

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DE SAÚDE**

**ANDRÉIA RODRIGUES LOURENÇONI FREITAS**

**DESAFIOS NA CLÍNICA DE UMA ADOLESCENTE COM DOENÇA ORGÂNICA  
GRAVE. SÓ ORGÂNICA?**

**BELO HORIZONTE**

**2011**

**ANDRÉIA RODRIGUES LOURENÇONI FREITAS**

**DESAFIOS NA CLÍNICA DE UMA ADOLESCENTE COM DOENÇA ORGÂNICA  
GRAVE. SÓ ORGÂNICA?**

Monografia apresentada à Faculdade de Medicina para  
obtenção do título de especialista em Saúde da Criança e  
do Adolescente.

Orientador

Doutor Roberto Assis Ferreira

**BELO HORIZONTE**

**2011**

**ANDRÉIA RODRIGUES LOURENÇONI FREITAS**

**DESAFIOS NA CLÍNICA DE UMA ADOLESCENTE COM DOENÇA ORGÂNICA  
GRAVE. SÓ ORGÂNICA?**

Monografia apresentada à Faculdade de Medicina para  
obtenção do título de especialista em Saúde da Criança e  
do Adolescente.

APROVADA EM 01 DE AGOSTO DE 2011.

---

Roberto Assis Ferreira  
Professor Doutor UFMG

---

Cristiane de Freitas Cunha  
Professora Doutora UFMG

---

Maria Ines Costa Jonas  
Professora Especialista UFMG

Dedico este trabalho aos meus três filhos:  
Bruno, Adriano e André.

Dedico e agradeço a meus pais por estarem ali, onde não mais estão.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, e a todos que neste percurso ajudaram-me de diversas maneiras:

Ângela Porto,

Maria Inês Costa Jonas,

Eliane de Souza,

Maria de Lourdes Pedro,

Todos os colegas do Serviço de Saúde do Adolescente e do NIAB.

## RESUMO

Este estudo relata um caso clínico no qual uma adolescente tem uma doença orgânica grave, a Blastomicose Sul-Americana (Paracoccidioidomicose), que se trata de uma infecção fúngica endêmica em algumas regiões da América Latina. No caso estudado a paracoccidioidomicose apresentou-se em sua forma sistêmica disseminada, cursando com várias intercorrências clínicas, e associado, um transtorno psíquico importante, que traz um sofrimento intenso para a paciente; o qual ilustra que o médico deve cuidar e tratar a doença, mas jamais subestimar o quadro emocional de seu paciente. A psicanálise mostra-se como um veículo com o qual o médico pode articular-se para ajudar seu paciente, não é tornando-se seu analista, pois são lugares distintos, mas acolhendo a subjetividade do sujeito e permitindo que o próprio paciente faça seu trabalho psíquico. Este estudo de caso ilustra com clareza a força do dizer e do ato médico consequentemente a responsabilidade deste na condução de um caso clínico, alertando os profissionais de saúde que mesmo com toda tecnologia hoje existente, o fato de ouvir com atenção e respeitar a singularidade do paciente mostra-se de grande valor.

Palavras - chave: Médico. Doença. Doente. Subjetividade. Psicanálise.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
<b>4.1</b>	<b>Apresentação do caso clínico .....</b>	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>CONSLUSÃO .....</b>	<b>23</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>25</b>

## 1 INTRODUÇÃO

“Aconselha-se o médico a buscar objetividade na anamnese, procurando excluir o que é subjetivo, separando o joio do trigo. Este ensinamento é correto do ponto de vista do diagnóstico clínico, entretanto, na relação médico – paciente o joio é muito importante, podendo ajudar no conhecimento do paciente, das suas crenças, de suas fantasias e de seus pré conceitos.”

(Roberto Assis)

“A discussão revelou rapidamente - com certeza não é a primeira vez que isto ocorre na medicina - que a droga mais frequentemente utilizada na clínica geral era o próprio médico, isto é, que não apenas importavam o frasco de remédio ou a caixa de pílulas, mas o modo como o médico os oferecia ao paciente – em suma toda a atmosfera na qual a substância era administrada e recebida” (Balint, 1988:1)



## 2 JUSTIFICATIVA

Esta monografia originou-se em uma busca, uma necessidade de compreender melhor o que pode o médico perante o doente. O médico pode ir além da queixa orgânica? Ele deve ocupar o lugar do saber médico sobre a doença: diagnóstico, tratamento, prognóstico; passando segurança para o paciente sobre este saber que deve ser buscado no conhecimento técnico e científico embasado em um tom de bom senso, mas também pode às vezes se valer do lugar do não saber sobre o doente. Não saber o deseja o sujeito com sua doença, permitir que isto apareça vindo do paciente poderá ajudar na condução do caso. O médico, pode ouvir e ajudar seu paciente com o saber que a psicanálise oferece. Entendi o paciente como sujeito dono de sua doença, lutando com pulsões difíceis de suportar mas através de uma transferência sustentada, a busca por uma estabilização do quadro é possível. Alertar médicos e outros profissionais de saúde que: quando estão lidando com áreas erógenas de seus pacientes, não se esqueçam que nem tudo é suportável pelo paciente. Cada um vive e fantasia as situações de maneira singular, individual, lembremos da força e do poder do dizer médico que é compreendido pelo paciente às vezes como um saber absoluto, colocando-o em situações de adoecimento ou cura dependendo do que pretende o sujeito e que não fique no esquecimento que o erotismo, a sexualidade transitam nos registros do paciente: real, simbólico e imaginário.

A dificuldade em lidar com esse novo que surgiu na minha clínica fez-me analisar a importância de expandir meus conhecimentos para este além das evidências e o diálogo com a psicanálise mostrou-se de grande valor nesse novo. Em discussão do caso clínico com o professor Roberto de Assis certa vez eu disse: “estou muito ansiosa, angustiada com este caso” e ele me respondeu: “isso você vai tratar na sua análise, porque a sua ansiedade não vai ajudar em nada seu paciente”.

A apresentação do caso vai esclarecer que o médico atua no imaginário do paciente de maneira singular e a responsabilidade deste com o ser humano é imensa. É necessário cuidar do doente, ouvi-lo, escutá-lo com interesse na sua subjetividade. Talvez parafraseando Antoine de Saint Exupéry (1953, p.474) que escreveu: “Só se conhece bem com o coração”, pudéssemos dizer: Só se ouve bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos e aos ouvidos. É que nossa capacidade de acolhimento interior e de sintonização espiritual depende de nossa capacidade de amar (1).

Observar como o médico tenta compreender a natureza no homem, as pulsões: sexuais e de morte (vida e morte), aquilo que escapa à técnica, que fascina alguns profissionais e outros preferem não enxergar.

É na medicina que considera o homem como sujeito de desejo, de direito, sujeito da história e que este sujeito tem um corpo biológico do qual o inconsciente não se desvincula, em uma medicina que alia os avanços técnicos às particularidades do sujeito e suas implicações sociais que este estudo espera mostrar que vale a pena investir, sem jamais afastar-se do rigor científico.

### **3 OBJETIVOS**

Este estudo de caso tem como objetivo ilustrar que a doença não está apenas no corpo, que existem quadros clínicos complexos onde o sofrimento psíquico molesta o doente tanto quanto a dor física.

Este estudo fará também uma breve apresentação sobre a doença de Lutz ou Blastomycose Sul- Americana a paracoccidioidomicose.

## 4 METODOLOGIA

Estudo de caso.

Este trabalho foi realizado com toda ética e respeito pelo ser humano, que sofre e procura ajuda naquele que para ele é um suposto saber. É um estudo qualitativo, único, que poderá ser útil para outros. Pode ser averiguado.

Trata-se de uma experiência clínica onde além da resolução do quadro clínico mostra a angústia e crescimento profissional de um médico que trabalha com amor pelo doente.

Turato E.R. em seu Tratado da metodologia da pesquisa clínico –qualitativa diz :O pesquisador do ser humano tem que ser alguém capaz de pensar, terá que descobrir seus próprios caminhos, testando, recuando, ensaiando-se, corrigindo-se. Mais ainda, o pesquisador terá que estar envolvido, emocionalmente também com seu objeto de estudo. “A Ciência do Homem é a Ciência do Particular.” Ainda que todos os homens tenham algo em comum, cada um é diferente. O qualitativo enfatiza a diferença, o individual, e a contextualização dos particulares leva a teorias gerais, mas que têm que ser adaptáveis a cada situação única.

Neste trabalho há alguns escritos na primeira pessoa, fato que para alguns, isto não poderia existir em um estudo. “Advogo, juntamente com tantos que assumem a produção da ciência como um ato humano e criativo da mente que os pesquisadores devem escrever seus relatórios na primeira pessoa do singular. Ao contrário da grande maioria dos trabalhos científicos, que optam pela primeira pessoa do plural ou, como muito frequente na área médica, pelo uso do verbo na terceira pessoa com partícula apassivadora ou indeterminante do sujeito, o trabalho qualitativo, em especial, deve assumir o “eu pensante, operante, e anunciante.” (Turato E.R. pag510 TRATADO DA METODOLOGIA DA PESQUISA CLÍNICO-QUALITATIVA 2008).

### ***Paracoccioidomicose (Blastomicose Sul- Americana):***

É uma micose sistêmica endêmica de distribuição heterogênea em algumas regiões da América Latina, também chamada de moléstia de Lutz-Splendore-Almeida. Adolph Lutz descreveu-a pela primeira vez em 1908; é causada pelo fungo termo dimorfo *Paracoccidioides brasiliensis*. No adulto a forma clínica predominante é a crônica, em crianças e adolescentes apresenta-se na forma aguda ou subaguda. Não se sabe bem o que leva ao desenvolvimento da doença, já que um número pequeno dos indivíduos expostos são acometidos. É considerada um problema de Saúde Pública importante devido à sua morbimortalidade. As formas clínicas da doença são mais observadas em indivíduos do sexo masculino. O contágio se dá pela via

inalatória e o grande fator de risco para aquisição da infecção é o contato com o solo. Em áreas produtoras de café a incidência é maior. Os adultos que desenvolvem a doença muitas vezes já não moram nas áreas de risco há anos. Não se explica esta latência do fungo que encontram-se no interior dos granulomas formados. Pacientes infectados que evoluem para a doença apresentam depressão da resposta imunológica tipo 1 que é caracterizada pela síntese de citocinas que ativam macrófagos e linfócitos T CD4 e CD8 resultando na formação de granulomas compactos onde o fungo pode permanecer. As formas mais graves evoluem com predomínio da resposta imunológica tipo 2, onde há maior ativação de linfócitos B, hipergamaglobulina e altos títulos de anticorpos específicos cuja positividade é proporcional à gravidade do quadro clínico. Parece não haver uma associação entre a PCM e AIDS, mas nos pacientes HIV positivos com CD4 menor que 200/ml o tratamento deve ser mantido indefinidamente.

Classificação das formas de PCM e orientações para o seguimento de pacientes com PCM sob terapêutica; segundo o consenso em paracoccidiodomicose:

- a) Paracoccidiodomicose infecção
- b) Paracoccidiodomicose doença
- c) Forma aguda / subaguda
- d) Forma crônica
- e) Unifocal
- f) Multifocal
- g) Forma residual ou sequelar

A blastomicose sul americana em sua forma sistêmica acomete vários órgãos :

**Pulmões:** geralmente o acometimento é bilateral (aspecto radiológico de “asa de borboleta”). Em geral ocorre tosse, dispneia, às vezes lesões de laringe.

**Tegumento Cutâneo mucoso:** em geral são lesões papulerosivas com frequência na mucosa oral.

**Linfonodos :** lesões granulomatosas, são muito frequentes nas formas juvenis. Observa-se o acometimento de várias cadeias ganglionares.

**Supra –Renais:** os granulomas podem levar até a destruição total da glândula com sinais e sintomas de insuficiência supra-renal.

**Sistema Nervoso Central:** leva a uma inflamação crônica granulomatosa, (meningite crônica).

Aparelho gastro intestinal: a formação de granulomas leva à formas graves de má absorção e diarreia .Os linfonodos da cadeia mesentérica normalmente são acometidos podendo ocorrer icterícia obstrutiva por compressão do colédoco,sub-oclusão ou oclusão intestinal ,que também pode ser secundária a lesões de mucosa.

Outros órgãos: olhos; sistema osteoarticular; ovários; útero; peritônio; tireóide etc.

Orientações para o seguimento de pacientes com paracoccidioomicose sob terapêutica; segundo o consenso em paracoccidioomicose:

1º consulta	avaliação geral do paciente	Hemograma, VHS ,ALT,AST,gGT, Fosfatase alcalina, Na ,K,sorologia Raio X de tórax.
30 dias	consulta de retorno	Hm, VHS, ALT, AST, gGT, fosfatase alcalina, Na, K.
60 dias	consulta de retorno	Hm , VHS, ALT, AST, gGt, FA, Na, K. (raio X tórax e sorologia necessário ou má resposta ao tratamento.
90 dias	consulta de retorno	Sorologia e raioX de tórax. Outros exames se necessários.
Retorno a cada 3 meses durante Todo o tratamento	consulta de retorno	Hm, VHS, ALT, AST, gGt, FA, Na, K Cada 6 meses -realizar sorologia e RX tórax.
Após interrupção do Tratamento retorno semestrais, durante um ano. Após Este período, alta se paciente Estável e mantendo critérios De cura da doença.	consulta de retorno a cada 6 meses (total de 2 consultas)	exames laboratoriais se necessário.

Indicações de internação: pacientes com formas disseminadas apresentando ao menos uma das complicações: alterações neurológicas, insuficiência respiratória ,importante comprometimento do estado nutricional, envolvimento gastrointestinal, icterícia, ascite, alterações hemodinâmicas. Pacientes com AIDS, tuberculose, DPOC descompensada, doença de Addison, estenose de laringe ou traqueia.

### **Tratamento:**

Ambulatorial: formas leves a moderadas recomenda-se:

Itraconazol Adultos 200mg/dia ,crianças com <30Kg e >5 anos , 5 a 10mg/Kg única tomada após almoço; por seis a oito meses nas formas leves e doze a dezoito meses nas moderadas.

Sulfametoxazol/Trimetropim.adultos 800 a 1200mg sulfametoxazol/160 a 240 mg de trimetropim.Crianças 40 a 50mg sulfametoxazol e 8 a 10mg de trimetropim .VO 12/12h

Em crianças há maior experiência é com SMT/TMP.

Hospitalar: formas graves, usa -se:

Anfotericina B 1mg/Kg ou solução intravenosa de SMT/TMP na dose de duas ampolas 8/8h até a melhora clínica e a possibilidade de ingestão dos medicamentos.

### **Critérios de cura:**

Os critérios são clínicos, radiológicos e imunológicos.

Clínicos: Desaparecimento dos sinais e sintomas da doença, incluindo a cicatrização das lesões tegumentares,involução das linfadenopatias e recuperação nutricional.Sintomas residuais secundários às sequelas não quer dizer atividade da doença.

Radiológicos: Estabilização das imagens cicatriciais em duas radiografias com intervalo de três meses.

Imunológico: Negativação dos títulos de imunodifusão dupla ou estabilização em valores abaixo ou igual a 1:2 em duas amostras de soro coletadas com intervalo de seis meses após o período de tratamento recomendado.

A doença de Crohn deve ser um diagnóstico diferencial importante a ser considerado quando há comprometimento do trato gastrointestinal, existe relato de caso semelhante de paciente sendo tratado como doença de Crohn e na realidade tratar-se de paracoccidiodomicose(5). A doença de Crohn é uma doença inflamatória idiopática que pode acometer o trato gastrointestinal em todo o seu trajeto. Na maioria dos livros o principal diagnóstico diferencial é a reto-colite ulcerativa, mas a paracoccidiodomicose, pelo menos em nosso meio, não deve ser esquecida.

### **4.1 Apresentação do caso clínico**

TMT é uma adolescente hoje com 14 anos, residente na zona rural de Nepomuceno e procurou-me para primeira consulta em 30/06/08. Nasceu de parto normal, a termo, gravidez sem intercorrências. Mãe 42 anos sadia, pai35 anos sadio, irmão materno 22 anos etilista, a-

gressivo quando alcoolizado. Vivem juntos, segundo a mãe, bem. A paciente havia iniciado há aproximadamente seis meses com fortes dores abdominais, foram realizados vários exames e diagnosticado Doença de Crohn, e estava em tratamento há dois meses. Neste atendimento queixa principal era: ínguas na virilha e região cervical que iniciaram há um mês e estavam aumentando. Mãe diz: “ela tem aquela doença...Doença de Crohn.O Dr disse que é muito grave e não tem cura. Ela fez vários exames até aquele que faz por tras...”Neste momento a mãe faz uma careta e aponta para a região glútea. Fez TC de abdome com laudo: “Processo inflamatório no ceco. Doença de Crohn?” Também foram realizados endoscopia digestiva alta com biópsia duodenal, exame endoscópio normal; biópsia :duodenite crônica inespecífica; colonoscopia com biópsia cecal: “colite crônica ulcerada com escassos granuloma; nota:os achados devidamente associados aos dados clínicos-endoscópicos podem sugerir a possibilidade de Doença de Crohn”.Ambos exames feitos sem sedação e analgesia adequados.Foi iniciado o tratamento com:Azatioprina,mesalasina e meticortem 20mg/dia em uso contínuo há dois meses.Após exames e medicamentos a paciente não come,emagrece ,chora muito.Paciente relata que o médico passou dieta rigorosa e ela segue direitinho.Sucos só com adoçante,não toma leite...

No atendimento de adolescentes o médico às vezes pede para a mãe sair e conversa apenas com o paciente .Quando a mãe sai, TMT chora desesperadamente. Em pânico com os exames realizados, diz estar morrendo de medo porque o médico disse que terá de repeti-los com 16 anos. Refere às vezes mentir que está com dor abdominal na escola, e para não ir à escola porque sente medo de perder seus pais. Diz: “Eu penso assim: Ah!Pra que estudar? Esta doença...O Dr. disse que tive sorte de não perfurar” e mostra a região dolorosa do abdome.

Ao exame físico neste dia: Peso: 28 Kg, estatura:1,45m; PA;90/60mmHg.

M1P1; IMC 13,3.

Paciente com estado geral comprometido, desnutrida, desidratada primeiro grau, pálida, hipocorada+/-4,pulsos cheios,perfusão em 2”,sem edemas,Gânglios cervicais dolorosos,alguns com mais de 4 cm,toda a cadeia direita e esquerda.Gânglios inguinais com 2cm indolores, axilares pequenos.

ACV: BNRNF 2T fc: 98bpm.Sem sopros.PA 90/60mmHg

AR: Eupneica MVF s/ R.A.

AGI: Abdome plano, livre, s/ visceromegalias. Parece meio empastado.



Encaminho para internação, paciente muito deprimida, apreensiva, não quer ir para o hospital. Medo de agulha. Abordagem muito difícil. Após hidratação e como stress da paciente estava demais, foi liberada para propedêutica ambulatorial. Discutido caso, iniciado citalopram 20mg/dia. Foi escolhido o citalopram pela debilidade clínica da paciente, por ser um anti-depressivo com menor toxicidade.

**Exames:**

Hm:Hb 10,9 mg/dl Lg11900 B8 S50 L30 ;PCR ++

Urina rotina normal.

Paciente retorna em três dias com sorologia para toxoplasmose negativa. Neste atendimento mãe refere que TMT está até delirando. Acordou com alguém sacudindo seu ombro, virou e viu uma sombra. “É verdade Dra. Andréia, eu vi”. Quando a mãe sai refere sentir-se culpada pelas brigas dos pais. Tem medo de que se separarem. Diz: “fiquei muito enfezada com esse médico. Eu vi Dra. Andréia ele tirando o líquido que eu custei pra engolir. Eu bebia e vomitava. Meu pai disse que se pudesse bebia pra mim, mas quando ele experimentou viu o tanto que era ruim. Eu sentia a mangueira andando dentro de mim tinha medo de me furar.” Relata que o irmão (TI) bebe muito e quando bebe quebra tudo, bate nas pessoas. A primeira vez que fez isso foi há seis meses. As dores de TMT iniciaram fortes há seis meses, mas família não fez a associação. TMT diz: “Esse médico exagerou, Dra. Andréia, ele retirou tudo de mim.”

No exame físico paciente mais emagrecida, Peso 27,3Kg, os gânglios aumentaram. Apresenta aftas na boca. Neste momento penso na hipótese de blastomicose, com certo receio foi iniciado sulfametoxazol+ trimetoprim (SMT/TMP), pela forte suspeita clínica, suspenso azatioprina e iniciado a redução do corticóide e solicitado biópsia dos gânglios. Na próxima semana suspenso mesalazina. Inicialmente tive muito medo de se tratar realmente de Doença de Crohn e o quadro se agravar com a suspensão dos medicamento, pois a mãe relatava que as dores abdominais melhoraram com o tratamento, apesar de TMT estar nitidamente pior.

Em 22/07/2008: Biópsia gânglio: Paracocidioidomicose ganglionar.

Paciente debilitada física e emocionalmente. Não tolera nem falar em hospital. Reiniciado tratamento com SMT/TMP, o hematologista havia suspenso até que chegasse a biópsia; com controle rigoroso semanalmente. Com um mês de tratamento apresenta melhora surpreendente, os gânglios regrediram bastante, mas começa a tossir e escarrar sangue. Peço pes-

quisa de BAAR no escarro com resultado negativo e radiografia de tórax (infiltrado intersticial difuso.).Foi explicado para a mãe que talvez será necessário internação para medicação venosa(anfotericina B).

Em 09/08/08 TMT refere estar melhor, diz que sonhou que fui visitá-la em sua casa. “Sonhei com a senhora, a senhora foi na minha casa me ver. O pai me disse:tudo é a Dra. Andréia,será que ela quer você pra ela?”Neste momento marco a transferência estabelecida .Neste mesmo dia às 15:00 TMT apresenta crise de vômito.Eles procuram atendimento TMT diz: “A mãe falou com a mulher que a senhora falou que ia me internar no Hospital Vaz Monteiro”. TMT sentiu-se traída por mim, por não ter conversado com ela sobre a possibilidade de internação; marco a importância da sinceridade na transferência.

Em21/08/08 TMT me telefona e diz: “Preciso conversar com a senhora, só consigo desabafar com a senhora.” Chega dizendo: “passo muito tempo com minha mãe, quer dizer sem minha mãe.Tudo é culpa minha.Só sabe me xingar.A mãe falou que “se soubesse que ter filha fosse ruim assim, eu queria ter só filho”.Segue dizendo: “Parece que eu fiz uma coisa muito grave pra eles me xingarem desse jeito.Meu pai me abraçava,fazia cócegas,agora ele não faz mais.”

Dois dias após em 23/08/08, num sábado a noite a mãe de TMT solicita novo atendimento diz: “Dra. Andréia a T está com muita dor, vomitando e a barriga inchou muito.” Ao chegar no hospital TMT estava desidratada, pálida ,com abdome muito distendido.Radiografia mostrava íleo paralítico,cheio de níveis hidroaéreos e ausência de ar na ampola retal.Neste momento coloco o pai ao lado da paciente e peço para massagear o abdome de TMT até que a transferência para Lavras, que é um centro de saúde maior e a referência de Nepomuceno a qual é uma cidade pequena com poucos recursos fosse resolvida.O pai e a mãe pareciam estar assustados com a aparência de TMT que realmente era assustadora,estava desvitalizada. Havia um certo receio em se aproximarem da filha. A paciente começa a eliminar gases (flatos), melhora a distensão abdominal, foi encaminhada para fazer o tratamento com Anfotericina B (anti-fúngico venoso) pois estava evidente que não dava mais para tentar o tratamento ambulatorial. Foi para o Pronto atendimento Municipal de Lavras onde foi realizado toque retal, mas a paciente nunca trouxe nada sobre isto.Na transferência comuniquei a fragilidade emocional da paciente para o médico que iria recebê-la, e sugeri que fosse delicado com a paciente. TMT foi internada no Hospital Vaz Monteiro em Lavras, onde permane-

ceu por 10 dias usando anfob, apresentou melhora clínica significativa. Foi suspenso o citalopram por intolerância gástrica. Recebe alta para completar esquema de 30mg/Kg dose acumulada em Nepomuceno 1,5mg/Kg em dias alternados tamanho o stress com a internação. Apresenta hipocalemia severa  $K^+ : 2,5\text{meq/dl}$  com paralisia de musculatura de braço esquerdo e alterações de ECG. Retorna para Lavras até o controle da hipocalemia. Internação extremamente difícil paciente estressada, diz não querer mais conversar comigo. Durante a internação a mãe diz que: “ a bíblia da Doença de Crohn ainda está na minha bolsa. O Dr. disse pra eu carregar pra onde eu fosse.” Digo : “R ,você não jogou isso fora até hoje? Joga isso fora, a T não tem Doença de Crohn”. A hipocalemia foi resolvida e TMT volta para terminar Anfo B ambulatorialmente.

Aproximadamente 15 dias após o término da anfotericina B a mãe procura novo atendimento: “Dra. Andréia, a T está com a barriga inchada de novo e com dor”. Quando a paciente é avaliada evidencia-se o peristaltismo de luta, com alças abdominais distendidas simulando uma massa abdominal que aos poucos se desfazia. Foi encaminhada ao serviço de gastroenterologia para pediátrica sendo atendida pela Dra. Magda Bahia. Foram realizados: ultrasonografia de abdome (US: Observam-se em flanco esquerdo e o hipogástrio/pelve seguimentos intestinais distendidos com paredes leve e difusamente espessada com estratificação exagerada, exibindo intenso peristaltismo apesar do jejum. Os segmentos intestinais situados no quadrante superior direito, flanco direito e epigástrio apresentam calibre normal, mas não identifiquei área nítida de estenose luminal ou espessamento parietal. Nota-se leve ingurgitamento dos linfonodos mesentéricos na região mesogástrica. HD: achados compatíveis com má absorção intestinal, cabendo diagnóstico diferencial com semiobstrução intestinal.) e foi realizado a revisão da lâmina onde já havia paracoco no biópsia cecal. A mãe entra em contato comigo e diz: “Dra Andréia, finalmente descobriram a doença da T ,é uma doença muito rara em criança; a Dra Magda disse que a senhora pode ligar para ela”. Realizado contato com Dra Magda que diz : “é paracococidiodomicose, mas esta menina está completamente lesada” em levantamento do prontuário há relato sobre a dificuldade de lidar com TMT escreve-se: ‘criança ansiosa, agitada, nega a cooperar na realização de exames’, e a queixa principal da mãe era: suspeita de Doença de Crohn, apesar das várias tentativas de se desfazer este diagnóstico. Dra Magda Bahia acha que o tratamento foi por pouco tempo e volta com SMT/TMP. Então peço à Dra que explique para a mãe a qual tem grande dificuldade em desfazer o quadro mórbido em que se encontra, a mãe parece desejar uma doença mesmo que isso traga sofrimento, há um goso, uma pulsão de morte com o quadro clínico de TMT. Então a mãe aceita e enten-

de a doença como possível de tratamento e que a filha poderia ter uma vida normal. A pesar de não poder falar em cura para a paracoccidiodomicose, pois o fungo fica latente no interior dos granulomas podendo ocorrer recidivas isto nunca foi dito, propositalmente, para tentar libertá-las do incurável, da doença, da morte eminente; apostei nesta tentativa até que se esvasiasse este goso. . Sempre foi falado com a mãe que se tratava de blastomicose sul-americana e a mãe achou paracoccidiodomicose fosse outra doença mostrando a importância da palavra.

TMT volta para escola tentando recuperar as perdas.

TMT durante todo o tratamento sempre com medo. Mas, inicia quadro fóbico ou uma neurose pós- traumática grave, não dorme, anda pela casa a noite toda, não consegue ficar na estrada esperando o ônibus escolar, segundo a mãe estão exaustos em casa. A paciente relata ter assustado muito no dia que iria para BH e o carro da prefeitura parou para pegá-las; eram 5:00 da manhã. TMT não dorme; fica mudando de cama a noite segundo a mãe. TMT pede remédio para dormir, quer tomar o rivotril da mãe. Durante todos os atendimentos sempre foram feitas tentativas de explicar e tranquilizar TMT, sobre os exames, colocando que são procedimentos técnicos, seguros, mas a paciente vai agravando o quadro fóbico.

Serão enumerados alguns atendimentos realizados após a fobia ou neurose pós - traumática.

TMT diz “:tenho muito medo. Este medo eu não controlo. Passa um carro eu corro e escondo atrás do pé de café”. Pergunto :Medo de que? “Medo de alguém me pegar e levar pra algum lugar desconhecido...”. Pergunto: Porque? “Medo desse lugar ser feio, ter cobra... Na minha casa tudo é culpa minha”.

TMT diz que tudo começou um dia que chamou a mãe esta não respondeu, TMT levantou-se e quando chegou no quarto a mãe estava levantando depressa. Diz que tem medo de ouvir alguém chamando-a, mas nega ouvir qualquer tipo de voz. Depois de algum tempo cheguei a perguntar se a paciente já havia visto alguma cena dos pais mas negou.

TMT diz que quando passa um carro ela sai correndo com medo. Pergunto medo de que? Ela conta uma história: “uma vez uma moça estava com seu namorado na beira da estrada passou uma moto e ele deixou ela ir de carona no caminho o moço tentou...” Pergunto: estuprar? Responde que sim.

“Dra. Andréia meu medo é real, parece que tem alguém dentro de casa me olhando, outro dia acordei e vi uma cara triste, parecia um palhaço com a cara muito triste. Neste atendimento a mãe acha que os medos de T podem estar associados com o irmão, que bebe e fica muito agressivo.

TMT volta a falar dos exames realizados, “Não posso nem olhar para aqueles exames lá no armário...” em seguida repete o caso da moça. Ela

associa os exames com o caso da tentativa de estupro. Então pergunto se o medo dela é de ser violentada, ou estuprada; ela responde que sim. Isto estava claramente subentendido mas a paciente parecia não dar conta de falar. Pergunto se ela sentiu-se violentada sexualmente com o exame e responde que sim. Diz: “até hoje eu vejo o Dr. D. parece eu lá no consultório dele parece que eu estou lá”. Após este atendimento o caso foi discutido e sugerido iniciar paroxetina 20mg/dia no próximo atendimento. Neste atendimento parece que houve uma amarração dos acontecimentos. A paroxetina é o medicamento de primeira escolha nos quadros fóbicos.

Paciente volta melhor, foi optado por não iniciar paroxetina e ouvir mais a paciente. Começa a falar mais, diz: “quando eu era pequena, uma vez um menino me pegou por traz, a sorte é que a mãe apareceu.”, isto T já havia relatado num outro atendimento, mas neste ela fala também de um susto que o irmão lhe causou. “um dia o pai e mãe foram pro hospital e eu fiquei sozinha com o TI, eu levantei pra beber água e o TI me deu um susto. Colocou um cobertor na cabeça e me segurou por traz.” ela também já havia relatado isto anteriormente. Diz: “tem coisas que não gosto como quando o TI me pega por traz e me roda no terreiro”. Faço a seguinte intervenção: É, T tem sempre alguma coisa aí por traz que te incomoda. Ela diz: “É...”

TMT retorna péssima, o medo piorou. Relata histórias que a avó contou, que tinha um bicho preto em cima da casa, acha que existe lobisomem... Não está dormindo, durante o dia anda pela casa, não consegue ir para a escola, o medo está insuportável. Decidido iniciar paroxetina 20mg/dia.

Após 15 dias de paroxetina retorna mais tranqüila, mas dormindo com os pais. Diz: O TI está dormindo na minha cama. Sempre traz questões relacionadas com o irmão e uma certa desorganização em casa, mãe sempre diz que TNT quer dormir na cama do casal mas T não encontra um lugar para dormir, sua cama é de casal, e quando o irmão está em casa parece que a desorganização é maior.

Mantendo melhora clínica significativa, dormindo bem. Alegre. Mãe sexualiza as cenas da adolescente. Diz: “A T fica só mexendo com os cachorros, sabe Dra eles tão na folia... a T fica pegando eles pelas patas da frente e andando... Ah isso me dá uma aflição... sabe?” Após a mãe sair, pergunto o que ela diz sobre isso e ela responde: “deve ser porque eu mamei na cachorra quando eu era pequena, eu lembro direitinho; minha mãe me xingou porque fazia mal, eu devia ter uns 3 anos. A cachorra tava lá eu deitei e mamei.”

A mãe sempre queixa que TMT não tem cuidado com seu corpinho, fica com as roupas caindo, subindo nas árvores, mas que está tudo bem, TMT está indo na escola, brinca muito está tudo tranqüilo. Após o uso da paroxetina TMT fala apenas das coisas do dia a dia não mais remete às cenas traumáticas.

TMT pede pra espaçar os atendimentos. Trás uma carta dizendo: “Janeiro é o começo dezembro o fim, espero que você nunca se esqueça de mim, se as portas da nossa amizade se fecharem eu pulo a janela.” Freud diz sobre a transferência página 61/62 vol 11: “O médico atrai para si a energia afetiva aos poucos libertada durante o processo. A transferência surge espontaneamente em todas as relações humanas e de igual modo nas que o

doente entretém com o médico;é ela, em geral o verdadeiro veículo da ação terapêutica, agindo tanto mais fortemente quanto menos se pensa na sua existência”. Sempre trouxe muitas cartas dizendo que me ama, que sou um anjo na sua vida... mas nesta percebe-se que TMT está cansada de médico. Digo: “você está cansada de médico, né?” e T responde que sim. Proponho atendimentos quinzenais e TMT gosta, eram semanais.

TMT está bem ;entrando na puberdade .Agora ,peso36,5Kg;est.:152cm ,M2P1 ,corada, vitalizada,com queixas vagas de implicância de colegas,que mexem com T .Chamam-na de palito,macho-fêmea,doente.TMT quer mudar de escola.Tem amigas,conversam,parece estar bem socializada.Mantendo o uso de paroxetina, programada um ano e SMT/TMP para dois anos aproximadamente.

Volta a trazer algumas queixas de medo e diz: “as meninas estavam brincando de por a mão lá... no menino; sabe, ele é meio bobinho...”

TMT muda de escola e diz: “Ah! Lá é diferente não pode usar pircing, roupa decotada, os meninos respeitam mais a gente...está muito melhor.”O que evidencia a importância da lei como mantenedora de um ambiente mais tranquilo,e isto reflete positivamente em TMT,ela sente-se segura nesta nova escola.

TMT espaça seus atendimentos para mensais, em um deles a mãe diz que pede para TMT não ficar agarrando tanto o irmão, diz “sabe Dra eu falo pra ela, ele é moço,não pode...”

Continuo acompanhando TMT os medicamentos foram suspensos, seus pais separaram-se,o pai fez uma tentativa de autoextermínio após a separação,está com sequelas importantes e a mãe agora cuida do pai e diz : “eu estou indo no psicólogo para entender porque apesar de tudo eu voltei com ele e estou cuidado dele.”TMT queixa-se que mãe não liga mais para ela que está difícil carregar o pai; mas está muito bem clínica e emocionalmente.

Há questões a serem discutidas: uma, a transferência, sem a qual este caso poderia não ter tido uma evolução favorável, outra é mostrar que o médico pode e deve se interessar pela subjetividade de seu paciente e foi a psicanálise que elucidou pontos importantes deste estudo de caso. Não podemos esquecer que a sexualidade infantil existe e está presente de forma marcante durante todo processo. Freud diz: “A sexualidade é a única função do organismo vivo que se estende além do indivíduo e se refere a relação deste com sua espécie” ,Freud,S.vol 16 pg414.

A criança recebe a sexualização do outro, do seu cuidador, muitas vezes a mãe, e a mãe de TMT sexualiza suas cenas o tempo todo:o exame por trás...as cenas com os cachorros...

Segundo Serge André em seu livro ,O QUE QUER UMA MULHER?,a cena traumática não encontra seu sentido por si mesma:ela só se torna traumática quando transformada em lembrança,é evocada pela repetição de uma cena análoga,é só, com efeito,na repetição,que emerge sob forma de angustia uma excitação sexual que não pode aparecer desde a primeira vez.Como no caso Emma descrito por Freud onde ela não consegue entrar sozinha em uma

loja. Ela explica este sintoma por uma lembrança que remonta aos seus treze anos. Entrara em uma loja de roupas, mas ao perceber dois vendedores rindo, fora tomada de pânico e fugira. Em sua análise emerge uma lembrança mais antiga. Na idade de oito anos, foi a uma confeitaria e o confeiteiro colocou a mão, por cima de seu vestido em seus órgãos genitais. Emma não se abalou com esse atentado pois voltou depois a esse lojista. É só com a segunda que o gesto do confeiteiro toma seu valor traumático. No caso de TMT a repetição do significante “por trás” leva a uma sexualização da primeira cena até então recalcada, para que isso ocorra é necessário que a primeira cena não tenha uma representação sexual. O pânico, o medo da paciente torna seus dias insuportáveis. A mãe parece saber medo de que, mas tem dificuldade em falar claramente disso, fica tudo subentendido, em suspense.

O acompanhamento clínico continua sendo realizado, os exames de rotina, os últimos todos normais, inclusive HIV e a sorologia para paracoccidiodomicose.

## 5 CONCLUSÃO

A partir da experiência clínica com este caso podemos concluir que o médico tem o dever e pode acolher o paciente de uma maneira mais ampla, ele não precisa temer ousar em interessar-se pelo psiquismo do doente. Não existe corpo vivo sem manifestação emocional e esta é codificada por palavras e toda atenção deve ser dada ao que é dito pelo paciente, lembrando que o dizer às vezes está velado por detrás desse dito. Enquanto o médico ignorar a subjetividade de seu paciente e não estar atento para sua própria subjetividade poderá ocorrer grandes enganos, às vezes com prejuízo para o paciente e às vezes para ele próprio. O médico “deve ter consciência que certamente estará na ignorância na medida que ignora a constelação simbólica que mora no inconsciente do sujeito” como disse Lacan em Os escritos técnicos de Freud pag92.

A medicina praticada hoje depende das pesquisas, das técnicas, de estudos práticos, é graças aos avanços tecnológicos que temos conhecimento sobre as doenças, sobre o corpo físico o que nos abre perspectivas de uma melhor qualidade de vida,mas nem por isso o médico pode ignorar que este corpo é habitado por um ser humano que transborda emoção,e estar atento aos desejos ,às dificuldades do paciente é importante na condução do caso.Frente a esta pulsão de consumo tecnológico que evidencia-se atualmente ,pulsão esta que tenta suprir um vazio que não se sabe de que, o médico deve estar alerta se não está sendo mais um produto de consumo dos pacientes ou uma via para o consumo de produtos e para não ser consumido,sumindo com sua capacidade e condição de ser humano.

Finalizando: como escreveu Carlos Drummond de Andrade em sua poesia Resíduo:

Pois de tudo fica um pouco.  
Fica um pouco de teu queixo  
no queixo de tua filha.  
De teu áspero silêncio...

E de tudo fica um pouco.  
Oh abre os vidros de loção  
e abafa  
o insuportável mau cheiro da memória

Carlos Drummond de Andrade.



...Pois de tudo fica um pouco  
Neste caso ficou um pouco de mim  
Em mim ficou um pouco deste caso,  
Neste caso ficou muito do que aprendi na saúde do adolescente,

Um pouco de cada profissional do serviço ficou em mim  
E muito, em especial, do Professor Roberto Assis ficou em mim,  
Um pouco de psicanálise ficou em mim,  
Como uma luz que ilumina aos poucos, mas este pouco é muito,  
Pois a escuridão do desconhecimento é muito pesada,  
Cega nossos olhos, nossa mente, e nosso coração...  
Que deste caso fique um pouco no serviço, como uma amostra a ser analisada...  
Como prova de que vale a pena acender a luz!

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, NA; FERNANDES, AC; DA SILVA, AG; MOREIRA, MAR; LEITE, ACA; MOREIRA, H. Diagnóstico por colonoscopia da blastomicose sul americana. **Rev Bras Coloproct**, 2000; 20(2):103-106.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. 2.ed, Rio de Janeiro, Atheneu (tradução de Roberto Musachio). 1998.

FEUD, S.. **Cinco Lições de Psicanálise**. vol 11 1910, Edição Standard Bras

FREUD, S. **Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise**. vol 16 (1916-1917) Edição Standard Bras.

GILDA, Paliello. O Problema do diagnóstico em psicopatologia. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, 1V, 1 86-93 set 2000.

LACAN, J. **Os Escritos Técnicos de Freud**. Editora ZAHAR. Livro 1.

MARTINS, A.M.; VIANA, M.R.A.; VASCONCELLOS, M.C.; FERREIRA, R.A. **Semiologia da criança e do adolescente** Ed Medbook 2010.

SERGE, André. **O QUER UMA MULHER**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998

SHIKANAI-YASUDA MA, FILHO FQT; MENDES, RP; COLOMBO, AL; MORETTI, ML-  
Consenso em paracoccidiodomicose. **Rev Brás Medicina Tropical** 39(3):297-310, mai-jun, 2006.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. 3ª Edição Ed Vozes 2008.

VERONESI. **Tratado de infectologia**. Volume 2 ed Atheneu.

ZEFERINO, Rocha. Transferência e criatividade no tempo da análise. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fun.**, v1, 4, 80-101. Dez 2003.