

**TRANSTORNOS
MENTAIS E DE
COMPORTAMENTO**

GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL

Ibaneis Rocha Barros Júnior

**SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL – SES/DF E
PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
– FEPECS**

Osnei Okumoto

**DIRETOR-EXECUTIVO DA FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE – FEPECS**

Marcos de Sousa Ferreira

DIRETOR DA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESCS

Ubirajara José Picanço de Miranda Júnior

COORDENADORA DO CURSO DE MEDICINA – CCM

Márcia Cardoso Rodrigues

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS
Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS

TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO

Módulo 401

Manual do Estudante

Coordenadora

Cláudia da Costa Guimarães

Colaboradores

Adriana Domingues Graziano

Júlia Rodrigues Figueiredo Torres

Marcelo Henrique de Sousa e Silva Martins

Thiago Blanco Vieira

Brasília - DF
FEPECS/ ESCS
2020

Copyright© 2020 - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS
Curso de Medicina – 4ª série
Módulo 401: Transtornos mentais e de comportamento
Período: 16/03/20 a 24/04/2020

A reprodução do todo ou parte deste material é permitida somente com autorização formal da FEPECS / ESCS.

Impresso no Brasil
Tiragem: 11 exemplares

Capa: Gerência de Recursos Audiovisuais – GERA/CAO/FEPECS
Editografia gráfica: Núcleo de Informática Médica – NIM/GEM/CCM/ESCS
Normalização Bibliográfica: Núcleo de Atendimento ao Usuário – NAU/BCE/FEPECS

Coordenador do Curso de Medicina: Márcia Cardoso Rodrigues
Coordenador da 1ª Série: André Luiz Afonso de Almeida
Coordenador da 2ª Série: Farid Buitrago Sanchez
Coordenador da 3ª Série: Francisco Diogo Rios Mendes
Coordenadora da 4ª Série: Adriana Domingues Graziano
Coordenadora da 5ª Série: Martha Rocha de Moura
Coordenador da 6ª Série: Thiago Blanco Viana
Coordenadora da IESC: Maristela dos Reis Luz Alves

Equipe de Elaboração:

Coordenadora: Cláudia da Costa Guimarães
Colaboradores: Adriana Domingues Graziano , Júlia Rodrigues Figueiredo Torres
Marcelo Henrique de Sousa e Silva Martins, Thiago Blanco Vieira.

Tutores :

Adriana de Jesus B.de Almeida Guimarães	Deícilo Alves da Silva Junior
Ana Cláudia C. Nogueira	Edmilson Leal Bastos de Moura
Bianca Rodrigues Silva	Eliziane Brandão Leite
Cláudia da Costa Guimarães	Eveline Fernandes Nascimento Vale
Cristiane Paiva Gadelha de Andrade	Paulo Roberto Silva
	Pedro Alessandro Leite de Oliveira

Dados Internacionais de catalogação na Publicação (CIP)
NAU/BCE/FEPECS

Transtornos mentais e de comportamento: módulo 401: Manual do estudante /
Cláudia da Costa Guimarães. -- Brasília: Fundação de Ensino e Pesquisa
em Ciências da Saúde / Escola Superior de Ciências da Saúde, 2020.
32 p.: il. (Curso de Medicina, módulo 401, 2020).

4ª série do Curso de Medicina

1. Psiquiatria. 2. Psicologia. 3. Distúrbios do comportamento. I.
Guimarães, Cláudia da Costa. Escola Superior de Ciências da Saúde.

CDU - 616.895

SMHN Quadra 03 Conjunto A Bloco 1 – CEP: 70710-700 – Brasília – DF
Fone/Fax: 3326.0433 Fones: 3325.4956
Endereço eletrônico: <http://www.escs.edu.br>
E-mail: escs@saude.df.gov.br

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. ÁRVORE TEMÁTICA	8
3. OBJETIVOS	9
3.1 Objetivo geral	9
3.2 Objetivos específicos	9
4. SEMANA PADRÃO DO MÓDULO 401	10
5. PALESTRAS	10
6. CRONOGRAMA	10
7. DINÂMICA DOS TUTORIAIS:	12
7.1 “Os sete passos”	12
7.2 Papel do tutor	12
7.3 Papel do coordenador	12
7.4 Papel do secretário	13
7.5 Papel do consultor	13
8. AVALIAÇÃO DO MÓDULO	14
8.1 Avaliação do Estudante	14
8.2 Avaliação dos Docentes	14
8.3 Avaliação do Módulo 401	14
8.4 Critérios para obtenção de conceito satisfatório no Módulo 401.	14
9. PROBLEMAS	15
9.1 Problema 1	15
9.2 Problema 2	16
9.3 Problema 3	17
9.4 Problema 4	18
9.5 Problema 5	19
9.6 Problema 6	20
9.7 Problema 7	21
9.8 Problema 8	23
9.9 Problema 9	24
9.10 Problema 10	25
REFERÊNCIAS	26
GLOSSÁRIO PSIQUIÁTRICO	28

O medo de enlouquecer sempre perturbou o ser humano. O fato de perder o juízo, não discernir a realidade, desorganizar o pensamento, romper com a consciência de si mesmo e do mundo, angustia milhões de pessoas de todas as eras e todas as sociedades.

Augusto Cury – O futuro da humanidade

Pensamos em demasia e sentimos bem pouco.
Mais do que máquinas, precisamos de humanidade.
Mais do que inteligência, precisamos de afeição e doçura.
Sem essas virtudes, a vida será de violência.
E tudo será perdido.

Charles Chaplin

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

Carl Gustav Jung

1. INTRODUÇÃO

Para além da capacidade de expressar sentimentos e emoções, o homem realmente se diferencia dos demais animais pela sua capacidade de se projetar em um futuro e poder planejá-lo.

No imaginário, a loucura significa a perda da identidade, do controle de si mesmo, do não se saber, do ficar diferente de todos os demais.

Todos nós temos “cantos” habitados pela loucura: o acolhimento das pequenas explosões de insanidade aqui e ali nos aproxima da lucidez. Pode haver até certo glamour na possibilidade de ensandecer, seja de alegria, de raiva ou paixão.

Mas quando os delírios e incapacidade de discernir a fantasia da realidade tomam proporções significativas, com alterações químicas importantes, o peso da doença mental desaba não apenas sobre a pessoa que apresenta sintomas, mas afeta todos aqueles que estão por perto.

A reação mais comum da sociedade é de exclusão, pois a “loucura” ainda carrega o peso da história que sempre correlacionou este adoecimento com a irresponsabilidade, agressividade e incapacidade total, gerando o maior distanciamento dos aspectos médicos e intenso preconceito.

Com o avanço da neurociência e as descobertas sobre o funcionamento cerebral, a psiquiatria volta a se aproximar da medicina, sendo possível maior compreensão do comportamento humano até mesmo no nível molecular.

De acordo com o Ministério da Saúde 3% da população geral apresenta algum transtorno mental severo, 6% da população apresenta algum comprometimento grave em decorrência do uso de álcool e drogas ilícitas, 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental contínuo ou eventual.

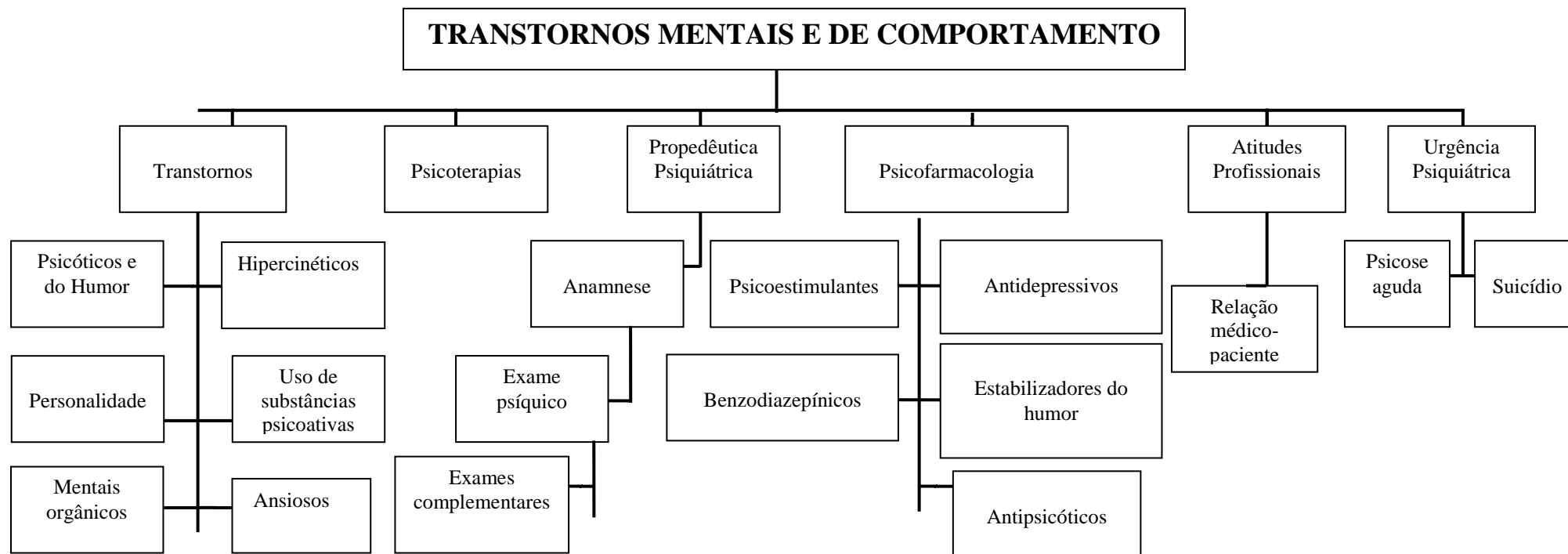
Uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de São Paulo e Ministério da Saúde constatou que entre as 10 principais causas de afastamento do trabalho, cinco estão relacionadas a transtornos mentais.

De 25% a 50% dos pacientes que procuram médico em centro primário, apresentam pelo menos um transtorno psiquiátrico ou neurológico.

O Módulo Transtornos Mentais e do Comportamento tem como objetivo principal proporcionar ao estudante o conhecimento dos transtornos mentais mais prevalentes na prática médica dentro de uma perspectiva integrada, buscando a compreensão do homem como um ser biopsicossocial e espiritual.

Entender a dor psíquica e sua importância no adoecimento do ser humano é fundamental para acabar com o preconceito.

2. ÁRVORE TEMÁTICA



3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Possibilitar ao estudante a compreensão do funcionamento do aparelho psíquico e dos transtornos mentais mais prevalentes na prática clínica geral.

3.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar as funções psíquicas superiores e suas alterações.
- b) Descrever os mecanismos da neurotransmissão química relacionada com o funcionamento psíquico;
- c) Identificar e caracterizar os principais transtornos mentais e de comportamento considerando os aspectos epidemiológicos, etiológicos, quadro clínico, diagnóstico, evolução, tratamento, reabilitação e aspectos psicossociais.
- d) Explicar a relação entre o biológico, o psicológico e o social na etiologia dos transtornos mentais e de comportamento;
- e) Discutir o manejo de situações de crise e de urgência mais frequente na prática clínica;
- f) Descrever os recursos laboratoriais e de imagem importantes para elucidação do diagnóstico de transtornos mentais e de comportamento;
- g) Descrever os princípios básicos da Psicofarmacologia;
- h) Compreender as principais classes dos psicotrópicos e os representantes mais comuns na prescrição médica
- i) Identificar os principais recursos psicoterápicos e suas indicações clínicas
- j) Discutir as atitudes básicas necessárias ao profissional de saúde em relação ao paciente, a família, comunidade e a equipe de saúde mental.

4. SEMANA PADRÃO DO MÓDULO 401

	Segunda-Feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
08h-12h	Tutorial	Horário protegido para estudo	Horário protegido para estudo	Tutorial	Horário protegido para estudo
14h-16h		H.A/IESC	H.A/IESC	H.A/IESC	H.A/IESC
16h-18h	Palestra	H.A/IESC	H.A/IESC	H.A/IESC	H.A/IESC

5. PALESTRAS

DATA	HORÁRIO	TEMA	PALESTRANTE
16/03/20	10h-12h	1. Apresentação do módulo e noções da história da psiquiatria	Cláudia da Costa Guimarães
	16h-18h	2. Adoecimento da criança e adolescente	Thiago Blanco Vieira
23/03/20	16h-18h	3. Diagnóstico Psiquiátrico e Psicoterapias	Cláudia da Costa Guimarães
30/03/20	16h-18h	4. Ansiolíticos e Antidepressivos	Cláudia da Costa Guimarães
06/04/20	16h-18h	5. Estabilizadores do humor (Litioterapia) e Antipsicóticos	Cláudia da Costa Guimarães Marcelo Henrique de Sousa e Silva Martins
13/04/20		R1 (módulo 402)	
20/04/20	16h-18h	6. Emergências psiquiátricas	Júlia Rodrigues F Torres

6. CRONOGRAMA

Primeira Semana: 16/03 a 20/03/2020

DATA	HORÁRIO	ATIVIDADE
16/03 Segunda-feira	08h às 10h	Abertura do problema 1
	10h às 12h	Apresentação do Módulo e Palestra 1
	14h às 18h	Palestra 2
17/03 Terça-feira	08h às 12h	Horário protegido para estudo
	14h às 18h	HA/IESCS
18/03 Quarta-feira	08h às 12h	Horário protegido para estudo
	14h às 18h	HA/IESCS
19/03 Quinta-feira	08h às 12h	Fechamento do problema 1 e Abertura do problema 2
	14h às 18h	HA/IESCS
20/03 Sexta-feira	08h às 12h	Horário protegido para estudo
	14h às 18h	HA/IESCS

Segunda Semana: 23/03 a 27/03/2020

DATA	HORÁRIO	ATIVIDADE
23/03 Segunda-feira	08h às 12h	Fechamento do problema 2 e Abertura do problema 3
	16h às 18h	Palestra 3
24/03 Terça-feira	08h às 12h	Horário protegido para estudo
	14h às 18h	HA/IESCS
25/03 Quarta-feira	08h às 12h	Horário protegido para estudo
	14h às 18h	HA/IESCS
26/03 Quinta-feira	08h às 12h	Fechamento do problema 3 e Abertura do problema 4
	14h às 18h	HA/IESCS
27/03 Sexta-feira	08h às 12h	
	14h às 18h	HA/IESCS

Terceira Semana: 30/03 a 03/04/2020

DATA	HORÁRIO	ATIVIDADE
30/03 Segunda-feira	08h às 12h	Fechamento do problema 4 e Abertura do problema 5
	16h às 18h	Palestra 4
31/03 Terça-feira	08h às 12h	Horário protegido para estudo
	14h às 18h	HA/IESCS
01/04 Quarta-feira	08h às 12h	Horário protegido para estudo
	14h às 18h	HA/IESCS
02/04 Quinta-feira	08h às 12h	Fechamento do problema 5 Abertura do problema 6
	14h às 18h	HA/IESCS
03/04 Sexta-feira	08h às 12h	Horário protegido para estudo
	14h às 18h	HÁ/IESC

Quarta Semana: 06/04 a 10/04/2020

DATA	HORÁRIO	ATIVIDADE
06/04 Segunda-feira	08h às 12h	Fechamento do problema 6 e Abertura do problema 7
	16h às 18h	Palestra 5
07/04 Terça-feira	08h às 12h	Horário protegido para estudo
	14h às 18h	HA/IESCS
08/04 Quarta-feira	08h às 12h	Horário protegido para estudo
	14h às 18h	HA/IESCS
09/04 Quinta-feira	08h às 12h	Fechamento do problema 7 e Abertura do problema 8
	14h às 18h	HA/IESCS
10/04 Sexta-feira	08h às 12h	FERIADO - PAIXÃO
	14h às 18h	

Quinta Semana: 13/04 a 17/04/2020

DATA	HORÁRIO	ATIVIDADE
13/04 Segunda-feira	08h às 12h	Fechamento do problema 8 e Abertura do problema 9
	14h às 18 h	1ª Reavaliação do Módulo 402
14/04 Terça-feira	08h às 12 h	Horário protegido para estudo
	14h às 18 h	HA/IESCS
15/04 Quarta-feira	08h às 12 h	Horário protegido para estudo
	14h às 18 h	HA/IESCS
16/04 Quinta-feira	08h às 12 h	Fechamento do problema 9 e Abertura do problema 10
	14h às 18 h	HA/IESCS
17/04 Sexta-feira	08h às 12 h	FERIADO
	14h às 18 h	

Sexta Semana: 20/04 a 24/04/2020

DATA	HORÁRIO	ATIVIDADE
20/04 Segunda-feira	08 às 12 h	Fechamento do problema 10
	16h às 18 h	Palestra 6
21/04 Terça-feira	08 às 12 h	FERIADO - TIRADENTES
22/04 Quarta-feira	08 às 12 h	Horário protegido para estudo
	14 às 18 h	HA/IESCS
23/04 Quinta-feira	08 às 12 h	EAC
	14 às 18 h	HA/IESCS
24/04 Sexta-feira	08 às 12 h	Horário protegido para estudo
	14 às 18 h	HÁ/IESCS

Quantitativo de horas com atividades no Módulo 401:

Tutoriais: 10 x 4h = 40 horas

Tutorial: 1 x 2h = 2 horas

Palestras: 06 x 2h = 12 horas

EAC: 01 x 04h = 04 horas

TOTAL: 58 HORAS

7. DINÂMICA DOS TUTORIAIS:

7.1 “Os sete passos”

1. Esclarecer termos e conceitos desconhecidos;
2. Identificar no problema as questões de aprendizagem;
3. Oferecer explicações para estas questões com base no conhecimento prévio;
4. Resumir estas explicações identificando as lacunas de conhecimento;
5. Estabelecer objetivos de aprendizagem;
6. Auto-aprendizado;
7. Sintetizar conhecimentos e revisar hipóteses iniciais para o problema.

7.2 Papel do tutor

1. Conhecer os objetivos e a estrutura do módulo temático.
2. Ter sempre em mente que a metodologia de ensino-aprendizagem adotada pela escola é centrada no aluno e não no professor.
3. Assumir a responsabilidade pedagógica no processo de aprendizagem.
4. Orientar na escolha do aluno líder (coordenador) e do secretário em cada grupo tutorial.
5. Estimular a participação ativa de todos os estudantes do grupo.
6. Estimular uma cuidadosa e minuciosa análise do problema.
7. Estimular os estudantes a distinguir as questões principais das questões secundárias do problema.
8. Inspirar confiança nos alunos e facilitar o relacionamento entre os membros do grupo.
9. Não ensinar o aluno, ajudar o aluno a aprender.
10. Orientar o grupo preferencialmente através da formulação de questões apropriadas e não do fornecimento de explicações, a menos que seja solicitado explicitamente pelo grupo. Nesses casos, estas explicações deverão ser bem avaliadas e nunca consistir de aula teórica abrangente.
11. Não intimidar os alunos com demonstração de conhecimentos.

12. Ativar os conhecimentos prévios dos alunos e estimular o uso destes conhecimentos.
13. Contribuir para uma melhor compreensão das questões levantadas.
14. Sumarizar a discussão somente quando necessário.
15. Estimular a geração de metas específicas para a auto-aprendizagem (estudo individual).
16. Avaliar o processo (participação, interesse) e o conteúdo (resultados alcançados).
17. Conhecer a estrutura da escola e os recursos disponíveis para facilitar a aprendizagem.
18. Orientar o aluno para o acesso a estes recursos.
19. Estar alerta para problemas individuais dos alunos e disponível para discuti-los quando interferirem no processo de aprendizagem.
20. Oferecer retroalimentação da experiência vivenciada nos grupos tutoriais para as comissões apropriadas e sugestões para aprimoramento do currículo, quando pertinente.

7.3 Papel do coordenador

1. Orientar os colegas na discussão do problema, segundo a metodologia dos 7 passos e mantendo o foco das discussões no problema.
2. Favorecer a participação de todos, desestimulando a monopolização ou a polarização das discussões entre poucos membros do grupo.
3. Apoiar as atividades do secretário.
4. Estimular a apresentação de hipóteses e o aprofundamento das discussões pelos colegas.
5. Respeitar posições individuais e garantir que estas sejam discutidas pelo grupo com seriedade e que tenham representação nos objetivos de aprendizagem, sempre que o grupo não conseguir refutá-las adequadamente.
6. Resumir as discussões quando pertinente.
7. Exigir que os objetivos de aprendizagem sejam apresentados pelo grupo de forma clara, objetiva e compreensível para todos e

que sejam específicos e não amplos e generalizados.

8. Solicitar auxílio do tutor quando pertinente.

9. Estar atento às orientações do tutor, quando estas forem oferecidas espontaneamente.

7.4 Papel do secretário

1. Anotar no quadro, de forma legível e compreensível, as discussões e os eventos ocorridos no grupo tutorial de modo a facilitar uma boa visão dos trabalhos por parte de todos os envolvidos.

2. Ser fiel às discussões ocorridas, claro e conciso em suas anotações – para isso solicitar a ajuda do coordenador e do tutor.

3. Respeitar as opiniões do grupo e evitar privilegiar suas próprias opiniões ou aquelas com as quais concorde.

4. Anotar com rigor os objetivos de aprendizagem apontados pelo grupo.

7.5 Papel do consultor

Criar oportunidades para esclarecimentos das dúvidas oriundas dos estudos individuais e das discussões em grupos.

8. AVALIAÇÃO DO MÓDULO

8.1 Avaliação do Estudante

Da mesma forma que ocorre com os demais módulos verticais, a avaliação do estudante no Módulo 401 será formativa e somativa.

Avaliação Formativa

Serão formativas a auto-avaliação, a avaliação inter pares e a avaliação do estudante pelo tutor, realizadas oralmente ao final de cada sessão de tutoria.

Avaliação Somativa

Serão somativas as avaliações do estudante feitas a partir dos seguintes formatos e instrumentos:

Formato 3:

Avaliação do desempenho nas sessões de tutoria.

Instrumento 1:

O EAC (Exercício de Avaliação Cognitiva) do Módulo 401 poderá incluir, além do conteúdo relacionado diretamente aos problemas, conteúdos das práticas e palestras.

Datas das Avaliações Cognitivas:

EAC: 23/04/20 das 08h às 12h

Local: Salas de tutoria

1ª Reavaliação: 25/05/2020 das 14h às 18h

Local: Grande Auditório

2ª Reavaliação: 09/11/2020 das 14h às 18h

Local: Salas de Tutorial

8.2 Avaliação dos Docentes

Os estudantes avaliarão os docentes utilizando-se do formato 4.

8.3 Avaliação do Módulo 401

Docentes e estudantes avaliarão o módulo 401 utilizando-se do formato 5MT

8.4 Critérios para obtenção de conceito satisfatório no Módulo 401.

Ao final do Módulo 401, obterá conceito satisfatório o estudante que:

(A). Tiver frequência mínima obrigatória de 75%, incluindo sessões de tutoria, palestras e atividades práticas.

(B). Tiver conceito satisfatório em todas as avaliações somativas do módulo (Formato F3 e Instrumento 1)

9. PROBLEMAS

9.1 Problema 1

“O que a informação consome é a atenção. Riqueza de informação significa pobreza de atenção” Hebert Simon (cientista cognitivo).

Fernanda, egressa da ESCS, está no seu primeiro dia na residência médica que sempre sonhou: pediatria.

Vai para o ambulatório muito feliz, pensando alto: “agora sim vou estudar só o que gosto, nada de outras especialidades... somente pediatria!”.

Entra sua primeira paciente: Flávia, uma menina de 07 anos trazida pelos genitores por orientação de sua professora da segunda série.

Os pais contam que a professora pontuou que, no último ano, a paciente está com dificuldade de terminar as tarefas no tempo determinado, embora os colegas consigam fazê-lo sem dificuldade.

Reforça que é preciso repetir várias vezes as instruções para que a Flávia consiga concluir um dever, e mesmo assim comete erros, pois parece “devanear” muito em sala. Apesar de estar na média, seu rendimento escolar vem caindo muito.

Embora os pais tenham notado alguns comportamentos semelhantes em casa, não estavam preocupados, pois se revezam para monitorar a criança diretamente. Admitem que é necessário revisar de forma contínua os deveres. “Parece que ela sabe qual é a resposta... mas se distraí com qualquer estímulo.”

Quando questionados sobre os marcos do desenvolvimento, negam qualquer atraso, porém até hoje se desorganiza nos atos, “precisa de ajuda até para se vestir.... O quarto dela é uma bagunça... perde tudo o tempo todo...”

Os pais reforçam que parece evitar tarefas que exigem esforço mental. “Só gosta das aulas de educação física... mas tem dificuldade de esperar sua vez nos jogos com outras crianças”.

É uma criança feliz, gosta de brincar com os irmãos e amigos, mas se frustrada tem episódios de “extrema agressividade”.

Ao término do exame físico, que não mostrou alteração, Fernanda se angustiou, pois “deu branco” - não conseguia saber como continuar a investigação, em busca de uma hipótese diagnóstica. Questionou se deveria solicitar alguns exames complementares.

Os pais passaram a questionar se isto era algo a ser tratado, e fizeram muitas perguntas: “Isso é da natureza dela? É doença do cérebro? Da química? É genético?”

A residente achou mais prudente buscar ajuda do preceptor.

Enquanto saía da sala tentava lembrar-se do modelo estresse-diátese para explicar a etiologia das doenças mentais, e se deu conta que era irreal pensar que, na residência, estudaria “somente pediatria”.

Sugestão de filmes:

- Impulsividade (atenção ao erro do ato delincente do personagem principal ser premeditado e não impulsivo)
- Divertidamente

9.2 Problema 2

Personare (latim): junção de per, “muita força”, e sonare, “soar”.

Persona (grego): máscara utilizada pelos atores do teatro grego clássico.

Isabel foi levada ao Pronto Socorro pelos familiares por estar ameaçando cortar os pulsos, mesmo com as argumentações da mãe.

Já no consultório, sozinha com o psiquiatra, ela diz ter ficado “muito deprimida” porque seu pai viajou a trabalho e não se despediu dela, achou uma “falta de consideração, de amor pela família”.

Ao exame Isabel está vigil, orientada auto e alopsicamente, discurso coerente, sem evidências de sintomas psicóticos ou depressivos. Chegou a dizer que ouvia vozes, mas já no final da consulta negou.

Reclama ter “depressões” que duram “apenas algumas horas”. Apresenta comportamento sedutor chegando a fazer piadas enquanto relata sua história. Justifica que, por vezes, faz cortes superficiais nos pulsos “para poder sentir algo... tirar este vazio no meu peito”

Está com 25 anos, é a filha mais nova de dois – o único irmão tem 27 anos (“um menino muito tímido e isolado”)

A mãe relata que Isabel sempre foi de temperamento difícil, com dificuldade de respeitar limites e regras de convivência. É instável, às vezes extremamente afetiva e carinhosa e, em outros momentos, é explosiva, agressiva e irreverente.

Segundo a genitora “tende a assumir papel de vítima e transferir a culpa do seu fracasso para outros”.

Pontua que quando ela inicia um namoro “é intensa na relação, até sufoca o outro, mas, de repente rompe completamente e inicia uma nova relação de um dia para outro”.

Já foi internada várias vezes em serviços de saúde mental, devido a episódios de agressividade, tentativas de suicídio e por abuso esporádico de substâncias psicoativas.

A mãe informou que as internações são breves, pois a filha tem muitas discussões com a equipe técnica, pelas

dificuldades de seguir normas impostas nas unidades de acolhimento.

Já usou vários medicamentos, irregularmente, como antipsicóticos, estabilizadores de humor e calmantes, porém nunca obteve melhora significativa.

Quando o psiquiatra acabou a investigação, deu alta hospitalar com orientações para acompanhamento ambulatorial.

Aproveitou para explicar a elas a importância da psicoterapia para todos da família, visando desenvolver mecanismos de defesa do ego mais maduros em Isabel e ampliar a capacidade de resiliência de todos.

A mãe demonstrou interesse e questionou o que seria “mecanismos de defesa” e sua relação com a personalidade.

Sugestão de filmes:

- O silêncio dos inocentes
- Atração fatal
- Nice da Silveira

9.3 Problema 3

La Belle indifferenc

Fernando, R3 de Neurologia, solicitou ajuda ao colega Psiquiatra, para examinar uma paciente que recebeu alta do PS de neurologia, apesar da persistência dos sintomas. Na minuciosa avaliação neurológica, não foi constatada qualquer anormalidade.

Aproveitou para acompanhar o atendimento, pois percebeu o incomodo em sua equipe para abordá-la de forma adequada.

Trata-se de Maria, 19 anos, doméstica, levada ao Pronto Socorro pela patroa, com relato de ter desmaiado. Recuperou a consciência assim que chegou, mas dizia que não sentia mais suas pernas, o que a impossibilitava de andar.

A patroa conta que conhece Maria há dois anos, quando chegou do Piauí para trabalhar em sua casa. Acha que ela é muito sensível, já que se preocupa com qualquer observação que a patroa faça. Relata que “é preciso muito jeito para falar com ela... parece muito frágil”.

Ao exame, encontrava-se em cadeira de rodas, segurando a mão da patroa, receptiva ao contato, colaborando com o exame. Respondeu de forma clara e coerente a todas as perguntas, porém com voz infantilizada.

Maria insistia que não poderia mais andar e comportava-se como tal, embora não expressasse nenhum sofrimento diante de uma paralisia súbita.

Quando o psiquiatra percebeu que os sintomas pioravam quando o foco da atenção estava neles, resolveu mantê-la em observação. Explicou que não havia evidência de quadro grave e que provavelmente ela recuperaria os movimentos a qualquer momento.

Aproveitou para conhecer melhor a paciente em uma longa e empática entrevista. Maria falou de sua infância pobre e o abuso que sofreu na sua terra natal; lamentou as saudades da mãe e falta de condições de visitá-la, pois mandava quase todo salário para ajudar no sustento dos seis irmãos mais novos.

Acredita que pode ter “puxado” a mãe que “tem mania de doença” e “até hoje vive queixando de dores no corpo”.

Contou que momentos antes de iniciar os sintomas da crise, soube que o sua melhor amiga estava “tendo um caso” com seu pretendente a namorado (porteiro do prédio). Ao relatar sua decepção com o episódio, desabou em um choro compulsivo e falou de seu medo da solidão.

O médico a acolheu e questionou se gostaria de conversar um pouco mais sobre a sua vida. A paciente agradeceu e disse que preferia “descansar um pouco depois de tanta emoção”

Passadas duas horas, Maria informou que os movimentos já estavam voltando e que já conseguiria andar.

Fernando se surpreendeu com a melhora e entendeu como é importante saber lidar com este tipo de paciente para não causar-lhes nenhuma iatrogenia.

Quando a patroa foi buscá-la, questionou se a doméstica “simulou a doença” e pediu ajuda para apreender a lidar “com uma pessoa que descarrega toda emoção no corpo”.

O psiquiatra esclarece as diferenças do quadro da paciente com transtorno factício e simulação e reforça a importância das inquietações psíquicas na geração de doenças.

A paciente recebeu alta com encaminhamento ambulatorial para um tipo de psicoterapia.

Sugestão de filme:

Dirigindo no escuro

9.4 Problema 4

“O homem que sofre antes do necessário sofre mais que o necessário”.

Sêneca, filósofo romano do séc.I.

"A paciente recusa alta"

Paulo, residente de psiquiatria foi convidado pelo preceptor para acompanhar a avaliação de uma paciente na emergência de cardiologia com o seguinte relato "paciente recusa alta do PS"

Trata-se de Flávia, 36 anos, solteira, filha única por parte de mãe, advogada de sucesso, com mestrado e doutorado na área.

É a terceira vez na semana que comparece ao Pronto Socorro, com queixa de aperto no peito, palpitação, sudorese, falta de ar, sensação de desmaio. Logo após ser examinada "tem remissão espontânea dos sintomas". Porém agora recusa alta por medo de ter os sintomas novamente e não conseguir chegar ao PS.

Segundo a avaliação dos vários cardiologistas que a examinaram nos atendimentos, os exames sempre foram normais exceto pelo achado de prolapso de válvula mitral que "não justifica a sintomatologia apresentada".

Na história clínica conta que nos últimos três meses têm dormido menos, pois ao ser promovida no escritório onde trabalha há 10 anos, teve que assumir novas responsabilidades. Nega que tenha "medo" do novo cargo, pois sempre se dedicou muito a profissão.

Ao ser questionada sobre a primeira crise conta com riqueza de detalhes que "foi exatamente há dois meses. Tenho nítido na memória: saía para uma viagem de férias ao encontro de amigas, estava feliz e tranquila, mas, minutos antes de embarcar, sem mais nem menos, me veio a crise! É uma espécie de alarme, corpo e mente saem do meu controle, e aí tenho a nítida sensação que vou enlouquecer, ou que vai acontecer algo pior que a morte, o meu coração dispara a minha mente escurece, parece que nunca mais vou melhorar. "

Refere que desde então não sai de casa sozinha, com medo de passar mal. Está preocupada, pois, tem feito uso cada vez mais frequente dos "calmantes que me dão

nas urgências, peço sempre receitas ao meu ginecologista."

Depois de muito conversar com o psiquiatra Flávia diz compreender "a insistência dos cardiologistas" que visitou nos últimos meses em "procurar um psiquiatra".

Reforça que: "Quando melhora consigo perceber que talvez tenha exagerado, mas é impossível não apavorar só de pensar na possibilidade de ter outra crise..."

Como antecedente familiar fala do irmão mais velho - que "passou a ter alguns destes sintomas depois que foi vítima de um assalto à mão armada e nunca mais conseguiu trabalhar".

Cita também que a mãe tem diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada - e faz uso regular de medicações além de psicoterapia.

O psiquiatra explicou para a paciente as prováveis origens dos sintomas e tratamentos adequados.

Ao ouvi-lo, Paulo passou a questionar se ele também não precisava de ajuda, pois há meses passou a usar estes "calmantes" para conseguir fazer as apresentações de artigos na residência médica.

Sugestão de filmes:

- Máfia no Divã
- Alguém tem que ceder
- Noivo neurótico, noiva nervosa.
- Adaptação

9.5 Problema 5

Mais de 90% dos suicídios ocorrem no contexto de doença psiquiátrica. E em torno de 15% dos doentes com DM comentem suicídio.

Roberto Carlos, 55 anos, viúvo, oftalmologista. Na manhã do domingo foi encontrado, pela filha, desacordado no chão do seu quarto.

Segundo a filha, era um homem alegre, inteligente, muito estudioso e amava sua profissão.

Nos últimos 20 anos passou a apresentar episódios de apatia, anedonia e idéias de menosvalia. Parava de trabalhar e por diversas vezes falou que tinha dificuldade de se concentrar e de raciocinar, alegando uma profunda tristeza e total desinteresse pelas suas atividades diárias.

No início, recusava-se a ir ao médico, mas a família insistia e por muito tempo fez uso ininterrupto de antidepressivos.

Melhorava, voltava à vida habitual, mas sempre parava os remédios. Consegue contar que, nesses 20 anos, teve cerca de cinco crises, sempre com características semelhantes.

No último ano, após a morte da esposa, voltou a ficar sem querer sair de casa, comendo pouco, passando o dia deitado em seu quarto, no escuro. Deixou de frequentar a academia e não mais visitava os filhos. Passou a ficar mais sentimental e preocupado com o futuro do país.

Há duas semanas a filha conseguiu levá-lo ao psiquiatra e foi prescrito Imipramina 75 mg/dia. Hoje quando o encontrou percebeu que a caixa do remédio, ao lado do seu corpo, estava vazia.

O Sr. Roberto teve um primo com diagnóstico de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) que se suicidou há mais de 30 anos e suas duas irmãs fazem tratamento para TOC.

A filha lembra que a avó paterna era tida como pessoa “de personalidade obsessiva”, porém sempre muito funcional - “assumia posição de liderança em tudo que fazia” e nunca teve adoecimento mental – faleceu de acidente.

Nunca experimentou drogas ilícitas e raramente bebia. Não fazia uso de qualquer outro medicamento.

Paciente chegou ao Pronto Socorro em coma apresentando arritmias, tendo evoluído para o óbito.

Sugestão de filmes:

Geração Prozac

Um grande garoto

O aviador

Melhor é impossível

9.6 Problema 6

*“Dizem que sou louco
Por eu ser feliz
Mais louco é quem me diz
E não é feliz...”[*

(Arnaldo Baptista/Rita Lee)

Olésia, 40 anos, professora, casada é trazida ao Pronto Socorro pelo marido. Este informa que ela não tem dormido nas últimas três semanas, “passa a noite preparando aulas, fazendo projetos para melhorar a educação no DF”.

Tem feito gastos excessivos, compra livros, revistas e objetos escolares e doa aos alunos carentes. Insiste em sair à noite e “festejar a vida” com amigos. Tem ficado irritada, agressiva, falando cada vez mais rápido, cheia de planos, acredita que em breve será secretária de educação. Planeja uma audiência com o governador para mostrar seu grande projeto.

Adoeceu pela primeira vez aos 22 anos, após o nascimento de seu primeiro filho. Na época ficou muito apática apresentando tristeza, anedonia e ideação suicida. Fez acompanhamento psiquiátrico por um ano com remissão completa dos sintomas, porém abandonou o tratamento.

Aos 26 anos apresentou quadro de muita euforia e irritabilidade. Desinibida sexualmente, usava roupas coloridas e com decotes exagerados, na época sonhava em ser modelo e usava várias “fórmulas para emagrecer”. Foi difícil mantê-la em tratamento domiciliar sendo necessária internação compulsória depois de ter sido encontrada nua em uma boate.

Recebeu alta após 30 dias sendo orientado uso de Carbonato de Lítio e foi contraindicado o uso de anfetaminas.

Não aceita a doença e sempre interrompe o tratamento com alegação de estar boa.

Ficou estável por três anos, porém suspendeu a medicação, alegando ganho de peso, acne e tremores de extremidades.

Não faz uso de antidepressivos, pois sabe que seu irmão se matou “logo que melhorou de uma depressão profunda com o uso deste tipo de remédio”.

Seu pai “sempre foi deprimido e bebeu até morrer”. Uma prima já foi

internada em hospital psiquiátrico porque “ficou excitada demais e estava tirando a roupa em pleno eixão” e uma tia tem temperamento difícil, estando sempre de mau humor.

Ao exame, encontra-se vestida com roupas sensuais e de cores vivas. Falando alto e rápido, sendo difícil interrompê-la. Hipervigil, logorréica, apresentando fuga de ideias, sem crítica, diz estar ótima, que ninguém consegue acompanhar seu raciocínio por ser “modéstia parte”, muito inteligente. Repete trechos de autores da literatura brasileira fazendo trocadilho por assonância. Acredita estar sendo vítima de um complô para deixá-la internada por ser a melhor professora do Brasil e “incomodar os incompetentes e invejosos”.

Após avaliação, foi indicada a internação, sendo introduzido outro estabilizador de humor e acrescentado medicamento de outra classe.

Antes de receber alta foi feita a abordagem das medidas psicoeducacionais à paciente e aos familiares, visando melhor prognóstico da doença.

Sugestão de filmes:

- Mr. Jones
- Amadeus

9.7 Problema 7

“Ainda que tenha um aspecto atraente e sedutor, disseminado pela arte e pela literatura, quando surge perto demais, a loucura exhibe sua face misteriosa, que foge ao controle e, por isso mesmo, talvez pareça tão assustadora”.

(Gláucia Leal)

José, 44 anos, solteiro, estudante, chegou até o Hospital de Base pelo SAMU, onde foi atendido em choque hipovolêmico, após ferimentos graves na região do pescoço. No dia posterior, foi solicitado parecer à psiquiatria com hipótese diagnóstica de tentativa de suicídio e questionado quadro depressivo.

O paciente passou a ser acompanhado pela psiquiatria e os dados de história foram colhidos com ele mesmo, pois estava sem acompanhantes no momento da primeira abordagem.

José inicia seu relato dizendo que há cinco dias, comprou diversos livros pela Internet e na Livraria Cultura sobre ciências políticas, direito, citando “Arte da Guerra”, “Mestre da Guerra” e “outro chinês”.

Lembra que quatro dias antes da internação, ia de casa até a faculdade, ouvindo “A Voz do Brasil” e as medidas que seriam adotadas pelo governo. Na volta para casa escutou o Ministro, falando na rádio, termos como “rasgar a Constituição”. Em casa, durante a noite, assistiu ao programa Roda Viva em que o Presidente dava entrevista, falando da atual situação política do Brasil. Começou a questionar o motivo “de essa sequência lógica ter caído em suas mãos”.

Conta: “... não tive dúvidas que, o que estava acontecendo era uma grande conspiração, com manipulação pela Internet de todas as pessoas... para deixar em cinzas toda a melhoria que o governo tem feito... entendi que era um recado para mim, que já tinha descoberto tudo bem antes...”.

Durante o relato o tom da voz vai ficando cada vez mais exaltado “é tudo feito de uma forma vil..., tudo isso me trouxe um pavor... entendi neste momento que eu seria o pivô porque eu descobri o código contra a democracia...”.

Conta que na mesma noite assistiu o filme “O Código da Vinci” e teve o

sentimento de: “e agora?” ...não tinha como sair, eu não tinha a quem recorrer, ia fechando tudo...eu estava entendendo tudo... ia dando uma ansiedade...iam descobrir que na minha cabeça já estava tudo claro...toda trama que estavam fazendo...”.

Não dormiu, passou a noite “vigiando todo barulho” e no dia seguinte, começou a acreditar que estava sendo matando e torturado. Disse que o pensamento sobre tortura lhe causava pavor e então decidiu que a única forma de escapar seria se matando. Conta que neste dia ligou para sua mãe dizendo que iria visitá-la em Santa Catarina, pensando em jogar seu carro contra outro.

Dizia que dessa forma sua família sofreria menos. Ao desligar o telefone com sua mãe, ouviu no rádio uma propaganda que dizia “bebida e direção não combinam” e interpretou-a como um aviso direcionado a ele, de seus supostos perseguidores que teriam descoberto seus planos.

No mesmo dia, pegou uma caixa de gravata que tinha ganhado de uma amiga e, ao abri-la, acreditou ter visto dois microfones. Começou a acreditar que haviam câmeras instaladas em sua casa.

Neste dia, enquanto o paciente preparava o jantar, refere ter ouvido passos no telhado de sua casa “aí tive certeza que havia pessoas lá... e a única forma de evitar que fosse levado e torturado era me matando...” Pegou duas facas e em um único movimento, cortou as laterais de seu pescoço..

Como o paciente foi se exaltando durante o relato, o médico procurou tranquilizá-lo, dizendo calma e firmemente: “Eu entendo a sua preocupação, mas aqui você está seguro”.

Em outro momento foi realizada a entrevista com a mãe do paciente, que forneceu informações sobre gestação, infância e adolescência deste, frisando que sempre fora muito tímido e estudioso, mas nunca conseguiu se formar ou trabalhar. Referiu que José teve a primeira crise aos 36 anos e desde então já foi internado em hospital psiquiátrico cinco vezes, por períodos que variaram de dois até quatro meses.

A última internação foi há dois anos. A mãe desconfia que, no último mês

não estava ingerindo os comprimidos “porque ele não quis ir à consulta médica, não gosta dos remédios, diz que estes atrapalham seu raciocínio”.

O psiquiatra questionou à mãe, se em algum momento José esteve em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial, com uma equipe multidisciplinar.

Sugestão de filmes:

Estamira
Uma mente brilhante

9.8 Problema 8

Segundo a OMS, a cada ano, cerca de 2 bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas, e cerca de 2 milhões de pessoas morrem em decorrências das consequências negativas desse uso.

Cláudio, 52 anos, casado, marceneiro, foi levado ao Pronto Socorro por apresentar-se “agitado e confuso”. Segundo a esposa, seu marido faz uso de bebida alcoólica desde os 18 anos.

Antes usava a bebida para divertir “... começava a ficar mais engraçado, brincalhão, depois já se irritava com qualquer coisa e só parava quando já começava a vomitar... ficava a semana se recuperando... Voltando a beber nos finais de semana”.

Atualmente bebe diariamente, no mínimo, meia garrafa de aguardente, e diz que esse é seu único prazer na vida. Sempre foi considerado um excelente profissional e tem uma clientela grande. Entretanto atualmente não tem honrado com seus compromissos. Atrasa as entregas, recusa serviços e mente para os seus clientes.

Tem se tornado violento. Outro dia agrediu fisicamente a esposa, que fez uma queixa policial. Embora tenha prometido, não conseguiu ficar dois dias sem beber. Nunca frequentou o AA, apesar das várias indicações médicas.

Há três dias, alcoolizado e voltando para casa, caiu da bicicleta, sofrendo várias escoriações no corpo, sem perda da consciência. Após avaliação médica, que não evidenciou complicações, foi liberado e convencido a nunca mais beber.

Desde então não consegue dormir ou trabalhar e hoje, iniciou quadro de intensa ansiedade, agitação, diz sentir-se ameaçado, sem conseguir especificar os motivos.

Ao chegar ao Pronto Socorro estava orientado autopsicamente, desorientado alopsicamente, com expressão de medo diante de estímulos sonoros. Discurso dirigido coerente, porém, com atenção flutuante e confabulando. Por várias vezes saindo do assunto em tela e passando a um diálogo confuso com um interlocutor não visível. Evidente inquietação psicomotora. Humor ansioso, tendendo a irritabilidade.

Sudorético, taquicárdico, taquipneico, febril, com tremores de extremidades e PA de 170X100 mmHg.

Durante o exame físico pediu para que o ajudassem a retirar pulgas do seu corpo. Em seguida apresentou crise convulsiva generalizada. Foi medicado, com resolução da crise.

A avaliação neurológica, que incluiu a realização de Tomografia Computadorizada de crânio, não evidenciou alterações.

O plantonista então indicou internação na Unidade de Clínica Médica e esclareceu à família sobre o tratamento do quadro atual.

Sugestão de filmes:

- Johnny e June
- Quando um homem ama uma mulher

9.9 Problema 9

A dependência ocorre entre homens e mulheres de todas as raças e classes socioeconômicas e é considerada uma doença cerebral crônica e recidivante.

Pedro, aluno do segundo ano da ESCS, em sua eletiva passou a manhã no Caps-AD e ficou impressionado com os inúmeros problemas relacionados ao uso das drogas. Percebeu a importância de fazer a história e exame detalhado de cada paciente, pois a conduta depende desta avaliação.

PRIMEIRO PACIENTE: João, 54 anos com longa história de abuso de substância, chegou sozinho, com queixa de forte dor abdominal, sudorese, diarreia e dores pelo corpo. Na avaliação inicial, estava com temperatura de 37,9°C, pupilas com midríase, corrimento nasal e lacrimejamento intenso nos olhos, bocejos incessantes e piloereção. Seu humor era disfórico e irritado. O psiquiatra apressou-se em encaminhá-lo ao PS de Clínica Médica do hospital mais perto.

SEGUNDO PACIENTE: Caio, 16 anos, foi levado pelos familiares devido agitação psicomotora, delírio de perseguição e audição de vozes ameaçadoras. Esse quadro se iniciou de forma súbita. De acordo com a família nunca havia apresentado transtorno psíquico. Era um adolescente tranquilo, estudioso, caseiro, poucos amigos, porém nos últimos meses estava arredio. Passou a descuidar dos estudos, a sair muito a noite, sem dar satisfação à família.

Há dois dias a mãe encontrou, escondido em seu armário, um pacote contendo um pó branco. Questionado disse não saber do que se tratava, que não era seu e mostrou-se irritado e agressivo.

Após avaliação, o plantonista medicou e deu as orientações à família, quanto ao acompanhamento.

TERCEIRA PACIENTE: Fernanda de 13 anos, veio junto com amigas que contam que “após experimentar o que a turma sempre usou para relaxar, ela ficou agitada, tonta, começou a chorar muito e ameaçou se matar com uma faca”. A equipe a deixou

em observação até encontrar familiares para melhor orientação.

QUARTA PACIENTE: Carla, 28 anos, em tratamento no CAPS há alguns meses, estável e abstinente, depois de uma breve internação no passado por uso de anfetaminas (que teria feito uso por três anos seguidos). Sem alterações psicopatológicas ao exame mental.

Pedro aproveitou para perguntar um pouco mais dos sintomas de intoxicação e abstinência deste tipo de droga e foi atrás de conhecer as políticas públicas do nosso país neste tema.

Sugestão de filmes:

- Réquiem para um sonho
- Meu nome não é Johnny

9.10 Problema 10

“Envelhecer é um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.

(Conceito de envelhecimento – OPAS)

Antônia, 82 anos, levada ao Posto de Saúde com história de distúrbio de comportamento, confusa, insone, apática, com grande labilidade emocional e anedonia. Em uso de anti-hipertensivos, Biperideno há três meses (em decorrência de uma Síndrome Parkinsoniana em investigação), de anti-inflamatórios (dor crônica) de amitriptilina 75 mg/d, por ter apresentado sintomas depressivos, após morte do marido há 4 meses.

A filha relata que piorou muito depois de três semanas da introdução da amitriptilina, pois, de forma súbita, começou a apresentar oscilação do nível de consciência, inquietação, déficit de memória, desconhecendo alguns familiares e alteração do ciclo sono-vigília.

O quadro era flutuante mostrava-se melhor no início do dia e piorava a noite, quando então, apresentava alucinações visuais e agitação psicomotora.

Ao exame foi observado midríase, taquicardia sinusal, boca seca e retenção urinária.

A família ficou assustada, pois ela nunca apresentara alterações mentais, era considerada muito ativa para sua idade (fazia caminhadas e musculação) e tinha uma boa memória. Morava sozinha e gerenciava sua vida (inclusive financeira) sem qualquer ajuda.

Hipertensa desde os 50 anos, mas sempre seguiu as orientações médicas, sem qualquer outra patologia.

Realizado hemograma, dosagem de glicose, ureia, creatina e eletrólitos que não evidenciaram alterações. Tomografia computadorizada de crânio mostrou discreto alargamento dos sulcos cerebrais, compatível com a idade da paciente. Foi

encaminhada para avaliação psiquiátrica que orientou suspensão das medicações supracitadas e medidas de suporte.

Após uma semana, Antônia estava lúcida, orientada globalmente, discurso coerente, persistindo uma discreta apatia. Orientado acompanhamento ambulatorial para nova abordagem dos sintomas do luto.

Sugestão de filmes:

- Memórias Póstumas
- Farrapo Humano

REFERÊNCIAS

BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 536 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da cid-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 351 p.

CORDIOLI, A. V. **Psicoterapias**: abordagens atuais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 886 p.

_____. **Psicofármacos**: consulta rápida. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 1024 p.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 520 p.

FOLENZA, ORESTES V.; MIGUEL, E. C. **Clínica psiquiátrica de bolso**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2018. 840 p.

FORTENZA, O. V.; MIGUEL, E. C. **Compêndio de clínica psiquiátrica**. Barueri (SP): Manole, 2012. 708 p.

GABBARD, G. O. **Tratamento dos transtornos psiquiátricos**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 912 p.

LANDEIRA-FERNANDEZ, J.; CHENIAUX JÚNIOR, E. **Cinema e loucura**: conhecendo os transtornos mentais através dos filmes. Porto Alegre: Artmed, 2010. 288 p.

LENT, R. **Cem bilhões de neurônios**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. 698 p.

MIGUEL, E. C.; GENTIL, V.; GATTAZ, W.-F.; BOTTINO, C. M. C. (edit.). **Clínica psiquiátrica**. Barueri: Manole, 2011. 2 v.

QUEVEDO, J.; CARVALHO, A. F. **Emergências psiquiátricas**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 336 p.

SÁ JÚNIOR, L. S. M. **Compêndio de psicopatologia e semiologia psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2000. 479 p.

SADOCK, B. J. **Manual de farmacologia psiquiátrica de Kaplan & Sadock**. 6. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2015. 350 p.

_____.; SADOCK, V. A; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 1490 p.

SONENREICH, C.; ESTEVÃO G. **O que psiquiatras fazem**. 2. ed. São Paulo: Leitura Médica, 2012. 368 p.

STAHL, S. M. **Psicofarmacologia**: bases neurocientíficas e aplicações clínicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 716 p.

STAHL, S. M. **Psicofarmacologia**: bases neurocientíficas e aplicações práticas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

YUDOFSKY, S. C.; HALES, R. E. **Tratado de psiquiatria clínica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 1820 p.

_____; _____. **Neuropsiquiatria e neurociências na prática clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 1120 p.

_____; _____. **Fundamentos de neuropsiquiatria e ciências do comportamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. xi, 6014 p.

REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS DE PSIQUIATRIA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Disponível em: <<http://www.abp.org.br>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

THE NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. Disponível em: <<http://www.nimh.nih.gov>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

PSYCHIATRY ON LINE BRAZIL. Disponível em: <<http://www.priory.com/brazil.htm>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

REVISTAS DE PSIQUIATRIA (on-line)

BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org>>. Acesso em: 08 fev. 2020.

REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Disponível em: <<http://www.rbppsychiatry.org.br>>. Acesso em: 08 fev. 2020.

REVISTA DE PSIQUIATRIA CLÍNICA. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>>. Acesso em: 08 fev. 2020.

REVISTA DE PSIQUIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo. =0101-8108&lng=en&nrm=ois>>. Acesso em: 08 fev. 2020. [php?script=sci_serial&pid](http://www.scielo.br/scielo. =0101-8108&lng=en&nrm=ois)

GLOSSÁRIO PSIQUIÁTRICO

ABULIA – Falta de vontade ou motivação

ACATISIA – Inquietação motora que vai desde uma sensação de inquietação interior, geralmente localizada nos músculos, até a incapacidade para sentar ou deitar. Efeito colateral de alguns medicamentos.

AFETO – Sentimento, emoção.

AFETO EMBOTADO – Transtorno do afeto manifestado por uma redução grave na intensidade do tom sentimental externalizado.

AFROUXAMENTO DE ASSOCIAÇÕES – As ideias mudam de um tema para outro de forma não relacionada. Quando o afrouxamento é severo a fala fica incoerente

AGITAÇÃO – Atividade motora excessiva, geralmente sem finalidade e associada com tensão interna.

ALEXITIMIA – Perturbação da função afetiva e cognitiva que superpõe entidades diagnósticas. A manifestação principal é dificuldade para descrever ou reconhecer as próprias emoções

ALUCINAÇÃO – Percepção sensorial na ausência de um estímulo externo real.

ALUCINAÇÃO HIPNAGÓGICA – Percepção sensorial falsa que ocorre ao pegar no sono, geralmente considerada não patológica.

ALUCINAÇÃO HIPNOPÔMPICA – Falsa percepção que ocorre ao despertar do sono, geralmente considerada não patológica.

ALUCINOSE – Uma condição na qual o paciente sofre alucinações em um estado de clara consciência

ANEDONIA – Incapacidade para experimentar prazer em atividades que geralmente produzem sensações agradáveis

AMBIVALÊNCIA – Coexistência de emoções, atitudes, ideias ou desejos contraditórios, com relação a uma pessoa, objeto ou situação particular.

ANSIEDADE – Apreensão, tensão ou inquietação pela antecipação de perigo de fonte grandemente desconhecida ou não reconhecida.

ANSIEDADE FLUTUANTE – Ansiedade severa, generalizada, persistente, não especificamente relacionada com um objeto ou evento particular e sendo, frequentemente, precursora do pânico.

ANULAÇÃO – Mecanismo de defesa que opera inconscientemente, no qual algo inaceitável e já feito é simbolicamente atuado ao contrário, geralmente de forma repetida, na esperança de se obter alívio da ansiedade.

BINGE - Consumo de doses altas e repetidas de substâncias psicoativas, em geral estimulantes para manutenção do estado de euforia causado por tais substâncias.

CARÁTER – Soma dos traços de personalidade relativamente fixos e modos habituais de resposta de uma pessoa.

CATARSE – Liberação saudável (terapêutica de ideias através de “por para fora” da consciência materiais acompanhados por uma reação emocional apropriada).

CATATONIA – Imobilidade com rigidez muscular ou inflexibilidade e, às vezes, excitabilidade.

COMPULSÃO – Uma ânsia insistente, repetitiva, intrusiva e indesejada para realizar um ato que é contrário aos padrões ou desejos comuns da pessoa.

CONFABULAÇÃO – Criação de histórias em resposta a questões sobre situações ou eventos que não são recordados.

CONSCIENCIA – Parte moralmente autocrítica dos padrões próprios de comportamento, desempenho e juízo crítico. Comumente igualada a superego.

CONVERSÃO – Mecanismo de defesa que opera inconscientemente a fim de evitar a ansiedade derivada de conflitos psíquicos. As ideias e impulsos reprimidos são convertidos em uma variedade de sintomas somáticos envolvendo o sistema nervoso.

CRASH – É a diminuição da euforia durante um episódio de consumo de doses altas e repetidas de estimulante. Com aumento de ansiedade.

CRAVING – Fenômeno de natureza subjetiva que corresponde à experiência da necessidade de obtenção dos efeitos de uma substância psicoativa. (Fissura).

DELÍRIO – Falsa crença firmemente sustentada, apesar de provas óbvias ou evidências do contrário. Pode ser de perseguição, de grandeza, de ciúme.

DÉJÀ VU – Sensação ou ilusão de que está vendo o que já foi visto antes.

DESLOCAMENTO – Mecanismo de defesa que opera inconscientemente no qual emoções, idéias ou desejos são transferidos de um objeto original para um mais aceitável. Frequentemente utilizado para alívio da ansiedade.

DESORIENTAÇÃO – Perda da percepção da posição do self em relação a espaço, tempo ou outras pessoas.

DESPERSONALIZAÇÃO – Sentimento de irrealidade ou estranheza envolvendo tanto o ambiente, o self ou ambos.

DESREALIZAÇÃO – Sentimento de distanciamento do próprio ambiente.

DISFORIA – Humor desanimado.

DISSOCIAÇÃO – Divisão e separação de grupos de conteúdos mentais da consciência, um mecanismo central para a conversão histérica e transtornos dissociativos.

DISTRAIBILIDADE – Incapacidade para manter a atenção; mudança de uma área ou tópico para outro com mínimo estímulo.

ECOLALIA – Repetição como um eco, das últimas palavras escutadas pelo paciente.

ECOPRAXIA – Repetição imitativa dos movimentos de uma outra pessoa.

EGO – Na teoria psicanalítica, uma das três divisões no modelo do aparelho psíquico, sendo as outras o id e o superego. O ego representa a soma de certos mecanismos mentais, tais como percepção e memória, e mecanismos de defesa específicos. Serve para mediar entre as demandas das pulsões instintivas primitivas (Id) e proibições parentais e sociais internalizadas (superego) e a realidade. Os compromissos entre essas forças tendem a resolver o conflito intrapsíquico e servir a uma função adaptativa e executiva.

EGODISTÔNICO – Aspectos do comportamento, pensamentos e atitudes de uma pessoa visualizados como repugnantes ou inconsistentes com a personalidade.

EGOSINTÔNICO – Aspectos do comportamento, pensamentos e atitudes de uma pessoa vistos como aceitáveis e consistentes com a personalidade total.

ESTERIOTIPIA – Repetição persistente e mecânica da fala ou atitude motora. Observado na esquizofrenia.

EUFORIA – Sensação exagerada de bem estar físico e emocional geralmente de origem psicológica.

FANTASIA – Sequência imaginativa de eventos ou imagens mentais.

FOBIA – Medo intenso, obsessivo, persistente, irrealista, de um objeto ou situação.

FORMAÇÃO REATIVA – Mecanismo de defesa que opera inconscientemente e no qual uma pessoa adota afetos, ideias, atitudes e comportamentos que são opostos aos impulsos que guarda consciente e inconscientemente (por ex. zelo moral excessivo pode ser uma reação a impulsos associativos fortes, mas reprimidos).

FLEXIBILIDADE CÉREA – A pessoa pode ser moldada e depois mantida em uma posição, parecendo ser feita de cera.

FRANGOFILIA – Impulso ao esvaquiamento de objetos, deixando tudo em frangalhos.

FUGA DE IDÉIAS – Salto verbal de uma ideia para outra. As ideias parecem ser contínuas, mas são fragmentárias e determinadas pelo acaso ou associações temporais.

GLOSSOLALIA – Expressão de uma mensagem reveladora por meio de palavras ininteligíveis (falar em línguas).

HIPNAGÓGICO – Refere-se ao estado semiconsciente imediatamente anterior ao sono, pode incluir alucinações, que não possui significado patológico.

HIPOMANIA – Estado psicopatológico e anormalidade do humor que fica em algum ponto entre a euforia normal e a mania. É caracterizado por otimismo irrealista, pressão da fala e atividade e necessidade diminuída do sono.

HUMOR – Emoção global e constante que, ao extremo, colore acentuadamente a percepção do indivíduo a cerca do mundo.

HUMOR EXPANSIVO – Expressão de sentimento sem limitações, frequentemente com superestimação de seu significado ou importância.

IDENTIFICAÇÃO – Mecanismo de defesa que opera inconscientemente pelo qual uma pessoa padroniza suas ações de acordo com outra pessoa. Deve ser diferenciado da imitação que é um processo consciente.

ILUSÃO – Percepção errônea de um estímulo externo real.

INSIGHT EMOCIONAL – Nível profundo de entendimento ou consciência que pode levar a mudanças positivas na personalidade e no comportamento.

INTROJEÇÃO – Mecanismo de defesa que opera inconscientemente através do qual objetos externos amados ou odiados são simbolicamente incorporados pelo indivíduo.

ISOLAMENTO – Mecanismo de defesa que opera inconscientemente e é central nos fenômenos obsessivo-compulsivos, nos quais o afeto vinculado a uma ideia é tornado inconsciente, deixando a ideia consciente sem cores e emocionalmente neutra.

JULGAMENTO – Capacidade de avaliar corretamente uma situação e de agir de forma adequada em relação a ela.

LA BELLE INDIFÉRENCE – Literalmente, “a bela indiferença”. Visto em certos pacientes com transtorno de conversão que mostram uma falta inapropriada de preocupação a cerca de suas deficiências.

LOGORRÉIA – Fala incontrolável, excessiva.

MECANISMO DE DEFESA – Processos intrapsíquicos inconscientes que servem para aliviar conflito emocional.

MUSSITAÇÃO – É a expressão da linguagem em voz muito baixa, o doente movimenta os lábios de maneira automática produzindo murmúrio ou som confuso.

MUTISMO – Recusa de falar por razões conscientes ou inconscientes.

NEGAÇÃO – Mecanismo de defesa que opera inconscientemente, utilizado para resolução de conflito emocional e alívio da ansiedade, pela desconsideração de pensamento, sentimentos, desejos e necessidades que são conscientemente intoleráveis.

NEGATIVISMO – Oposição ou resistência, encoberta ou manifesta, a sugestão ou conselhos externos.

NEOLOGISMO – Uma nova palavra ou combinação condensada de várias palavras criada por uma pessoa para expressar uma ideia altamente complexa não prontamente compreendida por outros.

NEUROSE – Estrutura psíquica, na qual o paciente não perde o contato com a realidade e os sintomas são experimentados como egodistônicos; o comportamento não viola as regras sociais.

OBSESSÃO – Uma ideia ou impulso persistente e indesejado que não pode ser expurgado pela lógica e raciocínio.

ORIENTAÇÃO - Consciência de si mesmo em relação a tempo, lugar e pessoa.

ORIENTAÇÃO ALOPSÍQUICA – Orientação no tempo e espaço.

ORIENTAÇÃO AUTOPSÍQUICA- Orientação quanto a si mesmo.

PENSAMENTO ABSTRATO – Capacidade de apreciar as nuances do significado; pensamento multidimensional com capacidade de usar metáforas e hipóteses de forma adequada.

PENSAMENTO CONCRETO – Pensamento caracterizado pela experiência imediata e não por abstração.

PENSAMENTO MÁGICO – Convicção de que o pensamento se equaciona pela ação. Ocorre em crianças, em sonhos, em pessoas primitivas.

PERCEPÇÃO – Processos mentais pelos quais os dados intelectuais, sensoriais e emocionais são organizados logicamente ou de modo significativo.

PERSEVERAÇÃO – Tendência para emitir a mesma resposta verbal ou motora a variados estímulos, vezes sem conta.

PROJEÇÃO – Mecanismo de defesa que opera inconscientemente, no qual o que é emocionalmente inaceitável no self é inconscientemente rejeitado e atribuído a outros.

PSICOSE – Transtorno no qual a capacidade da pessoa para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar a realidade e comportar-se apropriadamente está bastante prejudicada de modo a interferir amplamente com a capacidade para satisfazer as demandas comuns da vida.

RACIONALIZAÇÃO – Mecanismo de defesa pelo qual um indivíduo tenta justificar ou tornar conscientemente toleráveis os sentimentos, comportamentos ou motivos que, de outro modo, seriam intoleráveis.

REGRESSÃO – Retorno parcial ou simbólico a padrões mais infantis de reação ou pensamento.

REPRESSÃO – Mecanismo de defesa que opera inconscientemente, que bane ideias, fantasias, afetos, e impulsos inaceitáveis da consciência ou que mantém fora desta o que jamais esteve consciente.

RUMINAÇÃO – Preocupação obsessiva com ideias e recordações.

SIMBOLIZAÇÃO – Mecanismo geral em todo o pensamento humano pelo qual alguma representação mental representa uma outra coisa, classe de coisas ou atributo de algo é subjacente à formação dos sonhos e de alguns sintomas, como reações de conversão, obsessões e compulsões. A ligação entre o significado latente do sintoma e o símbolo é geralmente inconsciente.

SUBLIMAÇÃO – Mecanismo de defesa que opera inconscientemente pelo qual os impulsos instintivos, conscientemente inaceitáveis, são desviados para canais pessoal e socialmente aceitáveis.

TANGENCIALIDADE – Resposta a uma pergunta de modo oblíquo ou irrelevante.

TEMPERAMENTO – Predisposição constitucional para reagir de determinada maneira aos estímulos

TRANSE – Estado de atenção focalizada e atividade sensorial e motora diminuída.

VERBIGERAÇÃO – Repetição estereotipada e aparentemente sem sentido de palavras ou sentenças.