

VI ENCONTRO DE PSICOLOGIA EXISTENCIALISTA
COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Florianópolis 25, 26 e 27 de outubro de 2006.

“Tratamento Interdisciplinar, Demarcação Diagnóstica e Psiquiatrização”

Psicóloga: Ana Cláudia de Souza
CRP 12/01567

O caso que será apresentado, foi realizado em termos interdisciplinares com os profissionais: psicóloga Lara Beatriz Fuck, CRP 12/01342; o médico Dr. Evandro Russo, e o filósofo Pedro Bertolino, sendo eu, Ana Cláudia de Souza, CRP 12/01567, psicóloga titular do caso.

Os elementos que permitissem a identificação da paciente ou de sua família foram suprimidos, sem prejuízo para a ancoragem empírico-científica das ocorrências. E a paciente e os familiares assinaram autorização para a comunicação deste caso, nos termos em que está aqui exposto, encontrando-se tal documento com registro em cartório em poder da psicóloga responsável.

O Fenômeno:

A paciente de 17 anos, chegou a terapia acompanhada por sua mãe em fevereiro de 2006. Adiaram uma semana o início das sessões, porque a paciente não agüentava caminhar do terminal de ônibus até a clínica.

O primeiro procedimento realizado no processo terapêutico foi inventariar o que estava ocorrendo com a paciente. A mãe, que estava extremamente ansiosa, de início falou pela filha colocando que estava assustada com a debilidade física da mesma, a qual não conseguia caminhar sem auxílio, estava **fraca, com dor nas pernas, cansaço, dificuldade para respirar, trêmula, sonolência, calor no estomago, e a sensação de estar estufada**. Não conseguia comer mesmo tendo fome, por ter **náusea** com o cheiro da comida.

Até a semana anterior à terapia, vinha **sangrando** sem que a menstruação parasse. A paciente estava com medo de tudo, de caminhar, de tomar banho sozinha, de dormir com a porta do quarto fechada. Chorava muito por não conseguir comer, e estava muito impaciente. Não conseguia tolerar alimento algum, nem água, deixando de comer por mais de uma semana.

Antes de chegar à terapia com todos esses padecimentos, já havia sido atendida várias vezes em emergência hospitalar, inclusive numa delas com internação de um dia. Naquelas situações acrescentava-se ao conjunto de sintomas acima: **ondas de calor e frio, vômito, câimbra nas mãos, que ficaram contorcidas, e tremedeira.**

Nestas idas ao pronto socorro, diagnosticavam pressão baixa, referiam ser crise de hipoglicemia por falta de alimentação, medicavam com Soro e Plasil e mandavam de volta para casa. Em algumas situações fizeram exames e não encontraram nada e referiram poder ser problema emocional. Noutras entradas no pronto socorro, diagnosticaram hematócrito bastante baixo, sendo que dias antes estava normal, e medicaram com Combirom.

Após a última ida ao hospital o médico receitou Dramim para que seguisse usando por alguns dias, e foi quando a paciente passou a conseguir comer algo, sem que a náusea ocorresse em todas as situações. Tinha emagrecido cerca de 10 quilos, sendo que antes já era uma moça de porte magro: 1,68 e 57 quilos.

A médica ginecologista que a paciente vinha consultando a viu em final de janeiro, duas semanas antes de procurarem a terapia. A paciente estava com sangramento menstrual contínuo, e a mãe havia retirado a medicação Metiformina, que fora prescrita para controle do ciclo menstrual por achar que estava provocando diarreia na filha. A médica substituiu a Metiformina por Selene, para fazer o sangramento cessar. Quanto aos outros sintomas de que a paciente se queixou, a Ginecologista considerou não ser nada físico, dizendo que poderia ser **Síndrome de Anorexia Nervosa**, e fez encaminhamento para procurar um psiquiatra.

Após a consulta com a médica, a paciente continuava passando mal, e a mãe dela com medo de a filha ter que tomar mais remédios fortes, procurou uma pessoa de confiança que trabalhava há muitos anos com Psicologia, buscando a indicação da psicoterapia.

Toda a família estava assustada com a situação da paciente, pois viam a filha debilitada sem compreender o que estava acontecendo. Não sabiam se podia ser a Anorexia, ou estresse com vestibular, ou seqüela emocional dos problemas de saúde pelos quais sua mãe tinha passado nos dois últimos anos, quando retirou um nódulo de mama, e em seguida um câncer de tireóide. A mãe da paciente ficara muito debilitada emocionalmente, e temia ter passado isso para a filha. Nas tentativas de elaborar o que estava ocorrendo com a filha, tentou buscar no passado situações semelhantes a esta,

encontrando apenas uma situação de febre súbita; e tentou buscar no comportamento da filha, que era mais caseira, indicativo de problema emocional.

Após abrir espaço para a mãe colocar a situação da filha, fomos buscando com a paciente as ocorrências emocionais, com o objetivo de detectar os pólos noemáticos, de modo a verificar e demarcar se tínhamos uma efetiva complicação psicológica e/ou psicopatologia. Identificamos que em todas as situações de medo, o objeto era passar mal, repetindo as crises que a haviam levado ao pronto socorro: evidenciando-se processo emocional reativo aos males fisiológicos e/ou anatômicos com que vinha padecendo, desde o início.

Verificamos o contexto antropológico e o clima familiar em que a menina desenvolveu a personalidade, e no qual se encontrava naquele momento atual, de modo a fazer a varredura no fenômeno buscando identificar elementos que levassem a constatação de alguma complicação psicológica. A mãe trabalhava como empregada doméstica, o pai era pedreiro, a paciente tinha concluído o segundo grau em um colégio público. Tinha uma irmã de 15 anos que estudava, e um irmão de 23 anos que trabalhava. Os pais se davam bem. O pai era mais calado, às vezes explosivo, mas de bom relacionamento com os filhos e esposa, e viviam em harmonia.

A moça ainda não tinha namorado, apenas começara com algumas paqueras e ainda era virgem. Não estava preocupada e nem apressada com namorar, não havia proibição dos pais, e nem cobranças quanto a isso.

A situação da mãe com as cirurgias trouxe mais envolvimento da paciente e da irmã nos cuidados com a mãe e a casa, mas isto a levou a assumir atividades, as quais já estava habituada por função de a mãe trabalhar fora. Além disso gostava de cozinhar, e cuidar da casa.

A primeira sessão foi dividida em duas partes, uma em conjunto com a mãe e outra com a paciente individualmente, na qual abrimos espaço para que ela colocasse possíveis problemas íntimos ou pessoais, que não desejasse deixar chegar ao conhecimento dos familiares.

Inventariando seu cotidiano, e as afetações emocionais no mesmo, não detectamos nada de psicológico que justificasse tal quadro de debilidade. Tinha passado um bom final de ano, em família, sem problemas. Tinha feito vestibular, mas sem a expectativa de passar por vir de colégio público, e saber que necessitava de um cursinho, que pretendia fazer. Porém se não passasse para a universidade pretendia arranjar emprego, talvez de secretaria.

Quanto aos namoros estava tranqüila, ainda não tinha gostado de ninguém, mas não tinha insegurança de que viria a namorar, casar e ter sua casa como sua mãe.

Quanto as cirurgias pelas quais a mãe passara, já havia superado o susto inicial, e sabia inclusive que a mãe ficava nervosa sem tanta necessidade, porque a médica já havia esclarecido que o câncer havia sido eliminado, precisando apenas fazer acompanhamento regular. Via que a mãe era mais ansiosa com as coisas da vida dela paciente, do que ela própria, sempre sendo uma mãe muito zelosa.

A única coisa que de fato afetava a paciente, era sua debilidade física que vinha ocorrendo e se acentuando desde agosto do ano anterior, e naquele momento era tal que mal conseguia comer.

Inventariamos detalhadamente com ela como foi ocorrendo o problema com a alimentação, qual foi o primeiro episódio de náusea, e se havia alguma afetação emocional que pudesse ser provocadora da náusea.

O primeiro episódio de mal estar não tinha qualquer atmosfera de afetação emocional. Acordou para tomar o café da manhã, comeu cereal e depois melância e a comida não caiu bem, suou frio, teve ânsia de vômito que durou até a tarde, sem conseguir vomitar. E depois os episódios foram piorando, e se generalizando para os diversos tipos de alimento. De início ocorria sem situações de afetação emocional, mas após o primeiro e o segundo episódio em que sentiu náusea e ânsia de vômito muito fortes, passou a ter medo de comer e passar mal. E quanto mais episódios ocorriam, mais o medo aumentava.

Verificamos as situações emocionais, onde ocorria o choro e os medos, e em todas elas encontramos emoções reativas a situação fisiológica na qual estava padecendo a paciente. Chorava por ter fome e não conseguir comer, e por estar ficando um palito. Chorava por ver a família insistindo que comesse. Chorava ao ver a família nervosa sem saber o que ela tinha, e ela própria estava com medo de ter algo grave, já que ninguém lhe dizia precisamente o que estava ocorrendo, e continuava passando mal.

Enfim, conforme a compreensão científica do fenômeno das emoções, todos os medos eram reativos ao que estava lhe ocorrendo, sem que houvesse indicação de complicação psicológica que estivesse levando-a a ter náusea dos alimentos.

Após situações em que passou mal no meio da noite, com náusea e ânsia de vômito, ficando ainda mais fraca, tinha medo de tomar banho sozinha e sufocar com a água, por estar com dificuldade de respirar. Tinha medo de fechar a porta do quarto, e ocorrer de passar mal sem que os familiares pudessem acudi-la. **Novamente medos**

reativos a sua debilidade física, e que qualquer pessoa teria se estivesse na mesma situação fisiológica. De sorte que não encontrávamos indicativos de ocorrências que indicasse qualquer padecimento de ordem psicopatológica.

Após a primeira sessão em que inventariamos a situação da paciente, não foi encontrado qualquer indicativo nesta direção, **porém indicativos de que a situação da paciente fosse fisiológica**, embora alguns médicos houvessem descartado a possibilidade.

Na reunião da equipe de trabalho, analisamos o caso e fizemos o seguinte planejamento de intervenção:

1) Fazer contato com o médico ginecologista buscando esclarecimentos a respeito do uso da medicação **Metiformina**.

2) Ler com a paciente e sua mãe a bula da medicação e os efeitos colaterais, salientando que os mesmos careciam de um esclarecimento com um médico.

3) Orientar a mãe da paciente a não usar medicação por conta própria, como havia feito com a Passiflora e Saúde da mulher que deu à paciente, esclarecendo as inconveniências de tal procedimento, por virem de todas, reações químicas que sem controle acabavam prejudicando.

4) Verificar mais detalhadamente o histórico do ciclo menstrual da paciente com o uso das diferentes medicações: **Selene, Yasmim e Metiformina**, para levar ao ginecologista informações precisas.

5) Fazer consulta com o ginecologista colocando a hemorragia que a paciente estava tendo, em sangramento vaginal contínuo, e todos os elementos acima referidos.

Levantamos a hipótese de que a paciente poderia ter ficado tensa com o vestibular. Porém as verificações não a confirmaram. Como são de origem humilde, a paciente estava acostumada com uma vida mais dura, com o peso das coisas, e não se complicou psicologicamente com a reprovação. Além do mais rodou no vestibular e não foi cobrada por ter rodado, não estava na expectativa dela e nem dos pais que passasse num primeiro vestibular.

Na execução do primeiro ponto do planejamento a psicoterapeuta consultou um médico ginecologista a respeito da situação da paciente (13/02/06): na ocasião o médico colocou que o enjôo bem como o sangramento podiam ser do anticoncepcional **Selene**, e orientou a suspensão de todas as medicações, em função da paciente estar muito fraca. Quanto a **Metiformina**, antecipou que não via indicativos, pelas características físicas da paciente para a indicação do uso, e que esta medicação era um

anti-insulínico e poderia sim provocar muitas das reações que a paciente estava tendo. A paciente deveria ficar apenas com as medicações **Dramim** ou **Plasil**, e **Lactipan** ou **Floratil**, se ocorresse enjoou e/ou diarreia. Se estivesse desidratada deveria tomar soro; deveria tomar muito líquido, e comer várias vezes ao dia, e orientou como preparar o alimento.

Numa segunda sessão psicoterapêutica: a paciente já estava um pouco mais re-estabelecida, começando a se alimentar. Inventariamos o ciclo menstrual e o comportamento deste com o uso dos anticoncepcionais. Lemos com a paciente e a mãe bula da medicação **Metiformina**, e ficaram surpresas com a relação entre as ocorrências com a paciente e o que estava indicado como os efeitos esperados, e também as reações adversas à medicação.

Mãe e filha foram localizadas da necessidade de irem conosco a consulta com ginecologista, tanto para que fosse superada a situação de debilidade em que a paciente ainda se encontrava, quanto para que ficasse compreensível para elas o que havia ocorrido, evitando que ficasse como um monstro que as levasse a temer poder ocorrer algo mais grave ou vir a repetir-se tal quadro a qualquer momento. O único modo de ficarem seguras frente ao re-estabelecimento da paciente, seria tornar claro o que havia ocorrido, e como se encontrava a situação de saúde da paciente com o tratamento que ainda precisaria ser feito para que ficasse totalmente re-estabelecida.

Para uma terceira sessão psicoterapêutica com a paciente e sua mãe, foi estabelecido o seguinte planejamento:

- 1) Em sessão primeiro conjunta inventariar como estava o re-estabelecimento da paciente.
- 2) Abrir espaço em reservado para a mãe colocar alguma coisa que ela ainda não tivesse colocado ao nosso conhecimento e que não quisesse colocar na presença da filha.
- 3) Esclarecer a ida ao médico, conversando sobre como funciona a intervenção interdisciplinar.
- 4) Apenas com a paciente, verificar como estavam os medos de fechar a porta, de tomar banho; como eram as ansiedades que a mãe havia referido, buscando indicativos de problemas psicológicos que a estivesse afligindo além da situação de saúde que estávamos cuidando.

Na execução da sessão, identificamos que a paciente estava melhorando em sua recuperação, permanecia cansada, porém em menor intensidade. Na parte da sessão

executada individualmente com a mãe da paciente, levantamos suas preocupações, quanto ao uso das medicações e conseqüências para a paciente, que constaram do relatório, para que fossem esclarecidas pelo médico.

Com a paciente verificamos individualmente suas ansiedades, e não constatamos ocorrência de ansiedade fora do padrão para uma moça daquela idade, e antes desta situação atual de saúde não ocorriam padecimentos psicológicos em sua vida cotidiana. Tinha uma vida normal, e mesmo sem ter passado no vestibular vinha se organizando para trabalhar e ganhar seu dinheiro sem grandes turbulências emocionais.

Após estas sessões psicoterapêuticas procedemos o primeiro acompanhamento da paciente e sua mãe a consulta com médico ginecologista (06/03/06), levando um relatório no qual constavam as seguintes informações:

1) A paciente estava utilizando ultimamente a medicação **SELENE**, de 27 de janeiro a 16 de fevereiro, quando terminou a primeira cartela e suspendeu o uso. Utilizava também **Combirom, e Dramim**.

2) A paciente **nunca teve relação sexual**. Menstruou pela primeira vez aos 13 anos. Aos 15 anos, **em 2003**, teve diagnóstico de **Ovário Policístico**, e antes de usar anticoncepcional seu fluxo menstrual era de 10 dias, sangrava no meio do ciclo e apresentava acnes, cólicas, buço. Consultou pelo SUS e fez exames de sangue que acusaram bagunça hormonal, e USG pélvica que indicou ovário aumentado. Foi receitado **Diane 35**. Após o uso do anticoncepcional ficou com ciclo de 45 dias e regulado.

3) Em **fevereiro de 2004**, a paciente havia ficado mais encorpada com o **Diane 35**, e conversaram com a médica, que indicou consulta com nutricionista para manutenção de peso, e alterou a medicação para **Yasmim**.

4) Em **janeiro de 2005** parou o uso do **Yasmin** pelo alto custo e por preocupação da mãe com uso prolongado de anticoncepcional, e após 3/4 meses passou a sangrar mais dias e intensamente e mais de uma vez ao mês. Procuraram a médica em **julho de 2005**, que indicou o uso do **Yasmim ou da Metiformina**. Após a consulta a mãe da paciente conversou com a médica que tratava a tireóide da mãe, para confirmar a indicação dada pela ginecologista, e a médica confirmou a indicação da **Metiformina**, **apenas alterando a dosagem de 1 cp para 2 cp ao dia**, que a paciente passou a usar a partir de **12 de agosto de 2005**. Até outubro de 2005 a menstruação se manteve regularizada.

5) Em **outubro** e **novembro** de **2005** a paciente passou a ter novamente menstruação duas vezes ao mês, e sangramentos pequenos após o período menstrual. **Menstruou novamente em 22 de dezembro, e ficou sangrando até 06/01/06.** Em algum momento de 2005 a paciente utilizou Passiflora, e Saúde da mulher por dica da mãe, e sentiu calor no estomago, sonolência e mal estar.

6) **Por volta de outubro**, a paciente passou a ter as fezes amolecidas e em dezembro passou a ter diarreia 3 vezes ao dia.

7) Em **05 janeiro de 2006**, parou o uso da **Metiformina**, por conta própria, após o que as diarreias cessaram. Por volta do dia **03 de janeiro** a paciente passou a sentir enjoô e dificuldade para comer doces. Tinha fome, mas se sentia **estufada**, sentava na frente da comida, sentia o cheiro, a **saliva ficava grossa**, tinha **enjôo** e **ânsia de vômito**, e **não conseguia comer**.

8) Em **10 de janeiro** passou mal e vomitou, se acentuou o enjoô, passando a ocorrer também com alimentos salgados. Passou a ter os mesmos sintomas também diante do cheiro de desinfetantes, desodorantes, perfumes.

9) Em **25 de janeiro** procurou sua ginecologista, que receitou **Selene** para interromper o fluxo menstrual que vinha ocorrendo desde dezembro. Quanto aos outros sintomas, a médica referiu não ser fisiológico, e poder ser Síndrome de Anorexia Nervosa, e encaminhou a um psiquiatra.

10) No final de janeiro a paciente passou a ter o enjoô cada vez mais forte e já não conseguia comer praticamente nada embora tivesse fome. Sentia a saliva grossa e amarga, fraqueza, cansaço, dificuldade de respirar, diante dos alimentos, e de produtos químicos com cheiro. Chegou a passar uma semana sem conseguir comer.

11) Foi levada algumas vezes ao atendimento de emergência por estar com muita fraqueza, e lá era tratada com **Soro e Plasil**, noutros episódios foi medicada com **Cimetidina e Dramin**.

12) Em **30 de janeiro de 2006**, passou muito mal com enjoô e vômito na madrugada, tomou **Plasil**, mas não melhorou e no dia seguinte sentia fome, mas não conseguia comer, comendo apenas 2 bolachas e chá. Foi a emergência do hospital, tomando novamente **Soro e Plasil**. Em todas as idas ao hospital a mãe relatava as medicações que a filha estava tomando e os médicos perguntavam a respeito da filha ser diabética, mas não davam prosseguimento as investigações.

13) No dia **31 de janeiro de 2006** acordou com **mal estar, fraca, com câimbra nas mãos**, que estavam contorcidas, não conseguia abri-las. Tinha **tremores de frio**,

ondas de calor, dificuldade para respirar, com 37 graus de temperatura, pressão 9 x 6. Foi levada ao **hospital** e fez exames que acusaram anemia, e alteração dos leucócitos, e a glicose estava baixa. No hospital, a pressão normalizou, tomou **Plasil**, permanecendo com **enjôo, e ondas de frio e calor, dificuldade para respirar, cansaço, fraqueza.** Substituíram o **Plasil** por **Dramim**, e receitaram **Combirom** para recuperar o hematócrito baixo. O médico da emergência alertou que se não tivessem buscado socorro a tempo a paciente poderia ter morrido de desnutrição, e desidratação.

14) A partir de **02 de fevereiro de 2006** passou a usar o **Dramim**, e começou a se alimentar melhor, sentindo náusea mais esporadicamente. Permaneceu com intolerância a doces, e com o cansaço e fraqueza, porém em intensidade menor. O enjôo ainda ocorria, porém não todos os dias.

15) Os dados de todas estas verificações precedentes, constituíram relatório levado ao médico ginecologista.

16) Relatamos ao médico as preocupações dos familiares quanto ao que estava acontecendo com a paciente, e como isto fez com que entrassem em fragilidade emocional: a menina com medo de ficar no quarto com a porta fechada, ou de tomar banho e vir a passar mal. A mãe apavorando-se com ter provocado sequelas na filha por seu sofrimento com o câncer que teve ano passado, ou que a filha estivesse em estresse, ou que estivesse com a Síndrome de Anorexia que a médica referiu.

17) O médico foi informado de que fora lida a bula da **Metiformina** com a paciente e sua mãe, e que lhes foi antecipado conforme dados da conversa que havíamos tido com o médico, que provavelmente o que estava ocorrendo com a paciente decorreu do uso da Metiformina.

18) Conversamos com o médico sobre a necessidade da consulta para serem esclarecidas por um especialista do que de fato ocorreu, bem como de qual o efetivo quadro de saúde atual, tanto em relação ao ovário policístico e seu tratamento, quanto a seqüelas que a medicação pudesse ter provocado. Citamos que anteriormente a este episódio a mãe da paciente já tinha medo do que viesse a ocorrer com a filha em função do ovário policístico, e do uso continuado de anticoncepcional. E agora, do que pudesse ter ocorrido de estragos no organismo da filha em função do uso da **Metiformina**.

Na primeira consulta em 06/03/06:

1) O médico confirmou indicativos de ovário policístico nas USG pélvicas aonde o ovário aparecia aumentado. Esclarecendo que este era um sintoma de uma Síndrome chamada de Anovulação Crônica, cujos outros sintomas são desregramento da

menstruação, pêlos, acnes, sintomas que a paciente também apresentava. Esclareceu esta Síndrome como uma patologia comum entre moças da idade da paciente, que em geral regulariza-se com a maturação do eixo hormonal, que é comumente tratada com o anticoncepcional, o qual trás benefícios ao organismo da mulher e que o ovário policístico não pode vir a tornar-se câncer, desfazendo os temores da mãe da paciente.

2) Quanto ao uso da Metiformina, confirmou-se através de exames que de modo algum estava indicado para uma paciente com as características físicas desta paciente, pois não havia indicativos de alteração hormonal que justificasse essa providência.

3) Esclareceu que o que ocorreu foi que a paciente suspendeu o uso do Yasmim, que era uma medicação indicada a seu caso, e voltou a sangrar por função da Anovulação Crônica, e ao invés de ter sido feita a re-introdução do Yasmim, ou similares, foi indicada a Metiformina, que pode ser utilizada em alguns casos de ovário policístico, mas geralmente em pacientes obesas e com resistência insulínica. Como a medicação acelera o metabolismo, faz emagrecer e com isso a paciente perdeu muito peso e massa muscular gorda e magra, ficando desnutrida.

4) Quanto a náusea em termos ginecológicos só poderia ser provocada por gravidez ou pela medicação. Com a retirada da medicação, se a náusea não se extinguisse, seria investigada a possibilidade de uma gastrite.

5) Os exames que a paciente tinha em mãos estavam todos normais, com exceção de ligeira anemia em decorrência dos males que a impediam de alimentar-se, deixando-a sem nutrientes, sendo provavelmente tudo efeito de medicação Metiformina.

6) Esclareceu também que a hipoglicemia que a paciente apresentou em suas idas a emergência não foi ocasionada por alterações funcionais. Indicou tomar **Combiron** por mais um mês, e permanecer com **Selene por 6 meses**. A paciente queixou-se de queda de cabelo, e o médico colocou poder ser por falta de vitamina A, e indicou procurar dermatologista. Solicitou repetição do USG pélvica em 6 meses, e não fez exame clínico porque a paciente era virgem.

Para um retorno, o médico solicitou exames de Insulina e Glicemia para averiguar se a paciente tinha resistência insulínica, mesmo sem que apresentasse qualquer indicativo clínico, mas para certificar-se visto que a paciente tinha sido medicada com Metiformina.

Após a consulta médica fizemos sessão psicoterapêutica com a mãe e a paciente, em 14/03/06: fazendo a apropriação dos resultados. Fomos recuperando os esclarecimentos feitos pelo médico e localizando-as de como respondiam aos

questionamentos da mãe. Elas foram se localizando de que a paciente havia sido vítima de equívoco de medicação, e que aqueles padecimentos fisiológicos iam regredir a medida que ela fosse se alimentando adequadamente, e utilizando a medicação agora prescrita. Nesta nova sessão a paciente já se encontrava mais fortalecida e com menos sintomas.

Quando a paciente retornou ao médico, quarenta dias após a primeira consulta (24/04/06):

1) Foram analisados os exames realizados e o médico confirmou suas hipóteses da primeira consulta, colocando que todos os exames estavam bons. O teste de resistência insulínica confirmou o uso injustificado da **Metiformina**.

2) A paciente havia aumentado 4 quilos, os sintomas de cansaço, fraqueza, dor no estômago já vinham diminuindo. O fígado e o pâncreas estavam preservados, sem seqüelas do uso da medicação **Metiformina**.

3) O médico manteve o **Combirom** por mais 90 dias para melhorar o hematócrito que ainda apresentava hemácias baixas, e caso não resolvesse encaminharia a paciente a hematologista.

4) Manteve o uso do **Selene** para o controle do ciclo menstrual e dos ovários policísticos. Solicitou que a paciente repetisse alguns exames em 3 meses e voltasse a consulta. Também repetiria a USG pélvica para verificar se os cistos haviam diminuído com o uso do anticoncepcional.

Fizemos nova sessão psicoterapêutica de apropriação dos elementos da consulta médica em 05/05/06, onde o pai da paciente também participou: Foi feita a apropriação do resultado da consulta com o médico que confirmava a hipótese inicial de que a debilidade física se deveu ao uso da Metiformina. E como agora a paciente vinha cada vez mais se recuperando, sendo esta a progressão da situação dela. Retomamos os esclarecimentos do médico quanto ao hematócrito que permanecia um pouco abaixo do regular, em decorrência da deficiência nutricional deste período e que deveria regularizar-se, e caso não ocorresse procuraríamos um especialista hematologista, porém não consistindo isto em nenhum problema sério, e sim totalmente reversível conforme nos orientou o médico.

Após 3 meses, acompanhamos a paciente a nova consulta ao médico ginecologista (setembro de 2006):

1) Na ocasião a menstruação da paciente já estava regularizada com o uso do **Selene**, havia aumentado um pouco mais o peso chegando quase ao normal, a queda de

cabelo havia regredido, e houve a redução dos cistos com o uso do **Selene**, verificado no USG pélvico, que mostrou os ovários em tamanho normal, mas com indicativos de cistos, confirmando que a paciente era mesmo uma anovuladora crônica.

2) O médico esclareceu quais as conseqüências dos cistos no ovário para uma posterior gravidez e os tratamentos possíveis.

3) A análise dos exames mostrou que estavam todos normais, o hematócrito estava bom, dispensando o uso do **Combirom**. Ficou orientada a continuar usando o **Selene** até a próxima consulta de rotina ginecológica em 1 ano.

Em síntese o médico confirmou que o **Yasmim** e o **Selene** estavam indicados desde o início do tratamento, não deveriam ter sido substituídos pela **Metiformina**, visto que a paciente não apresentava resistência insulínica, ou qualquer outra indicação clínica para tal uso. E os sintomas de fraqueza, vômito, náusea, irregularidade menstrual, perda de peso, perda de massa gorda e magra, desnutrição, desidratação, decorriam mesmo do uso inadequado da **Metiformina**.

Foi realizada uma última sessão psicoterapêutica com a mãe e a paciente, fazendo a apropriação do resultado do tratamento médico, aonde as duas foram localizadas das condições fisiológicas normais em que a paciente estava, podendo ter vida regular, sem preocupar-se mais com o episódio ocorrido, que passava a ser coisa do passado. Por fim a paciente estava recuperada, ficando recomendado apenas o acompanhamento ginecológico regular, necessário para qualquer mulher.

A esta altura do ano, a paciente já estava com a vida totalmente regularizada, tinha conseguido passar num vestibular de inferno, e conseguiu bolsa de estudos integral para cursar uma universidade. Estava praticando atividade física, fazendo suas atividades em casa, como fazia antes do problema de saúde.

Nossa atuação psicoterapêutica compreendeu aproximadamente 10 horas de trabalho em sessões, mais o preparo dos relatórios, e acompanhamento da paciente as consultas médicas, além de ficarmos em sobreaviso por telefone durante todo o período. A intervenção interdisciplinar durou de fevereiro a setembro, perfazendo um total de 8 meses, tempo suficiente para que as correções do tratamento médico em intervenção interdisciplinar de que se beneficiou a paciente, produzisse os seus resultados.

Então, 8 meses após a primeira sessão a paciente estava recuperada em termos de medicina, e **se confirmava nossa hipótese inicial de que suas turbulências emocionais eram apenas reativas a seus padecimentos orgânicos, funcionais**. Tendo

vido a última consulta ao médico realizada em setembro e também nossa última sessão com a paciente e sua mãe.
