



República de Moçambique
Ministério da Saúde
Direcção de Recursos Humanos
Departamento de Formação

Manual de Formação Para Técnicos de Medicina Geral

3º. Semestre Saúde Mental



2013

O presente Manual faz parte do currículo de formação inicial do Técnico de Medicina Geral (TMG), baseado em competências, que consiste em 5 semestres de formação clínica, compostos por 36 disciplinas, leccionadas de forma linear e modular com actividades na sala de aula, laboratório humanístico e multidisciplinar e estágio clínico.

O Programa de Formação inicial do TMG é fruto da colaboração do I-TECH (International Training and Education Center for Health), uma colaboração entre a Universidade de Washington e a Universidade da Califórnia em São Francisco, com o MISAU (Ministério de Saúde de Moçambique), para melhorar as capacidades clínicas do TMG no diagnóstico e tratamento das principais doenças, incluindo as relacionadas ao HIV/SIDA, contribuindo desta forma para a melhoria da saúde da população moçambicana.

Copyright 2012

©2012 Ministério da Saúde

Esta publicação foi realizada com o financiamento do Acordo de Cooperação U91H06801 do Departamento de Saúde e Serviços Sociais dos EUA, a Administração dos Recursos e Serviços de Saúde (HRSA), no âmbito do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio da SIDA (PEPFAR). Foi desenvolvido em colaboração com o Ministério da Saúde de Moçambique e com o Centro de Prevenção e Controlo de Doenças dos EUA (CDC). O seu conteúdo é da exclusiva responsabilidade dos seus autores e não representa necessariamente a opinião do CDC ou HRSA.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Elaboração, Distribuição e Informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Direcção de Recursos Humanos

Departamento de Formação

Repartição de Planificação e Desenvolvimento Curricular (RPDC)

Av. Eduardo Mondlane, 4º andar

Maputo-MZ

Coordenação

Maria Fernanda Alexandre (I-TECH)

Ana Bela Amude (I-TECH)

Carlos Norberto Bambo (DRH-Departamento de Formação)

Suraia Mussa Nanlá (DRH-Departamento de Formação)

Christopher Pupp (I-TECH)

Marzio Stefanutto (I-TECH)

Colaboradores

Elaboradores de Conteúdo:

Joaquim Matavele

Revisores Clínicos:

Lidia Gouveia

Nidze Guiloviça

Vasco Cumbe

Revisores Pedagógicos:

Ana Bela Amude

Estela Tayob Lagrosse da
Fonseca

Formatação e Edição:

Ana Bela Amude

Serene Myers

Pilar Martinez

Colaboradores das Instituições de Formação em Saúde (IdF):

Amós Bendera

Américo Bene

Bekezela Chade Camal

Armindo Chicava

Isaías Cipriano

Amélia Cunha

Maria da Conceição

Paulo Vasco da Gama

Victor Filimone

Danúbio Gemissene

Ernestina Gonçalves

Eduardo Henriques

Saíde Jamal

Lisandra Lanappe

Filomena Macuacua

Américo Macucha

Atanásio Magunga

Almia Mate

Arsenia Muianga

Ferrão Nhombe

Orlando Prato

Crespo Refumane

Maria Rosa

Azevedo Daniel Simango

Rezique Uaide

Elias Zita

Exmos Senhores

Professores e Estudantes dos Cursos de Técnicos de Medicina Geral

Um dos grandes desafios que o Ministério da Saúde (MISAU) enfrenta é o número insuficiente de profissionais de saúde qualificados para a provisão de cuidados de saúde, em resposta às principais necessidades da população moçambicana. É neste contexto que a Direcção dos Recursos Humanos do MISAU tem vindo a conduzir reformas para adequar os diferentes currículos, para modalidades baseadas em competências, como forma de trazer ao Sistema Nacional de Saúde, profissionais com conhecimentos e habilidades para cuidar do paciente.

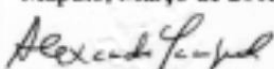
Este manual que vos é entregue, apresenta conteúdos necessários para que o futuro técnico adquira as competências básicas de prestação de cuidados de saúde primários e secundários, de qualidade, ao paciente em ambulatório e em regime de internamento na Unidade Sanitária do Serviço Nacional de Saúde.

Este manual é um instrumento de apoio aos docentes, na preparação das aulas que se destinam à formação de Técnicos de Medicina Geral (TMG) e visa desenvolver nestes profissionais, conhecimentos, atitudes e práticas necessárias à prestação de cuidados de saúde de qualidade, em conformidade com o perfil profissional de TMG, estabelecido pelo MISAU. O manual resultou da reestruturação do anterior currículo de TMG para um currículo baseado em competências. Este, integra, entre outros aspectos, o plano analítico, os objectivos e conteúdos das aulas teórico-práticas, algumas sugestões pedagógico-didácticas, instruções para a facilitação das aulas de laboratório humanístico, multidisciplinar e sala de informática. Para o aluno, este manual é um instrumento de estudo e de consulta para a aquisição de conhecimentos, habilidades técnicas e atitudes que lhe permitirão, uma vez formado, prestar um atendimento de qualidade ao paciente e consequentemente, melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados em Moçambique, tanto no que diz respeito à prevenção, como à provisão de cuidados e tratamento, incluindo o aconselhamento sobre as doenças mais frequentes no país.

Assim, esperamos que o presente manual sirva de suporte para o alcance dos objectivos da disciplina por um lado e por outro como fonte de suporte donde o docente e o aluno possam buscar o fortalecimento de conhecimentos, garantia de uma dinâmica uniformizada tanto na transmissão como na assimilação da matéria. No entanto, docente e aluno devem procurar outras fontes bibliográficas para aprofundar e enriquecer os conhecimentos aqui contidos.

O manual foi escrito numa linguagem simples e acessível, para que seja de fácil compreensão para docentes e alunos das instituições moçambicanas de formação em Saúde.

Maputo, Março de 2013


Alexandre L. Jaime Manguela
Ministro da Saúde

ÍNDICE

FICHA TÉCNICA	2
PREFÁCIO.....	4
ÍNDICE.....	5
PLANO ANALÍTICO.....	7
Introdução à Psiquiatria e Saúde Mental	11
Saúde Mental em Moçambique: Contextualização	11
Ética em Psiquiatria	11
Funções Psíquicas Normais	20
Anamnese.....	25
Exame do Paciente com Patologia Psiquiátrica – Parte 1	35
Exame do Paciente com Patologia Psiquiátrica – Parte 2	42
Demonstração dos passos da História Clínica em Psiquiatria (anamnese e exame físico)	53
Exames Auxiliares de Diagnóstico em Psiquiatria	59
Diagnóstico Sindrómico em Psiquiatria.....	63
Sistemas de Classificação das Perturbações Mentais	71
Níveis de Funcionamento Psicológico	71
Etiologia Geral das Perturbações Mentais	71
Introdução às Patologias do Nível de Funcionamento Psicológico Neurótico.....	78
Transtornos de Humor.....	78
Transtornos Neuróticos Relacionados ao Stress e Somatoformes - Introdução	88
Transtornos de Ansiedade	88
Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)	88
Transtornos Neuróticos Relacionados ao Stress e Somatoformes (continuação)	97
Introdução à Perturbações Mentais do Nível de Funcionamento Psicológico Psicótico	106
Esquizofrenia	106
Introdução às patologias do Nível de Funcionamento Psicológico Deficitário.....	114

Transtornos Mentais Orgânicos (Demência, Transtorno Amnésico, Delirium)	114
Introdução às patologias do Nível de Funcionamento Psicológico Psicopático	121
Transtorno de Personalidade Anti-Social	121
Transtornos Relacionados com o consumo de Substâncias Psicoactivas (Álcool, canabinóides cocaína, opióides, tabaco/nicotina)	126
Disfunções Sexuais	134
Transtornos Alimentares	134
Transtornos do Sono.....	134
Aspectos Psiquiátricos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).....	142
Urgências Psiquiátricas	149
Tratamento Psicossocial em Situações Especiais.....	163
Fluxo de Atendimento de Acordo com o SNS (rede de referência e contra-referência).....	169

PLANO ANALÍTICO

NOME DA DISCIPLINA: Saúde Mental

DURAÇÃO DA DISCIPLINA: 1.1/2 semanas

NÚMERO DE HORAS POR SEMANA: 31 horas

NÚMERO TOTAL DE HORAS: 51h

NOME E CONTACTO DO COORDENADOR DA DISCIPLINA:

NOMES E CONTACTOS DOS DOCENTES DA DISCIPLINA:

COMPETÊNCIAS A SEREM ALCANÇADAS ATÉ AO FINAL DA DISCIPLINA

Até ao final da disciplina o Técnico de Medicina deverá ser capaz de:

1. Reconhecer numa consulta, sinais e sintomas duma possível doença mental;
2. Levantar hipótese diagnóstica e tomar as medidas apropriadas com relação aos transtornos abaixo indicados com atenção especial às seguintes tarefas:
 - a. Elaborar uma História Clínica psiquiátrica e exame mental;
 - b. Identificar emergências psiquiátricas e tomar medidas apropriadas;
 - c. Fazer o diagnóstico diferencial entre Transtornos Funcionais e os transtornos de causa orgânica ou tóxica (como malária cerebral, meningite, encefalopatia por HIV, delirium etc.);
 - d. Fazer um diagnóstico sindrómico e dar encaminhamento adequado aos transtornos identificados.
3. Acolher, esclarecer e orientar a família e/ou o utente sobre a situação de saúde, tratamentos disponíveis e fontes de apoio.

Lista de Doenças:

1. Transtornos do humor (referir/transferir):
 - Depressivos
 - Bipolares
2. Transtornos neuróticos relacionados ao estresse
 - Transtorno de ansiedade (referir/transferir)
 - Transtorno obsessivo compulsivo
 - Reacção a estresse Grave e Transtorno de ajustamento
 - Transtorno dissociativo
3. Transtornos somatoformes (referir/transferir)
4. Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (referir/transferir)
5. Demência, transtorno amnésico e outros transtornos cognitivos (referir/transferir).
6. Transtorno de personalidade (referir/transferir).
7. Transtornos relacionados com o consumo de substâncias (referir/transferir).
8. Disfunções sexuais (referir/transferir).
9. Transtornos Alimentares (referir/transferir).
10. Transtornos de sono (referir/transferir).
11. Transtornos Psiquiátricos Relacionados com o HIV/SIDA

DESCRIÇÃO DA DISCIPLINA:

O conceito de **saúde mental** inclui bem-estar subjectivo, a auto-confiança, a autonomia, a competência, a dependência inter-geracional e a auto-actualização do potencial emocional e intelectual do indivíduo.

Nesta disciplina serão tratados assuntos relacionados com a história da Psiquiatria, a Saúde Mental em Moçambique, a Avaliação em Saúde Mental, Classificação Diagnóstica em Psiquiatria, Patologias psiquiátricas com enfoque para as patologias dos níveis de funcionamento psicológico neurótico, psicótico, deficitário e psicopático. Outros temas como consumo de substâncias psicoactivas também serão abordados. Também serão tratados aspectos relacionados com o tratamento e abordagem psiquiátrica em situações especiais.

Estes conhecimentos são importantes para a actividade do Técnico de Medicina Geral, sendo este um elo de ligação entre as várias especialidades da medicina numa unidade sanitária. O técnico de medicina geral é chamado a intervir na ausência de um médico ou de um profissional especializado em psiquiatria e saúde mental.

Deste modo, o conhecimento de matérias relacionadas com a Saúde Mental e Psiquiatria afiguram-se indispensáveis para o TM porque dotam-no de ferramentas para o diagnóstico, tratamento e referência dos doentes com problemas de saúde mental, bem como para as acções preventivas e promotivas junto das comunidades.

Semana / Hora	Número da Aula	Tópicos e Conteúdos	Duração da Aula	Tipo de Aula
	01	Introdução: Actuação em Saúde Mental <ul style="list-style-type: none">- Introdução à Saúde Mental e Psiquiatria- Saúde Mental em Moçambique: contextualização- Ética em psiquiatria	2h	Teórica
	02	Avaliação em Saúde Mental <ul style="list-style-type: none">- Funções Psíquicas Normais	1h	Teórica
	03	Avaliação em Saúde mental <ul style="list-style-type: none">- Anamnese	2h	Teórica
	04	Avaliação em Saúde Mental <ul style="list-style-type: none">- Exame do Paciente com Patologia Psiquiátrica – Parte 1	2h	Teórica
	05	Avaliação em Saúde Mental <ul style="list-style-type: none">- Exame do Paciente com Patologia Psiquiátrica – Parte 2	2 h	Teórica
	06	Avaliação em Saúde Mental <ul style="list-style-type: none">- Demonstração dos passos da História Clínica em Psiquiatria (anamnese e exame físico)	4 h	Laboratório
	07	Avaliação em Saúde Mental <ul style="list-style-type: none">- Exames auxiliares de Diagnóstico em Psiquiatria	2h	Teórica
	08	Avaliação em Saúde Mental <ul style="list-style-type: none">- Diagnóstico Sindrómico em Psiquiatria	2 h	Teórica
	09	Avaliação em Saúde Mental <ul style="list-style-type: none">- Sistemas de Classificação das Patologias Psiquiátricas- Níveis de Funcionamento Psicológico- Etiologia Geral das patologias Psiquiátricas	2 h	Teórica
	10	Patologias Psiquiátricas <ul style="list-style-type: none">- Introdução às patologias do nível de funcionamento psicológico neurótico- Transtornos de Humor	2 h	Teórica

	11	Patologias Psiquiátricas - Transtornos Neuróticos e Somatoformes Relacionados ao Stress – Introdução - Transtornos de Ansiedade - Transtorno Obsessivo Compulsivo	2 h	Teórica
	Avaliação		2 h	
	12	Patologias Psiquiátricas - Transtornos Neuróticos e Somatoformes Relacionados ao Stress – continuação - Transtornos Somatoformes - Transtornos Conversivos	2 h	Teórica
	13	Patologias Psiquiátricas - Introdução às patologias do nível de funcionamento psicológico psicótico - Esquizofrenia	2 h	Teórica
	14	Patologias Psiquiátricas - Introdução às patologias do nível de funcionamento psicológico deficitário - Demência, Transtorno Amnésico, Delirium	2 h	Teórica
	15	Patologias Psiquiátricas - Introdução às patologias do nível de funcionamento psicológico psicopático - Perturbação da personalidade	2h	Teórica
	16	Patologias Psiquiátricas - Transtornos Relacionados com o consumo de Substâncias Psicoativas (Álcool, cocaína, Tabaco/nicotina, opióides, canabinoídes)	2 h	Teórica
	17	Patologias Psiquiátricas - Disfunções Sexuais - Transtornos Alimentares - Transtornos do Sono	2 h	Teórica
	18	Patologias Psiquiátricas - Aspectos Psiquiátricos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)	2 h	Teórica
	19	Situações Especiais - Emergências Psiquiátricas	2 h	Teórica
	20	Situações Especiais - Tratamento psicossocial	2 h	Teórica
	21	Situações Especiais - Tratamento psicossocial em situações especiais	4 h	Prática
	22	A Saúde Mental no SNS - Fluxo de Atendimento de Acordo com o SNS (rede de referência e contra-referência)	2 h	Teórica
	Avaliação		2 h	Teórica
TOTAL			51 horas	

BIBLIOGRAFIA:

A. Texto principal da disciplina

B. Livros de Referência para a disciplina

- BAUMGART, A (2006) Lecciones introductorias de psicopatologia, 2ª edição, Perspectiva: Buenos Aires
- EDITORES APA (1996) DSM-IV - Manual de diagnóstico e estatística das doenças mentais, Lisboa
- FONSECA, A.F. (1997) Psiquiatria e Psicopatologia, I Volume – 2ªEdição, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa
- Ministério da Saúde (2005) Manual de Saúde Mental
- PAIM, I. (1993) Curso de Psicopatologia, 11ª Edição revista e ampliada, S.Paulo: EPU
- RUILOBA, J.V. (2002) Introdução a la Psicopatologia y la Psiquiatria, 5ªEdição, Masson, 2002
- STONE, H. M. (1999) A cura da mente – a história da psiquiatria da antiguidade até o presente, Artmed: Porto Alegre
- TRZEPACZ P, BACKER R. (2001) Exame Psiquiátrico do Estado Mental. 1ªEdição, Climepsi Editores, Lisboa
- KAPLAN & SADOCK. (2002) Manual Conciso de Psiquiatria Clínica. 2ª Edição. Editora: artmed. S.Paulo
- HARRISON, P., GUEDES J., SHARP, M. Introdução a Psiquiatria, 1ªEdição, Climeps Editora, Lisboa
- STAHL, S.M. (2003) Psicofarmacologia – Depressão e Transtornos Bipolares (Edição Brasileira), Medsi, Rio de Janeiro
- DALGARRONDO, P.(2008) Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais, 2ªedição, Artmed, S.Paulo.
- OMS (1993) Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, Porto Alegre.
- American Psychiatric Association (2002) DSM-IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4ª Edição Lisboa, Climepsi, 1996; Oxford University Press, Oxford.

C. Leituras para o docente aprofundar no tópico

- Scharfetter (1998). Introdução a Psicopatologia Geral. Lisboa: Climepsi
- Bergeret, J (1998). Psicologia Patológica. Teoria e Clínica. Lisboa: Climepsi

D. Leituras adicionais para o aluno (se necessário)

- PAIM, I. (1993) Curso de Psicopatologia, 11ª Edição revista e ampliada, S.Paulo: EPU
- Manual de Saúde Mental, Ministério da Saúde, 2005

Disciplina	Saúde Mental	Nº da Aula	1
Tópico	Introdução: Actuação em Saúde Mental	Tipo	Teórica
Conteúdos	- Introdução à Psiquiatria e Saúde Mental - Saúde Mental em Moçambique: Contextualização - Ética em Psiquiatria	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem.

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir Psiquiatria e Saúde Mental.
2. Identificar as diferenças entre o modelo da psiquiatria clássica e o modelo actual de psiquiatria.
3. Explicar a relação entre saúde mental e saúde pública.
4. Explicar o que é DSM-IV e o que é CID-10.
5. Explicar como os transtornos mentais são compreendidos pela população em geral em Moçambique e identificar quais são os desafios para actuação em saúde mental no país.
6. Descrever as possíveis estratégias para lidar com os desafios identificados.
7. Descrever como a atenção em saúde mental está estruturada no Serviço Nacional de Saúde e qual é o papel do Técnico de Medicina Geral nesta área em cada nível de atenção.
8. Explicar a diferença de actuação entre o Técnico de Medicina Geral, o Técnico de Psiquiatria e Saúde Mental e demais profissionais (Médico de Clínica Geral).
9. Definir ética e explicar a sua importância em saúde mental.
10. Listar e explicar quais devem ser os cuidados éticos no atendimento do utente e familiares em saúde mental.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Disciplina		
2	Introdução à Aula		
3	Introdução à Psiquiatria e Saúde Mental.		
4	A Saúde Mental em Moçambique		
5	Papel do Técnico de Medicina Geral na Saúde Mental		
6	Ética em psiquiatria		
7	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia

- Henry EY et al. Manual de Psiquiatria. 5ª Edição. Atheneu: Masson, Paris.
- Paim I. Curso de Psicopatologia. 11ª Edição. Revista e ampliada, S.Paulo: EPU; 1993.
- Ministério da Saúde de Moçambique. Manual de Saúde Mental. 2005.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À DISCIPLINA

- 1.1 Apresentação do docente/s.
- 1.2 Apresentação dos alunos.
- 1.3 Introdução breve à disciplina, incluindo a importância para os Técnicos de Medicina.
- 1.4 Apresentação do plano temático e analítico: tópicos, conteúdos e laboratórios.
- 1.5 Apresentação da estrutura da disciplina com o correspondente cronograma e inter-relações com estágios e outras disciplinas teóricas.
- 1.6 Explicar o que se espera dos alunos para esta disciplina e os métodos de avaliação.

BLOCO 2: INTRODUÇÃO À AULA

- 2.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 2.2 Apresentação da estrutura da aula.
- 2.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 3: INTRODUÇÃO À PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

3.1. Saúde Mental

Do ponto de vista inter-cultural é praticamente impossível definir saúde mental. No entanto é de consenso geral que **Saúde Mental é mais do que ausência de doença mental**. Assim, poder-se-á definir “estado psicológico normal” ou de “boa saúde mental” todo o sistema de equilíbrio funcional do organismo capaz de permitir ao indivíduo uma boa adaptação social.

Os itens a seguir foram identificados como critérios positivos de Saúde Mental:

1. Atitudes positivas em relação a si próprio;
2. Crescimento, desenvolvimento e auto-realização;
3. Integração e resposta emocional;
4. Autonomia e auto-determinação;
5. Percepção apurada da realidade;
6. Domínio ambiental e competência social.

3.2 Psiquiatria

Existem várias definições de Psiquiatria. Etimologicamente o termo Psiquiatria significa “arte de curar a alma”.

É um ramo da medicina com objectivo de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das diferentes formas de perturbações mentais, e outras patologias psíquicas que incluem as perturbações da personalidade.

Para além dos objectivos descritos acima, a psiquiatria também tem como objectivo, a reinserção dos doentes no meio que os rodeia (ex: social, familiar, laboral).

3.3. Diferenças entre o modelo de psiquiatria clássica e o modelo actual de psiquiatria

A “Psiquiatria Clássica” que constitui a terceira fase de evolução da área de Psiquiatria foi influenciada por *Emílio Kraepelin (Psiquiatra alemão)*.

Kraepelin é o grande responsável pela classificação e descrição de várias enfermidades mentais de acordo com a sintomatologia e formulação de hipóteses sobre suas causas orgânicas específicas. Destaca-se nesta época, o internamento/isolamento dos doentes em manicómios.

A “Psiquiatria Moderna” coloca em evidência os estudos da origem dos fenómenos mentais e dá importância aos acontecimentos e reacções em situações que poderiam vir a desencadear patologias. **O acontecido, o vivido e a reacção da pessoa frente ao vivido tornam-se alvo de atenção.**

Na Psiquiatria Moderna destaca-se a “des-hospitalização”, movimento progressivo para o encerramento dos manicómios e a integração da psiquiatria nos hospitais gerais e em estruturas alternativas na comunidade ou o mais próximo possível da comunidade e do ambiente familiar.

3.4. Relação entre Saúde Mental e Saúde Pública

Saúde Pública é a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física e mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controlo de infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e para-médicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde, como por exemplo a promoção de estilos de vida saudáveis.

Sendo **Saúde Mental** um conceito que inclui bem-estar subjectivo, a auto-confiança, a autonomia, a competência, a dependência inter-geracional e a auto-actualização do potencial emocional e intelectual do indivíduo, torna-se importante a realização de acções promotivas e preventivas com vista a garantir o equilíbrio bio-psico-social e cultural do indivíduo garantindo assim a sua qualidade de vida de forma “holística” (global), contribuindo para a redução do impacto de factores de risco e para a promoção da capacidade de superação ou de adaptação face à doença mental.

Tendo em conta o Modelo Bio-Psico-Social e Cultural para a vulnerabilidade ao desenvolvimento das Perturbações Mentais e do Comportamento, podemos perceber que para além da vulnerabilidade biológica que predispõe à doença, factores psicológicos, sociais e culturais determinam o início e o curso destas perturbações. A título de exemplo, citamos factores sócio - económicos como a pobreza, a ignorância, o desemprego, o isolamento social, a desnutrição e os cuidados precários de saúde como aspectos que têm um importante efeito sobre o curso das perturbações mentais e funcionam como factores stressores crónicos capazes de provocar frequentes colapsos em pessoas vulneráveis.

Para ilustrar melhor a relação entre a Saúde Mental e a Saúde Pública, observe o diagrama abaixo:

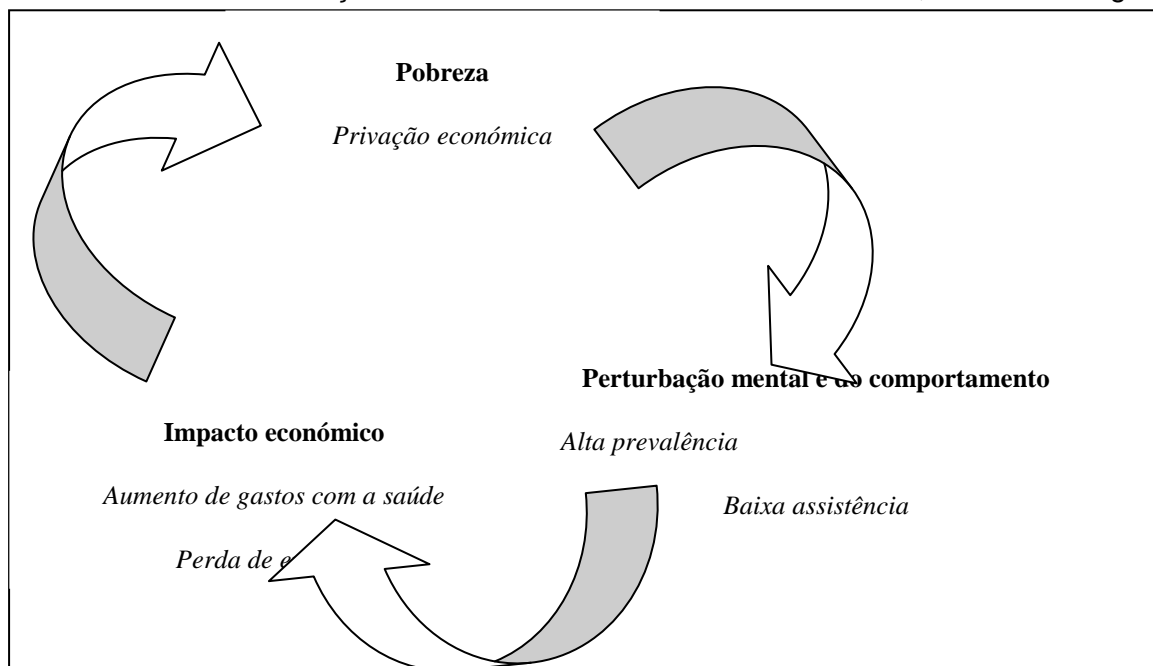


Diagrama 1: Relação entre Saúde Pública e Mental

A pobreza é resultado da privação económica, do baixo nível educacional e do desemprego, o que pode resultar na alta prevalência das Perturbações Mentais e de Comportamento. A pobreza leva a baixa assistência aos doentes e o curso da doença torna-se severo, trazendo impacto negativo para a economia (resultantes de factores como desemprego, baixa produtividade e aumento dos gastos com a saúde pública).

4.1 Percepções Culturais sobre os Transtornos Mentais

Apesar do reconhecimento de que a psicopatologia básica relacionada à maioria dos transtornos mentais é universal, a sua manifestação e interpretação adquire especificidades próprias em função da cultura em que o indivíduo se insere.

Em Moçambique, tal como em muitas outras culturas africanas, as crenças acerca da doença mental estão ligadas a temas espirituais e religiosos.

A “cura tradicional” é por isso mesmo largamente aceite para os problemas de saúde de um modo geral e para os transtornos mentais em particular, sendo que na maioria das vezes o utente entra no sistema de saúde convencional só depois de ter procurado tratamento tradicional e de este ter “falhado”.

Este trajecto de procura de cuidados assume particular relevância no âmbito dos cuidados em saúde mental, dada a forte impregnação das crenças e atribuições tradicionais na concepção da doença mental.

Um estudo sócio-antropológico conduzido em 1999 pelo Programa Nacional de Saúde Mental, demonstrou que os transtornos mentais eram atribuídos a um conjunto diversificado de factores desde as causas naturais, à vitimização por espíritos malignos do género posse pelo demónio, feitiço, entre outros. Neste mesmo estudo, cada transtorno exibia o seu próprio grupo de sintomas, que ajudava na sua identificação e tratamento pelo médico tradicional ou curandeiro.

Outro estudo foi realizado em 2003 sobre a prevalência das psicoses, atraso mental e epilepsia incluindo a avaliação dos modelos causais explicativos destas patologias e dos sistemas de procura de cuidados.

Os resultados referem que a explicação da doença mental através de causas sobrenaturais é maior nas zonas rurais do que nas zonas urbanas. Nas zonas urbanas a percentagem de pessoas que refere desconhecer as causas destas patologias é superior à das zonas rurais.

Outra conclusão do estudo foi que não há uma diferença significativa entre os dois contextos, urbano e rural, no recurso à medicina tradicional. Ou seja, embora nas zonas urbanas as pessoas recorram com mais frequência do que nas zonas rurais à Medicina Moderna Científica para o tratamento das patologias em estudo, prevalece o recurso simultâneo à medicina tradicional.

4.2. A Saúde Mental no Serviço Nacional de Saúde

O Programa Nacional de Saúde Mental de Moçambique (PNSM) foi aprovado em 1990, no XVIº Conselho Coordenador do Ministério da Saúde, com uma estratégia que salientava a necessidade de integração da saúde mental nos cuidados de saúde em geral e sublinhava a importância da promoção e da prevenção, da humanização dos cuidados, do treino formal e contínuo de profissionais de saúde mental, da investigação, da colaboração intersectorial, da implementação de legislação e da supervisão e avaliação dos processos iniciados.

Actualmente, a Saúde Mental é um Departamento da Direcção Nacional de Saúde Pública, dividido em 4 repartições. Este programa contempla várias áreas de acção que vão desde a formação, à prevenção, tratamento e reabilitação, em coordenação com outros departamentos do Ministério da Saúde. A componente assistencial é da responsabilidade do Departamento de Assistência Médica e segue o modelo de cuidados previsto para as outras áreas da saúde: Cuidados primários, secundários, terciários e quaternários.

A Saúde Mental vai sendo gradualmente integrada nos serviços de saúde de nível primário, uma fonte importante de prestação de cuidados de saúde mental, para tornar acessíveis os cuidados de saúde mental a toda a população, embora grande parte da prestação de serviços de saúde mental esteja centrada nas zonas urbanas.

Ao nível secundário e terciário, os cuidados de saúde mental estão integrados em todos os Hospitais Provinciais e Rurais do país, possuindo pelo menos um técnico médio de psiquiatria e saúde mental.

Ao nível dos cuidados especializados (nível quaternário), os cuidados de Saúde Mental estão integrados nos Hospitais Centrais de Maputo, Beira e Nampula e ainda no Hospital Psiquiátrico do Infulene (Maputo Cidade) e Centro de Saúde Mental de Nampula.

4.3. Desafios e Estratégias do Programa Nacional de Saúde

4.3.1. Desafios

Os problemas e distúrbios relacionados com a saúde mental constituem grande carga de doença de todas as sociedades. A sua incidência vem aumentando de forma dramática nos últimos tempos, aumentando a importância do sector da saúde mental.

O reconhecimento do impacto dos problemas e distúrbios relacionados com a saúde mental na saúde das populações cresceu desde que se adoptou um novo método para avaliar a saúde e a doença, que não está apenas restrito à avaliação do número de doentes e de mortes mas também tomando em consideração o grau em que a doença afecta o modo de vida das pessoas, as restrições e a perda de oportunidades que lhes impõe. Deste modo, os problemas de saúde mental assumem um dos papéis principais na carga de doença imposta às sociedades do mundo. Tal como acontece com os factores de risco para outras doenças claramente estabelecidas, pessoas expostas a dificuldades extremas apresentam maior risco de desenvolverem transtornos mentais e de comportamento. Há alguns grupos sociais que, pelas suas características de desenvolvimento e/ou situacionais, se encontram em maior risco para o desenvolvimento destes transtornos. Nestes grupos estão as crianças órfãs, vítimas de abuso sexual e violência, portadoras de deficiência física, os idosos, mulheres vítimas de abuso sexual e violência doméstica, e as pessoas que vivem em condições de pobreza extrema.

Moçambique não é alheia a esta realidade, em que há várias situações de violência doméstica e negligência de cuidados aos menores, na maior parte dos casos associados ao alcoolismo dos pais ou cuidadores. Existem alguns relatos de casos de abuso sexual a menores sustentados pelas crenças de purificação do abusador no caso de ser portador de infecção pelo HIV - SIDA. O mais preocupante é que a maior parte dos casos não chegam ao hospital, impedindo deste modo uma assistência, em saúde mental, ao povo moçambicano de forma cabal. Esta baixa assistência é justificada, também em parte, pelos preconceitos/estigmatização pelas comunidades e de alguns profissionais de saúde mental em relação aos problemas de saúde mental.

Por outro lado, a relação existente entre a produtividade de uma nação e o bem-estar físico e mental dos seus cidadãos, obriga a repensar na promoção da saúde mental da comunidade.

4.3.2. Estratégias

Relativamente à saúde mental, e devido a baixa capacidade de cobertura dos serviços de saúde convencionais, principalmente nas zonas rurais e à impregnação da cultura tradicional na concepção e tratamento da doença mental, a Saúde reconhece a importância da medicina tradicional na assistência a uma grande maioria dos moçambicanos, tentando estabelecer formas de cooperação entre os dois sistemas que reforcem a assistência às comunidades dentro da linha de valores e princípios preconizados pelo Programa Nacional de Saúde Mental, através das seguintes estratégias:

- Capacitar os praticantes de medicina tradicional em matérias de saúde mental de forma a aumentar e melhorar a prestação de serviços de saúde mental à população ao nível do sector informal, nomeadamente nas zonas rurais;
- Capacitar activistas comunitários no “manejo de casos” de doentes crónicos, de forma a poderem prestar serviços de apoio e reabilitação aos doentes das suas comunidades e às respectivas famílias;
- Integrar a componente de saúde mental nos programas de formação dos Concelhos de Líderes Comunitários para que estes possam constituir fóruns de planificação de actividades de reabilitação e de luta contra o estigma e a discriminação;

- Desenvolver programas de formação para professores no âmbito da promoção da auto-estima da criança e adolescente e outros temas de relevância na saúde mental infantil e do adolescente e jovem.

BLOCO 5: PAPEL DO TÉCNICO DE MEDICINA GERAL NA SAÚDE MENTAL

As tarefas que o TMG deve desempenhar na área de Saúde Mental, podem variar de acordo com o nível de prestação de serviços da Unidade Sanitária em que este se encontrar. Nos locais em que há técnico de psiquiatria e/ou médicas de clínica geral, as tarefas são mais ligeiras e há menos responsabilidades. Por outro lado, nos locais em que o TMG é o clínico mais capacitado, este deve ser responsável por orientar e seguir todas as actividades de Saúde Mental, podendo sempre que necessário recorrer ao apoio de profissionais mais capacitados (da Unidade Sanitária de Referência). São as seguintes:

- Colaborar com o técnico de Psiquiatria (e/ou Médico de Clínica Geral) e com outros profissionais de saúde para a planificação e realização de actividades de promoção em Saúde Mental;
- Colaborar com o técnico de Psiquiatria (e/ou Médico de Clínica Geral) e com outros profissionais de saúde para a planificação e realização de actividades de prevenção em Saúde Mental (ex: debates, palestras);
- Nos locais sem médico ou técnico de psiquiatria, liderar a planificação e realização de actividades de promoção e prevenção em Saúde Mental;
- Fazer o diagnóstico sindromático das perturbações mentais agudas, descartar causas médicas ou orgânicas, estabilizar e referir para o técnico de psiquiatria ou médico de clínica geral;
- Estabelecer a diferença entre perturbações mentais funcionais e orgânicas, usando como recursos a história clínica e os meios auxiliares de diagnóstico;
- Nos locais sem médico ou técnico de psiquiatria e saúde mental, fazer o seguimento de pacientes com perturbações mentais crónicas, sob orientação dos mesmos;
- Realizar a gestão de dados e elaborar relatórios de actividades em saúde mental, onde não existir técnico de psiquiatria e saúde mental.

P.S: na área de saúde mental, a actuação do TMG restringe-se ao diagnóstico sindromático das diferentes patologias, sendo que o diagnóstico nosológico (da patologia específica), deverá ser feito por outros profissionais mais capacitados nesta matéria (técnico de psiquiatria, médico de clínica geral, médico psiquiatra, psicólogo clínico).

BLOCO 6: ÉTICA EM PSIQUIATRIA

O exercício da psiquiatria suscita maior número de inquietações e dúvidas de ordem ética devido a natureza do seu objecto de estudo - a mente humana, a razão, a consciência. Na ética em psiquiatria os aspectos importantes a tratar são: O significado da enfermidade, a finalidade da psiquiatria, o consentimento e o tratamento compulsivo, os limites da acção psiquiátrica e a pesquisa em saúde mental.

Devido às especificidades acima descritas, neste bloco dar-se-á particular atenção à este tema.

6.1. Significado da enfermidade – Doença mental

A psiquiatria trabalha, no caso de psicoses, com a perda da razão que é entendida como uma condição doentia. Logo, poderia se perguntar o que é a doença para o homem? O que significa adoecer? Primitivamente a enfermidade era compreendida como sendo o resultado da acção de seres sobrenaturais, como castigo dos deuses e a manifestação da sua ira pela violação de tabus, ou como punição do pecado. Outras explicações foram sendo dadas para as causas das doenças, mas até a actualidade continuam a persistir, em maior ou menor grau as vinculações primitivas entre doença e culpa, expressando-se de forma significativa no que se refere às doenças mentais. A expressão

"doente mental" é, às vezes, empregue com um sentido depreciativo, pejorativo, insultuoso, insinuando que é atribuída culpabilidade ao portador de tal condição.

A doença mental é reconhecida também como a patologia da liberdade, a perda da liberdade interior. Entretanto, sabe-se em psiquiatria, que muitas vezes as pessoas utilizam a enfermidade como mecanismo de fuga de situações difíceis. Assim, se a doença significa perda da liberdade, pode também ter a finalidade de proporcionar uma maneira de evitar o sofrimento.

Pode-se considerar a "doença psíquica" como sendo um estado de desequilíbrio dos sistemas do organismo, susceptível de arrastar o indivíduo para situações de desadaptação social. Em psiquiatria deve-se estar atento para a possibilidade de a sintomatologia psiquiátrica ser o único meio que o paciente encontrou para expressar seu anseio de liberdade.

6.2. A Finalidade da Psiquiatria

Se a psiquiatria visa contribuir para promover o crescimento, a liberdade e o amadurecimento emocional dos pacientes e não a simples remoção dos sintomas é necessário que sejam atendidas algumas premissas básicas, das quais as mais importantes, são o profundo respeito pelos pacientes e o esclarecimento que deve ser dado ao paciente e seus familiares quando houver necessidade de tratamentos medicamentosos prolongados, com seus efeitos colaterais, suas complicações e seus riscos.

Outro aspecto a considerar é a aceitação dos valores culturais e éticos do paciente, seu modo de ver o mundo e sua maneira de agir, possivelmente diferentes do usual, devendo o pessoal médico estimular o paciente a se tornar mais consciente das suas dificuldades, dos problemas que podem advir de condutas destoantes do que é aceite socialmente.

6.3. O Consentimento e o Tratamento Compulsivo

Dado que o tratamento psiquiátrico deve ser discutido entre o médico e o paciente, fica claro que deve haver consentimento. Em medicina geral há necessidade da obtenção do consentimento do paciente ou de seus familiares para que se dê a intervenção médica, a não ser que se trate de caso de emergência, com risco iminente de vida. É inaceitável que, em caso de não emergência, um paciente seja submetido, por exemplo, a uma cirurgia sem ter dado autorização para tal. Mas no âmbito da psiquiatria será admissível a imposição de tratamento independentemente da vontade do paciente? Em que condições isto seria justificável? Apenas em condições em que o estado e as manifestações do paciente constituam perigo de vida para ele e para terceiros. É evidente que o consentimento deve ser lúcido e informado, o que implica um acto voluntário e consciente, mas nem sempre o paciente psiquiátrico está em condições de consentir conscientemente e de livre vontade.

6.4. Os Limites da Acção Psiquiátrica

O esforço médico deve ser no sentido de ajudar o paciente a compreender melhor a origem e o significado dos seus sintomas, não constituindo isto apenas uma necessidade ética, mas uma parte essencial para a adesão ao tratamento psiquiátrico e a um resultado satisfatório do mesmo. Tal como em outras áreas de medicina, não é fácil definir os limites da acção da psiquiatria mas os profissionais desta área devem guiar-se pelo código de ética e pelo bom senso clínico.

6.5. A Pesquisa em Saúde Mental

Como em outras áreas da medicina, a pesquisa é necessária em psiquiatria, mas dadas as suas particularidades a pesquisa em psiquiatria, além de implicar necessariamente a observância dos princípios éticos suscita questionamentos referentes ao problema do consentimento informado, ou consciente, levantando a questão do que fazer em relação aos pacientes que não têm capacidade mental para consentir conscientemente? O Código de Ética Médica aponta um caminho, ao aceitar que o consentimento possa ser dado pelo responsável legal do paciente. Mas impõe a exigência de que a pesquisa tenha que se destinar a beneficiar directamente a pessoa submetida a mesma.

BLOCO 7: PONTOS-CHAVE

7.1. Do ponto de vista inter-cultural é praticamente impossível definir saúde mental. No entanto é de consenso geral que **saúde mental é mais do que ausência de doença mental**.

7.2. Psiquiatria é um ramo da Medicina com objectivo de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das diferentes formas de perturbações mentais (orgânicas ou funcionais), incluindo as perturbações da personalidade.

7.3. Os factores socioeconómicos como a pobreza, a ignorância, o desemprego, o isolamento social, a desnutrição e os cuidados precários de saúde têm um importante efeito sobre a origem e o curso das perturbações mentais e funcionam como stressores crónicos capazes de provocar frequentes colapsos em pessoas vulneráveis.

7.4. Em Moçambique, as doenças mentais são muitas vezes ligadas à crenças espirituais, religiosas, e culturais, razão pela qual, muitas vezes a medicina tradicional é o 1º local de procura de ajuda, para a solução destes problemas.

7.5. As actividades do TMG na área de Saúde Mental, resumem-se em:

- Fazer o diagnóstico sindromático das perturbações mentais agudas, descartar causas médicas ou orgânicas, estabilizar e referir para o técnico de psiquiatria ou médico de clínica geral;
- Nos locais sem médico ou técnico de psiquiatria, fazer o seguimento de pacientes com perturbações mentais crónicas, sob orientação dos mesmos;
- Colaborar ou coordenar (locais sem médico ou técnico de psiquiatria) todas as actividades preventivas, de promoção de saúde mental e de gestão de dados.

Disciplina	Saúde Mental	Nº da Aula	2
Tópico	Avaliação em Saúde Mental	Tipo	Teórica
Conteúdos	Funções Psíquicas Normais	Duração	1h

Objectivos de Aprendizagem.

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

11. Definir Funções psíquicas.
12. Listar e descrever as funções psíquicas num indivíduo normal.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Funções Psíquicas Normais		
3	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia

- Porto C, Porto A. Semiologia Médica. 6ª Edição. Guanabara Koogan, Brasil; 2009.
- Fish. Psicopatologia Clínica: sinais e sintomas em psiquiatria. Tradução da Terceira Edição inglesa. Libri - Faber, Serviços Editoriais. 2007 (Versão Portuguesa).
- Ministério da Saúde de Moçambique. Manual de Saúde Mental. 2005.
- Paula T. Trzepacz, Robert W. Baker. Exame Psiquiátrico do Estado Mental. Tradução da 1ª Edição Inglesa. Climepsi Editores, Lisboa, 2001 (Versão Portuguesa).
- Paim I. Curso de Psicopatologia. 11ª Edição. Revista e ampliada, S.Paulo: EPU; 1993.
- Mayer-Gross W, Slater E. e Roth M. Psiquiatria Clínica. Tradução da 3ª Edição inglesa. Editora Mestre, São Paulo; 1972.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: FUNÇÕES PSÍQUICAS NORMAIS

2.1. Introdução

A psiquiatria é uma especialidade médica que se dedica ao estudo, diagnóstico, tratamento e prevenção de Perturbações Mentais, cujo objecto de estudo é a Mente ou Psique e os respectivos fenómenos psicológicos.

A palavra psiquismo em psiquiatria serve para designar um "aparelho" responsável por um conjunto de funções - as funções psíquicas ou mentais.

Define-se funções psíquicas como aquelas que permitem ao indivíduo avaliar as suas relações com o ambiente em que vive para perceber, tomar conhecimento do mesmo ambiente físico e cultural ao seu redor.

O TMG deve conhecer as principais funções psíquicas normais pois as perturbações mentais cursam com a alteração destas funções. O conhecimento do psiquismo normal permitirá melhor compreensão do psiquismo anormal ao abordar sobre as principais alterações das funções psíquicas e das respectivas perturbações mentais.

Para melhor sistematização e compreensão, as principais funções psíquicas são classificadas em:

- Funções de Síntese ou de integração
- Funções cognitivas
- Funções afectivas
- Funções de conduta
- Julgamento: Juízo crítico
- Funções de Relação

Nos parágrafos abaixo, far-se-á a descrição pormenorizada de cada função psíquica:

- **Funções de Síntese ou de Integração:** Consciência, Orientação, Memória, Atenção.
 - **Consciência:** capacidade do indivíduo perceber o que está ocorrendo dentro e fora de si.
 - **Orientação:** consciência da localização da pessoa no tempo e no espaço, e da realidade de si mesmo e da sua situação. A orientação pode classificar - se em:
 - **Autopsíquica:** o paciente reconhece quem é.
 - **Alopsíquica:** o paciente reconhece o ambiente a sua volta.
 - **Temporal:** o paciente consegue situar-se no tempo. Consegue dizer o dia, mês, ano em que está e o período do dia (manhã, tarde, noite).
 - **Memória:** fenómeno fisiológico que consiste na aquisição, retenção e evocação de novos conhecimentos.
 - **Atenção:** consiste na focalização passiva (involuntária) ou activa (voluntária) da consciência sobre determinada experiência.

NB: as alterações com diminuição da consciência são comuns nas síndromes cerebrais orgânicas agudas (malária cerebral, meningite, hipoglicémia) e, implicando o compromisso das restantes funções de síntese.

É importante o reconhecimento imediato das alterações da consciência em qualquer paciente, pois no caso da sua diminuição, há risco eminente de morte, o que constitui uma emergência médica.

- **Funções Cognitivas:** sensopercepção (Sensação e Percepção), Pensamento, Inteligência.

- **Sensação:** constitui um fenómeno psíquico elementar que resulta da acção dos estímulos captados (luz, calor, som) pelos órgãos de sentidos, que nos permitem um contacto com o mundo a volta. As sensações classificam-se em:
 - **Externas (Sensibilidade Especial):** reflectem as propriedades ou características isoladas dos fenómenos externos. Resultam da acção dos estímulos sobre os órgãos dos sentidos (visão, audição, olfacto, paladar, tacto).
 - **Internas (Sensibilidade Geral):** reflectem os movimentos de partes isoladas do nosso corpo e o estado dos órgãos internos. Dão-nos a orientação sobre o movimento do corpo e dos membros (**Função Motora**), orientação sobre a posição do corpo e da cabeça (**Função de Equilíbrio**) e dão-nos a sensação de bem-estar (**Função Proprioceptiva**).

O estudo das alterações das sensações é importante pois há quadros psiquiátricos que cursam com sintomas neurológicos sem evidência de uma afeção neurológica (ex: esquizofrenia).

- **Percepção:** é um fenómeno psíquico através do qual tomamos conhecimento de um objecto do meio externo, considerado como real, isto é, como existente. Permite nos a toma de consciência dos objectos que se apresentam aos órgãos dos sentidos através da conjugação das várias sensações a memória de aprendizagem dos mesmos.

A percepção resulta da associação de várias sensações com uma base de memória de aprendizagem e o raciocínio. Uma criança ou adulto pode ver um relógio sem saber o que é porque ainda não aprendeu mas um indivíduo que já tenha aprendido sobre este objecto, ao ver ou ouvir um tic tac consegue perceber tratar-se de um relógio. O mesmo indivíduo poderá perceber tratar-se de um carro ao ver ou ouvir o barulho do motor de um carro em andamento.

De forma resumida referir que a percepção é uma função psíquica posterior a sensação e que pressupõe uma aprendizagem sobre determinado objecto ou fenómeno. Isto significa que as sensações por si só não nos oferecem o conhecimento do mundo, mas representam apenas elementos essenciais para o conhecimento.

- **Pensamento:** é um fenómeno psíquico através do qual se exprimem as relações externas e internas entre os objectos do mundo real. O pensamento não pode ser isolado de outras funções mentais ou de tudo o que mais ocorre. O pensamento é o produto do processo de pensar.

As perturbações mentais graves, como esquizofrenia, caracterizam-se por alterações graves do pensamento como delírio. Delírio é uma ideia ou crença falsa, inabalável, fora do contexto educacional, cultural e social do paciente e mantida com extraordinária convicção e certeza subjectiva.

- **Inteligência**

Define-se como a capacidade para pensar, agir de forma racional e lógica. Constitui uma capacidade geral para o julgamento, compreensão e raciocínio, podendo manifestar-se de várias formas. O desempenho da inteligência constitui um pré-requisito básico para o funcionamento de todas as actividades humanas.

Durante uma entrevista pode-se perceber que o indivíduo tem boa capacidade de compreensão, estabelecer relações e respostas adequadas ao que se interroga caso tenha uma inteligência normal. Consegue nomear e designar e estabelecer semelhanças entre vários objectos.

No caso de atraso mental pode notar-se uma dificuldade de compreensão, limitação do discurso, dificuldade de realizar operações aritméticas simples.

- **Funções Afectivas:** afectividade, Sentimento, Emoção, Humor

- **Afectividade** é a capacidade de experimentar sentimentos e emoções.

- **Sentimento** é uma reação positiva ou negativa, marcante e transitória de uma experiência vivenciada. É um estado afectivo atenuado.
- **Emoção** é um estado afectivo intenso caracterizado pela expressão momentânea de determinado tipo de sentimento (fúria, raiva, alegria) e é comum em todos indivíduos.
- **Humor** é o conjunto de emoções predominantes num indivíduo num determinado momento de forma consistente e prolongada. Em psiquiatria, geralmente afecto é usado como sinónimo de humor. Pode-se dizer que um indivíduo pode ter um afecto ou humor depressivo.

- **Funções da Conduta:** implícita e explícita

A conduta engloba a linguagem, a actividade motora e os hábitos (de higiene, de sono, de alimentação e sexuais) e deve ser avaliada em duas fases, nomeadamente, a fase preparatória e a fase de acção.

A fase preparatória é a fase de pensamento ou de ideias (conduta implícita) enquanto que a fase de acção (conduta explícita), corresponde à fase de comportamento observável. Por exemplo um indivíduo pode ter vontade de fazer algo (conduta implícita) e ao fazer a coisa pretendida estará na fase de execução, de acção (conduta explícita).

A conduta do ser humano é bastante influenciada pelo estado de humor ou afectivo ou de afecto do indivíduo. Um indivíduo com humor depressivo, geralmente tem pouca vontade de realizar várias actividades (trabalhar, cuidar-se, actividade sexual e alimentar-se).

- **Julgamento:** Juízo crítico

Juízo crítico é a capacidade de se estar ciente das realidades interna (a mente) e externa (ambiente, outras pessoas) na medida em que se vai tomando conhecimento dessas realidades.

Numa perspectiva prática, o juízo crítico foca-se na capacidade dos pacientes reconhecerem que estão doentes, compreenderem que os seus problemas são resultantes do desvio da normalidade, compreenderem que os seus comportamentos podem afectar terceiros e reconhecerem que a terapêutica pode ser útil para o alívio dos sintomas. Esta é uma situação de normalidade em que os pacientes têm juízo crítico.

- **Funções de Relação**

Permite dar informação sobre a relação do indivíduo:

- Consigo mesmo:** Solicitando o paciente para definir-se e dizer as bases ou modelos para edificação da sua personalidade, e dizer também o que acha que os outros pensam dele.
- Com os outros:** O objectivo é identificar tipos de relações como por exemplo de dependência ou passividade, dominante (sentindo-se como líder nas suas relações humanas), comunicativo, etc. É necessário explorar também a base em que essas relações se estabelecem (insegurança, depressão).
- Com as coisas:** Procurar conhecer áreas de interesse do paciente, se pela arte, literatura, ciência, cinema, religião, política, etc.

NB: as principais alterações das funções psíquicas serão abordadas com mais detalhes nas aulas de semiologia psiquiátrica (concretamente no exame do estado mental).

BLOCO 3: PONTOS - CHAVE

- 3.1. Funções psíquicas são definidas como aquelas que permitem ao indivíduo avaliar as suas relações com o ambiente em que vive para perceber, tomar conhecimento do mesmo ambiente físico e cultural ao seu redor.
- 3.2. O conhecimento do psiquismo normal permitirá melhor compreensão do psiquismo anormal ao abordar sobre as principais alterações das funções psíquicas e das respectivas perturbações mentais.

- 3.3.** As principais funções psíquicas podem classificar-se em: funções de síntese (consciência, orientação, atenção, memória), funções cognitivas (sensação, percepção e pensamento), funções afectivas (afectividade, sentimento, emoção, humor), funções da conduta (implícita e explícita) e de julgamento (juízo crítico).
- 3.4.** Em psiquiatria, geralmente afecto é usado como sinónimo de humor. Pode-se dizer que um indivíduo pode ter um afecto ou humor depressivo.
- 3.5.** É importante o reconhecimento imediato das alterações da consciência em qualquer paciente, pois no caso da sua diminuição, há risco eminente de morte, o que constitui uma emergência médica.

Disciplina	Saúde Mental	Nº da Aula	3
Tópico	Avaliação em Saúde Mental	Tipo	Teórica
Conteúdos	Anamnese	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever as particularidades da história clínica psiquiátrica.
2. Enumerar os componentes de uma anamnese orientada para os sintomas psiquiátricos.
3. Enumerar as principais alterações das funções psíquicas.
4. Enumerar as questões a considerar para uma anamnese psiquiátrica, incluindo:
 - a) Identificação;
 - b) Queixa principal;
 - c) História da doença actual;
 - d) Antecedentes médicos pregressos (médicos, cirúrgicos e psiquiátricos);
 - e) Antecedentes Familiares;
 - f) Antecedentes Pessoais e sociais (incluindo hábitos tóxicos);
 - g) Personalidade Pré - Móbida
 - h) Revisão por Aparelhos ou Sistemas.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	História Clínica Psiquiátrica – Introdução		
3	Anamnese Psiquiátrica: Identificação, Queixa Principal, História da Doença Actual		
4	Anamnese Psiquiátrica: Histórias Médica Pregressa, Familiar, Pessoal e Social, e Revisão por Sistemas		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia:

- Porto C, Porto A. Semiologia Médica. 6ª Edição. Guanabara Koogan, Brasil; 2009.
- Fish. Psicopatologia Clínica: sinais e sintomas em psiquiatria. Tradução da Terceira Edição inglesa. Libri - Faber, Serviços Editoriais. 2007 (Versão Portuguesa).
- Henry EY et al. Manual de Psiquiatria. 5ª Edição. Atheneu: Masson, Paris.
- Ministério da Saúde de Moçambique. Manual de Saúde Mental. 2005.
- MEDEX International. Módulo para Formação de Técnicos de Medicina. Livro do aluno. 1983.
- Mayer-Gross W, Slater E. e Roth M. Psiquiatria Clínica. Tradução da 3ª Edição inglesa. Editora Mestre, São Paulo; 1972.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: HISTÓRIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA - INTRODUÇÃO

A história clínica psiquiátrica é uma forma resumida de apresentar os resultados da exploração do doente e inclui a anamnese, o exame físico e o exame do estado mental.

O paciente com patologia psiquiátrica deve ser avaliado pelo clínico na perspectiva biopsicossocial, uma visão completa do processo de adoecer. O clínico deve conjugar os factores biológicos aos psicológicos e sociais, reconhecendo a sua importância no surgimento, tratamento, evolução e prognóstico das perturbações mentais.

Todos os princípios da anamnese em geral devem ser mantidos, contudo a anamnese psiquiátrica tem características que a distinguem da anamnese médica em geral:

- a) Preocupa-se em estabelecer um contacto emocional com o paciente e, pela exploração das suas emoções, sentimentos, pensamentos e comportamento;
- b) Preocupa-se em ouvir e compreender o paciente na sua relação com o ambiente e com as pessoas importantes em sua vida;
- c) Preocupa-se em definir as características pessoais do paciente, bem como os seus pontos fortes e fracos;
- d) Por outro lado a anamnese tem um acentuado e grande valor terapêutico.

Na abordagem do paciente com patologia psiquiátrica, algumas particularidades devem ser consideradas:

- a) O clínico deve manter-se sempre calmo durante as entrevistas, independentemente do comportamento do doente (que pode ser agressivo), transmitindo deste modo, ter pleno controlo da situação.
- b) Embora muita informação possa ser obtida através da comunicação verbal (linguagem verbal), a outra pode ser obtida a partir do comportamento do doente (linguagem não verbal), que inclui sentimentos e emoções que acompanham o discurso e o pensamento. Por exemplo um doente delirante pode estar demasiado assustado ou confuso enquanto descreve as suas alucinações visuais.
- c) O comportamento do paciente e o pensamento expresso podem ser incongruentes. Um doente pode negar sentir-se deprimido apesar de estar triste e a chorar. Neste caso, a mensagem verbalizada não coincide com o seu comportamento observável e este aspecto deve ser anotado.
- d) Enquanto o doente descreve a sua vida, dá-nos uma oportunidade de observar como fala, pensa e sente, como reagiu a eventos passados, como se relaciona com o mundo objectivo e com as pessoas que o rodeiam, quais as suas ideias sobre questões morais, religiosas e sexuais.
- e) **Paciente agitado** geralmente causa medo às pessoas à sua volta. Isso pode agravar a sua situação. Uma das medidas seria reconhecer e controlar os sentimentos. Em seguida reduzir a ansiedade do pessoal auxiliar, transmitir segurança, firmeza e flexibilidade. É importante transmitir ao doente que o objectivo final é proteger-lhe. o clínico deve proporcionar um ambiente seguro e protegido para si e para o próprio paciente (retirar objectos perigosos, solicitar apoio da segurança). Ao abordar um paciente psicótico com agitação psicomotora num serviço de urgência, este deverá ser examinado mantendo alguma distância e com pouco contacto ocular.
- f) **Paciente delirante** pode expressar-se sem lógica e com afirmações absurdas, ser desconfiado ou estar assustado. O clínico deverá assegurar-lhe que não corre perigo, que não será trancado e escutar com atenção o discurso delirante e sem rir - se do paciente. Ele deve acreditar que o clínico é seu aliado e defensor, porque só assim aceitará colaborar na entrevista e nas indicações terapêuticas. O clínico não deve contestar com argumentações lógicas, mas demonstrar que respeita a sua crença e procurar dados de como e em que contexto a crença surgiu. É prudente manter uma maior distância física e um menor contacto ocular do que o habitual.

g) Pacientes deprimidos: os pacientes deprimidos com tendências para o suicídio, têm pouco interesse e motivação para responder as perguntas. Sentem-se geralmente aliviados ao serem questionados acerca das suas ideias suicidas anteriores ou actuais, pois é uma oportunidade para discutir o assunto. O paciente deverá ser abordado de forma carinhosa, principalmente ao abordar assuntos muito delicados durante a entrevista.

i) Paciente demenciado pode não compreender completamente as perguntas, podendo até tornar-se hostil como defesa para não revelar as suas qualidades cognitivas deficitárias,

j) Paciente não cooperativo: é o caso de paciente que recusa dar informações a seu respeito quando não crê estar doente; o clínico não deve convencer o paciente que ele está doente, mas sim iniciar uma conversa informal para avaliar o estado de afectividade e do pensamento (perguntar sobre alimentação, sono, actividade física). Se mesmo assim o paciente continuar sem colaborar, o clínico deve efectuar o exame físico e exame do estado mental que consistirá na descrição do comportamento observável e mais tarde poderá completar a história com parentes próximos ou conhecidos (mais detalhes na aula 4).

k) Paciente em estado de confusão mental: o paciente não consegue dar as informações que o clínico está a pedir, ou dá informações incompletas; não consegue se concentrar na consulta, não está orientado no tempo e/ou no espaço. Caso haja um acompanhante, deve envolvê-lo na recolha de dados para a anamnese.

BLOCO 3: ANAMNESE PSIQUIÁTRICA: IDENTIFICAÇÃO, QUEIXA PRINCIPAL E HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

A anamnese psiquiátrica deve seguir os mesmos passos de recolha de informação, da história clínica padrão em Medicina. Abaixo serão descritos os aspectos essenciais a pesquisar em cada etapa:

3.1. Identificação

Na identificação do paciente é importante colher os seguintes dados:

Nome: quando o paciente souber dizer o seu nome, isso permite nos avaliar a sua orientação autopsíquica (em relação a sua pessoa, sua identidade).

- **Idade:** existe algum tipo de esquizofrenia que inicia em adolescentes jovens aos 15 e 25 anos de idade. A demência de Alzheimer é comum em indivíduos idosos com mais de 60 anos de idade.
- **Sexo:** as perturbações depressivas são mais comuns em indivíduos do sexo feminino. Os casos de suicídio consumado são mais comuns nos homens devido a maior letalidade dos métodos usados. Geralmente os homens consomem mais drogas em relação as mulheres provavelmente pela maior exposição, alto poder de compra e maior tolerância por parte da sociedade.
- **Estado civil:** os indivíduos solteiros estão mais susceptíveis a sofrer de perturbação depressiva comparativamente comos casados. Geralmente o estado civil casado ou união de facto funciona como factor protector contra a depressão.
- **Residência:** o conhecimento da residência é fundamental no caso de necessidade de reintegração social dos pacientes, por outro lado, pode permitir o acesso a outras fontes próximas (vizinhos, familiares) para melhor entender a dinâmica do paciente em casa e outros aspectos que possam ajudar no processo diagnóstico.
- **Naturalidade:** o conhecimento da naturalidade pode permitir nos ter uma noção sobre os hábitos culturais de uma determinada região, factor importante no conhecimento da dimensão social. Pode permitir melhor compreensão da doença e melhor intervenção terapêutica.
- **Nível de escolaridade:** geralmente quanto maior for a escolaridade, maior será a probabilidade de boa compreensão sobre a doença e boa adesão terapêutica. No caso de indivíduos com atraso mental poderá haver relatos de baixa escolaridade associada a dificuldade de aprendizagem na escola.

- **Contacto de familiares ou conhecidos:** o contacto de familiares ou conhecidos é de extrema importância para a entrevista psiquiátrica dado que sempre deve-se confrontar os relatos do paciente com os dos familiares principalmente nos casos de falta de juízo crítico, comum nas perturbações psicóticas (cursam com alucinações, delírios).
- **Profissão ou ocupação:** a falta de emprego associado a ausência de bom suporte social constitui um factor de mau prognóstico para a evolução das perturbações mentais, principalmente aquelas que levam à grandes incapacidades cognitivas (esquizofrenia). Por outro lado, a ocupação constitui algo terapêutico para os pacientes com perturbações mentais (ex: depressão), devido ao grande isolamento e estigma nestes pacientes. Mas a mesma ocupação deverá ser adequada ao seu estado de incapacidade mental.

3.2. Queixa Principal e História da Doença Actual

Os pacientes com patologia psiquiátrica, apresentam sintomas específicos que reflectem alterações à nível das funções psíquicas normais (descritas na aula 2). Abaixo, descrevem-se os principais sintomas psiquiátricos agrupados por tipo de função psíquica anormal:

3.2.1 Alterações das Funções de Síntese: Turvação da Consciência, Estupor, Desorientação Apática, Confabulação, Hipoprosexia.

3.2.1.1. Turvação da Consciência: cursa com graus menores de prejuízo da consciência e com compromisso do pensamento, atenção, concentração, compreensão, julgamento lógico e comunicação. É comum nas síndromes cerebrais orgânicos agudos (malária cerebral, meningite), incluindo intoxicação por álcool e outras drogas.

3.2.1.2. Estupor: é uma alteração da consciência caracterizada pela redução ou ausência das funções de relação (acção e fala). Há incapacidade de iniciar a fala (mutismo) ou acção (acinesia) em paciente que parece desperto até mesmo alerta. Comum nas doenças psiquiátricas funcionais (esquizofrenia, psicoses afectivas, histeria).

3.2.1.3. Desorientação Apática: é uma alteração em que o paciente está lúcido e percebe com clareza o que se passa no mundo externo, mas sem **juízo crítico** sobre a sua situação. Há falta de interesse, inibição psíquica, insuficiente energia psíquica. Comum na Esquizofrenia Crónica e nos quadros depressivos.

3.2.1.4. Confabulação: é uma alteração qualitativa da memória em que memórias falsas preenchem as lacunas mnésicas (lacunas de memória). Consiste no relato de factos que nunca aconteceram e são tomados como acontecimentos vividos. Comum no alcoolismo crónico.

3.2.1.5. Hipoprosexia: é uma alteração quantitativa da atenção com diminuição acentuada da atenção. Comum na Embriaguez Alcoólica, Perturbações Mentais Orgânicas, Estados Depressivos, Debilidade Intelectual.

3.2.2. Alterações das Funções Cognitivas: Sensação (Hipoestesia, Anestesia, Analgesia); Percepção (Alucinação, Ilusão, Pseudoalucinação); Pensamento (Delírio), Inteligência (Transtornos da capacidade de abstracção e das operações).

3.2.2.1. Alterações da Sensação: hipoestesia, anestesia, analgesia

- **Hipoestesia:** alteração quantitativa das sensações com diminuição da intensidade das mesmas. Comum em pessoas normais, quadros depressivos e em estados estuporosos.
- **Anestesia:** é uma alteração qualitativa da sensação caracterizada pela abolição de todas as formas de sensibilidade. É comum nas doenças neurológicas focais e em quadros conversivos (Histeria).
- **Analgesia:** é uma alteração qualitativa caracterizada pela abolição da sensibilidade dolorosa. Comum nas doenças cerebrais focais e na esquizofrenia (forma catatónica). O estudo das alterações das sensações é importante pois há quadros psiquiátricos que cursam com sintomas neurológicos sem evidência de uma afeção neurológica (quadros conversivos, esquizofrenia).

3.2.2.2. Alterações da Percepção: alucinação, Pseudoalucinação, ilusão.

- **Alucinação:** é uma alteração cognitiva caracterizada pela percepção de objecto na ausência de estímulo externo. Pode ser auditiva (comum na esquizofrenia) ou visual (comum nos síndromes cerebrais orgânicos agudos ou intoxicação alcoólica). Nas alucinações auditivas o paciente doente pode referir ouvir uma única voz que repete uma palavra ou frases completas, ou muitas vozes que mantêm entre si uma conversa (vozes dialogadas). As alucinações tácteis são frequentes em perturbações mentais tóxicas. Os doentes sentem que, pequenos animais como baratas, aranhas, percevejos, pulgas, piolhos e formigas, andam sobre a pele. Acontece no delírium tremens onde os doentes, durante a observação, tentam retirar esses animais e colocar sobre a mesa para mostrar ao clínico que naturalmente não os vê. As alucinações visuais são características de algumas intoxicações (cocaína, álcool) ou de Perturbações Mentais Orgânicas. O paciente pode referir ver pessoas estranhas que falam mal de si ou alguns bichos assustadores. Geralmente ele fica assustado e tenta defender-se e fugir da suposta ameaça.
- **Pseudoalucinação:** falsa percepção, localizada fora do campo sensorial do paciente, em locais normalmente não perceptíveis: “.escuto vozes dentro da minha cabeça...” , “.. sinto cheiro desagradável dentro da minha cabeça...”. Comum nos Quadros Psicóticos.
- A **ilusão** caracteriza-se pela percepção deformada de objecto real existente no campo sensorial do indivíduo. Por si só não constitui sintoma de doença mental e é comum em estados de falta de atenção ou de alterações emocionais. Exemplo: num quarto escuro o paciente percebe como se fosse imagem de uma pessoa um chapéu e um casaco pendurados, neste caso fala-se de ilusão visual.

3.2.2.3. Alterações do Pensamento: delírio

O **delírio** constitui uma alteração do conteúdo do pensamento e é um sintoma muito importante em psiquiatria. Define-se como ideia ou crença falsa, inabalável, fora do contexto educacional, cultural e social do paciente e mantida com extraordinária convicção e certeza subjectiva. Ex: o paciente pode referir que possui uma riqueza inestimável (delírio de grandeza), enquanto na verdade é um indivíduo carente.

Constitui um sintoma comum na esquizofrenia, perturbação delirante persistente ou em algumas síndromes demenciais.

3.2.2.4. Alterações da Inteligência

- **Transtornos da capacidade de abstração** constituem expressão de anormalidades do processo de pensamento e podem classificar-se em:
 - **Sobre inclusão:** consiste na criação de conceitos pouco precisos e sendo incorporados em categorias onde normalmente estariam excluídos pela sua essência. Um paciente ao referir-se aos materiais de construção pode relatar “blocos”, “cimento” e “mãos do pedreiro”. O conceito “materiais de construção” sobreinclui “mãos do pedreiro”. Comum na Psicose Esquizofrénica.
 - **Metonímia:** o paciente denomina um objecto ou fenómeno por uma palavra existente no vocabulário com um significado diferente do verdadeiro.
 - **Pensamento concreto:** paciente é incapaz de libertar-se do significado literal das palavras, apresenta pensamento concreto, vinculado com as percepções ou suas evocações directas sem captar a sua essência. Ex: Ao definir lanterna “tubo de metal com duas pilhas” ao em vez de “instrumento que projecta a luz”. Ao ser interrogado “como vai?” responde “vou de carro”. Comum na Esquizofrenia, Demência e Atraso Mental.
- **Transtornos das operações:** expressam-se pelo raciocínio, juízo ou conclusões que violam as leis da lógica dando contradições. Podem classificar-se em:

- **Contradições:** identificam-se os sujeitos quando têm atributos iguais. Ex:” Os três mosqueteiros eram três e nós somos três, logo somos os três mosqueteiros”.
- **Pensamento simétrico:** “se José é o pai de Fernando, logo Fernando é o pai do José”.

3.2.3. Alteração das Funções Afectivas: anedonia, euforia

- **Anedonia** é uma alteração de humor caracterizada pela ausência de prazer em actividades habitualmente e anteriormente prazerosas. Sintoma comum em estados depressivos e constitui um bom indicador da resposta terapêutica aos antidepressivos.
- **Euforia** é um humor elevado, excessivamente feliz, alegria exagerada. Comum em indivíduos normais nalgumas situações (ex: ganho de lotaria, paixão) ou na mania.

3.2.4. Alterações das Funções da Conduta: conduta implícita conduta explícita

3.2.4.1. Alterações da conduta implícita (Abulia, Hiperbulia, Hipererotismo)

- **Abulia:** perda total do desejo de fazer as coisas. É frequente em depressões graves, esquizofrenia e outros quadros que inibem a conduta humana.
- **Hiperbulia:** aumento exagerado do desejo de fazer as coisas. Comum nos quadros de mania.
- **Hipererotismo:** aumento do desejo sexual. Comum nos Quadros Maníacos.

3.2.4.2. Alterações da conduta explícita (agitação psicomotora)

- **Agitação psicomotora:** é o aumento na conduta do paciente de movimentos reflexos incoordenados e inconscientes que chegam a adquirir preponderância sobre as actividades conscientes e voluntárias. Comum na esquizofrenia, psicoses tóxicas, psicoses orgânicas, síndrome demencial, atraso mental. O paciente pode chegar no serviço de urgências, na companhia de familiares ou amigos relatando alteração de comportamento caracterizado por partir objectos em casa, agredir as pessoas, andar de um lado para o outro sem destino.

3.2.5. Alterações do Julgamento: Juízo crítico

Clinicamente, o juízo crítico foca-se na capacidade dos pacientes reconhecerem que estão doentes, compreenderem que os seus problemas são resultantes do desvio da normalidade, e compreenderem que o tratamento pode ser útil para o alívio dos sintomas.

Pacientes com psicose esquizofrénica, psicose delirante persistente não têm juízo crítico em relação a sua doença e a necessidade de tratamento. Referem que estão muito bem, não necessitam de tratamento e tão pouco sabem porquê estão no hospital.

3.2.6. Alterações das Funções de Relação

Avalia as relações:

- Consigo mesmo:** Solicitando o paciente para definir-se e dizer as bases ou modelos para edificação da sua personalidade, e dizer também o que acha que os outros pensam dele.
- Com os outros:** O objectivo é identificar tipos de relações como por exemplo de dependência ou passividade, dominante (sentindo-se como líder nas suas relações humanas), comunicativo, etc. É necessário explorar também a base em que essas relações se estabelecem (insegurança, depressão).
- Com as coisas:** Procurar conhecer áres de interesse do paciente, se pela arte, literatura, ciência, cinema, religião, política, etc.

Nos transtornos mentais, por exemplo, depressivos pode se notar uma alteração das funções de relação com os outros (isolamento) com as coisas (redução do interesse pela ocupação laboral, académica, recreativa e outras actividades geralmente prazerosas).

NB: A descrição das alterações das funções psíquicas será abordada com mais detalhes na aula do exame do estado mental.

4.1. História Médica Pregressa

Registrar os antecedentes médicos, cirúrgicos e psiquiátricos relevantes. Nos psiquiátricos em particular, descrever detalhadamente as datas ou épocas dos internamentos, medicação habitual com doses, últimas consultas e se possível o nome do clínico. Podemos ter sintomas psicóticos (alucinações, delírios) em um paciente após um traumatismo craneoencefálico, malária, meningite. Podemos ter sintomatologia depressiva após uma comunicação de diagnóstico de cancro da mama ou intervenção cirúrgica. A falta da toma da medicação pode ser factor de descompensação num paciente com esquizofrenia. Pode ocorrer um agravamento do consumo do álcool e outras drogas após a amputação de um membro superior ou inferior por acidente de viação.

4.2. História Familiar

Não devem ficar restritos aos casos de psicose, epilepsia, depressão, suicídio mas deve-se obter esboço da personalidade dos pais e dos filhos. Geralmente há uma grande negação na revelação do distúrbio mental na família. Ao tratar-se de um caso de difícil diagnóstico, o conhecimento da natureza das doenças psicóticas em outros membros da família é muito útil. O relato do próprio doente a respeito das suas relações emocionais com outros membros da família é mais importante do que o dos demais. Geralmente, no caso de pacientes com alcoolismo ou outras dependências tóxicas, há uma história de consumo de drogas na família ou disfunção familiar caracterizada por violência ou negligência de cuidados aos filhos e outros dependentes.

4.3. História Pessoal e Social

Sobre a história pessoal e social, importa salientar os seguintes pontos:

- **Infância e desenvolvimento:** Inclui os dados da gravidez, do parto, desenvolvimento psicomotor nos primeiros 5 anos de vida, saúde na infância (infecções, malária), jogos infantis. Algumas crianças com atraso mental podem ter antecedentes de parto distóxico, asfixia durante o parto. Algum atraso no desenvolvimento psicomotor pode se evidenciar pelo atraso no gatinhar, andar, falar. A malária e meningite podem deixar sequelas como epilepsia.
- **Escolaridade:** Em relação à escola, referir a idade de início, nível atingido, aproveitamento, relacionamento com os colegas e professores. O relato de isolamento, a falta de amigos pode ser dado importante em pacientes com sintomas psicóticos de causa funcional, fazendo nos pensar em esquizofrenia. A dificuldade de aprendizagem e várias reprovações sem deficiências físicas (auditivas ou visuais) podem constituir achados importantes de atraso mental.
- **Puberdade e adolescência:** Em relação à adolescência indicar as, tendências, práticas sexuais e vida afectiva. Devem ser registadas as relações sociais e actividades de interesse. Os primeiros sinais de inclinações anti-sociais (roubos, mentiras) geralmente evidenciam-se nesta altura, assim como dependência exagerada dos pais ou outros parentes. É nesta altura que se formam os hábitos tais como tendência ao álcool, perversões sexuais (transexualismo, exibicionismo).
- **Idade adulta:** Em relação ao emprego mencionar a idade de início, a ordem cronológica dos vários empregos e as razões da mudança e satisfação no trabalho. A mudança frequente de emprego associada ao consumo do álcool pode ser achado de um alcoolismo problemático. O serviço militar geralmente é um teste para a estabilidade mental dos indivíduos. Geralmente indivíduos com predisposição genética para esquizofrenia, poderão precipitar os primeiros sintomas psicóticos devido ao grande stress do serviço militar. No caso de indivíduos de mais idade o registo do êxito

profissional, nível profissional atingido, frequência na mudança dos empregos, constituem elementos mais objectivos e precisos sobre a capacidade do indivíduo para adaptação social e estabilidade emocional.

Para além dos dados descritos acima, deve ser dada ênfase particular aos seguintes aspectos:

- **Hábitos tóxicos:** Referir o tipo de tóxicos consumidos, início e duração do consumo, frequência, quantidade, impacto na vida pessoal, laboral e académica, sua relação com o surgimento de alguns sintomas psiquiátricos ou após diagnóstico de uma doença médica, cirúrgica ou intervenção cirúrgica.
O surgimento dos primeiros sintomas de esquizofrenia, num adolescente com predisposição genética, pode ser precipitado pelo consumo de *Cannabis sativa* (Marijuana). O consumo de drogas num paciente com perturbação mental constitui um factor de mau prognóstico para evolução da mesma. O início ou agravamento do consumo de drogas num paciente com HIV-SIDA ou outras doenças crónicas pode constituir uma estratégia de lidar com a situação stressante.
- **História Social e Personalidade Pré-Mórbida:** Procurar descrever a personalidade do indivíduo antes do início da doença mental, suas relações sociais (união, dependência) com a família, amigos, colegas e com o trabalho (líder, organizador, agressivo, submisso, ambicioso, independente); actividades intelectuais, passatempo e interesses (livros, divertimentos): humor; carácter e hábitos (sono, alimentação). Perguntar sobre vários aspectos da sua vida:
 - **Vida sexual:** perguntar sobre como recebeu as primeiras informações sobre educação sexual e sexualidade; início, qualidade e características da vida sexual.
 - **História conjugal:** casamento, personalidade do parceiro/a, conflitos e maneira de contorna-los/resolvê-los; vida sexual; viuvez; separação; idade quando nasceram os filhos e presença ou não de crises com nascimento dos mesmos.
 - **Relacionamento com familiares e amigos:** qualidade do relacionamento com seus pais e irmãos; papel e grau de participação na família de origem.
 - **Condições actuais de vida:** onde e com quem vive; características da habitação e da vizinhança; situação financeira; hábitos e lazer. Relacionamento com colegas de trabalho, chefes, amigos. Algumas condições actuais da vida (desemprego, divórcio) podem constituir factores de stress e com alguma repercussão laboral (conflitos com os colegas no trabalho) e com estratégias inadequadas para a sua resolução (agravamento ou início de consumo de álcool para afogar as mágoas, frustrações).

4.4. Revisão Por Aparelhos e Sistemas: a revisão por sistemas é essencial, pois sintomas de diversos aparelhos/sistemas podem se manifestar como consequência de condições ou perturbações psíquica. Como exemplo citamos: hiperventilação, taquicardia num paciente ansioso, anorexia, perda de peso num paciente deprimido. Este facto reforça a não separação da mente do corpo, pois fenómenos psíquicos (ansiedade) repercutem-se ao nível do corpo (taquicardia, hiperventilação, tremores, etc).

Nalguns casos as alterações psiquiátricas são consequências das alterações orgânicas (Ex: paciente com delírios e alucinações visuais num quadro de malária cerebral ou hipertensão arterial).

Noutras situações poderá ocorrer a ocorrência co - mórbida de condições médicas e psiquiátricas (ex: imunodepressão num paciente com esquizofrenia, tuberculose ganglionar num paciente com perturbação de ansiedade, depressão num paciente com diabetes).

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1** É importante obter o contacto de familiares ou conhecidos durante a entrevista psiquiátrica dado que sempre deve-se confrontar os relatos do paciente com os dos familiares principalmente nos casos de falta de juízo crítico, comum nas perturbações psicóticas.
- 5.2** Na anamnese deve-se prestar atenção especial à particularidades da apresentação da queixa principal, história da doença actual, e a outros aspectos como: condições de desenvolvimento na infância, puberdade e adolescência, idade adulta, personalidade pré-mórbida, antecedentes médicos, aspectos da vida laboral, vida sexual, história conjugal, relacionamento com familiares e amigos, condições actuais de vida.
- 5.3** Na história familiar é importante obter dados a respeito da presença de doenças mentais, doenças crónicas e outras doenças na família, características da personalidade dos pais, irmãos e outros familiares que tenham participação efectiva e significativa na educação e sustentação emocional do paciente e número, sexo, idade, personalidade do filhos.
- 5.4** Os principais sintomas psiquiátricos podem classificar-se em alterações das funções cognitivas, afectivas, conducta, de síntese e do juízo crítico.
- 5.5** A revisão por aparelhos e sistemas é importante, dado existirem perturbações mentais com sintomas somáticos (físicos), perturbações mentais secundárias a doenças orgânicas e a ocorrência simultânea de condições orgânicas e psiquiátricas.

Disciplina	Saúde Mental	Aula	4
Tópico	Avaliação em Saúde Mental	Tipo	Teórica
Conteúdos	Exame do Paciente com Patologia Psiquiátrica – Parte 1	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

13. Conhecer as componentes do exame do paciente com patologia psiquiátrica.
14. Conhecer a importância da realização do Exame Físico em Saúde Mental.
15. Conhecer as diferenças entre o Exame Físico e o Exame do Estado Mental.
16. Identificar e explicar as principais alterações das funções de síntese ou de integração.
17. Conhecer algumas patologias que cursam com alterações das funções de síntese.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Exame do paciente com patologia psiquiátrica – Introdução		
3	Exame do Estado Mental – Alteração das Funções de Integração ou Síntese		
4	Pontos - chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia:

- Porto C, Porto A. Semiologia Médica. 6ª Edição. Guanabara Koogan, Brasil; 2009.
- Fish. Psicopatologia Clínica: sinais e sintomas em psiquiatria. Tradução da Terceira Edição inglesa. Libri - Faber, Serviços Editoriais. 2007 (Versão Portuguesa).
- Henry EY et al. Manual de Psiquiatria. 5ª Edição. Atheneu: Masson, Paris.
- Ministério da Saúde de Moçambique. Manual de Saúde Mental. 2005.
- Paula T. Trzepacz, Robert W. Baker. Exame Psiquiátrico do Estado Mental. Tradução da 1ª Edição Inglesa. Climepsi Editores, Lisboa, 2001 (Versão Portuguesa).
- Paim I. Curso de Psicopatologia. 11ª Edição. Revista e ampliada, S.Paulo: EPU; 1993.
- MEDEX International. Módulo para Formação de Técnicos de Medicina. Livro do aluno.1983.
- Mayer-Gross W, Slater E. e Roth M. Psiquiatria Clínica. Tradução da 3ª Edição inglesa. Editora Mestre, São Paulo; 1972.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2 Apresentação da estrutura da aula.

1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: EXAME DO PACIENTE COM PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA

O exame do paciente com patologia psiquiátrica é focado no exame do estado mental ou psiquiátrico, contudo, inclui também, o exame físico dos demais aparelhos e sistemas do organismo. É importante a realização do exame físico em psiquiatria para descartar condições comórbidas às perturbações mentais (ex: candidíase oral e depressão) e etiologia orgânica das perturbações mentais (ex: agitação psicomotora secundária a uma meningite bacteriana ou malária cerebral). Por outro lado, algumas perturbações mentais manifestam-se com sintomas físicos ou sintomáticos (ex: hiperventilação, taquicardia, sudorese numa perturbação de ansiedade).

É importante salientar que as perturbações mentais de causa orgânica colocam em grande risco a vida dos pacientes, por exemplo: um paciente com diabetes descompensada poderá ter agitação psicomotora e ao não ser bem avaliado será mal encaminhado privando-o assim do tratamento adequado.

2.1. Exame Físico

Abaixo, descrevem-se os aspectos a ter em conta no exame físico dos demais aparelhos e sistemas do paciente com patologia psiquiátrica:

2.1.1 Exame físico geral

Os principais aspectos a serem observados no exame físico geral são:

- Estado geral: permite a rápida avaliação do paciente para descartar sintomatologia ou patologia somática associada ou pode dar uma ideia de até que ponto a doença atingiu o organismo.
- Estado de consciência: a diminuição do estado de consciência, é um sinal de gravidade e pode estar presente numa perturbação mental orgânica (ex: malária cerebral, meningite bacteriana, intoxicação alcoólica).
- Sinais vitais: a presença de febre num paciente com alteração de comportamento, de início súbito, caracterizado por agitação psicomotora, alucinações visuais ou ideias delirantes é a favor de perturbação mental de causa orgânica. Por outro lado, pode se encontrar febre relacionada a uma doença orgânica (ex: gripe, infecção urinária) num paciente com história de perturbação mental crónica. Uma agitação psicomotora súbita num paciente com valores altos de TA, com cefaleia intensa é a favor de uma Perturbação Mental Orgânica (HTA). A frequência respiratória pode estar aumentada em alguns tipos de transtornos mentais funcionais (ex: ansiedade).
- Estado de nutrição: a perda de peso é um sintoma comum em pacientes com perturbação depressiva. Há que avaliar a presença de outros sintomas de depressão como dificuldade de dormir, falta de prazer nas actividades diárias, ideiação suicida. Geralmente a presença de doenças crónicas que cursam com a perda do peso, como um dos sintomas podem dificultar o diagnóstico da depressão.
- Exame da Pele e Mucosas

A presença de placas esbranquiçadas na mucosa orofaríngea num paciente com agitação psicomotora aguda é a favor de síndrome cerebral orgânica aguda (HIV/SIDA). Por outro lado as placas esbranquiçadas poderão estar presentes num paciente com antecedentes de seguimento em psiquiatria por outras causas (ex: Perturbação Mental Decorrente do Consumo do Alcool). A palidez, pele fria e sudoração são sintomas comuns em pacientes ansiosos. A sudorese em pacientes com história de consumo pesado de álcool, sem evidência de doença médica é comum na síndrome de abstinência alcoólica.

A presença de tatuagens e algumas picadas de agulha recentes nos pacientes com agitação psicomotora poderão ser sugestivas de perturbação mental decorrente do consumo das substâncias psicoactivas (ex: heroína, cocaína).

2.1.2. Exame do Aparelho Respiratório

Algumas perturbações mentais (ex: ansiedade), poderão apresentar sintomas somáticos (físicos) como dificuldade respiratória, dor torácica ou opressão precordial, sem evidência de compromisso orgânico. É de extrema importância descartar infecções respiratórias como pneumonia ou tuberculose, condições co-mórbidas comuns as perturbações mentais.

2.1.3. Exame do Aparelho Cardiovascular

A presença de frequência cardíaca aumentada, com palpitações associada a sintomas respiratórios na ausência de evidência de compromisso orgânico é comum nas perturbações de ansiedade.

2.1.4. Exame do aparelho gastrointestinal

A anorexia, náuseas, dor abdominal com necessidade frequente de defecar ou diarreia sem evidência de doença orgânica é comum nas perturbações da ansiedade. A anorexia é um sintoma comum em pacientes deprimidos.

2.1.5. Exame do Aparelho Genito-Urinário

A necessidade frequente de urinar associada aos outros sintomas como dor abdominal, palpitações, tremores, na ausência de doença orgânica é comum na perturbação de ansiedade.

2.1.6. Exame do Sistema Musculo-esquelético

A presença de sinais de automutilações nos pulsos ou membros superiores é comum em pacientes com esquizofrenia, perturbação depressiva e na histeria.

2.1.7. Exame do Sistema Nervoso

A presença de analgesia, anestesia, cegueira após um acontecimento de vida stressante, na ausência de evidência de lesão neurológica é comum nas reações conversivas (tipo de histeria).

Por outro lado a presença de rigidez da nuca, com febre, num paciente com agitação psicomotora súbita é a favor de um Síndrome Cerebral Orgânico Agudo (Meningite Bacteriana) e constitui uma emergência médica. O défice de memória é sintoma comum no síndrome demencial.

BLOCO 3: EXAME DO ESTADO MENTAL OU PSIQUIÁTRICO – ALTERAÇÃO DAS FUNÇÕES DE INTEGRAÇÃO OU DE SÍNTESE

O exame do estado mental constitui a principal componente da avaliação do paciente com patologia psiquiátrica, e inclui a observação do comportamento do doente, a sua descrição de forma objectiva e sem juízos de valor.

Muita da informação necessária para o exame do estado mental, é reunida e processada durante o curso da entrevista, pois em psiquiatria muitas vezes os sintomas são também sinais.

Para efectuar o exame do estado mental, para além da entrevista psiquiátrica, faz-se a observação do doente, por exemplo: reparando no seu modo de vestir, de se comportar, na expressão facial e no seu pensamento através da comunicação verbal.

Abaixo, descrevem-se as principais alterações observáveis ao exame do estado mental. Para fins didácticos, estas serão descritas por funções psíquicas.

3.1. Alteração das Funções de Integração ou Síntese

3.1.1. Alterações da Consciência

As alterações da consciência são observadas habitualmente nos transtornos mentais de causa orgânica.

A maior parte das alterações da consciência cursa com diminuição da mesma, embora possam ocorrer estados de consciência aumentada como resultado das drogas estimulantes, mania e esquizofrenia. As principais, são as seguintes:

- **Sonolência:** Caracterizada pela lentificação dos processos mentais, com predisposição para dormir na ausência de estímulo externo. Comum em pacientes sob efeito da medicação

(antipsicóticos, benzodiazepinas). Neste caso, do ponto de vista psiquiátrico, é impossível a entrevista com o doente.

- **Turvação da consciência:** cursa com graus menores de diminuição da consciência e com deterioração no pensamento, atenção, percepção e memória. O doente não consegue reconhecer e discriminar os estímulos do meio ambiente de pouca e média intensidade, captando apenas os estímulos fortes. Durante a entrevista temos que falar alto, repetir as perguntas e mesmo assim, a pessoa entende com muita dificuldade. Quando se recuperam, os doentes não se recordam do acontecido durante esse período.
- **Coma:** estado de total inconsciência, diferente da sonolência onde o paciente está consciente. Há uma perda mais profunda de consciência, sem contacto com o meio. Não se consegue acordar o doente, mesmo com estímulos intensos e repetitivos.
- **Estado Crepuscular:** Há um estreitamento transitório da consciência, com a conservação de uma actividade mais ou menos coordenada. Associa-se ocasionalmente com as convulsões do lobo temporal da epilepsia. As implicações legais desta condição têm sido usadas como uma defesa para o comportamento violento de algumas pessoas que posteriormente apresentam amnésia.
- **Delírium:** trata-se de uma perturbação da consciência acompanhada de muitas alucinações visuais, auditivas e tácteis. É uma emergência médica. Aquela causada por abstinência de álcool denomina-se **Delírium tremens** e ocorre entre 24h a 7 dias após interrupção da ingestão do álcool.
- **Estupor:** caracterizada pela redução das funções de relação (fala, acção). Há incapacidade de iniciar a fala ou acção em um paciente que parece desperto e até mesmo alerta. Comum nas doenças orgânicas (lesões cerebrais) e nas doenças funcionais (ex: esquizofrenia, mania, histeria).

As alterações com diminuição da consciência são comuns nos síndromes cerebrais orgânicos agudos (malária cerebral, meningite, hipoglicémia, TCE) e implicam o compromisso das restantes funções de síntese.

3.1.2. Alterações da Orientação

A sua perturbação primária designa-se por desorientação, que pode ser:

- **Desorientação no Tempo:** o indivíduo não sabe dizer o ano, mês, dia e hora em curso.
- **Desorientação no Espaço:** neste caso o doente não é capaz de identificar a cidade, bairro ou lugar onde se encontra naquele momento. Não consegue identificar o espaço circundante.
- **Desorientação auto psíquica:** o doente não é capaz de se identificar, isto é, dizer o seu nome, idade, ocupação, etc.
- **Desorientação alo psíquica:** o doente não é capaz de dizer o nome de seus familiares, parentes próximos, de reconhecer o enfermeiro trajado que presta cuidados, vizinhos, colegas de profissão, etc.

3.1.3. Alterações de Memória (quantitativas e qualitativas)

3.1.3.1. Alterações Quantitativas da Memória

- **Amnésia:** É a perda total ou quase total das lembranças referentes a um determinado período de tempo ou relacionado a uma série de fenómenos ou acontecimentos. Na total a pessoa não consegue evocar, trazer para a consciência, lembrar acontecimentos de algum período da sua vida. Observa-se em enfermidades de origem traumática, tóxica ou infecciosa. Existem 3 tipos de amnésia, nomeadamente: anterógrada, retrógrada e lacunar.
 - Amnésia anterógrada: quando a pessoa não se recorda de factos ocorridos depois de uma doença ou acontecimento;
 - Amnésia retrógrada: quando há perda de memória em relação à factos ocorridos antes de uma doença cerebral, por exemplo: acidente vascular cerebral.

- Amnésia lacunar ou parcial: refere-se a perda de memória durante um certo período (recorda outros acontecimentos ocorridos simultaneamente). Esta é mais típica em enfermidades psicotraumatizantes como a histeria.
- **Hipomnésia:** É a diminuição das capacidades de memória.
- **Hipermnésia:** quando existe um aumento significativo da capacidade da memória de evocação. Os pacientes com hipermnésia recordam acontecimentos que pareciam não ter sido motivo de atenção e que os mesmos sejam esquecidos de novo ao desaparecer a enfermidade ou mudar seu estado. Comum em estados não patológicos de morte eminente (afogamento) e em pacientes com perturbações da inteligência.

3.1.3.2. Alterações Qualitativas da Memória

As alterações qualitativas da memória denominam-se, de modo geral, de **Paramnésias**. São as seguintes:

- **Fenómeno “do já visto”:** onde o indivíduo tem a impressão de que a vivência actual já foi experimentada no passado. É frequente na Epilepsia do Lobo Temporal e em Estados de Fadiga.
- **Fenómeno “do jamais visto”:** onde o paciente é incapaz de reconhecer um ambiente por mais familiar que seja.
- **Confabulações:** são memórias inventadas com que o doente preenche as suas lacunas mnésicas. O paciente recorda como reais, factos e acontecimentos que não ocorreram. Podem ter um conteúdo fantástico, totalmente irreal, absurdo. Comum no Alcoolismo Crónico com défice de memória.
- **Ilusões Mnésicas:** formação de lembranças acrescentando elementos falsos. É frequente na esquizofrenia onde se verificam falsos reconhecimentos, como por exemplo: identificando o médico ou o enfermeiro como uma pessoa da sua família.
- **Alucinações Mnésicas:** criações imaginativas que não correspondem a nenhuma imagem de épocas passadas. Comum nas Perturbações Psicóticas.
- **Criptomnésia:** onde as lembranças da memória são falsas porque perdem as suas qualidades e aparecem como factos novos ao doente. Os idosos em idade avançada em sua conversação podem contar uma história como nova, quando a mesma, poucos minutos antes, tinha sido relatada entre as mesmas pessoas. Comum na Demência Senil.
- **Ecmnésia:** cursa com uma revivência muito intensa (às vezes de breve duração) de lembranças anteriores que pareciam ter sido esquecidas (Hipnose, Histeria).

3.1.4. Alterações da Atenção e Concentração

Se a consciência for comparada ao palco onde decorre a nossa actividade psíquica, a atenção corresponderá à zona desse palco que é iluminada por um foco. A atenção é frequentemente captável pelos estímulos significativos.

Existem duas formas de atenção, nomeadamente activa e passiva. Atenção Activa é a capacidade de captar e reconhecer estímulos significativos. O contrário acontece com a Atenção Passiva que é a capacidade para captar estímulos que estão por volta do estímulo principal.

3.1.4.1. Alterações da Atenção Activa

- **Distractibilidade:** Há uma diminuição da atenção activa (distráído), o pensamento está “no ar”, a pessoa não consegue concentrar-se, manter a atenção. Comum na Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA).
- **Hiper Concentração:** Aumenta a atenção activa (muito concentrado), diminui a capacidade para captar estímulos secundários (diminuição da atenção passiva), a pessoa não se apercebe do que acontece à sua volta. Comum na Mania, Esquizofrenia, e com uso de Drogas Psicoestimulantes (Anfetaminas, LSD).
- **Hipoprosexia:** consiste no enfraquecimento acentuado da atenção. Comum na Embriaguez Alcoólica Aguda, Perturbações Mentais Orgânicas, Estados Depressivos, Debilidade Intelectual.
- **Aprosexia:** cursa com ausência absoluta de atenção. Comum na Debilidade Intelectual Grave.

3.1.4.2. Alterações da Atenção Passiva

- **Híper Vigilância:** A atenção passiva está exageradamente aumentada, o doente consegue aperceber-se de estímulos secundários. Comum na Ansiedade.

Nota: a descrição das alterações das restantes funções psíquicas será feita na aula 5.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1. O exame do estado mental constitui a principal componente da avaliação do paciente com patologia psiquiátrica, e inclui para além da entrevista psiquiátrica, a observação do comportamento do doente e a sua descrição de forma objectiva e sem juízos de valor.
- 4.2. É importante a realização do Exame Físico dos demais aparelhos e sistemas em psiquiatria para descartar condições co - mórbidas às perturbações mentais, etiologia orgânica das perturbações mentais e perturbações mentais com manifestações somáticas ou físicas.
- 4.3. As alterações com diminuição da consciência são comuns nas síndromes cerebrais orgânicas agudos (malária cerebral, meningite, hipoglicémia, TCE) e implicam o compromisso das restantes funções de síntese.
- 4.4. Alterações com diminuição da atenção podem ser resultado da falta de interesse (depressão, esquizofrenia), déficit intelectual (debilidade intelectual, demência) ou por alteração da consciência (delirium).
- 4.5. As principais formas de perturbação da orientação são: desorientação temporal, espacial, alo psíquica e auto psíquica.

Disciplina	Saúde Mental	Nº da Aula	5
Tópico	Avaliação em Saúde Mental	Tipo	Teórica
Conteúdos	Exame do Paciente com Patologia Psiquiátrica – Parte 2	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

18. Identificar e explicar as principais perturbações das funções Cognitivas, Afectivas, de Conduta e do Julgamento.
19. Conhecer algumas perturbações mentais que cursam com alteração das funções cognitivas, afectivas, de conduta, julgamento e de relação.
20. Conhecer as consequências da ausência de juízo crítico relativamente a evolução de algumas patologias.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Alteração das Funções Cognitivas		
3	Alteração das Funções Afectivas, de Conduta, Julgamento e de Relação.		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia

- Porto CC, Porto AL. Semiologia Médica. 6 ed. Brasil: Guanabara Koogan; 2009.
- MISAU. Manual de Saúde Mental. 2005
- Menéndez, R. G. (1988). Psiquiatria Para Médicos Generales. Edición: Lic. Mercedes Caparrós Chávez,
- MEDEX Internacional. Guia de treinamento para trabalhos de saúde de nível médio – caderno do aluno (Mid level health workers training module – Student text). 1983.
- Mayer-Gross, Slater e Roth. Psiquiatria Clínica – Tradução da 3ª Edição inglesa, Editora Mestre – S. Paulo, 1972
- EY, H et al., Manual de Psiquiatria. 5ª Edição. Masson

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: ALTERAÇÃO DAS FUNÇÕES COGNITIVAS

Nesta aula será dada continuidade à descrição das alterações das funções psíquicas por área, iniciando neste bloco com as alterações das funções cognitivas, que se subdividem em alterações da sensação, percepção e do pensamento:

2.1 Alterações das Sensações

2.1.1 Alterações Quantitativas das Sensações

As alterações quantitativas são queixas observadas frequentemente em quadros neuróticos e neurológicos focais. As principais são as seguintes:

- **Anestesia:** Falta total da sensibilidade para um ou vários estímulos sensoriais actuando sobre o receptor adequado, podendo ser para a luz (cegueira), ao som (surdez), ao contacto do corpo (anestesia táctil), etc. É comum nas doenças neurológicas focais e na histeria.
- **Analgesia:** consiste na abolição da sensibilidade dolorosa. Comum nas doenças cerebrais focais e na catatonia. A catatonia é consequência de alteração psicótica grave, cursa com diminuição acentuada da actividade motora, o paciente pode manter posição fixa durante longo período de tempo.
- **Hipoestesia:** Trata-se da diminuição da sensibilidade, podendo ser hipoestesia táctil, hipoacúsia, etc. Comum em Pessoas Normais, na Depressão e no Estupor.
- **Hiperestesia:** as sensações são sentidas desproporcionalmente intensas, por exemplo, uma conversa normal entre pessoas é percebida como barulho intenso intolerável, a luz diurna é percebida com muita intensidade produzindo cegueira. Comum na Mania, Epilepsia.

2.1.2 Alterações Qualitativas das Sensações

- **Parestesias:** Refere-se a sensações inadequadas que não têm relação com o estímulo que habitualmente o produz. Por exemplo a roupa pode produzir formigueiro, o contacto de um corpo pode produzir sensação de intenso frio ou calor, a picada com uma agulha pode causar uma sensação de frio em vez de dor.
- **Cenestopatias:** Sensações imprecisas e desagradáveis que o doente refere virem dos órgãos internos que habitualmente não produzem, como por exemplo sentir calor nos rins ou formigueiro no fígado.

O estudo das alterações das sensações é importante pois há quadros psiquiátricos que cursam com sintomas neurológicos sem evidência de uma afeção neurológica (ex: histeria, esquizofrenia).

2.2 Alterações das Percepções

- **Ilusões:** É a percepção deformada de um objecto real presente no campo sensorial. Por exemplo quando, num quarto escuro percebemos como se fosse imagem duma pessoa um chapéu e um casaco pendurados, neste caso fala-se de ilusão visual.
- **Metamorfose:** É a ilusória percepção de objectos reais nos quais estão alteradas as suas qualidades morfológicas e espaciais. O paciente percebe como menores, maiores ou com outra forma que o habitual, sem que deixe de os reconhecer. É uma vivência dinâmica durante a observação, os objectos vão aumentando ou diminuindo de tamanho, mudando de forma ou de posição. A metamorfose é uma componente importante dos síndromes oníróides e do crepuscular.
- **Alteração do esquema corporal:** É uma ilusória percepção do esquema corporal. O paciente percebe o seu corpo modificado na forma e no tamanho, nuns casos em todo corpo, e noutros

em partes do corpo (geralmente a cara, as extremidades e os órgãos genitais). Este sintoma é frequente na síndrome esquizofrénica.

- **Alucinações:** Trata-se da percepção de um objecto que não se encontra no campo sensorial do sujeito. O indivíduo acredita no fenómeno, como sendo imagens nítidas, com valor emocional variável, isto é, o indivíduo pode permanecer completamente indiferente ou até chegar ao suicídio como acontece nos estádios iniciais da esquizofrenia.

De acordo com o órgão sensorial afectado podemos falar de alucinações auditivas, visuais, tácteis, olfactivas e gustativas.

- **Alucinações auditivas:** são as mais frequentes. Podem ser elementares ou simples (ruídos, zumbidos) ou complexas como é o caso das vozes, em que o doente pode ouvir uma única voz que repete uma palavra ou frases completas, ou muitas vozes que mantêm entre si uma conversa (vozes dialogadas).
- **Alucinações tácteis** são frequentes em perturbações mentais tóxicas. Os doentes sentem que, pequenos animais como baratas, aranhas, percevejos, pulgas, piolhos e formigas, andam sobre a pele. Acontece no delírium tremens onde os doentes, durante a observação, tentam retirar esses animais e colocar sobre a mesa para mostrar ao clínico que naturalmente não os vê.
- **Alucinações visuais** são características de algumas intoxicações (cocaina, álcool) ou de Perturbações Mentais Orgânicas.
- **Alucinações Olfactivas e Gustativas**, apresentam-se quase sempre juntas e são relativamente raras. Geralmente o paciente relata ser perseguido por sensações ou cheiros desagradáveis de mau odor, de carne estragada, de pano ou lixo queimado. Em algumas situações o mau cheiro parece vir do próprio corpo. Comum na Esquizofrenia.

Pseudoalucinação: falsa percepção, localizada fora do campo sensorial do paciente, em locais normalmente não perceptíveis. Ex: “.. escuto vozes dentro da minha cabeça...”, “sinto cheiro desagradável dentro da minha cabeça...”.

2.3 Alterações do Pensamento

Podemos classificar as alterações do pensamento de acordo com a origem, curso e conteúdo.

2.3.1 Alterações da Origem do Pensamento

- **Pensamento irreal ou pensamento ilógico:** O pensamento baseia-se em vivências irreais, sejam estas alucinatórias, despersonalizações, desrealizações ou vivências fantásticas.
- **Pensamento autista:** O pensamento origina-se em vivências que não correspondem com a realidade, com muitas fantasias e percepções patológicas, com a particularidade de mudanças internas no sistema simbólico. O pensamento dirige-se para si próprio, onde o indivíduo cria os seus próprios símbolos. O indivíduo é incapaz de estabelecer relações normais com o ambiente. É uma manifestação comum a todas formas de esquizofrenia.

2.3.2 Alterações do Curso do Pensamento

A linguagem é a forma através da qual se exprime o pensamento. A conversa é a melhor maneira de explorar o pensamento, as ideias.

- **Aceleração do pensamento:** As ideias cursam com rapidez, diminuindo o tempo entre a pergunta e a resposta, as pausas são mínimas, respondendo rápido e a conversa decorre com maior velocidade. É o exemplo do que acontece nas manias.
- **Lentificação do pensamento:** as ideias cursam com lentidão, aumento do tempo entre a pergunta e a resposta. O pensamento é lento, arrastado com pausas longas. Comum nos Síndromes Depressivos.
- **Prolixidade ou circunstacialidade do pensamento:** Consiste na incapacidade que o doente revela de separar o essencial do secundário. O doente perde-se a todo instante em pormenores desnecessários. Quando se interrompe o paciente na sua narrativa, pode retornar ao mesmo ponto ou iniciar utilizando sempre as mesmas palavras, mesmas imagens

e a mesma argumentação. A conversa torna-se cansativa. A prolixidade é característica das epilepsias e demências.

- **Fuga de ideias:** constitui a forma extrema do pensamento acelerado, com variação incessante do tema e incapacidade de exprimir o pensamento até o fim. Comum nos Síndromes Maníacos.
- **Roubo de pensamento:** O doente sente que outras pessoas lhe roubam o pensamento. Pode estar presente na esquizofrenia.
- **Divulgação do pensamento:** Sentimento de que os pensamentos são divulgados, não precisando o doente de responder à entrevista.
- **Perseveração do pensamento:** cursa com a repetição da mesma ideia ou conjunto de ideias e, ao tentarmos mudar o tema da conversa, o paciente insiste no mesmo tema. Comum nos Síndromes Cerebrais Orgânicos (Demência, Epilepsia).
- **Desagregação do pensamento:** cursa com associação de conceitos e frases incongruentes, com uma correcta relação gramatical entre uma frase e a outra, mas sem lógica e nem nexos entre elas Ex:” você tirou o casaco, minha pasta enche de ar..” .Comum na Esquizofrenia, Perturbação Delirante.
- **Incoerência do pensamento:** Conjunto incompreensível de palavras. Não é possível construir uma frase. É um sintoma fundamental da síndrome confusional e da síndrome esquizofrénica.

2.3.3 Alterações do Conteúdo do Pensamento

- **Ideia sobrevalorizada:** Trata-se de uma ideia real, onde o indivíduo atribui um valor ou importância que na verdade não tem, devido ao seu estado emocional ou afectivo, compreensíveis pela personalidade e situação do indivíduo. **Ideia fixa:** Também refere-se a uma ideia real que aparece na consciência do indivíduo contra a sua vontade, persistentemente. É reconhecida como estranha, e a pessoa não consegue afastar-se dela.
- **Ideia obsessiva:** Tem as características da ideia fixa. Aparece no campo da consciência do indivíduo contra a vontade e de forma repetida. É reconhecida pelo doente como não tendo lógica. O indivíduo tem crítica sobre ela e, surge a ansiedade na tentativa de evitar a ideia. Exemplos de obsessões incluem pensamentos de que matou uma criança, que as mãos estão infectadas por micro-organismos que deixou o forno ligado ou a porta aberta. Comum na Perturbação Obsessiva Compulsiva (POC)
- **Ideia fóbica:** É o medo de um objecto ou situação que não representa um perigo real. Exprime medo sem motivo. Porém o doente não consegue evitar a presença da ideia nem o medo. Esse medo é reconhecido pelo doente como irracional, sendo no entanto incapacitante. Frequentemente o medo está relacionado com um animal, algo ou uma situação específica. Muitas vezes o paciente adopta atitudes para evitar a situação. A fobia pode ser acompanhada de sintomas resultantes da hiperactividade do sistema nervoso autónomo. Os tipos mais frequentes são a fobia social, a agorafobia ou medo de espaços abertos, as fobias simples como a claustrofobia (medo dos espaços fechados), xenofobia (medo de estrangeiros), etc.
- **Ideia delirante:** Significa conjunto de juízos falsos, que se desenvolvem em condições patológicas pré-existentes, que não se corrige pela lógica. A ideia delirante é caracterizada por não ser real nem verdadeira, ser ilógica e de conteúdo absurdo, traduzir uma doença, ser persistente e constante, ser irreductível isto é, não se corrigir pela experiência nem argumentação lógica.

Quanto ao conteúdo as ideias delirantes podem classificar-se em:

- Ideias delirantes de dano ou prejuízo onde o paciente pensa que as outras pessoas conhecidas ou não a querem provocar algum dano a si ou a seus familiares, a seus bens, julga-se vítima de injustiça de toda ordem, não só no trabalho como nas suas ambições (frequente na síndrome paranóide);

- Ideias delirantes de perseguição quando o pensamento é de perseguição da sua pessoa, seus familiares, bens etc. Percebe que o indivíduo ou grupo de indivíduos pretendem difamá-lo, maltratá-lo ou mesmo matá-lo (sintoma fundamental da síndrome paranóide);
- Ideias delirantes de referência onde o doente pensa que as pessoas que o rodeiam falam sobre ele, que se riem dele, que prestam atenção nele, procurando descobrir seus defeitos e erros (sintoma fundamental da síndrome paranóide);
- Ideias delirantes de grandeza onde o paciente sente-se superior aos demais em saúde, capacidades intelectuais e força física, acredita ser descendente de uma ilustre família ou ocupar altos postos no exército (delírio ambicioso), acreditando ter inventado aparelhos especiais e feito descobertas científicas (delírio de invenção);
- Ideias delirantes de auto-acusação em que o paciente acusa-se, referindo ter cometido crimes, ser culpado e por vezes arrependido das “faltas” cometidas. As ideias delirantes de auto-destruição, de morte de familiares chegados, de decomposição do próprio corpo são frequentes nos quadros depressivos graves;
- Ideias delirantes de negação onde o doente pode chegar ao ponto de negar a sua existência.
- Ideia delirante hipocondríaca ou somática há preocupações e queixas de natureza somática e de natureza orgânica, na grande maioria das vezes referente à doenças graves (tuberculose, tumor cerebral, Sida) julgando-se sem possibilidade de cura.
- Delírio de ciúme, manifesta-se na esquizofrenia paranóide onde o delírio de ciúme tem grande significado do ponto de vista médico-legal. Nos casos em que adquire a forma de delírio de infidelidade conjugal, o doente está convencido de ser enganado ou que tentam enganá-lo e mantém uma vigilância contínua em torno da esposa/so.
- O delírio erótico é uma variedade de delírio ambicioso. Geralmente, está orientado para artistas de teatro, cantoras populares, pelos quais o doente encontra-se perdidamente apaixonado. Os pacientes estão inteiramente certos de que são correspondidos e, para reforçar esta crença, interpretam os gestos e o olhar do artista no palco como provas de amor. Algumas vezes, quando se trata de paciente do sexo feminino, o delírio erótico pode manifestar-se em relação ao médico, determinando mal entendidos e até escândalos nos jornais.
- Delírio de influência, os pacientes sentem-se vítimas de influências telepáticas, de radiações, de choques eléctricos, que lhes são aplicados à distância através de aparelhos especiais. Os doentes referem-se a máquinas, especialmente inventadas, com ajuda dos quais os inimigos agem sobre a sua pessoa, causando-lhe pensamentos estranhos.

2.4 Inteligência

O objectivo de avaliar a inteligência é determinar o nível intelectual. Muitas vezes o clínico confia nas capacidades verbais do paciente expressas durante a entrevista (forma incompleta de avaliação porque não tem em conta os aspectos não-verbais da inteligência). Estima-se fazendo a relação entre o nível de escolaridade atingido e o nível de conhecimentos gerais observáveis durante a entrevista. O ideal é aplicação de testes psicométricos padronizados, porém esta abordagem é realizada ao nível do especialista

BLOCO 3: ALTERAÇÃO DAS FUNÇÕES AFECTIVAS, DE CONDUTA, JULGAMENTO E DE RELAÇÃO

3.1. Alteração das Funções Afectivas

Podem ser quantitativas ou qualitativas:

3.1.1 Alterações Quantitativas do Afecto

- **Atímia:** A resposta do sujeito em termos de afectos está abolida.
- **Hipotímia:** Verifica-se uma diminuição do estado do humor.

- **Hipertímia:** Há uma elevação do estado do humor. Verifica-se um estado de completa satisfação e felicidade. Observável nos quadros hipomaniacos e maníacos, na embriaguez alcoólica e demência senil.

3.1.2 Alterações Qualitativas do Afecto

- **Euforia:** Estado de ânimo vivenciado com prazer e alegria. A pessoa não consegue explicar ou justificar a sua alegria. Comum em pessoas normais e na Mania.
- **Moria:** Trata-se aqui dum estado especial de alegria própria dos pacientes com atraso mental severo, com tumor cerebral frontal e demência senil. Há instabilidade do humor e os pacientes riem-se as gargalhadas por tudo.
- **Tristeza patológica:** É o sintoma nuclear da depressão, mas não exclusivo. Representa diminuição do estado de ânimo, de insatisfação, acompanhada de marcados sintomas físicos, cuja duração e intensidade é desproporcional ao estímulo desencadeante.
- **Ansiedade:** A ansiedade antecipa uma vivência cujo fim gostaria de se conhecer pela probabilidade de ser agradável. É caracterizada por manifestações subjectivas e objectivas. As manifestações subjectivas são descritas como uma sensação de opressão precordial, medo insegurança, sensação de que alguma coisa desagradável vai acontecer. As manifestações objectivas englobam sintomas físicos que acompanham a emoção do medo: cardiovasculares (palpitações, dor precordial, taquicárdia, hipertensão arterial), respiratórios (opressão torácica, dispneia, falta de ar), digestivos (anorexia, náuseas, vômitos, obstipação, diarreia), urinários (urgência urinária), cutânea (palidez, pele fria, sudoração, “pele de galinha”) e sintomas gerais (cefaleias, insónia).
- **Disforia:** Estado de mal-humor impreciso, de irritabilidade. Pode ser referido na epilepsia, demência e depressão.
- **Indeferença afectiva:** É a falta de resposta emocional aos estímulos que habitualmente produz.
- **Embotamento afectivo:** É o grau máximo de indiferença afectiva. O sujeito não mostra mudanças na mímica.
- **Ambivalência afectiva:** Perante a mesma situação o sujeito reage emocionalmente nos dois sentidos contrários, como por exemplo sentir ódio e amor ou alegria e tristeza ao mesmo tempo.
- **Dissociação ideo – afectiva:** Aqui a reação emocional é contrária àquela que normalmente se produz. Por exemplo quando o sujeito sente alegria ao tomar conhecimento da morte de um familiar ou amigo.

3.2. Alteração das Funções de Conduta

Esta área engloba a linguagem, actividade motora e hábitos (de higiene, de sono, de alimentação e sexuais) e deve ser avaliada em duas fases, nomeadamente, a fase preparatória e a fase de acção. A fase preparatória é a fase de pensamento ou de ideias (conduta implícita) enquanto que a fase de acção (conduta explícita), corresponde à fase de comportamento observável.

3.2.2 Alterações da Fase Preparatória da Conduta (Conduta Implícita)

- **Abulia:** Perda total do desejo de fazer as coisas. É frequente em depressões graves, esquizofrenia e outros quadros que inibem a conduta humana.
- **Hipobulia:** Há diminuição do desejo de fazer qualquer actividade. Frequente nos quadros de depressão.
- **Hiperbulia:** Aumento exagerado do desejo de fazer as coisas. Observável nos quadros de mania.

3.2.3 Alterações da Fase de Acção da Conduta (Conducta Explícita)

3.2.3.1. Alterações dos Movimentos voluntários e Involuntários

Podem ser quantitativas ou qualitativas:

Alterações Quantitativas

- **Acinésia:** Perda total dos movimentos voluntários. O doente pode ficar horas na mesma posição. É elemento típico do estupor melancólico (depressão endógena grave).
- **Hipocinésia:** Também denominada de inibição motora é a diminuição, lentificação e pobreza de todos movimentos principalmente os voluntários. É sintoma fundamental da síndrome afectivo-depressivo de nível psicótico.
- **Hipercinésia ou hiperactividade:** Aumento da actividade motora voluntária. Comum na Perturbação de Hiperactividade com Défice de atenção e na Mania.
- **Agitação psicomotora (APM): constitui a principal causa de urgências psiquiátricas.** É o aumento na conduta do paciente de movimentos reflexos incoordenados e inconscientes que chegam a adquirir preponderância sobre as actividades consciêntes e voluntárias. Os actos do paciente com APM são incompreensíveis e desordenados e este não sabe dizer porquê, como e para quê realiza os actos. Comum na confusão mental, agitação catatónica, os ataques “histéricos”, o estado crespucular.

Alterações Qualitativas

- **Ecopráxia:** Imitação e repetição inconsciente dos movimentos e actos que o doente observa no meio à sua volta.
- **Actos compulsivos:** Geralmente estão precedidos por ideias obsessivas. O acto compulsivo é ritual ou sequência dos movimentos que o doente realiza para evitar ansiedade. Observável na perturbação obsessiva compulsiva.
- **Actos impulsivos:** São actos simples, isolados, súbitos, involuntários e sem finalidade.
- **Maneirismos:** Actos ou movimentos complicados, desnecessários para a realização de uma determinada tarefa, mas que aparecem com maior ou menor regularidade em certas actividades do paciente. São frequentes na perturbação esquizofrénica.
- **Negativismo:** Tendência permanente e instintiva a reagir contra toda solicitação do mundo exterior, qualquer que seja a sua natureza. Característico dos quadros catatónicos.

3.2.3.2 Alterações das Necessidades (Sono, Alimentação, Defesa, Sexual, Relação)

Conducta do Sono e Higiene

- **Insónia:** é a dificuldade de dormir e pode ser vespertina ou inicial (afecta a etapa inicial do sono, comum na ansiedade), matutina ou terminal (afecta a etapa final do sono, comum na depressão), intermitente (há interrupção frequente do sono, comum em estados asténicos).
- **Hipersónia:** aumento da necessidade de sono e pode ocorrer na hipertensão intracranéana e é de grande valor para o clínico geral. Pode ocorrer de forma infrequente nas depressões.
- **Diminuição dos hábitos de higiene:** é de grande significado para o diagnóstico de doenças que modificam de forma permanente a personalidade do indivíduo no caos da esquizofrenia ou de algumas demências

Conduta Alimentar

- **Anorexia:** Perda parcial ou total do apetite ou desejo de ingerir alimentos. Há uma alteração do instinto de conservação da vida. Pode ser de causa psíquica ou orgânica. Comum na Anorexia Nervosa e em Síndromes Orgânicas
- **Bulímia:** Apetite exagerado sem atingir sensação de saciedade. Há sensação permanente de fome e uma necessidade de ingestão incontrolada de grande quantidade de alimentos. Comum na Excitação Maníaca e Debilidade Mental Grave.
- **Coprofagia:** É o desejo e prática de ingerir fezes e outras substâncias orgânicas em decomposição. Comum na Debilidade Mental
- **Potomania:** Tendência a ingerir exageradamente líquidos, habitualmente água.

- **Onicofagia:** Tendência a roer unhas. Comum em indivíduos neuróticos (que lidam muito mal com o stress e experienciam stress mesmo na sua ausência).
- **Pica:** Desejo de ingerir substâncias inorgânicas como areia, pedra, carvão etc.
- **Mericismo:** Hábito que as pessoas têm de fazer com que os alimentos voltem do estômago à boca. O fenómeno é acompanhado de ansiedade pela incapacidade para inibir a repetição da regurgitação.
- **Malácia:** Perversão do apetite que leva o doente a comer coisas extravagantes como cinza, madeira, papel, sabão, animais (baratas, minhocas, vermes). Observável nos quadros de debilidade mental grave e na demência senil.

Conduta Sexual

- **Hipererotismo:** Aumento do desejo sexual. Comum na Excitação Maníaca.
- **Exibicionismo:** Exibir publicamente órgãos genitais à distância com tendência a repetir nas mesmas horas e nos mesmos locais. Muitos exibicionistas praticam tal acto nos elevadores, quando apercebem que uma mulher apanha o elevador sozinha. Comum no Exibicionismo (perversão sexual).
- **Sadismo:** Tendência mórbida a obter satisfação sexual causando dor física ou moral ao parceiro. Pode dar problemas sociais e médico - legais no caso de ocorrer um homicídio.
- **Masochismo:** Aqui há necessidade erótica de ter sentimentos dolorosos ou sofrimento moral, sensações provocadas pelo próprio indivíduo ou pelo companheiro da relação sexual.
- **Fetichismo:** É a transferência dos interesses eróticos para determinadas partes do corpo feminino como seios, nádegas, coxas, cabelos, mãos, onde se fixa de maneira persistente. Em outros casos, manifesta-se como interesse de excitação erótica dirigida para alguns dos componentes do vestuário íntimo feminino, como soutiens, calcinhas, meias.
- **Necrofilia:** Prazer em fazer sexo com cadáveres.
- **Pedofilia:** Preferência sexual por crianças, usualmente no início da puberdade. Alguns pedófilos são atraídos apenas por meninas, outros por meninos e outros ainda por ambos sexos.

Conduta relacionada com necessidade de defesa

- **Auto - mutilação:** É a forma mais grave de diminuição da necessidade de defesa. Há afeção voluntária da integridade física do paciente. Pode ocorrer em casos de esquizofrenia, atraso mental, epilepsia e também na histeria.
- **Suicídio:** É a expressão máxima de auto - mutilação. Comum nas perturbações afectivas, síndromes depressivos de nível psicótico e na esquizofrenia.

Conduta relacionada com necessidade de relação

- **Isolamento:** há isolamento ou distanciamento do grupo social do paciente, comum na depressão.
- **Hipersocialização:** há aumento exagerado do contacto do paciente para com os grupos sociais, comum na excitação maníaca.

3.2.2.4. Alterações da Linguagem

Como já referimos a linguagem é a forma de exprimir o pensamento. Ela pode ser verbal e não-verbal.

Alterações da Linguagem Verbal

- **Bradilália:** Diminuição da velocidade de expressão como resultado da lentificação dos processos psíquicos e do curso do pensamento. Comum nos Síndromes Depressivos.

- **Taquilália:** Neste caso acontece o contrário. Há uma aceleração dos processos psíquicos. O doente fala rápido e muitas palavras ao mesmo tempo. Comum na Mania (fase de excitação).
- **Logorreia:** Trata-se de um discurso rápido com muitas palavras e ideias por vezes não relacionadas. Maneira incessante de falar. É comum nos casos de agitação psicomotora, estados maníacos e na embriaguês patológica.
- **Mussitação:** É a expressão da linguagem em voz muito baixa, o paciente movimenta os lábios de forma automática produzindo som confuso. Sintoma da Esquizofrenia.
- **Solilóquio:** Conversa em que o indivíduo desenvolve diálogo consigo próprio, ele pergunta e responde. Comum nas Psicoses.
- **Coprolália:** Utilização de palavras ousadas no seu discurso.
- **Ecolália:** É a repetição, como um eco, das últimas palavras que chegam ao ouvido do doente. Observa-se em doentes catatónicos.
- **Neologismos:** São palavras criadas pelos doentes ou palavras já existentes que são empregues com outro sentido. É um sintoma comum, na esquizofrenia paranóide.

Alterações da Linguagem não-Verbal

Podem ser evidenciadas por alterações nos movimentos de expressão facial (mímica) que servem para manifestar estados afectivos, a gesticulação e os movimentos do tronco:

- **Hipermímia:** há aumento da energia, rapidez e duração dos movimentos mímicos e uma certa facilidade na produção dos movimentos expressivos e com abundante gesticulação. Comum na excitação maníaca.
- **Hipomímia:** cursa com redução dos movimentos expressivos da face e lentidão na mudança das expressões faciais, acompanhado de gesticulação reduzida. Comum nos estados depressivos, na obnubilação da consciência, demência grave, estados estuporosos
- **Amímia:** caracterizada pela ausência de qualquer expressão emocional na mímica. Alguns pacientes apresentam imobilidade na face com a testa voltada para cima, olhar fixo ou com as pálpebras cerradas. Comum na Demência Profunda, Catatonia, Estados Estuporoso.

3.3 Alteração do Julgamento (Juízo Crítico)

Qual a atitude do doente em relação ao seu estado actual? Considera-se uma pessoa com doença mental? Que necessita de tratamento? No caso dos pacientes referirem que não estão doentes e tão pouco precisam de tratamento, fica claro sobre a sua falta de juízo crítico sobre a sua doença e a necessidade de tratamento. É comum em quadros psicóticos como a psicose esquizofrénica, a psicose delirante persistente. A falta de juízo crítico sobre a doença é sinal de mau prognóstico relativamente a evolução da doença.

3.4. Funções de Relação

Avalia relações:

- g. **Consigo mesmo:** Solicitando o paciente para definir-se e dizer as bases ou modelos para edificação da sua personalidade, e dizer também o que acha que os outros pensam dele.
- h. **Com os outros:** O objectivo é identificar tipos de relações como por exemplo de dependência ou passividade, dominante (sentindo-se como líder nas suas relações humanas), comunicativo, etc. É necessário explorar também a base em que essas relações se estabelecem (insegurança, depressão).
- i. **Com as coisas:** Procurar conhecer áreas de interesse do paciente, se pela arte, literatura, ciência, cinema, religião, política, etc.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1.** O exame físico do paciente com patologia psiquiátrica é focado principalmente no exame do estado mental (avaliação das funções de síntese, de conduta, cognitivas, afectivas, de julgamento e de relação), mas inclui também o exame físico dos demais aparelhos e sistemas.
- 4.2.** O diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica é principalmente baseado nos dados clínicos da anamnese e do exame psiquiátrico do estado mental.
- 4.3.** É de grande importância o estudo das alterações da sensopercepção (anestesia, analgesia, alucinação) e do pensamento (delírio, obsessão) pela grande ocorrência dos sintomas nas perturbações mentais (ex: histeria, esquizofrenia).
- 4.4.** A alteração das funções cognitivas e afectivas, geralmente, implica compromisso das outras funções psíquicas (conducta, funções de relação e da capacidade de julgamento).
- 4.5.** A alteração da capacidade de julgamento, com ausência de juízo crítico em relação a ter uma doença e necessitar de tratamento é comum nas perturbações psicóticas e constitui factor de mau prognóstico na evolução das mesmas.

Disciplina	Saúde Mental	Nº da Aula	06
Tópico	Avaliação em Saúde Mental	Tipo	Laboratório
Conteúdos	Demonstração dos passos da História Clínica em Psiquiatria (anamnese e exame físico)	Duração	4h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Conduzir uma anamnese abordando as questões de saúde mental e registar no processo.
2. Demonstrar os passos da história clínica psiquiátrica com anamnese, e exame do estado mental.
3. Listar perguntas abertas que podem ajudar na entrevista clínica.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Duração
1	Introdução da Aula	10
2	Introdução à Técnica	30
3	Demonstração da Técnica pelo docente	40
4	Ensaio da Técnica pelos Alunos	160

Material e Equipamento:

- Processos clínicos: 1 para cada grupo
- Bloco de anotações: 1 para cada aluno
- Esferográficas: 1 para cada aluno

Preparação:

Preparar a sala para a realização da aula (sala de aulas ou laboratório humanístico) e dispor as cadeiras de modo que a comunicação e o ambiente seja de partilha, convívio e sem segregação.

Preparar um cenário de gabinete clínico (mesa, cadeira para doente e acompanhante) para as demonstrações.

Preparar previamente o caso a ser simulado (tentativa de suicídio) com 2 alunos voluntários (1 doente e outro acompanhante)

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem

1.2 Apresentação da estrutura da aula

1.3 Apresentação dos equipamentos e materiais

Anamnese

A anamnese psiquiátrica deve seguir os mesmos passos de recolha de informação, da história clínica padrão em Medicina:

2.1. Identificação

Na identificação do paciente é importante colher os seguintes dados: nome, idade, sexo, estado civil, residência, naturalidade, nível de escolaridade, contacto de familiares ou conhecidos, profissão ou ocupação. Deve-se analisar até que ponto o paciente domina a informação sobre os seus dados e ao mesmo tempo procurar relacioná-los com o tipo de quadro clínico.

2.2. Queixa Principal e História da Doença Actual

Os pacientes com patologia psiquiátrica, apresentam sintomas específicos que reflectem alterações ao nível das funções psíquicas normais. Abaixo, descrevem-se resumidamente os principais sintomas psiquiátricos agrupados por tipo de função psíquica anormal. Para mais detalhes, consultar as aulas 3, 4 e 5.

2.2.1. Alterações das Funções de Síntese: Turvação da Consciência, Estupor, Desorientação Apática, Confabulação, Hipoprosexia.

2.2.2. Alterações das Funções Cognitivas:

- Sensação (Hipoestesia, Anestesia, Analgesia);
- Percepção (Alucinação, Ilusão, Pseudoalucinação);
- Pensamento (Delírio);
- Inteligência (Transtornos da capacidade de abstracção e das operações).

2.2.3. Alteração das Funções Afectivas: anedonia, euforia

2.2.4. Alterações das Funções da Conduta: conduta implícita e conduta explícita

- Alterações da conduta implícita (Abulia, Hiperbulia, Hipererotismo)
- Alterações da conduta explícita (agitação psicomotora)

2.2.5. Alterações do Julgamento: Juízo crítico

Clinicamente, o juízo crítico foca-se na capacidade dos pacientes reconhecerem que estão doentes, compreenderem que os seus problemas são resultantes do desvio da normalidade, e compreenderem que o tratamento pode ser útil para o alívio dos sintomas.

2.2.6. Alterações das Funções de Relação

Avalia as relações do paciente consigo mesmo, com os outros e com as coisas.

2.3. História Médica Pregressa

Registar os antecedentes médicos, cirúrgicos e psiquiátricos relevantes. Nos psiquiátricos em particular, descrever detalhadamente as datas ou épocas dos internamentos, medicação habitual com doses, últimas consultas e se possível o nome do clínico. Podemos ter sintomas psicóticos (alucinações, delírios) em um paciente após um traumatismo craneoencefálico, malária, meningite. Podemos ter sintomatologia depressiva após uma comunicação de diagnóstico de cancro da mama ou intervenção cirúrgica. A falta da toma da medicação pode ser factor de descompensação num paciente com esquizofrenia. Pode ocorrer um agravamento do consumo do álcool e outras drogas após a amputação de um membro superior ou inferior por acidente de viação.

2.4. História Familiar

Não devem ficar restritos aos casos de psicose, epilepsia, depressão, suicídio mas deve-se obter esboço da personalidade dos pais e dos filhos. Geralmente há uma grande negação na revelação do distúrbio mental na família. Ao tratar-se de um caso de difícil diagnóstico, o conhecimento da natureza

das doenças psicóticas em outros membros da família é muito útil. O relato do próprio doente a respeito das suas relações emocionais com outros membros da família é mais importante do que o dos demais. Geralmente, no caso de pacientes com alcoolismo ou outras dependências tóxicas, há uma história de consumo de drogas na família ou disfunção familiar caracterizada por violência ou negligência de cuidados aos filhos e outros dependentes.

2.5. História Pessoal e Social

Sobre a história pessoal e social, importa salientar os seguintes pontos:

- Infância e desenvolvimento
- Escolaridade
- Puberdade e adolescência
- Idade adulta
- Hábitos tóxicos
- História Social e Personalidade Pré-Mórbida

2.6. Revisão Por Aparelhos e Sistemas:

A revisão por sistemas é essencial, pois sintomas de diversos aparelhos/sistemas podem se manifestar como consequência de condições ou perturbações psíquica. Como exemplo citamos: hiperventilação, taquicardia num paciente ansioso, anorexia, perda de peso num paciente deprimido. Este facto reforça a não separação da mente do corpo, pois fenómenos psíquicos (ansiedade) repercutem-se ao nível do corpo (taquicardia, hiperventilação, tremores, etc).

Nalguns casos as alterações psiquiátricas são consequências das alterações orgânicas (Ex: paciente com delírios e alucinações visuais num quadro de malária cerebral ou hipertensão arterial).

Noutras situações poderá ocorrer a ocorrência co - mórbida de condições médicas e psiquiátricas (ex: imunodepressão num paciente com esquizofrenia, tuberculose ganglionar num paciente com perturbação de ansiedade, depressão num paciente com diabetes).

Exame do estado mental

O exame do estado mental constitui a principal componente da avaliação do paciente com patologia psiquiátrica, e inclui a observação do comportamento do doente, a sua descrição de forma objectiva e sem juízos de valor.

Muita da informação necessária para o exame do estado mental, é reunida e processada durante o curso da entrevista, pois em psiquiatria muitas vezes os sintomas são também sinais.

Para efectuar o exame do estado mental, para além da entrevista psiquiátrica, faz-se a observação do doente, por exemplo: reparando no seu modo de vestir, de se comportar, na expressão facial e no seu pensamento através da comunicação verbal.

BLOCO 3: DEMONSTRAÇÃO DA TÉCNICA PELO DOCENTE

(40 min)

3.2 Propósito

O propósito desta aula, é que o aluno possa através da execução da anamnese e exame do estado mental dum paciente psiquiátrico, identificar os sinais e sintomas de doença psiquiátrica/mental e agrupá-los em síndromes, sem necessariamente chegar ao diagnóstico específico. Não será praticada a realização do exame físico dos demais aparelhos e sistemas, mas o docente deve enfatizar que este passo é de extrema importância para se chegar a um diagnóstico certo.

3.3. Passos a seguir para a demonstração da técnica:

Na avaliação do estado do paciente o clínico deve estar sentado atrás de sua mesa, com duas cadeiras do outro lado (uma para o paciente e uma para o acompanhante; ou se o paciente estiver sozinho, a

cadeira pode ser posta ao lado da mesa do clínico de maneira que o paciente esteja mais perto do clínico.

O docente deve explicar aos alunos que antes de executar essas ou quaisquer outras técnicas, o clínico deve sempre explicar ao paciente o que irá fazer com palavras simples, e como o paciente pode colaborar para que os objectivos sejam alcançados.

Ao realizar a demonstração, o docente deve:

- **Apresentar-se ao paciente e acompanhante e explicar seu papel:** O clínico, que está sentado no consultório, cumprimenta o paciente e acompanhante que estão entrando na sala, convida-os a sentar, apresenta-se e explica rapidamente o seu papel.
Se o paciente entrar com um acompanhante, perguntar quem é o paciente e quem é o acompanhante, também perguntando a relação do acompanhante ao paciente.
- **Recolher as informações identificativas do paciente:** e anotá-las no início do processo clínico.
- **Recolher informações sobre a queixa principal e a doença actual:** Perguntar o paciente qual é a sua preocupação, qual é a razão da vinda ao hospital, o que ele está sentindo, e desde quanto tempo está com esse problema. Nessa fase, é essencial escutar atentamente e deixar o paciente falar, para depois poder fazer as perguntas específicas.
 - É importante investigar sobre o impacto da doença na vida e rotina do paciente. Por exemplo: se os sintomas o impedem de trabalhar ou se reduzem o seu desempenho Profissional; se interferem na sua relação com a família e amigos, entre outros
- **Recolher informações sobre a história médica pregressa:** perguntar por condições médicas que possam estar relacionadas com a perturbação mental como, antecedentes de traumatismo crânio encefálico, doenças crónicas (HIV/SIDA).
- **Recolher informações sobre a história familiar:** deve-se perguntar ao paciente e ao acompanhante, se têm conhecimento de antecedentes de patologia mental na família, e caso hajam recolher dados sobre o tipo de doença.
- **Recolher informações sobre a história pessoal e social:** perguntar sobre aspectos como, desenvolvimento psicomotor, nível de escolaridade e desempenho escolar ao longo dos anos, consumo de substâncias psicoactivas, dados sobre a personalidade pré-mórbida.
- **Revisão por aparelhos e sistemas:** perguntar por sintomatologia de outros aparelhos e sistemas que possa estar ou não relacionada com a patologia mental.

***Nota:** Se o clínico notar que o paciente não está respondendo a vontade por causa do acompanhante ele deverá pedir para falar com o paciente sozinho (em caso de paciente de maior idade). Vice-versa se o clínico verificar que o paciente não é capaz de dar informações completas, ele pode perguntar ao acompanhante para mais informação, mas sempre após ter interpelado o paciente primeiro.*

- **Registar as informações no processo do paciente:** Anotar, na ordem definida acima, todas as informações obtidas pelo paciente e/ou acompanhante enquanto o paciente estiver no consultório.

•

Caso clínico a demonstrar

Caso: J.S. é um homem de 35 anos nascido na Beira no dia 13.01.1975; casado, com 4 filhos (3, 4, 6, 15 anos), vive em Maputo, no Bairro Ferroviário, Rua 135, número 4; trabalha como pedreiro há 4 anos; antes trabalhou como empregado de mesa num restaurante por 2 anos. Vem a consulta, acompanhado pelo irmão mais velho, por apresentar sintomas de mau humor que afectam na sua relação conjugal e a exercer o seu papel de pai (levando por vezes a violência e agressividade), há mais de 3 anos. No exame físico o doente estava bem apresentado sem escoriações evidentes e aparentemente bem nutrido. No exame do estado mental: inquieto, orientado no tempo e no espaço, discurso coerente com

labilidade emocional (choro fácil na abordagem de certos assuntos relacionados com os antecedentes pessoais), mas sem crítica da sua situação. Exames complementares sem alterações.

BLOCO 4: PRÁTICA DA TÉCNICA PELOS ALUNOS

(160 min)

- Dividir os alunos em grupos de 4 a 6.
- Cada grupo deverá simular um caso clínico previamente atribuído pelo docente.
- Em cada grupo, deverão ser selecionados os alunos para desempenhar os papéis de paciente, de clínico e de acompanhamento e cada aluno executará o seu papel na encenação, seguindo os princípios demonstrados pelo docente e os conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas.
- Os demais colegas deverão ter uma participação activa na preparação da encenação, e apoiar com críticas construtivas e propostas
- A cada grupo deverá ser atribuído um caso para encenar e um espaço para ensaiar durante 30 minutos. Caso hajam mais de 3 grupos, um mesmo caso poderá ser atribuído a 2 grupos no máximo.
- Caso hajam dúvidas entre o grupo, o docente deverá ser solicitado para esclarecimentos e explicações adicionais.
- Após a preparação das simulações, cada grupo deverá apresentar em plenária a simulação do seu caso clínico. (15 minutos)
- Os demais colegas, deverão acompanhar a simulação, ao mesmo tempo que fazem anotações sobre aspectos a rectificar, acréscimos e outras opiniões para discussão conjunta no fim da simulação.
- Após a apresentação de cada grupo, deverá ser aberta uma sessão de discussão com a duração de 10 a 15 minutos.
- O docente deve agir como um mediador, controlando o tempo da intervenção de cada grupo, orientando as discussões e complementando o conteúdo, quando necessário.

CASOS CLÍNICOS:

Caso 1

“Paciente com 41 anos de idade. Há três dias vem-se mostrando angustiado, com a impressão de ouvir palavras obscenas vindas do lado de fora da enfermaria, acreditando que vai ser assassinado. Acredita que no escritório as pessoas falavam dele e o insultavam: “porco, farrapo, matador de sogras”. Apresentou denúncia na polícia, e ali, lhe disseram: “ nossas baionetas são afiadas”. No hospital, tem apresentado estados de excitação, ouve os gritos de seus filhos do lado de fora, força a fechadura da porta, acredita que o martirizam e o vão matar. Fala então de um júri a que foi submetido, ouve a sua sentença. Acredita ser perseguido por uma liga socialista e deseja igrassar nela para livrar-se da perseguição. Falso reconhecimento de outros enfermos (tomando-os por perseguidores); roga que o perdoem. Em seguida, apresenta crises de autoacusa,cão, durante as quais acredita ter insultado grosseiramente o enfermeiro chefe e o médico. Continua ouvindo vozes que anunciam a sua sentensa.”

Caso 2

“Uma senhora jovem, casada com um homem por quem se sentia apaixonada, teve durante o parto uma demorada síncope, em seguida à qual perdeu a memória do tempo que tinha passado desde o seu casamento inclusive. Lembrava-se com muita exactidão de todo o resto da sua vida até aí. Nos primeiros instantes repudiou com horror o marido e o filho que lhe apresentavam. Desde então, nunca mais pôde recuperar a memória desse período da vida, nem dos acontecimentos que o acompanharam. Os pais e os amigos conseguiram, pela razão e pela autoridade do seu testemunho, persuadi-la de que era casada e tinha um filho. Ela acreditava-os, porque preferia acreditar que perdeu a lembrança de um ano que julgá-los todos impostores. Mas sua convicção, a sua consciência íntima, permaneciam alheias. Via ali aquelas criaturas, mas não podia compreender porque uma era o seu marido e outro o seu filho”

Caso 3

F.P. 40 anos, casado há 7 anos, com 3 filhos de 5, 8, e 10 anos; natural de Gaza, nascido no dia 23.09.1970. Vive em Xai-Xai, Rua da Resistência, número 49. Trabalha como pedreiro há 20 anos, embora refira que não se sente satisfeito com o emprego. Veio a consulta com o irmão, queixando-se de dor no tórax. Refere que os últimos sintomas de iniciaram há 3 dias, mas tem sido frequentes nos últimos 3 anos: é como uma pontada no meio do peito, que tem uma duração de poucos minutos. Refere já ter consultado vários médicos pelo mesmo motivo, porém os médicos nunca encontraram motivos para a referida dor. Exames complementares sem alterações. Radiografia do tórax sem alteração. Não tem outros sintomas associados.

Disciplina	Saúde Mental	Nº da Aula	07
Tópico	Avaliação em Saúde Mental	Tipo	Teórica
Conteúdos	Exames Auxiliares de Diagnóstico em Psiquiatria	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Explicar o objectivo e a utilização de exames auxiliares de diagnóstico em psiquiatria, principalmente para triagem de doença orgânica.
2. Listar os exames auxiliares que podem ser utilizados para o diagnóstico diferencial.
3. Listar as situações onde o TMG deve solicitar exames auxiliares de diagnóstico.
4. Explicar qual deve ser a conduta do TMG frente ao resultado dos exames.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Exames auxiliares em psiquiatria		
3	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia:

- Dalgarrondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2ª Edição. Artmed, São Paulo; 2008.
- Kaplan B & Sadock V. Manual Conciso de Psiquiatria Clínica. 2ª Edição. Artmed; 2008.
- Stahl S. Psicofarmacologia – Depressão e Transtornos Bipolares (Edição Brasileira), Medsi, Rio de Janeiro; 2003.
- Harrison P, Guedds J, Sharp, M. Introdução a Psiquiatria. 1ª Edição. Climeps, Lisboa; 2002.
- Valejo R, Masson, J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria. Barcelona; 2002.
- DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Associação Americana de Psiquiatria. 4ª Edição. Climepsi, Lisboa; 1996; Oxford University Press, Oxford; 2002.
- Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Artes Médicas, Porto Alegre; 1993.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2 Apresentação da estrutura da aula.

1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: EXAMES AUXILIARES EM PSIQUIATRIA

Os exames auxiliares de diagnóstico constituem uma componente integral na avaliação e tratamento em psiquiatria contudo, é de ressaltar que os clínicos dependem mais da avaliação clínica do que dos exames auxiliares, para o diagnóstico das perturbações mentais (sobretudo as funcionais).

Nenhum exame auxiliar consegue estabelecer ou excluir o diagnóstico de Perturbações Mentais Funcionais como Esquizofrenia, Perturbação Bipolar ou Episódio Depressivo, contudo, estes são úteis sobretudo para a exclusão de patologia mental de causa orgânica (ex: meningite, malária cerebral, hipoglicemia).

Os principais objectivos para o uso de exames auxiliares em psiquiatria são:

- Diagnóstico das Perturbações Mentais de causa Orgânica (ex: Malária, HIV, Sífilis)
- Diagnóstico de doenças médicas que cursem em simultâneo com as perturbações mentais funcionais (ex: tuberculose, hepatite)
- Exclusão de doenças médicas em indivíduos com perturbações mentais funcionais.
- Monitorização dos efeitos colaterais do uso dos psicofármacos

Os exames auxiliares, também podem constituir um meio de avaliação orgânica (ex: função renal, hepática) prévia ao início de tratamento psiquiátrico, dado que muitos medicamentos são metabolizados e eliminados por vários órgãos podendo ocasionar ou agravar o funcionamento dos mesmos. Por outro lado, é preciso enfatizar que devido à sua condição mental e incapacidade de expressão coerente, muitas vezes as patologias médicas neste grupo de pacientes são negligenciadas. Por isso, devem ser realizados exames auxiliares de forma rotineira, em pacientes com patologia psiquiátrica, para garantir o máximo de segurança quando submetidos a determinados tratamentos psicofarmacológicos e para o despiste de patologias médicas.

Ao nível do TMG os principais exames auxiliares usados na avaliação de pacientes psiquiátricos são:

- Hemograma e VS
- Bioquímica
- RPR (Sífilis)
- HIV
- Radiografia do Tórax e Baciloscopia (BK);
- Urina II
- Punção Lombar (Meningite).

Perante um quadro de psicose, por exemplo, para além dos dados clínicos que orientam para o diagnóstico, é necessário solicitar exames laboratoriais para diagnóstico diferencial entre psicose de causa orgânica (malária, sida, tuberculose) e de causa funcional (esquizofrenia). Dentro das causas orgânicas é mandatório diferenciar as causas agudas (malária) e as causas crónicas (sífilis).

O TMG deve integrar os resultados laboratoriais com os achados clínicos do doente, considerando sempre que: nos casos de perturbações mentais de causa orgânica, deve - se tratar a causa de base e referir os casos mais graves para outras especialidades; e considerar a coexistência de Perturbação Mental Funcional e Doenças Orgânicas.

2.1 Hemograma e VS

- Indicações: este exame está indicado para todos os pacientes com suspeita de perturbação mental.

- Interpretação: a presença de **leucocitose** (WBC>10.000) com neutrofilia, num paciente com agitação psicomotora aguda pode ser indicativo de perturbação mental de causa orgânica (ex: Infecção bacteriana urinária). Por outro lado a **leucopenia** (WBC<10.000) associada a agitação psicomotora aguda, geralmente é sugestiva de compromisso orgânico por imunodepressão (HIV-SIDA). A **trombocitopenia** (plaquetas< 150.00) pode estar associada à patologia orgânica como HIV e malária. A anemia macrocítica é comum no alcoolismo crónico.
- A VS pode estar elevada, o que poderá indicar a presença de infecções crónicas (ex: HIV, Neurosífilis) que podem estar na origem de perturbações mentais.

2.2. Bioquímica

- Indicações: este exame é indicado para todos os pacientes com suspeita de perturbação mental e nos pacientes em tratamento com psicofármacos (para monitoria dos efeitos adversos).
- Interpretação: a presença de hipoglicémia num paciente com cheiro de álcool é sugestiva de perturbação mental orgânica por intoxicação alcoólica. Por outro lado a hiperglicémia num paciente com qualquer alteração de comportamento, sugere a D. Mellitus como causa de perturbação mental orgânica e é uma emergência médica. A presença de alterações eletrolíticas (ex: hiponatremia) e multissistémicas (ex: encefalopatia hepática) pode ocasionar alteração de comportamento.

2.3. Teste de Malária: Pesquisa de Plasmódio ou Teste Rápido.

- Indicações: este exame é indicado para todos os pacientes com suspeita de perturbação mental.
- Interpretação: a presença de teste positivo num paciente com perturbação mental pode sugerir a malária como causa. É comum observar um paciente por tentativa de suicídio no contexto de uma depressão e em simultâneo ser reativo ao teste da malária.

2.4. RPR

- Indicações: este exame é indicado para todos os pacientes com suspeita de perturbação mental.
- Interpretação: a presença de teste reactivo a sífilis pode significar a presença de condição simultânea à perturbação mental ou que a Sífilis está na origem da mesma.

2.5. HIV

- Indicações: este exame está indicado para todos os pacientes com suspeita de perturbação mental.
- Interpretação: as manifestações psiquiátricas de início súbito num paciente com teste reativo ao HIV podem constituir os primeiros sintomas de HIV-SIDA. Nos casos de comorbidade, psicose pós parto e HIV, as duas orgânicas, a solicitação dos exames específicos (HIV, Carga viral, CD4) e os de rotina ajudará a definir correctamente o plano da abordagem terapêutica. Se o paciente estiver estável, sempre que possível pedir o teste após o consentimento do paciente. A informação deverá ser dada após uma preparação psicológica, que exigirá primeiro a estabilização e restabelecimento da condição mental do paciente.
- Contra - indicações: pacientes já conhecidos em seguimento por HIV-SIDA.

2.6. Radiografia do Tórax e Baciloscopia (BK)

- Indicações: este exame é indicado para todos os pacientes com suspeita de perturbação mental.
- Interpretação: a anamnese e o exame clínico podem ser pouco ou nada esclarecedores sendo necessário solicitar, para além dos outros exames, o RX (Tórax, Crânio) procurando lesões activas ou granulomas. É de extrema importância descartar a presença de infecções pulmonares (pneumonia, tuberculose) pois a ausência do seu diagnóstico implicará uma negligência de atenção aos pacientes. No caso de tuberculose, em fase de primo-infecção, haverá um risco muito grande de contágio aos outros pacientes.

2.7. Urina II

- Indicações: este exame é indicado para todos os pacientes com suspeita de perturbação mental.
- Interpretação: a presença de uma urina patológica, num paciente idoso com agitação psicomotora, constitui um achado comum nas síndromes demenciais.

De um modo geral todos os pacientes observados numa urgência de psiquiatria devem ser submetidos a exames laboratoriais e principalmente nos seguintes casos:

- Agitação psicomotora de início súbito;
- Síndromes febris;
- Sonolência,
- Turvação da consciência;
- Alucinações visuais.

A presença das condições acima mencionadas pressupõe a presença de doenças orgânicas e cujo diagnóstico urgente é de extrema importância devido ao grande risco de morte no caso de sua negligência.

BLOCO 3: PONTOS-CHAVE

3.1. Os exames auxiliares de diagnóstico constituem uma componente integral na avaliação e tratamento em psiquiatria contudo, é de ressaltar que os clínicos dependem mais da avaliação clínica do que dos exames auxiliares, para o diagnóstico das perturbações mentais (sobretudo as funcionais).

3.2. Os principais objectivos para o uso de exames auxiliares em psiquiatria são:

- Diagnóstico das Perturbações Mentais de causa Orgânica (ex: Malária, HIV, Sífilis)
- Diagnóstico de doenças médicas que cursem em simultâneo com as perturbações mentais funcionais (ex: tuberculose, hepatite)
- Exclusão de doenças médicas em indivíduos com perturbações mentais funcionais.
- Monitorização dos efeitos colaterais do uso dos psicofármacos

3.3. Ao nível do TMG os principais exames auxiliares usados na avaliação de pacientes psiquiátricos são:

- Hemograma e VS
- Bioquímica
- RPR (Sífilis)
- HIV
- Radiografia do Tórax e Baciloscopia (BK);
- Urina II
- Punção Lombar (Meningite).

Disciplina	Saúde Mental	Nº da Aula	8
Tópico	Avaliação em Saúde Mental	Tipo	Teórica
Conteúdos	Diagnóstico Sindrómico em Psiquiatria	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Explicar como se faz o diagnóstico sindrómico em Psiquiatria.
2. Explicar a importância do diagnóstico sindrómico em Psiquiatria.
3. Explicar a importância do diagnóstico da síndrome cerebral orgânico agudo para Psiquiatria
4. Conhecer as principais síndromes psiquiátricas.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Diagnóstico Sindrómico em Psiquiatria		
3	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia

- MISAU. Manual de Saúde Mental. 2005
- Mayer-Gross, Slater e Roth. Psiquiatria Clínica – Tradução da 3ª Edição inglesa, Editora Mestre – S. Paulo, 1972
- EY, H et al., Manual de Psiquiatria. 5ª Edição. Masson
- MEDEX Internacional. Guia de treinamento para trabalhadores de saúde de nível médio – caderno do aluno (Mid level health workers training module – Student text). 1983.
- Porto CC, Porto AL. Semiologia Médica. 6 ed. Brasil: Guanabara Koogan; 2009.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objetivos de aprendizagem.
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO EM PSIQUIATRIA

O diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica é principalmente e quase sempre baseado nos dados clínicos colhidos através da anamnese e do exame clínico do paciente. Para fins práticos, muitas vezes é agrupado em síndromes.

Para além dos dados clínicos, recorre-se também aos exames auxiliares de diagnóstico (ex: Hemograma, Bioquímica), sobretudo para fazer o diagnóstico diferencial entre a perturbação psiquiátrica funcional (Ex: esquizofrenia, depressão endógena, perturbação bipolar) e uma perturbação psiquiátrica orgânica (Ex: malária, sífilis, meningite).

O diagnóstico síndrómico é o primeiro passo no sentido de ordenar a observação psicopatológica dos sinais e sintomas dos pacientes, e permite a evolução gradativa do raciocínio clínico ao longo das primeiras avaliações para o conhecimento mais profundo sobre o paciente e seu sofrimento mental.

2.1. Grandes Síndromes Psiquiátricas

O conhecimento das síndromes psiquiátricas permite ao clínico melhorar a orientação em termos de conduta terapêutica e diagnóstico. Os síndromes em psiquiatria podem ser classificados em:

- Síndromes Cerebrais Orgânicos: Agudos (SCOA) e Crónicos (SCOC)
- Síndromes Alucinatórias e ou Delirantes
- Síndromes Afectivos
- Síndromes Discinéticos
- Síndrome Psicopático
- Síndrome Esquizofrénico
- Síndrome de Dependência Alcoólica e de Outras Drogas
- Síndrome Apato – búllico
- Síndrome hipocondríaca
- Asténico

2.1.1. Síndromes Cerebrais Orgânicos

2.1.1.1. Síndromes Cerebrais Orgânicos Agudos (SCOA)

A característica fundamental dos SCOA é a alteração do nível de consciência que poderá ir desde a obnubilação até ao coma. Estas síndromes são de causa conhecida e têm um início e fim súbito. Têm como causas as doenças orgânicas de origem infecciosa, circulatória, metabólica, traumática, etc. Os quadros são reversíveis, uma vez tratada a causa de base. Abaixo, descrevem-se as principais formas de apresentação, que são os subsíndromes mais importantes:

- **Subsíndrome de Obnubilação** – caracterizado pela dificuldade que os doentes têm de captar os estímulos senso-perceptivos de média intensidade. Geralmente o paciente vê, ouve, sente, como se existisse um obstáculo sensoperceptivo entre ele e os estímulos externos. O doente está confuso e desorientado, alternando a irritabilidade, agitação e sonolência. O sintoma predominante é a alteração do nível de consciência e as dificuldades para manter a atenção, recordar e estar vigil.
- **Subsíndrome Confusional** - Caracteriza-se por uma profunda alteração da sensopercepção com desorientação, perplexidade (é como uma admiração de algo que está acontecer), incoerência psíquica e motora. A conversa não é compreensível mesmo que o doente faça esforço para ser compreendido. Não consegue prestar atenção aos estímulos externos. Há uma oscilação do estado da consciência.

- **Delírium** - O delírium caracteriza-se por uma desintegração da consciência que inicia de forma súbita. Acompanha-se de uma intensa actividade alucinatoria preferencialmente visual, com imagens cénicas. Acompanha-se de forte carga afectiva causando terror, pânico e com consequente agitação psicomotora, seguida de uma amnésia do acontecido durante a fase aguda.
- **Subsíndrome Crepuscular** - Os estados crepusculares estão relacionados com a epilepsia. Caracterizam-se pela combinação de uma profunda perturbação da percepção, orientação e memória de fixação. A conduta do doente neste período não é consciente, isto é, é automatizada. A conduta desorientada e agitada, forma mais comum (por vezes com agressões graves, homicídios, queda de alturas) é de instalação e término súbito. A forma ordenada assemelha-se ao que acontece no sonambulismo.
- **Subsíndrome Convulsivo** - tem como manifestação central contracções tónicas e clónicas com perda de consciência. As convulsões estão relacionadas directamente com a epilepsia e algumas doenças cerebrais infecciosas, tumorais, traumáticas, tóxicas, etc.
- **Subsíndrome Comatoso** - No coma há uma perda completa da consciência. O doente não responde a nenhum estímulo externo nem as necessidades internas. Não há resposta aos reflexos (da córnea, das pupilas da faringe, dos tendões).

2.1.1.2. Síndromes Cerebrais Orgânicos Crónicos (SCOC)

Com esta denominação pode-se incluir numerosas subsíndromes cujo denominador comum são as dificuldades intelectuais bem como a deterioração da personalidade. São quadros irreversíveis e as causas são a demência (senil, postraumática, epiléptica, HIV-SIDA, alcoólica) sífilis cerebral, atraso mental. Os principais subsídios são descritos abaixo:

- **Subsíndrome Demencial** - Demência é a perda global tardia das capacidades intelectuais (aptidões, habilidades). Trata-se duma situação adquirida tardiamente o que a diferencia da oligofrenia (vide abaixo). O doente começa por ter dificuldades para pensamento abstracto, alteração da memória (primeiro a de fixação e depois a de evocação), a atenção diminui e as reacções afectivas ficam alteradas. Diminui a actividade e produtividade, inicialmente para tarefas complexas e depois para as simples. Alteram os hábitos de limpeza, do sono e os hábitos sexuais.
- **Subsíndrome oligofrénico** - É a diminuição congénita ou precocemente adquirida das capacidades intelectuais. O quadro clínico depende do grau de limitação das capacidades do paciente. A principal alteração ocorre ao nível da inteligência afectando a capacidade de adaptação ao meio ambiente, quer dizer, a comunicação com os outros, o cuidar de si próprio e as habilidades sociais.
- **Subsíndrome Amnésico** - O sintoma fundamental é a alteração da memória, conservando-se clareza senso-perceptiva e juízo crítico. O que primeiro sofre a alteração é a memória de fixação (recente) e mais tarde a memória em relação a factos passados (de evocação).

2.1.2. Síndromes Delirantes e ou Alucinatórios.

Neste grupo constitui o sintoma fundamental a presença de alucinações e ou ideias delirantes. Os principais subsíndromes são descritos abaixo:

- **Subsíndrome Paranóico** - É constituído por um único delírio, ou seja, há apenas um tema, bem sistematizado, organizado, há coerência e não há deterioração da personalidade. Aparentemente fora do delírio, o indivíduo mantém uma conduta aparentemente normal.
- **Subsíndrome Paranóide** - Aqui existem vários delírios, mal sistematizados, acompanha-se de alucinações e outras alterações da personalidade. Os temas dos delírios são vários, sendo mais frequentes de perseguição, de dano, de influência, de ciúme, eróticos, de culpa e de grandeza.
- **Subsíndrome de Automatismo Psíquico** - O delírio fundamental é o de influência, para além de pseudo-alucinações e despersonalização. O doente refere que sente influência de pessoas,

aparelhos, espíritos, etc., que de alguma maneira é controlado; refere alucinações do campo sensorceptivo; e ele próprio tem a sensação que a sua personalidade, o seu corpo, ou parte do seu corpo transformou-se ou pertence a outra pessoa. Este subsíndrome pode estar presente na esquizofrenia.

- **Subsíndrome Alucinatório ou Alucinatório-delirante** - Encontramos em patologias onde as alucinações são tão fortes que dominam o quadro clínico. Identifica-se como síndrome alucinatório ou alucino-delirante toda vez que as alucinações são acompanhadas por ideias delirantes, desordens afectivas e da conduta. Chama atenção a clareza das alterações sensorceptivas, tão vivas e persistentes que condicionam o comportamento e as relações do doente com o meio.

2.1.3. Síndromes Afectivos

Esta categoria agrupa vários subsíndromes onde os sintomas do estado da área afectiva são fundamentais. A afectividade constitui o núcleo central dos sintomas. Os principais subsíndromes são o depressivo, o ansioso, o maníaco, o hipocondríaco, o asténico, o fóbico, o obsessivo e o compulsivo.

- **Subsíndrome Depressivo** - O sintoma principal é a tristeza patológica. Há que distinguir a depressão de nível neurótico e a de nível psicótico.

Na depressão de nível neurótico existem queixas quantitativas e sintomas homólogos (ânimo abatido, nervosismo ou ansiedade, irritabilidade, queixas imprecisas em qualquer parte do corpo, falta de sono, diminuição do apetite, pouco interesse pelo aseo pessoal). Não há inibição psíquica, lentificação do pensamento, nem sintomas de inibição motora (lentificação ou ausência de movimentos). Existe hipobulia (diminuição da vontade em executar uma acção) ou abúlia (ausência da vontade para executar uma acção) e incapacidade para obter prazer em actividades frequentemente prazerosas (anedonia).

A depressão de nível psicótico é dada por inibição psíquica, tristeza e inibição motora (hipocinésia e acinésia que pode chegar ao estupor). Estes doentes queixam-se que lhes custa pensar, que têm poucas ideias. A tristeza é mais profunda e corporal. Há sintomas heterólogos (alucinações, delírios). Pode haver ilusões e alucinações, estas últimas auditivas. Pode haver delírios de prejuízo, de negação e hipocondríacos. As ideias suicidas são muito mais persistentes, sendo este um dos critérios de gravidade da depressão. A anorexia é tão importante que pode conduzir a uma grande perda de peso. Há insónia matinal ou despertar precoce. O abandono dos hábitos de higiene é mais marcado. O subsíndrome depressivo de nível psicótico é típico das perturbações afectivas.

Outros sintomas deste subsíndrome são a perda do interesse, sensação de incapacidade para realizar as actividades habituais, choro fácil, baixo rendimento, dificuldade de atenção e concentração que origina consequentemente uma diminuição da capacidade de memória. O doente habitualmente recorda vivências negativas.

A depressão tem repercussões fisiológicas nomeadamente a astenia, a perda de peso corporal, cefaleias, amenorreia, sensação de boca seca, obstipação e palpitações. As dores, as perturbações gastrointestinais, neurológicas e neurovegetativas, muitas vezes são identificadas como equivalentes depressivos ou depressões mascaradas.

- **Subsíndrome Ansioso** - O sintoma fundamental é a ansiedade. Quando a ansiedade se prolonga no tempo e na intensidade provoca um desgaste e estaremos perante uma ansiedade patológica. A ansiedade está presente nas perturbações neuróticas, como na fobia, perturbações dissociativas, obsessivo compulsivas, na hipocôndria e na depressão. Também pode acompanhar numerosas psicoses funcionais e numerosos quadros orgânicos agudos e crónicos.

- **Subsíndrome Maníaco** - É caracterizado por excitação psíquica, hipertímia (alegria exagerada) e excitação motora:
 - A excitação psíquica caracteriza-se pela acumulação de numerosas ideias, extraordinário aumento da velocidade do curso do pensamento chegando à fuga de ideias.
 - A alegria é extrema e contagiante, mas que pode ser interrompida por crise de irritabilidade a menor contrariedade.
 - A excitação motora é dada por um grande aumento dos movimentos coordenados e conscientes. O doente fala, gesticula, grita, dança, corre, salta, rasga a roupa.
 - Há aumento de todos apetites, podendo chegar ao hipererotismo. Há sensação de diminuição de necessidade do sono. Quando há delírios serão expansivos de autoreferência e grandeza.

Um doente com este subsíndrome apresenta um contacto fácil, é alegre embora seja difícil manter a conversação, pois o doente tenta dirigir a entrevista. Do ponto de vista afectivo, encontramos ânimo eufórico, expansivo, alegria desmedida, autoestima alta, dizendo por exemplo que “sentem-se melhor que nunca”, “muito seguros de si próprios”.

Distraem-se facilmente, há verborreia, falam em tom alto. Fazem muitos planos, gastos desnecessários de dinheiro, convites a conhecidos e desconhecidos, adoptam atitudes e comportamentos ousados.

O subsíndrome maníaco está relacionado geralmente com a perturbação afectiva bipolar na sua fase maníaca.

2.1.4. Síndromes Discinéticas

Esta síndrome é caracterizada fundamentalmente pela alteração dos movimentos que podem estar anormalmente reduzidos ou aumentados conforme ocorre nos estados estuporosos ou hiperclónicos, respectivamente.

- **Subsíndrome Estuporoso**

A característica fundamental é a diminuição ou falta de toda actividade motora e verbal. Pode variar de uma marcada redução dos movimentos à imobilidade absoluta adoptando posição, como por exemplo permanecer de pé, sentado, em extensão ou em flexão. No estupor típico não há actividade verbal.

Existem quatro tipos de estupor, nomeadamente:

- Estupor catatónico: De início súbito, o doente fica imóvel, com mutismo. A inactividade pode ser passiva (o doente não apresenta nenhuma resistência às mudanças de posição).
Pode haver retenção urinária e fecal, sialorreia (por falta de deglutição). É possível observar-se o sinal da “almofada aérea”, que significa manutenção da cabeça na mesma posição depois de se retirar a almofada. Não há alteração da consciência. Um elemento característico é a catalepsia ou flexibilidade cêrea que é a capacidade de conservar durante muito tempo posições impostas, de certo modo incómodas e contra a gravidade. Surge também forma de repetição automática de movimentos, nomeadamente ecopraxia (realização dos movimento por imitação), a ecocinésia (repetição dos movimentos executados diante do doente), ecomímia (imitação de gestos). O estupor catatónico aproxima-se ao diagnóstico de esquizofrenia.
- Estupor depressivo: Pode surgir numa depressão profunda e grave. Verifica-se inibição psíquica e motora, o doente fala em voz baixa, de forma vacilante e monótona. Os movimentos são lentos e de pequena amplitude. Falta a capacidade de decisão. Nos casos mais graves os doentes mantêm-se imóveis e rígidos, com mutismo e negativismo passivo. A sua face exprime tristeza, pode queixar-se levemente e haver choro

silencioso. O estupor depressivo é cada vez menos frequente devido a resposta terapêutica aos medicamentos. Faz parte do quadro das depressões psicóticas.

- Estupor histérico: igualmente há imobilidade motora, negativismo e mutismo. O paciente apresenta-se perplexo, com desorientação ausência de iniciativa e espontaneidade. Este estupor não impede o doente de manter boas condições de higiene pessoal, mudar de posição e aceitar alimentos, o que demonstra certo grau de lucidez da consciência.
- Estupor orgânico: caracteriza-se pela presença de sintomas e sinais próprios de uma patologia orgânica de base. Há alteração da consciência geralmente de tipo confusional. Há respostas anormais a estímulos externos.

Subsíndrome Hiperkinética

Existe uma hiperactividade motora. É necessário diferenciar os diferentes tipos de agitação:

- Agitação catatónica: Trata-se de movimentos excessivos desorganizados sem finalidade. Há uma hiperactividade verbal desagregada e instabilidade de ânimo. O doente grita, corre, mexe as extremidades, faz caretas, contorsões e maneirismos. Durante a execução dos seus actos o doente tem consciência do que realiza mas não das suas consequências.
- Agitação histérica: Acompanha-se de estreitamento do campo de consciência. O que orienta o diagnóstico é a situação psicotraumática e a personalidade pré mórbida. O doente mostrará egocentrismo e teatralidade na sua conduta. Grita, chora, faz força, pronuncia algumas palavras relacionadas ou não com o conflito.
- Agitação maníaca: Predomina a hiperactividade motora que se acompanha de aceleração do pensamento e hipertímia.
- Furor epiléptico: É um quadro caracterizado por extrema agitação, intensionalidade destrutiva e agressividade, seguido de amnésia em relação ao acontecido.

2.1.5. Síndrome Psicopático

Trata-se de um conjunto de aspectos do carácter que de alguma maneira estão fora da norma da sociedade afectando as relações interpessoais, evidentes dificuldades adaptativas ao meio ambiente. Refere-se às perturbações da personalidade. É o saco onde colocamos quadros com sintomas que exprimem perturbações da conduta.

As características gerais deste síndrome são a dificuldade nas relações interpessoais, falta de projectos pessoais estáveis, irresponsabilidade, tendência a mentir, falta de consideração para com os outros, pouca autocritica, dificuldades para experimentar mudanças na conduta, dificuldade para aprender com experiência própria ou dos outros, agressividade e falta de sentimentos de culpa.

2.1.6. Síndrome Esquizofrénico

A síndrome é caracterizada por sintomas polimorfos que abrangem distintas funções psíquicas. Os sintomas de funções cognitivas seriam bloqueio do pensamento, desagregação e incoerência, alterações do curso do pensamento e delírio, alucinações principalmente auditivas. Nas funções afectivas, dissociação ideio-afectiva (resposta afectiva contrária ao estímulo desencadeante, exemplo rir pela morte da mãe), ambivalência (respostas afectivas contrárias em relação ao mesmo estímulo) e embotamento afectivo (falta de responsividade aos estímulos externos significativos). Na conduta, uma inadequação, isolamento e autismo. Na actividade motora podemos encontrar diferentes manifestações desde agitação psicomotora, negativismo.

Outros sintomas, conduta extravagante, falta de contacto visual com o interlocutor, neologismo e agressividade.

2.1.7. Síndrome de Dependência Alcoólica e de Outras Drogas

Trata-se de um conjunto de sinais e sintomas que definem esta doença.

Existe um padrão de desadaptação com os seguintes componentes:

- Tolerância: Definido como utilização de quantidades crescentes de substância para conseguir o mesmo efeito.
- Abstinência: Aparece por diminuição ou interrupção do consumo da substância. Manifesta-se por uma série de sintomas que podem ser físicos e ou psicológicos e que é específico para cada substância. Isto deve-se a uma habituação dos neurónios no seu funcionamento.
- Alívio da síndrome de privação pelo consumo da substância em questão. O indivíduo consome para aliviar aqueles sintomas desagradáveis. Nesta fase o consumo tóxico funciona como reforço negativo.
- Impulso para consumo ou craving: desejo incontrollável para consumir. Dura entre 15 a 20 minutos. É responsável pela maioria das recaídas.
- Relevância com comportamento de procura e consumo da droga bem como da recuperação: O tempo gasto em actividades relacionadas com todo processo até a recuperação dá a ideia da gravidade dos consumos. Há uma diminuição das actividades sociais, laborais e recreativas devido a esta aliança com consumos de substâncias psicoactivas.
- Estreitamento do repertório dos consumos: A medida que o tempo passa o indivíduo passa de fase em que consome várias drogas para o consumo de uma só apenas.
- Perda de liberdade: para decidir quando inicia e termina os consumos. O indivíduo continua a consumir o tóxico apesar de ter a consciência dos problemas físicos, psicológicos e sociais. O indivíduo tem dificuldades em controlar o comportamento de consumos.
- Recaída e reinstalação de tolerância e dos sintomas de privação: Instala-se um ciclo vicioso onde tudo recomeça.

2.1.8. Síndrome Apato-abúlico - Este síndrome caracteriza-se pela indiferença do indivíduo em relação ao que acontece à sua volta. Manifesta-se por uma marcada diminuição da actividade motora e verbal. Dificilmente o doente mostra interesse e desejo pelas coisas. Estes pacientes explicam sua inactividade por falta de interesse e de desejo. Nos casos avançados não realizam nenhum esforço para beber, comer e aceitam com grande indiferença os cuidados que outras pessoas lhes prestam. Esta síndrome é frequente nos estadios tardios da esquizofrenia e de algumas demências.

2.1.9 Síndrome Hipocondríaco - O paciente apresenta numerosas queixas relativas a diferentes partes do corpo. Ele acredita que sofre de uma doença grave que o vai levar a morte e por isso recorre a vários médicos, consulta enciclopédias, mesmo depois de o provarem o contrário através do exame físico e análises para o efeito. O indivíduo está selectivamente atento ao funcionamento do seu corpo.

2.1.10 Síndrome Asténico - Astenia é um estado de esgotamento, cansaço, falta de energias que pode ter causas orgânicas e causas psicológicas. O esgotamento físico e mental é o sintoma principal, pode acompanhar-se de ansiedade, irritabilidade e certa agressividade. Este subsíndrome, do ponto de vista psicopatológico divide-se em duas variantes. A primeira é caracterizada por cansaço, diminuição do rendimento laboral e eficácia, acompanhada de fadiga mental. Há dificuldades para se concentrar no trabalho intelectual. Na segunda variante, há uma sensação de esgotamento corporal, físico, com dores musculares para relaxar. Nas duas variantes clínicas aparecem cefaleias de tensão, vertigem, sonolência ou insónia, pesadelos e a memória é “fraca”. São frequentes as disfunções sexuais. Do ponto de vista afectivo há tendência a labilidade emocional.

BLOCO 3: PONTOS-CHAVE

3.3. O diagnóstico sindrómico é o primeiro passo para ordenar a observação psicopatológica dos sinais e sintomas dos pacientes, com vista ao conhecimento mais profundo sobre o paciente e do seu sofrimento mental.

3.4. Os principais síndromes em psiquiatria são classificados em:

- Síndromes Cerebrais Orgânicos: Agudos (SCOA) e Crônicos (SCOC).
- Síndromes Alucinatórias e ou Delirantes.
- Síndromes Afectivos.
- Síndromes Discinéticos.
- Síndrome Psicopático.
- Síndrome Esquizofrênico.
- Síndrome de Dependência Alcoólica e de Outras Drogas.
- Síndrome Apato – bílico.
- Síndrome Hipocondríaco.
- Síndrome Asténico.

- 3.5.** A característica fundamental dos SCOA é a alteração do nível de consciência que poderá ir desde a obnubilação até ao coma. Têm como principais causas as doenças orgânicas de origem infecciosa, circulatória, metabólica, traumática.
- 3.6.** Os SCOC são quadros irreversíveis e as principais causas são a demência (senil, postraumática, epiléptica, HIV-SIDA, alcoólica), sífilis cerebral, atraso mental.
- 3.7.** Demência é a perda global tardia das capacidades intelectuais (aptidões, habilidades). Trata-se duma situação adquirida tardiamente o que a diferencia da oligofrenia, em que a perda das capacidades intelectuais é congénita ou precocemente adquirida.

Disciplina	Saúde Mental	Nº da Aula	9
Tópico	Classificação das Perturbações Mentais	Tipo	Teórica
Conteúdos	-Sistemas de Classificação das Perturbações Mentais -Níveis de Funcionamento Psicológico - Etiologia Geral das Perturbações Mentais	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever em termos gerais os sistemas de classificação de doenças Mentais.
2. Explicar as diferenças fundamentais entre os principais sistemas de classificação de doenças utilizados actualmente (CID-10 e DSM IV).
3. Descrever o sistema de classificação mais usado em Moçambique (CID – 10).
4. Conhecer os níveis de funcionamento psicológico em psiquiatria.
5. Descrever em termos gerais, a etiologia das perturbações mentais.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Sistemas de Classificação de Perturbações Mentais		
3	Níveis de Funcionamento Psicológico		
4	Etiologia Geral das Perturbações Mentais		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia:

- Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Artes Médicas, Porto Alegre; 1993.
- DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Associação Americana de Psiquiatria. 4ª Edição. Climepsi, Lisboa; 1996; Oxford University Press, Oxford; 2002.
- Valejo R, Masson, J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria. Barcelona; 2002.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS

As doenças mentais são classificadas com base em diferentes sistemas, que podem ser de natureza etiológica, psicológica e clínica, sendo que os dois tipos de classificação mais usados são baseados na clínica (critérios sintomáticos).

As classificações mais conhecidas são a Classificação Internacional das Doenças (**CID - 10**) e de Problemas relacionados à Saúde da Organização Mundial da Saúde (Manual de Classificação Estatística Internacional das doenças, traumatismos e causas de morte), que está na sua 10ª edição e o DSM referente ao [Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais](#), uma publicação da American Psychiatric Association, Washington D.C., sendo a sua 4ª edição conhecida pela designação **“DSM IV”**.

A **CID-10** é a classificação mais usada nos serviços de saúde para referenciar todos os quadros de enfermidades e doenças, inclusive os transtornos mentais e de comportamento. Por outro lado, o DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais é um manual para profissionais da área da saúde mental que lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los, de acordo com a [Associação Americana de Psiquiatria](#) (American Psychiatric Association - APA).

Como mencionado acima as principais classificações de doenças mentais são a CID 10 e a DSM IV, feitas à base de critérios sintomáticos, constituindo categorias. Abaixo o resumo dos dois sistemas de classificação.

Tabela 1: Sistemas de Classificação das Perturbações Mentais

	CID 10 Categorias Principais	DSM IV Categorias Principais
F00-09	Transtornos Mentais Orgânicos Ex: Transtorno Delirante Orgânico (Malária, Meningite, TCE).	Delirium, demência, transtornos amnésicos e outros transtornos cognitivos Transtornos mentais devidos a doença orgânica, não classificados
F10-19	Transtornos Mentais e de Comportamento devidos ao Consumo de Substâncias Psicoactivas Ex: Síndrome de Abstinência Alcoólica .	Transtornos relacionados com substâncias
F20-29	Esquizofrenia, Transtorno Esquizotípico e Transtornos de ideias delirantes Ex: Transtorno Delirante Persistente.	Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos
F30-39	Transtornos de Humor (Afetivos) EX: Transtorno Bipolar, Transtorno Depressivo	Transtornos do estado de ânimo
F40-49	Transtornos Neuróticos relacionados ao stress e somatoformes. Ex: Transtorno de Ansiedade, Transtorno de Ajustamento (Adaptação), Transtorno Dissociativo (Conversivo)	Transtornos de Ansiedade Transtornos Somatoformes Transtornos Factícios Transtornos Dissociativos Transtornos Adaptativos
F50-59	Transtornos de Comportamento associados à disfunções fisiológicas e a factores somáticos Ex: Insónia Não Orgânica, Ejaculação	Transtornos Sexuais e de Identidade Sexual Transtornos da conduta alimentar Transtornos do Sono

	Precoce	
F60-69	Transtornos da Personalidade e do Comportamento do Adulto Ex: Transtorno de Personalidade Anti Social	Transtorno da Personalidade Transtorno do controlo dos impulsos não classificados
F70-79	Atraso Mental Ex: Atraso Mental Moderado	Transtornos de início na infância, criança ou adolescência
F80-89	Transtorno do Desenvolvimento Psicológico Ex: Transtorno Específico de Leitura	
F90-98	Transtorno do comportamento e das emoções de início habitual na infância e adolescência Ex: Transtorno Hipercinético, Enurese Não Orgânica	
F99	Transtorno Mental sem especificação	Outros problemas objecto de atenção clínica Códigos adicionais

BLOCO 3: NIVEIS DE FUNCIONAMENTO PSICOLÓGICO

Dependendo do tipo de sintomas psiquiátricos que o paciente apresentar, o quadro clínico deste, poderá ser enquadrado dentro de um nível de funcionamento psicológico. O conhecimento do nível de funcionamento psicológico é importante, pois orienta-nos para um diagnóstico e para o tipo de tratamento a instituir ao paciente. Os níveis de funcionamento psicológico podem ser classificados em:

- Nível Neurótico
- Nível Psicótico
- Nível Deficitário
- Nível Psicopático

Cada nível de funcionamento psicológico apresenta sintomas que podem ser encontrados em diversas patologias. Por exemplo: os transtornos depressivos e de ansiedade, com sintomas de depressão e ansiedade respectivamente são ambos de nível de funcionamento psicológico neurótico, enquanto que a esquizofrenia e o transtorno delirante persistente, com sintomas de alucinação e delírio, pertencem ao nível de funcionamento psicológico psicótico.

3.1 Nível Neurótico

O nível de funcionamento psicológico neurótico pode ser classificado em normal e anormal. O tipo normal é característico dos indivíduos normais sem algum tipo de sintomas psiquiátricos, enquanto que o tipo anormal pode ser característico de indivíduos com sintomatologia ansiosa e ou depressiva.

Por exemplo: um paciente com perturbação depressiva e com sintomas depressivos tem um nível de funcionamento psicológico anormal. Após ser submetido a um tratamento com psicofarmacos (antidepressivos) e se apresentar sem sintomas depressivos passará para o nível de funcionamento psicológico neurótico normal.

O nível neurótico anormal é caracterizado pela afeção da esfera afectiva, com presença de sintomas homólogos (ansiedade, depressão). Há uma perturbação do tipo quantitativo, com conservação do juízo crítico em relação a sua doença, com afecção discreta de adaptação ao meio ambiente em volta. Nestes casos há uma boa resposta ao tratamento farmacológico (clorodiazepóxido, amitriptilina, fluoxetina) e psicológico (psicoterapia).

3.2 Nível Psicótico

O nível de funcionamento psicológico psicótico é caracterizado pela afecção da função cognitiva (sensopercepção, pensamento, inteligência), com presença de sintomas heterólogos (alucinações, delírios). Há uma perturbação do tipo qualitativo, com ausência do juízo crítico em relação a sua doença, com afecção da capacidade de adaptação ao meio ambiente em volta. Nestes casos há uma boa resposta ao tratamento farmacológico com neurolépticos ou antipsicóticos (haloperidol, clorpromazina, flufenazina).

Por outro lado, há prejuízo da capacidade para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar a realidade e comportar-se de forma apropriada, a ponto de interferir amplamente na capacidade para atender às demandas comuns da vida. Existe uma profunda desorganização da personalidade.

3.3 Nível Deficitário

O nível de funcionamento psicológico deficitário é caracterizado pela afecção da capacidade intelectual (défices mnésicos, baixa capacidade de compreensão, de raciocínio e de resolução de problemas do quotidiano). O baixo nível intelectual geralmente é congénito (anomalias intra-uterinas) ou muito cedo adquirido (períodos neonatal, infância, adolescência) antes do desenvolvimento das potencialidades do indivíduo.

É característico das demências e da debilidade intelectual, antigamente designadas “atraso mental”.

3.4 Nível Psicopático

O nível de funcionamento psicológico psicopático é caracterizado pela presença de traços, padrões de personalidade do tipo inadaptativo, padrões de comportamento e dificuldade de adaptação do sujeito ao meio ambiente em volta. Este nível de funcionamento psicológico condiciona sofrimento para ele e para as pessoas em sua volta, podendo se expressar em perturbação de personalidade.

Segundo A. Fernandes da Fonseca (1997) as psicopatias são entendidas como alterações do comportamento resultantes de “anomalias de personalidade ou de estados de desadaptação do indivíduo” em relação a si mesmo ou ao ambiente em que se integra. Os sintomas das psicopatias apresentam as mesmas características descritas no nível de funcionamento psicológico neurótico anormal.

Em algumas situações as perturbações mentais poderão ter níveis de funcionamento psicológico misto (neurótico e psicótico), no caso por exemplo de um Transtorno Psicótico Com Sintomas Psicóticos, em que há mistura de sintomas homólogos (depressão, irritabilidade) com sintomas heterólogos (alucinações, delírios). Por outro lado, um mesmo paciente pode transitar de um nível de funcionamento psicológico para outro, dependendo de vários factores, como por exemplo, estar compensado após um tratamento específico. Por exemplo, um paciente com esquizofrenia, em fase de descompensação, apresentando alucinações, delírios está no nível de funcionamento psicológico psicótico. Ao ser submetido ao tratamento antipsicótico e com o desaparecimento dos sintomas (alucinações, delírios) passará para o nível de funcionamento psicológico neurótico normal enquanto estiver compensado.

BLOCO 4: ETIOLOGIA GERAL DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS

De uma forma geral, a etiologia das perturbações mentais ou patologias psiquiátricas funcionais, tal como da maioria das outras doenças, é multifactorial, ou seja, resulta da combinação de vários e diferentes factores.

Ao reflectir sobre os factores etiológicos em psiquiatria, importa saber o seguinte:

- Tipo de Factor: Biológicos (vulnerabilidade genética), Psicológicos (abuso sexual na infância, stress, perturbação de personalidade) e Sociais (divórcio, desemprego, conflitos conjugais).
- Tempo em Que Opera o Factor: Predisponente, Precipitante e Perpetuante (3Ps).

Assim, é na conjugação da nossa Base Genética com o meio Ambiente envolvente e os seus momentos ou períodos importantes que a doença pode surgir de forma repentina ou insidiosa. Todos os factores (biológicos, psicológicos e sociais) contribuem sempre em certa medida para as perturbações mentais, e por vezes predominam uns sobre os outros. É da conjugação destes três tipos de factores fundamentais na compreensão do adoecer psiquiátrico que surge o Modelo Biopsicossocial. A compreensão deste modelo permite uma abordagem global do paciente, de forma a garantir um diagnóstico adequado e uma eficácia do processo terapêutico.

Os factores etiológicos (biológicos, psicológicos e sociais) podem ainda subdividir-se em:

- **Predisponentes:** aqueles que exercem um efeito causal de longo prazo. Como exemplos temos: vulnerabilidade genética para esquizofrenia (factor genético), vulnerabilidade psicológica para depressão (factor psicológico) como consequência de trauma durante a primeira infância (factor social).
- **Precipitantes:** factores que explicam porque é que a perturbação ocorreu em certo momento (ex: perda de alguém querido, desemprego, interrupção da medicação). Por exemplo: paciente com vulnerabilidade genética para esquizofrenia, poderá desencadear primeiros sintomas psicóticos após consumo de cannabis sativa (suruma) ou cocaína. Indivíduos com antecedentes de abuso sexual na infância (vulnerabilidade psicológica) poderão desencadear quadros depressivos após o despedimento no emprego ou outro acontecimento de vida stressante.
- **Perpetuadores:** são os factores que afectam a evolução de uma perturbação mental, e contribuem para a sua persistência (ex: conflitos conjugais persistentes, consumo continuado de drogas, não adesão ao tratamento). Por exemplo: o paciente com vulnerabilidade genética para esquizofrenia e que tenha os primeiros sintomas psicóticos após contacto com as drogas, poderá perpetuá-los pelo consumo continuado das mesmas drogas associado à falta de tratamento.

Uma das clássicas formas de olhar para a etiologia da perturbações mentais, é subdividindo - a em:

- **Etiologia Endógena:** resultado de factores hereditários e constitucionais (próprios do indivíduo);
- **Etiologia Exógena:** resultado das reacções aos acontecimentos da vida quotidiana, e é menos dependente da Genética, Biologia e Fisiologia.

Seja qual for a causa existe sofrimento psicológico usualmente com repercussões a nível físico ou somático.

Factores endógenos ou internos constituem o conjunto de todas as causas e de todas predisposições de natureza interna capazes de originar as doenças psíquicas. As perturbações de causa endógena surgem sem nenhuma causa desencadeante externa e são interpretadas como mais graves, porque dependem de condições do indivíduo (Exemplos: Transtorno Obsessivo Compulsivo, Transtorno Bipolar).

Factores Exógenos ou externos ao organismo são susceptíveis de exercer, de forma directa ou indirecta, uma acção patogénica sobre o “*Aparelho Psíquico*” e são classificados em :

- Tóxicos (Álcool, Cannabis, Heroína, Cocaína)
- Orgânicos (Malária, HIV-Sida, Meningite, traumatismo crânio - encefálico)
- Emocionais

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

5.1 As doenças mentais são classificadas com base em diferentes sistemas, que podem ser de natureza etiológica, psicológica e clínica, sendo que os dois tipos de classificação mais usados são baseados na clínica (sintomas).

- 5.2 As classificações de doenças mentais mais usadas são a [CID-10](#) da Organização Mundial da Saúde e o DSM-IV publicado pela Associação Americana de Psiquiatria, sendo que a CID – 10, é a forma mais usada pelos serviços de saúde de Moçambique.
- 5.3 Existem 4 níveis de funcionamento psicológico, em que se agrupam as patologias psiquiátricas, nomeadamente: neurótico, psicótico, deficitário e psicopático.
- 5.4 A grande diferença entre os níveis de funcionamento psicológico neurótico e o psicótico, é que enquanto que o primeiro é caracterizado por sintomas homólogos (ansiedade, depressão) com **conservação do juízo crítico em relação a sua doença**, o segundo é caracterizado por sintomas heterólogos (alucinações, delírios), com **perda do juízo crítico em relação a sua doença**.
- 5.5 Não existe uma causa única para o aparecimento de doença mental mas um conjunto de factores biológicos, psicológicos e sociais. As causas podem ainda ser classificadas em endógenas, exógenas.

Disciplina	Saúde Mental	Nº da Aula	10
Tópico	Patologias Psiquiátricas	Tipo	Teórica
Conteúdos	- Introdução às Patologias do Nível de Funcionamento Psicológico Neurótico - Transtornos de Humor	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Classificar as patologias do nível de funcionamento psicológico neurótico.
2. Explicar o que são transtornos de humor e listar suas classificações.
3. Explicar a diferença entre tristeza e depressão e meios de identificar a depressão.
4. Descrever os sinais e sintomas dos transtornos de humor, em especial a depressão (em seus diferentes graus) e transtorno bipolar.
5. Listar perguntas que podem ser feitas na anamnese para ajudar a identificar transtornos de humor.
6. Descrever qual deve ser a conduta do TM diante desses quadros:
 - a. Postura diante do utente;
 - b. Informações a serem transmitidas ao utente e seu familiar;
 - c. Tratamento não farmacológico;
 - d. Tratamento farmacológico;
 - e. Encaminhamentos (transferência ou seguimento).

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	- Introdução à perturbações mentais do nível de funcionamento neurótico - Transtornos de humor		
3	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia:

- Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Artes Médicas: Descrições Clínicas e Directrizes Diagnósticas – Coordenação Organização Mundial de Saúde (Versão Brasileira). Porto Alegre; 1993.
- DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Associação Americana de Psiquiatria. 4ª Edição. Climepsi, Lisboa; 1996; Oxford University Press, Oxford; 2002.
- Ruiloba, J. Valejo. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona; 2006. 6ª Edição. Elsevier Masson.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: INTRODUÇÃO ÀS PERTURBAÇÕES MENTAIS DO NÍVEL DE FUNCIONAMENTO PSICOLÓGICO NEURÓTICO TRANSTORNOS DE HUMOR

2.1 Perturbações Mentais do Nível Funcionamento Psicológico Neurótico

Conforme referido na aula 9, o nível de funcionamento psicológico subdivide-se em normal e anormal. O tipo normal é característico dos indivíduos normais sem algum tipo de sintomas psiquiátricos (após estabilização e resolução dos sintomas), enquanto que o tipo anormal é caracterizado pela afeção da esfera afectiva, com presença de sintomas homólogos (ansiedade, depressão). Há uma perturbação do tipo quantitativo, com conservação do juízo crítico em relação a sua doença, com afeção discreta de adaptação ao meio ambiente em volta. Nestes casos há uma boa resposta ao tratamento farmacológico e psicológico. Pode-se enquadrar neste nível de funcionamento psicológico as seguintes patologias:

- Transtornos Afectivos ou de Humor (Exemplo: Transtorno Depressivo, Transtorno Bipolar)
- Transtornos Neuróticos Relacionados ao Stress e Somatoformes (Exemplo: Transtorno de Ansiedade)

Nesta aula, serão descritos os transtornos do Humor. Os transtornos neuróticos relacionados ao stress e somatoformes, serão descritos nas aulas seguintes:

2.2. Transtornos de Humor

2.2.1. Introdução

São transtornos cuja característica predominante é a alteração ou perturbação do humor ou do afecto, no sentido de uma **depressão** (com ou sem ansiedade associada) ou de **euforia** (exaltação do humor). A alteração do humor em geral se acompanha de uma modificação do nível global de actividade. A maioria destes transtornos tendem a ser recorrentes e a ocorrência dos episódios individuais pode frequentemente estar relacionada com situações ou factos stressantes.

O Transtorno Depressivo é mais comum nas mulheres e surge geralmente entre 18 - 44 anos de idade. Pode ter como factores de risco: história familiar de depressão, mulheres, idosos, classe social baixa, divorciados ou separados, acontecimentos traumáticos precoces (perdas dos pais, abuso sexual, maus tratos), abuso de drogas.

O Transtorno Bipolar é ligeiramente predominante nas mulheres, em indivíduos com história familiar de transtorno bipolar e de alto nível socioeconómico.

2.2.2. Classificação

Os transtornos do humor classificam-se em:

- Transtorno Depressivo.
- Transtorno Bipolar.
- Transtorno do Humor Devido a uma Condição Orgânica ou Induzido por Substância.

Destes, serão descritos o transtorno depressivo e o transtorno bipolar, por serem os mais relevantes.

2.2.3. Etiopatogenia

a) Transtorno Depressivo

Resulta da conjugação dos factores **biológicos** (predisposição genética, hipofunção da serotonina, noradrenalina) **psicológicos** (neuroticismo como dificuldade de adaptação e de lidar com o stress) e **ambientais** (más experiências na infância, acontecimentos de vida stressantes actuais, falta de apoio social).

b) O Transtorno Bipolar

O Transtorno Bipolar é fortemente hereditário e sem factores de risco conhecidos na infância. Os acontecimentos de vida podem precipitar os episódios iniciais, logo que se estabeleça a existência da perturbação, tem uma evolução independente aos acontecimentos de vida stressantes.

2.2.4. Quadro Clínico

2.2.4.1. Transtorno de Humor Depressivo:

O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo perda da libido.

É importante diferenciar a tristeza da depressão. A tristeza é um fenómeno normal que faz parte da vida psicológica dos indivíduos, tem uma duração limitada e não impede que o indivíduo reaja com alegria à determinado estímulo agradável. Na Depressão a tristeza é patológica em relação às causas, a duração e a intensidade e acompanha-se dos sintomas acima descritos.

Por outro lado, a depressão provoca sintomas como desânimo e falta de interesse por qualquer actividade. É um transtorno que pode vir acompanhado ou não do sentimento de tristeza e prejudica o funcionamento psicológico, social e de trabalho. Pode apresentar os seguintes sintomas:

- Humor deprimido ou redução do humor;
- Perda de interesse e prazer;
- Redução da energia;
- Fatigabilidade aumentada mesmo após esforço mínimo;
- Diminuição da actividade;
- Concentração e atenção reduzidas;
- Diminuição da auto - estima e autoconfiança;
- Ideias de culpabilidade e ou de inutilidade;
- Visões pessimistas do futuro;
- Ideias ou actos autodestrutivos ou suicídio;
- Diminuição do apetite e perda de peso;
- Perturbação do sono (despertar matutino)

O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar os seguintes graus de um episódio depressivo que são:

a. Episódio depressivo leve

Geralmente estão presentes pelo menos dois ou três dos sintomas acima. O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das actividades.

b. Episódio depressivo moderado

Geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas acima e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as actividades de rotina.

c. Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos

Episódio depressivo onde vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente há perda da auto-estima e ideias de desvalia ou culpa. As ideias e os actos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas “somáticos”.

d. Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos

Episódio depressivo correspondente à descrição de um episódio depressivo grave mas acompanhado de alucinações, ideias delirantes, de uma lentidão psicomotora de uma gravidade tal que todas as actividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de suicídio, de desidratação ou de desnutrição.

2.2.4.2 Transtorno de Humor Bipolar

Caracterizado por episódios repetidos, no mínimo dois, nos quais os níveis de humor e de actividade do paciente estão significativamente alterados, em algumas ocasiões com elevação do humor (euforia)

aumento da energia, aumento da actividade motora (mania) e em outras com diminuição do humor, da energia e das actividades (depressão). **De forma resumida esta perturbação caracteriza-se pela alternância entre a mania e a depressão num mesmo indivíduo.**

O episódio maníaco geralmente inicia de forma súbita e dura entre 2 semanas até 4-5 meses e as depressões tendem a durar mais tempo, em média até 6 meses. Geralmente o 1º episódio segue-se a acontecimentos de vida stressantes mas não é condição essencial para o seu diagnóstico. Clinicamente pode apresentar-se com alternância entre a hipomania, mania, depressão.

- **Hipomania:** caracterizada por felicidade e vontade de viver excessiva em relação ao normal. Existe défice de atenção, com distração, os pensamentos voam de um assunto para o outro. O sono está reduzido e a noite pode ser gasta em limpezas ou a cantar e dançar. Nenhuma destas actividades será bem-feita ou terminada. A alegria contagiante muda facilmente para irritabilidade devido ao facto dos outros não compartilharem o seu entusiasmo. Pode haver gastos excessivos de dinheiro e hipererotismo.
- **Mania:** há exagero da hipomania e surgimento de sintomas psicóticos delirantes de grandeza e alucinações auditivas.
- **Depressão:** vide ponto 2.2.4.1.

Em todos os casos de transtorno de humor (depressão ou mania), deve-se considerar em primeiro lugar a possibilidade da mesma ser secundária a uma causa orgânica (malária cerebral, HIV-SIDA) ou a substâncias (álcool, cannabis sativa, heroína), nestes casos, o tratamento consistirá no tratamento das condições de base (doença orgânica, drogas) e dos sintomas associados (depressivos, maníacos).

2.2.5. Diagnóstico

O diagnóstico é essencialmente clínico, e é estabelecido com base na anamnese e no exame clínico do paciente que deve incluir sempre o exame do estado mental e o exame físico dos demais aparelhos e sistemas.

Deve-se recorrer aos exames auxiliares de diagnóstico para excluir as perturbações mentais de causa orgânica e com base na avaliação do doente determinar o tipo de síndrome apresentado. Algumas perguntas são úteis para apoiar no diagnóstico destas entidades, são as seguintes:

Para Diagnóstico de Depressão

- Início dos sintomas?
- Sente-se para baixo sem vontade de nada?
- Perda de interesse ou prazer pelas actividades normais do dia-a-dia? Redução de energia ou fadiga?
- Dificuldades de atenção ou de concentração?
- Ideias de culpa ou Indignação? Diminuição da auto-estima ou auto-confiança?
- Pessimismo quanto ao futuro?
- Ideias de suicídio? Dificuldades de dormir (insónia matinal)? Diminuição do apetite? História de consumo de drogas?

A resposta positiva a 2 ou 3 destas questões, é a favor do diagnóstico de Depressão.

Para Diagnóstico de Mania

- Sente-se mais feliz do que o habitual?
- Tem feito mais actividades do que o habitual?
- Paciente está distraído, irritável?
- Discurso é rápido difícil de interromper?
- Tem dormido pouco? Dança e canta nas noites? Aumentou o apetite pelo sexo? Tem planos para gastar muito dinheiro? Possui poderes especiais? Ouve vozes estranhas?

A resposta positiva a cada uma destas questões, é a favor do diagnóstico de Mania.

A alternância entre os estados de Depressão e Mania, determina o diagnóstico de transtorno bipolar.

2.2.6. Conduta

O tratamento para os transtornos de humor inclui segue as regras básicas do tratamento de perturbações mentais e inclui o tratamento psicológico (psicoeducação e psicoterapia) e o tratamento farmacológico.

Perante este tipo de doentes, a conduta ao nível do TMG deve consistir na administração de tratamento psicológico e quando necessário farmacológico para a estabilização inicial do paciente em situação de urgência. Posteriormente, o paciente deverá ser encaminhado para as entidades competentes (médico de clínica geral ou Técnico de psiquiatria) e a psicologia (se disponível).

2.2.6.1. Tratamento Psicológico

- **Psicoeducação/Prestar Informações Gerais ao Paciente e Familiares/Acompanhantes:**
 - Sobre os transtornos de humor e seu tratamento;
 - Sobre apoio psicossocial incluindo terapia familiar, se disponível;
 - Sobre consultas de seguimento regulares para controlo.

Mensagens Chave para transmitir ao Paciente e Familiares/Acompanhantes:

- Os transtornos do humor são comuns, tratáveis e podem afectar a qualquer pessoa;
- Indivíduos afectados por este tipo de transtornos tendem em ter opiniões negativas em relação a si, à sua vida e ao seu futuro;
- Existe tratamento efectivo para estes transtornos, e o doente pode registar melhorias, devendo para tal cumprir com a medicação e com o tratamento psicológico;
- É importante o apoio dos familiares para a recuperação dos doentes;
- É importante continuar com as actividades normais que sejam interessantes e que proporcionem prazer;
- É importante tentar manter um ritmo de sono regular e praticar exercício físico regular.

Psicoterapia: Terapia cognitivo comportamental

- A componente da terapia cognitiva consiste na correção das formas anormais ou inúteis de pensar (sentimento de culpa e de desvalia, visão pessimista do futuro) para melhorar o estado de humor.
- A terapia comportamental pode consistir em trabalhar com o paciente para evitar o comportamento de isolamento que tende a agravar a depressão e incentivar a socialização que ajuda na melhoria do humor.

2.2.6.2. Tratamento Farmacológico

Ao nível do TMG, a administração de psicofármacos só deverá ocorrer nos casos de urgências e que necessitem de estabilização antes de serem referidos ou internados.

2.2.6.2.1. Tratamento das situações de urgência dos Transtornos depressivos

As situações de urgência associadas aos transtornos depressivos são:

- Transtorno depressivo grave (com ideação suicida)
- Transtorno depressivo grave com sintomas psicóticos (delírios, alucinações)
- Transtorno depressivo grave com sintomas psicóticos (delírios, alucinações)

Nestas condições, o tratamento é feito com base em antidepressivos (amitriptilina), mas no caso de Transtorno Depressivo grave com sintomas psicóticos, para além do tratamento com antidepressivos deve-se associar um antipsicótico (haloperidol):

- **Para depressão grave:** administrar amitriptilina comprimidos (10 ou 25 mg), iniciar com 25-50 mg/dia por via oral ao deitar, e posteriormente referir. Estes pacientes devem ser tratados em regime de internamento. (Vide detalhes sobre a medicação abaixo).
- **Para depressão com sintomas psicóticos e/ou agitação psicomotora:** administrar

amitriptilina (dose para depressão grave) e haloperidol injectável IM (excepcionalmente IV), na dose de 2,5 a 10 mg de início e depois 5 mg a cada 4 a 8 h conforme as necessidades, enquanto se aguarda para transferir. Alternativamente pode-se administrar por via oral (*vide detalhes abaixo*). Estes pacientes devem ser tratados em regime de internamento. (*Vide detalhes sobre a medicação abaixo*).

Nota: haloperidol deve ser administrado em associação com prometazina para reduzir os efeitos adversos (*Vide detalhes abaixo*).

2.2.6.2.2. Tratamento das situações de urgência do Transtorno bipolar

As situações de urgência associadas aos transtornos bipolares são:

- Transtorno bipolar associado à depressão grave (com ideação suicida)
- Transtorno bipolar associado à sintomas psicóticos (delírios, alucinações)
- Transtorno bipolar associado à agitação psicomotora

Nestas condições, o tratamento é feito com base na administração de estabilizadores do humor (carbamazepina) e fármacos para controlar as complicações (antidepressivos nos casos com depressão e antipsicóticos nos casos com sintomas psicóticos):

- **Para Transtorno bipolar associado à depressão grave (com ideação suicida):** administrar **carbamazepina** comprimidos de 200 mg, iniciar com 100-200 mg, via oral, 2 x/dia enquanto se aguarda a transferência **em associação com amitriptilina** (nas doses de depressão grave descritas acima)
- **Para Transtorno bipolar associado à sintomas psicóticos e/ou agitação psicomotora:** administrar **amitriptilina** (mesmas doses) em associação com **haloperidol** (nas doses de transtornos depressivos com sintomas psicóticos descritas acima)

2.2.6.2.3. Informação sobre os Fármacos

a. Antidepressivos

Amitriptilina (Comprimidos de 10 ou 25 mg)

Indicações:

(1) Tratamento da depressão sobretudo a endógena e acompanhada de ansiedade ou agitação. (2) Enurese noturna. (3) Profilaxia da enxaqueca. (4) Adjuvante no alívio da dor crónica neuropática (neuropatia do SIDA, pós-herpética, tóxica, diabética).

Doses:

Iniciar com 25-50 mg/dia por via oral ao deitar, e aumentar gradualmente ao longo de 2-3 semanas até se obter efeito desejado ou se atingir a dose máxima de 150-200 mg/dia dividida em 2-3 tomas. Dose usual de manutenção 25-100 mg/dia. Reduzir as doses para metade nos idosos e adolescentes.

Efeitos secundários:

Frequentemente, secura da boca, obstipação, taquicardia, visão turva, tonturas e sonolência que em geral diminuem com continuação do tratamento. Ocasionalmente pode ocorrer hipotensão ortostática, retenção urinária, sedação, aumento do peso ou disfunção sexual. Em doses elevadas, confusão mental, psicose, tremor, bloqueio cardíaco AV, outras arritmias e pancitopenia.

Contra – indicações:

Enfarte do miocárdio recente, bloqueio AV ou outras arritmias cardíacas. Na fase maníaca da psicose maníaco-depressiva. Evitar o uso nas mulheres grávidas, na lactação e nos transtornos depressivos em crianças menores de 12 anos.

Notas e Precauções:

- (1)** Os efeitos anti-depressivos plenos levam em média 2 a 4 semanas a manifestarem-se, e o tratamento deve ser depois mantido, se possível em doses menores, por um período de 4 a

8 ou mais meses, para reduzir riscos de recidiva. **(2)** Evitar a suspensão brusca do tratamento pelos riscos da recidiva da depressão ou nalguns casos, ocorrência de síndrome de supressão. **(3)** Usar com precaução nos idosos e nos doentes com glaucoma (risco de agravamento), hipertrofia da próstata (risco de retenção urinária), epilepsia (diminuição do limiar convulsivo), em doentes com insuficiência hepática e nos que vão ser anestesiados (risco maior de arritmia). **(4)** Sobreretudo na fase inicial, aconselhar os doentes a evitar actividades que exijam reflexos vivos (condução de veículos, etc.). **(5)** O efeito sedativo pode ser potenciado por outros depressores do SNC (álcool, anti-histamínicos, benzodiazepinas, neurolépticos, etc.). **(6)** Fornecer quantidade limitada do fármaco ao doente, devido aos riscos inerentes à sua elevada toxicidade e tendência para o suicídio nos doentes deprimidos. **(7)** Na enurese nocturna não utilizar em princípio em crianças menores de 6 anos e, nas de idade superior, usar só depois de descartadas as possíveis causas orgânicas (infecções, doença neurológica, diabetes etc.).

b. Anti-psicóticos

Haloperidol: injectável, ampolas de 5mg/ml ou Comprimidos de 5 mg

Indicações: (1) Tratamento e prevenção de estados psicóticos agudos, em particular da esquizofrenia, da mania, da depressão com agitação psicótica, do Delirium e outros transtornos agudo do comportamento; (2) Terapêutica adjuvante de curta duração nos quadros graves de ansiedade; (3) Tratamento de soluços rebeldes; (4) Terapêutica de Tiques e como adjuvante no tratamento das coreias e síndrome de Gilles de la Tourette. A forma injectável é indicada nas fases agudas, quando a via oral não é possível.

Doses:

- Injectável - administrar por via IM (excepcionalmente IV), 2,5 a 10 mg de início e depois 5 mg a cada 4 a 8 h conforme as necessidades.
- Oral – iniciar com 2,5 – 20 mg, divididos em 1 - 3 tomas diárias.

Efeitos secundários: frequentemente sonolência ou insónias, apatia, hipotensão ortostática e efeitos anti-colinérgicos (secura da boca, visão turva, obstipação, taquicardia). Ocasionalmente, efeitos extra-piramidais (acatísia, distonia, parkinsonismo e discinésia tardia muitas vezes irreversível), endócrinos (galactorreia, ginecomastia, alterações menstruais, diminuição da libido e aumento do peso), hipo ou hipertimia. Raramente icterícia colestática, erupção e pigmentação cutânea, fotossensibilidade, opacificação do cristalino, leucopenia ou agranulocitose, arritmias e síndrome maligno dos neurolépticos.

Contra - indicações: coma causado por depressores do SNC, depressão medular, glaucoma, feocromocitoma.

Notas e Precauções: (1) reduzir as doses a metade nos indivíduos idosos e debilitados; (2) É pouco sedativo e tem uma acção essencialmente anti-alucinatória e anti-delirante; (3) Tem menor incidência de efeitos anti-muscarínicos e hipotensivos do que a clorpromazina e as reacções fotossensibilidade e pigmentação cutâneas são raras; (4) A incidência de efeitos extra-piramidais em particular a distonia e acatísia é maior do que com a clorpromazina. (5) Evitar uso por via endovenosa que deve ser reservado para situações muito específicas e sob controlo do especialista.

Prometazina: injectável ampolas de 50mg/2ml ou Comp. 10 mg

Indicações: usar em simultâneo com os antipsicóticos para prevenir os seus efeitos colaterais

Doses:

- **Injectável:** 1 a 2 ampolas por via IM (excepcionalmente IV) em associação com haloperidol ou outro neuroléptico e de preferência ao deitar.
- **Oral:** 10 a 20mg de preferência ao deitar e em associação com neurolépticos. Na falta da prometazina usar a clorfeniramina 4mg, com efeitos semelhantes, de acordo com a posologia do antipsicótico.

Efeitos secundários: Sonolência, sensação de fadiga, tonturas, secura da boca e visão turva. Em altas doses, pode provocar confusão e ataxia

Notas e Precauções: se usar por via IV (situações de emergência), diluir o conteúdo de uma ampola em 20 ml de água destilada e administrar a dose requerida muito lentamente.

(Vide mais detalhes no Formulário Nacional de Medicamentos).

c. Estabilizadores do Humor

Carbamazepina: Comprimidos de 200 mg

Indicações:

(1) Tratamento da epilepsia em particular nas crises parciais simples ou complexas, com ou sem generalização secundária e no grande mal. **(2)** Tratamento da nevralgia do trigêmeo e glossofaríngeo, nevralgia associada a esclerose múltipla, a diabetes, pós-herpética e ao trauma nervoso. **(3)** Como alternativa aos sais de lítio na prevenção das recidivas da **psicose maníaco-depressiva (Transtorno Bipolar)**. **(4)** No tratamento do humor disfórico. **(5)** Nas síndromes de agitação psico-motora por lesão estrutural. **(6)** Na síndrome hiperkinética nas crianças.

Doses:

Na profilaxia das crises maníaco-depressivas (transtorno bipolar) - usar a dose de epilepsia para adultos e crianças maiores de 12 anos: iniciar com 100-200 mg, 2 x/dia e aumentar semanalmente a dose em 100-200 mg/dia, até se obter resposta clínica adequada ou até ao máximo de 1600 mg/dia no adulto ou 1000 mg/dia nas crianças dos 12-15 anos. (Dose habitual de manutenção, entre 800-1200 mg/dia).

A carbamazepina pode ser administrada numa ou em várias tomas diárias. Em regra, doses superiores a 400 mg devem ser divididas em 2-4 tomas/dia.

Efeitos secundários:

Frequentemente cefaleia, tonturas, náusea, vômitos e ataxia, que regredem geralmente ao longo do tratamento. Ocasionalmente, confusão mental (sobretudo em idosos), visão turva ou diplopia, glossite, estomatite, erupção cutânea e interferência com processo cognitivo (cuidado nas crianças e adolescentes). Raramente, leucopenia, colestase, poliadenopatias, síndrome de Stevens-Johnson.

Contra - indicações:

Bloqueio A-V, aplasia medular, porfíria.

Notas e precauções:

(1) Pode agravar as crises de ausência ou mioclónicas. **(2)** Evitar a supressão brusca do tratamento. **(3)** Usar com cuidado na gravidez e lactação. **(4)** Pode diminuir a capacidade de concentração e reflexos. **(5)** Reduz a concentração plasmática da aminofilina, varfarina, estrogénios (pílula), fenobarbital, valproato de sódio. **(6)** Aumenta o nível plasmático dos sais de lítio. **(7)** A cimetidina, eritromicina, isoniazida e verapamil potenciam os efeitos da carbamazepina. **(8)** Realizar testes de função hepática e hemograma, antes de iniciar o tratamento e monitorizar periodicamente durante o tratamento para detecção precoce de toxicidade hepática e depressão da medula. **(9)** Deve ser tomado com os alimentos para evitar distúrbios gastrointestinais.

2.6.2.3. Encaminhamentos (transferência ou seguimento):

Referir para internamento e seguimento por técnico de psiquiatria ou médico de clínica geral, todos os casos de **depressão grave, depressão com sintomas psicóticos, transtorno bipolar associado a depressão grave e transtorno bipolar associado a sintomas psicóticos**. Referir os restantes casos para seguimento em ambulatório por técnico de psiquiatria ou médico de clínica geral.

BLOCO 3: PONTOS-CHAVE

- 3.1. Os transtornos de humor têm como característica predominante uma alteração ou perturbação do humor ou do afecto.
- 3.2. Os Transtornos do Humor estão divididos em Transtornos Depressivos, Transtornos Bipolares e Transtornos de Humor Devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno do Humor Induzido por Substância.
- 3.3. A depressão provoca sintomas como desânimo e falta de interesse por qualquer actividade. É um transtorno que pode vir acompanhado ou não do sentimento de tristeza e prejudica o funcionamento psicológico, social e de trabalho.
- 3.4. O Transtorno Depressivo é mais comum nas mulheres e surge geralmente entre 18 - 44 anos de idade. Pode ter como factores de risco: história familiar de depressão, mulheres, idosos, classe social baixa, divorciados ou separados, acontecimentos traumáticos precoces (perdas dos pais, abuso sexual, maus tratos), abuso de drogas.
- 3.5. Referir para internamento e seguimento por técnico de psiquiatria ou médico de clínica geral, todos os casos de **depressão grave, depressão com sintomas psicóticos, transtorno bipolar associado a depressão grave e transtorno bipolar associado a sintomas psicóticos.**

Disciplina	Saúde Mental	Nº da Aula	11
Tópico	Patologias Psiquiátricas	Tipo	Teórica
Conteúdos	- Transtornos Neuróticos Relacionados ao Stress e Somatoformes - Introdução - Transtornos de Ansiedade - Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Explicar o que são transtornos neuróticos relacionados ao stress e somatoformes.
2. Explicar o que são transtornos de ansiedade e listar suas classificações.
3. Explicar o que é transtorno obsessivo e compulsivo.
4. Explicar os meios para identificar transtornos de ansiedade e do transtorno obsessivo compulsivo.
5. Descrever os sinais e sintomas dos transtornos de ansiedade e do transtorno obsessivo compulsivo.
6. Listar perguntas que podem ser feitas na anamnese para ajudar a identificar transtornos de ansiedade e obsessivo compulsivo.
7. Descrever qual deve ser a conduta do TMG diante desses quadros:
 - a. Postura diante do utente;
 - b. Informações a serem transmitidas ao utente e seu familiar;
 - c. Tratamento não farmacológico (psicológico);
 - d. Tratamento farmacológico;
 - e. Encaminhamentos (transferência ou seguimento).

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Transtornos Neuróticos Relacionados ao Stress e Somatoformes - Introdução		
3	Transtornos de Ansiedade e Transtorno Obsessivo Compulsivo - Definição, Classificação e Quadro Clínico		
4	Transtornos de Ansiedade e Transtorno Obsessivo Compulsivo - Diagnóstico e Conduta		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia:

- Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Artes Médicas, Porto Alegre; 1993.
- DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Associação Americana de Psiquiatria. 4ª Edição. Climepsi, Lisboa; 1996; Oxford University Press, Oxford; 2002.
- Valejo R, Masson, J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona; 2006.6ª diçion..

- Harrison, P.; Geddes, J. e Sharpe, M. Introdução à Psiquiatria. Climepsi Editores, Lisboa, 2002.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: TRANSTORNOS NEURÓTICOS RELACIONADOS AO STRESS E SOMATOFORMES - INTRODUÇÃO

2.1 Introdução aos Transtornos Neuróticos Relacionados ao Stress e Somatoformes

Estes transtornos pertencem ao grande campo das ditas “Neuroses”, termo tradicional usado para designar as perturbações caracterizadas pela ansiedade, preocupações excessivas ou inapropriadas. Apesar da ansiedade ocupar a posição central, geralmente manifestam-se através das cognições (ex: pensamentos recorrentes sobre doença), comportamentos (ex: indivíduo não consegue falar em público no caso de fobia social) e ou sintomas somáticos (ex: palpitações, hiperventilação, tremores, sudorese).

2.2 Classificação

Este grupo de transtornos classifica-se em:

- **Transtornos de Ansiedade** (Fobia, Perturbação de Pânico, Perturbação de Ansiedade Generalizada).
- **Transtorno Obsessivo Compulsivo.**
- **Reação a Stress Grave e Transtornos de Ajustamento** (Reações Agudas ao Stress, Perturbação de Adaptação, Perturbação Pós Stress Traumático).
- **Transtornos Dissociativos (Conversivos):** Amnésia Dissociativa, Fuga Dissociativa, Estupor Dissociativo
- **Transtornos Somatoformes:** Somatização, Somatoforme Indiferenciado, Hipocondríaco.

Nesta aula serão abordados apenas os Transtornos de Ansiedade e o Transtorno Obsessivo Compulsivo. Os outros transtornos serão abordados na aula seguinte.

BLOCO 3: TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E OBSESSIVO COMPULSIVO - DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E QUADRO CLÍNICO

3.1 Transtornos de Ansiedade

3.1.1. Definição

Chamam-se Transtornos de Ansiedade às Perturbações Mentais que têm como característica principal um alto nível de ansiedade, pensamento ansioso e podendo ser acompanhados por sintomas físicos da activação simpática.

A Ansiedade é um estado emocional de apreensão, uma expectativa de que algo mau pode acontecer, acompanhado por várias reações físicas e mentais desconfortáveis.

3.1.2. Classificação

Os transtornos de ansiedade são classificados de acordo com a sua etiologia e quadro clínico em:

- Transtornos Fóbicos (agorafobia, fobia social, fobias específicas)
- Perturbação de Pânico
- Perturbação de Ansiedade Generalizada

3.1.3. Quadro Clínico

As particularidades de cada um destes tipos de transtorno serão descritas abaixo, mas de uma forma geral, os sinais e sintomas comuns à todos os tipos de transtornos da ansiedade são descritos no quadro abaixo:

Tabela 1: Sintomas gerais de ansiedade

Classe dos Sintomas	Sintomas
1 - Afectivos (Humor)	Ansiedade, irritabilidade
2 - Cognição (Pensamento)	Preocupações e receios de forma exagerada
3 – Comportamento	Evitação das situações receadas, verificação, procura de tranquilização.
4 - Físicos (Somáticos)	Dor torácica, dificuldade respiratória, sensação de sufoco, respiração acelerada, palpitações, sudorese, tremores, parestesias nos dedos, dores e pontadas, sono pouco reparador (insónia inicial), necessidade frequente de urinar e defecar.

3.1.4 Particularidades dos Transtornos de Ansiedade

3.1.4.1. Transtornos Fóbico-Ansiosos: grupo de transtornos nos quais um episódio de ansiedade é desencadeado exclusiva ou essencialmente por situações de fobia (medo doentio) nitidamente determinadas que na verdade não apresentam nenhum perigo real de imediato. Estas situações são, por esse motivo, evitadas ou suportadas com temor.

A simples evocação de uma situação fóbica desencadeia em geral ansiedade antecipada. A ansiedade fóbica frequentemente se associa a uma depressão ou ao consumo de drogas. Os principais tipos são descritos abaixo:

a. Agorafobia

A ansiedade é desencadeada pelos espaços abertos ou grandes espaços de multidões, onde seja difícil de sair. Este tipo de fobia cursa com medo de deixar sua casa, medo de ir as lojas, de multidões e de locais públicos, ou medo de viajar sozinho num comboio, autocarro ou avião. A presença de um transtorno de pânico é frequente no curso dos episódios actuais ou anteriores de agorafobia. Entre as características associadas, acham-se frequentemente sintomas depressivos ou obsessivos, assim como fobias sociais.

b. Perturbação de Pânico

A Perturbação de Pânico é caracterizada pela ocorrência de frequentes e inesperados ataques de pânico durante um período de pelo menos um mês e estão associados ao medo dos próprios ataques. Os ataques de pânico, ou crises, consistem em períodos de intensa ansiedade e são acompanhados de alguns sintomas específicos como taquicardia, perda do foco visual, dificuldade de respirar, sensação de irrealidade, etc.

c. Fobias Sociais

Ansiedade intensa e persistente relacionada a uma situação social. Este tipo de ansiedade pode-se manifestar em situações de desempenho em público ou em situações de interação social.

O medo de ser exposto à observação atenta de outras pessoas leva a evitar situações sociais. As fobias sociais graves são acompanhadas, habitualmente, de uma perda da auto - estima e de um medo de ser criticado. Existe frequentemente uma história de incidente na qual a pessoa sentiu que troçaram de si. Manifestações clínicas:

As fobias sociais podem se manifestar por rubor, tremor das mãos, náuseas ou desejo urgente de urinar, sendo que o paciente por vezes está convencido que uma ou outra destas manifestações secundárias constitui seu problema primário. Os sintomas podem evoluir para um ataque de pânico.

d. Fobias específicas (isoladas)

Fobias limitadas à situações altamente específicas tais como a proximidade de determinados animais, locais elevados, trovões, escuridão, viagens de avião, espaços fechados, utilização de casas de banho públicas, ingestão de determinados alimentos, cuidados com o estomatologista, ver sangue ou

ferimentos. Ainda que a situação desencadeante seja inofensiva, o contacto com ela pode desencadear um estado de pânico como na agorafobia ou fobia social.

3.1.4.2. Ansiedade generalizada

Estado de ansiedade e preocupação excessiva sobre diversas coisas da vida. Este estado aparece frequentemente e se acompanha de alguns dos seguintes sintomas:

- Afectivos: irritabilidade, humor deprimido, nervosismo persistente;
- Cognitivos: sensação de vazio na cabeça, dificuldade em concentrar-se;
- Comportamentais: inquietação;
- Físicos: fadiga, tremores, tensão muscular, sudorese, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico;

Medos de que o paciente ou que um de seus próximos irá brevemente ficar doente ou sofrer um acidente são frequentemente expressos.

Esta categoria deve ser utilizada quando o paciente apresenta ao mesmo tempo sintomas ansiosos e sintomas depressivos, sem predominância nítida de uns ou de outros, e sem que a intensidade de uns ou de outros seja suficiente para justificar um diagnóstico isolado.

3.2. Transtorno Obsessivo - Compulsivo (TOC)

3.2.1. Definição

Estado caracterizado por ideias obsessivas ou por comportamentos compulsivos recorrentes, causando grande sofrimento à pessoa. As ideias obsessivas são pensamentos, representações ou impulsos, que se intrometem na consciência do sujeito de modo repetitivo e estereotipado. Exemplo de dúvidas que sempre retornam (se fechou o gás, se fechou a porta, etc.), fantasias de querer fazer algo que considera errado, entre vários outros.

3.2.2. Classificação

Os TOC classificam-se em:

- TOC com predominância de ideias ou de ruminações obsessivas
- TOC com predominância de comportamentos compulsivos

3.2.3. Quadro Clínico

- Presença de ideias obsessivas, que perturbam muito o sujeito, o qual tenta, frequentemente resistir-lhes, mas sem sucesso. O sujeito reconhece, entretanto, que se trata de seus próprios pensamentos, mas estranhos à sua vontade e em geral que não lhe dão prazer.
- Presença de compulsões que são actos repetitivos que têm como função tentar aliviar a ansiedade trazida pelas obsessões. Assim, a pessoa pode lavar a mão muitas vezes para tentar aliviar uma ideia recorrente de que está sujo, ou verificar muitas vezes se uma porta está fechada, fazer contas para afastar algum pensamento, arrumar as coisas, repetir actos, etc.
- Os comportamentos e os rituais compulsivos são actividades estereotipadas repetitivas. O sujeito não tira prazer directo algum da realização destes actos os quais, por outro lado, não levam à realização de tarefas úteis por si mesmas.
- O sujeito reconhece habitualmente o absurdo e a inutilidade de seu comportamento e faz esforços repetidos para resistir-lhes. O transtorno é acompanhado quase sempre de ansiedade. Esta ansiedade se agrava quando o sujeito tenta resistir à sua actividade compulsiva (lavagem das mãos, verificação da porta, do fogão, etc).

3.2.4. Particularidades dos TOCs

3.2.4.1. Transtorno obsessivo - compulsivo com predominância de ideias ou de ruminações obsessivas

O quadro clínico pode incluir pensamentos, imagens mentais ou impulsos para agir, quase sempre angustiantes para o sujeito.

Às vezes trata-se de hesitações intermináveis entre várias opções, que se acompanham frequentemente de uma incapacidade de tomar decisões banais mas necessárias à vida quotidiana. Existe uma relação particularmente estreita entre os *intermináveis* e *inconclusivos pensamentos* sobre *questões que não obtêm qualquer resposta* (ruminações obsessivas) e a depressão.

3.2.4.2. Transtorno obsessivo-compulsivo com predominância de comportamentos compulsivos

A maioria dos actos compulsivos está ligada à limpeza (particularmente lavar as mãos), verificações repetidas para evitar a ocorrência de uma situação que poderia se tornar perigosa, ou um desejo excessivo de ordem.

Sob este comportamento manifesto, existe o medo usualmente de perigo causado pelo sujeito, e a actividade ritual constitui um meio ineficaz ou simbólico de evitar este perigo.

BLOCO 4: TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E OBSESSIVO COMPULSIVO – DIAGNÓSTICO E CONDUTA

4.1. Diagnóstico

O diagnóstico é essencialmente clínico, e é estabelecido com base na anamnese e no exame clínico do paciente que deve incluir sempre o exame do estado mental e o exame físico dos demais aparelhos e sistemas.

Deve-se recorrer aos exames auxiliares de diagnóstico para excluir as perturbações mentais de causa orgânica e com base na avaliação do doente determinar o tipo de síndrome apresentado. Algumas perguntas são úteis para apoiar no diagnóstico destas entidades, são as seguintes:

Para Diagnóstico de Transtornos de Ansiedade:

- Sente-se tenso, ansioso ou preocupado?
- Tem receio de falar ou estar perante muita gente?
- Tem sentido medo de desmaiar?
- Tem “ataques” súbitos de ansiedade? Nesses momentos que reações corporais sente?
- Qual o impacto negativo dos sintomas em casa, escola, trabalho, relacionamento com as outras pessoas?

A resposta positiva a cada uma destas questões associada a um impacto negativo na vida social do indivíduo são a favor do diagnóstico das perturbações de ansiedade.

Para Diagnóstico de TOCs:

- Sente-se tenso, ansioso ou preocupado?
- Tem pensamentos ou imagens recorrentes desagradáveis?
- Sente que tem de verificar repetidamente as coisas que faz ou mantém as coisas muito limpas e asseadas?
- Tenta resistir aos pensamentos ou ao impulso para lhes responder? Se sim, o que é que faz?

A resposta positiva a cada uma destas questões associada a um impacto negativo na vida social (em casa, escola e no trabalho) do indivíduo é a favor do diagnóstico do TOC.

4.2. Conduta

De uma forma geral, a conduta para as perturbações mentais do tipo Transtornos Neuróticos Relacionados ao Stress e Somatoformes é basicamente a mesma e consiste essencialmente em: Tratamento Psicológico (Psicoeducação e Psicoterapia) e Tratamento Farmacológico (Antidepressivos e Ansiolíticos). De acordo com o tipo de patologia específica, algumas variações na abordagem poderão ocorrer.

Perante este tipo de doentes, a conduta ao nível do TMG deve consistir na administração de tratamento psicológico e quando necessário farmacológico para a estabilização inicial do

paciente em situação de urgência. Posteriormente, o paciente deverá ser encaminhado para as entidades competentes (médico de clínica geral ou Técnico de psiquiatria) e a psicologia (se disponível).

4.2.1. Tratamento Psicológico

- **Psicoeducação/Prestar Informações Gerais ao Paciente e Familiares/Acompanhantes:**

- Sobre os transtornos de ansiedade, Obsessivo compulsivos e seu tratamento;
- Sobre apoio psicossocial incluindo terapia familiar, se disponível;
- Sobre consultas de seguimento regulares para controlo;

- **Mensagens Chave para transmitir ao Paciente e Familiares/Acompanhantes:**

- Os transtornos obsessivo compulsivo e de ansiedade são comuns, tratáveis e podem afectar a qualquer pessoa;
- Indivíduos ansiosos tendem a isolar-se e a refugiar-se no consumo das drogas (álcool, cannabis sativa) como uma maneira de lidar com doença;
- Existe tratamento eficaz para transtornos obsessivo compulsivo e de ansiedade e o paciente pode melhorar em algumas semanas se cumprir com a medicação; devendo interromper só com orientação clínica
- A combinação do tratamento medicamentoso e não medicamentoso é de extrema importância
- É importante continuar com as actividades normais que sejam interessantes e que proporcionem prazer;
- É importante praticar exercício físico regular e cumprir com o tratamento.

- **Psicoterapia (Terapia cognitivo comportamental)**

- A componente da terapia cognitiva consiste na correção das formas anormais de pensar (ex: “preocupação excessiva” “pensamento de ter as mãos contaminadas”) para reduzir ou anular a ansiedade ou depressão associada.
- A terapia comportamental reside no facto de os comportamentos de adaptação poderem ser aprendidos e os comportamentos desadaptados poderem ser suprimidos. Neste caso o paciente é exposto, gradualmente, a situação ou comportamento que passou a evitar (ex: sair de casa no caso de agorafobia, falar em público no caso de fobia social) e ir gradualmente sendo treinado a evitar a resposta de ansiedade.

4.2.2. Tratamento Farmacológico

Ao nível do TMG, a administração de psicofármacos só deverá ocorrer nos casos de urgências e que necessitem de estabilização antes de serem referidos.

4.2.2.1. Tratamento das situações de urgência dos Transtornos de Ansiedade

As situações de urgência associadas aos transtornos de ansiedade são: Transtornos de ansiedade com crises de pânico

Nestas condições, o TMG deve administrar tratamento inicial com ansiolíticos e posteriormente referir para seguimento na consulta. Pode-se administrar:

- Diazepam injectável (ampolas de 10mg/2ml): administrar 10 mg por via IV lenta (1ml/min) ou alternativamente por via rectal (pacientes muito agitados). Na ausência da formulação injectável, pode-se usar como alternativa diazepam ou clordiazepóxido em comprimidos, administrar as primeiras doses e posteriormente encaminhar para internamento e seguimento por técnico de psiquiatria ou médico de clínica geral. **(Vide doses abaixo)**

Os transtornos obsessivos compulsivos não apresentam situações de urgência, pelo que o tratamento irá consistir no tratamento psicológico e posterior encaminhamento para consulta com técnico de psiquiatria ou médico de clínica geral.

4.2.3. Informação sobre os fármacos

a. Ansiolíticos

Clordiazepóxido

Indicações: estados ansiosos e ansioso-depressivos, quadros funcionais (psicossomáticos).

Doses: comprimidos de 10 mg, administrar 5 a 20 mg por via oral, de 12 em 12 horas, durante 2 a 3 semanas no máximo. Privilegiando sempre iniciar o tratamento em pequenas doses.

Efeitos secundários:

Astenia, adinamia, sonolência, vertigens, amnésia, ataxia e confusão mental (em particular nos idosos, debilitados e nos primeiros dias de tratamento). Risco de tolerância e dependência nos tratamentos prolongados, com doses elevadas e em doentes com história de toxicodependência. Reações paradoxais (excitação, insónias, alucinações, aumento da espasticidade muscular) sobretudo nas idades extremas.

Contra - indicações:

Depressão respiratória; insuficiência respiratória aguda; estados depressivos ou obsessivos; psicoses crónicas; porfíria; hipersensibilidade às benzodiazepinas.

Notas e Precauções:

(1) Usar sempre a menor dose possível, por tempo mais curto possível (não mais de 1 mês) para reduzir o risco de dependência. **(2)** Quando administrado durante mais de 3 semanas consecutivas há risco de dependência. **(3)** Reduzir a dose e usar com muita precaução em doentes idosos, debilitados, com insuficiência renal, hepática ou respiratória e em doentes toxicodependentes. **(4)** Os depressores do SNC como o álcool, anti - convulsivantes, neurolépticos, anti - depressivos e anti-histamínicos têm efeitos aditivos no SNC. **(5)** Alertar aos doentes para o risco de condução de veículos e realização de outras actividades que exijam reflexos vivos e para os riscos de potenciação com álcool ou outros depressores do SNC. **(6)** Evitar ou usar com muito cuidado em doentes com tendências suicidas ou com distúrbios de personalidade. **(7)** Evitar o uso durante a lactação e gravidez (o uso continuado no último trimestre de gravidez pode desencadear síndrome de privação no recém-nascido).

Diazepam

Indicações: tratamento de curta duração da ansiedade e insónia incapacitantes, adjuvante no tratamento da síndrome de privação alcoólica; espasmos musculares de diferentes etiologias incluindo Tétano; medicação pré-anestésica.

Doses: comprimidos de 10 mg, administrar 2 mg até de 8 em 8 horas; aumentar se necessário até 5-10 mg de 8 em 8 horas, por via oral, durante 2 a 3 semanas no máximo.

Efeitos secundários, contra - indicações, notas e precauções

Os mesmos que do Clordiazepóxido.

4.2.3. Encaminhamento (Seguimento/Referência)

Referir para internamento se seguimento pelo técnico de psiquiatria ou clínico geral e psicólogo (se disponível), após estabilizar o paciente.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1** Os transtornos neuróticos relacionados ao stress e somatoformes constituem o grande campo das ditas “Neuroses” e incluem as perturbações mentais caracterizadas pela ansiedade, preocupações excessivas ou inapropriadas.
- 5.2** Os transtornos neuróticos relacionados ao stress e somatoformes podem classificar-se em: transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo e compulsivo, reação a stress grave e reação de ajustamento, transtornos dissociativos (conversivos), transtornos somatoformes.
- 5.3** A Ansiedade é um estado emocional de apreensão, uma expectativa de que algo mau pode acontecer, acompanhado por várias reações físicas e mentais desconfortáveis.

- 5.4** Os principais transtornos de ansiedade são: Transtornos Fóbico-Ansiosos (Agorafobia, Fobias sociais, Fobias específicas, Outros Transtornos Ansiosos), Ansiedade generalizada e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC com predominância de ideias ou de ruminções obsessivas, TOC com predominância de comportamentos compulsivos).
- 5.5** As situações de urgência associadas aos transtornos de ansiedade são aquelas que se associam à crises de pânico, nestas condições o TMG deve administrar tratamento com ansiolíticos (de preferência Diazepan injectável) e posteriormente internar e referir par técnico de psiquiatria ou médico de clínica geral.
- 5.6** Os transtornos obsessivos compulsivos não apresentam situações de urgência, pelo que o tratamento irá consistir no tratamento psicológico e posterior encaminhamento para consulta com técnico de psiquiatria ou médico de clínica geral.

Disciplina	Saúde Mental	Nº da Aula	12
Tópico	Patologias Psiquiátricas (Nosologia)	Tipo	Teórica
Conteúdos	Transtornos Neuróticos Relacionados ao Stress e Somatoformes (continuação): - Reacção a Stress Grave e Transtorno de Ajustamento. - Transtornos Dissociativos - Transtornos Somatoformes (Continuação)	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir Reacção a Stress Grave e Transtorno de Ajustamento, Transtornos Dissociativos (Conversivos), Transtornos Somatoformes.
2. Listar sinais e sintomas da Reacção a Stress Grave e Transtorno de Ajustamento, Transtornos Dissociativos, Transtornos Somatoformes.
3. Descrever qual deve ser a conduta do TM diante desses quadros:
 - a. Postura diante do utente;
 - b. Informações a serem transmitidas ao utente e seu familiar;
 - c. Tratamento não farmacológico;
 - d. Tratamento farmacológico;
 - e. Encaminhamentos (transferência ou seguimento).

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Reacção a Stress Grave e Transtorno de Ajustamento, Transtorno Dissociativo, Transtorno Somatoforme: Definição, Classificação e Quadro Clínico.		
3	Reacção a Stress Grave e Transtorno de Ajustamento, Transtorno Dissociativo, Transtorno Somatoforme: Diagnóstico e Conducta.		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia:

- Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Artes Médicas, Porto Alegre; 1993.
- DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Associação Americana de Psiquiatria. 4ª Edição. Climepsi, Lisboa; 1996; Oxford University Press, Oxford; 2002.
- Valejo R, Masson, J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria. Barcelona; 2002.
- MISAU.Estratégia e Plano de Acção da Saúde Mental 2006-2015. 2006.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: REACÇÕES AO STRESS GRAVE E TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO, TRANSTORNO DISSOCIATIVO, TRANSTORNO SOMATOFORME - DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO, QUADRO CLÍNICO

2.1. Reacções ao Stress Grave e Transtorno de Ajustamento

2.1.1. Definição

Trata-se de um grupo de transtornos que se caracterizam pelo surgimento de sintomas (de forma imediata, aguda ou tardia), após um acontecimento de vida excepcionalmente stressante, produzindo uma reacção aguda ao stress ou uma mudança de vida significativa levando a circunstâncias desagradáveis continuadas que resultam em um transtorno de ajustamento. Os transtornos desta categoria são supostos surgirem sempre como uma consequência directa de grave stress ou de trauma continuado. De forma resumida, podem ser considerados como respostas maladaptativas a stressores graves ou persistentes, porque interferem com mecanismos de adaptação bem sucedidos e levam a problemas no funcionamento social.

2.1.2. Classificação

As Reacções ao Stress Grave e Transtorno de Ajustamento classificam - se em:

- Reacção Aguda ao Stress
- Perturbação de Ajustamento
- Perturbação Pós Stress Traumático

2.1.3. Quadro Clínico

- Surgimento de sintomas de ansiedade como taquicardia, sudorese, hiperactividade, hiperventilação que surgem dentro de minutos após o impacto do factor stressante e desaparecem dentro de 2 a 3 dias ou excepcionalmente dentro de horas (reacção aguda ao stress).
- Surgimento de reacções mais prolongadas ao stress, nas quais os sintomas começam dentro de um 1 mês após o acontecimento traumático e duram menos de 6 meses. Caracterizado essencialmente por depressão, irritabilidade, ansiedade, preocupação com o sucedido, dificuldade de concentração, explosões de cólera ou raiva (perturbação de ajustamento).
- Surgimento de sintomas dentro de 6 meses após um acontecimento traumático, com uma recordação ou revivência repetitiva e intrusa do evento em forma de memórias, imaginação durante o dia ou a noite, evitamento de estímulos que possam provocar recordação do trauma (perturbação pós stress traumático).

2.1.4. Particularidades de cada tipo de Reacção a Stress Grave e Transtorno de Ajustamento

a. Reacção Aguda ao Stress

As reacções agudas ao stress começam e terminam num período de algumas horas ou dias em resposta a um acontecimento de vida stressante (físico ou psíquico), num indivíduo sem qualquer outro transtorno mental aparente a seguir um evento traumático.

Clinicamente há amnésia ou negação do sucedido, comportamento de evitamento do sucedido e com predomínio dos sintomas autonómicos.

A vulnerabilidade individual e a capacidade de adaptação desempenham um papel na ocorrência e gravidade das reacções agudas ao stress, por isso mesmo, nem todas as pessoas expostas ao stress desenvolvem este transtorno.

A sintomatologia surge dentro de minutos do impacto do acontecimento traumático e desaparece dentro de 2 - 3 dias ou frequentemente dentro de horas naqueles casos onde é possível a remoção do factor stressante. No caso de stressores continuados, os sintomas começam a diminuir dentro de 24 - 48 horas e sendo mínimos após 3 dias.

b. Perturbação de Ajustamento

As reacções ao stress começam de forma menos aguda, 1 mês após o acontecimento traumático e duram menos de 6 meses, usualmente interferindo com o funcionamento e desempenhos sociais e que surgem num período de adaptação a uma mudança significativa de vida ou em consequência de um evento stressante (incluindo a presença ou possibilidade de doença física séria).

Clinicamente há ocorrência de humor deprimido, ansiedade, preocupação com o evento traumático, sentimento de incapacidade de adaptação, de planificar o futuro ou continuar na situação actual e algum grau de incompetência no desempenho diário. Nenhum dos sintomas é de gravidade ou proeminência suficiente para justificar um diagnóstico nosológico específico.

C. Perturbação Pós Stress Traumático

Surge como uma resposta tardia ou dilatada de um evento ou situação stressante (de curta ou longa duração) de natureza ameaçadora ou catastrófica, a qual causa angústia a quase todas as pessoas (desastre natural, testemunhar morte violenta de outra pessoa, ser vítima de violação sexual). O início segue o trauma com período de latência que pode variar de poucas semanas a meses (mas raramente excede 6 meses).

Clinicamente há ansiedade, irritabilidade, revivências repetidas do trauma sob forma de memórias intrusivas (flashbacks) ou sonhos, evitamento de actividades ou situações recordativas ou associadas ao trauma, resposta exagerada ao trauma. Comum a associação com abuso de substâncias (por exemplo: álcool, cannabinoides).

Este transtorno não deve ser diagnosticado na ausência de evidência de ter surgido dentro de 6 meses após um acontecimento traumático de gravidade excepcional.

2.2. Transtorno Dissociativo ou Conversivo

2.2.1. Definição

Constituem aquele grupo de transtornos que se caracterizam por uma perda parcial ou completa das funções normais de integração das lembranças, da consciência, da identidade e das sensações imediatas, e do controle dos movimentos corporais. De forma resumida pode dizer-se que nas perturbações dissociativas também chamadas conversivas existe uma perda funcional sem explicação médica.

2.2.2. Classificação

Os transtornos dissociativos classificam-se em:

- Amnésia Dissociativa
- Fuga Dissociativa
- Estupor Dissociativo
- Transtorno de Transe e Possessão
- Transtornos Dissociativos de Movimento
- Convulsões Dissociativas
- Anestesia e Perda Sensorial Dissociativas

2.2.3. Quadro Clínico

As perturbações dissociativas ou conversivas são caracterizadas pela perda funcional sem explicação médica e podem apresentar as seguintes características:

- Ansiedade ou negação da emoção

- Negação do impacto dos factores de stress
- Amnésia parcial ou total para os acontecimentos traumáticos
- Perda funcional (perda da consciência na dissociação ou sintomatologia somática na conversão)
- Sintomatologia somática nas partes afectadas (cegueira, anestesia, convulsões dissociativas).

2.2.4. Particularidades dos Transtornos Conversivos ou Dissociativos

a. Amnésia dissociativa

A característica essencial é a de uma perda da memória, que diz respeito geralmente a acontecimentos importantes recentes, e que não é provocada por um transtorno mental orgânico. A amnésia diz respeito habitualmente aos eventos traumáticos, tais como acidentes ou lutos imprevistos, e é mais frequente que seja parcial e selectiva.

b. Fuga dissociativa

Uma fuga apresenta todas as características de uma amnésia dissociativa e comporta, para além destas, um deslocamento maior que o raio de deslocamento habitual quotidiano. Embora exista uma amnésia para o período de fuga, o comportamento do sujeito no curso desta última pode parecer perfeitamente normal para observadores desinformados.

c. Estupor dissociativo

O diagnóstico de estupor dissociativo repousa sobre a presença de uma diminuição importante ou de uma ausência dos movimentos voluntários e da reactividade normal a estímulos externos, tais como luz, ruído, tacto, sem que os exames clínicos e os exames complementares mostrem evidências de uma causa física. Além disto, dispõe-se de argumentos a favor de uma origem psicogénica do transtorno, na medida que é possível evidenciar eventos ou problemas stressantes recentes.

d. Estados de transe e de possessão

Transtornos caracterizados por uma perda transitória da consciência de sua própria identidade, associada a uma conservação perfeita da consciência do meio ambiente. Devem aqui ser incluídos somente os estados de transe involuntários e não desejados, excluídos aqueles de situações admitidas no contexto cultural ou religioso do sujeito.

e. Transtornos dissociativos do movimento

As variedades mais comuns destes transtornos são a perda da capacidade de mover uma parte ou a totalidade do membro ou dos membros. Pode haver semelhança estreita com quaisquer variedades de convulsões ou paralisia.

f. Convulsões dissociativas

Os movimentos observados no curso das convulsões dissociativas podem se assemelhar de perto àquelas observadas no curso das crises epilépticas; mas a mordedura de língua, os ferimentos por queda e a incontinência de urina são raros; além disto, a consciência está preservada ou substituída por um estado de estupor ou transe.

g. Anestesia e perda sensorial dissociativas

Os limites das áreas cutâneas anestesiadas correspondem frequentemente às concepções pessoais do paciente, mais do que as descrições científicas. Pode haver igualmente uma perda de um tipo de sensibilidade específico, com conservação de outras sensibilidades, não correspondendo a nenhuma lesão neurológica conhecida. A perda de sensibilidade pode se acompanhar de parestesias. As perdas da visão e da audição raramente são totais nos transtornos dissociativos.

2.3. Transtornos Somatoformes

2.3.1. Definição

Trata-se daquele grupo de transtornos que se caracterizam pela presença repetida de sintomas físicos associados à busca persistente de assistência médica, apesar de os médicos nada encontrarem de anormal e afirmarem que os sintomas não têm nenhuma base orgânica. Os sintomas devem causar

sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes.

Se quaisquer transtornos físicos estiverem presentes, eles não explicam nem a natureza e a extensão dos sintomas, nem o sofrimento e as preocupações do sujeito.

2.3.2. Classificação

Os transtornos somatoformes classificam-se em:

- Transtornos de somatização
- Transtorno somatoforme indiferenciado
- Transtorno hipocondríaco

2.3.3. Quadro Clínico

- História de queixas de sintomas físicos múltiplos e variáveis durante pelo menos 2 anos, que não podem ser explicados por quaisquer transtornos físicos detectáveis, e que levam à busca de tratamento (consultas repetidas ao médico ou ao curandeiro) ou à automedicação persistente, ou ao prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento do indivíduo;
- História de dor relacionada a pelo menos quatro locais ou funções diferentes (por ex., cabeça, abdómen, costas, articulações, extremidades, tórax, reto, menstruação, intercurso sexual ou micção);
- História de sintomas gastrointestinais (dor abdominal, náusea, inchaço, vômito ou regurgitação de alimentos, diarreia ou intolerância a diversos alimentos);
- História de pelo menos um sintoma geniturinário (indiferença sexual, disfunção erétil ou ejaculatória, irregularidades menstruais, sangramento menstrual excessivo, disúria ou queixas de micção frequente, sensações desagradáveis nos genitais ou ao seu redor, queixas de secreção vaginal não usual ou copiosa);
- História de pelo menos um sintoma cutâneo e doloroso (erupções ou descoloração da pele, dor nos membros, extremidades ou articulações, sensações desagradáveis de entorpecimento e formigamento).

2.3.4. Particularidades de cada tipo de transtorno somatoforme

a. Transtorno de somatização

Caracterizado essencialmente pela presença de sintomas físicos, múltiplos, recorrentes e variáveis no tempo, persistindo pelo menos por dois anos. A maioria dos pacientes teve uma longa e complicada história de contacto tanto com a assistência médica primária quanto especializada durante as quais muitas investigações ou cirurgias exploratórias sem resultado podem ter sido realizadas.

Os sintomas podem estar referidos a qualquer parte ou sistema do corpo. O curso da doença é crónico e flutuante, e frequentemente se associa a uma alteração do comportamento social, interpessoal e familiar.

b. Transtorno somatoforme indiferenciado

Quando o transtorno tem uma duração mais breve (menos de dois anos) ou quando ele se caracteriza por sintomas menos evidentes, embora as queixas somatoformes sejam múltiplas, variáveis no tempo e persistentes, mas que não correspondem ao quadro clínico completo e típico de um transtorno de somatização.

c. Transtorno Hipocondríaco

Trata-se daquele grupo de transtornos que se caracterizam por uma preocupação persistente com a possibilidade de presença eventual de um ou de vários transtornos somáticos graves e progressivos. Os pacientes manifestam queixas somáticas persistentes ou uma preocupação duradoura com a sua aparência física.

Sensações e sinais físicos normais ou triviais são frequentemente interpretados pelo sujeito como anormais ou perturbadores. A atenção do sujeito se concentra em geral em um ou dois órgãos ou sistemas. Existem frequentemente depressão e ansiedade.

BLOCO 3: REACÇÕES AO STRESS GRAVE E TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO, TRANSTORNO DISSOCIATIVO, TRANSTORNO SOMATOFORME - DIAGNÓSTICO E CONDUTA.

3.1. Diagnóstico

O diagnóstico é essencialmente clínico, e é estabelecido com base na anamnese e no exame clínico do paciente que deve incluir sempre o exame do estado mental e o exame físico dos demais aparelhos e sistemas.

Deve-se recorrer aos exames auxiliares de diagnóstico para excluir as perturbações mentais de causa orgânica e com base na avaliação do doente determinar o tipo de transtorno apresentado. Algumas perguntas são úteis para apoiar no diagnóstico destas entidades, são as seguintes:

Para Diagnóstico de Reacções ao Stress Grave e Transtorno de Ajustamento:

- Tem problemas que o seu médico não consegue explicar a causa?
- Sente-se tenso, ansioso, com palpitações, respiração acelerada, suores?
- Os sintomas surgiram após um acontecimento de vida recente traumático?
- Quanto tempo depois surgiram os sintomas? Minutos? Semanas ou Meses?
- Esteve alguma vez envolvido num acidente grave ou sofreu trauma forte? De que modo isso o afectou?
- Sente-se desligada de si mesmo e do ambiente?
- Os sintomas têm impacto negativo na sua vida social?

A resposta positiva a cada uma destas questões associada a um impacto negativo na vida social do indivíduo são a favor do diagnóstico das reacções ao stress grave e transtorno de ajustamento.

Para Diagnóstico do Transtorno Dissociativo ou Conversivo:

- Tem problemas que o seu médico não consegue explicar a causa?
- Sente-se tenso, ansioso, com palpitações, respiração acelerada, suores?
- Tem desmaiado de forma frequente sem causa médica aparente?
- Alguma vez perdeu a memória, a visão ou o uso de alguma parte do corpo na ausência de doença médica identificada?
- Os sintomas surgem após um acontecimento de vida stressante?

A resposta positiva a cada uma destas questões é a favor do Transtorno dissociativo ou conversivo.

Para Diagnóstico do Transtorno Somatoforme:

- Sente - se estimulado ou tenso? Sofre de dores?
- Essas sensações persistem durante a maior parte do tempo ou aparecem em situações especiais? Quais?
- Qual o seu estado actual de saúde?
- Tem problemas que o seu médico não consegue explicar?
- Está preocupado com o facto de poder ter uma doença grave?
- Tem frequentado várias vezes as consultas médicas e mesmo assim não se sente satisfeito com os resultados da avaliação médica?
- De que forma interferem os sintomas com a tua vida?
- Os sintomas estão presentes há mais de 2 anos?
- Ultimamente tem consumido álcool em excesso? Outras drogas? Com que finalidade?

A resposta positiva a cada uma destas questões é a favor do diagnóstico do Transtorno Somatoforme.

3.2. Conduta

A conduta para as perturbações mentais do tipo Transtornos Neuróticos Relacionados ao Stress e Somatoformes é a mesma (tratamento psicológico e farmacológico com antidepressivos e ansiolíticos), e foi descrita na aula 11 (para transtornos de ansiedade e transtorno obsessivo compulsivo). De acordo com o tipo de patologia específica, algumas variações na abordagem poderão ocorrer.

Perante este tipo de doentes, a conduta ao nível do TMG deve consistir na estabilização inicial do paciente e posterior encaminhamento para as entidades competentes (clínico geral ou Técnico de psiquiatria) e a psicologia.

3.2.1. Tratamento Psicológico

- **Psicoeducação/Prestar Informações Gerais ao Paciente e Familiares/Acompanhantes:**

- Sobre as reacções grave ao stress e transtornos de ajustamento, transtornos dissociativos, transtornos somatoformes e seu tratamento;
- Sobre apoio psicossocial incluindo terapia familiar, se disponível;
- Sobre consultas de seguimento regulares para controlo;
- Providenciar informações sobre o perigo do uso de substâncias psicoactivas perante situações de stress ou acontecimentos de vida marcantes;
- Incentivar o uso de estratégias de coping (de resolução de problemas) adequadas que visem ajudar a resolver os problemas;
- Psicoterapia cognitivo comportamental para correcção das distorções cognitivas no caso do transtorno hipocondríaco onde existe a crença de estar doente.

Mensagens Chave para transmitir ao Paciente e Familiares/Acompanhantes:

- As reacções graves ao stress e transtorno de ajustamento, transtornos dissociativos e transtornos somatoformes são comuns, tratáveis e podem afectar a qualquer pessoa;
- Existe tratamento eficaz para as reacções graves ao stress e transtorno de ajustamento, transtornos dissociativos e transtornos somatoformes e o paciente pode melhorar se cumprir com a medicação, devendo interromper só com orientação clínica.
- O tratamento psicológico com base na identificação dos factores psicossociais e a abordagem de possíveis estratégias de sua resolução é de extrema importância;
- A combinação do tratamento medicamentoso e psicológico é de extrema importância;
- É importante continuar com as actividades normais que sejam interessantes e que proporcionem prazer;
- É importante praticar exercício físico regular e cumprir com o tratamento.

3.2.2. Tratamento Farmacológico

Ao nível do TMG, a administração de psicofármacos só deverá ocorrer nos casos de urgências e que necessitem de estabilização antes de serem referidos ou internados.

3.2.2.1. **Tratamento das situações de urgência na Reacção ao Stress Grave e Transtorno de Ajustamento**

As situações de urgência na reacção ao stress grave e transtorno de ajustamento, incluem as condições que cursam com:

- Depressão grave, ou
- Sintomatologia psicótica (delírios, alucinações)
- Agitação psicomotora

O tratamento é o mesmo descrito nas aulas anteriores:

- **Para Reacção ao Stress Grave e Transtorno de Ajustamento com Depressão Grave:** administrar amitriptilina comprimidos (10 ou 25 mg), iniciar com 25-50 mg/dia por via oral ao deitar, e posteriormente referir. Estes pacientes devem ser tratados em regime de internamento (Vide detalhes sobre a medicação na aula 10).
- **Para Reacção ao Stress Grave e Transtorno de Ajustamento com Sintomas**

Psicóticos e/ou agitação psicomotora: administrar haloperidol injectável IM (excepcionalmente IV), na dose de 2,5 a 10 mg de início e depois 5 mg a cada 4 a 8 h conforme as necessidades, enquanto se aguarda para transferir. Alternativamente pode-se administrar por via oral. Estes pacientes devem ser tratados em regime de internamento. (*Vide detalhes sobre a medicação na aula 10*).

Nota: haloperidol deve ser administrado em associação com prometazina para reduzir os efeitos adversos (*Vide detalhes na aula 10*).

3.2.2.2. Tratamento das situações de urgência dos Transtornos Somatoformes e Dissociativos

Os transtornos somatoformes e dissociativos são considerados urgências quando cursam com depressão grave. Nestas condições o tratamento a administrar é o mesmo para a depressão grave (descrito acima para reacção a stress grave e transtorno de ajustamento com depressão grave), os pacientes devem ser internados e seguidos por técnico de psiquiatria ou médico de clínica geral.

3.2.3. Encaminhamento (Seguimento/Referência)

Referir para internamento e seguimento por técnico de psiquiatria ou médico de clínica geral, todos os casos de Reacção a Stress Grave e Transtorno de Ajustamento com depressão grave ou sintomas psicóticos e de transtorno somatoforme ou dissociativo com depressão grave. Referir os restantes casos (transtornos somatoformes e dissociativos sem complicações graves, reacção ao stress grave e de ajustamento sem complicações graves) para seguimento em ambulatório por técnico de psiquiatria ou médico de clínica geral.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1** As reacções ao stress grave e transtornos de ajustamento podem classificar-se em: reacção aguda ao stress, transtorno de ajustamento e transtorno de stress pós traumático.
- 4.2** Os transtornos dissociativos podem classificar-se em dissociativo com perda de consciência ou conversivos quando há presença de sintomas físicos na ausência de doença médica evidenciada. Geralmente nestes transtornos há associação do início da sintomatologia com o impacto de um acontecimento de vida stressante.
- 4.3** Os Transtornos somatoformes incluem sintomas físicos ou somáticos sem explicação médica (somatização) e medo de ter uma doença grave (hipocondria) e são habitualmente observados em serviços não psiquiátricos.
- 4.4** Os transtornos Somatoformes e relacionados ao *stress* podem coexistir com a depressão, sendo quase sempre necessário a avaliação desta entidade.
- 4.5** O abuso de substâncias pode coexistir como causa dos sintomas neuróticos (ansiedade) ou como consequência dos sintomas ansiosos ou somatoformes.

Disciplina	Saúde Mental	Nº da Aula	13
Tópico	Patologias Psiquiátricas	Tipo	Teórica
Conteúdos	- Introdução à Perturbações Mentais do Nível de Funcionamento Psicológico Psicótico - Esquizofrenia	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Classificar as patologias do nível de funcionamento psicológico psicótico.
2. Explicar o que é psicose e listar suas classificações.
3. Definir Psicose Esquizofrénica.
4. Descrever os meios para identificar uma psicose.
5. Descrever os sinais e sintomas da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos.
6. Listar perguntas que podem ser feitas na anamnese para ajudar a identificar transtornos psicóticos.
7. Descrever qual deve ser a conduta do TM diante desse quadro:
 - a. Postura diante do paciente;
 - b. Informações a serem transmitidas ao paciente e seu acompanhante ou familiar;
 - c. Tratamento não farmacológico;
 - d. Tratamento farmacológico;
 - e. Encaminhamentos (transferência ou seguimento).

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Introdução às patologias do nível de funcionamento psicológico psicótico		
3	Esquizofrenia		
4	Pontos - chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia:

- Fonseca A. Psiquiatria e Psicopatologia. I Volume – 2ª Edição. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa; 1997.
- Paim I. Curso de Psicopatologia. 11ª Edição. Revista e ampliada, S.Paulo: EPU; 1993.
- World Health Organization. mhGAP Guia de intervenção. Versão 1.0. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: INTRODUÇÃO ÀS PATOLOGIAS DO NÍVEL DE FUNCIONAMENTO PSICOLÓGICO PSICÓTICO: PSICOSES

2.1. Introdução às Psicoses

As psicoses, constituem o grupo de perturbações mentais maiores, de origem orgânica ou funcional, na qual a capacidade para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar a realidade e comportar-se apropriadamente está suficientemente prejudicada, a ponto de interferir amplamente na capacidade para atender às demandas comuns da vida.

Caracterizam-se pela presença de sintomas heterólogos (alucinações, ideias delirantes), proeminentes que ocorrem na ausência de crítica sobre a sua natureza patológica.

O comportamento psicótico é evidenciado pela presença de delírios e ou de alucinações, sem juízo crítico da sua natureza patológica (o indivíduo nega estar doente). Por vezes o comportamento pode estar tão desorganizado que se pode, à partida, deduzir que o indivíduo está fora da realidade.

É possível que indivíduos com transtorno mental não-psicótico venham a exibir, embora mais raramente, sintomas psicóticos. Tal facto pode ser encontrado, por exemplo em transtornos graves do humor. Neste caso há necessidade de especificar no diagnóstico; por exemplo: depressão com sintomatologia psicótica.

2.2. Classificação das Psicoses

As psicoses classificam-se em:

2.2.1. Transtorno Esquizofrénico

É um transtorno em que a sintomatologia psicótica dura pelo menos 6 meses, incluindo pelo menos 1 mês de sintomas da fase activa (presença de dois ou mais dos seguintes critérios: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado, sintomas negativos como isolamento social, embotamento afectivo, pobreza do discurso e do pensamento, pouca vontade).

Implica um desempenho prejudicado das actividades do dia-a-dia (escolares, domésticas); Alguns tipos de alucinações são muito sugestivas (em especial as auditivas), o afecto costuma estar embotado (dificuldade de expressar emoções e sentimentos), e outros sintomas negativos podem estar presentes.

2.2.2. Transtorno Esquizofreniforme

É semelhante à esquizofrenia, porém de mais curta duração (de 1 a 6 meses) e não exige uma deterioração funcional (cuidados pessoais, desempenho profissional ou académico, relacionamento interpessoal) tão acentuada quanto a esquizofrenia.

2.2.3. Transtorno Esquizoafectivo

É um diagnóstico de excepção, quando realmente não puder ser feito o diagnóstico diferencial entre esquizofrenia e transtorno afectivo maior com manifestações psicóticas. É um transtorno no qual uma **perturbação de humor** e sintomas da fase activa da esquizofrenia ocorrem juntos, precedidos ou seguidos de pelo menos duas semanas de delírios ou de alucinações sem sintomatologia proeminente de humor.

2.2.4. Transtorno Delirante Persistente

Caracterizado pelo desenvolvimento de um delírio ou conjunto de delírios relacionados, usualmente persistentes e que muitas das vezes duram toda a vida. Podem ser de 4 tipos, a saber:

2.2.4.1 Tipo Erotomaniaco

O delírio habitualmente se refere ao amor romântico idealizado e à união espiritual, mais do

que a atracção sexual. Os doentes com este tipo de Psicose acreditam, frequentemente, ser amados por pessoa do sexo oposto que ocupa uma posição de superioridade (ídolos, artistas, autoridades, etc.), mas pode também ser uma pessoa normal e estranha.

2.2.4.2 Tipo Grandeza ou megalómano

Neste subtipo de Transtorno Delirante Persistente o doente está convencido de ter algum grau de parentesco ou ligação com personalidades importantes ou, quando não, possuir algum grande e irreconhecível talento especial, alguma descoberta importante ou algum dom magistral. Outras vezes acha-se possuidor de uma grande fortuna.

2.2.4.3 Tipo Celotípico ou de Infidelidade (muito frequente nos alcoólatras)

Neste tipo de Psicose o doente está convencido, sem motivo justo ou evidente, da infidelidade da sua esposa ou amante. Pequenos pedaços de "evidência", como roupas desarranjadas ou manchas nos lençóis podem ser colectados e utilizados para justificar o delírio. O paciente pode tomar medidas extremas para evitar que o companheiro(a) proporcione a infidelidade imaginada, como por exemplo, exigindo uma permanência no lar de forma tirana ou obrigando que nunca saia de casa desacompanhado(a).

2.2.4.4 Tipo Persecutório

O delírio costuma envolver a crença de estar sendo vítima de conspiração, traição, espionagem, perseguição, envenenamento ou intoxicação com drogas ou estar sendo alvo de comentários maliciosos.

2.2.5. Transtorno Psicótico Breve

É uma perturbação psicótica que dura pelo menos 1 dia e tem remissão dentro de 1 semana. Este transtorno pode ser originado ou não por um importante factor desencadeante ambiental (morte de familiar significativo, importante mudança sócio-ocupacional, etc...) ou com início no período pós-parto.

2.2.6. Transtorno Psicótico Compartilhado

O delírio desenvolve-se em um indivíduo ou indivíduos no contexto de um relacionamento próximo com outro indivíduo que apresenta um delírio e na ausência de outro transtorno psicótico (esquizofrenia ou transtorno de humor com sintomas psicóticos).

2.2.7. Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral

Os sintomas psicóticos são considerados como decorrentes de uma condição médica geral (malária, meningite, HIV-SIDA).

2.2.8. Transtorno Psicótico Induzido por Substância

Os sintomas psicóticos são considerados uma consequência fisiológica directa de uma droga de abuso, medicação ou exposição a determinada substância (ex: cannabis sativa, cocaína).

2.2.9. Transtorno Psicótico sem Outra Especificação

É uma categoria incluída para classificar os quadros psicóticos que não satisfaçam os critérios para as condições vistas acima, ou então para aquelas sobre as quais não existam informações em quantidade e qualidade necessárias para o diagnóstico.

BLOCO 3: ESQUIZOFRENIA

3.1. Introdução

A Esquizofrenia é uma psicose crónica funcional, caracterizada por uma dissociação (divisão) da personalidade, que atinge o funcionamento social, profissional e da vida diária do doente (degradação), ausência de juízo crítico e perda de contacto com a realidade.

Trata-se de uma enfermidade devastadora pelas suas consequências sobre o indivíduo e o ambiente a volta, pela sua frequência de surgimento (0,5 - 1,0 % da população), pela sua idade precoce de surgimento, pelo estigma e pelos elevados custos que gera e que a sociedade deve assumir.

Geralmente inicia no fim da adolescência ou no início da vida adulta, e apresenta evolução mais favorável e com menos deterioração na mulher comparativamente aos homens.

A sua prevalência é mais alta nos países desenvolvidos comparativamente aos não desenvolvidos, provavelmente pela diferença na estimação dos casos, taxa de mortalidade e no curso da doença.

3.2. Etiopatogenia

Devido a sua gravidade e frequência têm surgido várias teorias na tentativa de explicar a sua origem, contudo até hoje, se desconhece a fisiopatologia exacta da esquizofrenia, contudo, existem algumas teorias que envolvem factores genéticos, ambientais e bioquímicos.

Os principais factores implicados são os seguintes:

- Presença de esquizofrenia na família
- Factores pré-natais e perinatais stressantes (infecções virais, complicações obstétricas: parto distócico, asfixia, eclâmpsia)
- Consumo de drogas
- Anomalias bioquímicas

Em Moçambique é muito comum nos serviços de psiquiatria a observação de quadros psicóticos em adolescentes jovens desencadeados pelo consumo de drogas (cannabis sativa), cuja clínica e evolução é sugestiva de perturbação psicótica esquizofrénica.

3.3. Classificação

A esquizofrenia é classificada de acordo com as formas de início e de acordo com o estado.

De acordo com as formas de início: Alucino Delirante, Afectiva, Pseudo Neurótica.

- **Alucinatória delirante**

Início súbito e tardio dos sintomas (alucinações e delírios) num período de dias a semana, geralmente entre os 25 a 35 anos idade. Geralmente com história familiar negativa para esquizofrenia. Evolui para a forma paranoide.

O diagnóstico é relativamente simples e precoce, implicando tratamento precoce e bom prognóstico.

- **Pseudo Neurótica**

Início insidioso e precoce, muitas vezes na adolescência ou entre os 15 - 25 anos de idade.

Caracterizado por um quadro falsamente neurótico com ansiedade e angústia.

O isolamento pode surgir na sequência de sintomas como dúvida e desconfiança.

Há uma sensação de estranheza em relação a si (despersonalização) e em relação aos outros (desrealização). Evolui para a forma hebefrénica.

Ausência de sintomas como alucinações, delírios. História familiar geralmente é positiva para esquizofrenia.

O seu diagnóstico geralmente é tardio, portanto com tratamento tardio e pior prognóstico.

- **Afectiva**

Início subagudo e intermédio entre as formas alucino delirante e Pseudo neurótica.

Caracterizado por sintomas afectivos (crises de choro ou riso sem motivo aparente, alternância rápida e fácil de humor, apatia, abulia, isolamento e por vezes irritabilidade).

Presença moderada de sintomas heterólogos (alucinações e delírios). Diagnóstico tardio e difícil, com mau prognóstico. Diagnóstico deferencial com depressão.

Geralmente evolui para a forma hebefrénica ou desorganizada.

De acordo com as formas de Estado (CID 10): Hebefrénica, Paranoide, Catatónica, Simples, Indiferenciada e Residual.

- **Hebefrénica:** Caracterizada por sintomas negativos (apatia, abulia, embotamento afectivo) com marcada desorganização do pensamento, discurso e do comportamento. Caracteristicamente há Risos Imotivados (rir sozinho) e Comportamento Pueril (infantil). É de pior prognóstico.
- **Paranoide:** Constitui a forma clínica com apresentação tardia e com sintomatologia exuberante (alucinações auditivas e delírios persecutórios).

Geralmente com bom prognóstico e boa resposta ao tratamento com antipsicóticos clássicos.

- **Catatónica:** Constitui uma forma rara e caracterizada por sintomas motores. O doente pode se apresentar moldável “flexibilidade cêrea”. Sinal de “Travesseiro Psíquico” - o doente deitado não apoia o pescoço no travesseiro (rigidez da nuca).
O doente pode permanecer em estado estuporoso (mutismo, acinesia) durante dias ou entrar abruptamente num estado de agitação psicomotora.
- **Simple:** Constitui uma forma rara e puramente deficitária, com a presença exclusiva de sintomas negativos (vide acima). Ausência de sintomas positivos (alucinações e delírios) durante todo o curso da doença. É de difícil diagnóstico e mau prognóstico.
- **Indiferenciada:** Constitui um “fundo de saco” grande para todos os sintomas que não permitem classificar a esquizofrenia em qualquer uma das outras formas.
- **Residual:** Com a evolução prolongada da doença há perda da capacidade cognitiva (défice de atenção, memória, fluxo do pensamento, capacidade de resolução dos problemas).
Ausência de surtos por período prolongado de tempo. Apesar de estável com o tratamento, o paciente apresenta alguma sintomatologia residual alucinatória e delirante.

3.4. Quadro Clínico

Os sintomas devem estar presentes durante pelo menos 6 meses. Este período deve incluir pelo menos 1 mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que satisfaçam o critério dos sintomas da fase activa. A Esquizofrenia apresenta as seguintes manifestações particulares:

3.4.1. Alterações no pensamento

- Ideias delirantes, perturbação do pensamento em completa normalidade da consciência.
- Discurso desorganizado (incoerência e desagregação do pensamento).
- Bloqueio do pensamento - interpretado pelo doente como roubo do pensamento.

3.4.2. Alterações Senso-perceptivas

- Alucinações auditivas: em que o doente ouve 2 vozes falando na terceira pessoa que comentam sobre a sua vida. Geralmente dizendo coisas más (depreciativas), ou como vozes de comando (determinam o que o doente deve fazer), que criticam, que injuriam, ou que ameaçam.

3.4.3. Alterações na afectividade

- Embotamento afectivo (enfraquecimento dos sentimentos, das emoções).
- Ambivalência afectiva: sentimentos opostos (contrários) ao mesmo tempo em relação, por exemplo, a uma mesma pessoa.
- Indiferença afectiva.
- Frieza emocional nos relacionamentos.

3.4.4. Alterações na Conduta e outras alterações

- Comportamento amplamente desorganizado, agitação psicomotora e comportamentos estranhos, incompreensíveis para os outros.
- Aparência extravagante e bizarra no vestuário, perda de cuidados de higiene. Alterações qualitativas da memória, confabulações, falsas recordações.

3.4.5. Deterioração social/ocupacional

- Declínio significativo, desde o início da perturbação, de uma ou mais áreas importantes do funcionamento (trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais).
- Quando o início se dá na infância ou na adolescência, há fracasso em atingir o nível esperado de aquisição interpessoal, académica ou ocupacional).

3.5. Diagnóstico

O diagnóstico é essencialmente clínico, e é estabelecido com base na anamnese e no exame clínico do paciente que deve incluir sempre o exame do estado mental e o exame físico dos demais aparelhos e sistemas.

Deve-se recorrer aos exames auxiliares de diagnóstico para excluir as perturbações mentais de causa orgânica e com base na avaliação do doente determinar o tipo de síndrome apresentado. Algumas perguntas são úteis para apoiar no diagnóstico destas entidades, são as seguintes:

- Início dos sintomas?
- Ouve vozes ou vê coisas estranhas que os outros não ouvem nem vêem?
- História familiar de esquizofrenia?
- História de consumo de drogas?

3.6. Diagnóstico Diferencial

- Psicose Orgânica (Infecções, Malária, HIV SIDA, Sífilis, Meningite, Alterações Metabólicas, Tumor Cerebral): a avaliação clínica revela presença de dados compatíveis com as patologias orgânicas. Para além disso, os exames auxiliares de diagnóstico (ex: RPR, HIV, bioquímica, HTZ, hemograma) são de grande valia para apoiar no diagnóstico ou na exclusão das patologias orgânicas associadas.
- Psicose Delirante Persistente: Caracterizado pelo desenvolvimento de um delírio ou conjunto de delírios relacionados, usualmente persistentes e que muitas das vezes duram toda a vida.
- Psicose Tóxica (Cannabis, Cocaína, Álcool, Anfetaminas): nestes casos há antecedentes de consumo intencional ou accidental de drogas.

3.7. Conduta

O tratamento para a esquizofrenia e para outros transtornos psicóticos (com delírio, alucinações, agitação) inclui a componente psicológica e a farmacológica. O tratamento farmacológico consiste na administração de antipsicóticos, e é sempre necessário para a estabilização do paciente:

3.7.1. Tratamento Psicológico

Psicoeducação/Prestar Informações Gerais ao Paciente e Familiares/Acompanhantes:

Sobre as psicoses e seu tratamento;

- Sobre apoio psicossocial incluindo terapia familiar, se disponível;
- Sobre consultas de seguimento regulares para controlo.

Mensagens Chave para transmitir ao Paciente e Familiares/Acompanhantes:

- O doente com psicose pode ouvir vozes ou acreditar em coisas que não sejam reais, geralmente não aceita que está doente e pode, às vezes, manifestar comportamento agressivo;
- A Esquizofrenia não tem cura, mas o sofrimento e os problemas do doente podem ser minimizados com o tratamento;
- É importante que o doente faça consultas regulares e tome os medicamentos;
- Pessoas com transtornos psicóticos gozam dos mesmos direitos de todas pessoas;
- O doente deve manter um estilo de vida saudável (suspender hábitos tóxicos, praticar exercício físico, ter uma ocupação);
- O doente deve dar continuidade da vida social regular e outras actividades até onde forem capazes;
- O doente deve participar e envolver-se em todas as decisões referentes ao seu tratamento;
- É importante incluir o doente na família e em outras actividades sociais;
- Deve-se evitar fazer críticas constantes e comportamentos hostis dirigidos ao doente “emoção expressa”;
- É importante manter o doente no trabalho ou de alguma forma ocupado.

Psicoterapia

Consiste numa abordagem psicossocial que tem como enfoque a intervenção junto à família, pois a presença de factores familiares desfavoráveis (falta de suporte, estigmatização ou discriminação, abandono familiar) é a favor de muitas recaídas e má evolução da doença.

3.7.2. Tratamento Farmacológico

Todos os casos de Esquizofrenia e de outros transtornos psicóticos devem ser tratados com antipsicóticos. Para estabilização inicial, o TMG deverá administrar: **haloperidol injectável**, na dose de 2,5 a 10 mg IM (excepcionalmente IV) de início e depois 5 mg a cada 4 a 8 h conforme as necessidades, enquanto se aguarda para transferir. Alternativamente pode-se administrar por via oral. Ao haloperidol deve-se **associar a prometazina** (ampolas de 50mg/2ml) na dose de 1 a 2 ampolas por via IM (excepcionalmente IV).

(Vide detalhes sobre a medicação na aula 10).

3.7.3. Encaminhamento

Posteriormente estes casos deverão ser internados e referidos para seguimento pelo técnico de psiquiatria ou médico de clínica geral.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1 Psicose é um transtorno mental maior, de origem orgânica ou emocional na qual a capacidade para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar a realidade e comportar-se apropriadamente está suficientemente prejudicada, a ponto de interferir amplamente na capacidade para atender às demandas comuns da vida.
- 4.2 A Psicose caracteriza-se principalmente pelo surgimento de ideias delirantes e ou alucinações proeminentes que ocorrem na ausência de crítica sobre a sua natureza patológica.
- 4.3 A Esquizofrenia é uma psicose crónica funcional, caracterizada por uma dissociação da personalidade, que atinge o funcionamento social, profissional e da vida diária do doente, ausência de juízo crítico e perda de contacto com a realidade.
- 4.4 As características principais da Esquizofrenia são alterações (transformações) no pensamento, alterações da senso-percepção, alterações da afectividade, alterações na Conduta e disfunção social/ocupacional.
- 4.5 O tratamento para a esquizofrenia e para outros transtornos psicóticos (com delírio, alucinações, agitação) inclui a componente psicológica e a farmacológica. O tratamento farmacológico consiste na administração de antipsicóticos, e é sempre necessário para a estabilização do paciente.

Disciplina	Saúde Mental	Nº da Aula	14
Tópico	Patologias Psiquiátricas	Tipo	Teórica
Conteúdos	- Introdução às patologias do Nível de Funcionamento Psicológico Deficitário - Transtornos Mentais Orgânicos (Demência, Transtorno Amnésico, Delirium)	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir e classificar as patologias do nível de funcionamento psicológico deficitário.
2. Descrever os transtornos mentais orgânicos de funcionamento psicológico deficitário (demência, transtorno amnésico, delirium)
3. Explicar a diferença entre delirium e demência.
4. Identificar quadros orgânicos que podem apresentar sintomas parecidos.
5. Descrever os meios para identificar transtornos mentais orgânicos com funcionamento psicológico deficitário.
6. Listar perguntas que podem ser feitas na anamnese para ajudar a identificar transtornos mentais orgânicos deficitários.
7. Descrever qual deve ser a conduta do TM diante desses quadros:
 - a. Postura diante do utente;
 - b. Informações a serem transmitidas ao utente e seu familiar;
 - c. Tratamento não farmacológico;
 - d. Tratamento farmacológico;
 - e. Encaminhamento (transferência ou seguimento).

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Introdução às Patologias do Nível de Funcionamento Psicológico Deficitário: Transtornos Mentais Orgânicos.		
3	Demência		
4	Delirium		
5	Transtorno Amnésico		
6	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia

- Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Artes Médicas, Porto Alegre; 1993.
- DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Associação Americana de Psiquiatria. 4ª Edição. Climepsi, Lisboa; 1996; Oxford University Press, Oxford; 2002.
- Valejo R, Masson, J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria. Barcelona; 2002.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: INTRODUÇÃO ÀS PATOLOGIAS DO NÍVEL DE FUNCIONAMENTO PSICOLÓGICO DEFICITÁRIO: TRANSTORNOS MENTAIS ORGÂNICAS

2.1 Introdução às Patologias do Nível de Funcionamento Psicológico Deficitário: Transtornos mentais orgânicos

O nível de funcionamento psicológico deficitário é caracterizado pela afecção da capacidade intelectual (défices da memória, baixa capacidade de compreensão, raciocínio e de resolução de problemas do quotidiano).

O funcionamento psicológico deficitário pode ser transitório no caso da perturbação mental orgânica aguda (síndrome cerebral orgânico agudo – delirium no caso de infeções, intoxicação por drogas) ou permanente e irreversível nas perturbações mentais orgânicas crónicas (síndrome cerebral orgânico crónico - demência, transtorno amnésico,).

As alterações cognitivas fazem parte de sinais e sintomas de várias perturbações neurológicas e psiquiátricas, já citadas na semiologia e em várias síndromes orgânicas. A demência, delirium e o transtorno amnésico constituem uma triade caracterizada comumente pelo défice de memória, que pode ocorrer também na depressão, daí a importância do diagnóstico diferencial

Os três transtornos constituem perturbações mentais orgânicas major, causados por diversas patologias e etiologias que devem ser devidamente identificadas para o processo do seu diagnóstico.

2.3. Classificação

As principais perturbações mentais orgânicas podem classificar-se em:

- Demência.
- Delirium.
- Transtorno Amnésico.

BLOCO 3: DEMÊNCIA

3.1. Demência

A demência é descrita como um síndrome devido à uma doença cerebral, geralmente de natureza crónica ou progressiva, na qual há comprometimento de numerosas funções corticais superiores (memória, orientação, pensamento, compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e o julgamento).

Esta síndrome não se acompanha de uma alteração da consciência, característica fundamental que a diferencia do Delirium. O comprometimento das funções cognitivas é por vezes precedido por uma deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação. Ocorre na doença de Alzheimer, em doenças cerebrovasculares e em outras afecções que atingem primária ou secundariamente o cérebro.

3.1.2. Classificação

A demência classifica-se em:

- Demência na Doença de Alzheimer: precoce e tardia
- Demência vascular
- Demência associada à outras doenças: associada à Doença de Parkinson e à Doença por Infecção pelo HIV

3.1.3. Quadro Clínico

Os principais sintomas são:

- Prejuízo da memória para situações recentes, como esquecer números de telefones, acontecimentos do dia e conversações;
- Prejuízo na memória remota, podendo o paciente esquecer nomes de parentes conhecidos, sua ocupação ou seu próprio nome;
- Prejuízo na capacidade de solucionar problemas, raciocinar e comprometimento do juízo crítico;
- Desorientação temporal, espacial e pessoal;
- Perda em lugares familiares e não reconhecimento das pessoas;
- Dificuldade na realização de tarefas domésticas (ex: limpeza, cozinhar) e actividades individuais (ex: vestir, higiene pessoal);
- Pouco controlo dos impulsos e instabilidade do humor.

3.1.4. Particularidades de cada tipo de Demência

a) Demência na doença de Alzheimer: início precoce ou tardio

- **Início precoce**

A doença de Alzheimer é uma doença cerebral degenerativa primária de etiologia desconhecida com aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos. O transtorno é usualmente insidioso no início e se desenvolve lentamente mas continuamente durante um período de vários anos. A Doença de Alzheimer produz atrofia progressiva, perda das habilidades de pensar, raciocinar e memorizar, que afecta as áreas da linguagem, produzindo alterações no comportamento.

A Demência na doença de Alzheimer com início antes da idade de 65 anos, tem um curso de deterioração relativamente rápido e com transtornos múltiplos e marcantes das funções corticais superiores.

- **Início tardio**

Demência na doença de Alzheimer com início após a idade de 65 anos. Evolui lentamente e se caracteriza essencialmente por uma deterioração da memória.

b) Demência vascular

A demência vascular é o resultado do infarto cerebral devido à doença vascular, inclusive a doença cerebrovascular hipertensiva. O seu início dá-se, em geral, na idade avançada.

c) Demência em outras doenças

Casos de demência devida a, ou presumivelmente devida a, outras causas que não a doença de Alzheimer ou doença cerebrovascular. Podemos mencionar como exemplos a demência na doença de Parkinson (doença degenerativa crónica e progressiva do SNC) e na infecção pelo HIV (descrita na aula 18).

3.1.5 Diagnóstico

O diagnóstico é essencialmente clínico, e é estabelecido com base na anamnese e no exame clínico do paciente que deve incluir sempre o exame do estado mental e o exame físico dos demais aparelhos e sistemas.

O exame do estado mental pode revelar dados importantes como alterações da linguagem (ex: disartria, hipofonia), na compreensão da linguagem (pedir para nomear os objectos que lhe são exibidos, pedir para enumerar animais ou nomes de meninas por exemplo), e em outros campos como humor (ex: labilidade afectiva, depressão), atenção e concentração (pedindo para subtrair 3 ou 7 a um número), memória (solicitando para repetir um número crescente de dígitos ou palavras).

Deve-se recorrer aos exames auxiliares de diagnóstico para excluir as perturbações mentais de causa orgânica e com base na avaliação do doente determinar o tipo de síndrome apresentado. Algumas perguntas são úteis para apoiar no diagnóstico destas entidades:

- Sente-se Confuso? Tem-se esquecido das coisas com facilidade?
- Tem dificuldades de memorização? Distrai - se com facilidade?

- Tem ouvido, visto ou sentido coisas estranhas? Tem-se esquecido de pessoas ou lugares já conhecidos? Há quanto tempo?
- Há flutuações no comportamento? Sente-se incapaz de realizar tarefas domésticas ou de tomar conta de si?
- Antecedentes pessoais: doença cardiovascular, de quedas não explicadas, de infecções, doenças metabólicas, abuso de álcool?
- Toma alguma medicação (que possa afectar a memória, atenção, capacidade de pensar)?
- História familiar de demência?

Na avaliação clínica é preciso recorrer aos informantes, a avaliação seria mais fiel no domicílio.

A resposta positiva a cada uma destas questões, é a favor da demência.

3.1.6. Conduta

Perante este tipo de doentes, a conduta ao nível do TMG deve consistir na administração de tratamento psicológico e quando necessário farmacológico para a estabilização inicial do paciente em situação de urgência (ex: se houver agitação psicomotora). Posteriormente, o paciente deverá ser encaminhado para as entidades competentes (médico de clínica geral ou Técnico de psiquiatria) e a psicologia (se disponível).

3.1.6.1 Tratamento Psicológico

Psico-educação/prestar informações gerais ao paciente e familiares/acompanhantes:

- Sobre os transtornos demenciais e seu tratamento basicamente sintomático;
- Sobre apoio psicossocial incluindo terapia familiar, se disponível;
- Sobre a optimização da qualidade de vida do paciente e cuidadores.
- Sobre consultas de seguimento regulares para controlo;

Mensagens Chave para transmitir ao Paciente e Familiares/Acompanhantes:

- A demência constitui um transtorno comum e pode afetar a qualquer pessoa, cuja evolução geralmente é progressiva.
- Indivíduos com demência esquecem - se facilmente das coisas, pessoas próximas, tendem a isolar-se e a refugiar-se no consumo das drogas como uma maneira de lidar com doença;
- É importante continuar com as actividades normais que sejam interessantes e que proporcionem prazer;
- É importante praticar exercício físico regular, abster-se das drogas e cumprir com o tratamento.

3.1.6.2 Tratamento Farmacológico e encaminhamento

Ao nível do TMG, a administração de psicofármacos só deverá ocorrer nos casos de urgências e que necessitem de estabilização antes de serem referidos.

As situações de urgência associadas a demência são: agitação psicomotora e sintomas psicóticos. Nestas condições, o tratamento a administrar é a base de antipsicóticos (haloperidol). Vide aulas 10 e 13 para mais detalhes.

Os pacientes devem ser referidos para seguimento psiquiátrico e psicológico após devida estabilização.

BLOCO 4: DELIRIUM

4.1. Definição

É uma síndrome cerebral orgânico agudo caracterizado pela alteração do nível de consciência do indivíduo, desde obnubilação até o coma, acompanhado de muitas alucinações visuais, auditivas, tácteis e desorientação temporo-espacial. É também designado de síndrome confusional agudo, psicose tóxica ou psicose exógena,

4.2. Etiologia

O Delirium pode ser causado por:

- Substâncias: álcool, cocaína, anfetaminas, corticoides, sedativos e outros
- Doenças físicas gerais: malária, meningite, hipoglicémia, hipoxia, insuficiência hepática e outras

- Doenças físicas neurológicas: epilepsia, traumatismo crânio encefálico, encefalite, tumores, e outras
- Outras condições: Síndrome de abstinência alcoólica (Delirium Tremens)

4.3. Quadro Clínico

- Obnubilação da consciência (sinal mais importante para diagnóstico).
- Redução da percepção do ambiente, desorientação temporal e espacial
- Diminuição da memória e da concentração
- Alucinações visuais, ideias delirantes transitórias de tipo persecutório.
- Irritabilidade, comportamento agressivo

4.4. Diagnóstico

O diagnóstico obedece os mesmos princípios usados em todas as perturbações mentais, é essencialmente clínico, contudo nestes casos, devido ao facto de o Delirium ter como causas as doenças orgânicas, o valor dos exames auxiliares de diagnóstico torna-se ainda maior. Algumas perguntas são importantes para apoiar:

- Início dos sintomas? Ouve vozes, vê coisas estranhas?
- Tem ideias de perseguição? História de consumo de drogas?
- Presença de febre? Sinais e sintomas de insuficiência orgânica (cardíaca, renal, hepática)? História de convulsões?
- Acidente recente com traumatismo cranioencefálico?

4.5. Conduta

O Delirium como síndrome cerebral orgânico agudo constitui uma emergência médica que deve ser tratada de forma agressiva.

O tratamento é baseado na identificação e tratamento da causa de base (antibioterapia, antimaláricos, suspender substância responsável no caso de intoxicação). Após a estabilização da condição médica ou orgânica, se necessário, estes pacientes deverão ser referidos para seguimento em psiquiatria.

BLOCO 5: TRANSTORNO AMNÉSICO

5.1. Definição

É um transtorno raro que se deve à lesão do hipocampo (região importante no processo da memória). Constitui a 3ª causa orgânica, depois da demência e do delirium de causa de afecção da memória.

5.2. Quadro Clínico

Cursa com compromisso importante da memória (recente e remota).

A memória imediata permanece preservada com habilidade reduzida para aprendizagem e uma desorientação temporal.

A confabulação (elaboração inconsciente de eventos recentes para preencher as lacunas mnésicas) pode ser uma característica importante, mas a percepção e as outras funções cognitivas, dentre elas a inteligência, estão habitualmente intactas.

Há preservação da memória a longo prazo e de outras faculdades mentais.

5.3. Conduta

Perante este tipo de doentes, a conduta ao nível do TMG deve consistir na administração de tratamento psicológico. O tratamento farmacológico não constitui uma emergência médica e o paciente deve ser encaminhado para seguimento psiquiátrico (técnico de psiquiatria ou médico de clínica geral).

5.3.1 Tratamento Psicológico

- **Psicoeducação/Prestar Informações Gerais ao Paciente e Familiares/Acompanhantes:**

- Sobre o transtorno amnésico e seu tratamento;
- Sobre apoio psicossocial incluindo terapia familiar, se disponível;
- Sobre consultas de seguimento regulares para controlo;

Mensagens Chave para transmitir ao Paciente e Familiares/Acompanhantes:

- O transtorno amnésico é comum e pode afetar a qualquer pessoa.
- A combinação do tratamento medicamentoso e não medicamentoso é de extrema importância
- É importante continuar com as actividades normais que sejam interessantes e que proporcionem prazer;
- É importante praticar exercício físico regular e cumprir com as recomendações do tratamento.

BLOCO 6: PONTOS-CHAVE

- 6.1** Os transtornos mentais orgânicos são aqueles que possuem uma causa médica ou patologias médicas associadas.
- 6.2** A demência, o delirium, o transtorno amnésico, constituem transtornos mentais orgânicos importantes em psiquiatria, embora haja outros.
- 6.3** Delirium é uma síndrome cerebral orgânica aguda caracterizada pela perturbação da consciência acompanhada de muitas alucinações visuais, auditivas e tácteis. É transitório e reversível se tratada a causa de base. Constitui uma urgência médica e não psiquiátrica.
- 6.4** Demência é uma síndrome cerebral orgânica crónica, geralmente de natureza progressiva, intratável, na qual há comprometimento da memória, orientação, pensamento, linguagem, compreensão, cálculo, compreensão e não cursa com alteração da consciência, tal como no delirium.
- 6.5** Transtorno Amnésico é uma síndrome caracterizada por um comprometimento importante da memória (recente e remota), enquanto que a memória imediata permanece preservada com habilidade reduzida para aprendizagem e uma desorientação temporal.
- 6.6** O tratamento dos transtornos mentais orgânicos enfoca-se na causa de base e nos sintomas psiquiátricos associados (agitação psicomotora, alucinações, delírios, depressão).

Disciplina	Saúde Mental	Nº da Aula	15
Tópico	Patologias Psiquiátricas	Tipo	Teórica
Conteúdos	- Introdução às patologias do Nível de Funcionamento Psicológico Psicopático - Transtorno de Personalidade Anti-Social	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir e classificar as patologias do nível de funcionamento psicológico psicopático.
2. Descrever as principais patologias do nível de funcionamento psicológico psicopático (Transtorno de Personalidade Anti-Social).
3. Listar perguntas que podem ser feitas na anamnese para ajudar a identificar transtornos do nível de funcionamento psicológico psicopático.
4. Descrever qual deve ser a conduta do TM diante desses quadros:
 - f. Postura diante do utente;
 - g. Informações a serem transmitidas ao utente e seu familiar;
 - h. Tratamento não farmacológico;
 - i. Tratamento farmacológico;
 - j. Encaminhamentos (transferência ou seguimento).

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	- Introdução às Patologias do Nível de Funcionamento Psicológico Psicopático - Transtorno de Personalidade Anti social		
3	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia

- Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Artes Médicas, Porto Alegre; 1993.
- DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Associação Americana de Psiquiatria. 4ª Edição. Climepsi, Lisboa; 1996; Oxford University Press, Oxford; 2002.
- Valejo R, Masson, J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona; 2002.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2 Apresentação da estrutura da aula.

1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: INTRODUÇÃO ÀS PATOLOGIAS DO NÍVEL DE FUNCIONAMENTO PSICOLÓGICO PSICOPÁTICO TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL

2.1. Introdução às Patologias do Nível de Funcionamento Psicológico Psicopático

O nível de funcionamento psicológico psicopático é caracterizado pela presença de traços, padrões de personalidade do tipo inadaptativo, padrões de comportamento e dificuldade de adaptação do sujeito ao meio ambiente em volta. Este nível de funcionamento psicológico condiciona sofrimento para os doentes e para as pessoas em sua volta, podendo se expressar em perturbação de personalidade.

Segundo A. Fernandes da Fonseca (1997) as psicopatias são entendidas como alterações do comportamento resultantes de “anomalias de personalidade ou de estados de desadaptação do indivíduo” em relação a si mesmo ou ao ambiente em que se integra.

2.2. Transtorno de Personalidade

2.2.1. Introdução

Define-se como padrão estável de experiência interna e comportamento que se afasta marcadamente do esperado para o indivíduo numa determinada cultura, é global e inflexível, com início na adolescência ou idade adulta, é estável ao longo do tempo e origina sofrimento ou incapacidade.

O termo personalidade descreve os atributos característicos comportamentais, emocionais e cognitivos do indivíduo (Ex: homem agressivo, mulher nervosa). Os traços de personalidade excessivos e disfuncionais é que constituem a perturbação de personalidade.

O transtorno de personalidade interage de forma assinalável com os outros transtornos mentais como factor de predisposição, como de ocorrência simultânea agravando o seu prognóstico, como efeito patoplástico (ao modificar as características clínicas), podendo ser confundido com os outros transtornos (exemplo: esquizofrenia e transtorno de personalidade paranoide)

2.2.2. Classificação

Uma classificação simples e didáctica consiste em dividir em 3 grupos:

- Grupo A Excêntrico - comportamento estranho, excêntrico, isolamento social, desconfiado (formas esquizoide, e paranoide)
- Grupo B Dramático - comportamento emocionalmente instável ou impulsivo (formas anti-social, emocionalmente instável e histriónica)
- Grupo C Ansioso - constitucionalmente tímido ou preocupado (formas evitante, dependente e obsessiva)

2.2.3. Quadro Clínico

Clinicamente as perturbações de personalidade têm as seguintes características:

- Comportamento marcadamente desadaptado, envolvendo várias áreas de funcionamento (afectividade, excitabilidade, controle dos impulsos, modo de percepção, de pensamento e de relacionamento com os outros).
- Há um padrão anormal e permanente de comportamento, de longa duração e não limitado a qualquer episódio de transtorno mental.
- O padrão anormal de comportamento é invasivo e claramente mal adaptativo para uma série de situações individuais e sociais.
- As características da personalidade são globais, estáveis e geralmente evidenciáveis a partir do fim da adolescência
- O transtorno leva ao sofrimento pessoal considerável mas isso pode se tornar aparente apenas na fase tardia da sua evolução.

- O transtorno geralmente não está associado a problemas significativos no desempenho ocupacional e social.

2.2.4. Particularidades de cada tipo de Transtorno de Personalidade

- Paranoide: receoso e bastante desconfiado com os outros, sensibilidade a crítica.
- Esquizoide: indiferença emocional, isolamento social, falta de humor.
- Anti-social: falta de interesse pelos outros, relacionamentos instáveis, baixo limiar à frustração, irritabilidade, não aprende com a experiência, falta de sentimento de culpa.
- Emocionalmente Instável: relacionamentos múltiplos e turbulentos, impulsividade, crises de comportamento e humor variável.
- Histriónica: expressão exagerada das emoções e teatralidade, com comportamento apelativo procurando sempre despertar a atenção dos outros.
- Obsessivo compulsivo: excessivamente ordenado, preocupação com o pormenor, inflexível.
- Evitante: sensações persistentes de tensão e apreensão, evitamento do contacto pessoal com medo das críticas e da rejeição.
- Dependente: tendência para encorajar os outros a tomarem decisões por si, necessidade excessiva de que cuidem de si.
- Orgânica: transtorno de personalidade secundária a um traumatismo craniano.

2.2.5. Diagnóstico

O diagnóstico exige evidência de anormalidades emocionais ou comportamentais de longa duração que não sejam atribuíveis a um transtorno mental. Mas de um modo geral não é fácil o diagnóstico de transtorno de personalidade e carece de avaliação complementar psicométrica (uso de testes psicológicos) pelos psicólogos clínicos. Perante casos suspeitos, o TMG deve referir os pacientes para a confirmação do diagnóstico.

2.2.6. Conduta

Perante estes casos, a conduta do TMG deve incluir:

2.2.6.1. Tratamento psicológico

2.2.6.1.1. Psicoeducação

- Tranquilizar o doente;
- Disponibilizar informação sobre o transtorno de personalidade e a sua relação com outros transtornos mentais;
- Disponibilizar informação sobre as opções de tratamento e seguimento psicológico e psiquiátrico;
- Disponibilizar informação sobre os riscos de consumo de drogas (podem agravar os sintomas).

Mensagens a serem Transmitidas ao Utente e Familiares/acompanhantes

- O transtorno de personalidade é uma doença crónica, sem cura, porém com tratamento para remover os factores agravantes, reforçar os comportamentos positivos, tratar as condições associadas (ansiedade, depressão, abuso de drogas);
- É importante que o doente continue com as actividades normais que sejam interessantes e que proporcionem prazer;
- Praticar exercício físico regular;
- É importante cumprir com as orientações prescritas;
- É importante ter hábitos de vida saudáveis.

2.2.6.1.2. Psicoterapia

A personalidade não pode ser modificada mas melhor é prevenir na fase inicial do desenvolvimento do ser humano antes de atingir a fase adulta.

O tratamento psicológico destina-se a:

- Ajustar o ambiente e as circunstâncias da personalidade individual;
- Remoção dos factores agravantes;
- Reforço dos comportamentos positivos;
- Auxiliar o indivíduo a encontrar um estilo de vida adaptável a si;
- Evitar uma reacção inconsistente e instável.
- Redução do comportamento violento

2.2.6.2. Tratamento farmacológico e encaminhamento

- Tratar as condições associadas que necessitem de estabilização urgente (como depressão grave, sintomatologia psicótica, agitação psicomotora, intoxicação aguda por drogas), descritas nas aulas anteriores;
- Transferir para seguimento psicológico (psicólogo) e ou psiquiátrico (técnico de psiquiatria ou médico de clínica geral).

BLOCO 3: PONTOS-CHAVE

- 3.1.** A personalidade define-se como combinação dos traços cognitivos, emocionais, comportamentais característicos de cada indivíduo.
- 3.2.** Existe um transtorno de personalidade quando os traços de personalidade são excessivos e causam problemas ao indivíduo ou às pessoas a volta.
- 3.3.** Os transtornos de personalidade são classificados de forma didáctica em excêntrico, dramáticos e ansiosos.
- 3.4.** O transtorno de personalidade anti - social caracteriza-se pela violação sistemática e persistente das normas socialmente estabelecidas e aceitáveis, incapacidade de sentimento de culpa e de aprender com a experiência ou com a punição.
- 3.5.** O tratamento é basicamente psicológico consistindo na modificação das circunstâncias, remoção de factores agravantes, reforço dos comportamentos positivos. O tratamento farmacológico pode consistir no tratamento das condições co-mórbidas (abuso de drogas, depressão grave, sintomas psicóticos).

Disciplina	Saúde Mental	N° da Aula	16
Tópico	Classificações Diagnósticas em Psiquiatria (Nosologia)	Tipo	Teórica
Conteúdos	Transtornos Relacionados com o consumo de Substâncias Psicoativas (Álcool, canabinóides cocaína, opióides, tabaco/nicotina)	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

- Definir:
 - Abuso de substâncias psicoativas;
 - Dependência de substâncias psicoativas;
 - Transtornos relacionados com o álcool;
 - Intoxicação alcóolica;
 - Dependência do álcool.
 - Transtornos relacionados com cocaína, cannabis, opióides e tabaco/nicotina.
- Explicar como o TM pode identificar casos de dependência química.
- Descrever qual deve ser a conduta do TM diante desses quadros:
 - Postura diante do doente
 - Informações a serem transmitidas ao doente e seu familiar
 - Tratamento não farmacológico;
 - Tratamento farmacológico
 - Encaminhamentos (Transferência ou seguimento)

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Intoxicação aguda por álcool, cannabióides, opióides, cocaína, tabaco: Introdução		
3	Intoxicação aguda por álcool, cannabióides, opióides, cocaína, tabaco: Quadro clínico		
4	Intoxicação aguda por álcool, cannabióides, opióides, cocaína, tabaco: Diagnóstico e Conduta		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia:

- Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Artes Médicas, Porto Alegre; 1993.
- DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Associação Americana de Psiquiatria. 4ª Edição. Climepsi, Lisboa; 1996; Oxford University Press, Oxford; 2002.
- Valejo R, Masson, J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria. Barcelona; 2002.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2 Apresentação da estrutura da aula.

1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: INTOXICAÇÃO AGUDA POR ÁLCOOL, CANNABIÓIDES, OPIÓIDES, COCAÍNA, TABACO: INTRODUÇÃO

2.1. Definição de droga ou substância psicoactiva

Designa-se droga ou substância psicoactiva a toda substância que após contacto humano, é capaz de alterar o humor, cognição (pensamento) e comportamento do indivíduo.

2.2. Classificação

Existem vários tipos de drogas e de acordo com os seus efeitos, estas são classificadas como:

- Estimulantes (cocaína, anfetaminas, nicotina, cafeína)
- Depressoras (benzodiazepinas, heroína, álcool, cannabis em doses baixas)
- Alucinógenas (Fenciclidina – PCP, ketamina, cannabis em doses altas)

As drogas também são classificadas em:

- Lícitas (álcool, nicotina, benzodiazepinas): as drogas lícitas são de consumo permissível na lei mas também poderão ter uso ilícito, no caso de uso por exemplo do diazepam fora do contexto hospitalar e sem prescrição médica.
- Ilícitas (cocaína, heroína, cannabis): drogas que não são de consumo permissível na lei.

Dizer que a genética tem papel importante na resposta individual às drogas psicoactivas e na propensão ao desenvolvimento da dependência. Os factores ambientais, como a disponibilidade da droga e as normas culturais sobre o uso das drogas aparecem como determinantes para o seu consumo.

É importante estudar as drogas na psiquiatria pelo facto de a maior parte delas desencadearem complicações psiquiátricas (psicose no caso da cannabis, cocaína, anfetaminas e depressão no caso do álcool e da heroína) ou serem consumidas como estratégias de lidar com algumas condições psiquiátricas (álcool para lidar com acontecimentos de vida stressantes - frustração de perda de emprego, divórcio, perda de um ente querido, calamidades naturais, etc).

2.3. Conceitos Gerais sobre o uso de substâncias Psicoactivas

2.3.1. Abuso de Substâncias Psicoactivas

Trata-se do modo de consumo de uma substância psicoactiva de forma persistente e injustificada e que seja prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite por uso de drogas injectáveis) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários por consumo excessivo de álcool).

2.3.2. Dependência de Substâncias Psicoactivas

Trata-se do conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoactiva, associado ao desejo poderoso de consumir a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências negativas (nefastas), a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras actividades e obrigações (familiares, laborais, académicos), a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física (na falta do consumo da droga ou redução da dose geralmente consumida).

2.3.3. Síndrome de Abstinência

Trata-se do conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável, que ocorrem em casos de uma abstinência absoluta ou relativa à uma substância psicoactiva que tenha sido consumida de modo prolongado.

O início e a evolução da síndrome de abstinência são limitados no tempo e dependem da categoria e da dose da substância consumida imediatamente antes da paragem ou da redução do consumo.

2.3.4. Transtornos Relacionados com o consumo de substâncias psicoativas

Os principais transtornos relacionados com o consumo de substâncias psicoativas são:

a. Intoxicação Aguda

Estado consequente ao uso de uma substância psicoactiva, compreendendo perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afecto, do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas.

As perturbações têm uma relação directa com os efeitos farmacológicos agudos da substância consumida, e desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos em que tenham surgido lesões orgânicas ou outras complicações. Entre as complicações, podem-se citar: traumatismo resultantes da queda durante o estado de intoxicação, delirium, coma, convulsões e outras complicações médicas. A natureza destas complicações depende da categoria farmacológica da substância consumida assim como do seu modo de administração.

b. Intoxicação ou embriaguez Patológica

Ocorre após a ingestão de uma quantidade de álcool insuficiente para causar intoxicação na maior parte das pessoas.

Caracteriza-se por: Comportamento verbalmente agressivo ou fisicamente violento que não é típico de pessoas quando em estado sóbrio e intoxicação muito rápida (em poucos minutos) após o consumo de pequenas quantidades de álcool.

c. Síndrome de abstinência com delirium

Estado no qual o Síndrome de Abstinência tal como definido anteriormente se complica com a ocorrência de Delirium. Este estado pode igualmente comportar convulsões.

d. Transtorno psicótico

Conjunto de fenómenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoativa, mas que não podem ser explicados inteiramente com base numa intoxicação aguda e que não participam também do quadro de um Síndrome de Abstinência.

Este estado caracteriza-se pela presença de alucinações (tipicamente auditivas, mas frequentemente polissensoriais), de distorção das percepções, de ideias delirantes (frequentemente do tipo paranóide ou persecutório), de perturbações psicomotoras (agitação ou estupor) e de afectos anormais, podendo ir de um medo intenso ao êxtase. A parte sensorial não está habitualmente comprometida, mas pode existir um certo grau de obnubilação da consciência ou confusão mental.

e. Síndrome amnésico

Síndrome dominado pela presença de transtornos crónicos importantes da memória (factos recentes e antigos). A memória imediata está habitualmente preservada e a memória dos factos recentes está tipicamente mais perturbada que a memória remota.

Habitualmente existem perturbações da orientação temporal e da cronologia dos acontecimentos, assim como ocorrem dificuldades de aprender informações novas. As outras funções cognitivas estão em geral relativamente bem preservadas e os défices amnésicos são desproporcionais (maiores) relativamente aos outros distúrbios.

Os efeitos de intoxicação variam de acordo com a classe das drogas, sendo semelhantes para as drogas da mesma classe de classificação (ex: estimulantes, depressores).

Nesta aula iremos abordar de forma resumida os efeitos da intoxicação aguda pelo álcool, canabíoides, opióides, cocaína e tabaco.

Para a explicação das complicações das drogas usar-se-á como modelo o álcool e enfatizaremos outros aspectos relevantes sobre as outras drogas.

BLOCO 3: INTOXICAÇÃO AGUDA POR ÁLCOOL, CANNABIÓIDES, OPIÓIDES, COCAÍNA, TABACO: QUADRO CLÍNICO

Para melhor sistematização e compreensão iremos dividir as intoxicações segundo o efeito de cada droga no sistema nervoso central:

3.1. Intoxicação por Drogas Depressoras (álcool, cannabinoides, opióides)

3.1.1 Intoxicação Aguda relacionada com o consumo do álcool:

- Desinibição
- Agressividade
- Atenção Comprometida
- Capacidade de julgamento comprometida
- Marcha instável
- Dificuldade em manter-se em pé, perda de equilíbrio
- Fala ininteligível
- Diminuição do nível de consciência
- Em caso de intoxicação grave: hipotensão, hipotermia, diminuição do reflexo de vômito

3.1.2. Intoxicação Aguda Relacionada com Cannabinóides:

- Euforia ou desinibição, ansiedade ou agitação
- Desconfiança ou ideação paranóide
- Lentificação do tempo (sensação de que o tempo passa muito lentamente e rápido fluxo de ideias)
- Capacidade de julgamento comprometida
- Comprometimento da atenção
- Comprometimento do tempo de reação
- Ilusões auditivas, visuais e tácteis
- Alucinações com orientação preservada
- Despersonalização (sensação de estranheza em relação a sua pessoa)
- Desrealização (sensação de estranheza em relação ao seu ambiente)
- Aumento de apetite
- Boca seca
- Hiperemia Conjuntival
- Taquicardia
- Hipotensão

3.1.3. Intoxicação Aguda Relacionada com Opióides:

Cursa em duas fases, sendo a **primeira de curta duração (fase de excitação: zumbidos, agitação psicomotora, sede intensa, bradicardia e bradipneia)** e a **segunda de longa duração (fase de depressão: diminuição da consciência até coma profundo, miose, depressão respiratória, colapso, hipotermia e anúria)**. Outras características:

- Apatia, sedação
- Desinibição e lentificação psicomotora
- Comprometimento da atenção e da capacidade de julgamento
- Fala incompreensível
- Sonolência
- Constricção pupilar
- Rebaixamento do nível de consciência (exemplo: estupor e coma)

3.2 Intoxicação por Drogas Estimulantes (Tabaco/Nicotina, Cocaína)

3.2.1 Intoxicação Aguda Relacionada com Tabaco/Nicotina:

- Insônia
- Sonhos bizarros

- Labilidade de humor
- Desrealização
- Interferência no funcionamento pessoal
- Náuseas ou vômitos
- Sudorese
- Taquicardia
- Arritmias cardíacas

3.2.2 Intoxicação Aguda Relacionada com Cocaína:

- **Sintomas Psiquiátricos:** euforia, ansiedade, irritabilidade, labilidade do humor, alucinações visuais ou táteis, delírios persecutórios, agitação psicomotora;
- **Sintomas Neurológicos:** cefaleia, convulsões, midríase (dilatação pupilar)
- **Sintomas Cardiovascular:** palpitações, taquicardia, arritmias, HTA, infarto do miocárdio.
- **Sintomas Gastrointestinal:** anorexia, náuseas, vômitos e diarreia
- **Sintomas Respiratórios:** Taquipneia e respiração irregular
- **Sintomas Gerais e outros:** hipertermia, sudorese, calafrios e rigidez muscular

BLOCO 4: INTOXICAÇÃO AGUDA POR ÁLCOOL, CANNABIÓIDES, OPIÓIDES, COCAÍNA, TABACO: DIAGNÓSTICO E CONDUTA

4.1. Diagnóstico

O diagnóstico é essencialmente clínico, e é estabelecido com base na anamnese e no exame clínico do paciente que deve incluir sempre o exame do estado mental e o exame físico dos demais aparelhos e sistemas.

Deve-se recorrer aos exames auxiliares de diagnóstico para excluir as perturbações mentais de causa orgânica e com base na avaliação do doente determinar o tipo de intoxicação apresentada. Importante sempre interrogar as fontes familiares ou acompanhantes sobre história de consumo de drogas, tipo de droga e hábitos relacionados ao consumo de drogas. Algumas perguntas úteis para apoiar no diagnóstico destas entidades, são as seguintes:

- Tem sentido dores de cabeça constantes?
- Tem tido sensação de náuseas? vômitos? diarreia?
- Tem-se sentido ansioso? Irritável?
- História pessoal e familiar de consumo da substância? Qual é a substância?
- Quantidade e Frequência de consumo da substância?
- Tem sentido um desejo enorme de consumir a substância?
- Tem sentido dificuldades de controlar as doses de consumo da substância?
- Quais os tipos de substância que consome e de que forma (inalada, injectada ou via oral)?
- O que faz depois de consumir a substância?
- Perguntas sobre sintomas específicos (descritos acima) de cada tipo de intoxicação

4.2. Conduta

O tratamento inclui a componente psicológica e a componente farmacológica. Perante doentes que apresentem sinais e sintomas de intoxicação aguda por drogas ou substâncias psicoactivas, o Técnico de Medicina Geral deve primeiro estabilizar os doentes e posteriormente continuar com as outras medidas:

4.2.1. Tratamento Psicológico

4.2.1.1. Psicoeducação

- Providenciar informações sobre os Transtornos relacionados com o consumo de substâncias psicoactivas e seu tratamento;
- Providenciar informações sobre os riscos para a saúde do consumo de substâncias psicoactivas;

- Providenciar informações sobre as consequências a nível pessoal e a terceiros do consumo de substâncias psicoactivas;
- Providenciar informação sobre apoio psicossocial incluindo a terapia familiar;
- Providenciar informação sobre consultas regulares para o controlo;

Informações a serem transmitidas ao doente e seus familiares

- Informações sobre o uso de substâncias e a dependência;
- Importância do suporte familiar para a adesão ao tratamento da dependência (desabilitação e desintoxicação);
- Importância de continuar com as actividades normais que sejam interessantes e que proporcionem prazer;
- Praticar exercício físico regular;
- É importante cumprir a medicação.

4.2.2.1. Psicoterapia

- Coordenar intervenções de apoio com outros profissionais e activistas de associações ou organizações de apoio psicossocial;
- Iniciar processo de desabilitação com apoio de pessoal especializado.

4.2.2. Tratamento Farmacológico

O tratamento de pacientes com intoxicação por substâncias psicoactivas é muito variável, e depende do nível de gravidade do paciente, do tipo de substância consumida, do quadro apresentado. Este tema será descrito com maior detalhe na disciplina de trauma e emergências do 5º semestre.

Em todas as situações deve-se agir com brevidade para reduzir as complicações.

Algumas medidas são gerais e devem ser prestadas à todos os pacientes, enquanto outras, são específicas para cada tipo de caso.

Os princípios para a abordagem geral de todos os pacientes intoxicados consistem em:

- Manutenção das funções vitais (A B C):
 - Monitoria dos sinais vitais
 - Estabilização hemodinâmica - acesso endovenoso e fluidoterapia de acordo com as necessidades: Lactato de Ringer ou Soro Fisiológico 1000 ml de 8/8H + Dextrose a 30% 2 a 3 ampolas de 8/8h)
 - Estabilização respiratória: oxigenoterapia, na dose de 2 a 4 l/min. Se disponível oxímetro de pulso, manter oxigénio até obter saturação de 90 a 95%
 - Despiste e tratamento da hipoglicémia
 - Tratamento sintomático (ex: convulsões)
 - Se estiverem presentes sintomas psicóticos: administrar haloperidol injectável IM (excepcionalmente IV), na dose de 2,5 a 10 mg de início e depois 5 mg a cada 4 a 8 h conforme as necessidades. Associar o haloperidol à prometazina (Vide detalhes sobre medicação na aula 10).
 - Se houver ansiedade: administrar ansiolíticos em doses altas (Diazepan 10 - 20 mg IM)

4.2.3. Encaminhamentos (transferência ou seguimento)

Referir todos casos para internamento e seguimento por técnico de psiquiatria ou médico de clínica geral, após estabilização.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

5.1. Abuso de Substâncias Psicoativas trata-se do modo de consumo de uma substância psicoactiva de forma persistente e injustificada e que seja prejudicial à saúde;

5.2. Dependência de Substâncias Psicoativas trata-se do conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa;

5.3. Síndrome de Abstinência trata-se do conjunto de sintomas que ocorrem em casos de uma abstinência absoluta ou relativa a uma substância psicoactiva que tenha sido consumida de modo prolongado.

5.4. Para o diagnóstico das intoxicações por substâncias psicoactivas, é importante sempre interrogar as fontes familiares ou acompanhantes sobre história de consumo de drogas, tipo de droga e hábitos relacionados ao consumo de drogas.

5.5. Após a estabilização inicial, todos os casos de intoxicação por substâncias psicoactivas, devem ser internados e referidos para seguimento por técnico de psiquiatria ou médico de clínica geral.

Disciplina	Saúde Mental	Nº da Aula	17
Tópico	Patologias Psiquiátricas	Tipo	Teórica
Conteúdos	- Disfunções Sexuais - Transtornos Alimentares - Transtornos do Sono	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir disfunções sexuais.
2. Listar as principais disfunções sexuais encontradas na prática profissional.
3. Explicar como identificar a causa da disfunção sexual.
4. Listar sinais e sintomas das disfunções sexuais.
5. Definir bulimia e anorexia.
6. Descrever os sinais e sintomas de bulimia e anorexia.
7. Definir transtorno de sono e listar suas classificações.
8. Descrever os sinais e sintomas de transtornos de sono.
9. Descrever qual deve ser a conduta do TM diante desses quadros

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Disfunções Sexuais		
3	Transtornos Alimentares: Bulimia e Anorexia		
4	Transtornos de Sono		
5	Diagnóstico e conduta do técnico de medicina geral nos transtornos sexuais, alimentares, e do sono		
6	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia:

- Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Artes Médicas, Porto Alegre; 1993.
- DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Associação Americana de Psiquiatria. 4ª Edição. Climepsi, Lisboa; 1996; Oxford University Press, Oxford; 2002.
- Valejo R, Masson, J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria. Barcelona; 2002.
- **Ballone GJ.** *Depressão e Disfunção Sexual (Impotência)*. 2005. PsiqWeb, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem

1.2 Apresentação da estrutura da aula

1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: DISFUNÇÕES SEXUAIS

2.1. Definição

A resposta sexual humana consiste em fases, embora na prática nem sempre sejam bem delimitadas e variem de indivíduo para indivíduo. Assim teríamos o desejo, excitação, erecção, orgasmo (ejaculação no homem), resolução e fase refratária. O desejo é o estadio que precede e acompanha a subida da excitação.

Quando ocorrem problemas frequentes nas relações sexuais, que interferem no desejo, na excitação, na erecção, na ejaculação, e no orgasmo, chamamos esses comprometimentos de disfunção sexual.

2.2. Etiologia

A etiologia da Disfunção Sexual é muito variada e pode incluir a participação de vários factores, como:

- Problemas psíquicos/transtornos mentais funcionais (ex: depressão, ansiedade)
- Doenças orgânicas: hormonais (ex: diabetes), cardiovasculares (ex: hipertensão, arterioesclerose), nutricionais, neurológicas
- Efeitos colaterais de medicamentos (ex: beta bloqueadores, antipsicóticos, antidepressivos)
- Miscelânea: trauma, alcoolismo crónico, tabagismo, consumo de drogas psicoactivas, malformações genitais, etc
- Causas psicológicas: falta de informação adequada, falta de comunicação, situações de stress, achar que o acto sexual é imoral ou pecaminoso, medo da dor da penetração, experiências sexuais traumáticas (especialmente em mulheres) ou pode ser devida a determinados traços de personalidade (controlo excessivo, baixa autoestima etc.).

A depressão constitui um dos mais importantes factores de risco para as dificuldades sexuais, e é responsável por uma grande parte dos casos, causando desinteresse pela actividade sexual, comprometendo especialmente o desejo e a capacidade de sentir prazer. Sem desejo, o ciclo do desempenho sexual fica impedido, desde o seu início. Não havendo desejo, a actividade sexual é pouca ou ausente, comprometendo o relacionamento como um todo e repercutindo-se em outras áreas da relação entre os parceiros.

2.3. Classificação

A Disfunção Sexual classifica-se:

a) Segundo o Período de Início

- Primária, quando está presente desde o início da vida sexual
- Secundária, quando surge depois de um período de vida sexual normal.

b) Segundo a Fase do Ciclo Sexual

- Perturbação do Desejo: defeito ou excesso.
- Perturbação da Excitação: disfunção erétil, frigidez (secura vaginal)
- Perturbação do Orgasmo: ejaculação precoce, anorgasmia (ausência de orgasmo)

c) Outros

- Vaginismo: contração involuntária da musculatura do assoalho pélvico, impedindo a penetração vaginal durante o acto sexual
- Dispareunia: dor durante o coito, impedindo uma actividade sexual prazerosa.

d) Segundo a forma de apresentação clínica

- No homem: disfunção erétil (incapacidade de manter uma erecção), ejaculação precoce, dispareunia (sentir dor na relação sexual), ausência de orgasmo.
- Na mulher: frigidez (secura vaginal), vaginismo (contração involuntária da musculatura da vagina impedindo a penetração), dispareunia (dor durante o coito).

2.4. Particularidades dos principais tipos de Disfunção Sexual

2.4.1. Disfunção Erétil

A Disfunção Erétil, antes conhecida por impotência, é a incapacidade de se obter ou manter uma erecção adequada para a prática da relação sexual. Não deve ser confundida com a falta ou diminuição da libido (apetite sexual), nem com a dificuldade em ejacular ou em atingir o orgasmo.

A Disfunção Erétil pode ocorrer apesar de desejo sexual e da capacidade de orgasmo e ejaculação normais. Qualquer doença, medicação ou condição que afecte o processo de erecção peniana normal pode provocar a disfunção.

A Disfunção Erétil é mais estreitamente associada com a idade; no entanto não deve ser aceite como uma consequência do envelhecimento. Muitas doenças, medicamentos e condições psicológicas ou orgânicas afectam a resposta normal do pénis e podem estar implicadas no desenvolvimento da disfunção.

2.4.2. Frigidez

Trata-se da alteração da excitação sexual feminina que acomete um grande número de mulheres deprimidas, tendo como consequência a falta de prazer ou mesmo dor durante as relações sexuais. As mulheres nessas circunstâncias evitam o acto sexual e/ou desenvolvem um sentimento de culpa, agravando ainda mais seu estado depressivo.

2.4.3. Ejaculação Precoce

Definido como uma ejaculação persistente ou recorrente com estimulação sexual mínima antes, durante ou logo após a penetração, antes que o indivíduo o deseje, impedindo uma actividade sexual satisfatória.

2.4.4. Anorgasmia (Ausência de Orgasmo)

Perturbação da fase sexual do orgasmo caracterizada pela ausência de orgasmo ou ejaculação.

2.4.5. Dispareunia

Define-se como a presença de dor durante o coito ou acto sexual, impedindo deste modo uma actividade sexual prazerosa.

2.4.6. Vaginismo

É a contração involuntária do assoalho pélvico (músculos próximos à [vagina](#)) causando oclusão do intróito vaginal, dificultando ou mesmo tornando impossível ou dolorosa a penetração do [pénis](#) durante a [relação sexual](#). Uma mulher com vaginismo não controla conscientemente o espasmo muscular.

(Vide informação sobre a conduta no bloco 5)

BLOCO 3: TRANSTORNOS ALIMENTARES: BULIMIA E ANOREXIA

3.1. Definição

Transtornos alimentares é um termo amplo usado para designar qualquer padrão de comportamentos alimentares que causam severo prejuízo à saúde de um indivíduo.

3.2. Classificação

Os transtornos alimentares classificam-se quanto à forma de apresentação em:

- Bulimia Nervosa
- Anorexia

3.3. Particularidades de cada Tipo de Transtorno Alimentar

3.3.1. Bulimia Nervosa

A bulimia é uma síndrome caracterizada por acessos repetidos de hiperfagia (ingestão excessiva de alimentos) e uma preocupação excessiva com relação ao controlo do peso corporal conduzindo a uma alternância de hiperfagia e vômitos voluntariamente provocados ou uso de purgativos tipo laxantes.

3.3.1.1. Sinais e sintomas

- Episódios recorrentes de hiperfagia nos quais grandes quantidades de comida são consumidas em curtos períodos de tempo (mais de 2 vezes por semana);
- Perda do controlo da alimentação durante a fase de ingestão;
- Preocupação persistente com o comer e um forte desejo ou um sentimento de compulsão de comer
- Preocupação com o peso e com a imagem corporal;
- Tentativas de neutralizar os efeitos (de engordar) da comida através de: vômitos auto-induzidos, purgação auto-induzida, períodos alternados de inanição, uso de diuréticos e exercícios físicos excessivos;
- Autopercepção de estar muito gordo(a), com um pavor intrusivo de engordar.

(Vide informação sobre a conduta no bloco 5)

3.3.2. Anorexia nervosa

Anorexia nervosa é um transtorno do comportamento alimentar caracterizado por perda de peso intencional, induzida e mantida pelo paciente. O transtorno ocorre comumente numa mulher adolescente ou jovem, mas pode igualmente ocorrer num homem adolescente ou jovem, como numa criança próxima à puberdade ou numa mulher de mais idade até na menopausa.

A doença está associada a uma psicopatologia específica, compreendendo um medo de engordar e de ter uma silhueta arredondada, intrusão persistente de uma ideia supervalorizada.

3.3.2.1. Sinais e Sintomas

- Perda de peso auto-induzida pela evitação de “comidas que engordam
- Medo intenso de ganhar peso e perturbação da percepção do peso corporal (a paciente está convencida de que tem excesso de peso, enquanto na verdade não)
- Autopercepção de estar muito gordo(a), com um pavor intrusivo de engordar, o qual leva a um baixo limiar de peso auto-imposto.
- Amenorreia (na ausência de toma de pílulas) e Preocupação com a alimentação e prazer de cozinhar para as outras pessoas
- Fadiga, irritabilidade e sensação de frio
- Evitamento do convívio social e redução dos interesses
- Prática excessiva de exercícios físicos
- Vômitos provocados e utilização de laxantes, anorexígenos e de diuréticos.

BLOCO 4: TRANSTORNOS DE SONO

4.1. Definição

Em numerosos casos uma perturbação do sono é um dos sintomas de um outro transtorno mental ou físico. Os transtornos de sono são:

4.2. Classificação

Classificam-se quanto a origem em:

- Primários: sem uma causa identificada
- Secundários: com uma causa identificada podendo ser orgânica ou psicológica

Classificam-se quanto ao tipo de alteração em:

- Alterações Quantitativas: Insónia, Hipersónia
- Alterações Qualitativas: Parassónias (pesadelos, terrores nocturnos, sonambulismo)

4.3. Particularidades de Cada Tipo de Transtorno do sono

4.3.1 Insónia

Designa uma qualidade e quantidade de sono insatisfatória que ocorre de forma persistente, associado a consequências diurnas adversas (sonolência excessiva diurna, fadiga diurna e pouca energia para realizar tarefas de rotina, falta de concentração, irritabilidade e mau humor).

Menos de 10% dos casos são de causa primária, sem factor etiológico identificado, sendo cerca de 80% dos casos relacionados com transtorno de ansiedade, transtorno depressivo (causas psicológicas). A fracção restante dos casos é secundária às condições médicas (HTA, Diabetes), dores crónicas, abuso de drogas, tratamento com antidepressivos (fluoxetina, Paroxetina) e betabloqueadores.

A importância da abordagem da insónia em psiquiatria deve-se ao facto de na maioria dos casos esta condição ser secundária aos transtornos mentais (depressão, ansiedade, mania) ou decorrente da complicação do tratamento dos transtornos mentais (antipsicóticos).

4.3.1.1. Insónia não-orgânica

Constitui uma condição de quantidade ou qualidade de sono insatisfatória durante um período considerável de tempo, pelo menos 3 vezes/semana durante um período mínimo de 30 dias, com sofrimento individual e compromisso no funcionamento social, académico e profissional.

A queixa consiste na dificuldade de adormecer (insónia inicial comum na ansiedade), dificuldade de permanecer a dormir (insónia intermédia) e o despertar (insónia matutina, comum na depressão).

Existe também a insónia por higiene do sono inadequada. Ela resulta de comportamentos incompatíveis com o sono, realizados imediatamente antes, ou durante, a hora de dormir. Tais comportamentos incluem a prática de exercício ou comer perto da hora de dormir, ambiente de repouso com temperaturas adversas e fontes evitáveis de barulho (televisão), iluminação (claridade). Daí que a educação da higiene do sono ajuda a eliminar factores ambientais e do estilo de vida que têm um efeito adverso imediato sobre o sono.

Os indivíduos afectados geralmente estão tensos e preocupados, no momento de dormir, com os seus problemas sociais, dificuldades financeiras ou outras situações de vida stressantes. No dia seguinte, sentem-se cansados fisicamente ou mentalmente durante o dia, com irritabilidade e grande preocupação.

Clinicamente há dificuldade de adormecer, de se manter dormindo ou pobreza qualitativa do sono;

4.3.2. Hipersonia não-orgânica

A hipersonia é definida como uma afecção com estado de sonolência diurna excessiva e ataques de sono (não explicados por uma quantidade inadequada de sono) e, por outro lado, por períodos de transição prolongados, até o estado de vigília completo após o despertar. Na ausência de um factor orgânico que explica a ocorrência de uma hipersonia, este estado habitualmente se associa a um transtorno mental.

4.3.3. Parassónias

Constituem eventos episódicos anormais durante o sono (pesadelos, sonambulismo, terrores nocturnos) que fazem parte do desenvolvimento normal das crianças e a sua presença nos adultos reflecte stress emocional

- **Sonambulismo**

O sonambulismo é uma alteração do estado de consciência, associado à fenómenos de sono e de vigília. Durante um episódio de sonambulismo, o indivíduo se levanta do leito, em geral no primeiro terço do sono nocturno, e deambula; estas manifestações correspondem a um nível reduzido de percepção do ambiente, reactividade e habilidade motora. Quando desperta, o sujeito comumente não se recorda do que aconteceu.

- **Terrores nocturnos**

Constituem episódios nocturnos de terror e pânico extremos, associados a uma vocalização intensa, agitação motora e hiperfuncionamento neurovegetativo. O indivíduo se senta ou se levanta, comumente no primeiro terço do sono nocturno, com um grito de pânico.

Frequentemente corre até à porta como se quisesse fugir; mas raramente deixa seu quarto. A lembrança do evento, se existe, é muito limitada (reduzindo-se em geral a uma ou duas imagens mentais fragmentadas).

- **Pesadelos**

O pesadelo é uma experiência de sonho carregada de ansiedade ou de medo que se acompanha de uma lembrança muito detalhada do conteúdo do sonho. Esta experiência de sonho é muito intensa e comporta em geral temas como ameaças à existência, a segurança ou a auto-estima.

É frequente que os pesadelos tenham tendência a se repetir com temas idênticos ou similares. Os episódios típicos comportam certo grau de hiperactividade neurovegetativa, mas sem actividade verbal ou motora notável. Ao despertar, o sujeito se torna rapidamente alerta e bem orientado.

BLOCO 5: DIAGNÓSTICO E CONDUTA DO TMG NOS TRANSTORNOS SEXUAIS, ALIMENTARES E DO SONO

5.1. Diagnóstico

O diagnóstico dos transtornos sexuais, alimentares e do sono, segue o mesmo padrão para o diagnóstico das perturbações mentais em geral, sendo importante despistar condições orgânicas ou outras causas subjacentes (drogas de abuso, medicamentos de prescrição médica).

5.2. Tratamento

O tratamento para os transtornos sexuais, alimentares e do sono, segue o mesmo padrão usado em todas perturbações mentais e inclui a componente psicológica e a farmacológica:

5.2.1. Tratamento Psicológico

5.2.1.1. Psicoeducação/ Prestação de Informações Gerais ao Paciente e Familiares/acompanhantes

- **Disfunções Sexuais:** Tranquilizar o doente, providenciar informações sobre disfunções sexuais, falar na importância de ter um seguimento psicológico e psiquiátrico, e referir para consulta com o clínico geral e técnico de psiquiatria após descartar condições médicas.
- **Transtornos Alimentares:** Explicar que o paciente tem um transtorno alimentar, providenciar informação sobre transtornos alimentares, falar da importância de ter um acompanhamento psicológico e psiquiátrico e referir para consulta de psiquiatria ou do clínico geral.
- **Transtornos de Sono:** Explicar que o paciente tem um transtorno do sono, e sobre a importância de acompanhamento psicológico. Informar sobre as medidas de higiene do sono: relativamente a qualidade do sono, a pessoa deve deitar-se apenas quando tiver sono, apagar a luz imediatamente, levantar-se se estiver acordado durante mais de 20 minutos, ter o hábito de abandonar o leito a uma hora regular e evitar as sestas (dormir de dia); evitar o consumo de substâncias como café, chá, álcool previamente as horas de dormir; evitar ruídos perturbadores do sono; ter rotinas de actividades de relaxamento durante uma hora e meia por dia. Estas medidas gerais são de extrema importância para além do tratamento das condições médicas subjacentes a cada um dos transtornos acima citados.

Mensagens Chave para transmitir ao Paciente e Familiares/Acompanhantes:

- As Disfunções Sexuais, os Transtornos Alimentares e os Transtornos do Sono podem afectar qualquer pessoa;
- As Disfunções Sexuais, os Transtornos Alimentares e os Transtornos do Sono têm tratamento;

- É importante continuar com as actividades normais que sejam interessantes e que proporcionem prazer e praticar exercício físico regular;
- É importante cumprir a medicação;
- As pessoas com Transtornos Sexuais, Alimentares e do Sono devem ter uma alimentação saudável e é aconselhável a não ingerir bebidas alcoólicas; é importante o apoio familiar e o suporte do/a parceiro/a.

5.2.1. 2. Psicoterapia

- Coordenar intervenções de apoio com outros profissionais e activistas de associações ou organizações de apoio psicossocial;
- Para transtornos do Sono ensinar ao paciente regras para a Higiene do Sono: preparar-se para dormir, apagar as luzes, desligar os sons, dormir num local silencioso, não dormir durante o dia, praticar exercício físico, cumprir uma dieta alimentar saudável;
- Para as disfunções sexuais proceder ao aconselhamento do casal;
- Para os transtornos alimentares: Bulimia (falar dos riscos do excesso de peso para a saúde, aconselhar a fazer dieta e praticar exercício físico); Anorexia (falar dos riscos do baixo peso para a saúde, desmistificar a imagem de padrão de beleza relacionada com a magreza, as consequências do baixo peso nas mulheres (afecta o ciclo menstrual), importância de uma dieta hipercalórica).

5.3. Tratamento Farmacológico e Encaminhamento

- Disfunções Sexuais: Transferir para consulta com clínico geral.
- Transtornos Alimentares: Transferir para a consulta com técnico de psiquiatria ou clínico geral e Psicologia (se disponível).
- Transtornos do Sono: Transferir para a consulta de Psiquiatria e/ou Psicologia após despistar condições médicas subjacentes ou que ocorram em simultâneo.

BLOCO 6: PONTOS-CHAVE

- 6.1** Quando ocorrem problemas frequentes nas relações sexuais, que interferem no desejo, na excitação, na ejaculação, na erecção e no orgasmo, chamamos esses comprometimentos de disfunção sexual;
- 6.2** As causas da Disfunção Sexual são variadas, podendo ser derivadas de problemas psíquicos (ansiedade, depressão, doenças orgânicas), hormonais, neurológicos, alterações nutricionais, efeitos colaterais de medicamentos e outras.
- 6.3** As causas da Disfunção Erétil podem ser Orgânicas, Alterações Neurológicas, Alterações Arteriais, Alterações dos Corpos Cavernosos, Neurotransmissores, Diabetes, Hipertensão Arterial, Medicamentos, Causas Emocionais;
- 6.4** Os tipos de transtornos alimentares são Bulimia Nervosa e Anorexia nervosa;
- 6.5** Os transtornos do sono são Insónia não-orgânica, Hipersonia não-orgânica e Parassónias (Sonambulismo, Terrors noturnos e Pesadelos). Mais de 80% dos casos de insónias são de causa psicológica e uma minoria de causa orgânica.
O pesadelo é uma experiência de sonho carregada de ansiedade ou de medo que se acompanha de uma lembrança muito detalhada do conteúdo do sonho. Esta experiência de sonho é muito intensa e comporta em geral temas como ameaças à existência, a segurança ou a auto-estima.

Disciplina	Saúde Mental	Nº da Aula	18
Tópico	Patologias Psiquiátricas	Tipo	Teórica
Conteúdos	Aspectos Psiquiátricos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Explicar a relação entre HIV - Sida e a Saúde Mental do utente.
2. Listar Perturbações psiquiátricas que podem estar relacionadas com o SIDA.
3. Explicar qual deve ser a conduta do TM nesses casos (ressaltar o papel do TM na adesão aos cuidados e tratamento):
 - a. Postura diante do utente;
 - b. Informações a serem transmitidas ao utente e seu familiar;
 - c. Tratamento não farmacológico;
 - d. Tratamento farmacológico;
 - e. Encaminhamentos (transferência ou seguimento).

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	SIDA e Saúde Mental		
3	Perturbações Psiquiátricas relacionados com o SIDA		
4	Conduta do Técnico de Medicina Geral		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia:

- OMS (1993) Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, Porto Alegre
- American Psychiatric Association (2002) DSM-IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4ª Edição Lisboa, Climepsi, 1996; Oxford University Press, Oxford
- Valejo Ruiloba, J (2002) Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria. Masson, S.A., Barcelona
- Harrison, P., Guedds J., Sharp, M. (2002) Introdução a Psiquiatria, 1ªEdição, Climeps Editora, Lisboa
- Dalgalarrodo, P.(2008) Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais, 2ªedição, Artmed, S.Paulo.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objetivos de aprendizagem.
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula.
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: SIDA E SAÚDE MENTAL

Desde a descoberta do HIV que os profissionais de saúde mental vêm tendo um papel cada vez mais importante com vista a lidarem com as perturbações mentais relacionadas com o HIV.

Os profissionais de saúde mental estão envolvidos em três principais áreas de cuidados para pacientes infectados pelo HIV. Primeiro na avaliação e tratamento das síndromes neuropsiquiátricas porque clinicamente as complicações neuropsiquiátricas ocorrem em, pelo menos, 50% dos pacientes infectados e podem ser os primeiros sinais da doença em cerca de 10% dos pacientes. Segundo na avaliação e tratamento (farmacológico e psicoterápico) das síndromes psiquiátricas (perturbações de ansiedade, perturbações depressivas e perturbações psicóticas) pois estão comumente associadas com o HIV. Por último empenhados em ajudar a sociedade a lidar com os efeitos deste flagelo.

A prevalência de HIV/SIDA é muito alta em indivíduos com doença mental grave. Indivíduos com HIV/SIDA e doença mental têm maior risco de ter fracos resultados no tratamento seja psiquiátrico ou médico devido ao pouco suporte social e financeiro, limitações cognitivas, dificuldade ambiental e vulnerabilidade a comportamentos de alto risco. Geralmente as pessoas com doença mental, recebem o diagnóstico de HIV muito tarde, com pouca probabilidade de tratamento, maior probabilidade de morbilidade e mortalidade.

Por exemplo, a Esquizofrenia e a Perturbação Bipolar dificultam a capacidade individual na percepção dos riscos de HIV, modificação de comportamentos e, participação no tratamento. Por outro lado não devemos nos esquecer das complicações psiquiátricas do HIV – SIDA desde os problemas afectivos (depressão) até alterações neurocognitivas (défice de memória, atenção, concentração, pensamento).

BLOCO 3: TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS RELACIONADOS COM O HIV/SIDA

3.1. Definição

São aquelas que resultam da progressão da evolução da doença ou pela ocorrência simultânea de condições mórbidas.

Desde o início o vírus atinge o SNC, afectando, deste modo, as funções cerebrais. As manifestações psiquiátricas acompanham o estado evolutivo da doença de base e do estado imunológico (nível de CD4).

Nos estadios iniciais são frequentes: perturbação ansiosa, perturbação depressiva (que pode evoluir para depressão major para os casos com predisposição). Nesta fase há problemas de memória e problemas de concentração.

A medida em que o quadro evolui e o nível de CD4 diminui podemos ter delírium e perturbações delirantes. É nesta fase que também podem surgir as psicoses do tipo esquizofreniforme, do tipo maníaco (muito frequente entre nós) e depressão major.

Nos últimos estadios da doença, (por afecção das meninges e do SNC, neoplasmas do SNC, respostas do SNC à diversas drogas) surge a demência com manifestações cognitivas. Nesta fase o prognóstico é reservado.

Em termos de tratamento e de uma forma resumida estão disponíveis o aconselhamento, a psicoterapia breve e de apoio, e psicotrópicos (antidepressivos tricíclicos, inibidores de recaptção de serotonina, antipsicóticos não em doses altas e tranquilizantes).

Por último é pertinente não esquecer da comorbilidade com a toxicodependência, com esquizofrenia e com as perturbações afectivas.

3.2 Classificação

Os transtornos psiquiátricos relacionados ao HIV/SIDA podem classificar - se de acordo com a fase de surgimento em:

- **Agudos:** Transtorno de Ansiedade, Transtorno de Ajustamento, Transtorno de Humor.
- **Tardios:** Transtornos Psicóticos, Transtornos Neurocognitivos Relacionados ao HIV/SIDA.

3.2.1. Transtornos da Fase Aguda

- **Transtorno de Ansiedade**

A ansiedade é uma condição comum a muitas condições médicas graves e, o HIV/SIDA não é uma exceção.

Os pacientes com infecção por HIV podem ter quaisquer das perturbações da ansiedade, mas são particularmente comuns a perturbação da ansiedade generalizada, perturbação do stress pós traumática e perturbação obsessiva compulsiva. Geralmente surge nas fases iniciais da doença mas em alguns casos pode surgir também na fase do SIDA como consequência do surgimento das infecções oportunistas relacionadas ao SIDA ou resultado do seu tratamento. Pode ocorrer em qualquer uma das fases, desde a percepção de estar em risco de contrair o vírus, ansiedade perante um eventual sintoma, testagem do HIV, diagnóstico, comunicação do diagnóstico, progressão da doença, infecções oportunistas graves e na morte.

Os determinantes da gravidade da ansiedade são multifactoriais e estão relacionados com o suporte social, experiência prévia com stressores ou doenças, estrutura defensiva, capacidade de adaptação, resiliência e a presença ou ausência de outras perturbações psiquiátricas.

Para além dos factores psicológicos e sociais, a gravidade e presença de outras condições co - mórbidas joga um papel muito importante nos níveis de ansiedade experienciados.

Níveis altos de ansiedade podem levar a recusa da consciência do risco, refúgio no consumo de álcool e outras drogas, levando ao aumento do risco devido a desinibição. A ansiedade, em indivíduos dependentes do álcool ou outras drogas, pode levar ao aumento do consumo dessas substâncias, diminuindo a consciência das prováveis consequências do comportamento de risco.

O tratamento das perturbações da ansiedade em pacientes HIV - positivos segue as orientações aplicadas no tratamento de indivíduos com outras condições médicas crónicas, com particular atenção ao doseamento dos medicamentos, metabolismo, potencial para a interacção medicamentosa e para os efeitos colaterais.

É mais apropriado tratar a ansiedade com base nos sintomas do paciente e da sua gravidade.

A psicoterapia constitui uma excelente primeira linha de tratamento para os pacientes com ansiedade moderada. Pode usar - se em associação com o tratamento farmacológico caso seja necessário um alívio imediato em indivíduos com ansiedade grave.

A modalidade de tratamento deve ser escolhida levando em consideração a sintomatologia física ou psicológica, suporte social, experiência prévia com stressores e tratamentos anteriores, concepções culturais e religiosas, objectivos da intervenção.

- **Transtorno de Ajustamento**

A perturbação de ajustamento é definida como uma reacção breve mal adaptativa a *stressores* psicossociais significativos dentro do período de 3 meses de início dos mesmos. As manifestações clínicas podem variar desde os sintomas depressivos, ansiosos, perturbação da conduta ou quadros mistos.

Esta perturbação pode ser concomitante a testagem de HIV, estando presente seja com o resultado positivo ou negativo. O impacto do resultado de teste positivo é óbvio podendo ocasionar reacções de ansiedade ou sintomas depressivos, enquanto um resultado de teste negativo pode, também, ocasionar acções de celebração paradoxal tais como encontros sexuais promíscuos e abuso de substâncias.

As perturbações de ajustamento deveriam ser tratadas com medidas de suporte e outras medidas psicoterapêuticas no sentido de dissipar as distorções cognitivas relativamente ao HIV. A medicação farmacológica (ansiolíticos, antidepressivos) poderá ser usada.

- **Transtornos de Humor**

A perturbação afectiva pode surgir como resposta à comunicação do diagnóstico de HIV, da própria doença e do tratamento. As pessoas com HIV/SIDA e doença mental podem vivenciar não apenas a perda das pessoas amadas, crianças, companheiros, amigos, familiares, mas também perdas incapacitantes relativas à própria doença (exemplo: abstenção do consumo de álcool, tabaco, incapacidade de trabalhar por debilidade física). De um modo geral a tal perda é concomitante a várias doenças graves e crónicas tais como doenças neurológicas, cancro, enquanto os indivíduos com SIDA podem experimentar todas estas doenças como parte da sua doença ou co-morbilidades com SIDA.

a) Transtorno Depressivo Grave Devido a uma Condição Médica (HIV/SIDA).

A doença depressiva constitui a principal causa de stress nos pacientes com HIV/SIDA, e tem grande impacto na qualidade de vida do infectado e na adesão ao tratamento. A prevalência da depressão varia entre 4 e 40% entre os doentes HIV positivos.

Esta situação não se restringe apenas ao infectado, alastrando - se para as pessoas ao seu redor (família, amigos próximos).

É uma condição bastante debilitante, cujos sintomas incluem: tristeza, pessimismo, anedonia, sentimentos de culpa e de desvalia, ideação suicida, falta de apetite e transtorno do sono. Estas manifestações podem ser confundidas com a doença primária, pois o HIV/SIDA geralmente causa fadiga, anorexia, perda de peso. Geralmente o transtorno depressivo é sub - diagnosticado e não tratada.

A depressão no HIV pode ser primária ou secundária. Quando a depressão se desenvolve durante o curso do HIV, é descrita como transtorno *depressivo devido a uma condição médica*. Geralmente é precipitada pelas infecções oportunistas, tratamento antiretroviral, outras condições co - mórbidas, ou pela reacção das pessoas próximas ao tomarem conhecimento da sua condição de seropositividade.

Quando o indivíduo com HIV/SIDA tem uma história de longa evolução de depressão e história familiar de depressão ou perturbação bipolar, é mais provável o diagnóstico de *transtorno depressivo maior*.

A **ideação suicida** e tentativas de suicídio podem ser maiores em doentes com infecção por HIV e SIDA. Os factores de risco para o suicídio nesta população são o facto de ter amigos que morreram de SIDA, notificação recente de seropositividade para o HIV, recaídas, estigma social, falta de suporte social, falta de recursos financeiros e presença de demência ou delírium. **Sempre que o doente comparece nas consultas é útil avaliar o risco suicida do mesmo.**

b) Transtorno Bipolar

A perturbação bipolar faz parte das perturbações afectivas e quando presente com sintomas psicóticos poderá ser falsamente diagnosticada como esquizofrenia.

A emoção e as mudanças emocionais nos pacientes com perturbação bipolar têm um forte efeito na atitude perante o tratamento minuto após minuto. Diferentemente da Perturbação Bipolar na população geral, existe outro tipo de quadros que aparecem, especificamente, associados as fases tardias da infecção pelo HIV (CD4 <200) com disfunção cognitiva ou demência. Geralmente os pacientes não têm história familiar de perturbação bipolar ou episódios prévios. Clinicamente predomina a irritabilidade diferentemente da euforia típica dos quadros maníacos sem componente orgânica.

As estratégias de tratamento da esquizofrenia e perturbação bipolar em indivíduos seropositivos são universais. Envolvimento de familiares ou amigos no plano de tratamento pode melhorar a adesão e reforçar a consistência da necessidade de tratamento. A intervenção multidisciplinar é também de extrema importância.

c) Transtorno Maníaco ou Hipomaniaco

Síndromes maniformes devido a fases tardias da doença são comuns e têm um impacto desastroso quando ocorrem. Geralmente, nestes casos, os pacientes têm pouca probabilidade de história de doença bipolar na família. Teria como factores causais todas decorrentes do evoluir da doença e do estado imunológico mas também do TARV. Ter em conta também os factores culturais para a génese e pela riqueza dos delírios místicos.

3.2.2 Transtornos da fase tardia

a) Transtornos Psicóticos Esquizofreniformes

São caracterizados por um conjunto de sinais e sintomas que mimetizam a esquizofrenia. A clínica indicará a infecção por HIV/SIDA como causa da síndrome. Estarão presentes as alterações nas áreas da sensopercepção, pensamento, afectividade e conduta.

Em caso de comorbilidade esquizofrenia e HIV/SIDA, a desorganização vai interferir com o tratamento do HIV e a capacidade de gestão de riscos e na modificação de comportamentos de risco. Estes pacientes encontram - se predispostos a condições caóticas, situações de vida instáveis e sendo vulneráveis ao abuso sexual, abuso de substâncias e relacionamentos disfuncionais.

b) Transtornos Neurocognitivos Relacionados ao HIV/SIDA

- **Demência Associada ao HIV/SIDA**

Desde o começo da epidemia de HIV, as manifestações neurocognitivas da infecção foram largamente reconhecidas. A infecção de HIV associa - se com sintomas cognitivos e comportamentais que se tornam mais frequentes e graves a medida que o sistema imunológico declina e surgem os sintomas da doença e do SIDA.

De forma resumida, dizer que as manifestações se verificam na área da *atenção, concentração*, velocidade de processamento psicomotor com lentificação psicomotora, velocidade de processamento de informação, função executiva e memória verbal (na evocação da informação armazenada), perturbações mnésicas, letargia, redução da libido, anorexia, perda da capacidade de resolução de problemas, de leitura e de escrita, apatia, espontaneidade reduzida e isolamento social.

O diagnóstico de demência pelo HIV, é feito por exclusão de outras causas mais frequentes mas o seu aparecimento em idades inferiores a 50 anos é um factor de suspeita.

O aparecimento desta patologia está associado a um mau prognóstico e 50 a 75% destes doentes acaba por falecer num intervalo de 6 meses.

O diagnóstico diferencial é muito fundamental na avaliação dos sintomas neurocognitivos no HIV/SIDA porque muitos pacientes com HIV/SIDA têm história de uma ou duas doenças psiquiátricas prévias à infecção pelo vírus de HIV.

Doentes com *Perturbação Depressiva, Perturbação Bipolar, Esquizofrenia e Abuso de Substâncias, Intoxicação Por Substâncias/Síndrome de Abstinência* podem apresentar - se com disfunção cognitiva. As infecções oportunistas do SNC e cancros podem também apresentar-se com disfunções neurocognitivas e neuropsiquiátricas, na sua maioria, do tipo delírium.

A boa adesão ao tratamento antiretroviral, tratamento das infecções oportunistas, estilo de vida adequado, privação no consumo de substâncias tóxicas, constituem factores importantes na prevenção das perturbações neurocognitivas relacionadas ao HIV/SIDA.

3.3. Outras Perturbações Mentais Relacionadas ao HIV

Consumo de Substâncias Psicoactivas

Muitas vezes o consumo de substâncias psicoactivas serve para tentar lidar com a doença. Constitui um problema não só para os consumidores regulares de substâncias psicoactivas mas, também, para outros pacientes com HIV que tiveram consumos esporádicos, e os que nunca consumiram, numa tentativa de atenuar a ansiedade e depressão.

Para terminar, referir que, o reconhecimento e manejo adequado das perturbações mentais relacionadas ao HIV/SIDA, melhora a qualidade de vida dos pacientes, melhora a adesão ao tratamento antiretroviral, melhora o estado imunológico e reduz a carga viral. Por outro lado reduz a probabilidade de comportamento de risco (sexo desprotegido) ou abuso de substâncias (álcool, suruma, cocaína, etc).

BLOCO 4: CONDOTA DO TÉCNICO DE MEDICINA GERAL

Perante estes casos, a conduta do TMG deve incluir:

4.1. Tratamento psicológico

4.1.1. Psicoeducação

- Tranquilizar o doente;
- Disponibilizar informação sobre a perturbação mental em causa, sua relação com a infecção pelo HIV e sobre o seu tratamento;
- Disponibilizar informação sobre as opções de tratamento e sobre o seguimento psicológico e psiquiátrico;
- Disponibilizar informação sobre as sessões de aconselhamento e sobre a importância de aderir ao tratamento psicoterápico e do HIV.
- Disponibilizar informação sobre a importância de não consumir drogas pois agravam a evolução da doença e impedindo que o tratamento para o HIV/SIDA seja eficaz

Mensagens a serem Transmitidas ao Utente e Familiares/acompanhantes

- O SIDA é uma doença crónica, sem cura, porém com tratamento por via de anti-retrovirais;
- É importante que o doente continue com as actividades normais que sejam interessantes e que proporcionem prazer;
- Praticar exercício físico regular;
- É importante cumprir a medicação;
- É importante cumprir uma dieta regrada e ter hábitos de vida saudáveis.

4.1.2. Tratamento farmacológico

- De acordo com as normas do SNS, medicar para tratamento das doenças oportunistas;
- Verificar a situação do TARV e de acordo com as normas do SNS decidir sobre a conduta a seguir;
- De acordo com os princípios de psicofarmacologia para tratamento de perturbações mentais descompensadas (descritos nas aulas anteriores), tratar todos os casos de urgência e que necessitem de estabilização urgente.

4.1.3. Encaminhamentos (transferência ou seguimento):

- Para seguimento das perturbações mentais, transferir para seguimento psiquiátrico (técnico de psiquiatria ou médico de clínica geral) e de psicológico (se disponível).

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1.** Os profissionais de saúde mental estão envolvidos em três principais áreas de cuidados para pacientes infectados pelo HIV: avaliação e tratamento das síndromes psiquiátricas, avaliação e tratamento das síndromes neuropsiquiátricas, e no apoio à sociedade a lidar com os efeitos deste flagelo.
- 5.2.** A ocorrência simultânea de transtorno mental e HIV/SIDA constitui um factor de risco para uma evolução não favorável devido a negligência associado ao estigma.
- 5.3.** Indivíduos com doença mental e HIV/SIDA têm maior risco de ter fracos resultados do seu tratamento devido a falta de acesso aos cuidados de saúde, pouco suporte social e financeiro, limitações cognitivas, dificuldade ambiental e vulnerabilidade a comportamentos de alto risco.
- 5.4.** A Esquizofrenia e a Perturbação Bipolar dificultam a capacidade individual na percepção dos riscos de HIV, modificação de comportamentos e, participação no tratamento.
- 5.5.** Os seguintes transtornos podem ocorrer relacionados com o SIDA: Transtornos de Humor, Transtornos de Ansiedade, Transtornos Psicóticos, Transtornos Neurocognitivos Relacionados ao HIV/SIDA.

Disciplina	Saúde Mental	Nº da Aula	19
Tópico	Situações Especiais	Tipo	Teórica
Conteúdos	Urgências Psiquiátricas	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever qual deve ser a conduta do TM com relação a abordagem do doente, da família, tratamento, aspectos éticos e legais e encaminhamentos nos seguintes casos:
 - a. Tentativa de suicídio;
 - b. Violência doméstica;
 - c. Abuso sexual;
 - d. Abuso de idoso;
 - e. Luto.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Conceitos Gerais		
3	Abordagem do Doente		
4	Abordagem do Tratamento		
5	Aspectos Éticos e Legais		
6	Encaminhamento de Doentes		
7	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia

- OMS (1993) Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, Porto Alegre
- American Psychiatric Association (2002) DSM-IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4ª Edição Lisboa, Climepsi, 1996; Oxford University Press, Oxford
- Valejo Ruiloba, J (2002) Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria. Masson, S.A., Barcelona

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2 Apresentação da estrutura da aula.

1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: URGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

2.1. Definição

Constitui toda aquela situação em que a perturbação do comportamento, do pensamento ou da afectividade de um indivíduo requer um tratamento psiquiátrico imediato, quer este seja proposto pelo médico, quer seja solicitado pelo próprio doente ou pelos seus familiares

As urgências psiquiátricas dividem-se em duas categorias:

- **Urgência Psiquiátrica Verdadeira** - requer tratamento hospitalar imediato.
- **Situação Psiquiátrica de Crise** - pode ser tratada em casa.

As urgências psiquiátricas incidem igualmente em crianças, homens e mulheres, pessoas solteiras ou casadas, idosos.

A conduta que o TMG deve seguir perante as urgências psiquiátricas (depressão grave, psicose aguda, agitação psicomotora, intoxicação aguda por drogas), já foi descrita nas aulas anteriores (relacionada às respectivas perturbações mentais). Nesta aula, serão descritas as principais condições psiquiátricas que levam o indivíduo a descompensar e a apresentar-se em situação de urgência. São as seguintes:

- Tentativa de suicídio
- Violência doméstica
- Abuso sexual
- Abuso do idoso
- Luto

Abaixo, serão descritas as particularidades de cada uma destas condições:

2.2. Suicídio

É o acto pelo qual se põe cobro a própria vida. Embora o suicídio seja claramente definido pela morte, é por vezes difícil estabelecer retrospectivamente a intenção.

Tentativa de Suicídio: Chama-se tentativa de suicídio quando tenha existido uma clara acção falhada para pôr fim à sua própria vida.

2.3. Violência

É definida como agressão física infligida por uma pessoa a outra. Quando é dirigida a própria pessoa é referida como automutilação ou comportamento autodestrutivo (suicida). A violência pode ser provocada por uma ampla variedade de transtornos psiquiátricos, mas também pode ocorrer em pessoas normais que não conseguem lidar com os acontecimentos de vida stressantes do dia-a-dia de forma menos violenta.

2.3.1. Violência Doméstica

A violência doméstica ocorre em contexto familiar (de homem para mulher ou vice-versa) mas principalmente contra a mulher que é espancada pelos seus companheiros (maridos, namorados). A violência doméstica ocorre em famílias de todas as raças, religiões e camadas socioeconómicas. Ela é mais frequente em famílias com problemas de abuso de substâncias psico-activas, em grande parte o álcool e outras drogas.

2.4. Abuso Sexual

O abuso sexual pode envolver crianças e os adultos. Inclui:

- Actividades sexuais não desejadas ou consentidas
- Actividades sexuais com pessoa incapaz de dar o seu consentimento

- Provocação de excitação sexual por palavras, gestos ou actos, ou exposição a estímulos.
(Mais detalhes na disciplina de medicina legal)

2.5. Abuso do Idoso

Abuso à pessoa idosa é definido como qualquer acto ou omissão de que resulte lesão ou ameaça de lesão à saúde e bem-estar de uma pessoa idosa. Existem diferentes formas de abuso do idoso:

- Abuso físico
- Abuso psicológico
- Negligência
- Abuso emocional e afectivo
- Abuso financeiro
- Abuso sexual
- Abuso estrutural e social

Abuso Físico

Qualquer forma de agressão física:

- Golpes, pontapés, bofetadas, etc.
- Dar empurrões, fazer cair
- Apertar o pescoço, tapar as vias respiratórias
- Queimaduras
- Ingestão forçada de drogas, fármacos ou tóxicos

Abuso Psicológico

Atitudes que podem causar dano psíquico:

- Ameaças, intimidação
- Chantagem afectiva, manipulação
- Humilhações
- Desprezo, menosprezo
- Privação do poder de decisão
- Ofensas verbais, acusações sem fundamento
- Privação de satisfações (sair, ler, assistir televisão)

Negligência

Não satisfação das necessidades básicas:

- Restrição de alimentos, bebidas
- Cuidados higiénicos
- Vestuário adequado
- Ajuda nas deslocações
- Más condições de alojamento e conforto
- Falta de segurança
- Abstenção de tratamentos médicos

Abuso Emocional e Afectivo

- Negação de afecto, frieza
- Privação de contacto com parentes, crianças e pessoas amigas
- Atitudes de hostilidade, crítica sistemática, insultos e más palavras
- Isolamento, falta de comunicação, abandono

Abuso Financeiro

- Impedimento de uso e controlo do seu dinheiro
- Exploração económica
- Subtracção de dinheiro ou bens
- Extorsão e chantagem

Abuso Estrutural e Social

- Discriminação ou menosprezo nas políticas face aos idosos

- Negação de recursos para satisfazer as necessidades de subsistência, habitação, lazer e cultura
- Falta de garantias face à doença e dependência
- Falta de segurança e protecção

2.6. Luto

Refere-se ao conjunto de reacções a uma perda significativa, geralmente pela [morte](#) de um ente querido ou pela perda de algo suficientemente significativo para o indivíduo. O luto tem diferentes formas de expressão em culturas distintas. Entende-se por luto não somente a reacção vivenciada diante da morte ou perda de um ser amado, mas também as manifestações ocorridas em outras perdas, como separações familiares, de amigos, matrimoniais.

BLOCO 3: ABORDAGEM DO DOENTE

Perante as condições acima descritas, o tratamento ao nível do TMG deve incluir:

3.1. Tratamento Psicológico

O enfoque deve ser na psicoterapia, de acordo com o descrito abaixo:

3.1.1. Tentativa de Suicídio

Psicoterapia Familiar

- Permite atenuar a culpa, clarificar a interacção patológica: alianças, manipulações, rupturas e identificações parentais
- Apoio cognitivo e afectivo, reforçando a aliança terapêutica

3.1.2. Violência Doméstica

Psicoterapia Familiar, Terapia do Casal

Permite atenuar a culpa, clarificar a interacção patológica: alianças, manipulações, rupturas e identificações parentais.

3.1.3. Abuso Sexual

- Eliminar e diminuir os stressés sociais ou ambientais
- Diminuir os efeitos psicológicos adversos de factores sociais
- Apoio emocional, encorajamento
- Resolver ou diminuir os conflitos psíquicos interiores (ex: sentimentos de culpa)
- Resolver ou diminuir os conflitos psíquicos interiores na família

3.1.4. Abuso do Idoso

- Eliminar e diminuir os stressés sociais ou ambientais
- Diminuir os efeitos psicológicos adversos de factores sociais sobre os familiares
- Apoio emocional
- Resolver ou diminuir os conflitos psíquicos interiores
- Resolver ou diminuir os conflitos psíquicos interiores na família

3.1.5. Luto

Psicoterapia Individual ou Familiar (terapia comportamental, terapias psicanalíticas ou dinâmicas de grupo).

3.2. Tratamento Farmacológico

O tratamento com psicofármacos depende do diagnóstico específico do doente:

- Agitação Psicomotora
- Psicose Aguda
- Depressão grave

O tratamento a administrar nestas condições já foi descrito nas aulas anteriores (10 à 13).

3.2.1. Contenção física

Nalgumas situações, pode ser necessário usar contenção física:

- É utilizada em casos em que o doente constitua perigo eminente para si mesmo ou em relação a terceiros, não podendo ser controlado de outra forma.

- Pode ser utilizada apenas de forma temporária de modo a que o paciente receba medicação ou por períodos longos se a medicação não puder ser instituída.
- De preferência 5 ou no mínimo 4 pessoas, devem participar no processo de contenção. Os utensílios de cabedal são os mais seguros e resistentes.
- Deve-se explicar ao paciente a razão de tal medida.
- Um dos membros da equipa deve poder ser visto pelo doente para lhe dar apoio, ajudando deste modo a aliviar os sentimentos de medo, desespero, impotência e de perda de controlo.
- Os pacientes devem estar em contenção com os membros inferiores afastados, um membro superior amarrado para um lado, e o outro membro colocado sobre a cabeça do doente.
- A contenção deve ser aplicada para que estejam acessíveis vias de administração I.V.
- A cabeça do paciente deve ser ligeiramente lateralizada e elevada de modo a que este não experimente sentimentos de vulnerabilidade, e para reduzir a possibilidade de aspiração.
- Deve ser monitorizada frequentemente a contenção física por questões de segurança e conforto.
- Após a contenção física os clínicos iniciam o tratamento, utilizando primeiro intervenções verbais.
- Mesmo estando em contenção física a maioria dos doentes necessita de medicação antipsicótica de alta potência.
- Após o paciente estar sob controlo, deve ser libertada uma amarra em intervalos de 5 minutos, até que o paciente apresente apenas dois pontos de contenção. Os pontos de contenção restantes devem ser retirados na mesma altura.
- Documentar sempre as razões para a contenção física, o curso do tratamento, e a resposta do paciente à contenção física.

3.3. Encaminhamento

Os pacientes devem ser referidos para internamento e para seguimento pelo técnico de psiquiatria ou médico de clínica geral. Após a recuperação, devem ser referidos para:

- Seguimento psicológico: todos casos
- Medicina legal e polícia: casos de violência doméstica, sexual ou contra o idoso
- Ginecologia: casos de violência sexual
- Instâncias sociais de apoio: associações de apoio ao idoso, à mulher, etc

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1** Urgência Psiquiátrica é toda aquela situação em que a alteração do comportamento, pensamento, ou da afectividade de um indivíduo requer um tratamento psiquiátrico imediato, por representar um risco significativo para si ou para outras pessoas.
- 4.2** As condições que mais comumente se associam a uma urgência psiquiátrica são: tentativa de suicídio, violência, abuso sexual, abuso do idoso e Luto.
- 4.3** Suicídio é o acto pelo qual se põe cobro a própria vida e considera-se a tentativa de suicídio quando tenha existido uma clara acção para pôr fim à sua própria vida.
- 4.4** Violência é definida como agressão física infligida por uma pessoa a outra. Quando é dirigida a própria pessoa é referida como automutilação ou comportamento suicida. A violência doméstica ocorre em contexto familiar (de homem para mulher ou vice-versa) mas principalmente contra a mulher.
- 4.5** Abuso à pessoa idosa é definido como qualquer acto ou omissão de que resulte lesão ou ameaça de lesão à saúde e bem-estar de uma pessoa idosa.
- 4.6** Luto refere-se ao conjunto de reacções a uma perda significativa, geralmente pela [morte](#) de um ente querido ou pela perda de algo suficientemente significativo para o indivíduo

Disciplina	Saúde Mental	Nº da Aula	20
Tópico	Noções de Tratamento Psiquiátrico	Tipo	Teórica
Conteúdos	Tratamento Psicossocial	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Listar e descrever os componentes da técnica do aconselhamento (apoio emocional, informação e avaliação).
2. Explicar a diferença entre atendimento individual e familiar.
3. Discutir o papel da família no seguimento de utentes com transtorno mental.
4. Listar as vantagens e desvantagens do atendimento familiar.
5. Descrever em que situações o TM deve envolver a família.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Componentes da técnica do aconselhamento (apoio emocional, informação e avaliação)		
3	Diferença entre atendimento individual e familiar		
4	Papel da família no seguimento de utentes com transtorno mental		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia

- OMS (1993) Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, Porto Alegre
- American Psychiatric Association (2002) DSM-IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4ª Edição Lisboa, Climepsi, 1996; Oxford University Press, Oxford
- Valejo Ruiloba, J (2002) Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria. Masson, S.A., Barcelona

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: COMPONENTES DA TÉCNICA DE ACONSELHAMENTO (APOIO EMOCIONAL, INFORMAÇÃO E AVALIAÇÃO)

2.1. Aconselhamento

O aconselhamento pode ser definido como um processo de escuta activa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos da pessoa atendida para que ela mesma tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação.

O aconselhamento psicológico está relacionado à resolução de problemas, ao processo de tomada de decisões, ao confronto com crises pessoais, à melhoria das relações interpessoais, à promoção do auto-conhecimento e da autonomia pessoal. O carácter psicológico da intervenção é centrado em sentimentos, pensamentos, percepções e conflitos e a facilitação da mudança de comportamentos.

Em geral, o aconselhamento psicológico visa facilitar uma adaptação mais satisfatória do sujeito à situação em que se encontra e aperfeiçoar os seus recursos pessoais em termos de auto-conhecimento, auto-ajuda e autonomia e compreende o Apoio emocional, a Informação e a Avaliação.

A finalidade principal é promover o bem-estar psicológico e a autonomia pessoal no confronto com as dificuldades e os problemas.

Aconselhar não é dar conselhos, fazer exortações nem encorajar disciplina ou prescrever condutas que deveriam ser seguidas. Pelo contrário, trata-se de ajudar o sujeito a compreender-se a si próprio e à situação em que se encontra e ajudá-lo a melhorar a sua capacidade de tomar decisões que lhe sejam benéficas. O aconselhamento psicológico é diferente de psicoterapia. Tais diferenças referem-se ao carácter situacional, pois o aconselhamento está centrado na resolução de problemas do sujeito, focalizado no presente, com uma duração mais curta, mais orientado para a acção do que para a reflexão, predominantemente está mais centrado na prevenção do que no tratamento.

2.1.1 Aconselhamento em Saúde

A finalidade do aconselhamento em saúde é a redução de riscos para a saúde, obtida através de mudanças concretas do comportamento do sujeito.

O aconselhamento psicológico em saúde é uma intervenção que consiste em ajudar o sujeito a manter ou a melhorar a sua saúde, nomeadamente na adopção de um estilo de vida saudável e comportamentos de saúde (ao nível da alimentação, exercício físico, uso de substâncias, gestão do stress, etc.) e na adaptação psicológica a alterações do estado de saúde (confronto com a doença e a incapacidade), em tudo o que isto possa envolver na mudança pessoal, ajustamento a uma nova situação, interacção com técnicos de saúde, adesão a tratamentos e medidas de reabilitação.

O aconselhamento psicológico em saúde pode desenvolver-se em diferentes locais: no sistema de saúde (Centros de Saúde, hospitais, maternidades), em empresas (serviços de saúde ocupacional), serviços e centros de reabilitação e em organizações comunitárias.

A grande finalidade é ajudar o sujeito a mudar comportamentos relacionados com a saúde e/ou a lidar com as ameaças à sua saúde, o que quer dizer que a utilidade do aconselhamento está associada a duas grandes áreas da intervenção: a área da prevenção e a área da adaptação à doença. Os objectivos principais do aconselhamento psicológico em saúde são:

- Disponibilizar ajuda para dar resposta às necessidades psicológicas dos sujeitos saudáveis e doentes;
- Facilitar a mudança de comportamentos relacionados com a saúde;
- Escutar e acolher as preocupações e o sofrimento, e promover o bem-estar psicológico;

- Identificar as preocupações fundamentais que o sujeito tem em relação à saúde e ajudá-lo a lidar eficazmente com elas
- Detectar dificuldades comunicacionais e/ou relacionais com a família ou com os técnicos de saúde e ajudar o sujeito a desenvolver estratégias que permitam superar essas dificuldades
- Ajudar a tomar decisões informadas, no quadro das circunstâncias concretas de saúde/doença em que se encontra;
- Transmitir informação personalizada;
- Promover o desenvolvimento de competências Sociais;
- Aumentar o autoconhecimento e a autonomia, contribuindo para o desenvolvimento pessoal;
- Orientar para outros apoios especializados.

A relação clínica no aconselhamento envolve três componentes diferentes que são:

- (1) Ajuda - para lidar com as dificuldades, identificar as soluções, tomar decisões e mudar comportamentos;
- (2) Pedagógica - relacionada com a transmissão de informação e
- (3) De apoio - relacionada com a transmissão de segurança emocional, facilitação do controlo interno e promoção da autonomia pessoal.

2.1.2. Práticas do Aconselhamento

O aconselhamento compreende as seguintes etapas:

1. Exercício de acolhimento;
2. Escuta activa;
3. Comunicação competente;
4. Avaliação de riscos e reflexão conjunta sobre alternativas para novos hábitos de prevenção;
5. Orientação sobre os aspectos clínicos e do tratamento (com vista à adesão e melhoria da qualidade de vida).

A **atitude de escuta** activa pressupõe a capacidade do profissional em proporcionar um espaço onde o usuário possa expressar aquilo que sabe, pensa e sente em relação a sua situação de saúde, responder às reais expectativas, dúvidas e necessidades deste e prestar-lhe apoio emocional. É importante parafrasear: repetir de maneira diferente o que foi dito pelo doente para assegurar que está a compreender o que foi dito.

A **comunicação competente** diz respeito a informações apropriadas às necessidades do usuário e adequadas do ponto de vista técnico científico e com clareza da linguagem empregada.

No processo de aconselhamento deve ser buscada a adequação da linguagem, para favorecer a compreensão do conteúdo a ser comunicado, podem-se usar metáforas, gírias, expressões populares e sinónimos para que os termos e conhecimentos científicos não sejam obstáculos à compreensão da informação.

Durante o aconselhamento o receptor (doente) é sujeito activo de reconstrução interpretativa do conteúdo informacional. Os problemas de recepção que podem ocorrer não se limitam à falta de clareza da linguagem, podem estar relacionadas à não-partilha dos significados culturais vinculados às vivências do receptor. O processo de comunicação não se baseia numa relação estática entre emissor e receptor, mas numa troca (que pode ser conflitiva) entre ambos, em que o emissor se torna receptor e vice-versa. O conteúdo a ser comunicado precisa ser competente, do ponto de vista de uma compreensão mediada pelos valores e vivências do grupo a que se destina.

2.1.3. Motivos do Aconselhamento Psicológico em Saúde

Existem relações significativas entre o comportamento, a saúde e a doença; A mudança de comportamentos relacionados com a saúde é difícil e complexa, não sendo em geral obtida por intervenções orientadas pelo modelo biomédico, daí que seja importante dar resposta às necessidades psicológicas dos usuários dos serviços de saúde.

A saúde e a doença dependem significativamente dos comportamentos individuais. As pesquisas em psicologia da saúde demonstram que a relação do sujeito com a sua saúde é complexa e mediada por variáveis muito diversas, entre as quais se referem vários atributos psicológicos, estilos de confronto com o stress, crenças de saúde, estados emocionais, crenças e atitudes etc.

A informação e a educação para a saúde são necessárias para que os sujeitos estejam informados e tenham conhecimento dos riscos para a saúde que decorrem deste ou daquele comportamento, mas é importante lembrar que outros factores psicológicos podem influenciar decisivamente no seu comportamento, de tal maneira que um sujeito bem informado sobre o que pode fazer bem ou mal à saúde se envolve, apesar disto, em comportamentos de risco para a saúde. Existem variáveis individuais, relacionais e sociais que determinam comportamentos relacionados com a saúde e que são relativamente independentes do grau de informação/conhecimento que o sujeito tem sobre saúde, doença, comportamentos saudáveis e comportamentos de risco para a saúde.

2.2. Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio

2.2.1. Entrevista Clínica

Na entrevista clínica a maior parte das informações obtidas pelo terapeuta vem do relato do sujeito, porém é necessário que o terapeuta saiba acrescentar a estas informações, os dados da observação clínica e os relatos adicionais de pessoas significativas. Portanto é o meio através do qual o clínico obtém todo o tipo de informações significativas para chegar a um diagnóstico e adoptar uma conduta. Logo de início é preciso que fique estabelecido o tempo que o paciente terá a sua disposição.

As entrevistas clínicas podem ser classificadas em estruturadas e não estruturadas. As entrevistas estruturadas incluem uma série de questões orientadas para determinadas áreas, e procuram utilizar critérios classificados bastante rigorosos, pelo contrário, as entrevistas não estruturadas, não têm um formato rígido, contudo seguem uma certa orientação.

Também podem ser classificadas em directivas e não directivas, onde temos a entrevista directiva que corresponde a uma orientação directiva, em que o clínico comanda o interrogatório, sempre com o objectivo de chegar rapidamente a um diagnóstico, deixando pouca liberdade ao doente no que respeita à forma pessoal de expressar as suas queixas. Por sua vez, a entrevista não directiva permite uma boa relação clínico-doente, uma relação inteiramente livre, na qual as informações clínicas vão surgindo com espontaneidade, perante uma troca de impressões de carácter aberto.

O processo terapêutico inicia com a entrevista clínica, daí a importância de conhecer normas (saber ouvir, conduzir com prudência o motivo de consulta, respeitar as pausas e silêncios, fazer comentários empáticos, saber observar, etc.) e características da entrevista, que concorrem para estabelecer uma boa relação clínico-paciente, procurando o clínico mostrar ao cliente que está empenhado em ajudá-lo e em resolver o seu problema. Uma boa entrevista clínica é meio caminho andado para o diagnóstico e tratamento.

A entrevista deve decorrer em ambiente calmo e confortável. Para o caso de atendimento de pacientes psiquiátricos deve-se ter o cuidado de retirar objectos que possam ser utilizados pelo doente para agressão ao próprio e/ou ao ambiente (familiares, equipa clínica, outros pacientes etc.).

2.2.1.1. Tipo de Entrevista Clínica

Existem vários tipos de entrevista clínica, caracterizadas pelo objectivo em direcção ao qual as entrevistas estão sendo conduzidas. Podem ser:

a. Entrevista de tomada de dados

Tem como objectivo geral obter informações preliminares sobre um paciente. Alguns outros objectivos mais específicos são: obter informações suficientes para apresentar o caso em uma conferência clínica, clarificar a natureza dos serviços que a instituição oferece ou a natureza do tratamento que o paciente vai receber, comunicar as regras da instituição ao paciente, determinar o tipo de tratamento e o terapeuta mais indicado para o paciente, obter informações gerais para os registos da instituição e

determinar a indicação de recursos mais adequados. Esse tipo de entrevista acontece geralmente em instituições.

b. Entrevista da história de caso

Ocorrem geralmente na maioria das entrevistas clínicas. É uma rica fonte de informações sobre o paciente e é conduzida com o propósito de perceber a natureza dos conflitos do paciente em sua história com o foco nos períodos críticos antecedentes e desencadeantes. Histórias de caso podem ser obtidos através da família e de amigos, além do próprio paciente.

c. Entrevista do estado mental

É utilizada para determinar o grau de prejuízo mental associado à condição clínica interligada. As áreas avaliadas são raciocínio, pensamento, juízo, memória, concentração, fala, audição e percepção.

d. Entrevista de pré e pós-testagem

As entrevistas antes da testagem são preferidas por alguns psicólogos a fim de poder explicar ao paciente as razões do teste e seus benefícios. Quando a entrevista é pós-testagem, o psicólogo já desenvolveu alguma hipótese com o resultado do testagem, desejando explorá-los melhor com o paciente de modo a avaliar a compreensão do paciente em relação a informação apresentada.

e. Entrevista breve de avaliação

Caracteriza-se por um formato focal e de tempo limitado. O terapeuta está interessado numa área específica e não considera outros elementos da entrevista. Possui os seguintes propósitos: avaliar os riscos imediatos de suicídio num paciente depressivo em crise, determinar a necessidade de internamento involuntário/compulsivo em hospital psiquiátrico, determinar se o paciente poder ser tratado em regime ambulatorial, determinar se ele é apto para prestar testemunho. A entrevista breve da avaliação é requerida por encaminhamento sendo o paciente posteriormente provavelmente submetido à entrevista clínica tradicional.

f. Entrevista de desligamento

Ocorrem quando o paciente está concluindo um programa de tratamento em regime de internamento ou em ambulatório. O objectivo é conhecer o ponto de vista do paciente em relação aos benefícios trazidos pelo tratamento, examinar os planos para o período pós alta ou trabalhar qualquer problema não resolvido anterior à alta ou ao término do tratamento.

g. Entrevista de pesquisa

É específica para a natureza da pesquisa desenvolvida. A entrevista é realizada com a permissão do paciente que assina um documento atestando seu consentimento.

2.2.2. Psicoterapia de Apoio

É um tipo de psicoterapia menos elaborada pois não tem um quadro teórico-clínico bem definido, sendo a maior parte das vezes realizada por um técnico de saúde sem uma formação técnica específica de psicoterapia. Trata-se de um processo de acção terapêutica que tem como objectivo diminuir a ansiedade de um paciente que sofra de dificuldades emocionais, permitindo que este volte à situação prévia à crise que o levou à consulta. Também procura ensaiar novas condutas durante o tratamento. É eficiente no acompanhamento de pacientes da área hospitalar cuja principal dificuldade está em lidar adequadamente com algum distúrbio somático que o levou ao hospital, seja clínico ou cirúrgico.

Pode associar-se com vantagem à várias outras formas complementares de intervenção terapêutica inclusivamente a farmacoterapia.

Doentes não psiquiátricos, internados ou em consultas externas experimentam alterações de carácter emocional que requerem ajuda complementar ao seu tratamento. Por outro lado muitas doenças apresentam linguagem corporal (ex:histeria, doenças psicossomáticas).

O clínico dispõe á partida de condições para estabelecer uma boa relação empática com o doente, regra fundamental da entrevista clínica. Todos eles (doentes psiquiátricos e não psiquiátricos) experimentam com frequência sentimentos de medo, de ansiedade, de tristeza e de culpabilidade. A prática adequada das normas de entrevista e uma atitude de certa sintonia poderão contribuir para que o clínico se torne válido suporte para um grande número de doentes.

2.2.2.1. Objectivos:

1. Reestabelecer rapidamente o equilíbrio psicológico do indivíduo
2. Obter a máxima melhoria sintomática
3. Reforçar as defesas
4. Melhorar a adaptação ao meio
5. Reforçar aspectos sadios da pessoa, permitindo o uso de habilidades e capacidades suficientes para usar os recursos externos disponíveis
6. Promover o maior grau possível de autonomia tendo em conta as suas limitações
7. Adopção de medidas que visam o alívio dos sintomas
8. Promover o crescimento emocional
9. Estabelecimento de uma identidade própria, autonomia e integração
10. Estabelecimento de uma auto-imagem estável
11. Melhoria da capacidade de julgamento da realidade

2.2.2.2. Indicações:

- Ansiedade, stress, ataques de pânico, obsessões e compulsões.
- Problemas interpessoais, relacionais, relações destrutivas
- Depressão
- Baixa auto-estima
- Patologias psicológicas ou psiquiátricas graves
- Abuso emocional (sexual, verbal e físico)
- Problemas de identidade
- Perda e luto
- Gestão de emoções negativas (raiva, angústia, tristeza, culpa, solidão e abandono)
- Perturbações de Personalidade
- Dificuldades em aceitar a mudança
- Situações psicossomáticas diversas

BLOCO 3: DIFERENÇA ENTRE ATENDIMENTO INDIVIDUAL E FAMILIAR

3.1. Diferença entre o Atendimento Individual e Familiar

O atendimento individual pressupõe um diálogo baseado numa relação de confiança, proporcionando ao doente condições para que avalie os seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados à doença. Sendo o aconselhamento um processo contínuo, deve-se investir na qualidade da relação com o doente e garantir que ele retorne para seguimento. Por sua vez, atendimento familiar é colectivo e mais informativo, atende às demandas do grupo (família) não particularizando as situações, embora desperte a auto-percepção de riscos individuais. Entretanto, em algumas situações mais educativas o atendimento familiar pode ser mais indicado, seguido do atendimento individual.

3.2. Vantagens e Desvantagens do Atendimento Familiar

Vantagens:

- Adesão do paciente ao tratamento e aos cuidados;
- Facilidade de reinserção familiar do doente;
- Compreensão da doença por parte da família;
- Alcance dos objectivos do tratamento.

Também constitui vantagem o facto de o clínico poder identificar, de forma oportuna, e gerir conflitos do meio familiar que possam ser a causa de diversas “sobrecargas” e mesmo manifestações “somatizadas” em vários outros membros da família. Neste âmbito inclui-se a oportunidade de dar suporte aos cuidadores do paciente.

Desvantagens:

- Quebra do sigilo ou confidencialidade;
- Falta de sensibilidade, estigma, discriminação e negligência por parte de alguns familiares;
- Negação, raiva, vergonha, preocupação, auto-culpabilização por parte do doente ou de alguns familiares.

BLOCO 4: PAPEL DA FAMÍLIA NO SEGUIMENTO DE DOENTES COM TRANSTORNO MENTAL

A família desempenha um papel muito importante no seguimento de doentes com transtornos mentais, dentre os quais se pode destacar:

Assistência e suporte

- Acompanhamento hospitalar
- Prevenção das recaídas
- Ajuda na toma da medicação
- Apoio Emocional

Em que situações o clínico deve envolver a família?

O clínico deve envolver a família em todo o processo terapêutico, desde o início do tratamento, porque a família é uma fonte eficaz de assistência e suporte com vista a permitir maior adesão do doente ao tratamento e retorno à Unidade Sanitária para o seguimento. Entretanto, este envolvimento familiar deverá ocorrer, sempre que possível, com a permissão do doente. Isto pressupõe, à partida, a avaliação do núcleo ou das ligações familiares com o doente de modo a evitar futuros problemas ou recaídas ocasionadas pela quebra do sigilo ou confidencialidade, falta de sensibilidade, estigma e discriminação, negligência ou aparecimento de manifestações no paciente como raiva, vergonha, preocupação e auto-culpabilização.

Na evidência de fraca ou nula aderência terapêutica é mandatório utilizar todas as formas para contactar e envolver a família, não para criticar mas sim para reforçar conhecimentos e informação relacionados com o paciente e seus problemas.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1** O aconselhamento pode ser definido como um processo de escuta activa, individualizado e centrado no cliente, cuja finalidade é promover o bem-estar psicológico e a autonomia pessoal no confronto com as dificuldades e os problemas.
- 5.2** 5.2. O aconselhamento compreende as seguintes etapas: exercício de acolhimento; escuta activa; comunicação competente; avaliação de riscos e reflexão conjunta sobre alternativas para novos hábitos de prevenção; orientação sobre os aspectos clínicos e do tratamento (com vista à adesão e melhoria da qualidade de vida do doente).
- 5.3** O atendimento individual pressupõe um diálogo baseado numa relação de confiança, proporcionando ao doente condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados à doença.
- 5.4** O atendimento familiar é colectivo e mais informativo, atende às demandas do grupo não particularizando as situações embora desperte a auto-percepção de riscos individuais.
- 5.4.** A família desempenha um papel muito importante no seguimento de doentes com transtornos mentais, e nalgumas situações o seu envolvimento é fundamental.

Disciplina	Saúde Mental	Nº da Aula	21
Tópico	Situações Especiais	Tipo	Laboratório
Conteúdos	Tratamento Psicossocial em Situações Especiais	Duração	4h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Conduzir dois atendimentos simulados com grupos familiares:
 - a. Tentativa de suicídio;
 - b. Violência doméstica seguida de abuso sexual.
2. Observar e avaliar os atendimentos simulados realizados:
 - a. Anotar os pontos fortes e fracos do atendimento e dar sua opinião de como o atendimento poderia ser melhorado
 - b. Anotar quais foram as dificuldades percebidas durante o atendimento;
 - c. Compartilhar com o grupo os sentimentos vivenciados durante os atendimentos;
 - d. Propor estratégias para intervir nessas situações.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Duração
1	Introdução à Aula	10 min
2	Introdução à Técnica	30 min
3	Demonstração da Técnica pelo Docente	50 min
4	Prática da Técnica pelos Alunos	150 min

Material e Equipamento:

- Processos clínicos: 1 para cada grupo
- Bloco de anotações: 1 para cada aluno
- Esferográficas: 1 para cada aluno

Preparação:

Preparar a sala para a realização da aula (sala de aulas ou laboratório humanístico) e dispôr as cadeiras de modo que a comunicação e o ambiente seja de partilha, convívio e sem segregação.

Preparar um cenário de gabinete clínico (mesa, cadeira para doente e acompanhante) para as demonstrações.

Preparar previamente o caso a ser simulado (tentativa de suicídio) com 2 alunos voluntários (1 doente e outro acompanhante).

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

(10 min)

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula
- 1.3 Apresentação dos equipamentos e materiais

BLOCO 2: INTRODUÇÃO À TÉCNICA

(30 min)

2.1. Aconselhamento

O aconselhamento pode ser definido como um processo de escuta activa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos da pessoa atendida para que ela mesma tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação.

A finalidade principal é promover o bem-estar psicológico e a autonomia pessoal no confronto com as dificuldades e os problemas.

Aconselhar não é dar conselhos, fazer exortações nem encorajar disciplina ou prescrever condutas que deveriam ser seguidas. Pelo contrário, trata-se de ajudar o sujeito a compreender-se a si próprio e à situação em que se encontra e ajudá-lo a melhorar a sua capacidade de tomar decisões que lhe sejam benéficas.

A finalidade do aconselhamento em saúde é a redução de riscos para a saúde, obtida através de mudanças concretas do comportamento do sujeito.

A relação clínica no aconselhamento envolve três componentes diferentes que são:

1. Ajuda - para lidar com as dificuldades, identificar as soluções, tomar decisões e mudar comportamentos;
2. Pedagógica - relacionada com a transmissão de informação e
3. De apoio - relacionada com a transmissão de segurança emocional, facilitação do controlo interno e promoção da autonomia pessoal.

O aconselhamento compreende as seguintes etapas:

6. Exercício de acolhimento;
7. Escuta activa;
8. Comunicação competente;
9. Avaliação de riscos e reflexão conjunta sobre alternativas para novos hábitos de prevenção;
10. Orientação sobre os aspectos clínicos e do tratamento (com vista à adesão e melhoria da qualidade de vida).

A **atitude de escuta** activa pressupõe a capacidade do profissional em proporcionar um espaço onde o usuário possa expressar aquilo que sabe, pensa e sente em relação a sua situação de saúde, responder às reais expectativas, dúvidas e necessidades deste e prestar-lhe apoio emocional. É importante parafrasear: repetir de maneira diferente o que foi dito pelo doente para assegurar que está a compreender o que foi dito.

A **comunicação competente** diz respeito a informações apropriadas às necessidades do usuário e adequadas do ponto de vista técnico científico e com clareza da linguagem empregada.

No processo de aconselhamento deve ser buscada a adequação da linguagem, para favorecer a compreensão do conteúdo a ser comunicado.

2.2. Entrevista clínica

Na entrevista clínica a maior parte das informações obtidas pelo terapeuta vêm do relato do sujeito, porém é necessário que o terapeuta saiba acrescentar a estas informações, os dados da observação clínica e os relatos adicionais de pessoas significativas. Portanto é o meio através do qual o clínico obtém todo o tipo de informações significativas para chegar a um diagnóstico e adoptar uma conduta.

A entrevista clínica pode ser dividida em estruturadas e não estruturadas. As entrevistas estruturadas incluem uma série de questões orientadas para determinadas áreas, e procuram utilizar critérios

classificados bastante rigorosos, pelo contrário, as entrevistas não estruturadas, não têm um formato rígido, contudo seguem uma certa orientação.

Existem vários tipos de entrevistas, caracterizadas pelo objectivo em direcção ao qual as entrevistas estão sendo conduzidas que são: **Entrevista de tomada de dados, Entrevista da história de caso, Entrevista do estado mental, Entrevista de pré e pós-testagem, Entrevista breve de avaliação, Entrevista de desligamento, Entrevista de pesquisa.**

2.3. Psicoterapia de apoio

A **Psicoterapia de apoio** é um tipo de psicoterapia menos elaborada pois **não** tem um quadro teórico-clínico bem definido, sendo a maior parte das vezes realizada por um técnico de saúde sem uma formação técnica específica de psicoterapia. Trata-se de um processo de que tem como objectivo diminuir a ansiedade de um paciente que sofra de dificuldades emocionais, sejam elas de que origem for.

BLOCO 3: DEMONSTRAÇÃO DA TÉCNICA PELO DOCENTE (50 min)

Propósito: Demonstração da técnica de execução da entrevista clínica e aconselhamento em dois casos com perturbação mental (tentativa de suicídio e violência com abuso sexual). A parte do exame dos demais aparelhos e sistemas não será demonstrada, mas é importante que o docente enfatize junto dos alunos, a necessidade de sempre realizar esta parte do exame durante a avaliação do paciente com perturbação mental.

Ao realizar a demonstração, o docente deve:

- Criar um ambiente acolhedor e que permita confidencialidade; centrar a atenção no doente, escutá-lo pois pode facilitar uma boa relação técnico doente (empatia).
- Começar por perguntas abertas como por ex. “ em que lhe posso ser útil? como se tem sentido?”
- Encorajar o doente a referir os seus principais problemas e a descrevê-los com as suas próprias palavras, mantendo sempre a entrevista sob controlo.
- Fazer perguntas específicas relacionadas com os antecedentes do paciente e que possam estar relacionadas com o caso actual.
 - No caso de tentativa de suicídio por exemplo: procurar saber sobre tentativas anteriores de agressão contra si ou contra terceiros. Atitudes recentes que façam reear agressividade eminente (por exemplo: escrever um testamento), grande stress ou perdas recentes, perturbação depressiva, psicoses, abuso de substâncias ou perturbação da personalidade.
 - No caso de violência doméstica e abuso sexual: procurar saber sobre o contexto e ambiente em que o caso ocorreu, se foi a primeira vez ou se é um facto frequente, relação com o agressor.
- Dar ao paciente oportunidade para fazer perguntas e explicar aquilo que se pretende fazer em seguida.
- Registrar os achados no processo clínico
- Explicar os passos seguintes ao doente e à família
- Aconselhar sobre a medicação ou medidas terapêuticas alternativas

Caso 1.

Um doente J.M, de 26 anos de idade, separado, pai de 2 filhos que vivem com a mae. Vive no Zimpeto com a sua mae, irmã e um sobrinho. Todos desempregados. Antecedentes de doença mental na família, um tio paterno esquizofrénico, seropositividade ao HIV e consumo marcado de álcool. Foi encontrado caído no seu quarto após ruptura da corda com a qual tentou enforcar-se. Referia ouvir vozes que falavam mal dele. Antecedentes de internamentos anteriores e recentes de tentativas de suicídio. Refere não perceber as motivações e estava arrependido.

Segundo a mãe, ele sempre ameaçou desaparecer um dia. Queixava-se de dor ao engolir, dificuldade de falar e mastigar. No exame físico apresentava uma lesão em arco em torno do pescoço (marca da corda). HIV positivo e CD4 muito baixo, o resto dos exames complementares sem alterações.

1. Qual é o diagnóstico do caso?
2. Que factores de riscos para o suicídio estão associados ao caso 1?
3. Qual é a conduta a seguir (consoante os conhecimentos teóricos já aprendidos)?
4. Para além da perturbação, que outro problema clínico apresenta o paciente?

O docente vai explicar os procedimentos a seguir, e auxilia os alunos a solucionar o caso.

Caso 2.

A Sra. V. de 23 anos de idade, solteira, funcionária pública, socio-economicamente estável, sem antecedente de doença médica nem psiquiátrica pessoal e familiar, foi observada nas urgências por apresentar sinais de agressão com golpes profundos na parte do membro superior direito. Na entrevista referiu que o golpe é resultado da agressão perpetrada pelo seu namorado, numa disputa pelo dinheiro desaparecido na cabeceira do seu quarto. Referiu ainda que depois da agressão o namorado forçou-a a praticar relações sexuais. Apresentava-se agitada, chorando e gritando que queria morrer. Exames auxiliares sem alterações.

1. Qual é o diagnóstico do caso?
2. Como se explica a vontade de morrer referida pela paciente?
3. Qual é a conduta a seguir (consoante os conhecimentos teóricos já aprendidos)?

Tarefa do Docente:

Comentar os dois casos e explicar a diferença entre um e outro.

As condutas nos dois casos serão diferentes. Para o primeiro caso, a abordagem familiar é importante para se explicar o acontecido e principalmente falar da causa e como prevenir.

No segundo caso, também se faria o mesmo que o anterior, porém exigem mais atenção e a terapia vai ser multidisciplinar. Pois no 2º caso há evidências de agressão física e violação, estando a paciente a referir vontade de morrer.

P.S: o protocolo de tratamento farmacológico em casos de violência sexual foi descrito na disciplina de SSRI.

BLOCO 3: PRÁTICA DA TÉCNICA PELOS ALUNOS

(150 min)

- Formar grupos de 4 a 6 alunos. Em cada grupo um aluno fará o papel de Técnico de Medicina, o outro de paciente e outros de familiares.
- A cada grupo deverá ser atribuído um espaço isolado para durante 30 minutos ensaiar a técnica a demonstrar
- Depois de ensaiar em simultâneo, cada grupo terá 15 minutos para em plenária, apresentar a sua simulação.
- Durante as simulações, os colegas deverão aguardar que o grupo termine sem interrupções e tirar notas sobre aspectos a melhorar, aspectos positivos e negativos, acréscimos, etc.
- No fim de todas as simulações, o grupo deverá comentar as simulações (10 a 15 minutos por cada caso).
- O docente deve agir como um mediador, controlando o tempo da intervenção de cada grupo e completando o conteúdo, quando necessário.

Grupo 1 e 3: Com base no caso clínico (3) o grupo fará uma entrevista ao paciente que chega na urgência por depressão com ideação suicida.

No final o grupo deverá discutir o caso e as respectivas condutas.

Grupo 2 e 4: com base no caso clínico (4) simular uma entrevista de caso de depressão com ideação suicida em adolescente.

O docente explica como avaliar e gerir o risco de suicídio, dando exemplos concretos de casos vistos na sua experiência profissional e como conduziu. No final o grupo deverá discutir o caso e as respectivas condutas.

CASO CLINICO 3

A Sra. D, uma executiva de 55 anos de idade, sofreu diversos episódios de depressão relativamente breves (cerca de um por mês). Cada um destes episódios seguiu-se a um factor de stress psicossocial, mas remitiu após psicoterapia de orientação cognitiva, sem qualquer necessidade de medicação ou de hospitalização. A depressão actual surgiu também num contexto de eventual fracasso comercial mas, ao contrário das depressões anteriores, não melhorou proporcionalmente aos negócios. Pelo contrário, a depressão tornou-se gradualmente mais profunda e tornou-se mais grave e global. Num período de seis semanas a paciente ficou incapaz de trabalhar. Passava o dia deitada na cama, a olhar para uma parede vazia. Durante o exame, a paciente revelou que, embora habitualmente adormeça com facilidade, acorda frequentemente às primeiras horas da madrugada levanta-se e fica muito agitada. Diz que, apesar de não se sentir muito bem durante o dia, o período que mais lhe custa suportar é imediatamente antes do amanhecer, no qual por vezes sente vontade de se matar. A Sra. D parece estar desidratada e refere ter perdido entre 7 a 10 quilos de peso. (O exame físico e as análises não revelaram anomalias significativas). No seu rosto não transparecem emoções, e a paciente afirma convictamente que não sente prazer de nada, que perdeu mesmo o seu sentido de humor. Confessa que quando os netos a visitam apenas conseguiu esboçar um sorriso fraco. Voltou rapidamente a sentir-se vazia, não tendo já energia que tinha anteriormente para brincar com as crianças. A paciente refere que tem a sensação de culpa esmagadora, mas não tem crenças delirantes bizarras. Confessa sentir-se falhada profissionalmente e como esposa e avó, pedindo constantemente desculpas a todos por não conseguir melhorar. Sente que está a decepcionar as pessoas e que os seus negócios se irão malograr juntamente com ela. A Sra. D descreveu o seu humor global como se sentisse morta por dentro. Embora já anteriormente tenha sentido depressão, diz que nunca foi assim, nem mesmo quando perdeu a mãe, a quem era muito afeiçãoada. Diz que é muito difícil descrever os seus sentimentos e que sente uma dor emocional “cujo horror não pode ser descrito por palavras”.

CASO CLÍNICO 4

G é uma estudante de liceu com 17 anos de idade, enviada a exames depois de ter tentado suicidar-se com uma overdose de comprimidos. Ao princípio da noite em que tentou o suicídio, tinha discutido com a mãe, por causa de uma encomenda de pizza. A doente recorda-se de a mãe ter dito que ela era uma “criança estragada com mimos” e ter perguntado se ela se sentiria mais feliz se vivesse noutra sítio.

A doente, sentiu-se rejeitada e desesperada, fechou-se no quarto, escreveu uma mensagem dizendo que estava a ter um esgotamento, que gostava muito dos pais, mas que não conseguia comunicar com eles. Acrescentou o pedido de que as suas miniaturas de animais de vidro fossem oferecidas a uma certa amiga. Os pais, que tinham ido ao cinema, ao regressar a casa encontraram a filha em estado de coma e transportaram-na imediatamente a urgência do hospital. Durante os últimos meses, G chorou com frequência e perdeu o interesse pelas amigas, pelo liceu e pelas actividades sociais. Passou a comer cada vez mais e começou recentemente a aumentar de peso, facto com o qual a mãe se encontra muito desgostosa. G afirma que a mãe está permanentemente a aludir ao facto de “tomar conta dela” e, na verdade, a discussão ocorrida na noite da tentativa de suicídio teve origem no desejo de G encomendar uma pizza de que a mãe julgava que ela não tinha necessidade. A mãe da paciente disse que a filha não parece desejar mais nada senão dormir e que nunca sai com as amigas, nem dá qualquer ajuda em casa. Quando foi inquirida sobre eventuais mudanças nos seus hábitos de sono, G admitiu que ultimamente se tinha sentido muito cansada, e que tem a sensação, muitas vezes, de que não vale a pena sair da cama. Mencionou também que se sentia entusiasmada com a próxima visita do namorado, que frequenta uma universidade distante e que já não vinha a casa há vários meses.

Ao exame, torna-se evidente que esta adolescente, a terceira de três filhos de uma família de classe média-alta, cujos pais são muito inteligentes, luta contra uma concepção de si mesma em que se considera menos brilhantes, inteligente e atraentes do que as duas irmãs. Sente-se ignorada e rejeitada pelo pai, que é um trabalhador incansável, e em conflito constante com a sua superorganizada e quase onnipresente mãe. A filha está a sentir dificuldades em desenvolver um sentimento de separação da mãe e com a sua identidade pessoal. Considera que as ordens da mãe interferem com os seus esforços para ganhar autonomia e independência.

Disciplina	Saúde Mental	Nº da Aula	22
Tópico	A Saúde Mental no SNS	Tipo	Teórica
Conteúdos	Fluxo de Atendimento de Acordo com o SNS (rede de referência e contra-referência)	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Explicar qual deve ser o limite de actuação do TM e dar exemplos de situações que deverão ser referidas.
2. Explicar como funciona a rede de referência e contra-referência em saúde mental.
3. Desenvolver uma proposta de fluxo de atendimento.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Actuação do Técnico de medicina em psiquiatria e saúde mental		
3	Funcionamento da Rede de Referência e Contra-referência em Saúde Mental		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia

- OMS (1993) Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, Porto Alegre
- American Psychiatric Association (2002) DSM-IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4ª Edição Lisboa, Climepsi, 1996; Oxford University Press, Oxford
- Valejo Ruiloba, J (2002) Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria. Masson, S.A., Barcelona
- Lei 25/91 de 31 de Dezembro

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem.

1.2 Apresentação da estrutura da aula.

1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: ACTUAÇÃO DO TÉCNICO DE MEDICINA EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

Na área de psiquiatria e Saúde Mental, a actuação do técnico de medicina geral é direccionada aos casos de emergência com o objectivo principal de controlar as crises, estabilizar os pacientes e posteriormente referi-los ou encaminha-los ao técnico de psiquiatria ou ao médico de clínica geral.

O seguimento de pacientes com perturbações mentais à nível distrital é da competência do técnico de psiquiatria ou do médico de clínico geral, contudo na ausência destes profissionais, o TMG poderá sob devida orientação realizar esta função.

Assim como em outros campos da medicina, é importante a realização de uma história clínica completa, com particular enfoque para o exame do estado mental. Os exames auxiliares de diagnóstico constituem ferramenta importante que o TMG deverá usar, sobretudo para descartar presença de doença orgânica e proceder com a prescrição de medicamentos (psicofármacos) de emergência.

Recordar que o tratamento das perturbações mentais inclui para além do tratamento farmacológico, o tratamento psicológico, que consiste basicamente em psicoeducação e psicoterapia, pelo que mesmo nos casos não considerados de urgência e em que o TMG não prescreve nenhum psicofármaco, este deverá sempre que possível avançar com a psicoterapia, enquanto aguarda a transferência ou referência do paciente.

As situações em que o TMG deverá prescrever psicofármacos são:

- Todos os quadros de perturbação mental que cursem com depressão grave (ideias suicidas)
- Todos os quadros de perturbação mental que cursem com sintomas psicóticos (delírios, alucinações) e ou agitação psicomotora
- Intoxicações agudas por substâncias psicoactivas

Os restantes quadros de perturbações mentais (ex: depressão leve e moderada, transtorno bipolar) deverão ser referidos ao técnico de psiquiatria ou médico de clínica geral, após iniciado o tratamento psicológico (educação, informação).

BLOCO 3: FUNCIONAMENTO DA REDE DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Antes de abordarmos o funcionamento da rede de referência e contra-referência em saúde mental, faremos uma breve revisão dos níveis de atenção em saúde e serviços distritais de saúde.

Os níveis de atenção em saúde estão organizados em forma de pirâmide desde o nível primário (cuidados primários de saúde) onde se encontra o técnico de medicina geral ao nível de quaternário (hospitais especializados) onde se encontram os especialistas das diversas áreas da saúde.

Conforme descrito na disciplina de Gestão e Administração I, é no nível primário que se deve dar o primeiro contacto da população com o Sistema de Saúde.

Ao nível do Distrito as actividades de Saúde estão também organizadas como um subsistema piramidal de Saúde, em cujo vértice está o Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social. Como unidade sanitária de nível secundário existe o Hospital Distrital ou Hospital Rural que constituem o primeiro nível de referência e é onde geralmente se colocam o Técnico de psiquiatria, o médico de clínica geral e o Técnico de medicina que dependendo do contexto do distrito, também pode estar colocado nos centros de saúde de nível primário. Embora seja cada vez menos comum, nalgumas sedes distritais do País, o Técnico de medicina ainda é o clínico mais capacitado. Em alguns distritos rurais ainda não há Hospitais Distritais e o topo da pirâmide é constituído por um Centro de Saúde Rural Tipo I. Gradualmente, estes distritos passarão também a contar com Hospitais Distritais.

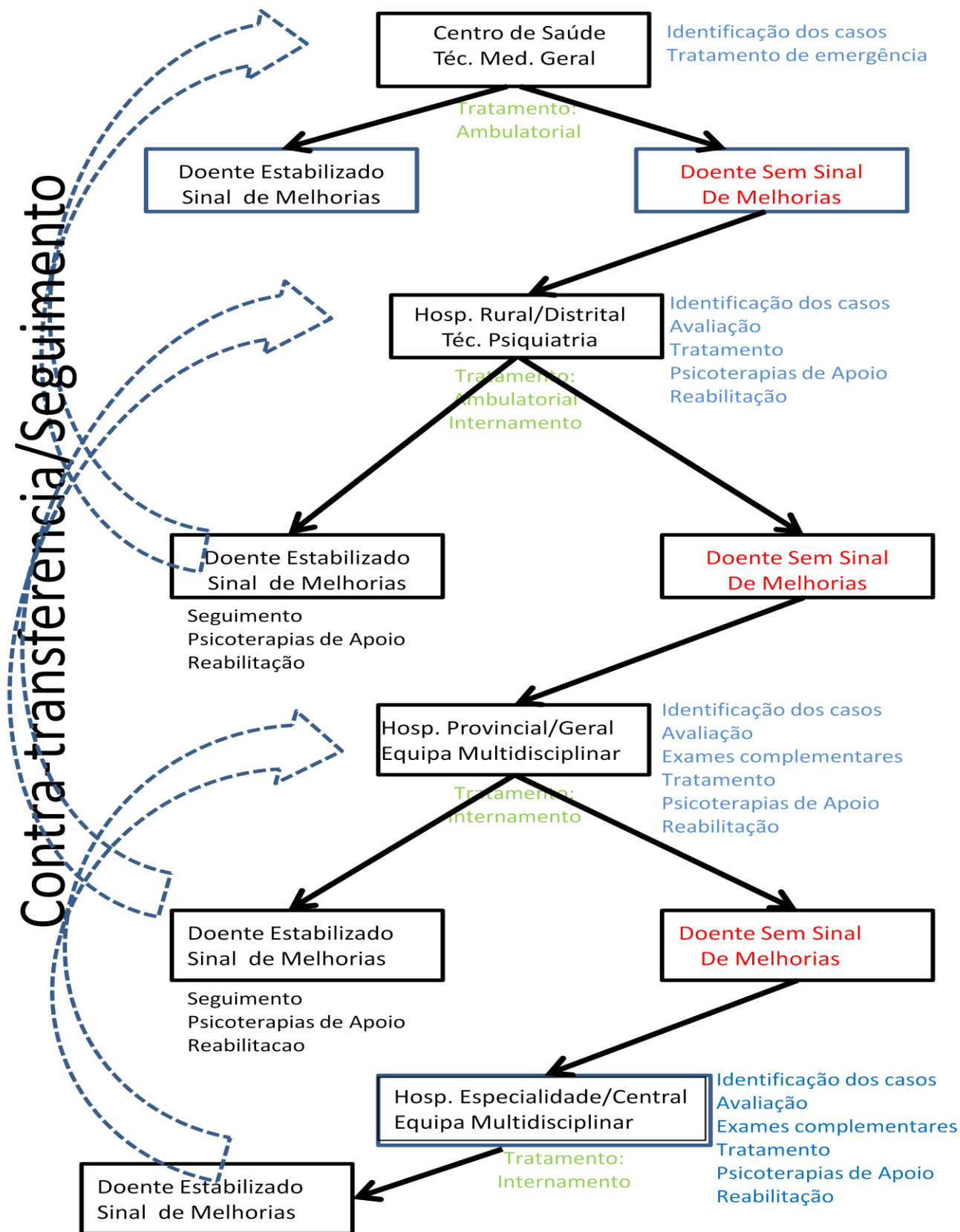
Os Centros de Saúde (tipo II ou urbano) referem para as Unidades Sanitárias da sede distrital (hospital distrital ou rural e por vezes centro de Saúde tipo I), os problemas de saúde que não podem resolver. Por sua vez, os doentes para os quais estas Unidades Sanitárias não podem fazer o diagnóstico ou que não conseguem tratar devem ser evacuados para hospitais de referência (Hospitais provinciais ou gerais). Também é a partir do Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social, com o apoio da equipa de Saúde do hospital de referência que se assegura a supervisão, monitorização e avaliação das actividades e programas do Centro de Saúde.

3.1. Funcionamento da Rede de Referência e Contra-Referência em Saúde Mental

A atenção em saúde mental começa a nível dos cuidados primários (Centro de Saúde tipo II ou urbano) onde o técnico de medicina (ou clínico de menor categoria) identifica ou suspeita de perturbações mentais, recorrendo à história clínica (sinais e sintomas) e aos exames auxiliares de diagnóstico (para descartar patologia orgânica). A este passo, segue-se a realização do pré-diagnóstico com base no CID 10 e quando necessário, a administração de tratamento de urgência. Os pacientes, são posteriormente referidos para as Unidades sanitárias de referência (hospital distrital ou rural) onde o técnico de psiquiatria ou o médico de clínica geral, faz o seguimento (diagnóstico, tratamento de manutenção, consultas regulares de seguimento).

Em caso de melhoria dos pacientes, o técnico de psiquiatria (ou médico de clínica geral) faz a contra-transferência (com orientações claras) para os cuidados primários para efeitos de seguimento da terapêutica já definida (que pode ser feito pelo técnico de medicina). Em situações agudas ou sem melhoria, o técnico de psiquiatria (ou o médico de clínica geral) transfere o doente para o nível terciário (hospital geral ou provincial), onde o doente irá beneficiar de atenção e seguimento mais especializado. Á nível da sede distrital o fluxo de referência é o mesmo, iniciando pelo técnico de medicina que identifica ou suspeita de perturbações mentais, despista causas orgânicas, estabiliza e posteriormente refere todos os casos funcionais para o técnico de psiquiatria ou médico de clínica geral para seguimento.

Abaixo apresenta-se em formato de diagrama o fluxo de atendimento de doentes com perturbações mentais e de comportamento no SNS:



BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1.** As situações em que o TMG deve prescrever psicofármacos são:
- Todos os quadros de perturbação mental que cursem com depressão grave (ideias suicidas)
 - Todos os quadros de perturbação mental que cursem com agitação psicomotora
 - Todos os quadros de perturbação mental que cursem com sintomas psicóticos (delírios, alucinações)
 - Todos os casos de Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos
 - Intoxicações agudas por substâncias psicoactivas
- 5.2.** A atenção em saúde mental começa a nível dos cuidados primários (Centro de Saúde tipo II ou urbano) onde o técnico de medicina (ou clínico de menor categoria) identifica ou suspeita de perturbações mentais, recorrendo à história clínica (sinais e sintomas) e aos exames auxiliares de diagnóstico (para descartar patologia orgânica)
- 5.3.** Os pacientes, são posteriormente referidos para as Unidades sanitárias de referência onde o técnico de psiquiatria ou o médico de clínica geral, faz o seguimento (diagnóstico, tratamento de manutenção, consultas regulares de seguimento).
- 5.4.** Em caso de melhoria dos pacientes, o técnico de psiquiatria (ou médico de clínica geral) faz a contra-transferência para os cuidados primários para efeitos de seguimento da terapêutica já definida (que pode ser feito pelo técnico de medicina).
- 5.5.** Em situações agudas ou sem melhoria, o técnico de psiquiatria (ou o médico de clínica geral) transfere o doente para o nível terciário (hospital geral ou provincial), onde o doente irá beneficiar de atenção e seguimento mais especializado.