

Faculdade de Medicina – UFRGS
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal

Disciplina: Med 8834 - Psiquiatria

Roteiro de Estudo de Caso

Prof. Aristides Volpato Cordioli

1. DADOS DA IDENTIDADE DO PACIENTE

Nome, idade, gênero, estado civil, situação conjugal, naturalidade, procedência, ocupação, renda pessoal e familiar, escolaridade.

2. MOTIVO(S) DA PROCURA DO TRATAMENTO (OU DA BAIXA HOSPITALAR).

O que aconteceu na(s) última(s) semana(s) que determinou a procura do tratamento ou a internação hospitalar; houve algum evento ou problema que desencadeou a crise; abordagens da situação ou tratamentos já realizados.

3. HISTÓRIA DA DOENÇA OU DO PROBLEMA ATUAL

a) Episódio atual: descrição detalhada dos sintomas apresentados pelo paciente no atual episódio e como começaram; alterações do comportamento, do humor, do pensamento ou outras alterações mentais; alterações nas funções fisiológicas (sono, alimentação e sexualidade); idéias ou planos de suicídio, comportamento agressivo ou outros comportamentos de risco; interferência na vida diária, nas relações interpessoais e familiares, na vida social e afetiva ou no trabalho. Estressores (eventos vitais, problemas situacionais) relacionados ao início do atual episódio. Resultados de exames já realizados.

b) Episódios anteriores da doença atual: episódios anteriores da mesma doença, idade de início dos sintomas e períodos de agravamento; estressores, eventos vitais ou situacionais relacionados às crises. Tratamentos já realizados: psicofármacos (doses, tempo de uso) psicoterapia e respostas, internações psiquiátricas prévias e motivo.

4. HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA PASSADA

Outros problemas psiquiátricos ocorridos no passado, tratamentos realizados: uso de psicofármacos, psicoterapias, hospitalizações psiquiátricas, etc. Presença no passado de outros transtornos psiquiátricos (psicoses, transtornos de ansiedade (fobias, TOC, Pânico, FSocial, TAG, TEPT), THB, TDAH, drogas e álcool, transtornos alimentares, depressão, tentativas de suicídio, problemas legais, etc.), presentes ou não na atualidade.

5. ANTECEDENTES FAMILIARES

Presença do transtorno ou da síndrome em familiares; outras doenças psiquiátricas em familiares; causas de morte (se houve).

6. HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL

a) Família de origem: descrição sucinta dos pais, sua ocupação, traços caracterológicos mais marcantes; padrão predominante de relacionamento com cada um dos pais, tipo de vínculo no passado e no presente, possíveis influências dos pais na formação da personalidade do paciente, resiliências e vulnerabilidades. Número de irmãos e a ordem de nascimentos, relação com os irmãos. Ambiente familiar, valores étnicos e culturais, funcionamento familiar, condições socioeconômicas. Presença de crises familiares ou de estressores, especialmente nos primeiros anos de vida (perdas, separações, abuso físico, moral, sexual, ansiedade de separação).

b) Dados evolutivos e vida escolar: breve resumo dos aspectos evolutivos relevantes incluindo o desenvolvimento psicomotor, a pré-escola, a idade em que entrou na escola, nível de escolaridade, dificuldades escolares, repetência, dificuldades de compreensão das matérias ou de concentração. Nível intelectual.

c) Relacionamentos interpessoais e vida profissional: vida social: autonomia, dependência, relacionamentos sociais e amizades, timidez, isolacionismo; Iniciação e desenvolvimento sexual; envolvimento afetivo, compromisso e intimidade. História ocupacional e profissional (atividades que já exerceu, empregos, persistência nos empregos ou atividades, sucesso profissional ou dificuldades).

d) Vida familiar atual: família atual, companheiro(a), filhos. Ambiente familiar, qualidade do relacionamento (afetivo, sexual), crises, rupturas, problemas sócio-econômicos.

e) Vida social e lazer: lazer, amizades, hobbies, religião, vida social.

7) PERSONALIDADE (EIXO II)

(Padrões persistentes no modo de perceber, relacionar-se e pensar sobre o ambiente e sobre si mesmo exibidos em uma ampla faixa de contextos sociais e pessoais desadaptativos, causando prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo significativo (DSM IV)). Traços mais marcantes: timidez, desconfiança, impulsividade, persistência, medos, isolacionismo, sociabilidade, perfeccionismo; dificuldade de tolerar frustrações, perdas e separações; abuso de álcool ou drogas, conduta anti-social, desvios de caráter, conduta anti-social, transtornos do controle de impulsos (comprar compulsivo, jogo patológico, etc.).

8. PROBLEMAS MÉDICOS (EIXO III)

Doenças físicas no presente e no passado (diabete, HAS, hiper ou hipotireoidismo, problemas cardio-circulatórios, neurológicos, problemas alérgicos, cirurgias já realizadas, etc.). Medicamentos em uso, cuidados com a saúde: tabagismo, prevenção de câncer, HIV e de problemas cardio-circulatórios. Comportamentos de risco. Breve revisão dos sistemas.

9. EXAME DO ESTADO MENTAL

a) Aspectos do paciente na entrevista

Aparência (cabelo, barba, fisionomia, higiene pessoal, roupas alinhadas ou em desalinho, adequadas ou não para a estação do ano), atitude ou comportamento na entrevista (quieto, agitado), forma de se expressar, contato com o entrevistador, humor (ou afeto) predominante na entrevista, modulação afetiva, pensamento (lógico ou desagregado, rápido ou lento), contato visual, sentimentos despertados no entrevistador.

b) Funções Psíquicas

Listagem dos sintomas observados na entrevista ou relatados pelo paciente, pelos familiares, pela enfermagem, atuais ou do passado, de acordo com as funções psíquicas: consciência, atenção, senso-percepção, orientação, memória, inteligência, pensamento (forma, velocidade e conteúdo, linguagem, afetividade, e conduta. Juízo crítico ou insight (preservado ou não). Funções psico-fisiológicas: sono alimentação, sexualidade.

10. EXAMES COMPLEMENTARES

Exame físico, neurológico, exames laboratoriais, de imagem ou outros exames. Testes psicológicos.

11. DIAGNÓSTICO(S) MULTIAXIAL

(DSM IV TR ou CID 10 - Grau de certeza: 1 a 3. Listar os diagnósticos de acordo com o sistema multiaxial:

Eixo I - Transtornos clínicos: diagnóstico principal e comorbidades de eixo I

Eixo II - Transtornos da Personalidade e Retardo Mental

Eixo III – Condições médicas gerais

Eixo IV – Problemas psicossociais e ambientais

Eixo V – Avaliação global do funcionamento (escala AGF)

Escala AGF: American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM IV – TR), Editora Artmed, 2002, pg.66.

12. DISCUSSÃO DIAGNÓSTICA E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Qual o diagnóstico principal: razões ou evidências pelas quais o entrevistador opta por uma determinada categoria diagnóstica como diagnóstico principal (dados da anamnese e exames complementares, preenchimento de critérios para uma ou mais categorias diagnósticas pelo CID X ou DSM IV), e razões pelas quais outras categorias são excluídas.

13. CONSIDERAÇÕES SOBRE A ETIOLOGIA: MODELOS ETIOLÓGICOS

A partir das evidências colhidas na história do paciente, na história da família, dos dados evolutivos e exames complementares fazer uma breve discussão quanto aos diferentes fatores que possam ter contribuído para o surgimento e a manutenção dos sintomas.

a)Fatores psicodinâmicos (quando presentes)

Evidência da influência de fatores de natureza psicodinâmica na vida (afetiva, profissional) atual: conflitos na história do paciente (padrões de relacionamento desadaptativos com figuras relevantes do passado); formas desadaptativas de lidar com impulsos agressivos, amorosos, sexuais; desenvolvimento da autonomia, individuação, internalização de normas ou ideais de ego, padrões desadaptativos de identificação com figuras parentais; uso de mecanismos de defesa predominantemente imaturos (dissociação ou idealização/desvalorização, projeção, atuação) ou psicóticos (a negação ou distorção da realidade). Avaliação dos aspectos sadios da personalidade (recursos do Ego, defesas maduras).

b)Fatores cognitivo-comportamentais

Presença de distorções cognitivas, de pensamentos automáticos e crenças disfuncionais sobre a forma de perceber a si mesmo, as pessoas e a realidade à sua volta, ou o futuro. Aprendizagens disfuncionais: condicionamento clássico, reforçadores, aprendizagem social. Uso de mecanismos que perpetuam os sintomas (evitações, rituais, neutralização), estratégias compensatórias desadaptativas).

c)Fatores sociais e ambientais

Evidências de que fatores sociais (educação, cultura) ou ambientais (perdas, estressores, traumas, abuso) possam ter tido na gênese e continuam desempenhando algum papel na manutenção dos sintomas.

d)Vulnerabilidade biológica

Evidências de que fatores de ordem biológica possam contribuir para uma possível vulnerabilidade do pacientes, ou resiliência (predisposição genética: incidência do transtorno em familiares próximos, resposta aos medicamentos, alterações cerebrais,etc.).

14. PLANO DE TRATAMENTO

Para o tipo de diagnóstico apresentado pelo paciente qual o tratamento (ou combinação de tratamentos) mais apropriado: terapia farmacológica, psicoterapia, manejo da família, terapia ocupacional e psicossocial, ECT,etc.. Indicação ou não do uso de psicofármacos e escolha da medicação mais apropriada. Indicação ou não do uso de psicoterapia e qual a mais apropriada. As condições pessoais do paciente para o uso de psicofármacos (eventuais contra-indicações) e para as diferentes formas de psicoterapia (psicodinâmica, cognitivo-comportamental, apoio, psico-social, terapia familiar, etc). Psicoeducação e manejo da família.

