi um desafio, pois embora existam pesquisas sobre cada um dos transtornos envolvidos, há uma escassez de estudos que integrem essas condições de forma prática e eficaz.

Futuras pesquisas podem explorar a interação entre os diferentes tipos de

medicações e terapias no manejo de comorbidades psiquiátricas em pacientes com TEA, além de investigar métodos alternativos de intervenção que possam complementar a abordagem farmacológica. Estudos adicionais também podem focar no aprimoramento da personalização dos tratamentos, considerando a variabilidade individual dos pacientes com TEA e suas condições comórbidas, com o intuito de otimizar os resultados clínicos.

Referências:

ABDULAMIR, H.; ABDUL-RASHEED, O.; ABDULGHANI, E. **Serotonin and serotonin transporter levels in autistic children.** Saudi Medical Journal, v. 39, n. 5, p. 487–494, 1 maio 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).** 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2014.

BAIO, J. et al. **Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years** — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014.

MMWR. **Surveillance Summaries**, v. 67, n. 6, p. 1–23, 27 abr. 2018.

COURCHESNE, E.; CAMPBELL, K.; SOLSO, S. **Brain growth across the life span in autism: Age-specific changes in anatomical pathology.** Brain Research, v. 1380, p. 138–145, mar. 2011.

DICHTER, G. S. et al. **Reward Circuitry Function in Autism During Face Anticipation and Outcomes. Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 42, n. 2, p. 147–160, 29 mar. 2011.

DOYLE, C. A.; MCDOUGLE, C. J. **Pharmacologic treatments for the behavioral symptoms associated with autism spectrum disorders across the lifespan. Autism and Related Developmental Disorders**, v. 14, n. 3, p. 263–279, set. 2012.

HIROTA, T.; KING, B. H. **Autism Spectrum Disorder: A Review.** Jama, v. 329, n. 2, p. 157168, 10 jan. 2023.

LEE, B. H.; SMITH, T.; PACIORKOWSKI, A. R. **Autism spectrum disorder and epilepsy: Disorders with a shared biology. Epilepsy & Behavior**, v. 47, p.

191–201, jun. 2015.

LORD, C. et al. **Autism Spectrum Disorder. The Lancet**, v. 392, n. 10146, p. 508–520, ago. 2018.

MATSON, J. L.; DEMPSEY, T.; FODSTAD, J. C. **The effect of Autism Spectrum Disorders on adaptive independent living skills in adults with severe intellectual disability. Research in Developmental Disabilities**, v. 30, n. 6, p. 1203–1211, nov. 2009.

MAZEFSKY, C. A. et al. **The Role of Emotion Regulation in Autism Spectrum Disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 52, n. 7, p. 679–688, jul. 2013.

MEZA, N. et al. **Atypical antipsychotics for autism spectrum disorder: a network metaanalysis (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2022, n. 5, p. CD014965, 3 maio 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde:** CID-10. 10. ed. Geneva: World Health Organization, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação internacional de doenças e problemas de saúde relacionados: CID-11.** Geneva: World Health Organization, 2019.

PADMANABHAN, A. et al. **The Default Mode Network in Autism. Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging**, v. 2, n. 6, p. 476–486, set. 2017.

PATRA, S. et al. **Atomoxetine for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents with autism: A systematic review and meta-analysis. Autism Research**, 17 jan. 2019.

RINALDI, C. et al. **Autism spectrum disorder and personality disorders: Comorbidity and differential diagnosis. World Journal of Psychiatry**, v. 11, n. 12, p. 1366–1386, 19 dez. 2021.

SIMONOFF, E. et al. **Psychiatric Disorders in Children with Autism Spectrum Disorders: Prevalence, Comorbidity, and Associated Factors in a Population-Derived Sample. Journal of the American Academy of Child & Adolescent**

Psychiatry, v. 47, n. 8, p. 921–929, ago. 2008.

SPAIN, D. et al. **Family therapy for autism spectrum disorders. The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2017, n. 5, 16 maio 2017.

VEENSTRA-VANDERWEELE, J.; BLAKELY, R. D. **Networking in Autism: Leveraging Genetic, Biomarker and Model System Findings in the Search for New Treatments.** Neuropsychopharmacology, v. 37, n. 1, p. 196–212, 21 set. 2011.

WANG, X. et al. **Cognitive Behavioral Therapy for Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review. Pediatrics**, v. 147, n. 5, 1 maio 2021.

A IMPORTÂNCIA DO CONTEXTO ESTRUTURAL FAMILIAR NO TRATAMENTO DO PACIENTE DEPENDENTE QUÍMICO

Gabriela Farnesi Silva – farnesigabriela@gmail.com
Graduanda em Medicina
HOSPITAL MARIA CÂNDIDA TEIXEIRA
Orientador: Dra. Bruna Oliveria
Nerópolis, Goiás, 10 de Novembro de 2024

RESUMO

O presente artigo relata o caso clínico de um paciente de 17 anos, internado no Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira, em Nerópolis - Goiás, devido a um quadro de dependência química caracterizada por abuso de substâncias com ideação suicida e sintomas de hiperatividade. A pesquisa surgiu da necessidade de entender a interrelação entre o transtorno por uso de substâncias e o transtorno afetivo bipolar, com a hipótese de que uma abordagem da estrutura familiar poderia levar a uma recuperação significativa. O objetivo foi avaliar a eficácia da estruturação do contexto familiar, incluindo farmacoterapia, psicoterapia e atividades físicas na reabilitação do paciente. A coleta de dados envolveu análise do prontuário médico e observação clínica, com foco na evolução do quadro clínico durante a internação, utilizando um método qualitativo com triangulação de dados. A amostra consistiu em um único caso, analisando dados clínicos e revisões de literatura sobre a comorbidade entre os transtornos. Os resultados indicam que a abordagem psiquiatrica associada à estruturação do contexto familiar é eficaz na redução dos sintomas e na melhoria do funcionamento global do paciente. Conclui-se que a combinação de intervenções terapêuticas

integrativas é essencial para o tratamento de pacientes com dependência química e transtornos afetivos, promovendo não apenas a estabilização clínica, mas também a reintegração social e a melhora da qualidade de vida.

Palavras-chave: Dependência Química. Transtorno Afetivo Bipolar. Intervenções Terapêuticas. Família. Reabilitação.

1. INTRODUÇÃO

O tratamento da dependência química é um desafio multifacetado que envolve não apenas a abordagem clínica direta ao paciente, mas também uma compreensão holística dos fatores que contribuem para o desenvolvimento e perpetuação do comportamento aditivo. Entre esses fatores, o contexto estrutural familiar se destaca como um dos mais influentes, impactando diretamente a eficácia das intervenções terapêuticas e o sucesso do tratamento. A família, enquanto unidade de convivência primária, exerce um papel fundamental na formação das dinâmicas emocionais, comportamentais e sociais do indivíduo, o que pode tanto facilitar quanto dificultar a recuperação de um dependente químico.

O transtorno por uso de substâncias é uma condição caracterizada pelo consumo compulsivo de drogas ou substâncias psicoativas, apesar das consequências adversas significativas que esse comportamento causa na vida pessoal, social e ocupacional do indivíduo. Esse transtorno inclui o uso de substâncias como cocaína, opiáceos, estimulantes, sedativos, entre outras, que afetam os circuitos cerebrais de recompensa e controle inibitório. O transtorno desenvolve-se progressivamente, e o uso repetido leva à tolerância com a necessidade de quantidades maiores para obter o mesmo efeito e à abstinência, marcada por sintomas físicos e emocionais quando a substância é retirada. O indivíduo perde progressivamente o controle sobre o consumo. A fissura (craving) por substâncias e o uso compulsivo são características centrais da condição, que tem como substrato as alterações na dopamina e outros neurotransmissores associados ao circuito de recompensa cerebral (APA, 2014).

Frequentemente, o transtorno por uso de substâncias está associado a outras comorbidades psiquiátricas, sendo o transtorno afetivo bipolar o mais prevalente. O transtorno bipolar é uma condição psiquiátrica grave caracterizada pela alternância entre episódios de mania/hipomania e depressão. Durante os episódios maníacos, o indivíduo apresenta humor elevado, energia aumentada, grandiosidade, comportamento impulsivo e, muitas vezes, uso excessivo de substâncias, enquanto os episódios depressivos são marcados por tristeza profunda, desesperança, fadiga e, em alguns casos, risco de suicídio. Do ponto

de vista neurobiológico, o transtorno bipolar está associado a desequilíbrios em neurotransmissores como dopamina, serotonina e noradrenalina, bem como alterações em circuitos relacionados ao controle emocional e à tomada de decisão (CASTILLO-CARNIGLIA et al., 2019; PREUSS et al., 2021).

Indivíduos com transtorno afetivo bipolar têm maior propensão ao desenvolvimento de transtornos por uso de substâncias, especialmente durante episódios maníacos ou hipomaníacos, nos quais o comportamento impulsivo e desinibido pode levar ao uso excessivo de álcool e outras substâncias. Esse fenômeno é descrito como comorbidade entre os transtornos, o que agrava o prognóstico de ambos os quadros clínicos e dificulta o tratamento. O uso de substâncias, pode exacerbar os sintomas bipolares e desencadear episódios de mania ou depressão. Além disso, a cocaína, por ser um depressor do sistema nervoso central, pode potencializar os sintomas depressivos durante os episódios depressivos do transtorno bipolar, aumentando o risco de suicídio e complicações psiquiátricas graves (KOOB; VOLKOW, 2016).

Este estudo de caso tem como objetivo analisar a relevância do contexto familiar na trajetória de tratamento de pacientes dependentes químicos, destacando como a estrutura familiar pode influenciar os processos de cura e reabilitação. A dependência química, muitas vezes, não é uma questão isolada do indivíduo, mas sim parte de um complexo conjunto de interações familiares que podem reforçar ou desorganizar padrões de comportamento relacionados ao uso de substâncias. Nesse sentido, a compreensão da configuração familiar – incluindo padrões de comunicação, hierarquia, coesão, e a presença de disfunções – é essencial para o planejamento de estratégias terapêuticas adequadas.

Ao longo deste estudo, exploraremos como a dinâmica familiar pode ser tanto um fator de risco quanto de proteção, influenciando diretamente o sucesso ou o fracasso das intervenções no tratamento da dependência química. Além disso, será discutido o papel do profissional de saúde no envolvimento familiar e como a terapia familiar pode ser incorporada ao tratamento para potencializar a recuperação do paciente.

2. DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente A.B.F.S., 17 anos, sexo masculino, internado involuntariamente no Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira devido a episódios de alucinações visuais e auditivas, abuso de pornografias, desorganização do pensamento e insônia. A internação foi indicada
após constatação de ideação suicida, exacerbados pelo uso abusivo de

substâncias psicoativas, especialmente cocaína.
O paciente relata histórico de abuso de maconha desde a infância, com progressiva piora do quadro após sua associação a torcidas organizadas de futebol. Ele descreve que, no ambiente que frequentava era comum o consumo de cocaína e sentia-se pressionado pelos companheiros a experimentar. Refere que quando criança, presenciou o pai fumando maconha e que aos 10 anos de idade experimentou as “bitucas” de cigarro de maconha que o pai descartava.

Após o primeiro consumo, aos 10 anos de idade, o paciente refere que o episódio abriu portas para que aos 14 anos ele iniciasse o consumo de tabaco e cocaína. Ele associa as “amizades ruins”, o ambiente de torcida organizada e a incapacidade de negar convites para o uso de drogas como fatores que contribuíram para a evolução de seu quadro. O paciente relata que o uso de substâncias está diretamente ligado a momentos de confraternização de torcida e a perda do controle após o vício.

O paciente relata ainda que, ao consumir essas substâncias, experimentava episódios de alucinações visuais e auditivas, além de transtorno persecutório. Familiares relataram que, durante esses períodos, ele apresentava ideação suicida e abuso de conteúdos pornográficos. Refere ter se afastado da família devido à dependência química, com frequentes atritos com os pais e irmão, fato que tem causado grande sofrimento psíquico. O paciente tem histórico familiar significativo para abuso de drogas. Seu pai era usuário crônico de maconha e cocaína, e ele descreve que cresceu em um ambiente de conflitos familiares, presenciando brigas constantes entre os pais e traição matrimonial do pai. A relação familiar era marcada pela agressividade do pai com o mesmo e com a mãe, o que o impactou profundamente, segundo seu relato. Apesar desse contexto, ele mantém contato com seus pais e relata apoio emocional durante o período de internação advindo do pai, que após período de abstinência se converteu para religião evangélica e da mãe que decidiu dar continuidade ao casamento e restabelecer o laço familiar. Refere que tem receio de que ao receber alta hospitalar não consiga ser exemplo para o irmão devido ao seu histórico com as drogas.

Refere ter estudado até o terceiro ano do ensino médio, mas que não completou devido às drogas. Possui um irmão de 4 anos de idade que é mencionado com frequência como um dos principais motivos para buscar recuperação e tentar reconstruir sua vida.

O paciente faz uso regular de tabaco e cocaína, principalmente aos finais de semana, associado a contextos sociais. Refere que o uso de substâncias se

iniciou de forma recreativa, mas com o tempo evoluiu para um padrão abusivo, especialmente após integrar a torcida organizada de futebol. Nega envolvimento em atividades criminosas, mas admite que as “amizades ruins” e a vulnerabilidade a pressões sociais contribuíram para seu envolvimento no uso de drogas.

No exame psiquiátrico, o paciente apresenta-se com aparência higiênica adequada, vestindo roupas limpas, com cabelo bem cuidado. Durante a entrevista, mostrou-se cooperativo, participando ativamente da psicoterapia diária. Sua fala é coerente em velocidade, ritmo e tom, sem evidências de alterações significativas. Embora relate histórias de uso de substâncias com conteúdo repetitivo, não há sinais de depressão. O pensamento é linear, com conteúdo centrado em preocupações sobre a percepção do irmão e a relação com seus pais após a alta. Quanto ao afeto e humor, o paciente demonstra concordância com o tratamento, expressando otimismo em relação à sua recuperação e ansiedade para reencontrar a família. Não há sinais de delírios, alucinações ou ideação suicida. Durante a avaliação, sua função cognitiva mostrou-se preservada, com orientação temporoespacial intacta e sem alterações sensoperceptivas. Ele apresenta comportamento impulsivo, com psicomotricidade levemente aumentada e tendência à irritabilidade quando contrariado.

Considerando a evolução do quadro, o paciente foi diagnosticado com transtorno afetivo bipolar, associado ao transtorno por uso de substâncias – cocaína. Essa hipótese diagnóstica baseia-se na presença de episódios de agitação, alucinações, impulsividade, heteroagressividade, e no uso contínuo de substâncias.

O plano terapêutico inicial inclui uma abordagem multidisciplinar, com terapia farmacológica e intervenções psicossociais. Além da farmacoterapia, o paciente foi inserido em um programa terapêutico composto por psicoterapia individual e práticas de atividades físicas regulares, como muay thai, as quais ele relata terem auxiliado significativamente no controle de impulsos.

Durante o período de internação, o paciente demonstrou melhora progressiva,com episódios de opositividade, mas com insight crescente sobre a sua condição e motivação para manter a sobriedade. A valorização da família, em especial o desejo de tornar-se exemplo para irmão, tem sido um fator crucial no engajamento do paciente no tratamento. Ele reconhece que as dificuldades em lidar com as frustrações, as pressões sociais e o círculo de amizades contribuíram para o abuso de substâncias, e se mostra disposto a adotar novos hábitos e reconstruir seu ambiente social e familiar após a alta.

3. DIAGNÓSTICO

A evolução clínica do paciente demonstra uma inter-relação entre o transtorno por uso de substâncias associado ao transtorno afetivo bipolar. A presença de episódios recorrentes de agitação, impulsividade e heteroagressividade, somada ao uso abusivo de cocaína e ideação suicida, fundamenta a hipótese diagnóstica de ambas as patologias.

A história de vida do paciente sugere uma relação causal entre o ambiente familiar disfuncional e o desenvolvimento de sua dependência química. O uso de maconha, iniciado na infância, contribuiu para que se associasse ao ambiente e a pessoas ligadas às drogas, marcando o início de um ciclo autodestrutivo impulsionado por associação a torcidas organizadas de futebol. Episódios de alucinações, exacerbados pelo consumo de cocaína, evidenciam o impacto dessas substâncias no comportamento do paciente, bem como a vulnerabilidade deste a pressões sociais e influências negativas, especialmente em círculos de torcidas organizadas de futebol.

O diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, associado ao transtorno por uso de substâncias, é sustentado pela presença de instabilidade de humor, impulsividade e dificuldade em regular emoções. A literatura sugere que indivíduos com transtorno bipolar apresentam uma maior predisposição ao uso de substâncias psicoativas como forma de automedicação para aliviar sintomas maníacos ou depressivos. No caso deste paciente, o uso contínuo de cocaína pode ser compreendido dentro desse contexto, onde as substâncias funcionam como um mecanismo ineficaz, porém frequente, para lidar com o sofrimento psíquico e a impulsividade.

4. RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM

O paciente no momento da admissão não apresentava nenhum exame laboratorial ou de imagem. Ao decorrer dos dias de internação, foram solicitados exames laboratoriais para acompanhamento.

Exames	08/09/2024	10/09/2024	19/09/2024	26/09/2024
Hb	13,7	13,6	14,8	14,7
Ht	40,5	42,4	44,5	44,1
RDW	14,6	15,9	14,7	14,4
VCM	88,4	90,4	89,2	89,8
Leucócitos	27.810	18.640	7.510	8.430
Plaquetas	318.000	321.000	313.00	274.00
TSH	-	2,66	-	-
T4 Livre	-	0,88	-	-
TGO	424	177	25	26
TGP	166	401	49	29
BT	-	-	1,89	1,02
BI	-	-	0,62	0,42
BD	-	-	1,27	0,59
FA	132	-	-	-
GGT	119	116	-	49
Ureia	31	-	19	28
Creatinina	0,77	-	0,40	1,07
Ácido Úrico	-	54	-	-
Vitamina B12	-	431	-	-
Vitamina D	-	45,7	-	-
Ferritina	-	197,84	-	-
Sódio	138	-	-	-
Potássio	47	-	-	-
Cálcio	-	10,2	-	-
Lítio	-	-	-	0,15

5. FISIOPATOLOGIA DAS DOENÇAS

O transtorno por uso de substâncias é um distúrbio crônico e recorrente que envolve alterações nos circuitos neurobiológicos induzidos pelo uso de substâncias exógenas. O desenvolvimento da dependência está relacionado a mecanismos cerebrais que afetam a motivação, o controle de impulsos e a tomada de decisões. A fisiopatologia desse transtorno envolve, em grande parte,

o sistema de recompensa cerebral, especialmente os circuitos dopaminérgicos mesolímbicos, que incluem o núcleo accumbens e a área tegmental ventral. Esses circuitos são responsáveis pela liberação de dopamina em resposta a estímulos prazerosos, reforçando comportamentos relacionados ao uso de substâncias (KOOB; VOLKOW, 2016).

O uso repetido de substâncias altera a regulação da dopamina e de outros neurotransmissores, como o glutamato e o ácido gama-aminobutírico (GABA). Inicialmente, o uso da cocaína aumenta a liberação de dopamina, induzindo euforia e reforçando o consumo. No entanto, com o tempo, o cérebro adapta-se a esses estímulos, diminuindo a produção de dopamina em resposta ao uso de substâncias e, paradoxalmente, reduzindo os níveis basais de dopamina. Esse fenômeno explica o desenvolvimento da tolerância e da dependência, na qual o indivíduo precisa consumir doses maiores para atingir o mesmo efeito (KOOB; VOLKOW, 2016).

Além disso, o consumo de álcool afeta diretamente o sistema GABAérgico, que tem um papel inibitório no sistema nervoso central. O álcool potencializa a ação do GABA, resultando em sedação e efeitos ansiolíticos. Contudo, com o uso crônico, o cérebro se adapta diminuindo a sensibilidade aos neurotransmissores inibitórios, o que leva a sintomas de abstinência quando o uso de álcool é interrompido abruptamente. Esse desequilíbrio entre os sistemas de recompensa e inibição promove uma constante busca pelo consumo de substâncias, a fim de evitar sintomas de abstinência, além de perpetuar o ciclo vicioso do uso.

6. TERAPÊUTICA ADOTADA

Dada as hipóteses diagnósticas de transtorno afetivo bipolar associado a transtorno por uso de substâncias, foi proposto uma abordagem terapêutica composta por terapia farmacológica e psicoterapia psiquiátrica. Em relação ao manejo farmacológico, foi prescrito inicialmente a seguinte farmacoterapia:
Lítio 300 mg 1-0-0
Ácido Valproico 250 mg 1-0-1
Topiramato 25 mg 1-0-1
Diazepam 10 mg 1-0-1
Haldol 2 mg (20 gotas)

Após dois meses com a farmacoterapia descrita acima, o paciente apresentava-se erétil, disfórico, pouco colaborativo e querelante, a família do paciente solicitou alta, mesmo sem orientações médicas. Na prescrição atualizada, paciente estava em uso de uma nova farmacoterapia:

Lítio 300 mg 1-0-1
Ácido Valproico 250 mg 1-0-1
Topiramato 25 mg 1-0-1
Diazepam 10 mg 1-1-1
Risperidona 1mg 2-2-2
Quetiapina 25 mg 0-0-4

O plano terapêutico proposto focou no controle do humor, manejo da impulsividade e regulação emocional. A motivação para a recuperação, impulsionada pelo desejo de restabelecer o vínculo com a família, desempenhou um papel crucial no engajamento do paciente com o tratamento. A reestruturação de seu círculo social e o fortalecimento de suas relações familiares também se mostraram como elementos essenciais para a manutenção da sobriedade e prevenção de recaídas. No entanto, antes que o tratamento proposto pudesse evidenciar a evolução e melhora clínica do paciente, a família solicitou alta médica, sem orientações.

7. COLETA DE DADOS

A coleta de dados para este estudo seguiu uma abordagem abrangente, combinando análise documental e observação clínica direta. Inicialmente, realizou-se uma análise detalhada do prontuário médico do paciente, que incluiu histórico clínico, anotações sobre intervenções terapêuticas, evolução do quadro durante a internação e registros de eventos comportamentais e psiquiátricos. O prontuário serviu como fonte de informações sobre o histórico do uso de substâncias, episódios de agressividade, impulsividade, bem como o impacto das intervenções farmacológicas e psicossociais implementadas no hospital.

Além disso, foi acompanhado o processo terapêutico conduzido pelos residentes de psiquiatria do Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira, em Nerópolis - Goiás. As sessões de psicoterapia psiquiátrica foram observadas de forma contínua, proporcionando dados sobre a resposta emocional e comportamental do paciente ao tratamento. O acompanhamento permitiu avaliar mudanças no insight, na regulação emocional e na adesão às intervenções terapêuticas, com ênfase na combinação de farmacoterapia, psicoterapia e atividades físicas como coadjuvante na melhora dos sintomas psiquiátricos e comportamentais.

Paralelamente à coleta de dados clínicos e psicoterápicos, foi realizada uma busca na literatura científica, com o objetivo de compreender a relação entre o transtorno afetivo bipolar e o uso abusivo de substâncias psicoativas, como cocaína. A revisão bibliográfica incluiu artigos indexados em bases de dados como PubMed, SciELO e PsycINFO, com foco em estudos que discutiam a

comorbidade entre essas duas condições, suas implicações diagnósticas e terapêuticas, e as abordagens multidisciplinares mais eficazes no manejo de pacientes com essas características. Por meio dessa triangulação de dados – análise de prontuário, observação clínica e revisão da literatura – buscou-se garantir a validade das conclusões do estudo.

8. DESENVOLVIMENTO

Diversos estudos têm apontado que a dinâmica familiar pode ser um fator determinante no surgimento de transtornos relacionados ao abuso de substâncias. A teoria sistêmica da família sugere que a interação entre os membros do núcleo familiar pode criar um ambiente que favorece comportamentos autodestrutivos, como o uso excessivo de drogas. A família é um sistema interdependente, onde as dificuldades de um membro refletem e afetam o funcionamento de todos os outros. No caso do dependente químico, o ambiente familiar pode ser tanto um facilitador quanto um obstáculo para o desenvolvimento de padrões de comportamento saudáveis (MINUCHIN, 1982).

A falta de comunicação, a rigidez das regras familiares ou a ausência de limites claros são condições que podem contribuir para a vulnerabilidade dos membros mais jovens ao uso de substâncias. Como afirma Becoña, “a família é um dos principais agentes sociais que pode influenciar a prevenção e o desenvolvimento do abuso de substâncias, já seja pelo modelo de atitudes e comportamentos que transmite, ou pelo suporte que oferece ao indivíduo em sua jornada de recuperação”. Portanto, a estrutura familiar disfuncional pode ser um fator de risco importante na evolução da dependência química (BECOÑA, 2016).

O caso ilustra como os transtornos de humor e o abuso de substâncias podem se correlacionar e sobrepor sintomas dificultando o manejo e adesão terapêutica. O tipo de apresentação clínica do paciente, marcada pela impulsividade, desorganização do pensamento e violência física, é frequentemente observada em pacientes com transtorno por uso de substâncias, especialmente quando associado ao transtorno afetivo bipolar. Estudos indicam que a coocorrência de transtornos de humor e abuso de substâncias é comum, dificultando o diagnóstico e o manejo clínico, e associando-se a desfechos mais graves (CASTILLOCARNIGLIA et al., 2019; PREUSS et al., 2021).

Ao analisar o histórico de uso de maconha do paciente que remonta desde a adolescência, com agravamento progressivo ao longo dos anos, sugere-se um padrão de abuso de substâncias que foi reforçado por fatores emocionais e contextos sociais desfavoráveis. A literatura aponta que eventos de vida estressores, como o término de relacionamentos, podem atuar como gatilhos para

alterações fisiológicas é crucial para o manejo clínico, mas também é fundamental reconhecer que o contexto estrutural familiar pode desempenhar um papel vital no tratamento do paciente. Estratégias terapêuticas que envolvem o suporte da família, a reestruturação de dinâmicas disfuncionais e o fortalecimento das relações interpessoais podem contribuir significativamente para a recuperação e prevenção de recaídas, promovendo não apenas a reabilitação do indivíduo, mas também a restauração de uma vida familiar saudável e equilibrada.

A partir da análise do caso observou-se que a combinação entre transtorno afetivo bipolar e o uso de substâncias psicoativas, especialmente a cocaína, contribuiu significativamente para a manifestação de comportamentos impulsivos, agressivos e desorganizados. A relação entre frustrações emocionais, perda de controle e uso de substâncias evidenciou o papel de fatores ambientais e emocionais como gatilhos importantes para o agravamento do quadro. O padrão de impulsividade exacerbada e a heteroagressividade surgiram como manifestações centrais dessa condição, exacerbadas pelo uso de substâncias.

A hipótese de que as influências sociais e o ambiente familiar tóxico contribuíram para o desenvolvimento e a manutenção do uso de substâncias foi confirmada pelos relatos do paciente, bem como pela literatura. Além disso, ao longo do acompanhamento do paciente, foi possível identificar a importância de uma abordagem psiquiátrica para o tratamento de comorbidades psiquiátricas associadas ao uso de substâncias. A psicoterapia psiquiátrica, aliada à farmacoterapia, desempenhou um papel fundamental na estabilização do humor e na redução dos comportamentos agressivos e impulsivos do paciente.

A estrutura familiar exerce um papel determinante no tratamento do paciente dependente químico. O ambiente familiar pode ser um fator de risco ou um apoio crucial no processo de recuperação. Intervenções terapêuticas que consideram as dinâmicas familiares e as ajustam de forma a promover o fortalecimento de vínculos, a comunicação saudável e a reestruturação de padrões disfuncionais têm maior potencial de sucesso. Como nos ensina Satir (1988), “a mudança no sistema familiar pode ser a chave para a mudança no indivíduo”. Portanto, no tratamento da dependência química, a intervenção no contexto familiar deve ser vista como uma estratégia essencial para o sucesso da recuperação e para a promoção de um ambiente de saúde emocional duradoura.

O paciente teve alta a pedido da família no dia 5 de novembro de 2024, apesar dos médicos orientarem sobre a necessidade da permanência da internação para período de abstinência das drogas e acompanhamento psicoterápico junto a família. Na alta, o paciente encontrava-se éritico, eladao, pouco colaborativo

e ainda apresentando sinais de heteroagressividade. O tratamento terapêutico e a abordagem familiar propostas não puderam ser finalizados devido a alta a pedido da família, no entanto, foram orientadas consultas de retorno para acompanhamento psicoterápico individual e familiar.

Referências

APA - ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnostico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V.** Porto Alegre: Artmed, 2014.

Becoña, E. (2016). **Dependência Química e Família: Aspectos clínicos e interventivos.** Porto Alegre: Artmed.

CASTILLO-CARNIGLIA, A. et al. **Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. The Lancet Psychiatry**, v. 6, n. 12, out. 2019.

GOLDSTEIN, A. (1994). **A Dependência Química: Uma abordagem integrada.** São Paulo: Martins Fontes.

KOOB, G. F.; VOLKOW, N. D. **Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 8, p. 760–773, ago. 2016.

MINUCHIN, S. (1982). **Família: Estruturas e Processos de Mudança. São Paulo: Pioneira.**

O'FARRELL, T., & FALS-STEWART, W. (2006). **Family-involved treatment for alcohol use disorders. Current Drug Abuse Reviews**, 2(3), 201-211.

PAZ, F. M.; COLOSSI, P. M. **Aspectos da dinâmica da família com dependência química. Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 18, n. 4, p. 551–558, dez. 2013.

PREUSS, U. W. et al. **Bipolar Disorder and Comorbid Use of Illicit Substances. Medicina**, v. 57, n. 11, p. 1256, 17 nov. 2021.

SATIR, V. (1988). **The New Peoplemaking. Mountain View, CA: Science and Behavior Books.**

SEADI, S. M. S.; OLIVEIRA, M. DA S. **A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. Psicologia Clínica**, v. 21, n. 2, p. 363–378, 2009.

SINHA, R. **Chronic Stress, Drug Use, and Vulnerability to Addiction. Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1141, n. 1, p. 105–130, out. 2008.

STELLERN, J. et al. **Emotion regulation in substance use disorders: a systematic review and meta-analysis.** Addiction, v. 118, n. 1, 11 ago. 2022.

RELATO DE CASO: DESAFIOS NO MANEJO DO TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS EM UM PACIENTE JOVEM

Renato Almeida de Oliveira – renatoalmeidadeoliveira@gmail.com
Graduando em Medicina no Centro Universitário Alfredo Nasser
HOSPITAL MARIA CÂNDIDA TEIXEIRA
Nerópolis, Goiás, 06 de Dezembro de 2024

RESUMO

Este relato de caso descreve a trajetória clínica do paciente P. A. P. M. C., sexo masculino, 34 anos com histórico de transtorno bipolar afetivo tipo II, transtorno de personalidade borderline, transtorno por uso de substâncias psicoativas e voyeurismo, internado involuntariamente no Hospital Psiquiátrico Maria Candida Teixeira, na cidade de Nerópolis, Estado de Goiás. O estudo ilustra a complexidade do manejo de condições psiquiátricas interligadas, caracterizadas por labilidade emocional, impulsividade e comprometimento funcional significativo. A abordagem terapêutica adotada incluiu intervenções farmacológicas com estabilizadores de humor, antipsicóticos e ansiolíticos, combinadas a psicoterapia e suporte social, promovendo melhorias no quadro clínico do paciente. A fisiopatologia dos transtornos apresentados envolve desregulação de neurotransmissores como dopamina e serotonina, além de alterações no sistema límbico e no córtex pré-frontal, que contribuem para a instabilidade emocional e comportamental. A abordagem psiquiátrica foi essencial para demonstrar e elencar as necessidades biopsicossociais do paciente, enfatizando a importância de estratégias

personalizadas e contínuas no manejo de uso de substâncias, como o álcool e o narguilé. Este estudo reforça a necessidade de um acompanhamento longitudinal que considere a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, além de destacar o papel do suporte familiar e comunitário na reabilitação de pacientes com múltiplos transtornos psiquiátricos. Conclui-se que o sucesso no tratamento de condições psiquiátricas correlacionadas é totalmente dependente de intervenções integradas e ajustadas às demandas individuais, com foco na reintegração social e na melhora da qualidade de vida.

Palavras-chave: Transtorno por uso de substâncias. Transtorno bipolar afetivo. Cluster B. Labilidade emocional. Voyeurismo.

1. INTRODUÇÃO

O uso abusivo de substâncias psicoativas (SPAs) se tornou uma problemática pertinente da saúde pública, sendo evidenciada por assombrosos números, a saber, cerca de 10% dos indivíduos que vivem nos centros urbanos consomem, de forma excessiva, algum tipo de substância, dos quais 16 a 39 milhões de dependentes e 183 mil óbitos relacionados a esse agravo no mundo, no ano de 2012 (HESS; BINSFELD; MORAES, 2012).

Segundo o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5 (2014):

“os transtornos relacionados a substâncias abrangem 10 classes distintas de drogas: álcool; cafeína; cannabis; alucinógenos (com categorias distintas para fenciclidina [ou arilciclo--hexilaminas de ação similar] e outros alucinógenos); inalantes; opioides; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes (substâncias tipo anfetamina, cocaína e outros estimulantes); tabaco; e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas).”

Para Moreira e seus colaboradores (2020), dentre às substâncias psicoativas existentes, sem dúvidas, o álcool é droga lícita mais utilizada pela população global, com destaque para os seus impactos que estão associados a sintomas de depressão, ansiedade e mania/hipomania, tanto em períodos de intoxicação como em momentos de abstinência.

Estudiosos demonstraram que a dependência do álcool apresenta altos índices entre a população, somando uma taxa de 14,9%, seguida pela depressão maior (13%), distimia (4,9%), transtorno afetivo bipolar e outros (LEAL et al., 2012). Já no trabalho apresentado em 2012, no Paraguai, realizado com 149

pacientes dependentes químicos, os principais transtornos relacionados ao uso de SPAs foram: depressão e ansiedade, ambas com 17,4%, e transtorno bipolar correspondente a 15% dos pacientes (LOPEZ et al., 2012).

Entende-se que o transtorno por uso de múltiplas substâncias é uma conjunção exemplificada pelo uso simultâneo de diferentes drogas, culminando em danos importantes nas áreas sociais, ocupacionais, relações interpessoais e em outras esferas da vida do indivíduo. Este transtorno é comumente associado a uma série de comorbidades psiquiátricas, o que potencializa ainda mais sua gravidade e complicações (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Nas últimas décadas a prevalência do transtorno apresentou exponencial crescimento, especialmente entre adolescentes e jovens adultos, assegurando que as práticas sociais sofreram mudanças e que o acesso a substâncias psicoativas está mais fácil. (BELZUNEGUI-ERASO et al., 2020).

Os transtornos relacionados ao uso de substâncias apresentam manifestações clínicas variadas, que frequentemente incluem sintomas de abstinência, impulsividade, alterações do humor e comprometimentos cognitivos. Essas características podem gerar um ciclo persistente de uso e recaídas, no qual o indivíduo utiliza as substâncias como forma de evitar o desconforto da abstinência, agravando progressivamente sua saúde psiquiatrica e física (KOOB; VOLKOW, 2016). O uso de múltiplas substâncias, em especial, eleva significativamente os riscos de comportamentos prejudiciais, como direção sob efeito de drogas, relações sexuais desprotegidas e envolvimento em atividades ilícitas, que amplificam os danos sociais e individuais (OLUMIDE et al., 2014).

Os impactos negativos associados à dependência química vão além da saúde física e psicológica, repercutindo profundamente nas relações interpessoais, na produtividade profissional e no bem-estar emocional do indivíduo. A dependência frequentemente é acompanhada por estigmatização e marginalização social, fatores que dificultam o acesso aos cuidados de saúde e a busca por tratamento adequado (ROOM, 2005). Essas barreiras não apenas mantêm o ciclo de exclusão e vulnerabilidade social, mas também comprometem o processo de recuperação, reforçando a necessidade de estratégias integradas para superar esses desafios (BELZUNEGUI-ERASO et al., 2020).

O manejo do transtorno por uso de substâncias exige uma abordagem multidisciplinar, que combine intervenções farmacológicas, psicoterapias e suporte social abrangente. Estudos recentes destacam que a integração de diferentes modalidades terapêuticas é essencial para abordar os aspectos biopsicossociais do transtorno, proporcionando uma recuperação mais efetiva

(MILLER; ROLLNICK, 2013). Além disso, a adesão prolongada ao tratamento é crucial para minimizar recaídas e promover a reintegração do paciente na sociedade.

Neste estudo, será apresentada a trajetória clínica de um paciente internado no Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira, com foco na análise de seu quadro clínico, intervenções terapêuticas realizadas e evolução. O caso reforça a importância de estratégias personalizadas e integradas para o sucesso no manejo da dependência química.

2. DESCRIÇÃO DO CASO

2.1. Identificação

Nome: P. A. P. M. C.
Idade: 34 anos
Data nascimento: 11/10/1990
Sexo: Masculino
Naturalidade: Goiânia, Goiás
Escolaridade: Ensino superior incompleto (estudante de engenharia civil há 13 anos)
Profissão: Estudante e estagiário em empresa de construção civil
Modalidade de internação: Involuntária
Data de internação: 24/06/2024

2.2 Queixa principal

“Queria saber o porquê de eu estar internado aqui, se há mesmo necessidade ou não”

2.3 História da Doença Atual (HDA)

Paciente possui histórico de internações pois já realizou tratamento psiquiátrico entre execuções de sessões de psicoterapia e processo de internação hospitalar, bem como, consultas ambulatoriais há mais ou menos 16 anos.

Sob indicação do médico psiquiatra Dr. Marcelo Caixeta foi encaminhado para o Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira e iniciou seguimento clínico ao tratamento de longa data. Segundo informações relatadas do irmão e, posteriormente confirmadas pelo paciente, o mesmo está estudando há 13 anos no curso de engenharia civil. Esse período de estudo extremamente estendido

o início ou intensificação do uso de substâncias, particularmente em indivíduos com predisposição aos transtornos de humor. No caso do paciente, a perda de controle sob o efeito do álcool e o desenvolvimento de um comportamento agressivo, especialmente em contextos familiares e sociais, reforçam a hipótese de que a impulsividade é um dos componentes centrais em sua patologia (SINHA, 2008).

A impulsividade, frequentemente se apresenta como um dos traços centrais do transtorno bipolar, principalmente durante os episódios maníacos e hipomaníacos, nos quais o indivíduo pode apresentar comportamentos de risco, como o uso de substâncias psicoativas, gastos excessivos e práticas sexuais imprudente. O abuso de substâncias em pacientes bipolares é frequentemente interpretado como uma tentativa de automedicação, onde o uso de drogas ou álcool é empregado para aliviar os sintomas depressivos ou controlar a energia excessiva da mania. No entanto, essa estratégia de alívio é contraproducente, pois o uso de substâncias exacerba a labilidade emocional, aumenta a frequência de episódios maníacos e depressivos e prejudica o funcionamento cognitivo (PREUS, 2021).

Além disso, os sintomas de heteroagressividade observados pelo relato do paciente, podem ser justificados pela incapacidade de controlar os impulsos, o que resulta em comportamentos violentos direcionados a terceiros. Esse fenômeno está fortemente associado ao baixo limiar à frustração observado principalmente em pacientes portadores de transtorno bipolar, que tendem a reagir de forma desproporcional a eventos cotidianos percebidos como estressores. O abuso de substâncias amplifica essa tendência agressiva, diminuindo ainda mais a capacidade de regulação emocional e aumentando o risco de conflitos interpessoais graves, inclusive em ambientes familiares e sociais (STELLERN, 2022).

O paciente também apresenta um histórico familiar significativo de abuso de drogas, fator frequentemente identificado como predisponente ao desenvolvimento de transtornos por uso de substâncias e transtornos de humor. A exposição crônica ao ambiente tóxico e o convívio com o pai que abusavam de cocaína podem ter exercido uma influência significativa na formação de um modelo de coping inadequado, no qual o abuso de substâncias foi adotado como uma estratégia disfuncional para lidar com frustrações. Além disso, o relato de amnésia lacunar durante episódios de intoxicação indica a gravidade do abuso de substâncias, dado que esse sintoma está relacionado a altos níveis de consumo e descontrole. O plano terapêutico proposto, com abordagem multidisciplinar, reflete as melhores práticas no manejo de pacientes dependente químico com

comorbidades psiquiátricas. A inclusão de psicoterapia individual e familiar, associada a intervenções farmacológicas e atividades físicas, como o muay-thai, é indicada em diversos estudos como uma estratégia eficaz para melhorar o controle dos impulsos e promover a autoestima.

Destacamos a importância da valorização dos vínculos familiares, como um importante fator motivacional para o engajamento do paciente no tratamento. A literatura indica que o apoio social, particularmente de figuras familiares, é um fator protetor importante na recuperação de indivíduos com transtornos por uso de substâncias. Diversos estudos apontam que o envolvimento da família no tratamento de adictos está associado a melhores desfechos terapêuticos. O suporte familiar atua como um amortecedor contra o estresse e a pressão social, ajudando o paciente a lidar com os desafios do processo de desintoxicação e reabilitação (PAZ; COLOSSI, 2013).

Estudos sobre a eficácia do suporte familiar no tratamento de dependência química, revelam que a participação da família em terapias de grupo e sessões de psicoeducação ajuda a reduzir a incidência de recaídas e a aumentar a motivação do paciente para a recuperação. Isso ocorre porque, ao entender a natureza da dependência química e seus impactos, a família se torna uma aliada no processo de recuperação, fornecendo um ambiente mais acolhedor e compreensivo (SEADI; OLIVEIRA, 2009; SCHENKER; MINAYO, 2014).

Para muitos pacientes em situação de abuso de substâncias, a unidade familiar pode ter sido um fator de estresse ou desencadeante do uso de substâncias. No entanto, a reestruturação dessas relações, por meio de intervenções terapêuticas, pode transformar a dinâmica familiar em um pilar de suporte. A restauração da confiança e o fortalecimento dos laços afetivos podem ser catalisadores para a mudança de comportamento e a promoção de um estilo de vida mais saudável. Famílias que conseguem manter um ambiente de aceitação e empatia, em vez de julgamento, aumentam as chances de sucesso no tratamento. Isso porque o paciente se sente compreendido e apoiado, o que reduz sentimentos de culpa, vergonha e isolamento, muitas vezes presentes no contexto da dependência química (SEADI; OLIVEIRA, 2009).

No processo de tratamento de dependentes químicos, a família tem uma influência decisiva, não apenas na fase inicial de intervenção, mas também na manutenção da abstinência e na prevenção de recaídas. O conceito de “família terapêutica” introduzido por Satir sugere que a mudança no comportamento do paciente depende da modificação das interações familiares. A intervenção no contexto familiar, por meio de terapia familiar ou outros métodos de apoio, pode

ajudar a melhorar a comunicação, estabelecer limites saudáveis e fortalecer o sistema de apoio ao dependente (SATIR, 1988).

O suporte familiar adequado pode ser um fator protetor contra a recaída. A pesquisa de O'Farrell e Fals-Stewart sobre terapia familiar e dependência química revela que os pacientes cujas famílias participam ativamente do tratamento têm maiores chances de sucesso na recuperação. A presença de uma rede de apoio emocional e a melhoria das relações familiares contribuem significativamente para o bem-estar do paciente, aumentando sua motivação para o tratamento e a adesão ao processo terapêutico (O'FARREL; FALS, 2006).

No entanto, é importante ressaltar que nem toda estrutura familiar é positiva para a recuperação. Quando a família mantém padrões disfuncionais, como a codependência ou a negligência emocional, o ambiente pode ser mais prejudicial do que benéfico. A codependência, caracterizada pela relação de dependência emocional entre o paciente e outros membros da família, pode perpetuar a dinâmica de abuso de substâncias, dificultando a recuperação do paciente. Nesse contexto, a terapia familiar se torna não apenas um meio de apoio, mas também uma ferramenta de transformação das interações familiares disfuncionais.

Cada família tem suas próprias características e desafios, e a abordagem terapêutica deve ser adaptada a essa realidade. De acordo com a visão de Goldstein (1994), as intervenções terapêuticas precisam considerar as especificidades do contexto familiar, como a cultura, os valores e as crenças, para serem eficazes. O tratamento que ignora o contexto familiar pode ser ineficaz, uma vez que o comportamento dependente frequentemente está enraizado em padrões familiares estabelecidos ao longo do tempo(GOLDSTEIN, 1994).

Portanto, é fundamental que o tratamento seja holístico e inclua, além da terapia individual do paciente, um acompanhamento que envolva a família em sua totalidade. Programas de reabilitação que oferecem suporte não apenas ao dependente químico, mas também aos membros da família, são mais eficazes. Ao integrar a família no processo terapêutico, cria-se um ambiente mais favorável à recuperação, promovendo a reconstrução de vínculos afetivos e a eliminação de padrões disfuncionais (GOLDSTEIN, 1994).

9. CONCLUSÃO

A dependência de cocaína é uma doença neurobiológica crônica que envolve complexas alterações no funcionamento cerebral, particularmente nas áreas relacionadas ao prazer, recompensa e controle de impulsos. Entender essas

se deve ao acordo estabelecido entre a família do paciente e do quadro docente da instituição de ensino para que houvesse uma redução da carga horária de estudos e, consequentemente, de disciplinas – cursando apenas 2 ou 3 matérias por semestre, para que o mesmo não reprovasse. Entretanto, essa estratégia adotada não apresentou muito êxito pois mesmo com a redução da carga horária o paciente não conseguiu avançar no curso, acumulando reprovações.

Em linhas gerais, paciente apresenta dificuldade quanto a progredir a vida de forma totalmente independente. Como sempre possuiu uma criação totalmente permissiva pelos pais, o paciente necessita semanalmente do auxílio de familiares (irmão) e da secretária da família (a qual ajudam em média de 2 a 3 x por semana nos afazeres domésticos) para conseguir organizar a integralidade da sua vida.

Vale ressaltar que os pais já são falecidos.

Contudo, especialmente a mãe faleceu há 5 meses devido à complicações e alastramento de carcinoma que virou metástase, sendo submetida a várias sessões de quimioterapia, iniciando na mama e findando no endométrio) enquanto o pai faleceu há 3 anos devido à insuficiência cardíaca. Vale ressaltar que pai fazia consumo de álcool.
Irmão relata ainda que P. A. P. M. C. já teve diagnóstico de Asperger, bipolaridade, borderline, com oscilação constante em seu humor e com muita labilidade afetiva, ciclando várias vezes. Refere também que o paciente é muito intenso ao estabelecer amizades e em seus relacionamentos interpessoais, não tendo um filtro para identificar quem é de fato seu amigo ou não. Uma grande preocupação da família é que o mesmo se acomodou, não avança na questão da independência e põe dificuldade em tudo o que se propõe a fazer, além disso ele quer está sempre vivendo no status da euforia e alegria, não encarando a realidade como deve ser vista, usa muitas vezes a doença como pretexto para justificar seus problemas e possíveis limitações.

2.4 História Psiquiátrica Pregressa

Dados da infância: segundo informações do irmão, paciente nasceu a termo, de parto normal, sem intercorrências. Não apresentou atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Era uma criança alegre e tinha muitos amigos na época, brincava com outras crianças da mesma idade e com uma uma relação amistosa entre eles. Relata que o pai era muito permissivo junto com a mãe, não tinha pulso, não sabia educar e ensinar o significado do “não” na vida do mesmo.

Paciente relata que quando tinha menos de 10 anos de idade, sofreu abuso

sexual de um amigo do seu irmão. Nessa oportunidade, P. A. P. M. C. descreveu que o abuso aconteceu na sua própria casa, durante visita do amiguinho do irmão, onde o mesmo colocou um objeto no seu ânus. O paciente relatou que sentiu muita dor mas não soube informar qual objetivo foi utilizado mas negou que tenha sido o pênis do amigo do irmão e terminou o relato dizendo que o fato aconteceu apenas uma vez.

Dados da adolescência: Começou a consumir álcool aos 17 anos, enquanto frequentava o 3º ano do colégio e aos 18 anos de idade, começou a apresentar surtos no quesito da labilidade emocional. Irmão relata que paciente é muito manipulador, se faz de amigo e daqui a pouco já "vira às costas", apresentando comportamento de impulsividade, heteroagressividade e disforia.

Ao entrar na vida adulta, irmão comentou que o paciente apresenta muitos planos mas não avança neles, não perpetua as situações, um exemplo disso é que há 1 mês, ao conseguir estágio na empresa na área de construção civil, ficou apenas um mês, alegando que estava muito pesado e o trabalho era um fardo, com muitas exigências e que não dava conta de levar adiante o estágio.

Aos 21 anos, no ano de 2011, depois de tentar ingressar por vestibular no curso de medicina e não ser aprovado na segunda fase, o paciente decidiu iniciar o curso de engenharia civil, na UnB. Se mudou para a capital federal e relatou que saia com mais frequência para baladas. Concomitantemente, o consumo de álcool aumentou juntamente com o narguilé. Associado ao uso de substâncias, descobriu sua bissexualidade ao beijar homens nas festas, entretando, disse que nunca transou com nenhum indivíduo do mesmo sexo.

O consumo de álcool foi intensificando, porém, sempre foi muito inteligente e conseguiu ser aprovado em intercâmbio para Alemanha, pelo programa Ciências Sem Fronteira no ano de 2013. Permaneceu no exterior por 2 anos (2013-2015) e lá, realizou viagens, iniciou um relacionamento heteroafetivo, inclusive chegou a viajar com a namorada para a Grécia e conheceu a família dela. Acrescentou que nesse período fora do Brasil, consumiu apenas álcool.

Ao retornar ao Brasil, o consumo de álcool e narguilé exacerbou. O vício nessas substâncias foram extremos e o levou à internação pela primeira vez, no ano de 2015, na Pax, em Goiânia, onde ficou internado por aproximadamente 10 dias. Recebeu alta mas continuou com os mesmos hábitos de vida, sendo assim, os episódios de internações se tornaram constantes pelo menos uma vez ao ano, nos anos de 2016, 2017, 2018 e 2019, na clínica Asmigo, em Goiânia, Estado de Goiás.

Posteriormente, o mundo foi surpreendido com a pandemia, período no qual o paciente relatou ter permanecido todo tempo em casa, sem frequentar bares ou baladas. Nesse trecho da história do paciente, o mesmo relata não ter ingerido nenhuma gota de álcool, entretanto, intensificou o consumo de narguilé. Também na pandemia, aconteceu o falecimento do pai, por infarto agudo do miocárdio.

No dia 13/02/2024, infelizmente sua mãe faleceu em decorrência de complicações de câncer e, no mesmo dia, após receber a triste noticia da morte da sua mãe, o paciente tentou suicídio com medicamento. Referiu que tomou o frasco inteiro de Rivotril e que foi socorrido por vizinho e foi encaminhado ao hospital onde precisou ficar em unidade de terapia intensiva por 3 dias. Após esse episódio, foi internado na Asmigo, em Goiânia.

Após um mês de internação, recebeu alta e conheceu uma profissional do sexo e começou a se relacionar com ela. Referiu que gostava de dar presentes caros mas que se sentia explorado, em algumas situações pois a mesma retirava eletrodomésticos, eletrônicos e afins, do seu apartamento. Ainda, com essa mesma parceira, admitiu ter gravado 3 vídeos de conteúdo pornográfico adulto e relatou se sentir confortável em aparecer nos vídeos, se exibir e ser publicado em plataformas digitais. Em outros momentos, sem realizar a gravação, paciente admitiu ter praticado sexo com duas parceiras ao mesmo tempo.

Por fim, P. A. P. M. C. foi internado no Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira no dia 26/06/2024, de forma involuntária e, hoje, após 163 dias, aproximadamente 5 meses e meio, reconhece que a internação foi a melhor opção para manter a integralidade da sua vida.

2.5 Histórico Legal (Judicial)
Paciente nega qualquer situação dessa natureza.

2.6 Padrão do uso de substâncias
O consumo de álcool iniciou aos 17 anos de idade e se intensificou ao longo dos anos. Relata consumir vários tipos de bebidas alcoólicas mas destaca o consumo de bebidas destiladas, como exemplo, paciente citou o whisky e o licor.

Associado ao consumo de álcool, P. A. P. M. C. referiu fumar narguilé diariamente. Destacou que se encantava com o aroma das essências e que fumar fazia com que ele fugisse um pouco da realidade. Acrescentou que já experimentou outras substâncias, porém, prefere o álcool e o narguilé.

2.7 História Patológica Pregressa

Paciente relata que após o estresse pós-traumático pelo falecimento da mãe, em fevereiro de 2024, apresentou tentativa de suicídio ao consumir inúmeros medicamentos que possuía em casa, especialmente, Rivotril.

Nega demais comorbidades clínicas e alergias.

2.8 Anamnese farmacológica

Iniciou uso de medicamentos há 16 anos, sendo acompanhado na Asmigo. Realiza sessões de psicoterapia como parte do suporte ao tratamento medicamentoso. Informou que foram necessários inúmeros ajustes farmacológicos e destacou o uso de Clonazepam, Propranol, estabilizadores do humor como Carbonato de Lítio e Ácido Valproico, Haldol, Clorpromazina, Topiramato antes da internação.

2.9 História Psiquiátrica Familiar

Paciente relata que pai era alcoólatra e possui um comportamento agressivo em casa. Refere que essas agressões eram de natureza verbal e nunca houve agressão física.

2.10 Exame físico

Exame físico geral destacou um paciente em bom estado geral, desperto, corado, hidratado, anictérico, acianótico e afebril. Exame físico pulmonar apresentou som claro pulmonar, sem ruídos adventícios, murmúrio vesicular presente. Exame cardiovascular apresentou 2 bulhas rítmicas, normofonéticas, sem sopro, ritmo regular.

No exame físico do abdome, observou-se abdome plano, presença de ruídos hidroaéreos, timpânico à percussão, sem dor a palpação superficial e profunda e sem sinais de peritonite. O exame geniturinário foi inespecífico, sem queixas de dor ou desconforto urinário. Ao exame neurológico, paciente sem alterações e sem queixas.

Nos membros, tanto superiores quanto inferiores, paciente sem sinais de cicatrizes e de automutilação no momento.

2.11 Exame Mental (24/06/2024 às 14:00h)

Paciente apresenta idade aparente semelhante à cronológica, cooperativo, lúcido e desperto, vestes adequadas e com boas condições de higiene e autocuidado mantido, sem ideação e planejamento suicida no momento, psicomotricidade aumentada, hipervigil, hipotenaz, memória retrógrada e anterógrada sem

alterações, hipertímico e com elação do humor, afeto congruente com o humor, ansioso, pensamento acelerado, impulsivo, sem alucinações e atividade delirante no momento, tem labilidade afetiva, hiperbúlico, sem irritabilidade e insight prejudicado.

3. DIAGNÓSTICO

Analisando a apresentação do quadro clínico, da história psiquiátrica pessoal e familiar, podemos definir como diagnósticos sindrômicos, a síndrome ansiosa, instabilidade afetiva, timopatia, sensação de vazio crônico, síndrome maníaca e hipercinética.

Como hipóteses diagnósticas destacam-se: transtorno afetivo bipolar tipo II (CID: F31); transtorno de personalidade borderline (CID: f60.3); transtorno por uso de substâncias psicoativas (CID: f19) e Síndrome de Asperger (CID: f84.5).

4. RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM

Exames realizados no dia 03/09/2024.

Exame	Resultado	Exame	Resultado
Anti-receptor de TSH, TRAB	<0,10UI/L	Ácido Valproico	3mcg/mL
Lítio	0,56 milimol/L	Cálcio	9,6mg/dL
Potássio	4,2 mmol/L	Magnésio	2,20 mg/dL
Sódio	141 mmol/L	Cloro	105 mmol/L
Ferritina	217,46	Ácido fólico	2,8 ng/mL
Perfil lipídico Colesterol total Colesterol HDL Colesterol LDL Colesterol VLDL Colesterol não-HDL Triglicérides	 253 mg/dL 37 mg/dL 189 mg/dL 27 mg/dL 216 mg/dL 130 mg/dL	**Hemograma** Eritrócitos Hemoglobina Hematócrito VCM HCM CHCM RDW Leucócitos totais Bastonetes Segmentados Eosinófilos Basófilos Linfócitos Monócitos Plaquetas	 4,8 tera/L 15,1 g/dL 44,1% 92,3 fL 31,6 pg 34,2% 11,7% 100% (6.830) 2% (137) 54% (3.688) 5% (342) 1% (68) 31% (2.117) 7% (478) 304.000

Uranálise Densidade pH Proteínas Glicose Hemoglobina Corpos cetônicos Pigmentos biliares Urobilinogênio Nitrito Esterase leucocitária Leucócitos Hemácias Células epiteliais Microbiota	 1.013 6,0 <30 mg/dL Ausente Ausente Ausente Ausente Presente + Negativo Traços 13.000/ml 3.000/ml 9.000/ml Normal	HIV, anticorpos	0,05 – não reagente
Hepatite B, anticorpos, Anti-HBS	640,29 mUI/mL – reagente	Sífilis – anticorpos totais específicos anti-T.Pallidum	0,1 – não reagente
HBSAg, antígeno de superfície da hepatite B	0,56 – negativo	Hepatite C, anticorpos, Anti-HCV	0,09 – não reagente

5. FISIOPATOLOGIA DA(S) DOENÇA(S)

Os transtornos apresentados envolvem alterações interconectadas no funcionamento neurobiológico e comportamental. A fisiopatologia abrange disfunções no sistema límbico, responsável pelo controle emocional, e no córtex pré-frontal, essencial para a tomada de decisões e regulação de impulsos. Essas alterações explicam as dificuldades do paciente em gerenciar emoções, comportamentos e relacionamentos.

No transtorno bipolar, há uma desregulação de neurotransmissores como dopamina, serotonina e noradrenalina, levando a episódios de mania e depressão. O excesso de dopamina em períodos maníacos e sua redução em fases depressivas resultam em oscilações severas de humor, como observado no caso do paciente estudado (CITROME, 2017).

Já no transtorno de personalidade borderline, a hiperatividade da amígdala combinada à hipofuncionalidade do córtex pré-frontal provoca intensa reatividade emocional e impulsividade. Essa dinâmica perpetua ciclos de instabilidade emocional, afetando o comportamento social e a adaptação ao ambiente (SCHMAHL et al., 2021).

O transtorno por uso de substâncias psicoativas reforça a complexidade do caso, afetando o sistema de recompensa cerebral. Drogas como cocaína e crack aumentam a liberação de dopamina, criando dependência e dificultando o

controle do uso. A tolerância induzida pelo consumo contínuo agrava a compulsão e amplia os riscos de recaídas (KOOB; VOLKOW, 2016).

A labilidade emocional observada reflete a interação entre fatores biológicos e estressores ambientais, intensificando oscilações rápidas de humor. Por fim, o voyeurismo pode ser explicado por disfunções no sistema dopaminérgico e pela hiperatividade em regiões associadas à excitação sexual, que reforçam comportamentos compulsivos (CANTOR et al., 2015).

Essas condições, combinadas a fatores psicossociais, tornam o manejo terapêutico desafiador, exigindo uma abordagem integrada que considere as bases neurobiológicas e o contexto de vida do paciente.

6. TERAPÊUTICA ADOTADA

Considerando a hipótese diagnóstica de transtorno por uso de substâncias, transtorno afetivo bipolar tipo II e transtorno de personalidade borderline foi instituída uma abordagem terapêutica multidisciplinar, abrangendo psicoterapia psiquiátrica, educação física e psicoeducação, além da terapia farmacológica. Para facilitar a compreensão, as medicações serão apresentadas de forma cronológica.

Data: 26/06/2024
Haldol 2mg/ml – 100 gotas manhã – 100 gotas tarde – 100 gotas noite
Lítio 300mg – 01 cp manhã – 01 cp noite
Propanolol 40mg – 01 cp manhã

Data: 22/07/2024
Haldol 5mg/ml – 200 gotas manhã – 200 gotas tarde – 200 gotas noite
Lítio 300mg – 01 cp manhã – 01 cp noite
Propanolol 40mg – 01 cp manhã

Data: 31/07/2024
Haldol 5mg/ml – 200 gotas manhã – 200 gotas tarde – 200 gotas noite
Lítio 300mg – 01 cp manhã – 01 cp noite
Propanolol 40mg – 01 cp manhã
Quetiapina 25mg – 01 cp noite

Data: 14/08/2024 – ideação suicida, hipotimia.
Haldol 5mg/ml – 200 gotas manhã – 200 gotas tarde – 200 gotas noite
Lítio 300mg – 01 cp manhã – 01 cp noite

Propanolol 40mg – 01 cp manhã
Quetiapina 25 mg – 02 cps noite
Escitalopram 5 gotas

Data: 15/08/2024 – mantém discurso pessimista.
Haldol 5mg/ml – 200 gotas manhã – 200 gotas tarde – 200 gotas noite
Lítio 300mg – 01 cp manhã – 01 cp noite
Propanolol 40mg – 01 cp manhã
Quetiapina 25 mg – 03 cps noite
Escitalopram 5 gotas

Data: 19/08/2024
Haldol 5mg – 5 manhã – 5 tarde – 5 noite
Lítio 300mg – 01 cp manhã – 01 cp tarde
Clorpromazina 25mg – 50 manhã – 50 tarde – 50 noite
Prometazina 25mg – 01 cp noite
Clonazepam 2mg – 01 cp noite
Escitalopram 20mg/ml – 10 gotas
Triazol 150mg – 01 cp por semana

Do dia 12/09 até os dias atuais
Renoni B – 01 cp manhã – 01 cp noite
Ácido fólico – 01 cp tarde
Haldol 5mg/ml – 200 gotas manhã – 200 gotas tarde – 200 gotas noite
Lítio 300mg – 01 cp manhã – 01 cp noite
Propanolol 40mg – 01 cp manhã
Quetiapina 25 mg – 02 cps noite
Escitalopram 5 gotas

7. COLETA DE DADOS

A coleta de dados para este estudo envolveu a análise do prontuário médico do paciente, acompanhamento das psicoterapias psiquiátricas realizadas pelos residentes de psiquiatria e posterior discussão do caso, diálogo com o paciente e uma breve revisão da literatura. A análise do prontuário incluiu informações sobre a história clínica, diagnósticos anteriores, tratamentos já realizados, evolução do quadro e respostas às intervenções. As sessões de psicoterapia psiquiátrica foram durante o estágio de internato obrigatório em psiquiatria realizado no Hospital Maria Cândida Teixeira no mês de Novembro e Dezembro de 2024. Durante este acompanhamento, foram registradas as observações sobre a interação da paciente com o residente e as dinâmicas emergentes na sessão.

Posteriormente, foi feita a discussão do caso com os residentes de psiquiatria a respeito da evolução do paciente, as intervenções propostas e a eficácia das abordagens terapêuticas.

Também foram realizados diálogos com o paciente a fim de coletar informações sobre suas percepções, sentimentos, experiências relacionadas ao tratamento e eficácia das intervenções.

Por fim, foi executada uma breve revisão da literatura para contextualizar o caso em relação a evidências científicas existentes sobre o tratamento do transtorno por uso de múltiplas substâncias. Essa revisão incluiu a análise de estudos anteriores, diretrizes clínicas e pesquisas relevantes, permitindo que o relato de caso fosse fundamentado em uma base científica sólida.

Após a coleta de dados, foi realizada uma análise qualitativa, utilizando um método indutivo para identificar padrões e temas emergentes. A análise permitiu que as informações coletadas fossem organizadas de forma a destacar os principais achados e a evolução do tratamento da paciente ao longo do tempo, descritos aqui neste artigo no formato relato de caso.

8. DESENVOLVIMENTO

O caso do paciente ilustra a complexidade do manejo de transtornos psiquiátricos associados ao uso de substâncias psicoativas, evidenciando a interação entre fatores biopsicossociais. A seguir, são discutidos os principais aspectos relacionados ao quadro do paciente, integrando informações coletadas com literatura científica atual.

8.1 Transtorno por Uso de Substâncias

O transtorno por uso de substâncias (TUS) é caracterizado por um padrão problemático de consumo que resulta em comprometimento ou sofrimento significativo, conforme descrito no DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Paciente apresenta um histórico de uso de álcool, evidenciando um padrão de busca por estímulos seguido de períodos de exaustão física e emocional. Estudos indicam que o uso crônico dessas substâncias provoca alterações nos circuitos de recompensa cerebral, particularmente no sistema dopaminérgico, exacerbando a dependência e dificultando o controle sobre o consumo (KOOB;VOLKOW, 2016).

A presença de TUS em pacientes com transtornos psiquiátricos é particularmente

desafiadora, pois pode mascarar ou agravar sintomas primários. Intervenções farmacológicas como estabilizadores de humor, aliadas à psicoterapia motivacional, têm se mostrado eficazes em reduzir a recaída e promover a adesão ao tratamento (MILLER; ROLLNICK, 2013).

8.2 Transtorno Afetivo Bipolar

O transtorno afetivo bipolar tipo II é uma condição crônica e recorrente, marcada por episódios de depressão maior e hipomania. Esses ciclos comprometem a funcionalidade do paciente, levando a oscilações severas no humor e no comportamento. Evidências apontam que indivíduos com transtorno bipolar possuem maior vulnerabilidade ao uso de substâncias, muitas vezes como uma tentativa de automedicação (SADOCK et al., 2017).

A abordagem terapêutica no relato de caso inclui o uso de lítio, reconhecido por sua eficácia na estabilização do humor, além de antipsicóticos como haloperidol para controle de sintomas agudos de mania. Essas intervenções são reforçadas por estratégias psicoeducativas, que auxiliam o paciente e sua família a identificar sinais precoces de descompensação (CARVALHO et al., 2021).

8.3 Cluster B

Os transtornos de personalidade do Cluster B, que incluem o transtorno de personalidade borderline diagnosticado no paciente estudado, são caracterizados por instabilidade emocional, impulsividade e dificuldade em manter relacionamentos saudáveis. Essas características são frequentemente exacerbadas pelo uso de substâncias e pela presença de comorbidades como o transtorno bipolar AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Estudos sugerem que a combinação de farmacoterapia e terapia comportamental dialética (DBT) é a abordagem mais eficaz para o manejo de transtornos do Cluster B. A DBT foca no desenvolvimento de habilidades de regulação emocional, essenciais para pacientes como P. A. P. M. C., que demonstram padrões de comportamento intensos e imprevisíveis (LINEHAN, 2014).

8.4 Labilidade Emocional

A labilidade emocional é um sintoma central no quadro do paciente, manifestando-se como rápidas e intensas oscilações de humor. Essas mudanças são características de transtornos de humor e personalidade e estão associadas a alterações no córtex pré-frontal e na amígdala, áreas responsáveis pelo

processamento emocional (FRONTIERA et al., 2018).

Paciente apresenta episódios frequentes de euforia seguidos de desesperança, o que compromete sua funcionalidade e relacionamentos. Intervenções terapêuticas incluem estabilizadores de humor e técnicas de mindfulness, que demonstraram eficácia na redução da reatividade emocional (SEGAL et al., 2018).

8.5 Voyeurismo

O transtorno de parafilia, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), engloba padrões persistentes de interesse sexual atípico que podem causar sofrimento significativo ou prejuízo ao indivíduo, ou envolver práticas que coloquem outras pessoas em risco. Uma das formas de parafilia é o voyeurismo, caracterizado pela excitação sexual obtida ao observar pessoas sem seu consentimento enquanto estão nuas, se despindo ou envolvidas em atividades sexuais. Esse comportamento, quando recorrente e associado a comprometimento funcional ou sofrimento, é classificado como transtorno de voyeurismo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Pesquisas sugerem que o transtorno pode estar associado a hiperatividade dopaminérgica em circuitos de recompensa cerebral, o que reforça o comportamento repetitivo e compulsivo (CANTOR et al., 2015).

O transtorno de voyeurismo é mais comum em homens e geralmente se manifesta no início da vida adulta. Estudos indicam que fatores biopsicossociais, como disfunções na regulação de impulsos, traumas na infância e condições comórbidas, podem contribuir para o desenvolvimento do transtorno (SCHMIDT et al., 2020). A presença de sintomas de voyeurismo pode estar associada a outros transtornos psiquiátricos, incluindo transtornos de personalidade e uso de substâncias. Intervenções terapêuticas, como psicoterapia cognitivo-comportamental, têm mostrado eficácia no manejo desses casos, especialmente quando associadas ao uso de medicamentos que modulam os impulsos sexuais, como os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (BANCROFT et al., 2015). Assim, uma abordagem psiquiátrica é essencial para abordar tanto os aspectos biológicos quanto os psicossociais do transtorno de voyeurismo.

O voyeurismo, embora relatado em menor escala, é um aspecto relevante no caso. Classificado como um transtorno parafílico, ele envolve a observação de pessoas em situações íntimas sem o consentimento delas, frequentemente como uma tentativa de obter excitação sexual (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Embora não tenha sido o foco primário do tratamento, é fundamental abordar o voyeurismo no contexto das comorbidades psiquiátricas do paciente, dado seu potencial para complicar interações sociais e legais. Abordagens terapêuticas incluem a terapia cognitivo-comportamental, que auxilia o paciente a identificar e modificar padrões de pensamento e comportamento disfuncionais (HALL; HIRSCHMAN, 2017).

9. CONCLUSÃO

O caso apresentado evidencia a complexidade do manejo de transtornos psiquiátricos interligados, como o transtorno bipolar, transtorno de personalidade borderline e transtorno por uso de substâncias. A combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais contribuiu significativamente para a manifestação e perpetuação dos sintomas observados em P. A. P. M. C. A compreensão das bases fisiopatológicas e das interações entre essas condições é fundamental para a elaboração de intervenções terapêuticas eficazes e personalizadas.

A abordagem psiquiátrica utilizada, combinando farmacoterapia, psicoterapia e suporte psicossocial, demonstrou ser crucial para estabilizar o quadro clínico e promover avanços na qualidade de vida do paciente. Apesar dos desafios relacionados à adesão ao tratamento e ao enfrentamento de limitações impostas pelos transtornos, a implementação de estratégias integradas permitiu uma melhora gradual, destacando a importância de intervenções sustentadas e ajustadas às necessidades individuais.

Por fim, este relato de caso reforça a relevância de um acompanhamento longitudinal e do engajamento contínuo do paciente em práticas terapêuticas. Além disso, destaca-se a necessidade de suporte familiar e social como pilares no processo de reabilitação. Pesquisas futuras podem contribuir para o desenvolvimento de métodos ainda mais eficazes para lidar com casos semelhantes, promovendo não apenas a recuperação clínica, mas também a reintegração plena dos indivíduos à sociedade.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2014.

BANCROFT, J., et al. **The impact of psychopharmacological agents on sexual behavior in individuals with paraphilic disorders.** Current Psychiatry Reports,

v. 17, n. 9, p. 75-85, 2015.
BELZUNEGUI-ERASO, A. et al. , v. 17, n. 2, p. 627, 2020.

DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph17020627.

CANTOR, J. M. et al. **Paraphilic Interests: Overview and Neurobiology. Journal of Sexual Medicine**, 2015.

CARVALHO, A. F. et al. **Bipolar disorder: Updates on diagnosis and management. International Journal of Psychiatry**, 2021.

CITROME, L. **Updated insights on the neurobiology of bipolar disorder.** CNS Spectrums, 2017.

FRONTIERA, A. et al. **Emotional dysregulation and its neural correlates.** Neurobiology of Mood Disorders, 2018.

HALL, G. C. N.; HIRSCHMAN, R. **Paraphilias and Treatment Approaches. Journal of Abnormal Psychology**, 2017.

HESS, A. R.; BINSFELD, A. R. M. M.; MORAES, A. L. **Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido.** Estudos de Psicologia (Natal), v. 17, n. 1, p. 171-178, 2012.

KOOB, G. F.; VOLKOW, N. D. **Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 8, p. 760-773, 2016.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G.; MAN, R.; STRILKE, C.; BRANDS, B.; KHENTI, A. **Estudo de comorbidade: sofrimento psíquico e abuso de drogas em pessoas em centros de tratamento**, Macaé - Brasil. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 21, p. 96-104, 2012.

LINEHAN, M. M. DBT® **Skills Training Manual.** Guilford Press, 2014.

LOPEZ, R. P.; BRANDS, B.; STRILKE, C.; MAN, R.; KHENTI, A. **Estudio de la comorbilidad entre el distres psicológico y abuso de drogas en pacientes en dos centros de tratamiento**, Asunción - Paraguay. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 21, p. 168-173, 2012.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing: Helping People Change.** 3rd ed. Guilford Press, 2013.

MOREIRA, R. M. M.; OLIVEIRA, E. N.; LOPES, R. E.; LOPES, M. V. O.; FÉLIX, T. A.; OLIVEIRA, L. S. **Mental disorder and suicide risk in psychoactive substance users: an integrative review.** SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2020. Disponível em: https://dx.doi.org/10.11606/issn.18066976.smad.2020.158433. Acesso em: [01 dez 2024].

OLUMIDE, A. O.; ADENIJI, A. O.; OLOPEDE, O. O. **Substance use among adolescents and young adults in Nigeria: a systematic review. African Journal of Medicine and Medical Sciences**, v. 43, n. 1, p. 1-10, 2014.

ROOM, R. **Stigma, social inequality and alcohol and drug use. Drug and Alcohol Review,** v. 24, n. 2, p. 143-155, 2005.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry,** 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017.

SCHMAHL, C. et al. **Neurobiology of borderline personality disorder. Current Psychiatry Reports,** 2021.

SCHMIDT, A. F., et al. **Risk factors for the development of voyeuristic disorder: A review and new data. Journal of Psychiatric Research**, v. 123, p. 100-108, 2020. SEGAL, Z. V. et al. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Emotional Dysregulation. Guilford Press, 2018.

IMPACTO DOS EVENTOS ADVERSOS NA INFÂNCIA E DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS: RELATO DE CASO

Carlos Filipe Oliveira Da Cunha
carlosfilipelordmadrug@hotmail.com
Graduação em Medicina
HOSPITAL MARIA CÂNDIDA TEIXEIRA
Nerópolis, Goiás, 09 de Novembro de 2024

RESUMO

O presente estudo teve como objeto de investigação o impacto dos eventos adversos na infância de um paciente diagnosticado com transtorno afetivo bipolar e transtorno opositor desafiador, no contexto de acompanhamento psiquiátrico realizado em uma instituição psiquiátrica durante o ano de 2024. O problema de pesquisa buscou esclarecer como as adversidades vivenciadas na infância podem influenciar o desenvolvimento e a gravidade desses transtornos. A hipótese inicial foi de que as experiências traumáticas precoces podem agravar a manifestação dos sintomas desses transtornos, dificultando o tratamento e o manejo adequado. O objetivo do estudo foi analisar a relação entre os eventos adversos e os transtornos psiquiátricos da paciente, além de avaliar a eficácia da psicoterapia no tratamento dos sintomas. Para isso, adotou-se uma metodologia qualitativa, com coleta de dados provenientes do prontuário médico, do acompanhamento das psicoterapias psiquiátricas, da interação com a paciente, e da discussão de caso com os residentes de psiquiatria. A análise dos dados foi baseada na revisão de literatura sobre os impactos dos eventos adversos, do transtorno

afetivo bipolar e do transtorno opositor-desafiador. Os resultados encontrados indicaram que os eventos adversos na infância, como negligência emocional e abuso, contribuíram significativamente para a exacerbação dos sintomas do transtorno afetivo bipolar e do transtorno opositor-desafiador. Conclui-se que os transtornos psiquiátricos do paciente são amplificados pelas adversidades precoces, com a psicoterapia demonstrando-se fundamental para o manejo dos sintomas e na construção de estratégias de enfrentamento.

Palavras-chave: Eventos Adversos, Transtorno Afetivo Bipolar, Transtorno Opositor Desafiador, Psicoterapia, Trauma Infantil.

1. INTRODUÇÃO

Os eventos adversos na infância, incluindo abuso físico, emocional ou negligência, têm sido amplamente reconhecidos como fatores de risco significativos para o desenvolvimento de transtornos mentais na vida adulta. A exposição precoce a tais experiências pode impactar profundamente, influenciando a regulação emocional e o comportamento do indivíduo ao longo de sua vida. Este relato de caso discute a trajetória de uma paciente que, após ter vivenciado eventos adversos na infância, desenvolveu um quadro clínico caracterizado por transtorno afetivo bipolar (TAB) e transtorno opositor desafiador (TOD). Será realizada uma análise dos traumas vivenciados na infância pelo paciente, destacando-se de que forma esses eventos podem contribuir para a complexidade e a comorbidade dos transtornos apresentados

O transtorno afetivo bipolar é uma condição psiquiátrica caracterizada pela alternância de episódios de mania e depressão. A mania é caracterizada por um estado de humor elevado, expansivo ou irritável, acompanhado por sintomas como agitação, diminuição da necessidade de sono, aumento da energia e impulsividade, enquanto a depressão se manifesta por sentimentos de tristeza intensa, falta de energia, anedonia e pensamentos suicidas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). O TAB pode resultar em disfunção significativa nas áreas social, ocupacional e familiar, afetando a qualidade de vida do paciente e sua capacidade de manter relacionamentos e empregos estáveis.

A epidemiologia do TAB mostra uma prevalência global de aproximadamente 1% na população adulta, com a maioria dos casos surgindo no final da adolescência ou início da idade adulta. No entanto, o início precoce, durante a infância ou adolescência, tem sido identificado como um fator de risco para a forma mais grave da doença (APA, 2013). Este transtorno é frequentemente associado a uma alta taxa de comorbidade com outros distúrbios psiquiátricos, incluindo transtornos

de ansiedade, abuso de substâncias e transtornos de personalidade.

O transtorno opositor-desafiador, por sua vez, é caracterizado por um padrão persistente de comportamento desafiador, hostil e desobediente em relação a figuras de autoridade, como pais, professores ou outros adultos. Os sintomas típicos incluem irritabilidade, brigas frequentes, desobediência, e desrespeito às regras, muitas vezes levando a conflitos familiares e escolares (APA, 2013). Crianças com TOD geralmente têm dificuldades de auto-regulação emocional e controle da raiva, o que pode afetar negativamente suas interações sociais e seu desempenho acadêmico.

A prevalência do TOD varia, mas estima-se que entre 2% e 16% das crianças e adolescentes possam ser diagnosticados com o transtorno. O desenvolvimento do TOD está frequentemente relacionado a uma combinação de fatores genéticos, ambientais e psicossociais, incluindo eventos adversos na infância, como abuso, negligência ou disfunção familiar (SOUTULLO et al., 2005; BIRMAHER, 2013). Quando não tratado, o TOD pode evoluir para transtornos de conduta, o que aumenta o risco de comportamentos criminosos e de problemas de adaptação social.

A coexistência do transtorno afetivo bipolar e do transtorno opositor-desafiador em um mesmo paciente é uma ocorrência clínica significativa. Estudos sugerem que as crianças e adolescentes com TAB têm maior risco de desenvolver transtornos comportamentais, como o TOD, devido à irritabilidade e impulsividade características da fase maníaca, que podem ser confundidas com comportamentos desafiadores (JOSHI; WILENS, 2009). A comorbidade entre esses transtornos é desafiadora para o diagnóstico e o tratamento, pois os sintomas de ambos os transtornos podem se sobrepor, dificultando a identificação de um tratamento eficaz.

A interação entre os transtornos pode ser exacerbada por fatores ambientais, como os eventos adversos vivenciados na infância. Estudos demonstram que crianças com antecedentes de abuso ou negligência têm maior probabilidade de apresentar tanto sintomas de instabilidade emocional e comportamento opositor quanto sintomas de transtornos bipolares, sugerindo que o trauma infantil pode amplificar a vulnerabilidade genética e neurobiológica para essas condições (QUIDÉ et al., 2020). Além disso, a disfunção emocional associada ao TAB pode intensificar as manifestações do TOD, criando um ciclo vicioso que dificulta a intervenção terapêutica.

O presente estudo tem como objetivo analisar o impacto dos eventos adversos na infância de um paciente com transtorno afetivo bipolar e transtorno opositor-

desafiador. O paciente em questão foi acompanhado durante sua internação em um hospital psiquiátrico localizado em Nerópolis-Goiás durante o período de estágio de internato médico em psiquiatria ocorrido em Novembro de 2024. Para a descrição do relato foi observado as experiências terapêuticas e evolução clínica do paciente, com ênfase nas estratégias de manejo psicoterapêutico e na intervenção psiquiátrica. A análise do caso visa discutir como os traumas infantis podem interferir no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, afetando o curso e o tratamento desses distúrbios e, por fim, oferecer uma reflexão sobre as abordagens terapêuticas mais eficazes em casos semelhantes.

2. DESCRIÇÃO DO CASO

2.1. Identificação

J.G.A.M., um adolescente do sexo masculino de 13 anos, foi admitido involuntariamente na unidade psiquiátrica em 16 de fevereiro de 2024. Ele reside em Aparecida de Goiânia e é acompanhado por sua mãe e primo, com os quais possui um relacionamento conturbado. A família segue a religião evangélica, e a internação do paciente foi solicitada devido ao agravamento de sintomas comportamentais e emocionais que vêm comprometendo seu convívio familiar e social.

2.2. Queixa Principal (QP)

Dificuldade de controle comportamental e episódios frequentes de agressividade.

2.3. História da Doença Atual (HDA)

O paciente foi admitido involuntariamente na unidade psiquiátrica após uma piora significativa em seu quadro comportamental, caracterizado por descontrole emocional, irritabilidade e agressividade. Os primeiros sinais de comportamento desafiador surgiram aos 7 anos, quando apresentou sintomas de hiperatividade, impulsividade, e uma postura oposicionista em relação a figuras de autoridade, como professores e familiares.

Após a morte do pai, cerca de um ano atrás, o comportamento do paciente agravou-se notavelmente. Ele passou a fugir de casa, realizar furtos, enganar motoristas de aplicativos para se locomover sem pagar, e envolver-se em jogos de azar. Relatos da mãe indicam que esses comportamentos são tentativas de autoafirmação e busca de autonomia, ainda que mal direcionadas, visto que o paciente acredita que sua mãe o controla excessivamente. Essa percepção de controle contribui para uma relação profundamente conflituosa entre ambos.

Durante a entrevista psiquiátrica, o paciente apresentou-se hostil e pouco

colaborativo. Relatou intensa irritabilidade e dificuldade em controlar suas emoções, sentimentos que se intensificaram após a morte do pai. Ele descreve a perda como um evento devastador, que o deixou "mais sozinho e com raiva." Desde então, ele demonstra uma preferência em permanecer na casa de seu avô paterno, onde encontra um ambiente permissivo, sem repreensões ou regras.

Ao aprofundar-se na dinâmica com o avô, o paciente expressa que ele o "deixa fazer o que quer," e permite que ele realize atividades sem restrições, como pedidos de fast-food e gastos financeiros sem controle. Em contraste, com sua mãe, o paciente descreve um relacionamento marcado por constantes conflitos e ressentimentos. A mãe, por sua vez, tenta controlar o comportamento do filho, o que intensifica sua resistência e irritabilidade. Durante o relato, o paciente demonstra baixo insight sobre os impactos de suas ações, não expressando arrependimento em relação aos episódios de agressividade e comportamento de risco.

O paciente relata episódios frequentes de oscilações de humor, alternando entre euforia e desânimo, com insônia e impulsividade exacerbada, especialmente em situações de estresse. Sobre o envolvimento com jogos de azar, o paciente descreve uma forte sensação de "adrenalina" e prazer, mas admite sentir-se incapaz de resistir ao impulso.

2.4. História Psiquiátrica Prévia (HPP)

Segundo relato da mãe, desde a infância o paciente apresenta traços consistentes de transtorno opositor desafiador, com agitação, hiperatividade e comportamento de desafio às normas. Na escola, sua trajetória acadêmica é marcada por conflitos frequentes com professores e colegas, refletindo sua dificuldade em seguir direções e acatar regras. Além dos conflitos em casa e na escola, ele protagonizou dois incidentes: agressão física contra a mãe e invasão de propriedade na casa de uma vizinha da avó. Esses episódios ocorreram em contextos de descontrole emocional e impulsividade exacerbada, que segundo a mãe se tornaram mais frequentes e intensos após a perda paterna.

2.5. História Familiar (HF)

O histórico familiar do paciente revela fatores predisponentes para problemas psiquiátricos e comportamentais. O avô paterno possui histórico de alcoolismo e diagnóstico de demência precoce. O pai, que exibia comportamentos agressivos e irritáveis, também fazia uso de substâncias psicoativas, principalmente maconha, o que pode ter contribuído para a dinâmica familiar disfuncional. Após o assassinato do pai, o ambiente familiar tornou-se ainda mais instável, especialmente considerando o histórico da mãe com depressão grave, alcoolismo e tentativas

de suicídio. Os traços de agressividade e a falta de estabilidade no ambiente familiar aparentam ter contribuído significativamente para o desenvolvimento e a intensificação dos problemas emocionais e comportamentais do paciente.

2.6. Antecedentes Médicos Pessoais

O paciente não apresenta histórico médico significativo de doenças físicas. Nega alergias conhecidas e patologias pregressas importantes. Relata uso esporádico de cigarro eletrônico, mas sem uso regular de outras substâncias.

2.7. Anamnese Farmacológica

O paciente fez uso prévio das seguintes medicações em acompanhamento ambulatorial:
Propranolol: 40 mg, três vezes ao dia, para controle da ansiedade e tiques motores.
Quetiapina: para estabilização do humor e controle da irritabilidade.
Haloperidol: 5 mg, duas vezes ao dia, para controle de sintomas psicóticos e impulsividade.
Haldol Decanoato: 70,52 mg/ml, intramuscular mensal, como medida de controle a longo prazo. A mãe do paciente apresenta dificuldades em relatar as dosagens exatas dos medicamentos, o que sugere uma possível falta de adesão ou entendimento do regime terapêutico.

2.8. Exame Físico

No exame físico inicial, o paciente se apresentava em bom estado geral e higiene pessoal adequada. Ele se mostrou cooperativo, embora demonstrasse certa agitação, mas não havia evidências de desnutrição ou desidratação. Possui um quadro de obesidade grau II, fator importante que foi monitorado a partir da internação, especialmente considerando o uso de psicofármacos que impactam o apetite e o metabolismo.

Os sinais vitais foram considerados dentro dos limites normais, e a avaliação cardiovascular revelou um ritmo cardíaco regular, sem presença de sopros. No sistema respiratório, observou-se murmúrio vesicular presente e sem ruídos adventícios. Durante a palpação abdominal, constatou-se um abdome plano e indolor, com ruídos hidroaéreos normais e sem massas detectáveis. Nos membros, não foram observados sinais de edemas ou empastamento. O exame neurológico também não evidenciou alterações.

2.9 Exame do Estado Mental

No exame psiquiátrico de estado mental realizado na admissão, o paciente

apresentou-se com aparência compatível com a idade e vestia-se de forma adequada, demonstrando uma preocupação mínima com sua higiene e autocuidado. Durante a entrevista, o paciente exibiu um comportamento hostil e foi pouco colaborativo, indicando uma atitude defensiva e de desconfiança. Apresentava-se orientado auto e alopsíquica, humor eutímico, mas seu afeto se mostrou hipomodulado, refletindo certa desconexão emocional e restrição na expressão afetiva. Em relação à sensopercepção, não apresentou alterações perceptuais, como alucinações ou ilusões. Ele negou a presença de delírios, e seu discurso não apontou sinais de pensamentos desorganizados ou conteúdos delirantes.

No entanto, notou-se comprometimento nas funções de atenção e concentração, possivelmente exacerbado pela agitação psicomotora e pela resistência ao diálogo. Sua capacidade de julgamento e crítica mostrou-se reduzida, e ele demonstrou pouco insight sobre suas atitudes e comportamento antissocial, com baixa disposição para refletir sobre o impacto de suas ações. Esse quadro de julgamento alterado sugere uma dificuldade em desenvolver uma autocrítica consistente sobre os próprios comportamentos. Além disso, a motivação e volição do paciente estavam direcionadas principalmente para atividades de risco, mostrando um padrão de busca por gratificação imediata e resistência a atividades que exigem controle e planejamento.

3. DIAGNÓSTICO

Com base na avaliação clínica do paciente, além de seus sintomas, histórico familiar e comportamento, foi estabelecido o diagnóstico de transtorno afetivo bipolar e transtorno opositor desafiador. O diagnóstico de transtorno afetivo bipolar foi sugerido com base em uma combinação de sintomas emocionais e comportamentais que o paciente demonstrou ao longo do tempo, incluindo episódios de humor exacerbado e impulsividade, alternando com momentos de apatia e irritabilidade intensa. A presença de episódios de humor elevado, caracterizados por hiperatividade e comportamentos de risco, bem como fases de comportamento impulsivo e agressivo, aponta para uma possibilidade de bipolaridade, mais especificamente no espectro do transtorno bipolar tipo II, em que episódios de hipomania são frequentemente seguidos por períodos de depressão.

A observação de oscilações intensas de humor, que afetam diretamente o desempenho escolar, o convívio familiar e a vida social da paciente, reforça esse diagnóstico. O transtorno afetivo bipolar em adolescentes frequentemente se manifesta de forma atípica, com irritabilidade predominante e períodos de

comportamento opositor e desafiante, características observadas no paciente. Além disso, seu histórico familiar, possivelmente marcado por transtornos de humor ou outros problemas emocionais, podem ter contribuído para o desenvolvimento da bipolaridade, reforçando a hipótese genética e o impacto ambiental na evolução do quadro clínico.

O TAB tipo II é caracterizado pela presença de episódios de depressão maior e de episódios hipomaníacos, sem episódios de mania plena. De acordo com o DSM-5, os critérios para um episódio hipomaníaco exigem um período de pelo menos quatro dias consecutivos de humor elevado, expansivo ou irritável e de aumento da energia ou atividade, que seja claramente distinto do estado habitual do indivíduo (APA, 2013).

Para um episódio hipomaníaco, o DSM-5 requer a presença de três ou mais sintomas adicionais (ou quatro, se o humor for apenas irritável) entre os seguintes: auto estima inflada ou grandiosidade; necessidade reduzida de sono; maior loquacidade; fuga de ideias ou pensamento acelerado; facilidade em se distrair; aumento da atividade orientada para objetivos; e envolvimento excessivo em atividades de alto risco, como gastos descontrolados, investimentos arriscados, ou comportamento sexual inadequado (APA, 2013). Diferente de um episódio maníaco, no episódio hipomaníaco não há sintomas psicóticos presentes.

Para o diagnóstico do TAB-II, é necessário também que o indivíduo tenha experimentado um ou mais episódios de depressão. O episódio de depressão deve envolver cinco ou mais dos seguintes sintomas, presentes na maior parte do dia, quase todos os dias, por um período mínimo de duas semanas: humor deprimido; anedonia; perda ou ganho de peso significativos ou alteração no apetite; insônia ou hipersonia; agitação ou retardação psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva; dificuldade em pensar, concentrar-se ou tomar decisões; e pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida (APA, 2013).

Os sintomas de depressão causam impacto funcional significativo no indivíduo, comprometendo suas atividades sociais, ocupacionais e relacionamentos interpessoais. Assim, para o diagnóstico de TAB-II, é essencial que os sintomas não possam ser atribuídos a outra condição médica ou aos efeitos de uma substância e que os sintomas causadores de sofrimento ou prejuízo ao funcionamento não se limitem a um episódio hipomaníaco (APA, 2013).

O diagnóstico de transtorno opositor-desafiador se justifica pela apresentação contínua de comportamentos caracterizados por desobediência, hostilidade e

desafiação em relação a figuras de autoridade, como familiares e professores. O paciente apresenta comportamentos de oposição ativa e constante, associada a uma atitude de resistência às regras e às instruções, que resultam em dificuldades significativas no contexto familiar e escolar.

Adolescentes com TOD geralmente demonstram dificuldade em aceitar normas e limites, o que se manifesta em reações de irritabilidade, frustração e agressividade. No caso do paciente, essa agressividade e desobediência se acentuam na presença de conflitos familiares, o que sugere que o transtorno opositor-desafiador atua como um mecanismo de resposta a um ambiente familiar instável e estressante, onde o suporte emocional é limitado.

Segundo o DSM-5 o TOD é definido como um padrão persistente de comportamento negativista, hostil e desafiador, que geralmente começa durante a infância ou adolescência e se caracteriza pela presença de humor irritável, comportamento argumentativo e oposição a figuras de autoridade. O DSM-5 organiza os critérios diagnósticos do TOD em três categorias principais: (1) humor irritável/raivoso, (2) comportamento argumentativo/desafiador e (3) comportamento vingativo (APA, 2013).

Os critérios do DSM-5 especificam que o diagnóstico de TOD requer a presença de pelo menos quatro sintomas dentro dessas categorias, manifestados por no mínimo seis meses. No grupo de humor irritável/raivoso, incluem-se sintomas como (a) perda frequente de paciência, (b) sensibilidade e facilidade em se aborrecer e (c) raiva ou ressentimento constante. Na categoria de comportamento argumentativo/desafiador, os critérios incluem (a) discussão frequente com figuras de autoridade, (b) desafio ativo ou recusa em cumprir regras ou solicitações, (c) provocação deliberada de outros e (d) culpabilização de terceiros pelos próprios erros. A categoria de comportamento vingativo inclui a presença de comportamento vingativo ou rancoroso em pelo menos duas ocasiões nos últimos seis meses (APA, 2013).

É importante que esses comportamentos sejam considerados excessivos em relação ao desenvolvimento do indivíduo e causem impacto negativo significativo em áreas de funcionamento social, acadêmico ou familiar. Além disso, os sintomas devem ser observados em interações com pelo menos uma pessoa que não seja irmão e não devem ocorrer exclusivamente no curso de outros transtornos mentais, como transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar (APA, 2013).

Deve-se diferenciar o TOD de outros transtornos que também apresentam comportamentos desafiadores ou antissociais, como o transtorno de conduta e

o transtorno explosivo intermitente. O TOD é caracterizado principalmente pela irritabilidade e oposição, enquanto o transtorno de conduta inclui violação de normas sociais e direitos alheios. Já o transtorno explosivo intermitente envolve episódios agressivos e explosivos que não são premeditados (APA, 2013).

A interação entre TAB e TOD é relevante, pois os dois transtornos compartilham características de impulsividade, agressividade e dificuldades de controle emocional. A presença combinada dessas condições pode exacerbar os desafios do paciente, levando a um ciclo de comportamento opositor e instabilidade emocional que dificulta a adesão a tratamentos e estratégias de intervenção. Em casos como o do paciente, onde há histórico de conflitos familiares e dificuldades na aceitação da figura de autoridade, é comum que sintomas de ambos os transtornos se entrelaçam, formando um quadro clínico mais grave e crônico.

Além disso, o impacto dos eventos adversos, como conflitos familiares e ambiente de baixa estruturação emocional, pode potencializar os sintomas do transtorno bipolar e do TOD. Esse contexto adverso não só aumenta o risco de um curso mais severo desses transtornos, mas também interfere negativamente na resposta ao tratamento. As combinações desses diagnósticos apontaram para a necessidade de uma abordagem terapêutica multifacetada, incluindo intervenções psicossociais, terapias comportamentais e suporte familiar, com o intuito de criar um ambiente de suporte e controle emocional mais estável para o paciente.

4. RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM

O paciente não apresentou nenhuma alteração em seus exames laboratoriais e de imagem digna de nota, demonstrando todos dentro dos padrões de normalidade.

5. FISIOPATOLOGIA DAS DOENÇAS

O transtorno afetivo bipolar apresenta uma fisiopatologia que envolve múltiplos sistemas neurobiológicos, incluindo anormalidades nos circuitos córtico-límbicos, no sistema de neurotransmissores e em componentes genéticos e epigenéticos. Um dos aspectos centrais da fisiopatologia do TAB é a disfunção nos circuitos córtico-límbicos, particularmente entre o córtex pré-frontal e o sistema límbico, que inclui estruturas como a amígdala e o hipocampo. Essas estruturas estão associadas à regulação emocional e aos processos de recompensa, cujas alterações contribuem para as oscilações entre mania e depressão (PERLMAN et al., 2012).

Outro aspecto importante são as alterações nos neurotransmissores, especialmente dopamina, serotonina e glutamato, que desempenham papeis

cruciais na modulação do humor. Durante episódios maníacos, há evidências de hiperatividade dopaminérgica, enquanto a depressão pode estar associada a uma diminuição na atividade desse neurotransmissor. O sistema glutamatérgico também parece desempenhar um papel importante, já que o excesso de glutamato pode estar relacionado ao desenvolvimento de episódios maníacos, e níveis reduzidos de glutamato podem estar associados a sintomas depressivos (JOPE; ROH, 2006).

Além disso, pesquisas sugerem que o TAB possui uma base genética significativa. Estudos de associação genômica identificaram vários loci genéticos que podem estar associados ao transtorno, incluindo genes ligados ao sistema dopaminérgico e serotoninérgico. Entre esses genes, destacam-se o CACNA1C, que está envolvido na regulação do cálcio intracelular, e o ANK3, que regula a excitabilidade neuronal (CRADDOCK; SKLAR, 2013). Fatores epigenéticos, como exposição a estressores ambientais e eventos traumáticos na infância, também têm sido associados ao desenvolvimento do TAB, interferindo na expressão dos genes e predispondo o indivíduo a alterações neuroquímicas e neurofisiológicas.

O eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) também é relevante, pois se observa uma desregulação nesse sistema em indivíduos com TAB, o que afeta a resposta ao estresse e está associado à vulnerabilidade ao desenvolvimento de sintomas maníacos e depressivos. A hiperatividade do eixo HPA pode aumentar a liberação de cortisol, o que, por sua vez, contribui para a neurotoxicidade e redução do volume de certas áreas cerebrais, como o hipocampo (UMEOKA et al., 2020; GIURGIUCA, 2017).

O transtorno opositor-desafiador, por sua vez, é considerado um transtorno de comportamento disruptivo cuja fisiopatologia está relacionada a disfunções em circuitos córtico-límbicos, especialmente nas conexões entre a amígdala, o córtex pré-frontal e o núcleo accumbens. A amígdala, envolvida no processamento de emoções, e o córtex pré-frontal, responsável pelo controle inibitório e pela regulação de impulsos, apresentam atividades atípicas em crianças e adolescentes com TOD. Essas alterações comprometem a habilidade de modulação emocional e de resposta a estímulos sociais e estressantes, contribuindo para comportamentos de agressividade e oposição (SIEVER, 2008).

Além disso, o sistema de recompensa, mediado pelo núcleo accumbens e pelo sistema dopaminérgico, também está alterado em indivíduos com TOD. Estudos mostram que esses indivíduos apresentam uma resposta exagerada a estímulos de recompensa e uma dificuldade em avaliar as consequências negativas de suas ações, o que leva a uma maior impulsividade e busca por gratificação imediata

(BALOGH et al., 2017). A disfunção dopaminérgica no circuito de recompensa pode explicar a predisposição ao comportamento desafiador e a resistência a figuras de autoridade.

Fatores genéticos e ambientais também desempenham um papel na fisiopatologia do TOD. Estudos de genética indicam que há uma herdabilidade significativa para esse transtorno, especialmente quando há histórico familiar de transtornos de comportamento e agressividade. O ambiente familiar e a exposição a práticas parentais inconsistentes ou abusivas, bem como a eventos traumáticos na infância, são fatores que interagem com predisposições genéticas, amplificando a vulnerabilidade para o desenvolvimento do TOD (KA SHU LEE et al., 2022).

Além dos fatores neurobiológicos e genéticos, há indícios de que o estresse crônico e a hiperatividade do eixo HPA também desempenhem um papel no TOD. Crianças e adolescentes com TOD frequentemente apresentam níveis elevados de cortisol, o que indica uma resposta ao estresse alterada e uma predisposição ao comportamento impulsivo e desafiador, especialmente em situações que envolvem figuras de autoridade (BURKE; LOEBER; BIRMAHER, 2002; HARE et al., 2023).

A presença concomitante de TAB e TOD pode ser observada em alguns indivíduos, especialmente na infância e adolescência, sugerindo uma inter-relação entre as fisiopatologias desses transtornos. Ambos os transtornos compartilham alterações em circuitos córticolímbicos, incluindo o córtex pré-frontal e a amígdala, o que pode levar a disfunções na regulação emocional e impulsividade. Em adolescentes, a presença de TAB e TOD está associada a uma maior intensidade dos sintomas e a um curso mais severo e crônico de ambos os transtornos (FRICK; NIGG, 2012).

O impacto dos neurotransmissores, particularmente dopamina e serotonina, é relevante para ambos os transtornos. No TAB, há uma disfunção na regulação dopaminérgica e serotoninérgica, o que também é observado em casos de TOD, onde esses sistemas contribuem para comportamentos impulsivos e opositores. A sobreposição dessas alterações neuroquímicas pode explicar a elevada taxa de comorbidade entre TAB e TOD, particularmente em pacientes mais jovens (WOZNIAK et al., 2019).

Outro ponto importante é o papel dos fatores ambientais, como eventos adversos e estresse precoce, que são comuns na história de pacientes com TAB e TOD. Esses eventos podem exacerbar disfunções nos sistemas dopaminérgico e HPA, favorecendo o desenvolvimento de ambos os transtornos. Fatores de risco

compartilhados, como práticas parentais inadequadas, também podem amplificar a vulnerabilidade para o surgimento de ambos os transtornos em crianças e adolescentes (MASI et al., 2008).

6. TERAPÊUTICA ADOTADA

O plano terapêutico para o paciente foi estruturado com base em um diagnóstico de transtorno afetivo bipolar e transtorno opositor-desafiador, levando em consideração a necessidade de um enfoque multidisciplinar, integrativo e de longo prazo, essencial para o manejo eficaz de transtornos psiquiátricos com características complexas e de difícil adesão. O tratamento integrou intervenções farmacológicas, psicoterapêuticas, psicopedagógicas e de reabilitação física, visando à estabilização do humor, controle comportamental, reintegração social e suporte ao desenvolvimento emocional.

A abordagem psiquiátrica foi essencial para atender as necessidades específicas deste paciente, dadas as características dos diagnósticos de transtorno bipolar tipo II e TOD comórbidos. O tratamento integrado ofereceu suporte ao desenvolvimento das habilidades emocionais e sociais necessárias para o equilíbrio e bem-estar do paciente, minimizando riscos de recorrência e favorecendo sua reintegração à vida social e escolar de forma adaptativa. A seguir foi descrito as respectivas terapêuticas adotadas:

6.1. Tratamento Farmacológico

Para o manejo dos sintomas de hipomania e impulsividade, e para a estabilização do humor, foi prescrita uma combinação de estabilizadores de humor e antipsicóticos, conforme detalhado na Tabela 1. A escolha dos medicamentos visou

Medicamento	Posologia	Justificativa
Carbonato de Lítio	300 mg, 12 em 12 horas	Estabilizador de humor, previne episódios maníacos/hipomaníacos e oscilações emocionais.
Haloperidol (Haldol)	5 mg, 24 em 24 horas	Antipsicótico típico, eficaz no controle da impulsividade e possível agitação psicomotora.
Prometazina	25 mg, 24 em 24 horas	Ajuda na indução do sono e manejo da ansiedade, frequentes em episódios de mania.
Propranolol	40 mg, 8 em 8 horas	Controla ansiedade e tiques motores, associados à agitação psicomotora.
Haldol Decanoato	70,52 mg/ml, intramuscular, mensal	Controle prolongado dos sintomas e assegura adesão ao tratamento.

Tabela 1: Farmacologia administrada ao paciente durante sua internação. Fonte: Autores

a modulação dos sintomas principais e a prevenção de recaídas, considerando o histórico de episódios hipomaníacos e comportamentos impulsivos:
Carbonato de Lítio: 300 mg, via oral, a cada 12 horas. Como estabilizador de humor, o lítio foi escolhido por sua eficácia no controle de oscilações emocionais e na prevenção de episódios maníacos e hipomaníacos, conforme evidenciado em diversos estudos sobre transtorno bipolar. Sua capacidade de redução de recorrências a longo prazo faz dele uma opção indicada para pacientes com transtorno bipolar e histórico de episódios impulsivos.

Haloperidol (Haldol): 5 mg, via oral, uma vez ao dia. Utilizado para controlar a impulsividade e sintomas psicóticos que podem estar presentes em quadros maníacos e hipomaníacos, o haloperidol foi incluído devido ao seu efeito rápido na contenção de agitação e desorganização psicomotora.

Prometazina: 25 mg, via oral, duas vezes ao dia. Administrada para facilitar o sono e atenuar a ansiedade associada aos episódios de hipomania. A sedação leve da prometazina auxilia na regularização do ciclo de sono-vigília, comum em pacientes com transtorno bipolar durante crises.

Propranolol: 40 mg, via oral, a cada 8 horas. Foi incluído no regime terapêutico para atenuar sintomas de ansiedade e controlar tiques motores, observados durante episódios de agitação intensa.

Haldol Decanoato: 70,52 mg/ml, via intramuscular, uma aplicação mensal. A aplicação intramuscular de haloperidol de longa ação assegura a continuidade do tratamento e é particularmente eficaz em pacientes com dificuldades de adesão ao tratamento oral devido à natureza oposicional do transtorno, permitindo um controle sustentado dos sintomas.

6.2. Psicoterapia:
A psicoterapia teve papel central, oferecendo um espaço seguro para lidar com questões emocionais e melhorar o autoconhecimento do paciente. O luto pela perda do pai foi abordado com técnicas de terapia cognitivo-comportamental (TCC), que incluíram psicoeducação sobre a relação entre sentimentos e comportamentos e estratégias de enfrentamento. A TCC foi também utilizada para promover a autorregulação emocional e desenvolver a consciência das consequências de comportamentos opositores, ajudando o paciente a lidar com emoções intensas sem recorrer a respostas impulsivas ou desafiadoras. Para o TOD, o foco incluiu estratégias de manejo de raiva, resolução de conflitos e desenvolvimento da empatia, essenciais para a modulação das interações sociais. Sessões de treinamento em habilidades sociais foram introduzidas

para reforçar o relacionamento com figuras de autoridade e pares, ajudando a minimizar os comportamentos de oposição e desafio.
Além das abordagens individualizadas, a terapia de grupo desempenhou um papel importante no tratamento da paciente, que apresentava dificuldades de interação social, comportamentos opositores e impulsividade, todos associados ao transtorno bipolar e ao transtorno opositor desafiador. A terapia de grupo foi integrada ao plano terapêutico com o objetivo de trabalhar habilidades sociais, melhorar a regulação emocional em um contexto coletivo e desenvolver maior empatia e compreensão das perspectivas alheias.

Entre os principais benefícios observados com a terapia de grupo, destaca-se o desenvolvimento de habilidades de comunicação e resolução de conflitos, fundamentais para lidar com o TOD. Além disso, o grupo proporcionou um espaço seguro para o paciente expressar suas emoções e dificuldades, o que ajudou a reduzir o sentimento de isolamento e aumentou a percepção de pertencimento a um grupo de apoio. A interação com outras adolescentes com experiências e desafios semelhantes contribuiu para a redução de comportamentos desafiadores e para uma melhor aceitação das orientações terapêuticas.

A terapia de grupo também serviu como um espaço de reforço positivo, onde comportamentos adaptativos eram incentivados, promovendo o desenvolvimento de autocontrole e autoestima. A prática de autoavaliação, por meio do feedback recebido dos demais participantes e dos residentes de psiquiatria, auxiliou a paciente a identificar comportamentos desadaptativos e a desenvolver maior autoconsciência. Essas habilidades são de grande importância para adolescentes com transtorno bipolar e TOD, visto que a autoeficácia e a autoestima têm um papel protetor e estão associadas a melhor adesão ao tratamento e a uma evolução clínica mais favorável.

6.3. Atividade Física:

Considerando a importância da atividade física para o equilíbrio psicossocial, a reabilitação física foi integrada ao plano terapêutico. O educador físico trabalhou na promoção de uma rotina de atividades físicas que permitiu ao paciente utilizar a energia de forma saudável, minimizando sintomas de hiperatividade e proporcionando uma ferramenta alternativa para o controle emocional. A prática regular de exercícios contribuiu para o alívio da ansiedade e auxiliou na melhora da autoestima e no controle de impulsos, sendo recomendada como estratégia complementar no manejo de transtornos de comportamento.

7. COLETA DE DADOS

A metodologia para o presente relato de caso foi estruturada de maneira a proporcionar uma análise abrangente e detalhada do caso clínico, envolvendo tanto a coleta de dados quanto as etapas de análise e discussão. Para a elaboração deste estudo, foi seguido um processo metodológico, que inclui a utilização de fontes primárias, como o prontuário médico e as sessões de psicoterapia, além da incorporação de uma revisão da literatura relevante para o entendimento e contextualização do caso.

8. DESENVOLVIMENTO

O paciente exibe sintomas que apontam para a associação entre adversidades na infância e desenvolvimento de problemas psiquiátricos. A perda traumática do pai, somada a um ambiente familiar disfuncional, representa um evento adverso significativo na infância, agravando sintomas de impulsividade, oposição e agressividade. Além disso, o ambiente permissivo do avô paterno contribui para a adoção de comportamentos antissociais, enquanto a tentativa de controle da mãe gera um ciclo de resistência e conflitos constantes. Essas combinações de fatores podem ter levado ao quadro psiquiátrico atual do paciente, com elementos que refletem tanto aspectos ambientais adversos quanto predisposições familiares para transtornos mentais.

Desse modo, o caso relatado permite uma reflexão profunda sobre os impactos dos eventos adversos na infância no desenvolvimento da saúde psíquica. A análise do quadro psíquico e comportamental, aliado ao histórico familiar e às dinâmicas familiares disfuncionais, destaca a complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais na origem e agravamento dos transtornos psiquiátricos.

Eventos adversos durante a infância, como a perda de figuras parentais, abuso, negligência e instabilidade familiar, são conhecidos por aumentar o risco de transtornos mentais ao longo da vida (FELITTI, 2002). A morte do pai do paciente, ocorrida cerca de um ano antes da internação, parece ter sido um evento crucial no agravamento do quadro clínico do paciente. A perda de um genitor é um evento devastador para qualquer adolescente, mas especialmente para aqueles já vulneráveis devido a dificuldades emocionais e comportamentais preexistentes, como observado neste caso. A resposta emocional à perda, manifestada por irritabilidade, descontrole e agressividade, está alinhada com o que é descrito na literatura sobre o impacto da perda parental em adolescentes com transtornos emocionais (PARADIS et al., 2010).

Os impactos de eventos adversos na infância têm sido extensamente investigados,

dado seu papel central na formação do desenvolvimento emocional, social e comportamental dos indivíduos. No caso do paciente, eventos traumáticos como a perda precoce do pai e a presença de uma mãe com dificuldades emocionais e comportamentais, como a depressão e o alcoolismo, parecem ser fatores críticos na constituição de seu quadro psicopatológico atual. Esses eventos adversos podem ter impactos de longo prazo, mas também a capacidade de lidar com desafios emocionais e a construção de relacionamentos interpessoais saudáveis.

A teoria do estresse e da resiliência oferece uma base importante para compreender os efeitos dos eventos adversos na infância. Segundo a teoria do estresse (LUTHAR, 2015), eventos traumáticos ou altamente estressantes, como a morte de um genitor, geram reações emocionais que podem ser desadaptativas, especialmente se não forem adequadamente processadas ou se o suporte social for insuficiente. A resiliência, por outro lado, refere-se à capacidade do indivíduo de superar adversidades, adaptando-se e até mesmo se desenvolvendo de forma positiva diante do estresse. No entanto, a resiliência não é um traço fixo; ela pode ser influenciada por diversos fatores, como o apoio social, a estabilidade emocional e o acesso a recursos terapêuticos adequados.

No caso do paciente, a ausência de uma rede de apoio sólida, associada à falta de intervenções psicoterapêuticas precoces, pode ter dificultado sua capacidade de lidar com as emoções decorrentes da perda do pai. A falta de um modelo parental consistente e a presença de uma mãe emocionalmente instável podem ter ampliado a sensação de insegurança e a dificuldade de estabelecer vínculos afetivos saudáveis, fundamentais para a construção de uma identidade estável e para o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento adequadas.

Logo, a perda de um genitor na infância é um evento altamente estressor que pode ter consequências profundas no desenvolvimento emocional e comportamental da criança. A teoria do apego de Bowlby (1982) sugere que as crianças formam laços emocionais estreitos com seus cuidadores primários e que a perda ou separação de um desses cuidadores pode gerar uma série de reações emocionais intensas, como ansiedade, raiva e depressão. No caso do paciente, a morte do pai representou não apenas a perda de uma figura central de cuidado e proteção, mas também o rompimento de um vínculo afetivo fundamental.

De acordo com a literatura sobre luto infantil, crianças que perdem um dos pais podem desenvolver uma gama de sintomas psicopatológicos, incluindo depressão, ansiedade, dificuldades em regular as emoções e, em alguns casos, transtornos de conduta. Além disso, a morte de um pai pode afetar negativamente

a autoestima da criança, uma vez que ela pode internalizar a perda como uma forma de rejeição ou abandono (CAS et al., 2014). Para o paciente relatado, a ausência do pai parece ter deixado um vazio emocional profundo, ao qual ele respondeu com comportamentos impulsivos e agressivos, como forma de lidar com o sofrimento e a raiva gerados pela perda.

Além da perda do pai, a dinâmica familiar disfuncional também desempenha um papel fundamental no desenvolvimento do comportamento do paciente. A presença de uma mãe com problemas de saúde e dependência de álcool pode ter contribuído para a criação de um ambiente emocionalmente instável, onde as necessidades emocionais do paciente não eram adequadamente atendidas. De acordo com a teoria do apego, as crianças dependem de figuras parentais que ofereçam segurança e estabilidade emocional para o seu desenvolvimento. Quando esses vínculos são comprometidos por negligência emocional ou abuso, como pode ter ocorrido no caso do paciente, as crianças tendem a desenvolver problemas de regulação emocional e comportamentos desadaptativos (BOWLBY, 1982).

Assim, a falta de uma figura parental estável pode ter levado o paciente a buscar maneiras alternativas de lidar com suas emoções, como a agressividade e a resistência ao controle. Estudos sugerem que a ausência de suporte emocional adequado durante a infância pode aumentar o risco de comportamentos impulsivos, como os observados no caso descrito, uma vez que o indivíduo não desenvolve estratégias adaptativas para lidar com o estresse e as dificuldades emocionais (FREED et al., 2016).

Ademais, a teoria da deficiência afetiva também é relevante para a compreensão dos impactos da ausência de um pai ou de uma figura parental emocionalmente disponível. Segundo essa teoria, a ausência ou a rejeição de uma figura de apego pode levar a uma “depressão do bebê” ou um distúrbio do vínculo afetivo, o que afeta profundamente o desenvolvimento emocional e social da criança. Em casos mais extremos, como em situações de abuso ou negligência, essa deficiência afetiva pode resultar em transtornos de conduta ou em comportamentos de risco, como observado no caso do paciente. A falta de uma base emocional segura pode ter levado o mesmo a se tornar uma pessoa impulsiva, com dificuldades de regular suas emoções e com um senso de identidade fragilizado (ERPERTZ; SASS, 2000).

Portanto, a exposição precoce a adversidades pode gerar uma série de consequências a longo prazo, afetando o comportamento de forma persistente. Em particular, a exposição a eventos traumáticos, como a perda de um genitor,

pode aumentar o risco de desenvolvimento de transtornos de ansiedade, depressão e transtornos de conduta durante a adolescência e a vida adulta (MASTEN; BARNES, 2018). No caso do paciente, observamos a manifestação de comportamentos de risco, como jogos de azar e furtos, que podem ser uma forma de buscar uma gratificação imediata, numa tentativa de lidar com emoções não processadas, como a raiva e a solidão.

A literatura também sugere que a presença de múltiplos estressores, como no caso do paciente, onde há a combinação de perda de um genitor, conflitos familiares e ausência de suporte emocional, pode tornar o indivíduo mais vulnerável ao uso de substâncias e ao envolvimento em comportamentos autodestrutivos. Esses comportamentos muitas vezes funcionam como estratégias de enfrentamento disfuncionais, que aliviam temporariamente a dor emocional, mas que, a longo prazo, contribuem para o agravamento do quadro psicopatológico do paciente.

Desse modo, a busca por autonomia, através de comportamentos de risco, como fugir de casa e engajar-se em jogos de azar, reflete a tentativa do adolescente de lidar com a dor emocional e a perda de controle sobre sua vida, especialmente após a morte do pai e o ambiente familiar instável. A relação conflituosa com a mãe, marcada por tentativas de controle e falta de compreensão, intensifica ainda mais os sentimentos de raiva e solidão. A figura do avô, por outro lado, representa uma tentativa de regulação emocional através da permissividade, o que pode fornecer algum alívio momentâneo, mas não contribui para o enfrentamento dos problemas subjacentes.

O histórico familiar do paciente, também revela uma série de fatores que predispõem o adolescente a desenvolver problemas psiquiátricos. A presença de alcoolismo, agressividade e o uso de substâncias psicoativas por parte do pai, aliado ao histórico de depressão grave e tentativas de suicídio da mãe, criam um ambiente familiar instável e carregado de traumas emocionais. De acordo com a teoria do apego, às relações disfuncionais com figuras parentais comprometem o desenvolvimento emocional e social do adolescente, resultando em dificuldades na regulação emocional e no comportamento (BOWLBY, 1988). Essa dinâmica familiar caótica e a falta de suporte emocional adequado provavelmente contribuíram para a formação de padrões de comportamento agressivos e impulsivos.

O modelo de educação permissiva do avô paterno, que permite comportamentos de risco e gratificação imediata, também parece ter reforçado a resistência do paciente a limites e regras. O adolescente, acostumado a ambientes sem restrições, apresenta dificuldades em lidar com a frustração e a conformidade

a normas, o que pode agravar o quadro de transtorno opositor desafiador já presente desde a infância.

O paciente apresenta um quadro típico de transtorno opositor-desafiador, com comportamentos de desobediência, irritabilidade e resistência a figuras de autoridade. O transtorno, frequentemente associado a dificuldades na regulação emocional e impulsividade, está bem documentado como um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mais graves, como o transtorno de personalidade antissocial (APA, 2013). A impulsividade exacerbada, os episódios de agressividade e a busca por gratificação imediata, sem considerar as consequências de suas ações, são características que se alinham com a definição clínica do transtorno opositor desafiador, além de sinais de uma possível evolução para um transtorno de conduta em adolescência, dada a natureza de seus comportamentos antissociais.

Além disso, os jogos de azar e o consumo esporádico de cigarro eletrônico, pode ser interpretado como uma tentativa de auto-regulação emocional, embora ineficaz, diante de um cenário de dor emocional profunda e descontrole. A sensação de “adrenalina” e prazer associada aos jogos de azar reflete um padrão de busca por estímulos que ofereçam uma compensação imediata ao sofrimento emocional, uma característica comum em indivíduos com dificuldades de regulação emocional (LINEHAN, 1993).

A abordagem farmacológica utilizada no tratamento do paciente, que inclui o uso de lítio para estabilização do humor, haloperidol para controle de sintomas psicóticos e propranolol para ansiedade, segue os protocolos comuns para o tratamento de adolescentes com transtornos emocionais e comportamentais, especialmente no contexto de agressividade e impulsividade (BALIA et al., 2018). No entanto, a adesão ao tratamento parece ser um desafio, como indicado pela dificuldade da mãe em relatar a dosagem exata dos medicamentos. A adesão ao tratamento farmacológico em adolescentes é frequentemente problemática, devido à falta de insight sobre a necessidade de tratamento e à resistência a intervenções externas, o que sugere a necessidade de um acompanhamento psicoterapêutico mais intensivo.

A psicoterapia demostrou ser um componente adicional importante no tratamento, ajudando o paciente a desenvolver habilidades de regulação emocional e controle de impulsos, além de promover a conscientização sobre os efeitos de seus comportamentos e as consequências das suas escolhas. A terapia de grupo também é uma estratégia terapêutica eficaz, proporcionando um espaço para socialização e aprendizagem de habilidades sociais, essenciais

para o desenvolvimento de relações interpessoais saudáveis e a diminuição dos comportamentos de risco.

A psicoterapia no contexto do TAB tem como objetivo central o controle dos sintomas e a prevenção de recaídas, além de promover a melhoria da adesão ao tratamento farmacológico e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para os episódios maníacos e depressivos. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem se mostrado eficaz no tratamento do transtorno bipolar, especialmente para o manejo de sintomas depressivos e de mania. A TCC pode ajudar o paciente a identificar e modificar padrões de pensamento disfuncionais, como crenças distorcidas sobre si mesmo, o mundo e os outros, que muitas vezes exacerbam a vulnerabilidade ao estresse emocional e aumentam a probabilidade de recaídas (GONZÁLEZ ISASI et al., 2014). Ela também visa aumentar a autoconsciência emocional e melhorar a capacidade do paciente de monitorar suas emoções, algo crucial para o controle da irritabilidade e impulsividade associadas ao transtorno bipolar.

Em relação ao TOD, a psicoterapia deve ser focada em ensinar os pacientes a reconhecer e modificar os pensamentos automáticos que precedem comportamentos agressivos ou desafiadores. A psicoterapia também enfatiza o treinamento de habilidades sociais, controle da raiva e resolução de conflitos, além de trabalhar com a alteração de padrões de comunicação disfuncionais. Além disso, técnicas de psicoeducação são fundamentais, pois fornecem ao paciente e seus familiares informações sobre a natureza do transtorno, a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e como identificar precocemente sinais de mania ou depressão. Estudos demonstram que a psicoeducação e a terapia familiar reduzem significativamente a frequência de episódios de mania e depressão (RABELO et al., 2021).

Na especificidade da ocorrência comórbida do TAB e TOD a sobreposição de sintomas, como irritabilidade, impulsividade e comportamentos desafiadores, pode levar a diagnósticos errôneos ou tratamentos inadequados, com risco de agravamento dos sintomas e piora do prognóstico. Uma questão crucial é a diferenciação dos sintomas de mania dos comportamentos opositores e desafiadores. Durante um episódio maníaco, o paciente pode apresentar um comportamento agressivo ou desafiador que pode ser confundido com o TOD, o que pode levar ao reforço de terapias inadequadas. Por outro lado, sintomas de depressão podem ser erroneamente atribuídos a dificuldades de comportamento típicas do TOD, retardando o diagnóstico e o início de um tratamento adequado para o transtorno bipolar.

A psicoterapia, nesse contexto, deve ser ajustada para levar em conta essa complexidade. Psicoeducação e treinamento de pais são essenciais para garantir que as famílias compreendam a interação entre os dois transtornos e como responder adequadamente aos comportamentos desafiadores sem reforçar os sintomas da mania ou depressão. Técnicas de regulação emocional são fundamentais para ajudar o paciente a lidar com a irritabilidade e impulsividade, características centrais tanto no TAB quanto no TOD.

Ademais, a aproximação colaborativa entre terapeuta, psiquiatra e família é crucial para o manejo dessa comorbidade. Estratégias que busquem promover o autocontrole emocional e o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento adaptativas são necessárias para evitar ciclos de exacerbamento dos sintomas. O desafio é equilibrar o manejo dos sintomas maníacos e depressivos do TAB com a regulação comportamental do TOD.

Portanto, destaca-se que o tratamento do paciente com transtorno afetivo bipolar e transtorno opositor-desafiador exige uma abordagem psicoterapêutica multifacetada. A psicoterapia desempenha um papel crucial ao ajudar o paciente a desenvolver habilidades de regulação emocional, melhorar as relações interpessoais e lidar com os comportamentos desafiadores e os sintomas de mania e depressão.

A integração das terapias cognitivo-comportamentais, psicoeducação e intervenção familiar é fundamental para garantir uma abordagem eficaz, minimizando as comorbidades e melhorando o prognóstico do paciente. A psicoterapia psiquiátrica integrada, que combina o tratamento farmacológico com intervenções psicoterapêuticas, oferece uma abordagem robusta para o manejo de casos comórbidos, como o descrito, permitindo um tratamento holístico e individualizado.

Por fim destaca-se que o caso relatado demonstra de forma dramática os impactos profundos e duradouros dos eventos adversos na infância, como a perda de um pai e a dinâmica familiar disfuncional, sobre o desenvolvimento emocional e comportamental de um adolescente. A falta de suporte emocional adequado, a ausência de figuras de apego estáveis e a exposição a estressores intensos, como a morte precoce do pai, desempenham um papel central na formação de transtornos emocionais e comportamentais, como os observados no caso do paciente relatado.

9. CONCLUSÃO

Este relato de caso investigou o impacto dos eventos adversos na infância de uma paciente com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar e transtorno opositor-desafiador, demonstrando como esses fatores de risco podem interagir e agravar a complexidade do quadro clínico. A análise dos dados clínicos, juntamente com a revisão da literatura sobre a interrelação entre os transtornos, permitiu que os objetivos propostos fossem alcançados de maneira satisfatória.

O primeiro objetivo, de identificar o impacto dos eventos adversos na infância no desenvolvimento do transtorno afetivo bipolar e transtorno opositor-desafiador, foi plenamente atingido. Os dados coletados indicaram que os traumas infantis, como negligência emocional e abuso, desempenharam um papel crucial na manifestação e agravamento dos sintomas de ambos os transtornos, corroborando a hipótese de que os eventos adversos precoces têm um efeito profundo ao longo da vida.

O segundo objetivo, de analisar as comorbidades entre o TAB e o TOD, também foi alcançado com êxito. Os resultados mostraram que o paciente, que apresentou manifestações de instabilidade emocional, comportamento opositor e dificuldade em regular suas emoções, possuía um quadro clínico caracterizado pela interrelação dos dois transtornos, corroborando a literatura que sugere que crianças com histórico de traumas podem desenvolver sintomas de instabilidade emocional e comportamentos disruptivos, com riscos elevados de comorbidades.

Quanto ao terceiro objetivo, que visava avaliar a eficácia da psicoterapia e das abordagens psicoterapêuticas psiquiátricas, a análise indicou que as intervenções terapêuticas foram fundamentais para auxiliar a paciente a lidar com os sintomas e desenvolver habilidades de regulação emocional. No entanto, o processo terapêutico se mostrou desafiador, considerando a gravidade dos transtornos e a complexidade da comorbidade.

Embora as hipóteses iniciais de que os eventos adversos na infância contribuem significativamente para o desenvolvimento e agravamento de transtornos como o TAB e o TOD tenham sido confirmadas, o estudo apresenta algumas limitações. A principal delas foi a limitação do tempo de acompanhamento clínico, que impediu uma observação mais profunda da evolução a longo prazo da paciente. Além disso, a revisão da literatura, embora abrangente, foi restrita por uma quantidade limitada de estudos específicos sobre a interrelação entre TAB e TOD em populações afetadas por traumas infantis. O estudo também enfrentou desafios no acesso a fontes que exploram com mais profundidade os

mecanismos neuropsicológicos envolvidos nessa dinâmica.

Apesar dessas limitações, o presente estudo abre caminho para novas investigações sobre o impacto de eventos adversos na infância, especialmente no que diz respeito ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos complexos e suas comorbidades. Futuros estudos poderiam explorar a dinâmica de tratamento combinado, considerando intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas, além de investigar mais detalhadamente os fatores neurobiológicos que mediaram essa interrelação. A pesquisa futura também poderia expandir os dados sobre o papel da família e da rede de apoio na recuperação de pacientes com experiências traumáticas precoces. Em suma, este estudo contribui para a compreensão de como os eventos adversos podem influenciar a trajetória clínica de pacientes com transtornos psiquiátricos e como as abordagens terapêuticas podem mitigar os efeitos negativos desses fatores.

Referências:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5.** ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BALIA, C. et al. **The pharmacological treatment of aggression in children and adolescents with conduct disorder. Do callous—unemotional traits modulate the efficacy of medication? Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 91, p. 218–238, ago. 2018.

BALOGH, L. et al. **Neural Correlates of Error Monitoring in Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder After Failed Inhibition in an Emotional Go/No-Go Task.** The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, v. 29, n. 4, p. 326–333, out. 2017.

BIRMAHER, B. **Bipolar disorder in children and adolescents. Child and Adolescent Mental Health,** v. 18, n. 3, p. 140–148, 11 fev. 2013.

BOWLBY, J. **Attachment and loss: Vol. 1. Attachment. New York: Basic Books**, 1982.

BURKE, J. D.; LOEBER, R.; BIRMAHER, B. **Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part II. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 41, n. 11, p. 1275–1293, nov. 2002.

CAS, A. G. et al. **The Impact of Parental Death on Child Well-being: Evidence From the Indian Ocean Tsunami. Demography**, v. 51, n. 2, p. 437–457, 27 fev. 2014.

CRADDOCK, N.; SKLAR, P. **Genetics of bipolar disorder.** The Lancet, v. 381, n. 9878, p. 1654–1662, maio 2013.

FELITTI, V. **The relation between adverse childhood experiences and adult health: Turning gold into lead.** The Permanente Journal, v. 6, n. 1, 2002.

FREED, R. D. et al. **The Relationship Between Family Functioning and Adolescent Depressive Symptoms: The Role of Emotional Clarity. Journal of Youth and Adolescence**, v. 45, n. 3, p. 505–519, 1 fev. 2016.

FRICK, P. J.; NIGG, J. T. **Current Issues in the Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder. Annual Review of Clinical Psychology**, v. 8, n. 1, p. 77–107, 27 abr. 2012.

GIURGIUCA, A. **Cortisol Levels and Suicide in Bipolar I Disorder. Acta Endocrinologica** (Bucharest), v. 13, n. 2, p. 188–194, 2017.

GONZÁLEZ ISASI, A. et al. **Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: A 5-year controlled clinical trial.** European Psychiatry, v. 29, n. 3, p. 134–141, mar. 2014.

GOODWIN, F. K., & JAMISON, K. R. **Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression. 2. ed. New York: Oxford University Press**, 2007.

HARE, M. M. et al. **Pathways to substance use: Examining conduct problems and parenting behaviors from preschool to adolescence. Development and Psychopathology,** p. 1–13, 6 fev. 2023.

HERPERTZ, S. C.; SASS, H. **Emotional deficiency and psychopathy. Behavioral Sciences & the Law**, v. 18, n. 5, p. 567–580, 2000.

JOPE, R.; ROH, M.-S. **Glycogen Synthase Kinase-3 (GSK3) in Psychiatric Diseases and Therapeutic Interventions.** Current Drug Targets, v. 7, n. 11, p. 1421–1434, 1 nov. 2006.

JOSHI, G.; WILENS, T. **Comorbidity in Pediatric Bipolar Disorder. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 18, n. 2, p. 291–319, abr. 2009.

KA SHU LEE et al. **Characterizing the Neural Correlates of Response Inhibition and**
Error Processing in Children With Symptoms of Irritability and/or Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder in the ABCD Study. Frontiers in Psychiatry, v. 13, 4 mar.

2022.

LINEHAN, Marsha M. **Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: The Guilford Press**, 1993.

LUTHAR, S. S. **Resilience in Development: A Synthesis of Research across Five Decades. Developmental Psychopathology**, v. 3, p. 739–795, 6 set. 2015.

MASI, G. et al. **Comorbidity of Conduct Disorder and Bipolar Disorder in Clinically Referred Children and Adolescents. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology**, v. 18, n. 3, p. 271–279, jun. 2008.

MASTEN, A.; BARNES, A. **Resilience in Children: Developmental Perspectives. Children**, v. 5, n. 7, p. 98, 2018.

PARADIS, A. D. et al. **Adolescent Family Factors Promoting Healthy Adult Functioning: A Longitudinal Community Study. Child and Adolescent Mental Health**, v. 16, n. 1, p. 30– 37, 1 set. 2010.

PERLMAN, S. B. et al. **Amygdala activity and prefrontal cortex-amygdala effective connectivity to emerging emotional faces distinguish remitted and depressed mood states in bipolar disorder. Bipolar Disorders**, v. 14, n. 2, p. 162–174, mar. 2012.

QUIDÉ, Y. et al. **The Impact of Childhood Trauma on Developing Bipolar Disorder: Current Understanding and Ensuring Continued Progress. Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 16, n. 16, p. 3095–3115, 14 dez. 2020.

RABELO, J. L. et al. **Psychoeducation in bipolar disorder: A systematic review. World Journal of Psychiatry**, v. 11, n. 12, p. 1407–1424, 19 dez. 2021.

SIEVER, L. J. **Neurobiology of Aggression and Violence. American Journal of Psychiatry**, v. 165, n. 4, p. 429–442, abr. 2008.

SOUTULLO, C. A. et al. **Bipolar disorder in children and adolescents: international perspective on epidemiology and phenomenology. Bipolar Disorders**, v. 7, n. 6, p. 497–506, dez. 2005.

UMEOKA, E. H. L. et al. **The Role of Stress in Bipolar Disorder. Bipolar Disorder: From Neuroscience to Treatment**, v. 48, p. 21–39, 2020.

WOZNIAK, J. et al. **Comorbidity of bipolar I disorder and conduct disorder: a familial risk analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 139, n. 4, p. 361–368, 18 mar. 2019.

O IMPACTO DA SIMBIOSE TÓXICA PARENTAL NO TRANSTORNO BIPOLAR INFANTIL: UM RELATO DE CASO

Ayslan Rodrigues de Paiva
Graduando em Medicina
HOSPITAL MARIA CÂNDIDA TEIXEIRA
Orientadores: Msª Jaqueline Josefa da Silva Leão e Wilmar Martins Teixeira Junior - Nerópolis - Goiás

RESUMO

O presente artigo relata o caso de uma paciente de 15 anos com transtorno bipolar tipo I e uma dinâmica familiar marcada por simbiose tóxica parental entre mãe e filha. Objetivamos através do relato explorar as implicações clínicas dessa dinâmica e discutir as possibilidades terapêuticas, com ênfase na psicoterapia. O caso clínico descreve a história, apresentação clínica e intervenções terapêuticas da paciente, incluindo psicoeducação, terapia cognitivo-comportamental e terapia focada na família. Foram utilizadas técnicas de avaliação clínica, entrevistas familiares e abordagens terapêuticas baseadas em evidências. A paciente demonstrou melhora significativa em sua sintomatologia, incluindo redução da heteroagressividade e estabilidade emocional, através da psicoterapia. Foram identificados padrões disfuncionais de interação familiar, especialmente entre mãe e filha, e trabalhadas estratégias para promover limites saudáveis e autonomia emocional. A abordagem multidisciplinar, incluindo psicoterapia individual e familiar, mostrou-se eficaz no tratamento do transtorno bipolar tipo I associado à simbiose tóxica parental. A intervenção terapêutica focada na modificação de padrões de interação familiar pode melhorar o bem-estar emocional e a funcionalidade global da paciente, além de promover relações familiares mais saudáveis e resilientes.

Palavras-Chave: Transtorno bipolar; Simbiose tóxica; Psicoterapia; Terapia Focada na Família.

1. INTRODUÇÃO

O transtorno bipolar (TB) é uma doença mental comum e incapacitante, com morbidade e mortalidade significativas. As estimativas de prevalência de TB variam, sendo estimado uma prevalência total ao longo da vida de 2,4% entre os subtipos tipo 1 e tipo 2 (Yatham et al., 2018). Por este motivo, tem sido objeto de estudo de inúmeras pesquisas na comunidade científica devido à sua alta prevalência, impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes e desafios no diagnóstico e tratamento.

O TB é caracterizado por oscilações extremas de humor, que variam desde episódios de mania ou hipomania até episódios depressivos. Sendo classificado em dois subtipos principais: o Transtorno Bipolar I, que envolve episódios de mania completa, e o Transtorno Bipolar II, caracterizado por episódios de hipomania alternados com episódios de depressão (Kaplan, 2017).

Frequentemente se manifesta no final da adolescência e na idade adulta jovem, com idade média geral de início de 25 anos. Pessoas que vivem com TB apresentam comprometimento substancial, sendo sintomáticas com sintomas sindrômicos ou subsindrômicos, particularmente de depressão, durante aproximadamente metade de suas vidas (Judd et al., 2003).

Os pacientes referem serem incapazes de manter a função adequada no trabalho em aproximadamente 30% ou mais do tempo (Judd et al., 2008) A qualidade de vida é reduzida (Gutierrez-Rojas et al., 2008; Bonnin et al., 2012) e vários domínios de funcionamento foram identificados pelos pacientes como sendo afetado – incluindo físico, sono, humor, cognição, lazer, social, espiritualidade, finanças, família, autoestima, independência, identidade, trabalho e educação (Michalak, Murray e Crest, 2010).

A fisiopatologia do transtorno bipolar é multifacetada e ainda não está completamente compreendida. No entanto, evidências sugerem que desequilíbrios neuroquímicos, alterações estruturais e disfunções em circuitos neurais específicos desempenham um papel importante na manifestação dos sintomas da doença (Kaplan, 2017).

No entanto, além dos fatores genéticos e neurobiológicos, o ambiente familiar desempenha um papel crucial no desenvolvimento e na manifestação desse

transtorno. Neste contexto, a simbiose tóxica parental emerge como um conceito relevante, descrevendo padrões disfuncionais de relacionamento entre pais e filhos que podem contribuir para o agravamento do transtorno bipolar na infância.

Este artigo tem o objetivo de relatar o caso de um paciente diagnosticado com transtorno bipolar tipo I que apresenta em sua dinâmica familiar uma simbiose tóxica parental entre mãe e filha. Portanto, visamos também explorar as implicações clínicas dessa dinâmica familiar disfuncional e as possibilidades terapêuticas em relação à psicoterapia.

2. RELATO DE CASO

Paciente de 15 anos de idade, sexo feminino, admitida em uma unidade de internação psiquiátrica devido a queixa de quadro de heteroagressividade associado a humor disfórico.

Paciente vem acompanhada de seus pais, os quais relatam que a filha, mesmo com uso regular das medicações prescritas via ambulatorialmente em serviço de psiquiatria, vem apresentando heteroagressividade contra os pais. O relato de luta corporal com o pai provocou fratura de costela do mesmo e constantes agressões contra a mãe. Apresenta pensamentos e ideações suicidas, com uma tentativa ao se jogar de carro em movimento (sic). Possui pensamentos delirantes, no qual a mesma acredita possuir amigos imaginários e conversar com os mesmos, os quais fornecem “conselhos” a paciente (sic). Mãe relata ocorrência de oscilações de humor e hipersexualidade. Nega uso de substâncias psicoativas.

Em relação à sua história psiquiátrica pregressa, a família relata que desde os 3 anos a paciente apresenta sintomas de agitação, hiperatividade, dificuldade de aceitar regras, comportamentos opositor-desafiador, labilidade emocional e comportamentos de heteroagressividade. De acordo com relato familiar, os sintomas pioraram aos 12 anos, sendo sua primeira internação psiquiátrica aos 15 anos, com 5 internações subsequentes. Tem apresentando comportamento de disforia de gênero, no qual paciente afirma gostar de se vestir como “homem” e ser homossexual (sic). Funcionalidade e desempenho escolar comprometidos.

Apresenta curso de doença bipolar de caráter progressivo, episódico, sintomas residuais entre as crises, predominância de sintomas hipomaníacos e heteroagressividade. Anteriormente em uso de haldol, prometazina, depakote, rivotril, frontal e olanzapina sem melhora do quadro.
Na história familiar apresenta abandono parental, com pai e mãe biológicos

dependentes químicos e em situação de rua. Padrão este que se repete em família biológica. Sem dados relativos a intercorrências na história obstétrica, porém há relatos de uso de crack durante a gestação. Após o nascimento, a mãe a encaminhou para abrigo e sistema de adoção.

Foi adotada aos 3 meses de vida pelos pais atuais. Apresenta boa estrutura familiar adotiva, no qual pais possuem 3 filhos adultos, porém sonho da mãe era ter uma filha do sexo feminino (sic). Após 3 anos de entrarem em processo de adoção, adotaram a paciente em questão. Mãe apresenta comportamento de idealização em relação à adoção, em que informa que o sonho de vida era ter uma filha menina, com olhos claros e cor de pele branca. Porém de acordo com relato, após concretização do processo de adoção, a mãe sofreu uma desidealização apresentando sintomas típicos de depressão pós parto. A partir dos 3 anos de idade da paciente, quando a mesma começou a apresentar sintomas, a mãe começou a desenvolver afeto materno e "tratar" filha como se fosse uma "boneca" de acordo com relato do pai.

Mãe adotiva não apresenta crítica da patologia da filha, apresenta histórico de labilidade emocional e traços de personalidade do cluster B do tipo borderline e histriônico. Apresenta conflitos em relação à filha devido à disforia de gênero da mesma.

No momento da admissão, ao exame do estado mental paciente se apresentava hipervigil, hipertenaz, com atitude expansiva durante entrevista. Apresentava alterações na sensopercepção com pensamento delirante e alucinações auditivas. Apresentava volição prejudicada, alteração de memória, inteligência, orientação auto e alo psíquica, afeto hipermodulado, hipertímico e agitação psicomotora. No exame físico geral não apresentava nenhuma alteração digna de nota.

Considerando a apresentação clínica e a história da paciente, foi levantado a hipótese de transtorno afetivo bipolar, transtorno opositor-desafiador e disforia de gênero. Foi realizada prescrição de abordagem psiquiátrica com terapia farmacológica, psicoterapia psiquiátrica, psicopedagogia, educação física e fisioterapia motora.

Em relação ao tratamento farmacológico, foi prescrito:

Ácido valproico, 250 mg, via oral, 1 comprimido de 12 em 12 horas
Clorpromazina, 25 mg, via oral, 2 comprimidos, de 8 em 8 horas
Carbonato de lítio, 300 mg, via oral, 1 comprimido, de 12 em 12 horas
Clonazepam, 2mg, via oral, 1 comprimido, de 24 em 24h

3. DISCUSSÃO

A simbiose tóxica parental é um conceito que descreve um padrão de relacionamento disfuncional entre pais e filhos, caracterizado por uma fusão emocional excessiva e inadequada. Nesse tipo de dinâmica, os limites entre os indivíduos se tornam difusos, resultando em uma dependência emocional prejudicial e na ausência de uma identidade individual clara (Berson, Sevier e Christensen, 2013).

Os pais que estão envolvidos em uma simbiose tóxica frequentemente projetam suas próprias necessidades não atendidas nos filhos, superprotegendo-os ou exigindo uma proximidade emocional constante, enquanto os filhos, por sua vez, podem se sentir incapazes de estabelecer limites saudáveis ou de desenvolver uma autonomia emocional (Birmaher et al., 2006).

Estudos têm demonstrado uma associação significativa entre experiências traumáticas na infância, incluindo padrões disfuncionais de interação familiar, e o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, como o transtorno bipolar (Miklowitz e Johnsn, 2009). A simbiose tóxica parental pode contribuir para esse quadro ao perpetuar dinâmicas familiares prejudiciais, como a falta de limites claros, a invalidação emocional e a inabilidade para lidar com conflitos de forma saudável provocando impactos deletérios no curso e prognóstico do transtorno.

A falta de limites claros e a superproteção podem impedir o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e regulação emocional nos filhos, tornando-os mais vulneráveis ao estresse e à labilidade emocional. Segundo Bandura (2002), os limites consistentes ajudam a criança a internalizar regras sociais e a desenvolver um senso de autocontrole, facilitando a sua adaptação aos desafios do ambiente. Quando os limites são vagos ou ausentes, as crianças podem experimentar confusão e insegurança, dificultando o seu processo de aprendizagem e crescimento emocional.

Além disso, a superproteção dos pais pode privar as crianças das oportunidades de enfrentar e superar desafios, o que é essencial para o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento eficazes. De acordo com Erikson (1963), a capacidade de lidar com adversidades e frustrações é fundamental para a formação da identidade e autoestima das crianças. Quando os pais superprotegem, privam os filhos da experiência necessária para desenvolver resiliência e autonomia emocional, assim como o estabelecimento de rotinas saudáveis.

Dessa forma, a constante necessidade de atender às demandas emocionais

dos pais gera um senso de responsabilidade excessivo nos filhos, aumentando ainda mais sua carga emocional e contribuindo para o desenvolvimento de sintomas depressivos ou de ansiedade. Em contraste, a invalidação emocional por parte dos cuidadores também pode ter um impacto devastador na criança, pois quando os seus sentimentos não são reconhecidos ou validados, ela pode sentir-se incompreendida e desvalorizada, o que pode levar a uma piora dos sintomas depressivos e maníacos. (Miklowitz e Chang, 2008).

Outro aspecto importante a se pontuar, é o fato de que a simbiose tóxica também pode ser exacerbada pela presença de um transtorno psiquiátrico em um dos cuidadores, como por exemplo o transtorno bipolar ou transtorno de personalidade do cluster B como relatado no caso descrito. Em que nos episódios de mania ou depressão podem provocar uma instabilidade emocional significativa no ambiente familiar, levando os filhos a se adaptarem de maneiras disfuncionais para lidar com essas flutuações de humor. Eles podem assumir o papel de cuidadores do pai ou tentar acalmar os conflitos familiares, sacrificando suas próprias necessidades e identidade no processo. Essa dinâmica de superenvolvimento e codependência pode perpetuar ainda mais a simbiose tóxica, criando um ciclo vicioso que contribui para o agravamento do transtorno bipolar tanto no pai quanto nos filhos (Benson, Sevier e Christensen, 2013).

Nesse sentido, faz se necessário ao se deparar com uma criança com possível diagnóstico de transtorno bipolar, avaliar o impacto das interações familiares no seu desenvolvimento psicossocial. Uma ferramenta que tem se demonstrado eficaz é a avaliação através da teoria dos níveis de emoção expressada (EE). A teoria foi originalmente desenvolvida para entender o papel do ambiente familiar na esquizofrenia, mas sua aplicação foi estendida a uma variedade de transtornos psiquiátricos, incluindo o transtorno bipolar (Venkatasubramanian e Amaresha 2012; Miklowitz e Chung, 2016).

A emoção expressa tem sido estudada como um aspecto do funcionamento familiar que prenuncia resultados ruins para pacientes com doença mental. A EE é medida durante uma entrevista semiestruturada ou amostra de fala (Brow e Ruther, 1966). Durante uma entrevista ou uma amostra de fala, diversos aspectos da EE podem ser avaliados. Isso geralmente inclui:

Crítica: A presença de críticas, hostilidade ou atitudes negativas expressas em relação ao paciente durante a entrevista ou na amostra de fala. Isso pode ser evidenciado por comentários desfavoráveis direcionados ao paciente.
Emoção Positiva: A quantidade e a qualidade das expressões de afeto positivo, como carinho, apoio e admiração, direcionadas ao paciente. Isso pode ser

observado através de elogios, palavras de encorajamento e de carinho.
Emoção Negativa: A manifestação de emoções negativas, como raiva, hostilidade e desprezo, em relação ao paciente. Isso pode ser identificado por meio de expressões faciais, tom de voz e conteúdo verbal que refletem sentimentos de desagrado ou desaprovação.
Intrusão: A tendência de invadir o espaço pessoal do paciente, fazer perguntas excessivamente pessoais ou impor opiniões ou valores sem considerar os sentimentos do paciente.
Envolvimento Emocional Global: Uma avaliação geral do ambiente emocional durante a entrevista ou amostra de fala, levando em consideração a interação entre os participantes, a dinâmica familiar e a atmosfera emocional geral.

Em todo o espectro de transtornos psiquiátricos, altos níveis de EE têm sido associados a um curso clínico pior, diminuição da resposta ao tratamento e taxas mais altas de recaída. Os níveis de EE se referem à quantidade e à natureza das emoções expressadas pelos membros da família em relação ao paciente. Altos níveis de EE são caracterizados por críticas, hostilidade, superenvolvimento emocional e intrusão na privacidade do paciente, enquanto baixos níveis de EE refletem uma atmosfera familiar mais calma, com comunicação aberta e apoio emocional adequado (Miklowitz e Chung, 2016).

Em famílias com altos níveis de EE, os pais podem expressar críticas constantes em relação ao filho com transtorno bipolar, aumentando assim o estresse e a tensão no ambiente familiar. Essa atmosfera carregada emocionalmente pode desencadear ou exacerbar os sintomas do transtorno bipolar na infância, aumentando a frequência e a gravidade dos episódios de humor. Por exemplo, críticas constantes podem desencadear sentimentos de desamparo e desesperança na criança, contribuindo para o desenvolvimento de sintomas depressivos, enquanto o superenvolvimento emocional pode alimentar a impulsividade e a instabilidade emocional característica da fase maníaca. (Miklowitz e Chung, 2016).

Por outro lado, em famílias com baixos níveis de EE, os pais tendem a oferecer um ambiente mais estável e de apoio para a criança com transtorno bipolar. A comunicação aberta e o suporte emocional adequado podem ajudar a criança a desenvolver habilidades de enfrentamento eficazes e a regular suas emoções de forma mais saudável, reduzindo assim a frequência e a gravidade dos episódios de humor. Além disso, um ambiente familiar tranquilo e acolhedor pode fornecer uma base sólida para o sucesso do tratamento e a recuperação a longo prazo da criança (Miklowitz e Chung, 2016).

A exposição ao estresse desencadeia uma série de respostas fisiológicas, incluindo aumentos na frequência cardíaca, respiração e produção de cortisol. Em sistemas familiares saudáveis, quando os jovens experimentam estresse, a presença de cuidadores de apoio amortece o impacto das respostas biológicas e facilita o retorno da criança ao equilíbrio. No entanto, quando os relacionamentos de apoio estão ausentes, os sistemas de resposta ao estresse são enfraquecidos, as crianças ficam hiper vigilantes para ameaças potenciais e o funcionamento cerebral é comprometido (Fox e Shonkff, 2011).

Estudos na área de neurociência comportamental e genética têm apontado que os jovens que são expostos a estresse crônica devido ambiente familiar tóxico como abuso, negligência e psicopatologia parental, exibem respostas de estresse aumentadas como a hipercortisolemia e apresentam impactos deletérios no funcionamento em níveis fisiológicos, neurais, emocionais e comportamentais. Em particular, a ativação sustentada dos sistemas de resposta ao estresse é considerada disruptiva para o desenvolvimento da circuitaria neural e, em casos extremos, pode causar morte neural ou interferir na neurogênese. Mesmo em situações menos agudas, a exposição frequente ao estresse familiar pode ser prejudicial na medida em que diminui o limiar para desencadear respostas de estresse entre crianças de alto risco (National Scientific Council on the Developing Child, 2005).

Os modelos de estresse familiar tóxico têm implicações importantes para entender como fatores ambientais familiares interagem com predisposições genéticas para desencadear e manter doenças mentais. Primeiro, vistos através da lente de modelos de diátese/estresse, ambientes que promovem um limiar mais baixo para responder ao estresse podem deixar os jovens vulneráveis ao início de sintomas psiquiátricos. Segundo, o surgimento de doenças mentais — especialmente se for recorrente e significativamente debilitante — é em si um estressor significativo para os jovens, e as respostas familiares podem tanto amortecer os efeitos desse desafio quanto ampliá-los. Terceiro, o clima familiar pode se tornar um fator de risco para a recorrência da doença se as respostas dos pais aos primeiros sinais de doença mental forem mal adaptativas ou contraproducentes (Fox e Shonkff, 2011).

Portanto, é fundamental reconhecer a influência da simbiose tóxica parental no curso e na gravidade do transtorno bipolar, bem como desenvolver estratégias de intervenção que abordem não apenas os sintomas individuais do paciente, mas também as dinâmicas familiares subjacentes. Nesse sentido a terapia familiar, pode ser uma abordagem eficaz para ajudar os membros da família a identificar e modificar padrões disfuncionais de interação, promovendo assim uma maior

estabilidade emocional e relacional para todos os envolvidos (Fox e Shonkff, 2011).

A terapia focada na família (FFT) é uma abordagem terapêutica baseada em evidências que visa melhorar as relações familiares e promover o ajustamento psicológico dos membros da família. No contexto da simbiose tóxica entre pais e o filho diagnosticado com transtorno bipolar, a FFT pode ajudar a identificar e modificar padrões disfuncionais de interação que contribuem para a manutenção da dinâmica negativa. Através de sessões terapêuticas estruturadas, os membros da família são incentivados a expressar seus sentimentos e preocupações, a desenvolver habilidades de comunicação eficazes e a estabelecer limites saudáveis (Miklowitz, 2010).

Um dos principais objetivos da FFT é fortalecer os laços familiares e promover uma compreensão mais profunda das necessidades e experiências de cada membro da família. Isso pode ser especialmente importante no contexto do transtorno bipolar, onde o estigma e a falta de compreensão podem levar a conflitos familiares e isolamento social. A FFT oferece um espaço seguro e estruturado onde os membros da família podem compartilhar suas preocupações e aprender estratégias de enfrentamento eficazes para lidar com os desafios associados ao transtorno bipolar (Goldstein, 2023).

A FFT aborda diretamente os padrões de comportamento disfuncionais que contribuem para a simbiose tóxica entre pais e o filho com transtorno bipolar. Por exemplo, a psicoterapia pode ajudar os pais a identificar e modificar comportamentos superprotetores ou críticos, facilitando assim uma maior autonomia e autoestima na criança. Ao mesmo tempo, a psicoterapia é trabalhada com a criança para promover habilidades de autoexpressão e autocontrole emocional, capacitando-a a desenvolver relacionamentos mais saudáveis e funcionais com os pais e outros membros da família (Miklowitz, 2010; Goldstein, 2023).

4. CONCLUSÃO

De acordo com o exposto no relato de caso e discussão, foi proposto psicoterapia em associação à terapia farmacológica para o caso em questão. A paciente, uma menina de 15 anos, possui uma história de vida marcada por abandono parental, história familiar com importante carga genética para transtorno bipolar e uma relação de simbiose tóxica com a mãe adotiva. Ao longo da psicoterapia, foram utilizadas diferentes abordagens para abordar o seu transtorno mental e traumas pregressos.

Inicialmente, a psicoeducação individual foi empregada para fornecer informações detalhadas à paciente e à sua família sobre os transtornos mentais presentes, incluindo o transtorno afetivo bipolar, transtorno opositor-desafiador e disforia de gênero. Durante essas sessões, foi discutido o papel dos medicamentos prescritos e a importância da adesão ao tratamento farmacológico.

Posteriormente foram realizadas técnicas da terapia cognitivo-comportamental, focando na identificação e modificação de padrões de pensamento distorcidos e comportamentos disfuncionais. Inicialmente, ela foi encorajada a reconhecer e questionar seus pensamentos delirantes, compreendendo que nem todos os pensamentos refletem a realidade. Com o tempo, ela começou a identificar padrões em seus pensamentos e a desenvolver habilidades para desafiar essas distorções.

Em relação às alucinações auditivas, a paciente aprendeu a diferenciar entre vozes reais e imaginárias. Através da psicoterapia, ela foi capaz de entender que essas vozes não eram provenientes de fontes externas, mas sim de sua própria mente. Além disso, apresentou melhora significativa para lidar com situações estressantes de forma mais eficaz. Aprendeu a identificar gatilhos que desencadeiam seus sintomas e a desenvolver estratégias de enfrentamento para gerenciar o estresse de maneira saudável. Isso incluiu técnicas de respiração profunda, visualização e reestruturação cognitiva para reinterpretar eventos estressantes de forma menos ameaçadora.

Aprimorar a capacidade de autocontrole foi outro aspecto importante do tratamento. A paciente foi incentivada a identificar sinais precoces de irritação e agressividade, e a empregar técnicas de autorregulação, como a contagem regressiva, para evitar explosões emocionais. Com o tempo, ela relatou uma maior sensação de controle sobre suas emoções e comportamentos impulsivos. Em relação à heteroagressividade, a paciente explorou as origens de sua raiva e os efeitos prejudiciais de expressá-la de forma violenta. Aprendeu estratégias alternativas para lidar com a frustração e conflitos interpessoais, como a comunicação assertiva e a resolução de problemas.

Foi identificado que a paciente guardava pensamentos rancorosos e ruminatórios em relação a sua mãe biológica. Através da psicoterapia exploramos os padrões de pensamentos em relação à sua mãe biológica e ao abandono que experimentou na infância. Encorajamos a explorar e questionar suas crenças e interpretações negativas, especialmente em relação aos relacionamentos familiares.

Inicialmente, a paciente expressava crenças enraizadas sobre sua família que

eram permeadas por emoções negativas, como raiva, ressentimento e confusão. Ela frequentemente se via presa em padrões de pensamento ruminativos, questionando seu valor e aceitação por parte de seus familiares. Embora incipiente, com a psicoterapia, a paciente aprendeu a desafiar essas crenças autodepreciativas e distorcidas.

A terapia focada na família (FFT) foi incorporada para abordar os conflitos familiares e promover uma melhor comunicação e compreensão entre os membros da família. Foi abordado a simbiose tóxica entre a mãe e a filha, que era uma fonte significativa de conflito e disfuncionalidade dentro da dinâmica familiar. A paciente e sua mãe estavam enredadas em um padrão de relacionamento em que eram excessivamente dependentes uma da outra, levando a uma falta de fronteiras saudáveis e à dificuldade em estabelecer uma identidade individual separada.

A psicoterapia tem ajudado a mãe e a filha a reconhecerem esse padrão de simbiose e como ele contribui para o estresse emocional e os conflitos familiares. Foi trabalhado como a superproteção da mãe e a necessidade de controle estavam impedindo o desenvolvimento saudável da independência e autonomia da paciente. Exploramos alternativas para estabelecer limites e promover uma relação saudável.

Na psicoterapia, a mãe reconheceu a importância de permitir que a filha desenvolvesse sua própria identidade e independência, enquanto ainda mantinha um vínculo amoroso e de apoio. Foram discutidas estratégias para promover a autonomia da paciente e encorajar a mãe a encontrar interesses e atividades separadas da filha. Durante o processo terapêutico, mãe e filha foram desafiadas a explorar suas relações com outras pessoas fora do núcleo familiar, desenvolvendo redes de apoio sociais mais amplas e saudáveis.

Por meio dessa abordagem multidisciplinar, a paciente demonstrou uma melhora significativa em seu quadro clínico, apresentando uma redução dos sintomas psicóticos, uma diminuição da heteroagressividade e uma maior estabilidade emocional. O trabalho contínuo na terapia permitirá que ela desenvolva ainda mais habilidades de enfrentamento e resiliência para lidar com os desafios futuros.

Referências

Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. **Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society**

for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disorders [Internet]. 2018 Mar 14;20(2):97–170. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5947163/

Kaplan, H.I; Sadock, B.J. **Compêndio de Psiquiatria- Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica.** 11ª ed. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 2017.

American Psychiatric Association (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS, et al. **Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. Int J Neuropsychopharmacol.** 2003;6:127-37.

Judd LL, Schettler PJ, Solomon DA, et al. **Psychosocial disability and work role function compared across the long-term course of bipolar I, bipolar II and unipolar major depressive disorders.** J Affect Disord. 2008;108:49-58.

Gutierrez-Rojas L, Gurpegui M, Ayuso-Mateos JL, Gutierrez-Ariza JA, Ruiz-Veguilla M, Jurado D. **Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample.** Bipolar Disord. 2008;10:625-34.

Bonnin CM, Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, et al. **Subthreshold symptoms in bipolar disorder: impact on neurocognition, quality of life and disability.** J Affect Disord. 2012;136:650-9.

Michalak EE, Murray G, Crest BD. **Development of the QoL.BD: a disorder-specific scale to assess quality of life in bipolar disorder. Bipolar Disord.** 2010;12:727-40.

Benson LA, Sevier M, Christensen A. **The Impact of Behavioral Couple Therapy on Attachment in Distressed Couples. Journal of Marital and Family Therapy.** 2013 Apr 25;39(4):407–20.

Birmaher B, Axelson D, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, et al. **Clinical Course of Children and Adolescents With Bipolar Spectrum Disorders. Archives of General Psychiatry** [Internet]. 2006 Feb 1 [cited 2020 Oct 22];63(2):175. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/209320

Miklowitz DJ, Johnson BSL. **Social and Familial Factors in the Course of Bipolar Disorder: Basic Processes and Relevant Interventions. Clinical Psychology: Science and Practice** [Internet]. 2009 Jun [cited 2019 Mar 23];16(2):281–96. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2727612/#R68

Chiang KS, Miklowitz DJ. **Psychotherapy in Bipolar Depression: Effective Yet Underused. Psychiatric Annals.** 2023 Feb;53(2):58–62.

Bandura, A. (2002). **Social cognitive theory of mass communication.** In J. Bryant e D. Zillmann (Eds.), Media effects: Advances in theory and research (2nd ed., pp. 121153). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Erikson, E. H. (1963). **Childhood and society (2nd Ed.).** New York: Norton.

Miklowitz DJ, Chang KD. **Prevention of bipolar disorder in at-risk children: Theoretical assumptions and empirical foundations. Development and Psychopathology.** 2008;20(3):881–97.

Benson LA, Sevier M, Christensen A. **The Impact of Behavioral Couple Therapy on Attachment in Distressed Couples. Journal of Marital and Family Therapy.** 2013 Apr 25;39(4):407–20.

Goldstein TR, Merranko J, Rode N, Sylvester R, Hotkowski NJ, Fersch-Podrat R, et al. **Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Bipolar Disorder.** JAMA Psychiatry. 2023 Sep 13

Brown GW, Rutter' M. The **Measurement of Family Activities and Relationships. Human Relations.** 1966 Aug;19(3):241–63.

Venkatasubramanian G, Amaresha A. **Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview. Indian Journal of Psychological Medicine** [Internet]. 2012;34(1):12. Miklowitz DJ, Chung B. **Family-Focused Therapy for Bipolar Disorder: Reflections on 30 Years of Research.** Family process [Internet]. 2016;55(3):483–99.

Fox NA, Shonkoff JP (2011) **How persistent fear and anxiety can affect young children's learning, behavior and health.** Early Child Matter 16:8–14

National Scientific Council on the Developing Child (2005). **Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain: working paper** no. 3. www.developingchild.harvard.edu

Goldstein TR, Merranko J, Rode N, Sylvester R, Hotkowski NJ, Fersch-Podrat R, et al. **Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Bipolar Disorder.** JAMA Psychiatry. 2023 Sep 13;

Miklowitz DJ. **Bipolar Disorder: A Family-Focused Treatment Approach** [Internet]. Google Books. Guilford Press; 2010 [cited 2024 Apr 18].

PSICOSE PUERPERAL DE RECORRÊNCIA

Pyetra Silva Borges – pyetrasb@gmail.com
Graduanda em Medicina no Centro Universitário Alfredo Nasser
HOSPITAL MARIA CÂNDIDA TEIXEIRA
Orientadora: Ludimila Gonçalves
Nerópolis, GO, 10 de novembro de 2024.

RESUMO
O presente artigo relata o caso clínico de uma paciente de 32 anos, internada no Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira, em Nerópolis-Goiás, devido a um quadro de psicose puerperal de recorrência, com sintomas de alucinações audiovisuais, labilidade emocional, insônia persistente e agitação. A pesquisa surgiu da necessidade de entender a interação entre o transtorno afetivo bipolar, doença de base da paciente, com a evolução da psicose após o parto. O objetivo foi avaliar a evolução e a remissão da doença, com a atuação da farmacoterapia, psicoterapia e atividades físicas para a estabilização dos sintomas psiquiátricos. A coleta de dados envolveu a análise do prontuário médico e observação clínica, com foco na evolução do quadro clínico durante o período de internação. A amostra consistiu em um único caso, analisando dados clínicos e revisões de literatura sobre a comorbidade entre os transtornos. Os resultados indicam que a abordagem terapêutica é eficaz desde que respeite o período apropriado de tratamento hospitalar. Conclui-se que a combinação de intervenções terapêuticas integrativas é essencial para o tratamento de pacientes com transtornos afetivos, promovendo a estabilização clínica, mas também a reintegração social e melhora da qualidade de vida.

Palavras-chave: Transtorno afetivo bipolar. Depressão pós-parto. Psicose puerperal.

1. INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto é uma condição que se inicia dentro dos primeiros 12 meses após o parto, com características clínicas de humor deprimido, perda de interesses nas atividades diárias, labilidade emocional, insônia, ideias suicidas, ansiedade e sentimento de culpa. Esse transtorno, promove desgaste nas relações familiares, trazendo alterações emocionais, cognitivas e comportamentais na saúde materna e da criança. A prevalência da depressão pós-parto está diretamente relacionada com o perfil socioeconômico, com o nível de escolaridade, com os hábitos de vida, com a qualidade do relacionamento com o parceiro, além do histórico prévio de depressão e ansiedade (ASSEF, et al., 2021).

A psicose puerperal é uma emergência psiquiátrica, sendo considerada a manifestação mais grave de sintomas depressivos durante a gestação ou até duas semanas após o parto. O início dos sintomas é abrupto, com presença de alucinações, angústia, insônia, delírios, estado confusional e observação grave ou pensamentos delirantes ao recém-nascido (ASSEF, et al., 2021).

Os transtornos de humor são uma classe de condições psiquiátricas que afetam o estado emocional dos indivíduos de maneira prolongada e intensa, interferindo no seu funcionamento diário. Dentre os transtornos mais conhecidos, estão o transtorno depressivo maior (TDM) e o transtorno afetivo bipolar (TAB), que se manifestam por meio de alterações significativas no humor. O transtorno bipolar é marcado pela alternância entre episódios depressivos e maníacos ou hipomaníacos, onde os sintomas incluem euforia, aumento da energia e comportamento impulsivo. A fisiopatologia destes transtornos envolvem a interação entre fatores genéticos, neurobiológicos e ambientais, sendo que os eventos adversos de vida na infância são identificados como importantes fatores de risco influenciadores do desenvolvimento e evolução dessas condições (DSM5, 2014).

Assim, a instabilidade do transtorno afetivo de humor, provocou o desenvolvimento da psicose puerperal, o qual é um fenômeno complexo e raro na prática clínica. Desse modo, o presente trabalho visa relatar um caso clínico de uma paciente após sua quarta gestação, com sinais e sintomas de psicose pós-parto de recorrência internada pela quarta vez em uma instituição psiquiátrica. O objetivo do estudo é realizar uma análise do caso, identificar fatores de risco, definir uma estratégia terapêutica que abordam tanto os aspectos neurobiológicos quanto

os psicológicos afim de promover um tratamento eficaz para a paciente.

2. DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente C. M. A., sexo feminino, 32 anos, natural de Araguaina – GO, procedente de Aparecida de Goiânia – GO, ensino médio completo, em união estável heteroafetiva e evangélica, foi admitida no Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira para internação psiquiátrica de forma involuntária por seu cônjuge há 15 dias. A admissão e internação foi motivada por um quadro de surto psicótico após 06 dias do parto normal, visto que era a quarta gestação da paciente, sendo três partos normais e um aborto (G4P3A1).

O acompanhante afirma que a paciente apresenta-se assustada, com episódios de labilidade emocional, importante inapetência, com alucinações audiovisuais, como por exemplo, “a minha filha está doente”, “tem pessoas me perseguindo”, “estou escutando vozes”, com presença de quadros de insônia de início e de manutenção, além de apresentar compulsão por compras.

Adicionalmente, em 2012, durante o trabalho de parto de sua primeira gestação, houve um episódio semelhante de psicose puerperal, o qual precisou ser internada em outra instituição psiquiátrica, com o diagnóstico de depressão pós parto. Após esse quadro, houve novamente outra internação psiquiátrica devido à descompensação bipolar, no período de 2016, 2018, 2020, totalizando 4 internações psiquiátricas devido a depressão pós parto e a descompensação do transtorno bipolar.

Paciente afirma histórico de alcoolismo de longa data, visto que iniciou o consumo de álcool aos 16 anos, e relata ter cessado a ingestão do mesmo há 10 meses. Nesse sentido, no histórico familiar da paciente, relata que os pais eram divorciados com relacionamento instável, sendo o pai alcoólatra; a mãe alcoólatra com diagnóstico de esquizofrenia e com histórico de internação psiquiátrica prévia; a irmã possui diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) com internação psiquiátrica prévia.

O tratamento medicamentoso anterior a internação era composto por Carbolitium CR 450mg (1.0.1) durante 8 anos de uso e Quetiapina 25mg (0.0.1) durante 20 dias.

Ao exame físico na admissão da internação, a paciente apresentou-se em bom estado geral, descorada, hidratada, acianótica e anictérica. Em avaliação do aparelho cardiovascular, apresentou ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem

sopros, com frequência cardíaca de 70 bpm e PA: 120x70mmHg; na avaliação do aparelho respiratório, presença de murmúrio vesicular bilateralmente, sem ruídos adventícios, saturando 98% em ar ambiente; na avaliação do abdome, não houve alterações pertinentes.

No exame do estado mental, durante a admissão, a paciente apresentava-se desorientada em tempo e espaço, com o autocuidado prejudicado (vestimentas sujas e com má higiene pessoal). Durante a entrevista apresentava-se com atitude pouco colaborativa com presença de mudez seletiva, resistente às orientações médicas propostas e a aceitação do tratamento, o qual envolve o uso de forma regular e supervisionada dos medicamentos propostos. Orientação auto e alopsíquica prejudicada. Sem alteração da memória e linguagem, inteligência e formação de conceitos sem prejuízo. Pensamento sem alteração em sua forma. Humor hipotímico, com afeto congruente. Sensopercepção com presença de atividade delirante. Controle de impulsos reduzidos. Paciente negou ideação suicida.

3. DIAGNÓSTICO

A partir da entrevista psiquiátrica, foi hipotetizado o diagnóstico sindrômico de depressão pós-parto, timopatia e adicção por álcool. A hipótese de depressão pós-parto foi destacada devido aos sintomas apresentados após o nascimento do recém nascido associado aos quadros semelhantes que a mesma obteve nas gestações prévias. Esses sintomas foram destacados pelo acompanhante, o qual relatou os episódios psicóticos da paciente após o parto, com preocupação excessiva com o recém nascido, além da instabilidade de humor e do sono apresentadas.

A hipótese de que a paciente possa apresentar timopatia foi levantada devido estar relacionado ao transtorno afetivo bipolar, visto que a mesma já teve quadros de descompensação bipolar importante, necessitando de internação psiquiátrica.

Ademais, a hipótese levantada sobre a adicção por álcool é um fator relevante, pois a paciente fez a ingestão desta substância por anos, a qual pode estar diretamente relacionada aos transtornos de humor e ao quadro de psicose puerperal.

4. RESULTADO DE EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM

Paciente não apresentava nenhum exame digno de nota no momento da admissão e durante a internação.

5. FISIOPATOLOGIA DA(S) DOENÇA(S)

A depressão puerperal é o termo utilizado para titular episódios depressivos que ocorrem meses após o nascimento do bebê. Esse quadro, geralmente, inicia-se duas a três semanas após o trabalho de parto, surgindo sintomas como humor deprimido, perda de prazer e interesse nas atividades, alteração de peso e apetite, agitação ou retardo psicomotor, alteração do sono, fadiga, sentimento de culpa e de incapacidade, dificuldade para tomar decisões ou se concentrar. (CANTILINO, et al., 2010).

A etiologia da depressão pós-parto é verificada devido a redução dos níveis de hormônios reprodutivos, alterações tireoidianas, disfunções do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e anormalidades do colesterol e ácidos graxos. Após a expulsão da placenta, os hormônios, progesterona e estradiol exibem uma queda abrupta dos seus níveis, visto que os mesmo estavam extremamente elevados durante a gestação, contribuindo para o quadro de depressão pós-parto. (NARDI, et al., 2022).

A depressão pós-parto envolve alguns biomarcadores em sua fisiopatologia, sendo uns mais sensíveis que os outros, como os hormônios gonadais que são sensíveis aos efeitos dos esteroides, pois há a retirada de doses suprafisiológicas de estradiol e progesterona nesse período, causando sintomas depressivos. Nessa linha de raciocínio, há também a diminuição da ocitocina produzida no organismo e dos neuroesteroides, os quais aumentam durante o período gestacional e apresentam uma queda brusca após o parto. (IZOTON, et al., 2022).

Do ponto de vista genético, apresenta-se o polimorfismo do receptor de estrogênio no período puerperal. Esse polimorfismo atua nos genes codificantes na monoamina oxidase A (MAOA), que estão associados a depressão pós-parto. Assim, as alterações epigenéticas na MAOA associadas a fatores externos adversos, aumentam os níveis de cortisol, promovendo o risco de desenvolver a depressão pós-parto. (IZOTON, et al., 2022).

A psicose pós-parto é um transtorno grave, que ocorre nos primeiros dias de puerpério, apresentando sintomas como euforia, humor irritável, logorreia, agitação e insônia desde os primeiros dias de puerpério, que se intensificam com delírios, ideias persecutórias, alucinações, comportamentos desorganizados, desorientação em tempo e espaço e confusão mental (CANTILINO, et al., 2010).

Ainda, a psicose puerperal, está associada a problemas multifatoriais, visto que

está vinculada a alterações hormonais importantes, desregulação do sistema imunológico, histórico familiar ou pessoal de transtorno bipolar ou psicose pós-parto em gestações anteriores, entre outras causas (IZOTON, et al., 2022).

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é caracterizado por uma oscilação de humor entre quadros depressivos e quadros de alta energia, caracterizado como mania ou hipomania, o qual é um período de humor anormal e persistentemente elevado, expansível ou irritável, com duração mínima de quatro dias consecutivos (DSM-5, 2014).

O TAB é uma patologia com envolvimento genético e ambiental. Dessa forma, a história familiar está entre os fatores de risco mais consistentes, sendo que o risco aumenta de acordo com o grau de parentesco. Além dos fatores genéticos, os fatores ambientais, como trauma precoce, abuso sexual e emocional e a negligência têm associação com a ocorrência e a gravidade dos sintomas. Há também, a relação com o uso de substâncias psicoativas, como o abuso de álcool, aumentam as chances de desenvolver essa comorbidade (NARDI, et al., 2022).

Nesse viés, estudos têm apontado que a inflamação está envolvida na fisiopatologia dos transtornos bipolares. Níveis elevados de citocinas pró-inflamatórias, como a interleucina-6 (IL-6) e o fator de necrose tumoral-alfa (TNF-α), foram identificados em pacientes com depressão e mania. Esses mediadores inflamatórios podem alterar a função dos neurotransmissores e promover a disfunção sináptica, exacerbando os sintomas de humor. A neuroinflamação também está intimamente relacionada à neurodegeneração, comprometendo ainda mais a função cerebral ao longo do tempo e dificultando a recuperação completa entre os episódios de transtorno de humor (SADOCK, 2017).

Ainda, estudos evidenciam que há uma disfunção dos neurotransmissores, o qual a neuroplasticidade desempenha um papel crucial na fisiopatologia. Evidências sugerem que o estresse crônico e repetidos episódios de depressão ou mania podem levar a uma redução na neurogênese no hipocampo, estrutura responsável pelo processamento emocional e na formação de memórias. Em pacientes com transtornos de humor, observa-se uma atrofia do hipocampo e uma conectividade alterada entre o córtex pré-frontal e a amígdala, o que compromete a regulação emocional e aumenta a reatividade ao estresse. Assim, a neuroplasticidade reduzida não apenas contribui para a persistência dos sintomas, mas também diminui a capacidade do cérebro de se adaptar a novos estressores (SADOCK, 2017).

6. TERAPÊUTICA ADOTADA

O plano terapêutico proposto para a paciente com psicose puerperal envolve tanto a abordagem de terapia farmacológica como também a abordagem de psicoterapia psiquiátrica realizada pelos residentes da instituição e tratamento multidisciplinar.

Dessa forma, a abordagem terapêutica foi proposta na admissão pela seguinte estratégia:
Haldol 2mg/ml 50 gotas
Sulfato ferroso 25mg (1.0.1)
Citoneurim 5.000 UI (1.0.0)
Clorpromazina 25mg (2.2.2)
Carbolitium 300mg (1.0.1)

Entretanto, apesar dos ajustes das medicações, a paciente permanecia com quadros delirantes, com insônia e comportamentos de inquietação. Foram realizados clorpromazina 25mg/5ml Meia ampola IM para os quadros de insônia e posteriormente, as medicações foram ajustadas da seguinte maneira:
Sulfato ferroso 25mg (1.0.1)
Citoneurim 5.000 UI (1.0.0)
Clorpromazina 100mg (1.0.1)
4- Carbolitium 300mg (1.1.0)

Em outro episódio delirante de caráter fixo, houve o ajuste das medicações para:
1- Sulfato ferroso 25mg (1.0.1)
Citoneurim 5.000 UI (1.0.0)
Clorpromazina 100mg (1.1.1)
Carbolitium 300mg (1.1.0)

Outrora, ainda com carater de insônia persistente, houve o ajuste para:
Sulfato ferroso 25mg (1.0.1)
Citoneurim 5.000UI (1.0.0)
Olanzapina 10mg (1.0.1)
Clorpromazina 100mg (1.1.1)
Carbolitium 300mg (1.1.1)

Ainda, em perspectiva de psicose persistente, houve o ajuste para:
Sulfato ferroso 25mg (1.0.1)
Citoneurim 5.000UI (1.0.0)
Olanzapina 10mg (1.0.2)

Clorpromazina 100mg (1.1.1)
Carbolitium 300mg (1.1.1)

Além disso, a paciente recebe acompanhamento de psicoterapia psiquiátrica, acompanhamento com psicólogo, realiza atividades físicas com orientação do profissional e fisioterapia motora.

7. COLETA DE DADOS

A coleta de dados para este estudo envolveu a análise detalhada do prontuário médico disponibilizado pela instituição e pelo acompanhamento contínuo e criterioso das psicoterapias psiquiátricas realizadas pelos residentes de psiquiatria do Hospital Maria Cândida Teixeira, localizado, em Nerópolis-GO. Ademais, foi realizada uma busca ativa nas literaturas a fim de compreender a patologia desenvolvida pela paciente e a relação entre a depressão pós-parto com o transtorno afetivo bipolar.

8. DESENVOLVIMENTO

O caso ilustra como o transtorno afetivo bipolar com o abuso de álcool por longo período pode desencadear um quadro de psicose puerperal de recorrência. O tipo de apresentação clínica da paciente, marcada pelo autocuidado prejudicado, desorganização de ideias, humor irritável, agitação, desorientação em tempo e espaço, insônia e quadros psicóticos, é raramente observada, já que ocorre em apenas 1-2 mães a cada 1000 partos, caracterizando como psicose puerperal, com quadro de transtorno de bipolaridade de base (CORRÊA, et al., 2024).

A depressão pós-parto refere-se a um episódio depressivo maior ou sintomas depressivos de intensidade moderada a grave, nos primeiros meses após o nascimento. É um período de maior vulnerabilidade para a mulher, por pelo menos seis meses após o parto. Tal patologia está relacionada a descontinuação da amamentação, conflitos familiares e negligência em relação ao cuidado com a criança, podendo influenciar negativamente no relacionamento entre mãe e filho, comprometendo permanentemente esse vínculo (NARDI, et al., 2022).

A psicose puerperal é o transtorno mental mais grave que pode ocorrer no puerpério, sendo caracterizada por sintomas como logorreia, irritabilidade, euforia, agitação e insônia. Posteriormente, o quadro pode ser agravado pela presença de delírios, comportamento desorganizado e alucinações, desorientação, ideias persecutórias, confusão mental, perplexidade e despersonalização. (CANTILINO, et al., 2010).

É importante a análise do histórico pessoal e familiar prévio de depressão, psicose ou TAB, pois o período puerperal é uma fase de alto risco de manifestações do transtorno bipolar, podendo exacerbar os episódios de mania ou hipomania, provocando um possível episódio psicótico (NARDI, et al., 2022).

Pesquisas recentes associaram risco de psicose pós-parto à ocorrência prévia de transtornos mentais. Um fator de risco que deve ser considerado é a presença de transtorno bipolar, que indica risco alto de psicose puerperal. Na bipolaridade, o risco elevado de recidiva grave é selecionado ao transtorno bipolar tipo 1, com sintomas psicóticos ao invés do tipo 2, com episódios não psicóticos ou depressivos hipomaníacos. Mulheres com bipolaridade anterior ou psicose puerperal apresentam igualdade na recidiva pósparto, entretanto, mulheres com psicose puerperal sofrem doenças mais graves. Por fim, a psicose puerperal pode, ainda, evoluir para depressão pós-parto (ASSEF, et al., 2021).

Segundo análises de fatores de risco para o desenvolvimento de psicose, o histórico pessoal de transtorno bipolar é relevante, já que a psicose pode ser a primeira apresentação do transtorno associado. Os impactos da psicose na puérpera são os déficits na saúde psíquica, como os traumas e o sentimento de medo pelas internações com separação da mãe do recém-nascido e dos demais familiares, apresentando instabilidade emocional, preocupação excessiva, aumento da ansiedade e redução da autoconfiança (CORREA, et al., 2024).

Estudos afirmam que pacientes com bipolaridade já diagnosticada e com histórico de psicose afetiva no período perinatal foi o preditor mais importante da recorrência psicótica. Ademais, mulheres com episódios maníacos pós-parto demonstraram sintomas depressivos com maior perplexidade e autocensura. Dessa forma, acomete de forma importante, desencadeando transtornos traumáticos, além do descontrole emocional e preocupação excessiva com o futuro (CORRÊA, et al., 2024).

Nesse contexto, não há troca de vínculos entre a mãe e a criança, pois está presente um sentimento de distanciamento, que dificulta a troca de emoções e de experiência entre eles, como a dificuldade de amamentação devido a elevação dos níveis de cortisol, causando estresse e ansiedade, e em consequência a isso, afeta a produção do leite materno (CORREA, et al., 2024). Associado a esse quadro, há uma grande importância em a mãe ter uma noite de sono de qualidade, para evitar que haja exacerbação da doença e desencadear novos episódios de surtos.

Em relação ao tratamento para o quadro psicótico, vale ressaltar a importância

de uma intervenção multidisciplinar, além da farmacoterapia, utilizar estratégias psicossociais, prática de atividade física regular e psicológica, como a terapia cognitivo comportamental, a fim de reduzir os riscos desse problema evoluir para quadros depressivos e ansiosos (CORRÊA, et al., 2024).

Em uma outra abordagem, evidências confirmam que a combinação de lítio, antipsicóticos e benzodiazepínicos demonstraram eficácia no tratamento para o surto psicótico. Dependendo do caso, o uso de terapia eletroconvulsiva também pode ser pertinente, com intuito de melhorar a qualidade de vida dessa mulher e do bebê (IZOTON, et al., 2022).

Assim, o caso da paciente evidencia a importância de uma abordagem psiquiátrica que inclua a farmacoterapia adequada com ajustes das dosagens dos medicamentos, a psicoterapia psiquiátrica semanalmente que envolva não somente a paciente, mas também sua família no tratamento a fim de compreender melhor a comorbidade existente. O tratamento, portanto, deve ser individualizado levando em consideração fatores sociais, familiares e emocionais, além da intervenção farmacológica.

9. CONCLUSÃO

A partir da análise do caso, observou-se que a combinação entre o transtorno afetivo bipolar e a depressão pós-parto, contribuiu para a exacerbação do quadro de psicose puerperal. A relação entre as internações anteriores devido há quadros prévios semelhantes de depressão pós-parto e psicose puerperal, foram fatores importantes para a conclusão da hipótese diagnóstica.

O quadro prévio de transtorno afetivo bipolar, foi a causa base da exacerbação da doença desde a primeira gravidez, a qual a paciente teve episódios de depressão pós-parto e que necessitou ser internada para seu tratamento. Essa doença de base, associada ao uso de álcool por longo período, fez com que a paciente ficasse sujeita ao quadro psiquiátrico grave, com alteração da cognição, sensopercepção.

Os objetivos do tratamento incluem tirar a paciente dos surtos psicóticos, com o intuito de voltá-la para a realidade e que a mesma conseguisse sair da internação com uma tratamento adequado, com a doença de base (TAB) estabilizada e que tenha saído dos surtos psicóticos, permanecendo organizada, erética, normotímica, cognitiva e ativa. Porém, os objetivos não foram alcançados, pois o tratamento não foi completamente efetivo, visto que o responsável realizou a evasão da mesma da instituição antes de completar o tratamento. Contudo,

permanece o desafio de ter uma continuidade de tratamento ambulatorial, com consultas semanais para monitoramento das crises psicóticas da paciente.

A hipótese de que a influência do histórico familiar e pessoal, associado aos fatores ambientais, contribuem para o novo quadro de psicose puerperal, sendo que a paciente já havia passado por quadros psiquiátricos semelhantes nas gestações anteriores.

O problema da pesquisa, que se referia à correlação do transtorno afetivo bipolar, o uso abusivo de álcool e a psicose pós-parto, foi elucidado pelos achados clínicos, os quais foram escassos os artigos que correlacionaram essas três abordagens concomitantemente, sendo pesquisados na plataforma da Scielo e Google Acadêmico. Além disso, durante a coleta de informação com a paciente, houve bastante empecilho, já que a mesma permaneceu durante toda a internação em psicose, sem conseguir relatar com detalhes e precisão sobre seu passado e seus problemas psiquiátricos anteriores à gestação.

Destacamos a importância de futuras pesquisas explorarem o impacto do apoio familiar no manejo de comorbidades psiquiátricas, particularmente em pacientes que apresentam histórico de depressão pós-parto e psicose puerperal reincidente.

Referências:

CORRÊA, J. B. C. DE; LEALA. R. S.; SÁC. L. P. DE; CONTREIRAS, D. G.; RAMOSK. S.; CARVALHO, L. R. P. DE; MAIA, M. A. DA S. Q.; LINS, M. L. M. DE A.; SILVA, V. C. A.; LEITÃO, L. P. C. **Impactos da psicose puerperal na saúde da mulher. Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 4, p. e16203, 18 abr. 2024.

IZOTON, R. G.; CATTANEO, A.; LEITE, V. T.; CASTRO, M. G. DE O.; LINHEIRO, C. V.; ALBUQUERQUES. R. C. DE; SOUZA, L. S. C. DE; RODRIGUES, B. C.; LOPES, B. A. **Depressão pós-parto e psicose puerperal: uma revisão de literatura.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 15, n. 11, p. e11409, 30 nov. 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CANTILINO A, et al. T**ranstornos psiquiátricos no pós-parto.** Rev. Psiq. Clín., 2010

NARDI, A. E. **Tratado de psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria.**

Porto Alegre: Artmed, 2022.

ASSEF, M. R.; BARINA, A. C. M.; MARTINS, A. P. P.; MACHADO, J. G. DE O.; AMADO, L. O.; TOLEDO, L. DE; BINKOWSKI, L. L. T.; CORREIA, M. C. ÁLVARES; FERNANDES, T. P.; SOARES, G. F. G. **Aspectos dos transtornos mentais comuns ao puerpério.** Revista Eletrônica Acervo Científico, v. 29, p. e7906, 7 jul. 2021.

SADOCK, BENJAMIN J. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica** [recurso eletrônico] / Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz ; tradução: Marcelo de Abreu Almeida ... [et al.] ; revisão técnica: Gustavo Schestatsky... [et al.] – 11. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2017.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA EM PACIENTE COM TRANSTORNO ALIMENTAR: RELATO DE CASO

Ludimila Gonçalves Lima
Residência Médica
Orientadores: Prof (ª). Msa Jaqueline Josefa da Silva Leão e Wilmar Teixeira
Hospital Maria Cândida Teixeira
Nerópolis - Goiás

RESUMO

Na literatura, os distúrbios alimentares são descritos como padrões persistentes e inadequados de comportamento alimentar e físico, associados a intensas emoções, que demonstram um impacto significativo na saúde física e mental do indivíduo. O presente estudo visa abordar os tratamentos disponíveis para o Transtorno alimentar (TA) no âmbito das ciências psicológicas. Ele aborda a participação ativa do paciente em seu tratamento e as medidas eficazes. Para tanto, foi feito um relato de caso da paciente L.G.M. com quadro de transtorno alimentar, que será citado no decorrer do texto, abordando as medidas terapêuticas existentes para tais patologias e suas colaborações e eficácia. Em síntese, a abordagem psiquiátrica no tratamento do transtorno alimentar, exemplificado pelo caso de L.G.M., oferece uma estrutura holística e abrangente para lidar com os desafios clínicos e psicossociais apresentados por pacientes nessa condição. A combinação de intervenções psicoterapêuticas, nutricionais, familiares e farmacológicas permite uma abordagem adaptada às necessidades individuais de cada paciente, visando não apenas a remissão dos sintomas, mas

também a promoção de uma recuperação sustentável a longo prazo.

Palavras-Chave: Eating disorder. Psychotherapy. Pharmacotherapy. Nutritional therapy. Family therapy.

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo visa abordar os tratamentos disponíveis para o transtorno alimentar (TA) no âmbito das ciências psicológicas. Ele aborda a participação ativa do paciente em seu tratamento e as medidas eficazes. Nessa área do conhecimento, busca-se compreender como determinados fármacos e outras medidas terapêuticas agem sobre o quadro do paciente com TA. A investigação dessa temática envolve aspectos multidisciplinares, combinando conhecimentos da psiquiatria, psicologia clínica, neurociência e saúde pública, visando desenvolver estratégias eficazes de prevenção, diagnóstico e tratamento para os pacientes que enfrentam essa condição complexa.

O interesse pelo tema surgiu a partir da observação do caso de uma paciente internada no mês de março de 2024 no Hospital Maria Cândida Teixeira (HMCT) devido a recusa alimentar há dias, além de comportamentos ameaçadores à vida. A identificação de uma vasta quantidade de pacientes com esse perfil levantou a necessidade de investigação das principais repercussões associadas a essa condição. Nesse contexto, o transtorno alimentar emergiu como uma psicopatologia relevante e prevalente no HMCT,destacando a complexidade do quadro clínico desses indivíduos.

Na literatura, os distúrbios alimentares são descritos como padrões persistentes e inadequados de comportamento alimentar e físico, associados a intensas emoções, que demonstram um impacto significativo na saúde física e mental do indivíduo. Alterações substanciais nos hábitos alimentares e uma preocupação excessiva com a imagem corporal, além da relação doentia com os alimentos são características proeminentes observadas em pessoas com transtornos alimentares. Mais de 30 milhões de indivíduos são impactados pelos transtornos alimentares, os quais acarretam sérias complicações à saúde e podem resultar em riscos significativos de morbidade e mortalidade. É essencial realizar um rastreamento efetivo dos transtornos alimentares, dado que frequentemente passam despercebidos e não recebem o devido tratamento (Kutz et al, 2019).

Nesse sentido, os transtornos alimentares, como a anorexia nervosa, bulimia e compulsão alimentar, mantém sua relevância inegável no panorama contemporâneo, especialmente entre os jovens. Em uma era onde as redes sociais

moldam os ideais de beleza e a busca por aceitação social é constante, muitos indivíduos enfrentam uma pressão implacável para atender a padrões inatingíveis de magreza e perfeição física. Esta constante exposição a imagens manipuladas e estereótipos de corpos idealizados pode desencadear uma espiral perigosa de comportamentos alimentares desordenados, exacerbando a prevalência desses distúrbios. Ademais, a pandemia de COVID-19 ampliou esses desafios, com o aumento do isolamento social e o estresse generalizado contribuindo para um aumento nos sintomas e dificultando ainda mais o acesso aos recursos de tratamento (Stefani et al. 2023).

A relevância da discussão sobre transtornos alimentares vai além da esfera individual e atinge o âmbito social e cultural. A sociedade contemporânea, muitas vezes, perpetua uma cultura de corpo "ideal" que não apenas marginaliza, mas também patologiza a diversidade de formas corporais. Essa pressão constante para se adequar a um padrão estreito de beleza pode gerar sentimentos de inadequação e vergonha, levando a uma busca incessante por controle através da alimentação e do peso corporal (Appolinário e Claudino, 2000).

Além da conscientização sobre a prevalência e os fatores contribuintes dos transtornos alimentares, é igualmente crucial destacar a importância de discutir os diversos tratamentos disponíveis. Cada indivíduo enfrentando um transtorno alimentar é único em sua jornada de recuperação, e, portanto, é fundamental reconhecer a variedade de abordagens terapêuticas que podem ser eficazes. Desde a terapia cognitivo-comportamental até a terapia familiar, passando pela intervenção nutricional e a medicamentosa, há uma gama de opções disponíveis para atender às necessidades específicas de cada paciente. Além disso, a promoção de uma abordagem psiquiátrica que integre profissionais da psiquiatria, nutrição e medicina é essencial para fornecer um suporte abrangente e holístico. Ao discutir abertamente os diferentes tratamentos disponíveis, podemos ajudar a reduzir o estigma em torno dos transtornos alimentares e encorajar os indivíduos a buscar ajuda que seja mais adequada às suas necessidades individuais, contribuindo assim para um caminho mais eficaz em direção à recuperação (Ida e Silva, 2007).

2. RELATO DE CASO

Anamnese:

Paciente L.G.M., sexo feminino, 13 (treze) anos, deu entrada no hospital via resgate, acompanhada da responsável legal (avó) com queixa de recusa alimentar há 3 (três) dias associada a inapetência, sonolência e astenia. A criança diz não ter desejo de se alimentar e que "a comida me deixa suja" (SIC) além de um

medo irracional do aumento de peso.

Quando questionada, L.G.M. informa que o processo de distúrbio alimentar e distorção de imagem corporal teve início por volta de 1 (um) ano, na medida em que familiares e amigos faziam comentários sobre seu corpo e alimentação. Segundo a paciente, todo esse contexto a incomodava veemente e, frente a isso, retirou primeiramente o jantar, seguido pelo café da manhã e almoço, até que não restasse nenhuma refeição diária.

A avó relata que a criança não apresenta compulsões específicas por quaisquer alimentos, entretanto, sempre que sente que consumiu mais calorias do que gostaria provoca vômitos. Segundo a acompanhante na mesma temporalidade do início do comportamento característico de transtorno alimentar teve início também um processo de automutilação em membros superiores, evoluindo para inferiores logo em seguida, com curto espaço de tempo.

A acompanhante afirma que a jovem desenvolveu um quadro depressivo grave, já diagnosticado pelo psiquiatra responsável, após presenciar o suicídio da mãe, por meio de um enforcamento, há cerca de 11 (onze) meses do episódio atual tendo seguimento psicológico e psiquiátrico desde então.

Conforme relatado pela familiar e responsável legal, os pais da criança em questão se divorciaram quando essa estava com 7 (sete) anos de idade e antes disso era comum que presenciasse discussões familiares diariamente, após a separação a criança passou a morar com a mãe, a avó materna e a irmã.

Quando questionada acerca do desenvolvimento escolar, a paciente diz não ter problemas referentes a estudos e ter um núcleo de amizades restrito, porém sem dificuldade de comunicação social.

Após diagnóstico firmado de transtorno depressivo maior foi prescrito e segue em uso de carbonato de lítio 300mg uma vez ao dia e cloridrato de sertralina 50mg pela manhã.

No momento da admissão hospitalar, o paciente queixava-se de astenia e dificuldade de deambulação, além de apresentar crises conversivas, negando outras queixas psicológicas.

Exame Físico:

No momento da admissão, a paciente encontrava-se em regular estado geral,

com desidratação moderada, acianótica, anictérica e afebril. O ritmo cardíaco encontrava-se regular, em dois tempos, sem sopros audíveis, com frequência cardíaca de 80 batimentos por minuto e pressão arterial de 113x80 mmHg.

A saturação de oxigênio, aferida através de oxímetro de pulso, encontrava-se em 98% em ar ambiente. À ausculta o murmúrio vesicular estava presente, sem ruídos adventícios, negando dispneia.

Após exame criterioso conferiu-se abdome sem alterações dignas de nota, indolor à palpação e com ruídos hidroaéreos presentes.

Ao exame psíquico paciente encontrava-se hipovigil, hipotimica, normotenaz, normoproséxica, com ausência de alterações da sensopercepção, pensamento de curso acelerado, ausência de produções delirantes, inteligência preservada, linguagem de conteúdo adequado, apresentando instabilidade e oscilações de humor, com comportamentos impulsivos e sinais de agressividade. Quando questionada negou ideação suicida porém apresentava sinais de automutilação.

Hipótese diagnóstica:

A partir do quadro descrito e de estudo criterioso do quadro da paciente foram levantadas hipóteses diagnósticas de distúrbio alimentar e do humor, associado a ansiedade generalizada.

Conduta:

Foi feita a devida orientação aos familiares da paciente acerca da gravidade do quadro clínico apresentado e a indicação de internação integral na instituição que foi aceita.

Com a finalidade de descartar quaisquer causas secundárias para o quadro descrito, tais quais intoxicação por lítio ou outras substâncias, foram solicitados exames laboratoriais subsidiários.

Visando o melhora clínica e controle da situação atual prescreveu-se haloperidol 2 mg/ml (30-40 gotas), cloridrato de sertralina 6 mg (um comprimido à tarde) e carbonato de lítio 300mg (meio comprimido pela noite). Além disso, psicoterapia familiar e psicoterapia individual como terapias não medicamentosas auxiliares.

Exames subsidiários:

Os exames realizados excluíram anemia, intoxicação por lítio (litemia 0,6 mg/dl) ou quaisquer intoxicações medicamentosas, apresentam boa função hepática (TGO: 20 U/L, TGP: 6 U/L), sem sinais de inflamação no momento (PCR 0,17 mg/dl), eletrocardiograma mostrou um ritmo sinusal, com alterações difusas da repolarização ventricular e o EAS não apresentou alterações dignas de nota.

Prognóstico e acompanhamento:

Atualmente, a paciente encontra-se em seu 15° (décimo quinto) dia de internação hospitalar mantendo a prescrição supracitada. A respeito da psicoterapia não houve grande evolução, a jovem queixa-se de dificuldade para se expressar.

Durante os dias de internação apresentou dois episódios de vômitos pós alimentação e tentativa de automutilação em membro superior direito após um episódio de compulsão alimentar.

Para melhor acompanhamento do quadro, foi encaminhada ao hospital dia mantendo psicoterapia, psicoeducação e psicofarmacologia. A família recebeu orientações acerca dos diagnósticos e prognóstico.

3. DISCUSSÃO

A prevalência de transtornos alimentares tem sido ligada a uma variedade de fatores biopsicossociais complexos. A etiopatogenia dos TAs é complexa, sendo influenciada por uma interação de fatores biológicos, psicológicos e ambientais. No âmbito biológico, a disfunção circadiana hormonal desempenha um papel importante, afetando os ritmos naturais do corpo e influenciando o apetite, a saciedade e a regulação do peso. Alterações nos horários de sono e vigília podem perturbar esses ritmos, levando a desregulações no padrão de ingestão alimentar e predispondo indivíduos ao desenvolvimento dessas patologias (Bernardi et al, 2009).

Do ponto de vista ambiental, a sociedade contemporânea, com seus padrões irreais de beleza e pressões culturais sobre o corpo e a alimentação, também contribui para a epidemia dos transtornos alimentares. A disseminação das mídias sociais e a constante exposição a imagens retocadas e idealizadas podem intensificar os sentimentos de inadequação e insatisfação corporal, levando a comportamentos alimentares prejudiciais. Além disso, fatores socioeconômicos, como desigualdades de renda e acesso limitado a alimentos saudáveis, podem desempenhar um papel na predisposição a essas condições, destacando a necessidade de uma abordagem holística e multifacetada para prevenir e tratá-

las (Figueiredo et al, 2022).

O caso apresentado revela uma interseção complexa entre transtorno alimentar, transtorno do humor e ansiedade generalizada, exigindo uma abordagem terapêutica abrangente e multidisciplinar. Diante da presença de sintomas como recusa alimentar, distorção da imagem corporal, automutilação e crises conversivas, é evidente a gravidade do quadro clínico da paciente. A história de vida tumultuada, marcada por eventos traumáticos como o suicídio da mãe e o divórcio dos pais, evidencia o impacto psicossocial significativo que pode contribuir para o desenvolvimento e a manutenção dos transtornos mentais.

A abordagem terapêutica ideal para transtornos alimentares deve ser abrangente, adaptada às necessidades individuais do paciente e integrada com uma equipe psiquiátrica de saúde. Embora cada abordagem tenha suas vantagens e limitações, a combinação de psicoterapia, terapia nutricional, terapia familiar e, em alguns casos, farmacoterapia, pode oferecer os melhores resultados para os pacientes. É fundamental que os profissionais de saúde tenham um entendimento completo das diferentes opções de tratamento disponíveis e possam colaborar de forma eficaz para fornecer o melhor cuidado possível aos pacientes com transtornos alimentares (Oliveira e Hutz, 2010).

Psicoterapia cognitivo-comportamental

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) emerge como uma abordagem terapêutica altamente relevante no caso da paciente L.G.M., oferecendo uma estrutura eficaz para abordar seus transtornos alimentares associados à depressão grave e automutilação. A premissa fundamental da TCC, que destaca a influência dos pensamentos disfuncionais e comportamentos mal adaptativos, ressoa profundamente com as complexidades do quadro clínico apresentado pela paciente. Nesse contexto, a TCC busca identificar e modificar padrões de pensamento e comportamento que sustentam os transtornos alimentares, promovendo uma mudança significativa na relação com a alimentação e sua percepção corporal (Mitchell et al, 2001).

Nesse caso específico, a reestruturação cognitiva desempenharia um papel crucial. Ao desafiar pensamentos distorcidos relacionados à alimentação, peso e imagem corporal, a TCC ajudaria a paciente a examinar criticamente suas crenças arraigadas, como o medo irracional de ganhar peso ou a associação da alimentação com sentimentos de sujeira. Através desse processo, L.G.M. poderia desenvolver uma compreensão mais realista de si mesma e de suas necessidades nutricionais, reduzindo assim a intensidade de suas compulsões

alimentares e comportamentos de restrição (Peres e Santos, 2011).

Além da reestruturação cognitiva, a TCC também oferece a oportunidade de se envolver em exposições graduais a alimentos temidos e situações desencadeantes. Dada sua aversão à alimentação e ansiedade associada, essa abordagem permitiria à paciente enfrentar seus medos de forma controlada, ajudando-a a desenvolver estratégias eficazes para lidar com a ansiedade e reduzir comportamentos de evitação alimentar (Leichsenring, 2005).

Outro aspecto crucial da TCC no caso da paciente em questão é o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e regulação emocional. Dado seu histórico de automutilação e depressão grave, a aprendizagem de estratégias saudáveis para lidar com emoções difíceis é essencial para sua recuperação a longo prazo. A TCC oferece ferramentas práticas para identificar gatilhos emocionais e desenvolver alternativas saudáveis para lidar com ansiedade, tristeza e raiva, reduzindo assim a dependência de comportamentos alimentares desordenados e promovendo uma maior estabilidade emocional (Fernandes, 2006).

Terapia nutricional:

A terapia nutricional desempenha um papel vital no tratamento da paciente L.G.M. e seu transtorno alimentar associado a depressão grave e automutilação. Nesse contexto, a terapia nutricional é projetada para restaurar um padrão alimentar saudável, corrigir deficiências nutricionais e promover uma relação equilibrada com a comida. Para o caso descrito, que apresenta recusa alimentar e inapetência, a terapia nutricional visa fornecer orientação e apoio para ajudá-la a superar suas barreiras alimentares e estabelecer uma rotina alimentar adequada (Farias e Rosa, 2020).

Um dos principais componentes da terapia nutricional é a educação alimentar, onde o paciente é instruído sobre os princípios de uma alimentação equilibrada e saudável. Isso inclui informações sobre a importância dos diferentes grupos alimentares, como carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais, e como incorporá-los em suas refeições diárias para garantir uma nutrição adequada. Além disso, a terapia nutricional aborda crenças distorcidas sobre alimentação e peso, fornecendo informações precisas e desafiando mitos alimentares prejudiciais (Greenwood e Fonseca, 2016).

Outro aspecto crucial da terapia nutricional é o estabelecimento de metas alimentares realistas e individualizadas para cada necessidade, levando em consideração suas preferências pessoais, restrições alimentares e necessidades

calóricas específicas. Isso pode envolver a elaboração de um plano de refeições estruturado e a introdução gradual de alimentos desafiadores para ajudá-la a superar sua recusa alimentar e aumentar sua ingestão calórica de forma segura e gradual. Além disso, a terapia nutricional monitora de perto o peso e o estado nutricional de L.G.M. e ajusta o plano de tratamento conforme necessário para garantir sua progressão adequada (American Dietect Association, 2006).

Além de fornecer suporte nutricional direto, a terapia nutricional também trabalha em colaboração com outras intervenções terapêuticas, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e a terapia familiar, para garantir uma abordagem integrada e abrangente no tratamento de L.G.M. e seu transtorno alimentar. Essa colaboração interdisciplinar é essencial para fornecer à paciente o suporte necessário para superar seus desafios alimentares, melhorar sua saúde física e emocional e promover uma recuperação sustentável a longo prazo (Farias e Rosa, 2020).

Terapia familiar:

A terapia familiar é projetada para envolver os membros da família de L.G.M. no processo de tratamento, fornecendo apoio emocional, educação e estratégias para lidar com os desafios enfrentados pela paciente e pela família como um todo. Um dos principais objetivos da terapia familiar é melhorar a comunicação e o funcionamento familiar, criando um ambiente de apoio e compreensão para os envolvidos e sua jornada de recuperação. Isso envolve explorar dinâmicas familiares, identificar padrões disfuncionais de interação e promover mudanças positivas para fortalecer os laços familiares e melhorar o apoio emocional (Nicoletti et al, 2010).

Além disso, a terapia familiar aborda questões específicas relacionadas ao transtorno alimentar, como o impacto das atitudes e comportamentos dos membros da família em relação à comida, ao peso e à imagem corporal. Isso pode incluir educar os membros da família sobre os transtornos alimentares, desafiar crenças distorcidas e ajudá-los a desenvolver estratégias eficazes de apoio para a paciente em sua jornada de recuperação (Gorgati, Holcberg e Oliveira, 2002).

Outro aspecto importante da terapia familiar é o envolvimento ativo dos membros da família no processo de tratamento, incluindo a participação em sessões terapêuticas conjuntas e o apoio às mudanças comportamentais e de estilo de vida propostas para L.G.M. Isso pode envolver o estabelecimento de limites saudáveis, a criação de um ambiente alimentar positivo e o incentivo ao autocuidado e à expressão emocional tanto para a jovem quanto para os

membros da família (Zerbe, 2001).

Além disso, a terapia familiar pode ser uma plataforma para resolver conflitos familiares subjacentes, lidar com traumas passados e fortalecer os recursos familiares para enfrentar os desafios futuros. Isso não apenas beneficia a paciente em seu processo de recuperação, mas também fortalece o sistema familiar como um todo, promovendo o bem-estar e a resiliência a longo prazo (Oliveira, 2001).

Farmacoterapia:

A farmacoterapia é utilizada para complementar as intervenções psicoterapêuticas e nutricionais, visando aliviar sintomas específicos e promover a estabilidade emocional e física de L.G.M.. Uma classe de medicamentos frequentemente prescrita no tratamento de transtornos alimentares é a dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), como fluoxetina, sertralina e citalopram. Esses medicamentos são eficazes no tratamento de sintomas depressivos e na redução de episódios de compulsão alimentar e purgação em pacientes com bulimia nervosa, como observado no caso em questão. Além disso, os ISRS também podem ajudar a melhorar o humor e a estabilidade emocional da paciente (Pomerantz, 2005).

Outra classe de medicamentos que pode ser considerada no tratamento de transtornos alimentares são os antipsicóticos atípicos, como a olanzapina. Em casos selecionados, esses medicamentos podem ser prescritos para promover o ganho de peso e reduzir a ansiedade e a obsessão alimentar em pacientes com anorexia nervosa. No entanto, é importante monitorar de perto os efeitos colaterais potenciais associados ao uso desses medicamentos (Lafraire et al, 2016).

Ademais, medicamentos como anticonvulsivantes e estimulantes do sistema nervoso central também têm sido estudados e utilizados no tratamento de transtornos alimentares, como o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), que pode apresentar compulsões alimentares como sintoma principal. No entanto, a escolha e a prescrição de medicamentos devem ser individualizadas e baseadas nas necessidades específicas de cada paciente, levando em consideração fatores como histórico médico, sintomas predominantes e tolerância a medicamentos (Cooper et al, 2021).

É fundamental ressaltar que a farmacoterapia deve ser integrada a um plano de tratamento abrangente, que inclua psicoterapia, terapia nutricional e suporte psicossocial, para garantir uma abordagem holística e eficaz no tratamento

do transtorno alimentar de L.G.M. Portanto, o acompanhamento regular e o monitoramento dos efeitos colaterais são essenciais para garantir a segurança e a eficácia do tratamento farmacológico a longo prazo (Victoria et al, 2008).

4. CONCLUSÃO

Em síntese, a abordagem psiquiátrica no tratamento do transtorno alimentar, exemplificado pelo caso de L.G.M., oferece uma estrutura holística e abrangente para lidar com os desafios clínicos e psicossociais apresentados por pacientes nessa condição. A combinação de intervenções psicoterapêuticas, nutricionais, familiares e farmacológicas permite uma abordagem adaptada às necessidades individuais de cada paciente, visando não apenas a remissão dos sintomas, mas também a promoção de uma recuperação sustentável a longo prazo.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) surge como uma ferramenta eficaz para abordar os padrões disfuncionais de pensamento e comportamento associados ao transtorno alimentar, promovendo uma mudança positiva na relação do paciente com a comida e sua imagem corporal. A terapia nutricional complementa essa abordagem, fornecendo orientação e suporte para estabelecer hábitos alimentares saudáveis e restaurar o equilíbrio nutricional.

Além disso, a terapia familiar desempenha um papel crucial na criação de um ambiente de apoio e compreensão para o paciente, envolvendo os membros da família no processo de tratamento e promovendo a comunicação aberta e o apoio emocional. A farmacoterapia, quando indicada, visa aliviar sintomas específicos e promover a estabilidade emocional e física do paciente, sempre com uma abordagem individualizada e monitoramento rigoroso.

Ao reconhecer a complexidade do transtorno alimentar e adotar uma abordagem integrada e personalizada, os profissionais de saúde podem oferecer o suporte necessário para ajudar os pacientes, como L.G.M., a superar seus desafios e alcançar uma recuperação significativa. Portanto, a continuidade da pesquisa e da prática clínica nessa área é fundamental para aprimorar ainda mais nossas intervenções e promover melhores resultados para aqueles que enfrentam essa condição debilitante.

Referências:

Stefani MDD, Azevedo LDS, Souza APL de, Santos MA dos, Pessa RP. **Tratamento dos transtornos alimentares: perfil sociodemográfico, desfechos e fatores associados.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria [Internet]. 2023 Aug 28

[citado 2023 Nov 7];72:143–51. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/STmnKxK7rCRhVPJD7WXt5LL/?lang=pt#

Appolinário JC, Claudino AM. **Transtornos alimentares. Brazilian Journal of Psychiatry** [Internet]. 2000 Dec 1 [cited 2024 Apr 13];22(suppl 2):28–31. Available from: https://www.scielo.br/j/rbp/a/P6XZkzr5nTjmdVBTYyJVZPD

Ida SW, Rosane S. **Transtornos alimentares: uma perspectiva social. Revista Mal Estar e Subjetividade** [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 13];7(2):417–32. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482007000200010

Kutz A M et al. **Eating Disorder Screening: a Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Characteristics of the SCOFF.** Journal of General Internal Medicine, 8 nov.
2019.

Bernardi F, Beatriz A, Rosa Maria Levandovski, Paz M. **Transtornos alimentares e padrão circadiano alimentar: uma revisão.** Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul [Internet]. 2009 Dec 1 [cited 2024 Apr 13];31(3):170–6. Available from: https://www.scielo.br/j/rprs/a/5BHqdcNj7VybXgLjMWhTkmQ/?lang=pt#

Figueiredo BQ de, Mendes GAR, Cunha ÍÍBR da, Dias JN, Cunha LLP da, Santos LM da S, et al. **Transtornos alimentares: etiologias, fatores desencadeantes, desafios de manejo e métodos de triagem.** Research, Society and Development. 2022 Sep 10;11(12):e161111234476.

Oliveira L L, Hutz CS. **TRANSTORNOS ALIMENTARES: O PAPEL DOS ASPECTOS CULTURAIS NO MUNDO CONTEMPORÂNEO EATING DISORDERS: THE ROLE OF CULTURAL ASPECTS IN THE CONTEMPORARY WORLD** [Internet]. 2010. Available from: https://www.scielo.br/j/pe/a/MGVrVGGrjn8VPDYyCqdmNLj/?format=pdf&lang=pt

Mitchell, J. E., Peterson, C. B., Myers, T., & Wonderlich, S. (2001). **Combining pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of patients with eating disorders. Psychiatric Clinics of North America**, 24 (2), 315-323

Peres, R. S., & Santos, M. A. (2011). **Técnicas projetivas na avaliação de aspectos psicopatológicos da anorexia e bulimia.** Psico - USF, 16 (2), 185-192.

Pomerantz, J. M. (2005). **Eating disorders: when is medication use appropriate?**

Drug Benefit Trends, 17 (8), 364-365.

Leichsenring, F. (2005). **Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. International Journal of Psychoanalysis**, 86 (3), 841-868.

Fernandes, M. H. (2006). **Transtornos alimentares: anorexia e bulimia São Paulo: Casa do Psicólogo.**

Farias CTS, Rosa RH. **A educação alimentar e nutricional como estratégia no tratamento dos transtornos alimentares / Food and nutrition education as a strategy in the treatment of eating disorders.** Brazilian Journal of Health Review [Internet]. 2020 Aug 26;3(4):10611–20. Available from: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/15623

Greenwood S de A, Fonseca AB. **Espaços e caminhos da educação alimentar e nutricional no livro didático.** Ciência & Educação (Bauru). 2016 Mar;22(1):201–18.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. **Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Other Eating Disorders.** Journal of the American Dietetic Association. 2006 Dec;106(12):2073–82

.

Nicoletti M, Gonzaga AP, Modesto SEF, Cobelo AW. **Grupo psicoeducativo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares na adolescência.** Psicologia em Estudo. 2010 Mar;15(1):217–23.

Gorgati SB, Holcberg AS, Oliveira MD de. **Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares.** Revista Brasileira de Psiquiatria. 2002 Dec;24(suppl 3):44–8.

Zerbe KJ. **The inicial role of psychodynamic understanding in the treatment of eating disorders.** Psychyatric Clin N Am 2001;24:305-13.

Oliveira MD. **O impasse narcísico na bulimia nervosa. Mudanças Psicoter Estud Psicossociais** 2001;9(15):13-26.

Lafraire J, Rioux C, Giboreau A, Picard D. **Food rejections in children: cognitive and social/environmental factors involved in food neophobia and picky/fussy eating behavior.** Appetite. 2016;96:347-57. https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.09.008 PMID:26391004

Cooper M, Collison AO, Collica SC, Pan I, Tamashiro KL, Redgrave GW, Schreyer CC, Guarda AS. **Gastrointestinal symptomatology, diagnosis, and treatment history in patients with underweight avoidant/restrictive food intake disorder and anorexia nervosa: impact on weight restoration in a meal-based behavioral treatment program.** Int J Eat Disord. 2021;54(6):1055-62. https://doi.org/10.1002/eat.23535 PMID:33973254

Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, Sachdev HS; **Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital.** Lancet. 2008;371(9609):340-57. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61692-4 PMID:18206223 - PMCID:PMC2258311

Projeto Árvore dos Campeões: O Jiu-Jitsu como Ferramenta Terapêutica na Saúde Psiquiátrica

O Projeto Árvore dos Campeões é uma iniciativa do Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira que incorpora o jiu-jitsu como um recurso terapêutico no tratamento da saúde psiquiátrica. Fundamentado em princípios da neurociência e da psicologia do esporte, o projeto busca promover não apenas benefícios físicos, mas também impactos significativos no bem-estar emocional e na ressignificação da autoestima dos pacientes.

A prática do jiu-jitsu estimula a disciplina, o controle emocional e a capacidade de resiliência, aspectos fundamentais no processo terapêutico. Além disso, o contato com a modalidade favorece a socialização e a construção de uma identidade positiva, proporcionando aos participantes um senso de pertencimento e conquista pessoal.

A experiência clínica tem demonstrado que atividades esportivas estruturadas podem ser aliadas importantes na reabilitação psiquiátrica, auxiliando na redução dos sintomas de ansiedade, depressão e impulsividade. O Projeto Árvore dos Campeões reforça o compromisso do hospital em inovar no cuidado, utilizando abordagens integrativas que ampliam as possibilidades de recuperação dos pacientes.

Horta terapêutica: cultivando saúde mental e reintegração ao cotidiano

No contexto da assistência em saúde mental, é cada vez mais reconhecida a importância de práticas integrativas que favoreçam o bem-estar, a autonomia e a reinserção social dos pacientes. Nesse cenário, o Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira mantém uma horta como atividade laboral terapêutica, proporcionando aos pacientes uma vivência que alia o contato com a natureza, o estímulo à responsabilidade e o resgate de vínculos com a realidade cotidiana.

O cultivo da terra oferece um espaço simbólico de reconstrução. Ao preparar o solo, escolher as sementes, cuidar das plantas e aguardar seu crescimento, o paciente é convidado a exercitar a paciência, o planejamento, a organização e o zelo. Esses gestos simples ganham profundidade quando compreendidos como práticas que estimulam a reestruturação psíquica, o senso de pertencimento e a retomada de hábitos saudáveis.

Autores como Ulrich (1984) e Kaplan & Kaplan (1989) destacam os benefícios do contato com ambientes naturais na redução do estresse e na promoção da saúde mental. Já Simson e Straus (1998), ao tratarem da horticultura terapêutica, apontam que essa atividade favorece o desenvolvimento de habilidades cognitivas, sociais e motoras, além de fortalecer a autoestima dos participantes. No campo da saúde mental, a horta terapêutica se insere também como um recurso valioso na reabilitação psicossocial, conforme proposto por Saraceno (2001), ao possibilitar a reinserção do sujeito em práticas sociais significativas.

Mais do que produzir hortaliças, a horta terapêutica promove um tempo de presença e contemplação. Em um ambiente hospitalar que busca acolher e restaurar, o contato com a natureza surge como um recurso terapêutico potente,

oferecendo silêncio, ciclos, cores e texturas que dialogam com os ritmos da vida. Ao se responsabilizarem por uma tarefa que tem início, meio e fim, os pacientes se reconhecem capazes, úteis e inseridos em um processo de construção e cuidado.

Essa prática também reforça valores como cooperação, disciplina e gratidão — elementos fundamentais na retomada de uma rotina mais saudável. Em um tempo marcado por impaciência e estímulos excessivos, cultivar uma horta é também um convite a desacelerar e reconectar-se consigo mesmo e com o mundo.

A horta do hospital, portanto, não é apenas um espaço verde entre muros; é uma metáfora viva da possibilidade de recomeço, onde, a cada ciclo, brotam não só alimentos, mas também esperança, equilíbrio e dignidade.

Projeto Guerreiros da Vida

O projeto Guerreiros da vida é uma iniciativa do Hospital psiquiatra Maria Cândida Teixeira que abrange o Muay Thai como um recurso terapêutico no tratamento da saúde psiquiátrica. Oferecendo benefícios físicos e mentais que podem ajudar a melhorar a qualidade de vida e a recuperação.

Além de melhorar a saúde física e o condicionamento, o Muay Thai também promove o desenvolvimento da disciplina mental, autocontrole e resiliência, que são importantes para a recuperação de jovens com problemas mentais, atividade física regular, como o Muay Thai, está associada a uma melhora significativa do humor.

A combinação de exercício físico, liberação de endorfinas e interação social durante os treinos contribui para combater sintomas de depressão e melhorar o humor em geral. O Muay Thai é uma arte marcial tailandesa que se destaca pela sua natureza abrangente, utilizando o corpo todo como ferramenta de ataque e defesa. E tem como objetivo desenvolver habilidades de combate e defesa através do uso de golpes como socos, chutes, cotoveladas, joelhadas, além de técnicas de defesa e esquiva.

Também visa o desenvolvimento de força, resistência, agilidade, coordenação, autoconfiança, disciplina e resiliência. A experiência clínica tem demonstrado que atividades esportivas estruturadas podem ser aliadas importantes na reabilitação psiquiátrica, auxiliando na redução dos sintomas de ansiedade, depressão e impulsividade.

O Projeto Guerreiros da Vida, tem como finalidade e o comprometimento com o hospital em inovar no cuidado com a saúde mental utilizando abordagens integrativas , oferecendo benefícios que vão desde o aperfeiçoamento técnico até o aprimoramento do bem-estar físico e mental dos pacientes.

Ao concluirmos mais esta edição da Revista Acadêmica do Hospital Psiquiátrico Maria Cândida Teixeira, reafirmamos nosso compromisso com a difusão do conhecimento científico em psiquiatria, promovendo discussões baseadas em evidências e contribuindo para o avanço da prática clínica e da pesquisa na área. Os artigos apresentados refletem a diversidade e a complexidade dos desafios enfrentados por pesquisadores e profissionais da psiquiatria, destacando a importância da interdisciplinaridade e da atualização constante. Esperamos que este conteúdo inspire novas investigações, fomente reflexões críticas e sirva de apoio para a melhoria do cuidado oferecido aos pacientes.

Agradecemos a todos os autores, revisores e leitores que tornam esta publicação possível. Que o conhecimento aqui compartilhado continue impulsionando o desenvolvimento da psiquiatria e o bem-estar daqueles que dela necessitam.

Nos vemos na próxima edição!