

2014.2

ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL



**INSTITUTO
FORMAÇÃO**
Cursos Técnicos Profissionalizantes

Profº Eunaldo Santos Dias

ÍNDICE

- EVLUÇÃO HISTÓRICA DA PSIQUIATRIA
- A PSIQUIATRIA NO BRASIL
- O DECRETO 1.132/1903 E SEUS REFLEXOS
- A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LEI 10.216/2001
- CONSIDERAÇÕES FINAIS
- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSIAL – CAPS
- TIPOS DE CAPS
- A SAÚDE MENTAL NA BAHIA
- CRONOGRAMA DE FUNCIONAMNETO DO CAPS DE BARRA DA ESTIVA
- LOCAIS DE ASSISTÊNCIA AO DOENTE MENTAL

Enfermagem em Saúde mental:

- COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA
- PRESCRIÇÃO MÉDICA
- EPIDEMIOLOGIA DOS TRANTORNOS PSIQUIATRICOS

Doença DEPRESSÃO (Transtorno depressivo)

- Doença ESQUIZOFRENIA
- TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO
- TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE NO ADULTO
- FOBIAS (transtornos fobico-ansiosos)
- TRANSTORNO DE PÂNICO
- ESQUIZOFRENIA
- TRANSTORNO DA PERSONALIDADE

Referências Bibliográfica

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA PSIQUIATRIA

INTRODUÇÃO

A loucura tem sido encontrada nas mais diversas sociedades em variadas épocas, seguindo-se a estas manifestações a freqüente identificação do indivíduo louco como o diferente, o outro, aquele que não se encontra na esfera do aceitável e não se mostra capaz de se manter na coletividade como os indivíduos tidos como normais, embora sua circulação tenha sido relativamente tolerada em sociedades pré-capitalistas. Seja por um suposto resultado de possessões demoníacas ou de inspiração divina, o fato é que o portador de distúrbios mentais freqüentemente encontrou para si o espaço da exclusão, com a negação da sua cidadania e da presunção de capacidade que se tem da maioria dos seres humanos.

Ao mesmo tempo, existe o temor da coletividade em relação ao desconhecido, o receio quanto a esta pessoa que se expressa de forma confusa, com comportamentos peculiares e, muitas vezes, perturbadores da ordem pública, sem que pareça ter noção dos danos que possa provocar ou do esforço que se faz no sentido de conter ou minimizar os seus atos. Segundo Michel Foucault (1972:6), conferiu-se na Idade Clássica aos reputados insanos o lugar de segregação que, durante a Idade Média, fora reservado aos leprosos. Finda – ou ao menos reduzida – a ameaça representada por estes últimos, restaram vazios os espaços físicos, sociais e ideológicos que ocupavam, que vieram a ser tomados pelos loucos, aos quais se impunha a necessidade de separação do corpo social.

Deste modo, para que se agisse efetivamente em relação a este elemento estranho seria necessário identificá-lo, o que nunca se mostrou tarefa fácil nas variadas tentativas de isolamento. Foram muitos os critérios, variáveis no tempo, mas em geral seguindo imperativos políticos, religiosos e ideológicos. Considerando que nem mesmo atualmente se dispõe do discernimento capaz de impor definitivamente os limites da normalidade, a identificação do "anormal" sempre se fez de forma externa, mediante a observação do seu comportamento junto a outros homens.

A SEGREGAÇÃO INSTITUCIONALIZADA

No momento histórico em que se decidiu confinar e apartar do meio "sadio" os considerados anti-sociais, a Grande Internação do século XVI, foi atribuída "uma mesma pátria aos pobres, aos desempregados, aos correccionários e aos insanos" (FOUCAULT: 1972:48). Em vez de conferir ao internamento dos insanos o cuidado com o seu estado patológico, o que se privilegiava era um imperativo de racionalização típico do sistema capitalista, o qual não se dispunha a manter em seu interior indivíduos concebidos como inaptos, inúteis ou perigosos. Realizou-se, assim, uma verdadeira "limpeza" nas cidades, com o intuito de preservá-las dos que as maculavam, segundo o critério da incapacidade de trabalho e produção para a ordem econômica vigente. A particularização do sujeito portador de transtorno mental, incluindo a necessidade de tratamento e adequação das medidas de segurança pública com o estado próprio destes indivíduos, só veio com o advento da Psiquiatria Moderna, em 1794, quase duzentos anos após o início das Grandes Internações. A loucura, então, recebe o "status" de doença. Trata-se da chamada Primeira

Revolução Psiquiátrica, liderada pelo médico francês Philippe Pinel, o qual agia em consonância com os ideais racionalistas e humanitários próprios da Revolução Francesa. Sem analisar os infindáveis questionamentos a respeito de ter este momento histórico representado a verdadeira libertação dos doentes mentais, ou somente a mudança dos grilhões, como afirmam os adeptos da antipsiquiatria, o fato é que se iniciou o chamado "tratamento moral". Este, pela primeira vez, inseriu a noção de que a loucura não é um destino irremediável, mas sim uma patologia que, como tantas outras, pode ser sanada em vários casos mediante o tratamento adequado. Não houve extinção do isolamento aplicável aos doentes mentais, mas estes passaram a ser recolhidos em locais próprios (asilos), onde recebiam auxílio humanitário e médico, alimentação e atividades terapêuticas.

O tratamento moral disseminou-se na comunidade médica da época como um modelo a ser seguido, inclusive com bons resultados em relação aos padrões anteriores. No entanto, os anos seguintes, com o próprio processo posterior à Revolução Industrial, trouxeram uma explosão no número de admissões nos asilos, o que não pôde ser acompanhado pela atenção terapêutica, que deveria se dar de forma individual. O resultado foi a redução nos índices de melhoria, a falta de expectativa na recuperação e a degradação destes espaços, que se transformaram em verdadeiros depósitos humanos. Desta forma, eram refletidos na reclusão os mesmos mecanismos opressores que o mundo exterior impunha ao doente mental (TABORDA ET AL: 2004:32).

A PSIQUIATRIA NO BRASIL

Exatamente no período em que as internações psiquiátricas eram questionadas em ambientes acadêmicos europeus, consideradas obsoletas em razão das mazelas que reproduzem, chegou a psiquiatria e seu método asilar ao Brasil, em conjunto com tantas outras influências francesas recepcionadas por nosso país. Contudo, mesmo antes deste fato, já havia no Brasil, desde o princípio do século XIX, registros de cerceamento de indivíduos perigosos ou indesejados às cadeias, em razão de supostos transtornos mentais (ou simplesmente por serem vadios, bêbados ou arruaceiros), além do abrigo por parte das Santas Casas de Misericórdia dos que se encontravam em situação semelhante. Observa-se, desta forma, a aplicação de medidas efetivamente punitivas aos que não tiveram sua segregação baseada em delitos.

Os primeiros estabelecimentos específicos para doentes mentais foram construídos no país na segunda metade do século XIX, a começar pelo Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, anexo à Santa Casa de Misericórdia da Corte 2, criado pelo Decreto 82 de 1841, funcionando desse ano até 1852 como Hospício Provisório. Nos anos que se seguiram foram criados asilos em outras províncias, os quais se assemelhavam mais às próprias cadeias do que a lugares reservados ao tratamento de enfermos.

As influências positivistas típicas do século XIX, que ordenaram o método das ciências naturais, também atingiram a Psiquiatria, através de modelos que enfatizavam uma medicina estritamente biológica, buscando apreender a natureza do homem e de seus distúrbios psíquicos com observações e descrições. Desta maneira, concebeu-se o indivíduo portador de doença mental como um objeto a ser estudado, em detrimento da

concepção do mesmo enquanto ser humano acometido por uma enfermidade, sendo que esta, conseqüentemente, acarreta um sofrimento.

Em verdade, não se pode falar propriamente em psiquiatras no Brasil até o século XX, quando surgem os primeiros especialistas. Até então, os médicos dos asilos, os chamados alienistas, eram, em grande parte, clínicos gerais e legistas. Fez-se necessário, então, uma regulamentação desta atividade, que começava a ampliar seu campo de atuação na medida em que aumentava a quantidade de asilos pelo território brasileiro. A respeito da prática do alienismo, que orientara toda a conduta psiquiátrica posterior, assim se posiciona João Ferreira da Silva Filho (1997:91):

"A sua positividade constituiu-se praticamente em responder a uma demanda social e política que objetivava controlar, sem arbítrio, a desordem social configurada no personagem do louco. Era o que exigia a sociedade liberal, fundada na mística do contato livre e que se opunha ao poder soberano anterior ao surgimento da dominação burguesa e seu liberalismo. Diferenciando o louco do cidadão comum, responsável e obediente às leis, e por isso digno de liberdade; do criminoso que racional e responsável transgride as leis, por isto se faz merecedor de prisão; e do miserável, ser agora pleno de direitos e, portanto, merecedor de trabalho, o alienismo instaura uma nova relação da sociedade com o louco: a relação de tutela, que se constitui numa dominação/subordinação regulamentada, cuja violência é legitimada com base na competência do tutor 'versus' a incapacidade do tutelado, caracterizado como ser incapaz de intercâmbios racionais isento de responsabilidade e, portanto, digno de assistência. Além do estatuto de doente, ganha o louco o de menor, ficando o médico, no caso o psiquiatra, como seu tutor, respondendo assim ao desafio da administração e controle legal da loucura na sociedade liberal."

Na presente análise da legislação psiquiátrica brasileira, o enfoque privilegiado será o das leis federais específicas para doentes mentais e, a partir delas, será feita uma comparação com o tratamento dado a esta questão pelos Códigos Penal e Civil.

O DECRETO 1.132/1903 E SEUS REFLEXOS

A iniciativa da implantação de uma legislação referente aos doentes mentais no Brasil partiu do primeiro catedrático de psiquiatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o deputado João Carlos Teixeira Brandão. Este veio a ser o relator do Decreto 1.232 de 1903, promulgado no governo do presidente Rodrigues Alves e responsável por "Reorganizar a assistência aos alienados". Estava explícita a influência sofrida da lei francesa de 1838 neste decreto, que encerrava, além da intenção de unificar a assistência psiquiátrica no país, o estímulo à construção de asilos estaduais e a proibição definitiva do cerceamento de doentes mentais, "alienados" na verdade, em prisões. Além disso, determinava a humanização dos tratamentos, ao menos nos parâmetros do pensamento da época. "A loucura e a doença mental, como em outras partes do mundo ocidental, permaneceram ligadas a três dimensões: médica, jurídica e social. A psiquiatria possui em si estas três dimensões, sendo ao mesmo tempo médica (assistencial) e vinculada ao controle da ordem pública." (AMARANTE ET AL 1998:189).

O Decreto 1.132 é o reflexo do empenho desta nascente classe médica, a psiquiátrica, em reservar a si mesma um espaço de atuação. Segunda esta lei, o único lugar autorizado a receber loucos era o hospício, por reunir condições adequadas, e toda

internação estaria sujeita ao parecer do médico, detentor da "verdade" no que se refere à alienação mental. O decreto em questão também é o responsável por positivizar a idéia de que o louco não possui a capacidade de gerir seus bens e a sua pessoa, devendo estar submetido a um curador, que também é o responsável pela guarda provisória dos bens do doente. Do mesmo modo, não caberia a este paciente interferir, ou mesmo conhecer o tratamento a ser aplicado. Mais uma vez, a política adotada em relação aos doentes mentais foi um resultado da atenção à ideologia economicista.

O Código Civil de 1916 surgiu enquanto ainda se encontrava vigente o Decreto 1.132, seguindo o caminho determinado por este em alguns aspectos que se referem à capacidade civil dos doentes mentais, mas, em contrapartida, determinando-os de "loucos de todo o gênero" ao invés de "alienados de qualquer espécie", como estava no projeto original. Não houve, inclusive, a preocupação de definir rigidamente o que fossem alienados mentais: "aqueles que, por organização cerebral incompleta, ou moléstia localizada no encéfalo, lesão somática ou vício de organização, não gozam de equilíbrio mental e clareza de razão suficientes para se conduzirem socialmente nas várias relações da vida" (Clóvis *apud* Venosa, 2002: 163).

É necessário ressaltar que o campo das manifestações psiquiátricas constitui-se em algo estranho ao conhecimento jurídico, que reconhece a necessidade de regulamentá-las, mas confere ao saber médico a determinação do que efetivamente viriam a ser. Tendo o Decreto 1.132 por relator um médico, é natural que algumas de suas determinações permanecessem, como a presunção de incapacidade e o instituto da curatela.

Em 1927, um decreto estabeleceu a distinção entre "psicopata", todo doente mental, e "alienado", que se referia ao doente mental perigoso, sujeito à incapacidade penal e civil. Desta forma, a internação do alienado passou a ser obrigatória.

DECRETO 24.559/1934

Em meio às modificações impostas pelo governo provisório de Getúlio Vargas, também a assistência e a relação entre poder público e doente mental foram alteradas. O Decreto 24.559 de 1934 revogou o anterior de 1903 e "Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos (...)". O termo alienado foi retirado do ordenamento jurídico, que passou a referir-se somente ao psicopata, considerada uma denominação mais ampla. A incapacidade do doente mental foi reafirmada, sendo facilitado o recurso à internação, válido por qualquer motivo que torne incômoda a manutenção do psicopata em sua residência.

Assim, entendeu-se que a internação era a regra, e o tratamento extra-hospitalar a exceção, bastando a mera suspeita de existência da doença mental para que o indivíduo fosse cerceado em asilos, com a subsequente supressão de seus direitos civis, e submissão à tutela do Estado. Não havia garantias contra esta medida, embora formalmente existisse um conselho de "proteção" aos psicopatas (extinto em 1944), composto de: juiz de órfãos e de menores, chefe de polícia, diretor geral da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, catedráticos de Clínica, Psiquiatria, Neurologia, Medicina Legal e Higiene, representantes da Ordem dos Advogados do Brasil e da Assistência Judiciária, presidente da Liga Brasileira de Higiene Mental, entre outros. Reafirmou-se a

conexão entre a Justiça e a Psiquiatria, com o tratamento sendo associado ao posicionamento legal. O psicopata passou a ser visto segundo os enfoques jurídico e médico, na medida em que sua mera existência era uma questão de ordem pública, em razão do potencial de periculosidade.

"Como ficou definido por Foucault e Castel, o processo que levou à definição de periculosidade social está no plano da ordem pública e não está vinculada à natureza do sofrimento psíquico. Toda pessoa internada torna-se, por definição, perigosa. A medicina mental ratificou em sua definição de doença mental a equação doente mental-perigo social. Sendo assim, a definição jurídica não poderia deixar de reafirmar a sua presença." (AMARANTE ET AL 1998:189).

Condicionado a este raciocínio, o Código Penal de 1942 relacionou a duração e o caráter da Medida de Segurança aplicável ao doente mental criminoso à gravidade do delito, não ao que seria mais conveniente tendo em vista a natureza o distúrbio. Afirmou não se tratar de uma punição, mas de uma providência que tinha em vista a reabilitação do doente para que este retornasse ao meio social. No entanto, o que se viu na maioria das vezes foi a reduzida diferença entre a aplicação prática da Medida de Segurança e as penas efetivamente cumpridas nas prisões. Neste sentido, os doentes em questão eram apenas cerceados em um manicômio como forma de preservar a sociedade do perigo que representavam, tendo em vista o delito que cometeram, mas não se relevava sua condição enquanto indivíduos portadores de uma patologia.

Observou-se a partir da década de 1930 do século passado a conexão da psiquiatria brasileira ao pensamento alemão, desvinculando-se do modelo francês. O significado desta reestrutura de corrente doutrinária se fez na atenção dada ao biologicismo, próprio do sistema alemão, com a justificação da doença mental por argumentos que levavam em conta caracteres étnicos, sociais e políticos, fundamentando um direcionamento para a higiene mental, com particularidades racistas, xenofóbicas e eugenísticas.

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LEI 10.216/2001

Em meados da década de 1960, o saber psiquiátrico foi convulsionado pelo surgimento da corrente antipsiquiátrica, a qual questionava a psiquiatria convencional enquanto conhecimento científico, propondo serem frágeis as próprias bases que fundamentam a existência da doença mental. Segundo esses teóricos, a loucura não é doença, mas um reflexo do desequilíbrio social e familiar do meio onde o indivíduo se encontra inserido, devendo o empenho em sua cura se localizar nestas causas, excluindo as disfunções orgânicas tão propagadas anteriormente.

Nesta mesma época, teve lugar na cidade italiana de Trieste o embrião do movimento de Reforma Psiquiátrica que atingiria vários países nas décadas seguintes. Seu principal expoente foi Franco Basaglia que, ao invés de ter optado pela negação da doença, como os antipsiquiatras, propôs que o saber da psiquiatria fosse reformulado. Assim, devolveu-se ao doente mental a sua identificação enquanto cidadão, trabalhador, proprietário, pai e tantas outras que lhe foram retiradas quando do início de seu tratamento em instituição asilar, quando adquiriu o estigma de incapaz, perigoso ou anti-social. A inovação da metodologia empregada se fez com o recurso ao hospital-dia, que

permitia a continuidade da inserção do indivíduo em seu meio social e familiar na constância do tratamento.

A realidade brasileira vivenciou o processo da Reforma Psiquiátrica a partir da década de 1970, com crescentes manifestações de vários setores da sociedade no sentido de reduzir o cerceamento da liberdade individual na forma de manicômios. Além disto, buscou-se um novo enfoque no modelo assistencial, através da promoção da saúde mental, ao invés de direcionar a ação apenas ao desequilíbrio psíquico já instalado.

No fim dos anos 80, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, lançando o lema "Por uma sociedade sem manicômios" e estimulando a produção legislativa de vários estados no sentido de proceder à desinstitucionalização.

Tomando por modelo a Lei Basaglia italiana, é promulgada no Brasil, em 6 de abril de 2001, a Lei 10.216, a qual "Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental", catorze anos depois de seu projeto original ter sido proposto pelo deputado Paulo Delgado. O doente mental passou a ter direito ao melhor tratamento, realizado com humanidade e respeito, tendo assegurados a proteção contra qualquer forma de exploração e o direito a receber informações a respeito de sua doença. O tratamento deveria ser feito, de preferência, em serviços comunitários de saúde mental, nos moldes do hospital-dia, tais como o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Estes são proporcionados pelo setor público, retirando o monopólio que durante quase todo o século XX fora exercido pela iniciativa privada, na forma de hospitais psiquiátricos particulares, os quais, não raro, negligenciavam o tratamento adequado a fim de receber mais recursos vindos do Estado, inclusive na forma de internamentos desnecessários.

Neste contexto, foi invertida a concepção da lei anterior, que estabeleceu o internamento como princípio basilar. Este passaria a ser feito somente quando os recursos extra-hospitalares não se mostrassem suficientes, tendo duração mínima e, ainda assim, sempre mantendo em vista o posterior retorno do paciente ao seu meio social. É perceptível a intenção do legislador em proteger o portador de transtorno mental contra as internações arbitrárias, possibilitando a este, sempre que possível a interferência em seu tratamento. As internações ficam divididas em 3 categorias: as voluntárias, nas quais existe o consentimento do paciente; as involuntárias, sem a anuência do paciente e por solicitação de terceiro; e as compulsórias, que são determinadas judicialmente. Estas duas últimas são controladas pelo Ministério Público, que deve ser notificado das mesmas em até 72 horas após sua ocorrência. Este órgão deve exercer o controle por ser ele o responsável, em nosso ordenamento jurídico, pela defesa dos interesses difusos, coletivos e individuais indisponíveis, tal como estabelecido no *caput* do art.127 da Constituição Federal de 1988.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde que a separação entre o doente mental e outros indivíduos tidos como normais e sociáveis foi estipulada, a prioridade era o que o doente poderia representar (ou ameaçar) em se tratando de assuntos civis ou penais e na preservação da ordem pública. A concepção de medidas tendo em vista atender a esta pessoa acometida de

distúrbio mental enquanto fim em si mesma, e não em relação a outras questões, respeitando a sua condição de ser humano antes de tudo, é bastante recente.

Compreender que se trata de definir o destino de uma pessoa, e não de um centro convergente de implicações sociais, é a proposta da atual política de saúde mental, que tem entre suas conquistas a Lei 10.216/2001, e se mostra não como um resultado de concepções exclusivamente médicas, mas de uma mobilização de diversos setores sociais e campos do conhecimento, como a Sociologia, a Antropologia, a Psicologia e o Direito. Este último tem um papel fundamental nesta nova política, na medida em que permite promover garantias de cidadão ao doente mental, possibilitando a defesa de sua dignidade enquanto pessoa humana.

Somado a isso, e diante das tendências de reformulação da assistência psiquiátrica, é inevitável perceber o anacronismo da instituição asilar, tal como foi organizada até hoje, no sentido em que se propõe a curar e ressocializar um indivíduo "anti-socializando-o", separando-o de sua família e círculo social, impondo-lhe o ócio (este sim, alienante) e submetendo-lhe a uma esfera de relações de poder onde lhe cabe a posição de subordinado, ou até mesmo de um apenado.

A atual lei psiquiátrica constitui um avanço, mas não basta por si mesma, fazendo-se necessária a fiscalização efetiva por parte do Ministério Público, das comissões de defesa dos Direitos Humanos e da sociedade como um todo, no que tange à regulação das internações involuntárias e da implantação de uma assistência coerente com os parâmetros atuais, em que se privilegia o atendimento extra-hospitalar ao máximo possível. Desta forma, pode-se iniciar uma tentativa de resgatar uma dívida histórica que a sociedade moderna contraiu em relação ao portador de transtorno mental.

Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

Seu objetivo é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário.

É função dos CAPS:

- prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos;
- acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território;
- promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais;
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação;
- dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica;
- organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios;

- articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território
- promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Estes serviços devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.

Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.

O perfil populacional dos municípios é sem dúvida um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental nas cidades, e para a implantação de centros de Atenção Psicossocial. O critério populacional, no entanto, deve ser compreendido apenas como um orientador para o planejamento das ações de saúde. De fato, é o gestor local, articulado com as outras instâncias de gestão do SUS, que terá as condições mais adequadas para definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental de seu município.

Tipos de CAP

CAPS I

Centro de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 20.000 habitantes, com as seguintes características: devem dar cobertura para toda clientela com transtornos mentais severos durante o dia; adultos, crianças e adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas. A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por: 5 profissionais de nível superior e 4 profissionais de nível médio.

CAPS II

Centro de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 70.000 habitantes, com as seguintes características:

Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por: 6 profissionais de nível superior e 6 profissionais de nível médio.

CAPS III

Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes. Constituir-se em

serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. Oferta retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad. A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por: 8 profissionais de nível superior e 8 profissionais de nível médio. Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

- 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem
- 01 (um) profissional de nível médio

Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

- 01 (um) profissional de nível superior
- 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem
- 01 (um) profissional de nível médio
- CAPSi
- Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes ou que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por: 6 profissionais de nível superior e 5 profissionais de nível médio.

CAPS ad II

Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios ou regiões com população superior a 70.000.

CAPS ad III

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por: 7 profissionais de nível superior e 6 profissionais

de nível médio.

Recursos Humanos

Serviço de atenção psicossocial para atendimento de adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

A Saúde Mental na Bahia

Embora possamos afirmar que a assistência em saúde mental tenha passado por importantes e significativas transformações, evoluindo de um modelo assistencial, centrado em internações hospitalares para um modelo de atenção diversificado, de base territorial e comunitária, ainda existe muito a ser construído.

Na Bahia, que possui cerca de 15 milhões de pessoas, distribuídas em 417 municípios, temos que reconhecer a grande expansão da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Atualmente, contamos 193 CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde e aprovados na Comissão Intergestores Bipartite. Cada vez mais, a rede de saúde mental tem se fortalecido e se mostrado capaz de substituir o modelo centrado no hospital psiquiátrico. Vale ressaltar que a rede de saúde mental não se resume aos CAPS. A publicação da portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, instituiu a rede de atenção psicossocial (RAPS), a qual deve contar com ações de saúde mental na atenção básica, nos serviços residenciais terapêuticos (SRT), nos leitos de psiquiatria e de desintoxicação em hospitais gerais, nos ambulatórios de saúde mental, bem como com Programa de Volta para Casa, Centros de Convivência e Cultura, cooperativas e associações de produção, controle social, bem como as conexões desta rede com outras políticas públicas. A RAPS deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação.

CRONOGRAMA DE FUNCIONAMENTO DO CAPS DE BARRA DA ESTIVA

SEGUNDA A SEXTA FEIRA DAS:

- 08 h 00 chegada dos usuários e assinar a frequência
- 08 h 30 às 09 h 00 lavar as mãos, tomar café e tomar a medicação
- 16 h 00 tomar o lanche.

Segunda/terça

- 09 h 00 às 10 h 30 G de artesanato (pinturas, costura e etc...) Iná
- 10 h 00 às 11 h 40 G alfabetização (dificuldade de aprendizagem) Orleide

- G psicodinâmico (Cristiane)
- 13 h 30 às 14 h 30 G cidadania(datas comemorativas e direitos dos cidadãos) Rita
- 14 h 40 às 15 h 40 G prática de medicação (Eunaldo)

QUARTA / quinta-feira

- 9 h 00 às 9 h 40G (horta) Dalmir
- 10 h 00 às 11 h 00 G interação social (todos usuários, jogos, brincadeiras, músicas e etc) Orleide e auxílio Rita
- 11 h 00 às 12 h 00 G medicação (Eunaldo)
- 13 h 30 às 14 h 30 G oficina de artes (Gláucia)
- 14 h 40 às 15 h 40 G variedades (temas livres)

SEXTA FEIRA

- 09 00 às 10 h 30 G artesanato (Iná)
- 10 h 00 às 10 h 40 G alfabetização (Orleide)

Locais de Assistência ao Doente Mental

Equipe terapêutica

Locais de assistência ao doente mental

- Hospitais Psiquiátricos:

São instituições públicas ou particulares,que proporcionam ao paciente um regime de internação, que pode ser integral ou parcial.

Hospital Psiquiátrico

- O Hospital psiquiátrico já não constitui o único recurso nem o mais válido para tratar o doente mental.
- Sua razão de existir deixou de ser o armazenamento e a separação dos “loucos” da sociedade.
- É útil quando se trata de um doente crônico.

Hoje em dia o cuidado psiquiátrico são também prestados por:

- Centros de saúde
- Unidades de internação em hospitais gerais

- Hospitais-dia
- Lares abrigados
- CAPS
- Residências terapêuticas

Ambulatório de saúde mental

- Instituição promotora de saúde, basicamente responsável pela assistência secundária.

Desenvolve ações de maior complexidade terapêutica:

Recepção – triagem– processo diagnóstico– encaminhamento para programas terapêuticos

Emergência psiquiátrica:

- Tem por objetivo controlar a gravidade do quadro e evitar a internação hospitalar.

Geralmente inseridos nos PS gerais, possuindo leitos de observação por 48/72 horas, com cuidados intensivos, conforme a exigência do caso.

Unidades básicas de saúde:

- As ações de saúde mental desenvolvidas nas UBS caracterizam-se como de atenção primária, integrando a profilaxia e tratamento dentro do limite de atuação e complexidade.

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS):

- São estruturas terapêuticas intermediárias entre a hospitalização integral e a vida comunitária.
- É uma forma de assistência do SUS.

Os CAPS tem como objetivos:

estímulo à participação de atividades produtivas dentro e fora do centro, buscando a reinserção profissional.

– promoção de eventos culturais e/ou recreativos, produzindo espaços para trocas entre usuário, familiares e comunidade.

Hospital Dia:

- São locais onde os pacientes passam o período diurno ou algumas horas sem se afastar do seu meio social familiar, do trabalho ou dos estudos.
- Prevenindo a reclusão e a marginalização do paciente.

- Proporciona um programa terapêutico que dá ênfase as manifestações clínicas e terapêuticas.

Lares abrigados:

- São locais onde pode viver ou morar um grupo de portadores de transtornos mentais num clima familiar, sob tutela de uma equipe assistencial.
- São totalmente integrados à comunidade.

Equipe terapêutica:

- É composta por aqueles profissionais encarregados do tratamento de um grupo de pacientes.

Membros da equipe terapêutica:

- Enfermeiro
- Assistente social
- Terapeuta ocupacional
- Psicólogos
- Psiquiatras
- Técnicos de enfermagem
- Professor de educação física
- Musico terapeutas
- Artistas plásticos
- Fisioterapeutas
- Fonoaudiólogos
- Nutricionista

Para atuar junto ao doente mental, os membros da equipe devem::

- Gostar da profissão e da especialidade;
- Ter maturidade emocional;
- Ser sensível às necessidades do outro;
- Ter discernimento;
- Ter percepção aguçada;

- Ser capaz de desenvolver sentimentos empáticos;
- Saber envolver-se emocionalmente de forma terapêutica;
- Saber atuar em equipe

Ao enfermeiro compete:

- Liderar a equipe de enfermagem

“Auxiliares e técnicos de enfermagem”

- Desenvolvimento do processo de relacionamento terapêutico com seus clientes, função psicoterápica.

Papéis e funções da enfermagem:

- O enfermeiro emprega o processo de enfermagem para proporcionar um cuidado direto aos clientes e seus familiares:
 - a. Promover o cuidado pessoal e a independência;
 - b. Auxiliar na resolução de problemas;
 - c. Comunicar-se de maneira terapêutica;
 - d. Estabelecer relações interpessoais efetivas;
 - e. Ajudar o cliente examinar comportamentos problemáticos;
 - f. f. Ensinar medidas de saúde e dar informações a respeito de distúrbios específicos;
 - g. g. administrar, monitorar e informar sobre medicações prescritas;
 - h. h. Assegurar um ambiente seguro.

O Ambiente terapêutico:

- Objetivos do ambiente terapêutico:
 - ajudar a desenvolver senso de auto-estima e valor pessoal;
 - melhorar sua capacidade de relacionar-se com outros;
 - ajudar aprender a confiar nas pessoas;
 - possibilitar que volte à comunidade mais preparado para o trabalho e para a vida;

Características do ambiente:

- Condições de satisfazer as necessidades físicas do cliente;

- O cliente deve ser respeitado como indivíduo que possui direitos, necessidades e opiniões, sendo encorajado para externá-las.
- O cliente é protegido de causar ferimentos a si próprio ou demais;
- Oferecer oportunidade de liberdade de escolha, segundo a capacidade individual, para tomar decisões;

Observação do Comportamento do Cliente Psiquiátrico:

- O que observar?
 - expressão facial;
 - tonalidade de voz;
 - aparência física;
 - vestimenta;
 - participação nas atividades de lazer e rotina;
 - relacionamento familiar;
 - aderência ao tratamento.

Medidas de segurança:

- Todo ser humano tem necessidade de proteção, ou seja sentir-se seguro.
- Em hospital psiquiátrico há situações que geram risco , entre elas temos:
 - fuga;
 - agressões;
 - quedas;
 - suicídios

O profissional deve estar preparado para agir:

- Conhecer o cliente;
- Observar e anotar detalhadamente o comportamento do cliente;
- Atender às necessidades básicas do cliente;
- Ocupar os clientes;

Fugas:

- É importante saber as causas, entre elas as mais comuns temos:

- alucinações, delírios e confusão mental;
- falta de álcool ou droga;
- saudades dos filhos, de casa;
- não se acham doentes, não aceitam o hospital;
 - medo do tratamento;

Meios mais utilizados:

- Pular janelas, muros, etc.
- Apropriar-se de chave mestra;
- Aproveitar momentos em que abrem a porta de saída;
- Esconder-se durante saídas programadas;

Assistência de enfermagem:

- Atender as necessidades na medida do possível;
- Oferecer apoio conversando sobre seus sentimentos;
- Trazê-lo a realidade;
- Manter vigilância constante, porém discreta;
- Se fugir, o profissional deverá tomar medidas administrativas cabíveis;
- Se retornar da fuga deve-se conversar, procurar saber os motivos e evitar punições.

Agressões:

- Existem dois tipos:
- Podem ser verbais ou físicas.
- Causas:
 - quadros delirantes
 - agitação psicomotora
 - não aceitação de normas e rotinas.

Cuidados:

- Manter um ambiente terapêutico;
- Vigilância constante;

- Impor limites;
- Normas e rotinas devem ser conhecidas e explicadas ao cliente;
- Manter clientes muito agitados em ambiente com pouca estimulação e sob supervisão direta;
- Ajudar a expressar sentimentos e pensamentos;
- Quando não for possível controlar agressividade, avisar o médico.

Quedas:

- Ocorrem principalmente com clientes idosos, que tomam drogas psicoativas e após ECT.
- O profissional de enfermagem deve:
 - verificar a causa;
 - estar atento ao piso;
 - acompanhar clientes após ECT;
 - verificar se houve lesões após a queda, tomando medidas cabíveis.

Suicídios:

- É a situação mais séria em instituição psiquiátrica.
- Causas:
 - perda financeira, perda de prestígio
 - morte familiar;
 - doença física grave;
 - fugir de um sentimento penoso;
 - no início da doença;

Meios mais usados:

- Enforcamento;
- Pular de lugares altos;
- Acumular medicamentos para ingeri-los de uma só vez;
- Cortar-se com objetos pontiagudos;
- Deixar de alimentar-se.

Assistências:

- Conhecer a história do cliente;
- Lembrar que na maioria das vezes o cliente dá indícios de que pretende se matar;
- Manter vigilância constante de forma discreta;
- É aconselhável mantê-lo junto com clientes melhorados;
- Ocupá-lo com tarefas úteis;
- Oferecer apoio, demonstrando interesse, disponibilidade e ajuda;
- Quando o suicídio ocorre, é necessário redobrar a vigilância;
- Prestar os primeiros socorros e pedir a quem estiver perto para chamar outros profissionais.

A finalidade do hospital é ser terapêutica e, portanto, ser um local onde o cliente possa “ser doente” e manifestar-se com segurança e aceitação.

Oferecimento de apoio:

- Conversar com o cliente dando-lhe oportunidade para expressar seus sentimentos.
- Ajudá-lo a resolver a situação apresentada e a reconhecer suas limitações.
- Ajudar a ressaltar suas características sadias
- Evitar acentuar a ansiedade.
- Mostrar-se disponível para ajudá-lo sempre que necessário.

Colocação de limites:

- É um processo no qual uma pessoa especialmente preparada toma medidas terapêuticas com o objetivo de limitar manifestações inadequadas de comportamento de outra.
- Essas medidas não devem ser punitivas, mas sim de desenvolver comportamento aceitável.

O limite deve ser colocado em algumas situações:

- Por transgressão de normas de comum acordo;
- Exige privilégios e torna-se reivindicador;
- Quando instiga determinadas pessoas contra outras;
- Quando apresenta comportamento que gere ansiedade ou irritação nos demais;

Internação (Hospitalização):

- Noções gerais:
- O processo de hospitalização pode ser traumático ou de apoio, dependendo da instituição, da atitude da família e dos amigos, da resposta da equipe e do tipo de admissão.

Admissão:

- Há 2 tipos de admissão do doente mental:
- 1- Voluntária
- 2- Involuntária

1 Voluntária:

- Internação: o formulário é preenchido pelo paciente;
- Alta: é iniciada pelo paciente;
- Justificativa: a procura de ajuda é voluntária.

2 Involuntária:

- Internação: o formulário não se origina do paciente;
- Alta: é iniciada pelo hospital ou por um juiz, mas não pelo paciente
- Condições dos direitos civis: depende da lei estadual
- Justificativa: que o indivíduo esteja mentalmente doente e apresente um ou mais dos seguintes itens:
- É perigoso para si próprio ou para outros;
- Necessita de tratamento;
- É incapaz de satisfazer suas necessidades básicas.

Admissão e alta do paciente psiquiátrico:

- Verificar sinais vitais;
- Observação do comportamento e da integridade física;
- Anotação de enfermagem da admissão.

Alta hospitalar:

- A alta hospitalar deve ser discutida por toda a equipe.

Enfermagem em Saúde mental:

Caracteriza-se pela maneira que uma sociedade, em determinada época, julga ou reage a comportamentos considerados apropriados e/ou adequados, baseados em normas culturais, regras e conceitos próprios.

Sujeito sadio:

É sadio na medida em que mantém uma atitude adequada de interação com o meio em que vive, e não uma relação passiva, rígida ou fora dos padrões de normalidade determinados pela sociedade. É aquele que encontra soluções satisfatórias para seus conflitos.

Doença mental:

Desvio de saúde, desvio do estado normal.

Falha do indivíduo em comportar-se de acordo com as expectativas de sua comunidade.

Maneira defeituosa de viver, a pessoa não consegue mais encontrar soluções para seus conflitos.

Classificação de transtornos mentais e de comportamento- CID 10

F 00 – F 09: transtornos mentais orgânicos;

F 10 – F 19: transtornos mentais e de comportamentos decorrentes ao uso de substâncias psicoativas;

F 20 – F 29: esquizofrenia;

F 30 – F 39: transtornos de humor;

F 40 – F 49: transtornos neuróticos;

F 50 – F 59: síndromes comportamentais;

F 60 – F 69: transtornos de personalidade;

F 70 – F 79: retardo mental;

F 80 – F 89: transtornos do desenvolvimento psicológico;

F 90 – F 98: transtornos emocionais e de comportamento com início na infância e adolescência;

F 99: transtorno mental não especificado.

Necessidades Humanas Básicas

Teoria das Necessidades Humanas Básicas, deriva das experiências de MASLOW (1970).

É fundamental para compreensão do comportamento do ser humano.

Necessidade:

É uma condição interna do organismo e que leva o ser humano a realizar uma ação para satisfazê-la.

Necessidades Humanas Básicas:

São todas aquelas indispensáveis para manter o ser humano em equilíbrio e bem adaptado ao seu meio ambiente.

Maslow (1970), dividiu essas necessidades em 5 níveis:

- Necessidades fisiológicas
- Necessidade de segurança
- Necessidade de amor
- Necessidade de estima
- Necessidade de realização
- Necessidades fisiológicas:

Compreende:

- Fome
- Sede
- Sono
- Impulso sexual
- Oxigenação
- Excreção

1- Necessidades fisiológicas:

São primordiais e, portanto, precisam ser satisfeitas em 1º lugar.

Ex.: se uma pessoa estiver com falta de água no organismo e também com outras necessidades afetadas, como falta de segurança, carinho, 1º precisa satisfazer a sede, as outras poderão se tornar inexistentes.

2- Necessidade de segurança:

Compreende:

- Segurança
- Estabilidade
- Dependência
- Proteção

- Liberdade
- Necessidade de ordem
- Leis
- Limites, etc.

Necessidade de segurança:

Após , satisfação das necessidades fisiológicas, surge a necessidade de segurança.

Essa necessidade é que faz o indivíduo desenvolver a capacidade de proteger-se dos perigos e ter o desejo de um lugar seguro para estar.

3- Necessidade de Amor:

Compreende:

- Relações afetivas
- Família
- Amigos
- Grupo social

3 Necessidade de Amor:

A necessidade de amor emerge após as necessidades fisiológicas e de segurança.

A necessidade de amor requer reciprocidade, ou seja, dar e receber amor.

É fundamental para viver em sociedade.

4- Necessidade de estima:

Compreende:

- Necessidade de ser estável
- De auto-respeito
- Auto-estima
- Estima dos outros

4 Necessidade de estima:

Surge após a de amor.

Chamar o paciente pelo nome, usar títulos que porventura tenha (professor), é uma maneira de satisfazer a necessidade de estima.

5 Necessidade de realização:

O homem necessita de auto-realizar, dentro de seus potenciais, as diferenças individuais neste nível são enormes.

Vontade de vir a ser mais e mais e atingir o ideal almejado.

Esta necessidade impulsiona o ser humano para o progresso.

Em um indivíduo doente, podemos encontrar diversas necessidades básicas afetadas.

A identificação de quais as necessidades estão afetadas é primordial, daí a importância da observação do comportamento.

I-Comunicação terapêutica

- Comunicação: latim comunis-comum, é como pertencer a todos ou a muitos
- comunicare: tornar comum, fazer saber.

Por que nos comunicamos?

- Para satisfazer direta ou indiretamente nossas necessidades.
- Para sentirmos integrantes.
- Para fazermos parte do contexto social.

Como nos comunicamos?

- Ideia precisa do que dizer;
- Palavras, gestos, impressões faciais.

Objetivos de um relacionamento terapêutico:

- Auto-realização, auto-aceitação e auto-respeito aumentados;
- Senso claro da identidade pessoal e da integração pessoal melhorada;
- Capacidade de formar relacionamentos íntimos;
- Melhoria da função e capacidade aumentada de satisfazer às necessidades e alcançar objetivos realistas.

Comunicação terapêutica facilitadora:

1- Os elementos estruturais da comunicação incluem:

- emissor
- mensagem
- receptor
- feedback
- contexto

2. Formas de comunicação:

- Verbal
- Não-verbal
 - proximidade
 - contato físico
 - silêncio

3. As variáveis que influenciam a comunicação:

- Percepção
- Valores
- Bagagem cultural
- Papéis

4. Os objetivos da comunicação terapêutica:

- Iniciar uma relação profissional de ajuda;
- Construir a confiança;
- Manter uma relação de ajuda ao longo do tempo;
- Proporcionar apoio terapêutico.

5. Elementos da comunicação terapêutica:

1. Aparência profissional, conduta e comportamento.
2. Cortesia
3. Uso de nomes
4. Privacidade e discrição
5. Fidelidade

6. Autonomia e responsabilidade

6. As abordagens à comunicação terapêutica:

- Oferecer-se; estar disponível para ouvir o outro;
- Fazer perguntas abertas: neutras que encorajam o cliente a expor suas preocupações;
- Proporcionar considerações: afirmações gerais baseadas na avaliação do cliente;
- Repetição;

- Refletir;
- Focalizar;
- Encorajar a elaboração;
- Procurar esclarecimento;

Técnicas de comunicação terapêutica:

1. Usar o silêncio
2. Aceitar
3. Reconhecer
4. Oferecer-se
5. Dar abertura
8. Fazer observações
9. Encorajar a descrição das percepções
10. Encorajar as comparações
11. Reafirmar
12. Refletir
13. Focalizar
14. Explorar
15. Dar informações
16. Procurar esclarecimentos
17. Mostrar a realidade
18. Verbalizar dúvidas
19. Dar validade unânime
20. Colocar com palavras o que está insinuando
21. Encorajar a avaliação
22. Procurar transpor para sentimentos
23. Sugestões

Oferecimento de apoio:

- Conversar com o cliente dando-lhe oportunidade para expressar seus sentimentos.
- Ajudá-lo a resolver a situação apresentada e a reconhecer suas limitações.
- Ajudar a ressaltar suas características sadias
- Evitar acentuar a ansiedade.
- Mostrar-se disponível para ajudá-lo sempre que necessário.

II- Técnicas de Comunicação Não-Terapêuticas:

- Determinadas técnicas de comunicação podem prejudicar ou comprometer os relacionamentos profissionais.
- As técnicas não-terapêuticas tendem a desestimular a expressão adicional dos sentimentos e ideias, podendo gerar respostas e comportamentos negativos nos outros.

1- Fazer perguntas pessoais:

“Por que você e o José não se casaram?”

- Estas questões são problemáticas, invasivas e desnecessárias.
- Se precisar saber mais a respeito dos papéis e relacionamentos interpessoais, pode ser feita uma pergunta, como:
“De que modo você descreveria o seu relacionamento com o José?”

2- Fornecendo opiniões pessoais:

“Se eu fosse você, colocaria sua mãe em uma casa de repouso.”

- Quando emite sua opinião pessoal, retira a tomada de decisão do cliente.
- Lembre-se: o problema e a solução pertencem à outra pessoa, e não a você.

3- Mudando o tema:

“Não vamos falar sobre seus problemas com o banco. É hora de sua caminhada.”

- Mudar o assunto, quando a outra pessoa está tentando comunicar algo importante, é rude e mostra falta de empatia.
“Depois de sua caminhada, vamos conversar um pouco sobre o que está acontecendo com seu banco.”

4- Respostas automáticas:

- “Os idosos são confusos.”
- “A administração não se preocupa com a equipe.”

5- Falsa Tranqüilização:

“Não se preocupe tudo ficará bem”.

- Quando o enfermo está gravemente doente ou angustiado, o enfermeiro pode ficar tentando oferecer esperança ao cliente com frases:

“Você ficará bem”!

“Nada há com que se preocupar”!

Quando um cliente está buscando a compreensão, a falsa tranqüilização pode desestimular a comunicação aberta.

- Oferecer a tranqüilização não sustentada por fatos ou com base na realidade pode fazer mais mal do que bem.
- Uma resposta mais facilitadora pode ser:

“Deve ser difícil não saber o que o cirurgião irá encontrar. O que posso fazer para ajudar?”

6- Piedade:

“Lamento sobre sua amputação, deve ser terrível perder uma perna.”

- A piedade é preocupação, lamentação ou dó sentido pelo cliente, gerados pela identificação pessoal sua com as necessidades dele.
- Embora a piedade seja uma resposta compassiva para a situação de outrem, não é tão terapêutica quanto à empatia.
- STUART & SUDDEN (1998), explicam que a piedade pode causar problemas no relacionamento de ajuda, porque os profissionais que compartilham as necessidades do cliente podem ser incapazes de ajudá-lo a selecionar soluções realistas para os problemas.

“Perder uma perna foi uma alteração importante. Como isto afetou a sua vida?”

7- Pedindo Explicações:

“Por que você está tão ansioso?”

- As perguntas do tipo por quê, podem provocar ressentimento, insegurança e desconfiança.

“Você parece preocupado. O que se passa em sua mente?”

11- Argumentação:

“Como posso dizer que você não dormiu se escutei você roncando a noite toda?”

- Contestar as percepções nega que sejam reais e válidas para a outra pessoa.
- Elas implicam que a outra pessoa está mentindo, é desinformada ou mal-educada.

“Você acha que não descansou na última noite, mesmo que eu achasse que você dormiu bem, pois ouvi você roncando.”

III- Comunicando-se com clientes que possuem necessidades especiais:

1- Clientes que não conseguem falar explicitamente (afasia e mudez):

- Ouvir atentamente, ser paciente e não interromper.
- Fazer perguntas simples que precisem de respostas do tipo “sim” ou “não”.
- Dar tempo para a compreensão e respostas.
- Utilizar indícios visuais.
- Permitir que apenas uma pessoa fale de cada vez.
- Não gritar ou falar mais alto.
- Estimular a conversar.
- Deixar que o cliente saiba, caso não tenha compreendido

- Usar piscar dos olhos ou a movimentação dos dedos para respostas simples (sim, não).

- 1- Clientes que exibem comprometimento cognitivo:
- 2- Reduzir as distrações do ambiente, enquanto conversam.
- 3- Dar atenção ao cliente, antes de falar.
- 4- Usar frases simples e evitar longas explicações.
- 5- Evitar mudar de assunto.
- 6- Dar tempo para que o cliente responda.
- 7- Ser um ouvinte atento.
- 8- Incluir a família e os amigos nas conversas.

3- Clientes irresponsivos:


- Chamar o cliente pelo nome.
- Comunicar-se verbalmente e pelo toque
- Explicar os procedimentos e sensações.
- Fornecer orientação quanto à pessoa, local e hora.
- Evitar conversar sobre o cliente com os outros na presença do mesmo.
- Evitar dizer coisas que o cliente não deve ouvir.


IV- Resumindo:

- A comunicação é um instrumento terapêutico poderoso e uma habilidade de enfermagem essencial, utilizada para influenciar os outros e alcançar os resultados de saúde positivos.
- A comunicação envolve todo o ser humano, incluindo o corpo, mente, emoções e espírito.
- A comunicação é mais efetiva quando o receptor e o emissor percebem com exatidão o significado da mensagem do outro.
- As técnicas de comunicação efetivas são facilitadoras e tendem a estimular que a outra pessoa expresse abertamente as ideias, sentimentos ou preocupações.
- As técnicas de comunicação ineficazes são inibidoras e tendem a bloquear o desejo da outra pessoa de expressar as ideias, sentimentos ou preocupações.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Pai: José da Silva

 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CAPS

 Barra da Estiva
Secretaria Municipal de Saúde

RUA OTÁVIO MANGABEIRA, S/N - CENTRO - TEL: 77 3450 1739 - BARRA DA ESTIVA - BA - 46.650 - 000

C.N.P.J.: 13670658000152

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

DN: 11/08/73

NOME: [REDACTED] 1A Nº Matricula [REDACTED] 39 anos.

05/12/12. Paciente veio a mãe e umhada (pai).
Iniciou quadro há 8 meses. Soliloquios delírios
presentes discurso desorganizado, alucinações auditivas, agressiva
verbalmente.
Ficou internada por 4 dias - por questões aptas
pessoais, "conversas sozinho, sumo do voo".
Durante internação, paciente diz que não tem nada
na cabeça, diz que não trabalha.
Foi avaliada por um psiquiatra.
Não está ainda usando medicações.
Não está medicada.
Não está dormindo adequadamente.
HD: F20.0?

Ed: - Haldol dicarato 2amp via (IM)
de 28/28 dias.

- Haldol 5mg 0+0+3

- (Biperiden 2mg) (dopo, Prametoxia 25mg 0+0+2)

- Clorazepan 2mg 0+0+3

- SOS captação:

Clonazepam 100mg 1cp 10

- Retornar no próximo atendimento.

20/02/13. Paciente veio a pai - Sr. José.
O paciente apresenta melhora do quadro. Não há mais
falando sozinho. Em poucas palavras, que não se mova, mas
não tão capotada como anteriormente.
Sr. José afirma que não se mova há 12 dias.
HD: F20.0

Obs: Afirmação possível de F70.

Ed: • Haldol Dicarato 2amp. via (IM) de 28/28 dias.


• Suspensão Haldol (2).


• Prametoxia 25mg (10) 0+0+2

• Clorazepan 2mg 0+0+3

• Risperidone 200mg 1/2+0+1/2 → 15 dias → 1+0+1

CPZ 100mg 1cp

 Glicia Prates
Psiquiatra/Médica do Sono
CRM-BA 17347

 Glicia Prates
Psiquiatra/Médica do Sono
CRM-BA 17347

Pai: José da Silva



SUS

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CAPS

Barra da Estiva

Secretaria Municipal de Saúde

RUA OTÁVIO MANGABEIRA, S/N - CENTRO - TEL: 77 3450 1739 - BARRA DA ESTIVA - BA - 46.650 - 000

C.N.P.J.: 13670658000152

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

NOME:	IA	Nº Matricula	39 anos
-------	----	--------------	---------

05/12/12 Paciente veio a mãe e cuidadora (pai)
Iniciou quadro há 8 meses. Soliloquios delírios
presentes discurso desorganizado, alucinações auditivas, agressiva
inibida.
Ficou internada por 4 dias - por questões legais
paciente não "conversava sozinho", surto de voz.
Durante internação, paciente diz que não tem nada
a ver com a doença que não tem nada.
Foi avaliada por um psiquiatra.
Não está ainda usando medicação.
Não existe medicação.
Não está tomando medicação.
HD: F20.0?

Ed: - Haldol diclorato 2amp via (IM)
de 28/28 dias.
- Haldol 5mg 0+0+3
- (Biperiden 2mg) (digo, Prometazina 25mg 0+0+2
- Clorazepan 2mg 0+0+3
- SOS captação:
Clonazepam 100mg 1cp 10
- Retornar ao nível de funcionamento.

Glicia Prates
Psiquiatra/MC
CRM-BA 17.477

20/02/13 Paciente veio a pai - Sr. José.
Essa semana grande melhora do quadro. Não está mais
falando sozinho. Em poucas semanas, que não se movia, não
está tão agitada como anteriormente.
Sr. José refere que mãe da paciente tem 12 anos.

HD: F20.0
Obs: Ajustar posologia de F20.
Ed: • Haldol Diclorato - 2amp. via (IM) de 28/28 dias.
• Suspensão Haldol (X).
• Prometazina 25mg (X) 0+0+2
• Clorazepan 2mg 0+0+3
• Risperidona CRM 200mg 1/2+0+1/2 → 15 dias → 1+0+1
CPE 100mg 1cp

Glicia Prates
Psiquiatra/MC
CRM-BA 17.477

estados. História de depressão
clínica. História de diminuição alimentar hipotônica, elevação
MMII, não usa papéis opostos. (tel. Tânia) susci-
tiu o caso de encaminhamento para avaliação me-
dica.

23/02/12. Paciente queixa-se de "parras e chachas" há
8 anos, a partir dos 6 meses. 29 M.I.E.
Fala que se "acabei" desde morte da mãe há
9 anos. Ainda se sente triste, desanimado.

HPP: HAS

Fez uso de propranolol, fluoxetina, SAS, Suvato-
bra

HD: F33 + F41 ?

ed: • Prescreve Imiprazol 20mg 1+0+0 em jejum.
• " Substância 50mg 0+0+1/2 → 0+0+1
após o jantar

Ret:

30 dias

• Nortriptilina 25mg 1+0+1

• Clonazepam 2mg 0+0+1

• Encom. p/ Clínica Médica (clínica MII + P

Glicia Prates
Psiquiatra
Médica do Sono
Medicina 17377
Ba. 17377
CRM 17377

F20.4 Depressão pós-esquizofrênica
 F20.5 Esquizofrenia residual
 F20.6 Esquizofrenia simples
 F20.8 Outras esquizofrenias
 F20.9 Esquizofrenia não especificada

F21 Transtorno esquizotípico

F22 Transtornos delirantes persistentes

F22.0 Transtorno delirante

F22.8 Outros transtornos delirantes persistentes

F22.9 Transtorno delirante persistente não especificado

F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios

F23.0 Transtorno psicótico agudo polimorfo sem sintomas esquizofrênicos

F23.1 Transtorno psicótico agudo polimorfo com sintomas esquizofrênicos

F23.2 Transtorno psicótico agudo de tipo esquizofrênico (*schizophrenia-like*)

F23.3 Outros transtornos psicóticos agudos essencialmente delirantes

F23.8 Outros transtornos psicóticos agudos e transitórios

F23.9 Transtorno psicótico agudo e transitório não especificado

F24 Transtorno delirante induzido

F25 Transtornos esquizofrênicos

F25.0 Transtorno esquizofrênico do tipo paranoico

F25.1 Transtorno esquizofrênico do tipo depressivo

F25.2 Transtorno esquizofrênico do tipo misto

F25.8 Outros transtornos esquizofrênicos

F25.9 Transtorno esquizofrênico não especificado

F28 Outros transtornos psicóticos não orgânicos

F29 Psicose não orgânica não especificada

F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

F20 Esquizofrenia

F20.0 Esquizofrenia paranoica

F20.1 Esquizofrenia hebefrênica

F20.2 Esquizofrenia catatônica

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

10

- 25 - Dia Nacional do Trânsito
- 26 - Dia Internacional de Relações Públicas
- 26 - Dia Mundial do Coração
- 27 - Dia de São Cosme e São Damião
- 27 - Dia do Acião (Idoso)
- 27 - Dia do Cantor
- 27 - Dia do Encanador
- 27 - Dia Mundial do Turismo
- 27 - Dia Nacional dos Doadores de Órgãos
- 28 - Dia da Lei do Ventre Livre (sancionada em 1871)
- 28 - Dia da Mãe Preta
- 29 - Dia do Anunciante
- 29 - Dia Mundial do Petróleo
- 30 - Dia da Bíblia Católica
- 30 - Dia da Navegação
- 30 - Dia da Secretária
- 30 - Dia do Jornaleiro
- 30 - Dia Mundial do Tradutor

• Outubro

- 01 - Dia de Santa Teresinha
- 01 - Dia Nacional do Vereador
- 4 - Dia de São Francisco de Assis
- 4 - Dia dos Animais
- 5 - Dia da Promulgação da Atual Constituição Brasileira
- 7 - Dia de Nossa Senhora do Rosário
- 9 - Dia do Acougueiro
- 9 - Dia Mundial dos Correios
- 10 - Dia do Empresário Brasileiro
- 10 - Dia do Lions Internacional
- 10 - Dia Mundial da Saúde Mental
- 11 - Dia Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência Física
- 12 - Dia das Crianças
- 12 - Dia de Nossa Senhora Aparecida
- 12 - Dia do Basquete
- 12 - Dia do Descobrimento da América
- 12 - Dia do Engenheiro Agrônomo
- 13 - Dia do Fisioterapeuta
- 14 - Dia Nacional da Pecuária
- 15 - Dia do Educador Ambiental
- 15 - Dia do Professor
- 16 - Dia da Ciência e da Tecnologia
- 16 - Dia Mundial da Alimentação
- 16 - Dia Mundial do Pão
- 16 - Dia Nacional de Vacinação
- 17 - Dia do Eletricista
- 17 - Dia Nacional da Música Popular Brasileira
- 18 - Dia de São Lucas
- 18 - Dia do Estivador
- 18 - Dia do Médico
- 18 - Dia do Pintor (de Parede, de Carro)
- 19 - Dia do Securitário
- 19 - Dia do Profissional de Informática
- 20 - Dia do Arquivista
- 20 - Dia do Controlador de Tráfego Aéreo
- 20 - Dia Mundial das Missões
- 22 - Dia do Para-Quedista

EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

A conscientização de que os transtornos mentais representam um sério problema de saúde pública é relativamente recente, ocorrendo a partir de publicação realizada pela Organização Mundial da Saúde e por pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, em 1994 (Lopez e Murray, 1998). Utilizando como medida uma combinação do número de anos vividos com incapacidade, e conseqüente deterioração da qualidade de vida, e do número de anos perdidos por morte prematura causada pela doença (medidos pela unidade DisabilityAdjusted Life Years – DALYs), verificou-se que doenças como transtornos depressivos e transtornos cardiovasculares estão rapidamente substituindo a desnutrição, complicações perinatais e doenças infectocontagiosas. Em países da Ásia e da América Latina, essa transição epidemiológica vem ocorrendo sem a devida adequação do planejamento de serviços e assistência à saúde pública (Thornicroft e Maingay, 2002). Embora os transtornos mentais causem pouco mais de 1% da mortalidade, são responsáveis por mais de 12% da incapacitação decorrente de doenças. Das dez principais causas de incapacitação, cinco delas são transtornos psiquiátricos, sendo a depressão responsável por 13% das incapacitações, alcoolismo por 7,1%, esquizofrenia por 4%, transtorno bipolar por 3,3% e transtorno obsessivo-compulsivo por 2,8% (Lopez e Murray, 1998).

Doença: DEPRESSÃO (Transtorno depressivo)

A tristeza é dos sentimentos humanos o mais doloroso. Todos nós tomamos contacto com ela em algum momento de nossas vidas. A tristeza passageira, a "fossa" ou "baixo-astral", fazem parte da vida, e são superados após algum tempo. O luto, após a perda de um ente querido, manifesta-se por um sentimento de tristeza e vazio e também é superado com o correr do tempo. Devem-se distinguir a tristeza e o luto normais da depressão.

A depressão é uma doença, como outra doença qualquer, que se caracteriza por uma tristeza profunda e duradoura, além de outros sintomas e que dispõe hoje de tratamentos modernos para alívio do sofrimento que acarreta. A depressão é uma doença bastante comum. A cada ano, uma em cada vinte pessoas apresenta depressão. As chances de alguém ter uma depressão ao longo da vida são de cerca de 15%. Ela se manifesta mais freqüentemente no adulto, embora possa ocorrer em qualquer faixa de idade, da criança ao idoso. É mais freqüente nas mulheres do que nos homens. É muito importante que as pessoas saibam perceber a depressão para poder procurar ajuda especializada e tratamento. A pessoa sente uma tristeza intensa, que não consegue vencer. Ela pode achar que isso é uma "fraqueza de caráter" e tem vergonha de pedir ajuda, ou então não sabe que se trata de uma doença como outra qualquer, passível de tratamento com grandes chances de sucesso. Nessa situação é muito importante que os familiares ou amigos próximos tomem a decisão de levá-la ao médico, seja o clínico ou médico da família, seja o psiquiatra. Este fará uma avaliação minuciosa do quadro, orientando na realização de eventuais exames laboratoriais, bem como no tratamento.

Os principais sintomas da depressão são: tristeza profunda e duradoura (em geral mais que duas semanas), perda do interesse ou prazer em atividades que antes eram apreciadas, sensação de vazio, falta de energia, apatia, desânimo, falta de vontade para realizar tarefas, perda da esperança, pensamentos negativos, pessimistas, de culpa ou auto-desvalorização. Além desses, a pessoa pode ter dificuldade para concentrar-se, não dorme bem, tem perda do apetite, ansiedade e queixas físicas vagas (desconforto gástrico, dor de cabeça, entre outras). Em casos mais graves podem ocorrer idéias de morte e suicídio, havendo até pessoas que tentam o suicídio. A depressão é freqüentemente uma doença recorrente, a pessoa tem episódios de depressão que se repetem de tempos em tempos.

A causa da depressão não é conhecida. Sabe-se que vários fatores biológicos e psicológicos podem contribuir para seu aparecimento. Em algumas pessoas a hereditariedade tem um peso importante, outros parentes também apresentam depressão. Com muita freqüência a depressão começa após alguma situação de estresse ou conflito e depois persiste, mesmo após a superação da dificuldade. As pesquisas mostram que na depressão há um desequilíbrio químico no cérebro, com alterações de neurotransmissores (substâncias que fazem a comunicação entre as células nervosas) principalmente da noradrenalina e da serotonina. A descoberta destas alterações permitiu o desenvolvimento de medicamentos específicos para o tratamento da depressão: os medicamentos antidepressivos.

O tratamento da depressão se faz atualmente com a combinação dos medicamento antidepressivo com a psicoterapia. Esses medicamentos permitem uma recuperação gradual da depressão (em geral em algumas semanas) além de proteger a pessoa de novas crises depressivas. Por isto muitas pessoas precisam tomá-los por longos períodos de tempo, as vezes por toda a vida. Como os medicamentos demoram algum tempo para agir, é importante não desanimar; nesse período o apoio e a compreensão dos familiares é fundamental.

A abordagem psicoterápica concomitante ao uso de medicamentos permite que o tratamento de depressão seja mais efetivo. A razão para a utilização das duas formas de tratamento está na sua complementaridade. A depressão, qualquer que seja sua origem, acarreta na pessoa deprimida uma serie de alterações em suas relações com as pessoas que a cercam, em suas atividades e fundamentalmente, na forma de expressão afetiva que possui. A dinâmica de suas emoções encontra-se prejudicada. É nesses aspectos que a psicoterapia pode auxiliá-lo. Leva a pessoa a reflexões sobre seu funcionamento dinâmico de suas emoções, possibilitando assim a reconstituição de seu modo de ser, que se encontra circunstancialmente alterado.

Doença: ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é uma doença mental crônica que se manifesta na adolescência ou início da idade adulta. Sua freqüência na população em geral é da ordem de 1 para cada

100 pessoas, havendo cerca de 40 casos novos para cada 100.000 habitantes por ano. No Brasil estima-se que há cerca de 1,6 milhão de esquizofrênicos; a cada ano cerca de 50.000 pessoas manifestam a doença pela primeira vez. Ela atinge em igual proporção homens e mulheres, em geral inicia-se mais cedo no homem, por volta dos 20-25 anos de idade, e na mulher, por volta dos 25-30 anos.

Quais os sintomas?

A esquizofrenia apresenta várias manifestações, afetando diversas áreas do funcionamento psíquico. Os principais sintomas são:

1. delírios: são ideias falsas, das quais o paciente tem convicção absoluta. Por exemplo, ele se acha perseguido ou observado por câmeras escondidas, acredita que os vizinhos ou as pessoas que passam na rua querem lhe fazer mal.
2. alucinações: são percepções falsas dos órgãos dos sentidos. As alucinações mais comuns na esquizofrenia são as auditivas, em forma de vozes. O paciente ouve vozes que falam sobre ele, ou que acompanham suas atividades com comentários. Muitas vezes essas vozes dão ordens de como agir em determinada circunstância. Outras formas de alucinação, como visuais, táteis ou olfativas podem ocorrer também na esquizofrenia.
3. alterações do pensamento: as ideias podem se tornar confusas, desorganizadas ou desconexas, tornando o discurso do paciente difícil de compreender. Muitas vezes o paciente tem a convicção de que seus pensamentos podem ser lidos por outras pessoas, ou que pensamentos são roubados de sua mente ou inseridos nela.
4. alterações da afetividade: muitos pacientes tem uma perda da capacidade de reagir emocionalmente às circunstâncias, ficando indiferente e sem expressão afetiva. Outras vezes o paciente apresenta reações afetivas que são incongruentes, inadequadas em relação ao contexto em que se encontra. Torna-se pueril e se comporta de modo excêntrico ou indiferente ao ambiente que o cerca.
5. diminuição da motivação: o paciente perde a vontade, fica desanimado e apático, não sendo mais capaz de enfrentar as tarefas do dia a dia. Quase não conversa, fica isolado e retraído socialmente.

Outros sintomas, como dificuldade de concentração, alterações da motricidade, desconfiança excessiva, indiferença, podem aparecer na esquizofrenia. Dependendo da maneira como os sintomas se agrupam, é possível caracterizar os diferentes subtipos da doença. A esquizofrenia evolui geralmente em episódios agudos onde aparecem os vários sintomas acima descritos, principalmente delírios e alucinações, intercalados por períodos de remissão, com poucos sintomas manifestos.

Qual é a causa da esquizofrenia?

Não se sabe quais são as causas da esquizofrenia. A hereditariedade tem uma importância relativa, sabe-se que parentes de primeiro grau de um esquizofrênico tem chance maior de desenvolver a doença do que as pessoas em geral. Por outro lado, não se sabe o modo de transmissão genética da esquizofrenia. Fatores ambientais (p. ex., complicações da gravidez e do parto, infecções, entre outros) que possam alterar o desenvolvimento do sistema nervoso no período de gestação parecem ter importância na doença. Estudos feitos com métodos modernos de imagem, como tomografia computadorizada e ressonância magnética mostram que alguns pacientes tem pequenas alterações cerebrais, com diminuição discreta do tamanho de algumas áreas do cérebro. Alterações bioquímicas dos neurotransmissores cerebrais, particularmente da dopamina, parecem estar implicados na doença.

Como se diagnostica a esquizofrenia?

O diagnóstico da esquizofrenia é feito pelo especialista a partir das manifestações da doença. Não há nenhum tipo de exame de laboratório (exame de sangue, raio X, tomografia, eletroencefalograma etc.) que permita confirmar o diagnóstico da doença. Muitas vezes o clínico solicita exames, mas estes servem apenas para excluir outras doenças que podem apresentar manifestações semelhantes à esquizofrenia.

Como se trata a esquizofrenia?

O tratamento da esquizofrenia visa ao controle dos sintomas e a reintegração do paciente. O tratamento da esquizofrenia requer duas abordagens: medicamentosa e psicossocial. O tratamento medicamentoso é feito com remédios chamados antipsicóticos ou neurolépticos. Eles são utilizados na fase aguda da doença para aliviar os sintomas psicóticos, e também nos períodos entre as crises, para prevenir novas recaídas. A maioria dos pacientes precisa utilizar a medicação ininterruptamente para não ter novas crises. Assim o paciente deve submeter-se a avaliações médicas periódicas; o médico procura manter a medicação na menor dose possível para evitar recaídas e evitar eventuais efeitos colaterais. As abordagens psicossociais são necessárias para promover a reintegração do paciente à família e à sociedade. Devido ao fato de que alguns sintomas (principalmente apatia, desinteresse, isolamento social e outros) podem persistir mesmo após as crises, é necessário um planejamento individualizado de reabilitação do paciente. Os pacientes necessitam em geral de psicoterapia, terapia ocupacional, e outros procedimentos que visem ajudá-lo a lidar com mais facilidade com as dificuldades do dia a dia.

Como os familiares podem colaborar com o paciente?

Os familiares são aliados importantíssimos no tratamento e na reintegração do paciente. é importante que estejam orientados quanto à doença esquizofrenia para que possam compreender os sintomas e as atitudes do paciente, evitando interpretações errôneas. As atitudes inadequadas dos familiares podem muitas vezes colaborar para a piora clínica do

mesmo. O impacto inicial da notícia de que alguém da família tem esquizofrenia é bastante doloroso. Como a esquizofrenia é uma doença pouco conhecida e sujeita a muita desinformação as pessoas se sentem perplexas e confusas. Frequentemente, diante das atitudes dos pacientes, os familiares reagem também com atitudes inadequadas, perpetuando um círculo vicioso difícil de ser rompido. Atitudes hostis, críticas e superproteção prejudicam o paciente, apoio e compreensão são necessários para que ele possa ter uma vida independente e conviva satisfatoriamente com a doença.

TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO

O transtorno obsessivo compulsivo (TOC) caracteriza-se por dois tipos de manifestações: as obsessões ou ideias obsessivas e as compulsões ou rituais compulsivos. As obsessões são ideias ou imagens que vêm à mente da pessoa independente de sua vontade repetidamente. Embora a pessoa saiba que são ideias suas, sem sentido, não consegue evitar de pensá-las. São frequentes ideias relacionadas a religião, sexo, dúvidas, contaminação, agressão (por exemplo, a pessoa tem ideias repetidas de que suas mãos estão contaminadas por ter tocado em objetos "sujos"). As compulsões são atos ou rituais que o indivíduo se vê obrigado a executar para aliviar ou evitar as obsessões. Se a pessoa não executa o ato compulsivo ela fica muito ansiosa. Os rituais são repetidos numerosas vezes, apesar da sensação que a pessoa tem de que não fazem sentido. Compulsões frequentes são lavar as mãos, verificar se a porta está trancada ou a válvula do gás está fechada, questionar uma informação repetidamente para ver se está correta, executar minuciosamente uma série pré-programada de atos para evitar que aconteça algum mal a alguém, contar ou falar silenciosamente. Tanto as obsessões como as compulsões ocupam uma boa parte do tempo da pessoa, prejudicando ou dificultando seu dia a dia.

Como a própria pessoa reconhece que seus pensamentos ou atos são sem sentido, ela procura disfarçar tais manifestações, evitando conversar sobre esse assunto e relutando em procurar auxílio médico psiquiátrico.

O transtorno obsessivo compulsivo inicia em geral no fim da adolescência, por volta dos 20 anos de idade e atinge cerca de 2 em cada 100 pessoas. A doença pode se manifestar em crianças também. Em geral a doença evolui com períodos de melhora e piora; com o tratamento adequado há um controle satisfatório dos sintomas, embora seja pouco frequente a cura completa da doença.

Muitos portadores de TOC apresentam também outros transtornos como fobia social, depressão, transtorno de pânico e alcoolismo. Alguns transtornos mentais como a tricotilomania (arrancar pelos ou cabelos), o distúrbio dimórfico do corpo (ideia fixa de que há um pequeno defeito no corpo, em geral na face) e a síndrome de Tourette (síndrome dos tics) parecem estar relacionados ao TOC.

Pesquisas recentes mostram que o TOC é uma doença do cérebro na qual algumas áreas cerebrais apresentam um funcionamento excessivo. Sabe-se também que o

neurotransmissor serotonina está envolvido na formação dos sintomas obsessivo-compulsivos. Acredita-se também que as pessoas que tem uma predisposição para a doença, reagem excessivamente ao estresse. Tal reação consiste nos pensamentos obsessivos, que por sua vez geram mais estresse, criando assim um círculo vicioso.

O tratamento do transtorno obsessivo compulsivo envolve a combinação de medicamentos e psicoterapia. Os medicamentos utilizados são os antidepressivos, em geral em doses elevadas e por tempo bastante prolongado. A psicoterapia mais estudada é a terapia comportamental, através da qual o paciente é estimulado a controlar seus pensamentos obsessivos e rituais compulsivos. Outras formas de psicoterapia auxiliam o paciente a lidar com as situações de ansiedade que agravam a doença.

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE NO ADULTO

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é bem conhecido como uma doença típica da infância. A criança apresenta falta de persistência nas atividades que envolvem concentração, não completa as tarefas, tem atividade excessiva e desorganizada. Pode ser também impulsiva e imprudente, propensa a acidentes e freqüentemente apresenta problemas disciplinares por infração não premeditada de regras. Até há poucos anos acreditava-se que o TDAH melhorava ou desaparecia a medida que a criança tornava-se adulta. Sabe-se hoje, no entanto que esse transtorno persiste em cerca de 30% a 50% dos adultos que tiveram TDAH na infância. Em geral o transtorno é mais leve no adulto do que na criança, mas mesmo assim pode prejudicar bastante o cotidiano da pessoa.

A primeira condição para se fazer o diagnóstico de TDAH no adulto é constatar que a pessoa teve essa doença na infância. A doença não se inicia na idade adulta, trata-se da persistência da doença da criança no adulto.

Os sintomas principais do TDAH no adulto são:

1. Déficit de atenção: a pessoa distrai-se com facilidade, comete erros por distração no trabalho ou nas atividades que exigem concentração, é desorganizada, "avoadada", esquece compromissos assumidos, perde seus objetos ou não lembra onde os deixou, não presta atenção quando alguém está falando consigo, "sonha acordado".
2. Hiperatividade motora: agitação ou inquietação constantes, a pessoa não consegue ficar muito tempo parado, está sempre "a todo vapor", se está sentado fica mexendo os dedos, os pés, não consegue assistir TV ou um filme sem se levantar. Há uma movimentação excessiva e desnecessária para o contexto.

Outros sintomas característicos são:

1. Labilidade afetiva: oscilações entre tristeza e euforia, "altos e baixos", mudanças bruscas de humor.
2. Temperamento explosivo: "pavio curto", brigas e discussões por motivos fúteis, perda de controle.
3. Hiperreatividade emocional: "fazer tempestade em copo d'água", dificuldade de lidar com situações de pressão, de estresse, facilmente fica estressado.
4. Desorganização: mesas desarrumadas no trabalho, perda de documentos importantes, relatórios mal feitos,
5. Impulsividade: agir sem pensar, decisões são tomadas sem pensar, rompem ou iniciam relacionamentos/casamentos abruptamente, deixam empregos subitamente.

As manifestações acima descritas devem ter duração de pelo menos 6 meses e ser suficientemente graves para prejudicar a vida cotidiana, profissional ou familiar.

Além do comprometimento em diferentes áreas (social, profissional, familiar) muito frequentemente essas pessoas fazem também abuso de drogas (alcool, cocaína etc) e podem apresentar outros transtornos mentais concomitantemente (depressão, ansiedade).

O tratamento é feito principalmente com medicamentos (psicoestimulantes e antidepressivos) e psicoterapia.

FOBIAS (transtornos fóbico-ansiosos)

O medo é um sentimento comum a todas as espécies animais e serve para proteger o indivíduo do perigo. Todos nós temos medo em algumas situações nas quais o perigo é iminente.

A fobia pode ser definida como um medo irracional, diante de uma situação ou objeto que não apresenta qualquer perigo para a pessoa. Com isto, essa situação ou esse objeto são evitados a todo custo. Essa evitação fóbica leva muito frequentemente a limitações importantes na vida cotidiana da pessoa. As fobias são acompanhadas de ansiedade importante e também frequentemente de depressão.

Os transtornos fóbico-ansiosos, constituem um grupo de doenças mentais onde a ansiedade é; ligada predominantemente a uma situação ou objeto. Há três tipos principais de fobia:

1. Agorafobia: inclui medo de espaços abertos, da presença de multidões, da dificuldade de escapar rapidamente para um local seguro (em geral a própria casa). A pessoa pode ter medo de sair de casa, de entrar em uma loja ou shopping, de lugares onde há; multidões, de viajar sozinho. Muitas pessoas referem um medo aterrorizante de se sentirem mal e

serem abandonadas sem socorro em público. Muitas pessoas com agorafobia apresentam também o [transtorno de pânico](#).

2. Fobia social: neste caso a pessoa tem medo de se expor a outras pessoas que se encontram em grupos pequenos. Isto pode acontecer em reuniões, festas, restaurantes e outros locais. Muitas vezes elas são restritas a uma situação, como por exemplo, comer ou falar em público, assinar um cheque na presença de outras pessoas ou encontrar-se com alguém do sexo oposto. Muitas pessoas apresentam também baixa auto-estima e medo de críticas. Usualmente a pessoa nessas situações apresenta rubor na face, tremores, náuseas. Em casos extremos pode isolar-se completamente do convívio social.

3. Fobias específicas (ou isoladas): como o próprio nome diz, são fobias restritas a uma situação ou objeto altamente específicos, tais como, animais inofensivos (zoofobia), altura (acrofobia), trovões e relâmpagos (astrofobia), voar, espaços fechados (claustrofobia), doenças (nosofobia), dentista, sangue, entre outros. A incapacitação da pessoa no dia a dia depende do tipo de fobia e de quão fácil é evitar a situação fóbica.

As fobias atingem cerca de 10% da população. Em geral surgem na infância ou adolescência, persistindo na idade adulta se não são tratadas adequadamente. Acometem mais frequentemente pessoas do sexo feminino (com exceção da fobia social, que atinge igualmente homens e mulheres). Depressão, uso de drogas e álcool podem ocorrer frequentemente associados aos transtornos fóbico-ansiosos.

O tratamento das fobias se faz com a associação de medicamentos com psicoterapia. Os medicamentos mais utilizados pertencem ao grupo dos antidepressivos; os ansiolíticos também são frequentemente indicados. A psicoterapia auxilia na compreensão de fatores que podem agravar ou perpetuar os sintomas fóbicos.

TRANSTORNO DE PÂNICO

Na mitologia grega, Pã é um deus dos pastores e rebanhos, representado como divindade semi-humana: o rosto barbudo e enrugado, queixo saliente, expressão animalesca, a testa é ornada por dois cornos; o corpo é peludo e os membros inferiores são de bode, as patas são magras e nervosas. É dotado de muita agilidade, rápido na corrida, sabe dissimular-se nas moitas, onde se esconde para espiar as Ninfas e assustá-las. Diz-se também que surgia repentinamente na Ágora ateniense, durante as assembléias, para aterrorizar as pessoas e tumultuar as discussões. A palavra *pânico* deriva de Pã e representa um medo infundado, susto ou pavor repentino.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO ATUAL

O transtorno do pânico (também chamado de ansiedade paroxística episódica) é caracterizado pelos *ataques* recorrentes de ansiedade intensa em circunstâncias imprevisíveis. Além da ansiedade intensa (pânico) a pessoa tem a sensação de morte iminente, de perda do controle de si própria ou de ficar "louco". Essa ansiedade é acompanhada de vários sintomas somáticos: palpitações, dor no peito, tontura, falta de ar, vertigens, sudorese excessiva, sensação de estar "aéreo", sensação de desmaio, formigamentos no corpo, ondas de calor e frio, náuseas, e outros. Em geral duram alguns minutos, raramente mais que uma hora. Como os ataques de pânico são imprevisíveis a pessoa desenvolve o medo de ter novos ataques, passando a tomar medidas "preventivas" para evitar lugares ou situações que supõe, podem desencadear novas crises. Desenvolve fobias que são denominadas de *agorafobia*; passa muitas vezes a ter uma vida restrita, sendo incapaz de ficar sozinha ou de ir a lugares públicos. Muitas vezes tem uma ansiedade persistente, antecipatória.

O TP atinge cerca de 1 a 2 % da população, em geral inicia-se na adolescência ou no adulto jovem, sendo mais freqüente nas mulheres. É freqüente a ocorrência de prolapso da válvula mitral em pacientes com transtorno de pânico. Algumas doenças físicas, como hipertireoidismo e feocromocitoma, podem se manifestar com ataques de pânico. Pacientes com TP podem desenvolver secundariamente quadros depressivos ou mesmo de dependência de drogas ou álcool.

Suas causas são desconhecidas. Há fatores predisponentes e fatores desencadeantes da doença. A hereditariedade parece ter um [peso](#), na medida que parentes de portadores de TP tem maior chance de apresentar a doença. Alguns fatores psicológicos ligados à primeira infância, especialmente vivências de ansiedade de separação parecem tornar os indivíduos vulneráveis. Em indivíduos predispostos é possível desencadear ataques de pânico por meio de medicações (isoproterol, lactato) demonstrando que eles são vulneráveis à doença. Por outro lado, medicamentos que agem sobre a serotonina (neurotransmissor do sistema nervoso) podem bloquear os ataques de pânico.

O TP pode ser desencadeado por fatores emocionais que levem a estresse, por drogas (maconha, cocaína etc.) e por doenças físicas. Na maioria das vezes o TP se torna autônomo, passando a ocorrer independentemente de fatores externos.

Muitos dos indivíduos que desenvolvem TP apresentam ansiedade, insegurança, tensão, dificuldade para relaxar, preocupação excessiva, mesmo antes de ter as crises. Essas características de personalidade parecem torná-los mais vulneráveis à doença.

Muitos indivíduos desenvolvem agorafobia bastante limitante mesmo tendo tido apenas um ataque de pânico. Outros continuam agorafóbicos mesmo após terem as crises controladas com a medicação. Fica claro que fatores psicológicos influem bastante no modo como essas pessoas lidam com suas situações de ansiedade.

ABORDAGEM TERAPEUTICA

O TP é uma doença onde fica clara a necessidade da integração entre as abordagens farmacológica e psicoterápica no tratamento do paciente. Os ataques de pânico podem ser controlados com medicamentos antidepressivos em baixas doses. Já os sintomas fóbicos raramente melhoram espontaneamente, mesmo após o controle das crises, requerendo uma abordagem psicoterápica.

Os medicamentos antidepressivos, particularmente aqueles com ação predominante no sistema serotoninérgico (alguns tricíclicos, como a clomipramina, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, como p. ex. a fluoxetina, a paroxetina e os inibidores da monoamino-oxidase), e os benzodiazepínicos (especialmente o alprazolam) propiciam melhora rápida dos ataques de pânico, havendo supressão dos mesmos em algumas semanas na maioria dos pacientes.

A evitação fóbica requer abordagem psicoterápica, para que o paciente se sinta seguro para retornar a suas atividades cotidianas, sem as limitações impostas pelo medo de ter novas crises. Aspectos relacionados a psicodinâmica da personalidade serão aprofundados visando explorar situações de conflito que possam ser desencadeadoras das crises. A experiência assustadora de perda de controle sobre as próprias emoções parece ser central nessas pessoas.

Muitos dos portadores de TP se descrevem como pessoas medrosas, nervosas e tímidas na infância, passaram por experiências de desconforto em relação a sentimentos agressivos, lidando mal com tais sentimentos e referem que seus pais eram assustadores, críticos e controladores. Tendo uma personalidade fragil, freqüentemente tomada por vivências de vazio e desamparo, necessitam de um outro para suprir tais funções. É tarefa do psicoterapeuta auxiliar a pessoa a construir referências internas que possam promover melhor integração das vivências, preenchendo o espaço vazio que tanto a angustia.

ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia foi inicialmente descrita como doença no final do século XIX pelo psiquiatra alemão **Emil Kraepelin**. Na época, ele chamou-a de Demência Precoce, pois as pessoas acometidas por ela, na sua maioria jovens, exibiam um comportamento regredido e desorganizado, que lembrava os idosos portadores de demência, como a Doença de Alzheimer.

No início do século XX, **Eugen Bleuler**, psiquiatra suíço, cunhou o termo esquizofrenia (esquizo=cindida; frenia=mente), por achar o termo anterior inadequado. Para ele, a principal característica da doença era a cisão entre pensamento e emoção, dando a impressão de uma personalidade fragmentada e desestruturada. Os pacientes não tinham necessariamente uma evolução deteriorante como na demência e muitos se recuperavam.

Contudo, a alcunha de doença degenerativa acompanhou a esquizofrenia por muitas décadas. Com um arsenal terapêutico limitado, a doença encheu vários hospitais em todo o mundo, a ponto de ter o maior índice de hospitalização.

A dificuldade de reintegração à sociedade, motivada por internações muito prolongadas e pelos poucos recursos de tratamento, aumentou o estigma e o preconceito que cercam a doença até hoje.

Nos últimos 25 anos assistimos a uma revolução na maneira de tratar os doentes mentais: medicamentos modernos capazes de controlar a doença e de permitir a reintegração dos pacientes à família e à comunidade, dispositivos alternativos aos hospitais, que acolhem a pessoa dentro de sua singularidade e que trabalham pela sua reabilitação psíquica e social, mais informação para vencer os tabus e preconceitos da sociedade, participação colaborativa da família e de redes sociais imbuídas do objetivo comum de apoiar e lutar pela recuperação dos pacientes.

Tudo isso parece não bastar para derrotar o preconceito e o estigma. O rótulo “degenerativo” continua perseguindo a esquizofrenia, apesar dos inúmeros exemplos contrários.

A pessoa acometida pela esquizofrenia tem grande potencial à sua frente. Precisa lutar contra as dificuldades do transtorno, é verdade. Mas pode se recuperar, vencer os obstáculos e seguir seus sonhos. Nesta batalha, precisa ter ao seu lado sua família, seus amigos, pessoas que a amem e apóiem e que, sobretudo, saibam compreendê-la. Tem a seu favor medicamentos eficazes, suporte psicológico e terapias de reabilitação capazes de ajudá-la nessa superação. Certamente contará com uma sociedade mais justa e que possa recebê-la um dia como igual.

SINTOMAS INICIAIS

Os sintomas precoces da esquizofrenia, também conhecidos como prodrômicos (do grego *pròdromos* = precursor), são aqueles que ocorrem meses a anos antes de um primeiro surto. Eles não são específicos da doença e não permitem um diagnóstico precoce do transtorno.

Podem ocorrer comportamento hiperativo (inclusive desde a infância), desatenção e dificuldades de memória e aprendizado, sintomas de ansiedade (inquietação, somatizações, como taquicardia, palpitações e falta de ar), desânimo, desinteresse generalizado e humor depressivo. O início do transtorno pode ser confundido com depressão ou outros transtornos ansioso (Pânico, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Ansiedade Generalizada).

Em alguns casos ocorre interesse demasiado por temas exóticos, místicos, religiosos, astronômicos ou filosóficos, que passam a dominar o cotidiano da pessoa. Dúvidas acerca da sua existência, explicações filosóficas sobre coisas simples da vida e uma necessidade permanente de buscar significados podem deixar a pessoa mais introspectiva e isolada socialmente.

É comum haver, pouco ou muito tempo antes do primeiro surto, dificuldade, ou mesmo, descontinuidade de atividades regulares, como escola, cursos, trabalho, esporte ou lazer. Nota-se também maior dificuldade para viver relações sociais e familiares.

Algumas pessoas podem desenvolver um comportamento mais arreado ou indisciplinado, ter momentos de explosão de raiva ou descontrole emocional diante de situações em que se esperaria maior desenvoltura para resolver os problemas.

A esquizofrenia pode ainda se manifestar sem um período prodrômico muito claro e com desencadeamento rápido dos primeiros sintomas psicóticos.

Sintomas positivos

Os sintomas positivos estão relacionados diretamente ao surto psicótico. Entende-se por surto psicótico um estado mental agudo caracterizado por grave desorganização psíquica e fenômenos delirantes e/ou alucinatórios, com perda do juízo crítico da realidade. A capacidade de perder a noção do que é real e do que é fantasia, criação da mente da própria pessoa, é um aspecto muito presente nos quadros agudos da esquizofrenia.

A pessoa adoecida pode criar uma realidade fantasiosa, na qual acredita plenamente a ponto de duvidar da realidade do mundo e das pessoas ao seu redor. É o que chamamos de delírio. O delírio pode ter diversas temáticas, inclusive num mesmo surto. As mais comuns são a ideia de estar sendo perseguida por alguém, de ser observada ou de que as pessoas falam dela ou sabem de tudo que se passa na sua vida. Outras ideias fantasiosas, como de cunho religioso, místico ou grandioso também podem ocorrer. Menos frequentemente ocorrem delírios de culpa e de ciúme.

O delírio não é uma criação intencional da pessoa ou motivada por fatores psicológicos ou de relacionamento. Na esquizofrenia, o delírio surge espontaneamente e invade e domina a consciência da pessoa, tirando dela a capacidade de lutar e vencer sozinha suas próprias ideias. É comum ela se sentir acuada e amedrontada, ou então, agir com vigor, mas sem um propósito claro ou racional. O delírio traz consigo uma sensação de sofrimento e fragmentação da própria personalidade, como se a pessoa perdesse o chão, suas referências básicas, o controle de sua própria vida.

Outro sintoma positivo igualmente importante é a alucinação. A pessoa pode ouvir ou ver coisas que não existem ou não estão presentes, como escutar vozes dialogando entre si ou se referindo à própria pessoa, insultando-a ou ordenando que faça algo. Pode ver vultos ou imagens de pessoas, personagens de seu delírio, com as quais é capaz de conversar e interagir. Há casos também de alucinações olfativas (sentir cheiros estranhos), gustativas, táteis (sentir choques ou como se bichos andassem em seu corpo) e dos órgãos internos (como, p.ex., sentir o coração derretendo, órgãos apodrecendo).

Assim como no delírio, o paciente não tem nenhum controle sobre as alucinações. Elas têm igual capacidade de dominar a consciência e influenciar o comportamento. A percepção de

uma alucinação é igual a que ocorre para um objeto real, não sendo possível, para o paciente, distingui-la da realidade.

Existem outros sintomas positivos, como acreditar que é outra pessoa ou que tem poderes paranormais, como a capacidade de ler a mente dos outros. O paciente pode fantasiar acerca de seus familiares, acreditando que eles sejam impostores ou sócias, ou confundir pessoas estranhas com alguém familiar.

Os sintomas positivos podem não ocorrer em todos os casos de esquizofrenia e, mesmo quando presentes, podem variar na intensidade e qualidade dos sintomas. Existem pacientes que não possuem muitos delírios e outros que nunca alucinaram. Há os que apresentam mais sintomas de desorganização psíquica e do comportamento e que não apresentam delírios ou alucinações.

Sintomas negativos

Os sintomas negativos estão mais relacionados à fase crônica da esquizofrenia. Embora possam ocorrer na fase aguda, eles se estendem por mais tempo e predominam a longo prazo. Esses sintomas são chamados também de deficitários, como referência à deficiência de algumas funções mentais, como a vontade e a afetividade.

A falta de vontade, de iniciativa ou da persistência em algumas atividades da vida cotidiana é vista pela maioria dos familiares como sinal de preguiça ou má vontade. Entretanto, este é um sintoma da esquizofrenia. Em graus variados de intensidade, pacientes têm dificuldade de iniciativa, demonstram-se desinteressados ou indiferentes aos desafios e atividades que lhes são propostas. Tendem a escolher atividades mais passivas, onde não é exigido esforço físico ou cognitivo, como assistir TV, ouvir rádio, ou mesmo passar grande parte do tempo ociosos. As deficiências da vontade são responsáveis por grande parte das dificuldades em atividades produtivas, como trabalho e estudos, e sociais, contribuindo para maior isolamento.

A afetividade compreende a nossa capacidade de demonstrar afetos e sentimentos. Para isso usamos nossa mímica facial, os gestos, o tom de voz e a nossa empatia. Alguns pacientes têm dificuldade em expressar e demonstrar seus afetos claramente e isso leva, em geral, a uma falta de empatia e a uma dificuldade de interação e comunicação social. Isto não significa que não tenham sentimentos, que não sejam capazes de reagir emocionalmente ao ambiente e às pessoas. O que está comprometido é a forma de demonstrar seus afetos, mas não a capacidade de sentir emoções.

A fala, o pensamento e as ideias podem estar lentificados ou desconectados, sem um encadeamento lógico para quem está ouvindo. Porém, é importante que familiares e amigos procurem compreender o significado do que está sendo dito, que escutem e acolham a pessoa com suas diferenças e limitações.

Os sintomas negativos, por serem mais duradouros e interferirem com funções básicas como vontade e afetividade, acarretam dificuldades sociais e laborativas que percebemos em muitos pacientes. É fundamental a compreensão e as tentativas de estímulo e apoio, dentro de um contexto sócio-familiar saudável e acolhedor.

Sintomas da cognição

A cognição pode estar comprometida na esquizofrenia de diversas formas. As mais comuns são a falta de atenção e concentração e o prejuízo da memória. Essas alterações podem ocorrer antes mesmo do primeiro surto e piorar nos primeiros anos do transtorno.

Alguns pacientes têm dificuldade em manter a atenção por longo tempo, tornando-se facilmente distraídos e dispersos. Em uma conversa num ambiente tumultuado e ruidoso, por exemplo, podem não conseguir manter o foco, distraindo-se com estímulos alheios. Isto ocorre devido à incapacidade de inibir completamente estímulos do ambiente que não sejam importantes naquele momento. O comprometimento da atenção também interfere em atividades como leitura e escrita.

Em relação à memória, pode haver dificuldade para buscar lembranças passadas em momentos oportunos, como, por exemplo, quando se está conversando sobre um episódio e o paciente se esquece de mencionar fatos importantes relacionados a ele. O aprendizado também pode estar prejudicado, com maior lentidão para aprender informações novas, que pode ser atribuído à dificuldade na formação de estratégias para aceleração do aprendizado e por problemas na fixação do conteúdo.

Existem outros prejuízos da cognição, como pensamento mais concreto, com dificuldades para abstrair e compreender figuras de linguagem, impulsividade na hora de tomar decisões, fazendo escolhas erradas, baseadas em decisões imaturas de primeiro momento, e disfunções executivas, como dificuldade de planejamento das tarefas, não conseguindo priorizar as mais simples frente às complexas.

Os sintomas da cognição também interferem na vida social e profissional, contribuindo para prejuízos em outras áreas de funcionamento da pessoa, como estudo, trabalho e relacionamentos interpessoais.

Sintomas neurológicos

Os pacientes com início mais precoce e/ou formas mais graves da esquizofrenia podem apresentar sinais neurológicos, como tiques faciais, prejuízo dos movimentos mais finos (o que os torna mais desajeitados ou estabados), trejeitos e movimentos mais bruscos e descoordenados, aumento da frequência de piscar os olhos e desorientação direita-esquerda.

Muitos desses sinais também estão presentes em outros transtornos psiquiátricos e neurológicos. Portanto, a presença isolada desses sintomas, sem os demais característicos da esquizofrenia, não deve sugerir esse diagnóstico.

A explicação para a ocorrência dos sinais neurológicos não é bem conhecida. A maioria não os apresenta e aqueles que são acometidos, os revelam de maneira tênue e que passam despercebidos por pessoas com menor grau de intimidade.

Não existem exames neurológicos, como eletroencefalograma, tomografia computadorizada ou ressonância magnética, capazes de diagnosticar a esquizofrenia. As alterações que podem aparecer nesses exames são inespecíficas e podem ocorrer também em outras doenças psiquiátricas e neurológicas.

Funcionamentosocial

O funcionamento social engloba as capacidades de interação e comunicação social, de autonomia, da vida laborativa, acadêmica, familiar e afetiva. Enfim, é tudo aquilo que diz respeito à interação da pessoa com o meio em que vive.

Na esquizofrenia, o funcionamento social pode estar prejudicado pelo conjunto de sintomas que já abordamos, como os sintomas positivos, negativos e cognitivos. É indiscutível que, no período de surto (fase aguda), o funcionamento da pessoa fique muito comprometido, pois os sintomas da crise psicótica afetam o equilíbrio e a sensatez da pessoa, alteram seu comportamento e a capacidade de administrar seus sentimentos e relacionamentos, gerando conflitos. Isso não é exclusividade da esquizofrenia, podendo ocorrer na fase aguda de qualquer transtorno psiquiátrico.

Passada a crise, à medida que a pessoa vai se reestruturando, ela passa a ter mais condições de avaliar e mudar seu comportamento. Entretanto, na esquizofrenia, alguns pacientes permanecem com dificuldades sociais mesmo após a fase aguda. Os sintomas mais impactantes neste período são os negativos e cognitivos, os que mais interferem com o funcionamento do indivíduo.

Alguns ficam com maior dificuldade para relacionamentos, para fazer novas amizades, tendem a se isolar ou a restringir o convívio à família. Em casos mais graves, pode haver limitações para coisas mais simples, como ir a um supermercado ou a um banco, devido a uma inadequação ou inabilidade para agir em situações sociais, com prejuízos para a autonomia da pessoa.

As capacidades de trabalho e estudo também podem ser afetadas, pois dependem da eficiência cognitiva e social. Muitos pacientes conseguem retornar ao trabalho ou à escola após sua recuperação, enquanto outros se beneficiariam de atividades menos exigentes e

estressantes. A adequação da vida social e laborativa ao real potencial de cada um é medida para sua estabilidade a longo prazo.

Comportamento

O comportamento pode ser afetado pelos sintomas já comentados, como os positivos e negativos, porém alguns padrões de comportamento são mais frequentes e merecem um comentário à parte. Como a esquizofrenia é um transtorno de apresentação heterogênea, incluindo quadros clínicos muito diferentes, existem pacientes com maior ou menor grau de alteração do comportamento, que também é variável de acordo com a fase da doença (aguda ou crônica).

→ Suicídio

As tentativas de suicídio não são raras na esquizofrenia. Pesquisas apontam que cerca de 50% dos pacientes tenta o suicídio ao menos uma vez na vida, com uma taxa de suicídio consumado em torno de 15%. Esta estimativa é a maior dentre todos os transtornos mentais, inclusive a depressão.

O suicídio pode ocorrer na fase aguda ou crônica, devendo o familiar ficar atento a alguns aspectos: se o paciente fala em se matar, caso refira ouvir vozes ordenando que se fira ou que atente contra a própria vida, quando ocorre intensa ansiedade ou angústia, se ele se mostra depressivo ou se tem algum comportamento auto-agressivo ou autodepreciativo.

A família não deve temer abordar esse assunto com o paciente, pois geralmente ele sente a necessidade de falar disso para obter algum alívio para o seu sofrimento. Caso haja intenção ou risco de suicídio, a equipe responsável pelo tratamento deve ser imediatamente avisada.

→ Agressividade

O comportamento agressivo não deve ser associado à esquizofrenia, pois a maioria dos pacientes não é agressiva em nenhum momento ao longo do transtorno. Uma minoria pode ter reações impulsivas e ataques de raiva ou fúria, geralmente nas fases agudas, como no surto, mas melhorando significativamente com o tratamento.

O familiar deve ter paciência e compreensão e jamais revidar algum ato agressivo, sob o risco de haver aumento da violência e das agressões se tornarem recorrentes ou constantes. Caso seja necessário conter a pessoa, abraçando-a ou imobilizando-a, explique o motivo de sua atitude e tente acalmá-la até a chegada de um auxílio médico.

→ Manias

Alguns pacientes têm um comportamento mais rígido ou repetitivo, com dificuldade para mudar determinados padrões. Isso pode variar de hábitos elementares, como relacionados

à higiene, à alimentação e ao vestuário, até hábitos sociais, como rotinas de atividades, atitudes metódicas ou mecanicistas (precisa fazer aquilo naquela ordem e daquele jeito). Alguns podem desenvolver rituais e repetições semelhantes ao transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).

O paciente resiste a mudar algumas manias e isto provoca conflitos com a família. Por outro lado, esses comportamentos não podem ser mudados na base da imposição ou da força, devendo o familiar ter muito diálogo e paciência. Deve procurar, aos poucos, convencê-lo das desvantagens e encorajá-lo a melhorar suas atitudes.

→ Solilóquios e risos imotivados

Solilóquios é o termo técnico para quem fala sozinho. Há pacientes que os apresentam nas fases agudas, quando respondem às alucinações (vozes ou pessoas imaginárias). Outros têm esse comportamento na fase crônica, falando baixinho ou simplesmente mexendo os lábios e cochichando.

Os risos imotivados ocorrem quando o paciente ri sem motivo aparente ou fora de um contexto. Esses sintomas são, na maioria das vezes, automáticos e involuntários, sem que ele possa controlá-los inteiramente. A irritação de terceiros pode inclusive intensificá-los.

Classificação

A esquizofrenia pode ser classificada em tipos distintos de acordo com sua apresentação clínica.

→ Esquizofrenia paranóide

É caracterizada pelo predomínio de sintomas positivos (delírios e alucinações) sobre os sintomas negativos. Em geral, os pacientes apresentam tramas delirantes bem estruturadas e alucinações, com alterações de comportamento compatíveis com suas vivências psíquicas, como inquietação ou agitação psicomotora, comportamento de medo ou fuga, ausência de juízo crítico, dentre outras. Nesses casos, o paciente melhora dos sintomas mais agudos com o tratamento, retomando boa parte de suas atividades e relacionamentos, permanecendo com poucos prejuízos na fase crônica, já que os sintomas negativos não estão tão presentes. Podem ocorrer sintomas cognitivos que dificultam a retomada de algumas atividades após a fase aguda.

→ Esquizofrenia desorganizada

Nesse caso há predomínio dos sintomas negativos e de desorganização do pensamento e do comportamento sobre os sintomas positivos. Alucinações e delírios podem não ocorrer, ou se ocorrerem, não são uma parte importante do quadro, que se caracteriza mais por um comportamento pueril ou regredido, desorganização do pensamento e do comportamento, dependência de terceiros para atividades mais básicas, perda da autonomia, desinteresse,

isolamento ou perda do contato social e afetividade mais superficial ou infantil. Os sintomas mais agudos, como a desorganização do pensamento e do comportamento, podem melhorar com o tratamento, mas alguns sintomas negativos podem persistir e dificultar mais a retomada das atividades. Ocorrem alterações cognitivas, principalmente relacionadas à atenção, memória e raciocínio, que podem trazer prejuízos sociais e laborativos.

→ Esquizofrenia catatônica

É o tipo menos comum, caracterizado por sintomas de catatonia na fase aguda. O paciente pode falar pouco ou simplesmente não falar, ficar com os movimentos muito lentos ou paralisados (p.ex., numa mesma posição por horas ou dias), recusar se alimentar ou ingerir líquidos, interagir pouco ou simplesmente não interagir com ninguém, embora desperto e de olhos abertos. O tratamento melhora os sintomas de catatonia, podendo o paciente permanecer com sintomas negativos e cognitivos na fase crônica. Há casos em que, na fase aguda, podem ocorrer comportamento agitado e repetitivo sem um propósito claro ou identificável.

→ Esquizofrenia indiferenciada

Quando os sintomas positivos e negativos estão igualmente presentes, havendo delírios e alucinações em intensidade semelhante aos sintomas negativos e desorganizados, classifica-se o tipo como indiferenciado. A evolução e o prognóstico nesses casos são muito variáveis, geralmente pior do que na esquizofrenia paranóide, porém superior ao tipo desorganizada.

→ Esquizofrenia simples

Em casos em que os sintomas negativos ocorrem isoladamente, sem sintomas positivos e de desorganização, e não há uma diferença bem delimitada entre as fases aguda e crônica, optou-se por chamar de esquizofrenia simples. Alguns autores equivalem esse diagnóstico ao transtorno de personalidade esquizotípico, caracterizado por afetividade superficial ou imprópria, falta de vontade e comportamento excêntrico ou desviante, com tendência ao isolamento e desinteresse social. Os sintomas negativos ocorrem mesmo sem um surto psicótico que os preceda.

→ Esquizofrenia residual

Utilizado para tipificar quadros mais crônicos, de longos anos de evolução ou que evoluem rapidamente para um comportamento mais deteriorado, com muitos prejuízos sociais e para a autonomia da pessoa, afetando sua capacidade de comunicação, inclusive verbal, gerando passividade ou falta de iniciativa, lentidão psicomotora, monotonia e prejuízos inclusive para o autocuidado e higiene pessoal.

Genética

A esquizofrenia tem causa multifatorial, envolvendo fatores genéticos e do ambiente ainda não muito conhecidos. A hereditariedade do transtorno é conhecida desde que a doença foi descrita por Kraepelin e Bleuler, há um século atrás. Há na família de pacientes adoecidos, outras pessoas com os mesmos sintomas ou quadros muito parecidos. A hereditariedade, entretanto, não parece ser o fator determinante, já que também é comum filhos de pais esquizofrênicos não desenvolverem a doença.

Hoje, após várias pesquisas que investigam a causa da esquizofrenia, sabe-se que a genética é responsável por cerca de 50% da chance de adoecer, cabendo a outra metade aos fatores ambientais. A maior evidência disso são estudos com gêmeos idênticos, que revelaram uma concordância de apenas 50% no diagnóstico de esquizofrenia. Isto significa que, quando um dos gêmeos desenvolve a doença, o outro também adoece em 50% dos casos.

Contudo, um dos maiores obstáculos na pesquisa genética é a inespecificidade dos genes relacionados. Alguns são comuns a outros transtornos mentais, como o distúrbio bipolar, o que sugere que doenças psiquiátricas possam ter uma origem genética comum.

As pesquisas genéticas em psiquiatria ainda estão em fases iniciais e muito há para ser descoberto. Tratamentos e medicações poderão ser aperfeiçoados a partir das novas perspectivas nesta área.

Ambiente

As pesquisas sobre fatores de risco do ambiente na esquizofrenia são muito difíceis de serem realizadas, pela alta complexidade metodológica. Algumas já conseguiram identificar fatores de risco mais associados ao transtorno, mas provavelmente existem muitos outros ainda desconhecidos.

Em linhas gerais, o ambiente pode influenciar o adoecimento nas etapas mais precoces do desenvolvimento cerebral, da gestação à primeira infância. É nesse período que o cérebro é mais sensível, por estar crescendo com rapidez e depender do ambiente para o aperfeiçoamento de suas funções. Esta etapa também é aquela em que os genes de regulação do desenvolvimento estão mais ativos e que, na presença de variáveis genéticas da esquizofrenia, podem interferir em processos naturais do desenvolvimento.

A adolescência é um outro momento delicado, pois o cérebro começa a moldar-se para a vida adulta. Um processo conhecido como poda neuronal do desenvolvimento, que sempre gera conexões desnecessárias. A esquizofrenia pode estar relacionada a um menor número de podas, com conexões errôneas entre os neurônios. Fatores ambientais na adolescência podem influenciar esse processo, desencadeando o primeiro surto da doença.

Os genes que predisõem à esquizofrenia têm isoladamente efeito pequeno, por isso acredita-se que os fatores do ambiente sirvam como ativadores ou amplificadores desse efeito. Um exemplo é a maconha. Algumas pessoas que possuem determinado alelo de um gene relacionados à doença têm até 5 vezes mais risco de desenvolver psicose se usarem maconha aos 15 anos. O risco é menor se a exposição à droga ocorrer somente após os 18 anos de idade. O ambiente, neste caso, pode fazer a diferença entre a pessoa ficar ou não ficar doente, dependendo do uso da droga. Este é apenas um dos genes relacionados à esquizofrenia, que pode influenciar uma parcela de casos, já que muitos outros não têm relação com o uso de maconha.

Na tabela abaixo alguns fatores de risco conhecidos no ambiente e relacionados à esquizofrenia:

Períodos do Desenvolvimento Cerebral	Fatores Ambientais de Risco
Período Pré-Natal	<p>Viroses (influenza, rubéola, herpes) na mãe, particularmente quando ocorrem no segundo trimestre de gravidez;</p> <p>Desnutrição materna;</p> <p>Morte do esposo;</p> <p>Catástrofes;</p> <p>Gravidez indesejada;</p> <p>Depressão durante a gravidez.</p>
Período Neonatal	<p>Complicações da gravidez (sangramentos, diabetes, incompatibilidade rH, pré-eclâmpsia);</p> <p>Crescimento ou desenvolvimento fetal anormal (baixo peso ao nascer, prematuridade, malformações congênitas, redução do perímetro encefálico);</p> <p>Complicações do parto (atonia uterina, asfixia/hipóxia neonatal, parto cesáreo emergencial);</p>

Períodos do Desenvolvimento Cerebral	Fatores Ambientais de Risco
	<p>Interação mãe- criança atípica ou maternagem deficiente;</p> <p>Perda precoce de um dos pais.</p>
Primeira Infância	<p>Infecções do SNC (meningite, encefalite, sarampo);</p> <p>Experiências psicológicas negativas;</p> <p>Traumas, abuso físico e sexual.</p>
Adolescência	Uso de maconha.

Teoria Causal

O modelo mais aceito hoje para a causa da esquizofrenia reúne fatores genéticos e ambientais . Ele é teórico e, embora reúna muitas evidências científicas, ainda não é a conclusão definitiva sobre a origem da doença.

De acordo com ele, uma pessoa somente desenvolve a esquizofrenia se houver, de um lado, uma herança genética e, de outro, fatores ambientais de risco, capazes de torná-la biologicamente vulnerável para o transtorno.

Indivíduos com maior carga genética (maior número de genes para a esquizofrenia), por exemplo, podem adoecer com insultos ambientais mais brandos ou em menor número do que aqueles com menor carga genética, que precisariam de um componente ambiental mais forte.

Os fatores ambientais de risco interferem em processos do desenvolvimento e maturação cerebral, ativando genes de susceptibilidade para a esquizofrenia e causando alterações cerebrais sutis, como a desconexão entre neurônios. Esta é a base para que disfunções cognitivas e sintomas positivos e negativos da esquizofrenia se desenvolvam.

Seria como se o cérebro possuísse vários curto-circuitos e diferentes áreas tivessem maior dificuldade para trocar informações entre si, gerando erros no processamento e limitações cognitivas e emocionais. Isso explica, em parte, a vulnerabilidade dos pacientes ao estresse e sua dificuldade para lidar com situações que geram maior sobrecarga.

Transtornos de Personalidade

O que é personalidade?

Personalidade é definida pela totalidade dos traços emocionais e de comportamento de um indivíduo (caráter + temperamento). Pode-se dizer que é o "jeitão" de ser da pessoa, o modo de sentir as emoções ou o "jeitão" de agir. Em outras palavras, é o modo habitual, estável ao longo dos anos, de receber e processar os estímulos vindos do mundo e de devolver uma resposta (comportamento) ao meio externo.

O que vem a ser um traço de personalidade?

Para se falar de personalidade é preciso entender o que vem a ser um **traço de personalidade**. O traço é um aspecto do comportamento duradouro da pessoa; é a sua tendência à sociabilidade ou ao isolamento; à desconfiança ou à confiança nos outros. Um exemplo: lavar as mãos é um hábito, a higiene é um traço, pois implica em manter-se limpo regularmente escovando os dentes, tomando banho, trocando as roupas, etc. Pode-se dizer que a higiene é um traço da personalidade de uma pessoa depois que os hábitos de limpeza se arraigaram. O comportamento final de uma pessoa é o resultado de todos os seus traços de personalidade. O que diferencia uma pessoa da outra é a amplitude e intensidade com que cada traço é vivido.

O que é transtorno de personalidade?

Um transtorno de personalidade aparece quando esses traços são muito inflexíveis e mal-ajustados, ou seja, prejudicam a adaptação do indivíduo às situações que enfrenta, causando a ele próprio, ou mais comumente aos que lhe estão próximos, sofrimento e incômodo. Geralmente esses indivíduos são pouco motivados para tratamento, uma vez que os traços de caráter pouco geram sofrimento para si mesmos, mas perturbam suas relações com outras pessoas, fazendo com que amigos e familiares aconselhem o tratamento. Geralmente aparecem no início da adolescência e tornam-se crônicos (permanecem pela vida toda). Por convenção, o diagnóstico só deve ser dado a adultos, ou no final da adolescência, pois a personalidade só está completa nessa época, na maioria das vezes. Muitas vezes, no entanto, o desajuste é notado desde a infância.

Quais são os tipos de transtornos de personalidade?

Existem muitos tipos de transtornos de personalidade. Não podemos esquecer que se trata de classificação. Esta classificação é descritiva e, muitas vezes, não bate com a realidade prática. Algumas pessoas não se encaixam perfeitamente em um modelo; outras preenchem critérios para diferentes diagnósticos ("pitadas" de diferentes transtornos). Obviamente temos que pensar nas pessoas como seres únicos e nos sintomas como parte de uma doença ou transtorno de causa única, mas ainda não completamente conhecida.

Transtorno de Personalidade Paranóide

Como se caracteriza?

Caracteriza-se pela tendência à desconfiança, seja de estar sendo explorado, passado para trás ou traído, mesmo que não haja motivos razoáveis para pensar assim. O sujeito vive, de certa forma, refém desses medos e dessas suspeitas, que têm uma conotação subjetiva de realidade para o paciente. A afetividade é restrita, sendo considerado por muitos como um indivíduo frio ou distante. A hostilidade, irritabilidade e ansiedade são sentimentos frequentes entre os paranóide. Muitas vezes, após anos sentindo-se "passado para trás", o indivíduo pode acabar descarregando esta mágoa de forma intempestiva e violenta.

Aspectos essenciais

- Excessiva sensibilidade em ser desprezado.
- Tendência a guardar rancores recusando-se a perdoar insultos, injúrias ou injustiças cometidas.
- Interpretações errôneas de atitudes neutras ou amistosas de outras pessoas, tendo respostas hostis ou desdenhosas. Tendência a distorcer e interpretar como maldosos os atos dos outros.
- Combativo e obstinado senso de direitos pessoais em desproporção à situação real.
- Repetidas suspeitas injustificadas relativas à fidelidade do parceiro conjugal.
- Tendência a se autovalorizar excessivamente.
- Preocupações com fofocas, intrigas e conspirações infundadas a partir dos acontecimentos circundantes.

Transtorno de Personalidade Esquizóide

Como se caracteriza?

Primariamente pela dificuldade de formar relações pessoais ou de expressar as emoções. A indiferença é o aspecto básico, assim como o isolamento e o distanciamento sociais. Diferentemente de um fóbico social, o esquizóide não sente falta do contato humano ou sofre em função deste isolamento. A fraca expressividade emocional significa que estas pessoas não se perturbam com elogios ou críticas. Aquilo que na maioria das vezes desperta prazer nas pessoas, não tem impacto, como o sucesso no trabalho, no estudo ou uma conquista afetiva (namoro).

Aspectos essenciais

- Poucas ou nenhuma atividade produzem prazer.
- Frieza emocional, afetividade distante.
- Capacidade limitada de expressar sentimentos calorosos, ternos ou de raiva para como os outros.
- Indiferença a elogios ou críticas.
- Pouco interesse em ter relações sexuais.
- Preferência quase invariável por atividades solitárias.
- Tendência a voltar para sua vida introspectiva e fantasias pessoais.
- Falta de amigos íntimos e do interesse de fazer tais amizades.
- Insensibilidade a normas sociais predominantes como uma atitude respeitosa para com idosos ou àqueles que perderam uma pessoa querida recentemente.

Transtorno de Personalidade Esquizotípica

Como se caracteriza?

Caracterizam-se por serem indivíduos estranhos, que têm crenças bizarras, com experiências de ilusões, pensamento e discurso extravagante. Falta de amigos e muita ansiedade no convívio social. Muitas vezes têm interpretações incorretas de incidentes casuais e acontecimentos externos como se tivessem um significado particular e incomum, especificamente destinado a eles. Podem ser supersticiosos ou preocupar-se com fenômenos paranormais que estão fora das normas de sua sub-cultura. São pessoas que podem se dar bem no mundo das artes ou do misticismo.

Aspectos essenciais

- Podem pensar que possuem poderes especiais de pressentir acontecimentos ou de ler os pensamentos de outras pessoas.
- Posse de um controle mágico sobre os outros, o qual pode ser implementado diretamente (por ex., acreditar que o cônjuge está levando o cachorro para passear na rua porque ele pensou que isto deveria ser feito uma hora atrás) ou indiretamente, através do cumprimento de rituais mágicos (por ex., passar por um determinado objeto três vezes, para evitar certa consequência funesta).
- Geralmente não são capazes de lidar com toda a faixa de afetos e indicadores interpessoais necessários para relacionamentos bem-sucedidos, de modo que muitas vezes parecem interagir com os outros de maneira inadequada, rígida ou constrita.
- Interação com os outros quando precisam, mas preferem ficar sós, por acharem que são diferentes e simplesmente não "se encaixam".

Transtorno de Personalidade Anti-Social

Como se caracteriza?

Caracteriza-se pelo padrão social de comportamento irresponsável, explorador e insensível constatado pela ausência de remorsos. Esse transtorno é o mais estudado e afeta cerca de 1% da população mundial. Essas pessoas não se ajustam às leis do Estado simplesmente por não quererem, riem-se delas, frequentemente têm problemas legais e criminais por isso. Mesmo assim não se ajustam, pois não aprendem com os erros e experiências prévios. Frequentemente manipulam os outros em proveito próprio, dificilmente mantêm um emprego ou um casamento por muito tempo.

Aspectos essenciais

- Atitude aberta de desrespeito por normas, regras e obrigações sociais de forma persistente.
- Insensibilidade aos sentimentos alheios
- Estabelece relacionamentos com facilidade, principalmente quando é do seu interesse, mas dificilmente é capaz de mantê-los.
- Baixa tolerância à frustração e facilmente explode em atitudes agressivas e violentas.
- Incapacidade de assumir a culpa do que fez de errado, ou de aprender com as punições.
- Tendência a culpar os outros ou defender-se com raciocínios lógicos, porém improváveis.
- **Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável (Borderline / Limítrofe)**

Como se caracteriza?

Caracteriza-se por um padrão de relacionamento emocional intenso, porém confuso e desorganizado. A instabilidade das emoções é o traço marcante deste transtorno, que se apresenta por flutuações rápidas e variações no estado de humor de um momento para

outro sem justificativa real. Pode-se dizer que essas pessoas vivem um estado contínuo de "hemorragia emocional" e vazio interior. Os portadores reconhecem sua labilidade emocional, mas para tentar encobri-la justificam-nas geralmente com argumentos implausíveis. O afeto predominante é o ódio e a raiva. Seu comportamento impulsivo frequentemente é autodestrutivo. Estes pacientes não possuem claramente uma identidade de si mesmos, com um projeto de vida ou uma escala de valores duradoura, até mesmo quanto à própria sexualidade. A instabilidade é tão intensa que acaba incomodando o próprio paciente que em dados momentos rejeita a si mesmo, por isso a insatisfação pessoal é constante. Há diversos níveis de gravidade e adaptação.

Aspectos essenciais

- Padrão de relacionamento instável variando rapidamente entre ter um grande apreço por certa pessoa para logo depois desprezá-la.
- Comportamento impulsivo principalmente quanto a gastos financeiros, sexual, abuso de substâncias psicoativas, pequenos furtos, dirigir irresponsavelmente.
- Rápida variação das emoções, passando de um estado de irritação para angustiado e depois para depressão (não necessariamente nesta ordem).
- Sentimento de raiva freqüente e falta de controle desses sentimentos chegando a lutas corporais.
- Comportamento suicida ou auto-mutilante.
- Sentimentos persistentes de vazio e tédio.
- Dúvidas a respeito de si mesmo, de sua identidade como pessoa, de seu comportamento sexual, de sua carreira profissional.

Transtorno de Personalidade Histriônica

Como se caracteriza?

É o que antigamente já se chamou de histeria. Estudado desde os tempos de Charcot, passando por Kurt Scheider e Freud. Caracteriza-se pela tendência a ser dramático, buscar as atenções para si mesmo, ser um eterno "carente afetivo", comportamento sedutor e manipulador, exibicionista, fútil, exigente e lábil (que muda facilmente de atitude e de emoções). São personalidades imaturas que não conseguem encontrar uma maneira mais evoluída de lidar com o meio e as pessoas que as cercam.

Aspectos essenciais

- Busca freqüentemente elogios, aprovações e reafirmações dos outros em relação ao que faz ou pensa.
- Comportamento e aparência sedutores sexualmente, de forma inadequada.
- Abertamente preocupada com a aparência e atratividade físicas.
- Expressa as emoções com exagero inadequado, como ardor excessivo no trato com desconhecidos, acessos de raiva incontrolável, choro convulsivo em situações de pouco importância.
- Sente-se desconfortável nas situações onde não é o centro das atenções.
- Suas emoções apesar de intensamente expressadas são superficiais e mudam facilmente.
- É imediatista, tem baixa tolerância a adiamentos e atrasos.

- Estilo de conversa superficial e vago, tendo dificuldades de detalhar o que pensa.

Transtorno de Personalidade Narcisista

Como se caracteriza? Caracterizam-se por indivíduos que se julgam grandiosos, com necessidade de admiração e que desprezam os outros, acreditando serem especiais e explorando os outros em suas relações sociais. Eles rotineiramente superestimam suas capacidades e exageram suas realizações, frequentemente parecendo presunçosos ou arrogantes. Eles podem presumir que os outros atribuem o mesmo valor a seus esforços e surpreender-se quando não recebem o louvor que esperam e julgam merecer.

Aspectos essenciais

- Constantemente se preocupa com fantasias de sucesso ilimitado, poder, inteligência, beleza ou amor ideal.
- Compara-se com vantagem sobre pessoas famosas e privilegiadas.
- Acredita ser superior, especial ou único e espera ser reconhecido pelos outros como tal.
- Geralmente exige admiração excessiva.
- Carece de empatia e têm dificuldade em reconhecer os desejos, experiências subjetivas e sentimentos dos outros.
- Frequentemente exhibe atitudes esnobes, desdenhosas ou condescendentes.

Transtorno de Personalidade Dependente

Como se caracteriza?

Caracterizam-se pelo excessivo grau de dependência e confiança nos outros. Estas pessoas precisam de outras para se apoiar emocionalmente e sentirem-se seguras. Geralmente não conseguem evoluir na vida produtiva ou afetiva: permanecem muitas vezes pueris. Permitem que os outros tomem decisões importantes a respeito de si mesmas. Sentem-se desamparadas quando sozinhas. Resignam-se e submetem-se com facilidade, chegando mesmo a tolerar maus tratos pelos outros. Quando postas em situação de comando e decisão essas pessoas não obtêm bons resultados, não superam seus limites.

Aspectos essenciais

- É incapaz de tomar decisões do dia-a-dia sem uma excessiva quantidade de conselhos ou reafirmações de outras pessoas.
- Permite que outras pessoas decidam aspectos importantes de sua vida como onde morar, que profissão exercer.
- Submete suas próprias necessidades aos outros.
- Evita fazer exigências ainda que em seu direito.
- Sente-se desamparado quando sozinho, por medos infundados.
- Medo de ser abandonado por quem possui relacionamento íntimo.
- Facilmente é ferido por crítica ou desaprovação.

Transtorno de Personalidade Ansiosa (evitação)

Como se caracteriza?

Em poucas palavras, seria o máximo da Fobia Social. Algo tão profundo e intenso que passa a ser chamado de problema de personalidade. Caracteriza-se pelo padrão de

comportamento inibido e ansioso com auto-estima baixa. É um sujeito hipersensível a críticas e rejeições, apreensivo e desconfiado, com dificuldades sociais. É tímido e sente-se desconfortável em ambientes sociais. Tem medos infundados de agir tolamente perante os outros. No entanto, os sintomas causam sofrimento: o paciente anseia pelo contato social.

Aspectos essenciais

- *É facilmente ferido por críticas e desaprovações.
- Não costuma ter amigos íntimos além dos parentes mais próximos.
- Só aceita um relacionamento quando tem certeza de que é querido.
- Evita atividades sociais ou profissionais onde o contato com outras pessoas seja intenso, mesmo que venha a ter benefícios com isso.
- Experimenta sentimentos de tensão e apreensão enquanto estiver exposto socialmente.
- Exagera nas dificuldades, nos perigos envolvidos em atividades comuns, porém fora de sua rotina. Por exemplo, cancela encontros sociais porque acha que antes de chegar lá já estará muito cansado.

Transtorno de Personalidade Obsessiva

Como se caracteriza?

Tendência ao perfeccionismo, comportamento rigoroso e disciplinado consigo e exigente com os outros. Emocionalmente frio. É uma pessoa formal, intelectualizada, detalhista. Essas pessoas tendem a ser devotadas ao trabalho em detrimento da família e amigos, com quem costuma ser reservado, dominador e inflexível. Dificilmente está satisfeito com seu próprio desempenho, achando que deve melhorar sempre mais. Seu perfeccionismo o faz uma pessoa indecisa e cheia de dúvidas.

Aspectos essenciais

- O perfeccionismo pode atrapalhar no cumprimento das tarefas, porque muitas vezes o sujeito se detém nos detalhes enquanto atrasa o essencial.
- Insistência em que as pessoas façam as coisas a seu modo ou querer fazer tudo por achar que os outros farão errado.
- Excessiva devoção ao trabalho em detrimento das atividades de lazer.
- Expressividade afetiva fria.
- Comportamento rígido (não se acomoda ao comportamento dos outros) e insistência irracional (teimosia).
- Excessivo apego a normas sociais em ocasiões de formalidade.
- Relutância em desfazer-se de objetos por achar que serão úteis algum dia (mesmo sem valor sentimental)
- Indecisão prejudicando seu próprio trabalho ou estudo.
- Excessivamente consciencioso e escrupuloso em relação às normas sociais.

Referências Bibliográficas:

- HORTA, W.A. Processos de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.
- TEIXEIRA, M.B. Manual de enfermagem psiquiátrica. São Paulo: editora Atheneu, 1997.
- AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- _____. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- _____. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Temas de saúde mental*. Brasília: Imprensa Nacional, 1998.
- _____. Decreto 1.132, de 22 de dezembro de 1903. In: MOREIRA, J. – Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil. *Arquivo Brasileiro de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, I(1):71-75, 1905.
- _____. Decreto 24.559, de 3 de julho de 1934. Ementa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Legisla.nsf/>. Acesso em: 20 fev.2006.
- _____. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/legisla/htm>. Acesso em: 20 fev.2006.
- ENGEL, Magali Gouveia. As fronteiras da anormalidade: psiquiatria e controle social. *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, v.3, p 547-563, nov 1998/fev 1999.
- FOUCAULT, Michel. Trad. José Teixeira Coelho Netto. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1972. (Estudos, 61).
- GOFFMAN, Erving. Trad. Dante Moreira Leite. *Manicômios, prisões e conventos*. 5.ed. São Paulo: Perspectiva, 1996. (Debates, 91).
- HUMEREZ, Dorisdaia Carvalho. Evolução histórica do conceito de loucura e de louco. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v.3, p. 129-136, dez 1990.
- TABORDA, José G.V; CHALUB, Miguel; ABDALA-FILHO, Elias (Orgs.). *Psiquiatria Forense*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário. (Orgs.). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 1997. (Saúde e realidade brasileira, 1)
- VENOSA, Sílvio de Salvo. *Direito Civil: Parte Geral*. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2002. (Direito Civil).