

Denise Leite Ocampos¹
Evelyn Eisenstein²

Perda da memória em adolescente de 18 anos

RELATO DO CASO

Identificação: VPS, 18 anos, sexo feminino, parda, solteira, estudante da 8ª série do ensino fundamental, natural do Rio de Janeiro, procedente de Jardim Bangu, Rio de Janeiro (RJ).

QP: Perda da memória.

HDA: Há cinco dias teve um episódio de cefaléia occipital, em aperto, de forte intensidade, após desentendimento na escola, sem relação com alimentação, sem associação com náuseas, vômitos ou fotofobia, melhorando após uso de diclofenaco potássico. No dia seguinte acordou não se reconhecendo, não conhecendo familiares nem namorado, desorientada no tempo e no espaço e não sabendo identificar objetos; somente lembrando fatos antigos, principalmente desagradáveis.

Antecedentes fisiológicos: Parto normal, a termo; crescimento e desenvolvimento normais; telarca: 12 anos; pubarca: 13 anos; menarca: 14 anos; sexarca: 0.

Antecedentes mórbidos: Varicela com sete anos.

Antecedentes familiares: hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes melito (DM) (avô paterno); asma (irmão); enxaqueca (pais, avó materna).

História social: nega tabagismo, etilismo ou uso de drogas ilícitas; moradia de alvenaria, com esgoto e água encanada, dois quartos, residindo com cinco pessoas (tio, tia, primo, prima e irmão) há dez meses; pais separados há dois anos, sendo que morou seis meses com a mãe e oito meses com o pai. Namora há dois anos.

Revisão de sistemas: cefaléia occipital há dois anos, em aperto, predominantemente vespertina, ocasional, de moderada intensidade, exacerbada por estresse ou esforço físico, sem fotofobia ou náuseas, melhorando com antiinflamatórios não-esteroidais (Aines), além de fadiga e insônia.

Exame físico: peso: 51kg; altura: 1,59m; IMC: 20,1m/kg²; ectoscopia: em bom estado geral, eupnéica, afebril, mucosas coradas e hidratadas, acianóticas e anictéricas, pele de aspecto normal; cavidade oral e orofaringe: hipertrofia de amígdalas; fundoscopia: papila com contornos nítidos, vasos sangüíneos sem alterações, mácula preservada; ACV: ritmo regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, s/ sopros, Fc = 88bpm, PA = 100 x 60mmHg; AR: murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios, Fr = 20rpm; abdome: peristalse presente, indolor à palpação, sem visceromegalias ou massas; genitália: sem alterações; Tanner: P 5 M 5; exame neurológico: força muscular preservada, sem alterações de sensibilidade, sem sinais meníngeos, sem alterações de nervos cranianos, reflexos normais e miniexame mental = 22 (não lembrava data atual, nome do hospital, dois erros em cálculos, dificuldade

¹Residente de medicina de adolescentes do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Nesa/Uerj).

²Professora-adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Uerj (Nesa/Uerj).

Trabalho realizado no Hospital Universitário Pedro Ernesto (Hupe/Uerj) e no Nesa. Apresentação feita em 19/8/2003, em sessão clínica do Nesa.

para escrever e desenhar. Não sabia sua identidade, mas lembrava o que tinha feito naquele dia); Mmli: boa perfusão capilar, pulsos simétricos e regulares, panturrilhas livres, sem edemas.

Exames complementares: hemograma completo normal, bioquímica normal, EAS normal, EPF normal, radiografia de tórax normal; TC de crânio com laudo normal.

➤ EVOLUÇÃO

Retorno da memória após seis dias da primeira consulta. Miniexame mental 27 (erro em cálculos e desenho) e exame físico normal. Referência a medo de dormir no mesmo quarto que o irmão, por ele ser do sexo oposto; aversão ao contato físico e sexual, inclusive com o namorado; dificuldade de confiar nas pessoas; choro fácil, irritabilidade, dificuldade de concentração, baixa auto-estima, insônia e lembranças de fatos desagradáveis, como abuso sexual pelo padrasto quando morou com a mãe após a separação de seus pais (há 19 meses).

O caso comentado teve o diagnóstico de amnésia anterógrada, tendo como etiologia mais provável o distúrbio de estresse pós-traumático (*post-traumatic stress disorder* [PTSD]) do tipo atrasado, pois principiou após seis meses do trauma. A conclusão diagnóstica ocorreu após o relato de abuso sexual pelo padrasto, e, diante dos sintomas referidos na evolução, já que a amnésia foi de curta duração, não foram encontradas alterações ao exame físico e nos exames complementares, demonstrando um componente psicossocial.

➤ OBJETIVO

Relatar a ocorrência de PTSD em uma adolescente de 18 anos, 19 meses após abuso sexual pelo padrasto, manifestado sob a forma de amnésia e outros sintomas relacionados, sem patologias associadas.

➤ DISCUSSÃO

A perda da memória ou amnésia é a incapacidade de armazenar, reter, coordenar e relembrar conhecimentos, experiências, informações e habilidades recentes e pregressas adquiridos durante toda a vida. Pode ser classificada como amnésia anterógrada, amnésia retrógrada e amnésia global transitória. A anterógrada é a incapacidade de armazenar conhecimentos recém-adquiridos; a retrógrada, de relembrar experiências ocorridas antes do início da amnésia; e a global transitória, de reter informações novas e antigas, porém ocorrendo em indivíduos com mais de 50 anos, deixando-os subitamente desorientados.

As principais causas de amnésia na adolescência são: infecciosas, como HIV, herpes simples, sífilis, criptococose, tuberculose e sarcoidose;

metabólicas, como deficiências vitamínicas (B1, B3, B12), hipotireoidismo e intoxicações exógenas (medicamentos, drogas ilícitas e metais pesados); neoplásicas, como tumor primário e encefalite límbica paraneoplásica; neurológicas, como hematoma subdural crônico, pós-anóxia, pós-encefalite e hidrocefalia; psiquiátricas, como depressão, esquizofrenia e reação de conversão; degenerativas, como ataxias hereditárias e doenças do neurônio motor; além de outras, como vasculites, porfiria intermitente aguda, epilepsias não-convulsivas e leucodistrofias.

O PTSD é um distúrbio freqüente em crianças e adolescentes, ocorrendo após uma situação de estresse agudo (horror, medo, desamparo) em virtude de exposição a um trauma. Se não tratada, pode ser uma condição crônica, persistente e debilitante.

Os eventos traumáticos são acidentes, desastres naturais, homicídios, assaltos, abuso sexual, sendo o indivíduo vítima, testemunha ou ouvinte. Esses eventos são classificados como: trauma I – súbito e inesperado, p. ex., vítimas de assaltos; e trauma II – repetitivo e esperado, p. ex., abuso sexual.

Os sintomas começam em semanas, meses ou anos após o trauma, duram por pelo menos um mês e podem ser divididos nos subtipos agudo, com

duração menor do que três meses, crônico, com duração maior que três meses, e atrasado, com início após seis meses. Dependem do estágio de desenvolvimento do paciente e da natureza do trauma. Nas crianças se manifestam em jogos repetitivos, desenhos, histórias, alucinações e transtornos do sono, e, nos adolescentes, como comportamento agressivo, queixas inespecíficas e abuso de álcool e narcóticos. Em geral são lembranças recorrentes do fato, com *flashbacks* intrusivos; hiperatividade (hipervigilância, baixa concentração, dificuldade de adormecer ou permanecer dormindo, irritabilidade, amnésia e resposta de susto exagerada), incapacidade de lembrar, parcial ou completamente, alguns aspectos importantes do período de exposição ao estressor e aversão a lugares e pessoas relacionadas ao trauma.

Existem co-morbididades relacionadas, ou seja, as pessoas têm maior probabilidade de desenvolver outros transtornos, como distúrbio do pânico, transtornos da ansiedade, transtornos de comportamento, autismo, depressão, déficit de atenção e hiperatividade, assim como abuso de drogas ilícitas.

Ocorrem mais no sexo feminino, e os principais traumas são abuso sexual e testemunho de homicídios.

O diagnóstico diferencial é feito com desordem aguda do estresse (começa e termina em um mês do trauma), distúrbios do comportamento (esquizofrenia), depressão, transtornos da ansiedade e reação de conversão.

O tratamento é feito com terapia do comportamento cognitivo, terapia com jogos, terapia de grupo, terapia familiar, psicoterapia e farmacoterapia. Os medicamentos são coadjuvantes das terapias ou direcionados para as co-morbididades (depressão, pânico, hiperatividade). Os antidepressivos, como a fluoxetina e a sertralina, mostraram-se eficazes no início da terapêutica.

Na CID-10 o distúrbio do estresse pós-traumático é F43.1.

O abuso sexual é uma situação em que uma criança ou um adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto ou mesmo de um adolescente mais velho, com base em uma relação de poder que pode incluir desde carícias, manipulação da genitália, mamas ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia e exibicionismo, até o ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência física.

As principais manifestações clínicas são:

- aversão ao contato físico e a qualquer atividade de conotação sexual, insegurança e dificuldade de confiar em outras pessoas, isolamento social e depres-

são, tristeza e abatimento profundo, sentimentos de menos-valia, baixa auto-estima e choro fácil;

- retardo psicomotor, dificuldades de concentração e baixo nível de desempenho escolar, hiperatividade;
- transtornos do sono e pânico, distúrbios na alimentação, fadiga, imagem corporal distorcida, altos níveis de ansiedade, enurese noturna, autoflagelação;
- conduta agressiva e irritabilidade, comportamento regressivo, submisso ou autodestrutivo;
- excessiva preocupação em agradar, interesse precoce por brincadeiras sexuais com conduta sedutora ou agressiva, desenhos, masturbação contínua e visível;
- distúrbios de conduta, como faltar a aulas, ter poucos amigos, fugas, mentiras, furtos e tentativa de suicídio.

As principais etapas de avaliação do abuso sexual de crianças e adolescentes são:

1. estabelecer relação de confiança com a vítima e familiares; assegurar o sigilo das informações; assegurar local adequado e com privacidade para a entrevista e o exame clínico;
2. trabalhar em equipe interdisciplinar, referendar para psicologia e serviço social, documentar os dados em protocolos apropriados e com informações adequadas; comunicar ao Conselho Tutelar; interagir com os profissionais legistas, policiais, e lidar com os aspectos legais e jurídicos;
3. esclarecer sintomas: início, duração, intensidade, circunstâncias, localização, piora/melhora; história prévia e fatores associados; história da dinâmica familiar; história do desenvolvimento emocional; história social (e escolar); história sexual (e menstrual da adolescente);
4. exame clínico e/ou ginecológico; presença de enfermeiro/a ou atendente na sala de exame; não forçar nem duplicar trauma; interromper se necessário ou conter reações emocionais extremas, choro ou pânico; uso adequado dos protocolos para registro dos dados da entrevista e exame; assegurar o acompanhamento a seguir;
5. importância do tempo decorrido desde o abuso: < 72h; até quatro a oito semanas e > dois meses; dar a conhecer o local e os instrumentos a serem usados durante o exame (estetoscópio, espéculo, *swabs* para culturas, etc.); exame segmentar e por etapas, sinais antigos e recentes de violência e/ou abuso; autorização para fotografar as lesões, exame perianal e ginecológico;
6. obter culturas das áreas orofaríngea, uretral, vaginal, anal e retal para gonococo e HPV; obter dados laboratoriais para sífilis, HIV, hepatite

- B, toxicologia etc., repetindo em seis a oito semanas; fazer β -HCG se necessário; exame de citocolposcopia, quando possível; exame de urina e cultura;
7. toxóide antitetânico, em caso de vacinação não-comprovada e lesões físicas presentes; avaliar a necessidade de contracepção de emergência; avaliar a necessidade de tratamento profilático para doenças sexualmente transmissíveis (DST); rastrear anti-HIV (repetir em seis a oito semanas) e iniciar tratamento anti-retroviral, em casos de riscos e quando não se sabe o estado HIV do agressor (até 72 horas do abuso);
 8. evitar o uso de medicamentos psicotrópicos, mas considerar o de fluoxetina ou sertralina em casos de depressão; encaminhar para acompanhamento psicoterapêutico, semanal ou quinzenal, durante oito a 12 semanas; hospitalizar em casos de crises, emergências psiquiátricas ou risco de vida; acompanhar sintomas pós-traumáticos, supervisionando o comportamento, sem preconceitos ou julgamentos de valor moral;
 9. oferecer possibilidade de conversar, oferecer atividades de grupo ou atividades de prevenção e educação em saúde realizadas em escolas e comunidades; ensinar técnicas sobre prevenção da violência e como obter ajuda; insistir na necessidade de intervenções ou mesmo hospitalização em casos de crises agudas ou risco de vida;
 10. a prevenção é a solução: atividades de educação em saúde nas escolas, empresas, clubes e comunidades; informações sobre desenvolvimento da sexualidade saudável e prevenção de DSTs/HIV; resolução de conflitos intrafamiliares; redes de suporte e apoio social e cultural; canais de comunicação, mídia e tecnologia – sem hipocrisias e duplas mensagens sexuais –; campanhas de alerta e prevenção da violência e do abuso sexual.

CONCLUSÃO

O diagnóstico do PTSD é de particular importância, pois está intimamente relacionado à violência contra a criança e o adolescente. Mesmo sendo um transtorno prevalente nessa faixa etária, nem sempre é primariamente considerado, permanecendo subdiagnosticado e levando a dificuldade no seu diagnóstico e na instituição de uma terapêutica apropriada. A violência apresenta-se sob diversas formas, tanto que um sintoma ou sinal isolado ou queixas inespecíficas não permitem afirmar a sua existência. É fundamental o olhar atento e crítico da equipe de saúde que lida com os adolescentes diante dos problemas identificados – seja de ordem física, sexual e emocional – procurando a sua correspondência com o relato da possível vítima, dos familiares ou de pessoas de sua convivência sobre o fato ocorrido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (Abrapia). Abuso sexual. Mitos e realidades. Coleção Criança Carinho. 3 ed. 2002. p. 8-46.
2. Gauderer EC, Morgado K. Abuso sexual na criança e no adolescente. *Jornal de Pediatria* 1992; 68(7/8): 243-7.
3. Augostinos M. Developmental effects of child abuse: recent findings. *Child Abuse & Neglect* 1987; 11: 15-27.
4. Becker J, Skinner. Sexual abuse in childhood and adolescence. *The clinical guide to child psychiatry*. The Free Press; 1985.
5. Seedat S, Kaminer D et al. An overview of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Primary Care Psychiatry* 2000; 6(2): 43-8.
6. Ministério da Saúde. Violência contra crianças e adolescentes. Orientações para a prática em serviço. Caderno n. 8, 2001; 33-45.
7. Pynoos R, Nader K et al. Posttraumatic stress disorder. *Textbook of child and adolescent psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press; 1991.
8. Neinstein LS, Warf C, Sherer S. Rape and sexual abuse. *Psychosocial problems and concerns*. Chapter 82; 1477-510.
9. Cohen JA. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Work group on quality issues. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder 1998; 37 (suppl. 19): 4S-26S.

> INFORMAÇÕES GERAIS

A revista *Adolescência & Saúde* é uma publicação oficial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com periodicidade trimestral. Aceita matérias inéditas para publicação na forma de artigos originais, artigos de atualização e relatos de casos.

Os textos devem vir acompanhados de carta assinada pelo autor principal e por todos os co-autores para serem avaliados pelo Conselho Editorial e receberem aprovação para publicação.

Os trabalhos devem ser enviados para: *Adolescência & Saúde* – Boulevard 28 de Setembro 109/fundos – Pavilhão Floriano Stoffel – Vila Isabel – CEP 20551-030 – Rio de Janeiro-RJ – Tels.: (21) 2587-6570 / 2587-6571 – Fax: (21) 2264-2082 – e-mail: revadol@uerj.br; ou para Diagraphic Editora – Av. Paulo de Frontin, 707 – Rio de Janeiro-RJ – CEP 20261-241 – a/c Beatriz Couto – e-mail: editora@diagraphic.com.br.

> SEÇÕES DA REVISTA

A revista publica os seguintes trabalhos:

- artigos originais, sejam prospectivos, experimentais ou retrospectivos;
- artigos de revisão, inclusive metanálises, comentários editoriais e cartas de opiniões, quando solicitados a membros do Conselho Editorial;
- resumos de teses apresentadas e aprovadas nos últimos 12 meses. Os mesmos deverão ter, no máximo, duas laudas (de 2.100 caracteres, com espaços), incluindo, no mínimo, três palavras ou expressões-chave. O resumo deverá ser enviado em disquete. Em arquivo separado, apresentar o nome completo do autor e do orientador, membros da banca, data de apresentação e a identificação do serviço ou departamento onde a tese foi desenvolvida e apresentada;
- relatos de casos de grande interesse e bem documentados clínica e laboratorialmente;
- artigos de temas livres, resumos e trabalhos apresentados em eventos científicos.

> APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

É necessário que os trabalhos sejam apresentados em três vias, em páginas separadas e numeradas no ângulo superior direito. Os artigos deverão ser enviados com no máximo dez laudas (de 2.100 caracteres, com

espaços), sem contar as referências. Para os artigos que contenham gráficos ou fotos, o número de laudas deverá ser menor, dependendo da quantidade de imagens. Devem ser também gravados e apresentados em disquete, mencionando-se o nome do arquivo e do *software* utilizado e a versão.

Devem vir acompanhados de carta do autor principal, autorizando a sua publicação e com a sua assinatura e a de todos os co-autores. O artigo passa a ser propriedade da revista, e as opiniões emitidas nos trabalhos são de responsabilidade única dos autores.

a) Primeira página:

- título do artigo;
- nome(s) do(s) autor(es) e titulação(ões);
- nome do serviço onde foi realizado o trabalho;
- endereço, número de telefone, fax e e-mail do autor principal.

b) Segunda página:

- resumo com, no máximo, 200 palavras;
- unitermos, no máximo cinco, formulados com base no vocabulário estruturado DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), que pode ser encontrado no endereço eletrônico www.bireme.br.

c) Terceira página:

- título em inglês;
- *abstract*;
- *key words*.

d) Quarta página:

- carta do autor principal, autorizando a publicação e com sua assinatura e a de todos os co-autores.

e) Texto:

- os artigos originais devem obedecer à seguinte sequência: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão. Referências bibliográficas: no máximo 20;
- os artigos de atualização podem ou não ter subtítulos. Referências bibliográficas: no máximo 30;
- os relatos de caso devem obedecer à seguinte sequência: Introdução, Apresentação do Caso, Discussão e Conclusão, Referências bibliográficas: no máximo cinco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS <

Devem ser ordenadas alfabeticamente, com base no último sobrenome do autor principal, e numeradas. As citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas. Para apresentação das referências, devem ser adotados os critérios do International Committee of Medical Journal Editors. Exemplos:

a) Artigos em periódicos:

Dupont W, Page D. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *N Engl J Med* 1985; 312: 146-51.

Obs.: Quando houver mais de seis autores, devem-se mencionar os três primeiros seguidos de *et al.*

b) Capítulos de livros:

Swain SM, Lippman ME. Locally advanced breast cancer. In: Bland KI, Copeland EM. *The Breast. Comprehensive management of benign and malignant diseases*. Philadelphia: WB Saunders. 1991; 843-62.

c) Livros:

Hughes LE, Mansel RE, Webster DJT. *Benign disorders and diseases of the breast. Concepts and clinical management*. London: Baillière-Tindall. 1989.

d) Referências de trabalhos apresentados em evento:

Tarricone V, Novaes SP, Pinto RC, Petti DA. Tratamento conservador do câncer de mama. XI Congresso Brasileiro de Mastologia. Foz do Iguaçu; 1998.

e) Referências de trabalhos de autoria de entidade:

American Medical Association. *Mammographic criteria for surgical biopsy of nonpalpable breast lesions. Report of the AMA Council on Scientific Affairs*. Chicago: American Medical Association. 1989; 9-20.

f) Referências de teses:

Narvaiza DG. Expressão do antígeno nuclear de proliferação celular (PCNA) no epitélio da mama de usuárias e não-usuárias de anticoncepcional hormonal combinado oral. São Paulo: 1998. Tese de Mestrado, Unifesp-EPM.

g) Artigos de periódico em formato eletrônico:

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1): [24 screens]. Available from: URL:<http://www.ede.gov/neidod/EID/eid.htm>.

papel, e as despesas com eventual reprodução de fotografias coloridas correrão por conta dos autores. Fotos eletrônicas só serão aceitas em formato jpg com 300dpi de resolução. Os desenhos em traço precisam ter qualidade profissional para permitir sua reprodução.

PONTOS A CONFERIR



Antes de enviar seu artigo para publicação, verifique os seguintes pontos:

1. O resumo está de acordo com o *abstract*?
2. Os unitermos estão de acordo com as *key words*?
3. Na terceira página consta o título em inglês?
4. A carta de autorização para publicar o artigo, com a assinatura do autor e dos co-autores, foi enviada?
5. A divisão de tópicos está correta?
6. O artigo está dentro do número máximo de laudas?
7. Referências
 - a) O número de referências está correto?
 - b) Todos os artigos citados no texto estão presentes nas referências?
 - c) Todos os artigos presentes nas referências estão citados no texto?
 - d) Os artigos estão digitados de acordo com as normas da revista?
 - e) Os artigos estão em ordem alfabética?
8. Tabelas
 - a) As legendas são auto-explicativas?
 - b) As tabelas apresentam autores que não estão presentes nas referências?
9. Figuras e fotos
 - a) As legendas são auto-explicativas?
 - b) Todas as figuras e fotos estão citadas no texto e vice-versa?
10. Os valores numéricos (principalmente porcentagens) estão calculados corretamente?
11. O disquete a ser enviado contém todo o texto do artigo em Word?
12. As fotos eletrônicas estão em formato jpg com 300dpi?



ILUSTRAÇÕES

Solicita-se que tabelas, gráficos, figuras e fotografias sejam apresentados em folhas separadas, com legendas individualizadas, ao final do trabalho. Preferencialmente as fotografias devem ser em preto-e-branco, em *slide* ou