

Professora: Raquel Tatiane Heep

Psiquiatria e Saúde Mental

INTRODUÇÃO A PSIQUIATRIA E PSICOPATOLOGIA



POSMED

**ESCOLA
BRASILEIRA
DE MEDICINA**





INTRODUÇÃO À PSIQUIATRIA E PSICOPATOLOGIA

A Psiquiatria e Saúde Mental enfrentou tabus, preconceitos e por muitos anos foi, na área médica e científica, uma especialidade secundária e de menor valor. Entender como essa história se passou nos traz uma compreensão do atual cenário. Hoje, com bases em neurociências, anatomia e comportamento humano, embasados na Ciência a especialidade tem status diferente e deve assim ser.



A habilidade mais importante do psiquiatra é uma adequada comunicação, obtida por uma anamnese psiquiátrica abrangente, eficaz e que gere um adequado e bem representativo exame de estado mental, bases para a psicopatologia. Harry Stack Sullivan (1983) define o psiquiatra como *“um perito do campo das relações interpessoais”*, ou seja, aquele que, com técnica aprendida juntamente com sua parcela humana e intuitiva, é capaz de chegar ao íntimo do paciente, ajudando-o a *“nos dar seu diagnóstico”*. Acolher o paciente, estabelecer uma relação empática, que inclusive já deve ser terapêutica, saber escutá-lo ativamente, saber ler sua linguagem corporal em meio à tribulação e sofrimento em todas as áreas que a doença mental atinge é papel primordial do psiquiatra. Respeitar, proteger e mostrar-se paciente, mas atento às necessidades individuais de cada ser, estreita a relação e permite maior vínculo.

A anamnese psiquiátrica possui muitas peculiaridades em relação à entrevista médica rotineira. Nela, estabelecemos uma relação com o paciente que já é, ela mesma, terapêutica. É na entrevista que abordamos dados que aparecem camuflados ou ausentes no exame do estado mental.

Também, ao especialista em Psiquiatria, é necessário saber a importância da psiquiatria e saúde mental em um contexto histórico e legal, com sua trajetória ao longo dos anos, a reforma psiquiátrica e seus impactos no Brasil e no mundo, modificando e recriando toda uma política em saúde mental.

Realizaremos esta disciplina, para fins de facilidade pedagógica, dividida em subunidades:

- Introdução à Psiquiatria.
- História da Psiquiatria e Saúde mental.
- Políticas Públicas em Saúde Mental.
- Desenvolvimento Humano.
- Neuroanatomia do Comportamento.
- Definição de Psicopatologia.
- Anamnese Psicopatológica.
- Funções psíquicas elementares.
- Exame de estado mental.

UNIDADE 1:

INTRODUÇÃO À PSIQUIATRIA



1.1 OBJETIVOS DA UNIDADE 1

Conforme o plano de ensino e sua importância na formação profissional e pessoal.

Ao final da unidade, esperamos que você seja capaz de:

- Perceber a importância do aprofundamento em saúde mental;
- Refletir sobre a importância da especialidade em um contexto social, cultural e econômico;



- Enxergar como a epidemiologia dos transtornos mentais tem crescido;
- Avaliar os impactos de um transtorno mental na vida individual, familiar, social e laboral de um indivíduo.

1.2 INTRODUÇÃO DA UNIDADE 1

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de pessoas com transtornos mentais comuns (TMC), como Depressão e Transtorno de Ansiedade, está crescendo, e de forma rápida. Outro problema é a dificuldade de acesso e a baixa qualidade dos cuidados prestados àqueles que recebem tratamento.

Além do suporte dos serviços de saúde, pessoas com transtornos mentais precisam de apoio e de cuidados psicológicos, sociais, comunitários, assim como de educação e geração de renda que se adaptem às suas necessidades. Porém, mesmo a doença mental tendo claramente um mecanismo multidimensional, por muito tempo na história da Psiquiatria, o modelo hospitalar de internamento se sustentou na abordagem aos doentes, como já dissemos, sem uma abordagem nem mesmo científica.

A doença mental, nem sempre foi considerada um transtorno médico passível de diagnóstico, tratamento, sem cura, era um erro passível de correção ou punição; nem sempre se pensou na necessidade de uma intervenção profissional ou técnica para tratá-la ou em transformá-la em objeto de estudo de determinado campo do saber. Michel Foucault, com sua obra publicada no Brasil com o nome *História da loucura na Idade Clássica* (FOUCAULT, 2003) percorre sobre as mudanças de significados pelos quais a loucura passou até adquirir o status de doença mental e passar a exigir uma especialidade dentro da Medicina e de um conjunto de normas, definições, conceitos e significados que compõem a instituição psiquiátrica e a Psiquiatria.



1.3 UMA REFLEXÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE MENTAL

A Saúde Mental afeta não somente a saúde das pessoas, mas também interfere na capacidade dos indivíduos se relacionarem socialmente, se desenvolverem economicamente e, em especial, afeta as famílias, as relações e indivíduo psicossocial.

A OMS define a saúde não apenas como a ausência de doença, mas sim um bem-estar bio-psico-social-espiritual. Isso inclui o bem-estar psíquico que, sem dúvidas, afetará todas as demais esferas da saúde global do indivíduo.

Os determinantes da saúde mental e dos transtornos mentais incluem não apenas atributos individuais, como a capacidade de administrar os pensamentos, as emoções, os comportamentos e as interações com os outros, mas também os fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais, como políticas nacionais, proteção social, padrões de vida, condições de trabalho e apoio comunitário. Os sistemas de saúde ainda não responderam adequadamente à carga dos transtornos mentais; como consequência, a distância entre a necessidade de tratamento e sua oferta é ampla em todo o mundo (OMS/OPAS).

Em países de baixa e média renda, entre 76% e 85% das pessoas com transtornos mentais não recebem tratamento. Em países de alta renda, entre 35% e 50% das pessoas com transtornos mentais estão na mesma situação. O Plano de Ação Integral sobre Saúde Mental 2013-2020 da OMS, aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde, em 2013, reconhece o papel essencial da Saúde Mental na consecução da saúde para todas as pessoas. O plano inclui quatro grandes objetivos (OMS/OPAS):

- 1** | Liderança e governança mais eficazes para a saúde mental.
- 2** | Prestação de serviços abrangentes e integrados de saúde mental e assistência social em contextos comunitários.
- 3** | Implementação de estratégias de promoção e de prevenção.
- 4** | Sistemas de informação reforçados, evidências e pesquisas.



O Programa de Ação da OMS para reduzir as lacunas em saúde mental, lançado em 2008, utiliza orientações técnicas, instrumentos e módulos de capacitação baseados em evidência para ampliar a prestação de serviços, especialmente em países onde há menor renda e educação. O programa foca uma série de condições prioritárias, direcionando a capacitação para provedores de cuidados de saúde não especializados em uma abordagem integrada que promova a saúde mental em todos os níveis de cuidados.

1.4 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Atualmente, a depressão afeta 322 milhões de pessoas no mundo, segundo dados divulgados pela OMS referentes a 2015. Em 10 anos, de 2005 a 2015, esse número cresceu 18,4%, porém se pensarmos em subnotificação os números devem ser ainda maiores. A prevalência do transtorno na população mundial é de 4,4%; no Brasil, 5,8% da população sofre com esse problema, que afeta um total de 11,5 milhões de brasileiros. Segundo os dados da OMS, o Brasil é o país com maior prevalência de depressão da América Latina e o segundo nas Américas, ficando atrás somente dos Estados Unidos. Seguramente tratamentos eficazes também sofrem o impacto da renda.

Ainda segundo a OMS, o número de pessoas com Transtornos de Ansiedade era de 264 milhões em 2015, com um aumento de 14,9% em relação a 2005 (aumento menor que a depressão, mas precisamos de dados atuais, após a Pandemia COVID 19). A prevalência na população é de 3,6%. O Brasil é recordista mundial em prevalência de transtornos de ansiedade: 9,3% da população sofrem com o problema; ao todo são 18,6 milhões de pessoas.

Profissionais de saúde, especialmente médicos tem índices maiores de ansiedade, depressão e suicídio.



1.5 MATERIAL DE APOIO



[LINK 1](#)

[LINK 2](#)

[LINK 3](#)

[LINK 4](#)

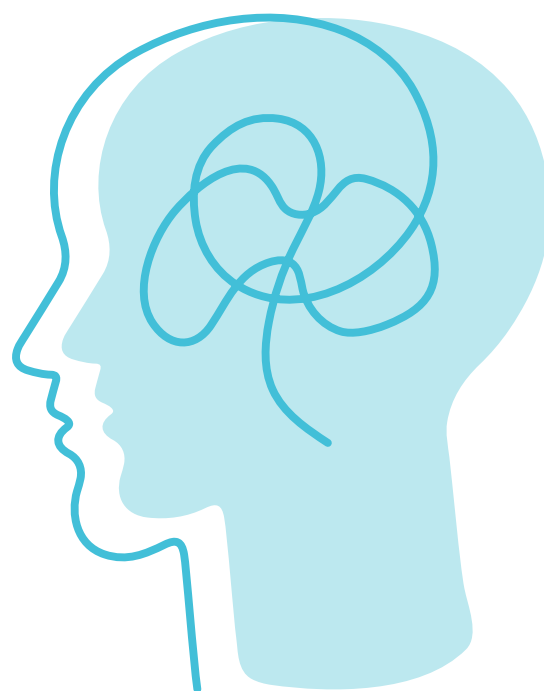


1.6 CONCLUSÃO DA UNIDADE 1

Nesta unidade, podemos perceber a importância do bem-estar e saúde do indivíduo como um todo, que se refletem nos transtornos mentais. Percebemos o impacto desses transtornos em todos os âmbitos de sua vida: familiar, pessoal, social, academia ou laboral. Impactos que afetam diretamente sua qualidade de vida global. A saúde mental e a psiquiatria tomam frente em dados epidemiológicos e, infelizmente, também ao pouco acesso ao especialista. Faz-nos refletir sobre tabus e estigmas que ainda existem, nos quais observamos um alto número de pessoas doentes e uma dificuldade de acesso, correto diagnóstico e justo tratamento.

UNIDADE 2:

HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL



1.1 OBJETIVOS DA UNIDADE 2

Conforme o plano de ensino e sua importância na formação profissional e pessoal.

Ao final da unidade, esperamos que você seja capaz de:

- Observar a existência das doenças mentais já em épocas antigas e como eram tratados os doentes;
- Perceber a discriminação e dificuldade de aceitação dos pacientes acometidos por transtornos mentais;



- Numa linha histórica, ver como a Psiquiatria enquanto parte da Medicina é recente;
- Traduzir a importância da Reforma Psiquiátrica mundial aos dias de hoje;
- Interpretar a Reforma Psiquiátrica no Brasil como divisora na história da psiquiatria brasileira.

1.2 INTRODUÇÃO DA UNIDADE 2

1.2.1 O Princípio da Psiquiatria

2000 anos a. C. foi o período estimado dos primeiros registros de patologias psiquiátricas, encontradas em papiros egípcios de Kahun, mas certamente a doença mental sempre existiu. O termo *histeria* (do grego, *hystero*, matriz, útero) vem da convicção de que o útero seria independente, capaz de se deslocar pelo interior do corpo. A *hysteria* também foi descrito por Hipócrates e um termo muito usado por Freud e até hoje designa um transtorno de personalidade.

A Idade Média foi período especialmente tenebroso para os doentes mentais. Regrediu-se da ideia que poderia existir uma doença e passaram a acreditar em crenças mágico-religiosas. Acredita-se que teria sido exercida por magos e feiticeiros até o início da Idade Moderna. Kramer e Sprenger (1494), padres dominicanos alemães, descreveram um verdadeiro manual de caça às bruxas, em *Malleus maleficarum* (Martelo dos Feiticeiros). Foi um período marcado por exorcismo, queima de doentes em fogueiras, intolerância e perseguição aos doentes mentais.



No século XVII, na França, estudos de Philippe Pinel (1745-1826) e a fundação de locais que objetivavam o cuidado de doentes mentais marcaram uma mudança de paradigma. Os transtornos da mente passaram a ser reconhecidos como dignos de cuidados médicos, reduzindo o estigma de serem temidos, hostilizados, rejeitados ou, ainda, “possuídos”.

Assim, ocorreu o que habitualmente se chamou de Primeira Revolução Psiquiátrica, onde houve o reconhecimento do doente mental como objeto da Psiquiatria através do movimento de fundação dos hospitais psiquiátricos e casas de saúde. Por conseguinte, surgiu o método psicopatológico e a classificação das doenças mentais.

1.3 EVOLUÇÃO

Emil Kraepelin (1856-1926), psiquiatra alemão trouxe grandes avanços para a psiquiatria, pois criou critérios diagnósticos, a partir de “aspectos essenciais”, para os transtornos mentais, desenvolvendo um sistema nosológico baseado no curso natural da doença.

Tais esforços do psiquiatra expandiram-se no início do século XX, influenciando a Psiquiatria europeia nesse período, o que ficou conhecido como **Segunda Revolução Psiquiátrica**.

Ademais, a Filosofia também deu significativa contribuição à Psiquiatria alemã através da figura de Karl Jaspers (1883-1969) que, por meio do método fenomenológico, sistematizou a Psicopatologia. O psiquiatra e filósofo publicou em 1913 a obra *Psicopatologia Geral*, na qual afirmava a importância da postura do examinador, enfatizando a observação clínica dos fenômenos psíquicos, adentrando nas vivências do paciente em vários aspectos, incluindo sociais, familiares e psíquicos.

Posteriormente, outros psiquiatras além das fronteiras francesas e alemãs também deram sua contribuição para a Psiquiatria, por exemplo: Eugen Bleuler (1857-1939), na Suécia; William Cullen (1710-1790) e Sigmund Freud (1856-1939), na Inglaterra; e Adolf Meyer (1866-1950) nos Estados Unidos.



1.4 REFORMA PSIQUIÁTRICA

O médico e psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980) foi o precursor do Movimento de Reforma Psiquiátrica Italiano, conhecido como Psiquiatria Democrática. No ano de 1961, quando assumiu a direção do hospital em Trieste (Itália), iniciou diversas mudanças técnicas e de hospedaria com o objetivo de transformá-lo em uma comunidade terapêutica.

Basaglia era grande crítico da postura tradicional da cultura médica, que transformava o indivíduo e seu corpo em meros objetos de intervenção clínica. Percebia um tratamento centrado no médico e no internamento, um modelo que criticava arduamente por acreditar ser uma forma excludente e repressora de intervenção.

A partir de 1970, quando foi nomeado diretor do Hospital Provincial na cidade de Trieste, iniciou o processo de fechamento daquele hospital psiquiátrico.

Em Trieste, ele promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços comunitários de atenção, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas (chamadas por ele de “grupos-apartamento”) para os doentes mentais.

No ano de 1973, a OMS credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial para uma reformulação da assistência em saúde mental.

A partir dos anos 1960, impulsionada principalmente por Franco Basaglia, inicia-se uma crítica radical e transformação do saber das instituições psiquiátricas e de suas formas de tratamento em todo o mundo e muito particularmente no Brasil. Nesse sentido, inicia-se o movimento de Luta Antimanicomial que nasce profundamente marcado pela ideia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos que carregam transtornos mentais.

No Brasil, tal movimento inicia-se com a mobilização dos profissionais da Saúde Mental, quando em 1978, na Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, profissionais denunciaram as condições de profunda degradação humana em que operava a maioria dos hospitais psiquiátricos no país. Esse movimento se inscreve no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social que ocorre na época.

Em 1990, o Brasil assina a Declaração de Caracas a qual propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica, e, em 2001, é aprovada a Lei Federal nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e re-direciona o modelo assistencial em Saúde Mental.

Dessa lei, origina-se a Política Pública de Saúde Mental (PNSM) que, basicamente, visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando assim a lógica das internações de longa permanência que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e da sociedade como um todo, e tornando a psiquiatria gradativamente mais humana e científica.



1.5 MATERIAL DE APOIO



[LINK 1](#)

[LINK 2](#)

[LINK 3](#)

[LINK 4](#)

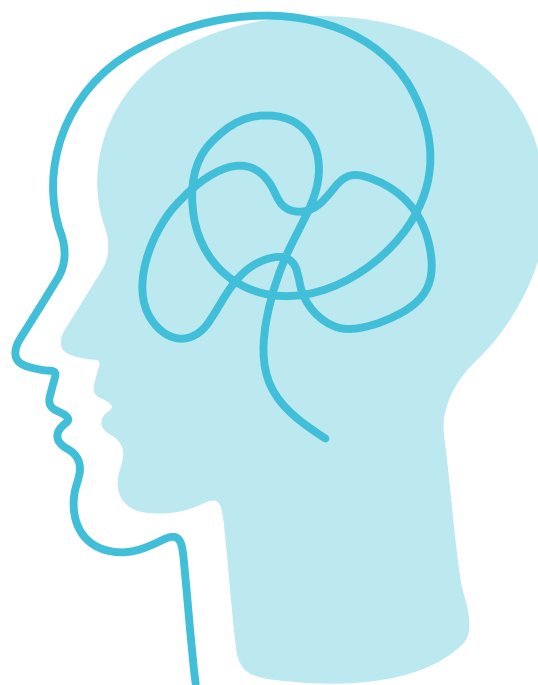


1.6 CONCLUSÃO DA UNIDADE 2

Nesta unidade, percebemos o contexto histórico das doenças mentais, desde épocas antigas, em que eram excluídos, queimados, abandonados ou alienados, até os tempos atuais, quando percebemos a Psiquiatria como um braço importante da Medicina e baseada em fundamentos científicos. Também conhecemos as principais escolas e nomes que fizeram da loucura uma doença médica e, assim, com muitos esforços, humanizaram a especialidade.

UNIDADE 3:

POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL



1.1 OBJETIVOS DA UNIDADE 3

Conforme o plano de ensino e sua importância na formação profissional e pessoal.

Ao final da unidade, esperamos que você seja capaz de:

- Identificar cronologicamente as mudanças advindas da Reforma Psiquiátrica;
- Distinguir as mudanças em bases legais e como ocorreram na prática;



- Saber os marcos históricos e legais que embasam a Política de Saúde Mental atual;
- Conhecer a RAPS, seu funcionamento e estrutura para melhor atender os pacientes.

1.2 INTRODUÇÃO DA UNIDADE 3



A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um movimento sociopolítico ainda em curso no âmbito da Saúde Pública que, do ponto de vista da gestão de políticas públicas, consubstancia-se em uma legislação em saúde mental iniciada em 1990, com a Declaração de Caracas - aprovada por aclamação pela Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde.

[CLIQUE AQUI](#)

O Brasil é signatário dessa Declaração e a ela se articula com um longo e conturbado movimento de trabalhadores de saúde mental que resultou na promulgação da Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999.

Em abril de 2001, o Governo Federal promulgou a Lei nº 10.216 que dispunha sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em Saúde Mental. Tal lei veio para substituir o Projeto de Lei Paulo Delgado de 1989, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória. A Lei 10.216 reflete o consenso possível sobre uma lei nacional para a Reforma Psiquiátrica no Brasil.



Em 28 de maio de 2003, o Presidente da República assinou um decreto, instituindo um grupo de trabalho interministerial para avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir a política do governo federal para a atenção aos usuários de álcool, bem como harmonizar e aperfeiçoar a legislação que envolve o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas em território nacional.

[CLIQUE AQUI](#)

No dia 31 de julho de 2003, o Presidente da República assinou a Lei nº 10.708, instituindo o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais, egressos de internações. Essa lei, conhecida como “Lei do Programa de Volta para a Casa”, estabeleceu um novo patamar na história do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio-reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental.

É importante destacar também a Portaria nº 1.077 de 1999, que assegura medicamentos básicos de saúde mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde mental. Representa um aporte efetivo e regular de recursos financeiros para que os estados e municípios mantenham um programa de farmácia básica em saúde mental.

Uma evolução importante e que direciona o Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM) até hoje é a Portaria nº 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta, para Amarante e Nunes (2018), possibilita uma nova dimensão ao conjunto das ações em saúde mental no SUS, cujos objetivos principais foram definidos como: ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, e de suas famílias aos pontos de atenção; e garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.



A RAPS estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS integra o Sistema Único de Saúde (SUS), é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Centros de Convivência e Cultura; Unidade de Acolhimento (UAs); e leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). Faz parte dessa política o programa “De Volta para Casa”, que oferece bolsas para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos. As informações completas para adesão à RAPS estão na Portaria do GM nº 3.088.

1.3 BASES LEGAIS ATUAIS

- Projeto de Lei nº 3.657/89.
- Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90.
- Lei Orgânica da Saúde nº 8.142/90.
- Lei nº 10.216/01.
- Portaria nº 106/2000.
- Portaria nº 336/GM/MS de 19/02/2002.
- Lei nº 1.0708/2003.
- Decreto nº 7.179 de 20/05/2010.
- Decreto nº 7.508 de 28/06/2011.
- Portaria nº 3.088 de 23/12/2011.
- Portaria nº 130 de 26/01/2012.
- Portaria nº 3.588 de 2017.



1.4 MATERIAL DE APOIO

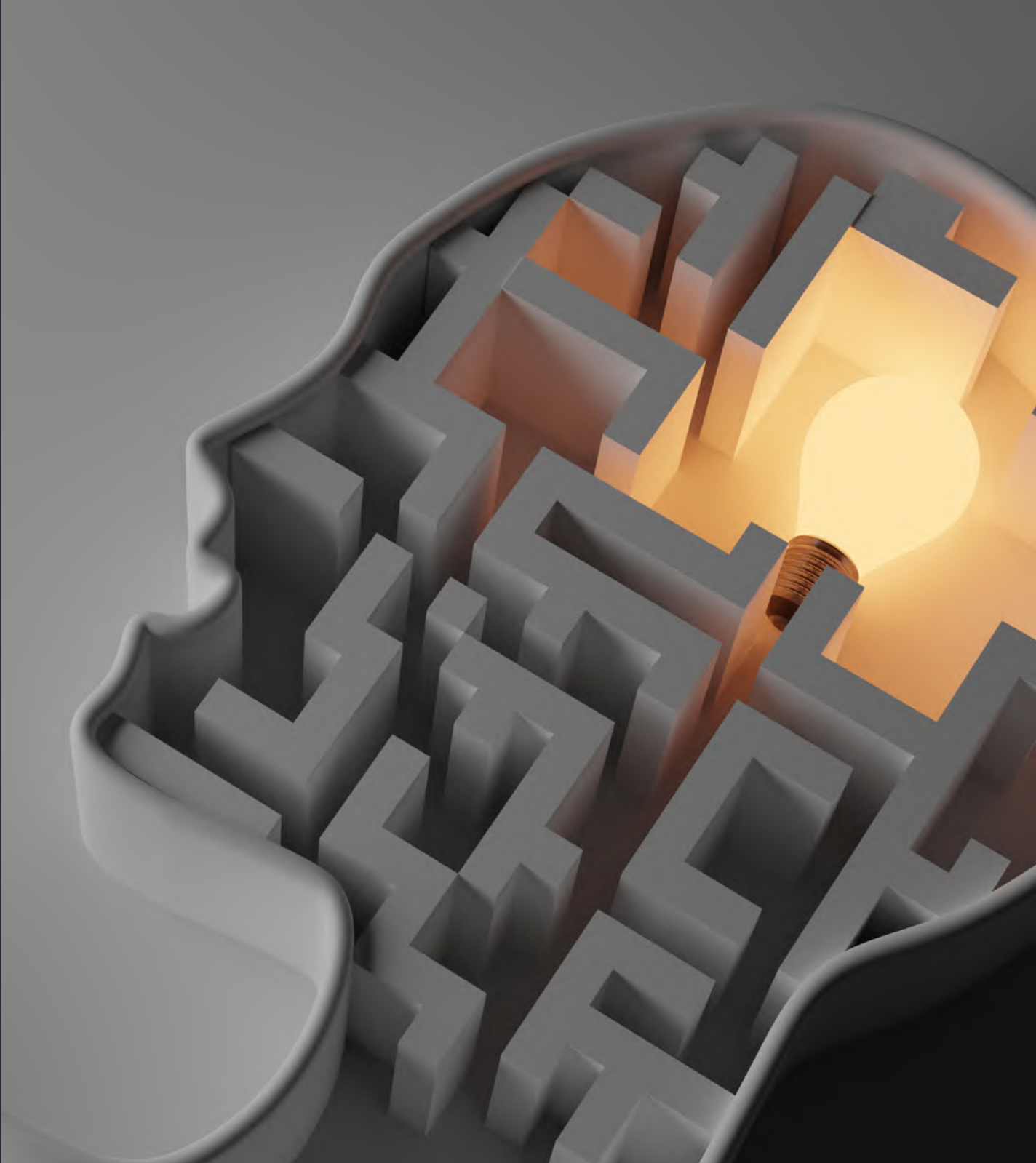


[LINK 1](#)

[LINK 2](#)

[LINK 3](#)

[LINK 4](#)



1.5 CONCLUSÃO DA UNIDADE 3

Nesta unidade, conhecemos a trajetória política e social que aconteceu a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira. Apresentamos fatos gerais e marcantes da trajetória das políticas públicas de atenção à saúde mental, que tangenciam as condições da realidade vivenciada no Brasil. Existem diversos outros documentos, diretrizes e protocolos nacionais e internacionais não citados que merecem atenção para uma compreensão mais aprofundada.

UNIDADE 4:

DESENVOLVIMENTO HUMANO



1.1 OBJETIVOS DA UNIDADE 4

Conforme o plano de ensino e sua importância na formação profissional e pessoal.

Ao final da unidade, esperamos que você seja capaz de:

- Diferenciar ciclos puramente biológicos dos do desenvolvimento psíquico como um todo;



- Comparar visões de diferentes estudiosos e formular sua própria análise;
- Conhecer os marcos de desenvolvimento teóricos e os psicodinâmicos.

1.2 INTRODUÇÃO DA UNIDADE 4

Teorias psicológicas acerca dos estágios de desenvolvimento humano fundamentam-se no indivíduo isolado, cujas transformações são experiências comuns a todos (como por exemplo o surgimento da dentição, habilidade de caminhar, aquisição da linguagem, maturação sexual e envelhecimento).

Dessa forma, a Psicologia está centrada nos processos de maturação biológica, com modelos de desenvolvimento universais para a espécie humana. No entanto, esse não deve ser o único fator a ser considerado, é preciso atentar para a psicologia do indivíduo, responsável pelas transformações mais relevantes para o desenvolvimento humano.

Tratam-se de mudanças que ocorrem durante toda a vida do sujeito, interligadas a um conjunto de fatores bastante complexo que podem ser avaliados por diferentes correntes teóricas.

Considerando a abordagem histórico-cultural é possível compreender o desenvolvimento enquanto resultado da integração de planos genéticos, a saber filogênese, ontogênese, sociogênese e microgênese (VYGOTSKY; LURIA, 1996; WERTSCH, 1988; OLIVEIRA; REGO, 2003). Já para Palacios (1995) os processos de transformação se relacionam com a etapa atual da vida do indivíduo (a), com as circunstâncias histórico-culturais e sociais que vivencia (b), e com experiências particulares únicas de cada sujeito (c).

Nesse sentido, é possível fazer a correlação entre o plano ontogenético apresentado por Vygotsky com o item (a) de Palacios, uma vez que são decorrentes das determinações biológicas intrínsecas da espécie humana (plano filogenético) e comum a todos em determinado momento da vida. Já o plano sociogenético pode ser associa-

do ao item (b), pois aspectos histórico-cultuais pode ser experimentados por todo um grupo inserido no mesmo contexto social. E finalmente, o item (c) de Palacios faz cruzamento com o plano microgenético de Vygotsky, já que o desenvolvimento psicológico perpassa por elementos idiossincráticos únicos, não compartilhados por indivíduos diferentes.

Também se faz necessário compreender o sentido da palavra “universal” quando ela transcende os aspectos de origem biológica. Isso porque cientificamente ainda estamos focados em segmentar os grandes períodos da vida humana sem considerar aspectos da história cultural e da história particular de cada indivíduo. Comumente falamos em infância, adolescência, idade adulta e velhice como etapas universais vivenciadas por todas as pessoas e grupos humanos. Sendo que na infância temos experiências determinantes que irão configurar todo o desenvolvimento das etapas seguintes; a adolescência com suas transformações mais drásticas; a idade adulta que em tese será o momento da estabilidade sem grandes alterações significativas; e a velhice enquanto tempo de deterioração dos processos psicológicos (PALACIOS, 1995, p. 21-22). No entanto, essa perspectiva segmentada do desenvolvimento humano não contempla as múltiplas possibilidades de interferência interna e externa a que são expostos os indivíduos no decorrer de sua vida.

A OMS afirma que uma abordagem de curso de vida fornece estratégias de alto impacto, baseadas em evidências e em direitos, que aplica a perspectiva da compreensão da saúde no contexto atual, priorizando a saúde daqueles que foram deixados para trás. Pensando nisso, são trazidos como principais fatores:

- A abordagem do curso de vida considera a saúde uma capacidade em evolução que se desenvolve dinamicamente ao longo do tempo e através das gerações;
- A saúde é um componente e um recurso fundamental para o desenvolvimento humano. Ela se desenvolve e muda ao longo do curso de vida;
- Uma perspectiva de curso de vida ajuda a explicar os padrões de saúde e doença. Embora enfatize um início de vida saudável, também explica que nunca é tarde para melhorar a saúde;
- Estamos vendo um novo cenário na saúde pública. Uma abordagem do curso de vida para a saúde pública fornece estratégias baseadas em direitos humanos para compreender a saúde no contexto atual – e priorizar aqueles que estão sendo deixados para trás;
- Os profissionais de saúde pública podem aplicar a abordagem do curso de vida para fornecer uma perspectiva abrangente para políticas, programas e intervenções.



1.2 CICLOS BIOLÓGICOS

Os ciclos biológicos costumam ser divididos em fases da vida humana. Apesar dessa divisão poder sofrer algumas alterações, comumente é assim apresentada:

INFÂNCIA:

Inicia com o nascimento do indivíduo e se estende até os seus 11 anos de idade. Ainda muito dependentes dos pais ou responsáveis. Trata-se de um período de grandes descobertas, com a aquisição da linguagem, do andar, o viver em sociedade, com suas regras e limites, e as relações humanas;

ADOLESCÊNCIA:

Abrange o período dos 11 aos 20 anos e concentra grandes transformações no corpo e na mente. Para as meninas, especialmente após a menstruação surgem o desenvolvimento dos seios, alargamento dos quadris e um formato de corpo mais arredondado. Para os meninos, surgem a alteração do tom da voz, pelos no rosto para a formação de barba e bigode, aumento do pênis e dos testículos. Em ambos os sexos temos um crescimento do corpo em geral e o surgimento de pelos nas axilas e genitais. Em termos sociais, é o tempo de começarem os namoros e desenvolvimento dos estudos acadêmicos.



IDADE ADULTA:

Fase prolongada que tem início aos 21 anos. Transformações vividas na adolescência tendem a se estabilizar. Socialmente aumentam as responsabilidades, ocorre a independência financeira (completa ou parcial) e comumente é vista como a época correta de se ter filhos.

VELHICE:

Também denominada como “terceira idade” ou “melhor idade”. Surgem os cabelos brancos, a pele enrugada e os problemas de saúde. Em contrapartida, as experiências de vida podem ser compartilhadas com os mais jovens, em lições de sabedoria.



1.3 DIFERENTES PENSAMENTOS

Carl Jung (1875-1961) notou a tendência dos mais velhos de se transformarem em seus opostos, ou seja, os homens idosos tendem a ser mais femininos e as mulheres mais masculinas. Nos anos mais avançados da vida, o processo de realização do *self* se dá pelo contato com os arquétipos do Velho Sábio (no homem) e da Grande Mãe (na mulher). O autor também observou que muitos chegam à velhice com desejos insatisfeitos ou com sede de continuar no poder e de expandir o *self*. Isso revela certa incapacidade de desprender-se dos temas da primeira metade da vida, como também denuncia dificuldades de se ajustar ao entardecer. Para Jung, transcender a expansão, manter e desenvolver a espiritualidade ajudam os idosos a encontrarem um sentido de completude na vida, aceitando a morte. Com sua teoria, que apresenta os conceitos de meia idade e velhice, Jung foi o precursor dos modelos psicológicos sobre crises e transições no desenvolvimento do adulto que se desenvolveram na década de 1970 e podemos encontrar traços de sua influência nos textos de Bülher e Erikson.

Charlotte Bülher (1893-1974), nasceu em Berlim. Para fugir do nazismo, em 1940, emigrou para os Estados Unidos e ficou conhecida internacionalmente por seus estudos com crianças pequenas, em idade escolar, e por suas pesquisas com adultos visando à perspectiva de desenvolvimento ao longo da vida. Suas pesquisas apontaram para uma progressão da demanda de fases em que ocorriam mudanças de atitudes, metas e realizações. Essas pesquisas ainda marcaram o paralelo entre os processos biológicos de crescimento, estabilidade e declínio e os processos psicossociais de expansão, culminância e contração em atividades e realizações.

Para Charlotte, o desenvolvimento não é linear, mas tem uma dinâmica que envolve recorrências a estados passados, bem como, simultaneamente, a alternância de ganhos e perdas evolutivas. Segundo a autora, as ações, as experiências, a autorrealização e a falta de uma ordem pré-estabelecida nas decisões são fatos importantes no desenvolvimento. Bülher também observou que existem diferenças individuais no processo de desenvolvimento que se refletem na existência das pessoas que permanecem auto-produtivas até a idade avançada, apesar do declínio biológico.



A teoria de **Erik Erikson (1902-1994)** se destacou como uma transição do paradigma organicista para o de desenvolvimento ao longo da vida (*Life Span*). Erikson, apesar de ter tomado como ponto de partida a teoria sobre a sexualidade infantil de Freud, atribuiu um papel diferente ao ego. O autor salientou o enfrentamento ativo do mundo pelo ego, que se renova em cada fase da vida, permitindo modificação das vivências e dos comportamentos e, assim, o desenvolvimento da personalidade. Sua teoria difere das teorias de estágios clássicas porque leva em consideração a vida humana em sua extensão, dividindo-a em sete estágios, e também porque propõem que as influências socioculturais contextualizam a manifestação e a resolução das crises evolutivas do ciclo de vida. Para o autor, ao longo de seu amadurecimento, o ser humano se transforma qualitativamente, vencendo conflitos e crises evolutivas.

Segundo Erik Erikson, as idades são ciclos que se sucedem e neles os temas evolutivos emergem. As crises evolutivas e suas sequências são universais, pois elas se desdobram sucessivamente, estando os estágios mais avançados contidos nos anteriores. O autor chamou esse processo de epigenético, que significa "que se desdobra", e, assim, seu ego vai ganhando novas qualidades.



1.4 MATERIAL DE APOIO / BIBLIOGRAFIA



[LINK 1](#)

[LINK 2](#)

[LINK 3](#)

[LINK 4](#)

[LINK 5](#)



1.5 CONCLUSÃO DA UNIDADE 4

Nesta unidade, o aluno percebeu que ciclos da vida humana podem significar diversos marcos com diferentes visões. Há diferenças no que tange aos teóricos e o que ocorre na prática da vida humana individual, pois devemos sempre considerar contextos biológicos (pré-natal, crescimento, alimentação, desenvolvimento psicomotor etc.), contextos sociais (condição econômica e social, situação familiar, escolaridade, acesso a serviços de saúde, amizades, entre outros.) e contextos culturais (religiosidade, crenças, rituais de passagem, crenças no pós-morte, etc). Dessa forma, o ciclo de vida humana não fica restrito à idades, e sim a um contexto do indivíduo como um todo. Assim, podemos melhor avaliar sua saúde mental e entender o contexto de saúde-doença num plano bem mais abrangente.

UNIDADE 5:

NEUROANATOMIA DO COMPORTAMENTO

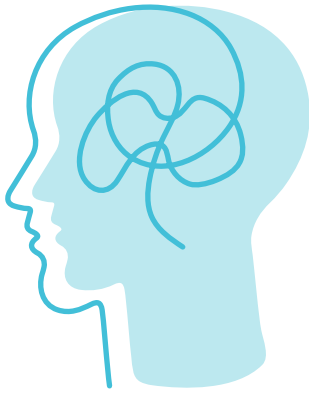


1.1 OBJETIVOS DA UNIDADE 5

Conforme o plano de ensino e sua importância na formação profissional e pessoal.

Ao final da unidade, esperamos que você seja capaz de:

- Relembrar noções básicas de neuroanatomia;
- Conhecer as principais áreas do cérebro relacionadas ao comportamento;



- Aprofundar-se no sistema límbico e sua conexão com a Psiquiatria;
- Atentar-se em procurar lesões orgânicas que podem trazer sintomas comportamentais.

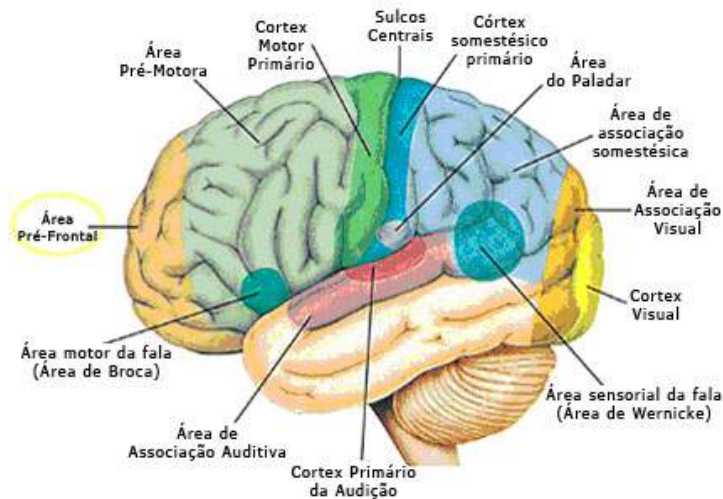
1.2 INTRODUÇÃO DA UNIDADE 5

É essencial entender o que o cérebro é, o que ele faz e como são denominadas suas estruturas, localizações, funções, e como ocorrem as conexões. Sendo assim, a noção sobre o que compõe a estrutura básica do cérebro é o princípio fundamental para assimilar suas atribuições psicológicas. A análise da neuroanatomia cerebral funcional está ligada ao entendimento das funções psicológicas de neurotransmissores e receptores específicos. O conhecimento peculiar de cada fase do desenvolvimento humano possibilitará a avaliação de distúrbios psíquicos e de transtornos, e assim pode-se diferenciar o normal do patológico.

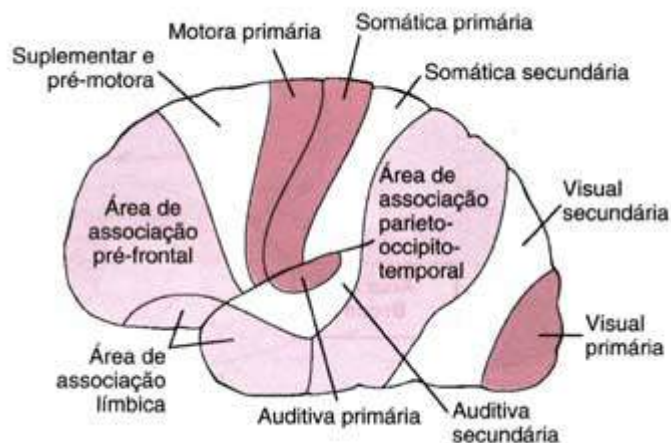
O encéfalo humano é uma rede de mais de 100 bilhões de neurônios interconectados em sistemas que constroem nossa percepção sobre o mundo externo, fixam nossa atenção e controlam o mecanismo de nossas ações. A primeira etapa para se compreender a mente consiste, portanto, em aprender como os neurônios estão localizados em vias de sinalização e como eles se comunicam através da transmissão sináptica. A especificidade das conexões sinápticas estabelecida durante o desenvolvimento é a base da percepção, ação, emoção e aprendizagem.

Como os genes contribuem para o comportamento? O comportamento não é herdado, o que é herdado é o DNA. Os genes codificam as proteínas que são importantes para o desenvolvimento e para a regulação dos circuitos neurais, que são a base do comportamento.

Princípio de localização: cada área do Sistema Nervoso Central (SNC) tem uma função específica. Mas, atenção! Não existe uma área da linguagem, outra do amor, outra da memória. Processos complexos são divididos em partes. Por exemplo, a linguagem é composta pela compreensão, expressão, melodia, etc. Com isso, cada área estará relacionada a um aspecto da linguagem e é preciso que elas trabalhem simultaneamente e estejam interligadas (**conectividade**).



Carl Wernicke (1848-1905) descobriu que existe uma **organização modular** da linguagem no cérebro, constituída de centros de processamento em série e em paralelo com funções mais ou menos independentes. Agora reconhecemos que todas as habilidades cognitivas resultam da interação de muitos mecanismos de processamento simples distribuídos em diversas regiões do cérebro. Assim as regiões do cérebro não estão relacionadas com faculdades mentais, mas com operações de processamento elementares.



Hoje é possível relacionar a dinâmica molecular de células nervosas individuais às representações de atos motores e perceptuais no encéfalo e, então, relacionar tais mecanismos internos a um comportamento observável. As novas técnicas de imagem nos permitem ver o cérebro humano em ação, identificando regiões específicas do encéfalo associadas a modos particulares de pensamentos e sentimentos.

1.3 NEUROANATOMIA BÁSICA DO COMPORTAMENTO



Na Psiquiatria e suas áreas afins, a identificação das estruturas neurais relacionadas com a emoção, tem um interesse particular na compreensão do comportamento humano. Nesse tópico, é importante distinguir possíveis relações entre processos emocionais, o sistema límbico e suas respectivas conexões. Iremos revisar os aspectos anatômicos e suas relações topográficas, com o objetivo de compreender como as organizações anatômicas e funcionais das estruturas encefálicas se relacionam com a emoção humana.

A hipótese mais básica para o circuito elementar das emoções determina o giro do cíngulo, giro parahipocampal, hipocampo, fórnix, corpo mamilar e núcleos anteriores do tálamo. A teoria foi ampliada em 1949 por Paul MacLean (1913-2007), ao propor o conceito de "cérebro visceral", constituído por rinocéfalo (estruturas e áreas olfatórias e paraolfatórias), giro do cíngulo, giro parahipocampal e hipocampo. Ambas as hipóteses foram corroboradas por Lockard em 1977, quando afirmou que essas mesmas áreas são comuns a todo o grupo dos mamíferos e que são responsáveis por funções básicas como comer, beber e na reprodução da espécie.

Diferentes autores concordam que o Sistema Límbico apresenta as seguintes estruturas principais: os giros corticais, os núcleos de substância cinzenta e tratos de substância branca dispostos nas superfícies mediais de ambos os hemisférios e em torno do terceiro ventrículo. É interessante ressaltar que todas estas estruturas têm suas funções relacionadas com o intestino, com as emoções, a memória e com a manutenção da homeostase (através do hipotálamo).

A amígdala também desempenha um papel importante no que diz respeito às emoções e ao comportamento. Isso porque a sua parte centromedial se projeta para o hipotálamo e tronco encefálico, e não para o *striatum*. Sendo assim, a amígdala estendida tem influência sobre as áreas neurais responsáveis pelos componentes au-



tonômicos, endócrinos e somatomotores ligados às experiências emocionais que determinam as atividades da alimentação e do comportamento sexual.

Essa relação topográfica e funcional da amígdala com o hipocampo produz uma vinculação entre o armazenamento de memórias com os coloridos emocionais. E suas relações com o córtex cerebral favorecem a atuação do córtex pré-frontal sobre o complexo amigdalóide.

Dessa forma, temos que o córtex pré-frontal coordena as informações sensitivas e sensoriais produzidas pelos tálamos sobre diferentes áreas neocorticais, e assim, se torna o principal centro de organização e planejamento das ações racionais e emocionais. Áreas corticais pré-frontais, ao agir intensa e modulatoriamente sobre a amígdala, são então responsáveis por nossas reações.

Em paralelo a essas atividades, descobriu-se que o tálamo também projeta aferências sensoriais sobre a amígdala, que por sua vez, atua diretamente sobre o tronco encefálico. O resultado são respostas inespecíficas e mais rápidas, que surgem antes das respostas devidamente processadas pelo córtex cerebral. Tratam-se dos impulsos ou reações abruptas de medo que experimentamos em determinadas situações.

Já no feixe prosencefálico medial, nos núcleos lateral e ventromedial do hipotálamo se encontra o nosso "centro de recompensa", que pode fazer conexões com o septo, a amígdala, algumas áreas do tálamo e os gânglios da base.

Em contrapartida, o "centro de punição" se localiza no mesencéfalo (área cinzenta central que rodeia o aqueduto cerebral de *Sylvius*), e se estende até às zonas periventriculares do hipotálamo e tálamo. Está também relacionado à amígdala, hipocampo, porções mediais do hipotálamo e porções laterais da área tegmental do mesencéfalo.

A partir de um estímulo hedônico, é possível distinguir sensações de prazer que se expressam na face e atitudes do indivíduo. Mesmo entre sujeitos anencefálicos, essas expressões são perceptíveis demonstrando que o "centro de recompensa" deve se estender até o tronco cerebral. Sendo assim, supõe-se circuitos cerebrais hedônicos estejam ligados às emissões aferentes do núcleo acumbens em direção ao hipotálamo lateral e ventral, globo pálido e estruturas conectadas nessa mesma região cerebral.

Quando exposto a imagens agradáveis ou memórias afetivas felizes, prazer sexual e estimulação competitiva bem-sucedida o indivíduo apresenta expressões faciais de alegria que provocam a ativação dos gânglios basais, incluindo o estriado ventral e o putâmen. Gânglios basais são receptores de uma importante inervação de neurônios dopaminérgicos do sistema mesolímbico, os quais estão relacionados à geração do prazer, e do sistema dopaminérgico do núcleo estriado ventral. De modo independente a dopamina utiliza receptores opióides e gabaérgicos no estriado ventral, na amígdala e no córtex órbito-frontal, que se relacionam com os prazeres sensoriais; enquanto outros neuropeptídeos, através de mecanismos homeostáticos, estão envolvidos na geração da sensação de satisfação.

Sensações de medo e raiva são fruto da interação entre amígdala e hipotálamo. A identificação, geração e manutenção das emoções ligadas ao medo, e ainda o reconhecimento das expressões faciais de apreensão e coordenação de resposta adequada às situações de perigo são de responsabilidade da amígdala. Uma lesão nesse órgão reduz a capacidade de expressar das emoções e a habilidade de reconhecer o medo. Em oposição, a estimulação da amígdala enseja em um estado de vigilância, atenção aumentada, ansiedade e o próprio medo.





Já os comportamentos agressivos são a externalização da raiva, dependem da ação de diversas estruturas e sistemas orgânicos e admitem variações conforme o estímulo que o provoca. Em 1960, John Flynn identificou a origem dos comportamentos agressivos na estimulação de áreas específicas do hipotálamo lateral e medial.

Conexões entre o hipotálamo e o Sistema Nervoso Autônomo (SNA), promovem reações de luta-fuga, a partir de projeções hipotalâmicas para regiões do tronco encefálico, destacando-se o núcleo do trato solitário. Além dessas vias eferentes, o Nervo Craniano (NC) vago, décimo par craniano (X), um dos principais elementos do SNA (porção parassimpática), também ativa áreas cerebrais superiores. Através do núcleo parabraquial e *locus ceruleus*, suas projeções aferentes ascendem ao prosencéfalo, conectando-se diretamente com todos os níveis do prosencéfalo (hipotálamo, amígdala e regiões talâmicas que controlam a ínsula e o córtex órbito-frontal e pré-frontal).

Finalmente, estudos mais recentes apontaram que a ativação de áreas centrais, como os giros occipitais inferior e medial, giro fusiforme, giro lingual, giros temporais pós-tero-medial e superior e amígdala dorsal, com a participação do córtex pré-frontal dorsomedial, evocam sentimentos de tristeza e depressão. Exames de tomografia por emissão de pósitrons (PET), também demonstraram que a indução da tristeza está relacionada com: (a) a ativação de regiões límbicas, porção subgenua do giro do cíngulo e ínsula anterior; (b) desativação cortical, córtex pré-frontal direito e parietal inferior; e (c) diminuição do metabolismo da glicose no córtex pré-frontal.



1.4 MATERIAL DE APOIO

Barreto, J. E. F.; Silva, L. P. (2010). Sistema límbico e as emoções: uma revisão anatômica. *Revista Neurociências*, 18(3), 386–394. Disponível em: <https://doi.org/10.34024/rnc.2010.v18.8466>



LINK 1

LINK 2

LINK 3



1.5 CONCLUSÃO DA UNIDADE 5

Ao final desta unidade, o aluno deve ligar a saúde mental, o comportamento, as emoções básicas (como medo, alegria, tristeza, raiva, entre tantas) a locais anatômicos específicos. Exames de imagem e neurofisiologia hoje nos provam como a psiquiatria é realmente uma ciência, com bases neurobiológicas contundentes e respeitadas. Vale ressaltar a importância ainda maior do sistema límbico, centro principal de nosso comportamento.

UNIDADE 6:

DEFINIÇÃO DE PSICOPATOLOGIA



1.1 OBJETIVOS DA UNIDADE 6

Conforme o plano de ensino e sua importância na formação profissional e pessoal.

Ao final da unidade, esperamos que você seja capaz de:

- Perceber a psique humana não apenas de forma anatômica e funcional, mas como parte de um contexto de funcionalidades;



- Compreender que apenas a Psicologia descritiva não é suficiente para a real dimensão do ser como um todo, porém é a mais usada forma metodológica e sistemática das patologias;
- Ver que o sofrimento mental novamente toma vertentes bio-psico-sociais-espirituais e isso deve nortear o raciocínio clínico;
- Praticar a empatia como técnica fundamental de acesso ao paciente e todos os seus fenômenos psicopatológicos.

1.2 INTRODUÇÃO DA UNIDADE 6

A Psicopatologia configura-se como um conceito amplo e complexo que envolve diversas áreas do conhecimento que vai desde as disciplinas biológicas e as neurociências, até outros saberes oriundos da Psicanálise, Psicologia, Sociologia, Filosofia, Linguística, entre outros. Ao objetivar o estudo dos estados psíquicos relacionados ao sofrimento mental, a psicopatologia estaria, portanto, na base da psiquiatria como referido por Karl Jaspers (1883-1969).

É através desse campo que temos uma visão descritiva de comportamentos, uma área que aborda a natureza essencial da doença mental – suas causas, mudanças funcionais e estruturais e suas formas de manifestação. Aqui estudamos a patologia do psíquico, as alterações mentais, e para isso é necessário, primordialmente, entender como a mente funciona em sua fisiologia, avaliando as funções mentais.

A Psicopatologia compreende várias perspectivas teóricas e práticas do psicopatológico. Temos então que considerar que a doença se expressa no corpo e é diagnosticada quando contraposta ao conceito da normalidade e posicionada diante de referenciais clínicos. Sendo assim, a psicopatologia é dada por diferentes teorias dos transtornos psíquicos que se referem a problemática da especificidade do psicopatológico e as suas relações com o entendido como normal.

A partir da perspectiva epistemológica de Georges Canguilhem (1904-1995) acerca da racionalidade clínica da patologia mental, é preciso considerar diferentes níveis entre o normal e o patológico. Mesmo diante de objetos clínicos distintos, existem pontos em comum que demonstram a irreduzibilidade do patológico, ou seja, a patologia enquanto critério de intervenção clínica nos problemas mentais.

Dessa forma, a Psicopatologia coaduna a visão nosológica e organicista da psiquiatria. Enquanto herança da medicina classificatória dos séculos XVII e XVIII, fornece a descrição e taxonomia de diferentes formas de doença mental, viabilizando definições e diferenciações entre grandes entidades clínicas, cada qual com seu conjunto próprio de sintomas, evolução e prognóstico. Mas também trata da indagação sobre a etiologia das enfermidades, do binômio normal x patológico – marco da atividade clínica do século XIX.

Em conformidade com Simanke (2002), verificamos que a duplicidade entre a medicina classificatória e a anatomia patológica pode ter relação com o organicismo que posiciona a psiquiatria frente ao maniqueísmo mente-corpo, em especial a doença mental. A Psiquiatria acaba por se encontrar em território indistinto, entre a medicina e a psicologia, mas que não deve ser ignorada enquanto especialidade médica.

Dessa forma, em comunhão com o proposto por Simanke (2002), temos a Psiquiatria diante de um dilema duplo: por um lado, não pode se restringir ao organicismo dos transtornos mentais para não interferir no campo da neurologia; e por outro, não pode ignorar o caráter ontológico do indivíduo, o estado patológico ou a bipolaridade dos fenômenos mentais, arriscando-se adentrar no campo da psicologia.

A Psicopatologia, portanto, é o estudo sistemático do comportamento, da cognição e da experiência anormais; o estudo dos produtos de uma mente com um transtorno mental. Isto inclui as psicopatologias *explicativas*, nas quais existem supostas explicações, de acordo com conceitos teóricos (por exemplo, a partir de uma base psicodinâmica, comportamental ou existencial, e assim por diante); e a psicopatologia *descritiva*, que consiste da descrição e da categorização precisas de experiências anormais, como informadas pelo paciente e observadas em seu comportamento.





1.3 PSICOPATOLOGIA DESCRITIVA

Uma correta aplicação da psicopatologia descritiva se faz necessária na prática cotidiana da Psiquiatria, no mínimo, pelas seguintes razões:

- 1 | Trata-se de uma ferramenta profissional diagnóstica fundamental e de uso exclusivo do psiquiatra;
- 2 | Representa muito mais do que uma entrevista clínica com o paciente, em uma mera obrigação de escutá-lo, ainda que enseje no envolvimento de ambos;
- 3 | A psicopatologia descritiva é útil e tem aplicação clínica comprovada.

Ainda assim, não refugamos a necessidade do conhecimento de neurociências básicas, da psicologia, sociologia e antropologia social para o desenvolvimento de uma prática racional da psiquiatria, atuando em conjunto com saberes operacionais abrangentes da medicina geral, especialmente a neurologia e endocrinologia.

Temos assim, a psicopatologia descritiva que engloba duas partes distintas: *observação comportamental e avaliação empática de experiências subjetivas do indivíduo*. A primeira vai além de uma mera contagem de sintomas, que alíás tem limitado o exercício da observação clínica genuína quando reduzida ao uso bitolado das listas de sintomas presentes ou ausentes. A segunda é mais complexa, já que avalia experiências subjetivas. Aqui importa frisar o termo “empatia”, que significa “sentir-se como”. Trata-se de um conceito usado equivocadamente por determinados profissionais que tratam dos seus pacientes com afabilidade, isso é “simpatia”, ou “sentir com”. E também não é o mesmo entendimento trazido pelo grego moderno, que aplica a “empatia” a ideia de “manter seus sentimentos internamente” ou simplesmente “guardar rancor”, que definitivamente não é o propósito da psiquiatria.



O conceito correto de "empatia", dentro da psicopatologia descritiva, se trata de um instrumento clínico a ser habilmente utilizado para compreender o estado subjetivo interno do indivíduo em estudo e fazendo uso da capacidade inerente do observador de avaliar experiências emocionais e cognitivas. Para tanto, é preciso realizar um questionamento acurado, pleno de *insight*, persistente e informado para que então o médico seja capaz de construir um relato próprio da experiência subjetiva do seu paciente. Se esse fim não for atendido, o questionamento precisa continuar até que a experiência interna seja reconhecidamente descrita.

O sucesso da ação depende muito da capacidade do médico de se relacionar enquanto ser humano que experimenta ele próprio a experiência interna do seu paciente. Isso não acontece por meio de microfone ou computador, depende exclusivamente da capacidade de troca entre médico e paciente compartilhando experiências e sentimentos humanos.



1.4 MATERIAL DE APOIO



[LINK 1](#)

[LINK 2](#)

[LINK 3](#)

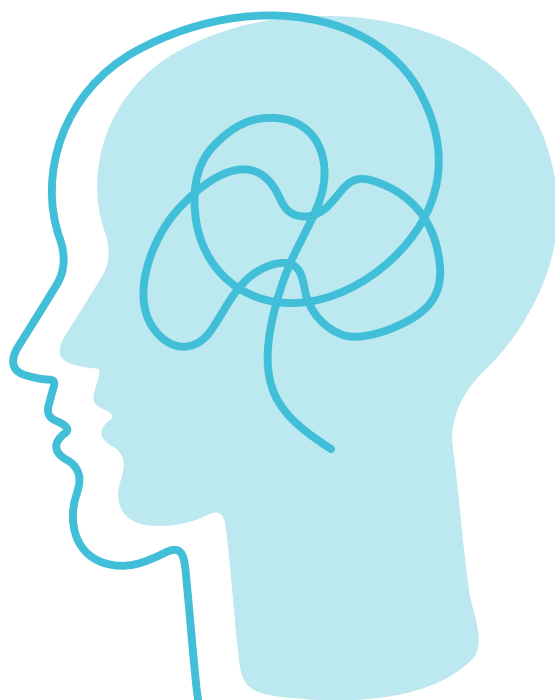


1.5 CONCLUSÃO DA UNIDADE 6

Nesta unidade, o especializando percebe os vários eixos que compõe o “fazer diagnóstico” de um transtorno mental. É fundamental não nivelar o sofrimento psíquico ou a doença mental com nomes e apenas categorias e gravidade. Deve-se entender todos os aspectos influenciadores no processo de doença. Porém, para fins didáticos e nosológicos, foi necessário categorizar os fenômenos comportamentais e, assim, estudar de forma mais técnica os processos descritos.

UNIDADE 7:

ANAMNESE PSICOPATOLÓGICA



1.1 OBJETIVOS DA UNIDADE 7

Conforme o plano de ensino e sua importância na formação profissional e pessoal.

Ao final da unidade, esperamos que você seja capaz de:

- Compreender que a entrevista psiquiátrica é a base do atendimento;
- Utilizar a entrevista psiquiátrica para a formulação de possíveis diagnósticos e avaliação das funções mentais;

- Praticar a aliança terapêutica, tão necessária para o seguimento do paciente;
- Conduzir de forma completa e abrangente uma anamnese psiquiátrica.

1.2 INTRODUÇÃO DA UNIDADE 7

Uma entrevista psiquiátrica bem sucedida prescinde da capacidade de observação, investigação e correta descrição dos fatos por parte do entrevistador. Um olhar devidamente treinado é capaz de descobrir inúmeros dados em referências ou observações fornecidas pelo paciente e a descrição incorreta ou parcial das informações colhidas em uma investigação acurada podem levar à perda ou diminuição do interesse por dados relevantes para um diagnóstico assertivo.

Outras disciplinas podem contar com diferentes ferramentas para cobrir as deficiências de uma entrevista mal conduzida, mas para o psiquiatra ou psicólogo ela é um instrumento fundamental cujo sucesso depende exclusivamente das habilidades do entrevistador.

Para Harry Stack Sullivan (1983), o domínio dessa técnica é o que qualifica o profissional habilidoso, que se trata de um “perito do campo das relações interpessoais” capaz de realizar entrevistas verdadeiramente úteis, seja pelas informações colhidas, seja pelos efeitos terapêuticos que produzem sobre os pacientes.

Assim, a técnica e a habilidade em realizar entrevistas são atributos fundamentais e insubstituíveis do profissional de saúde em geral e de saúde mental em particular.

Tal habilidade é em parte apreendida e, em outra intuitiva, patrimônio da personalidade do profissional, de sua sensibilidade nas relações pessoais. É a respeito dos aspectos passíveis de serem desenvolvidos, aprendidos, corrigidos e aprofundados.

Importa ressaltar que existem obras que detalham os procedimentos de uma entrevista bem sucedida direcionada para diferentes tipos de pacientes, com por exemplo Mackinnon e Michels (2008), Othmer e Othmer (1994) e Shea (1998), e ainda a obra bastante didática e assertiva de Carlat (2007).

Inicialmente as habilidades do entrevistador se manifestam pelas perguntas que expressa, que omite e pela capacidade de decidir quando falar e quando simplesmente ouvir. Também é fundamental desde logo estabelecer uma relação empática, mas tecnicamente útil com o paciente. E primordial é o acolhimento do indivíduo em seu sofrimento, ouvindo atentamente suas dificuldades e idiossincrasias.

Na sequência é preciso discernir bem os momentos de estabelecer limites em caso de pacientes com comportamentos invasivos ou agressivos, sempre com o intuito de preservação dos envolvidos e também do contexto da entrevista.

Lembre-se que não existe uma fórmula prévia, a ser seguida fielmente, que determina quando falar e quando calar. Por vezes uma escuta ativa e afetiva é mais importante, enquanto que em outros momentos tanto o paciente quanto a situação demandarão um entrevistador ativo, participante, que inquirere mais e intervém com maior frequência.

Para uma avaliação inicial, apresentamos algumas perguntas e ações introdutórias:

1

Providenciar um local com mínimo de privacidade e conforto para a realização da entrevista. Sugerimos para os pacientes potencialmente agressivos, lugares abertos de fácil acesso ou evasão.

2

Identificar-se para o paciente e esclarecer resumidamente qual o objetivo da entrevista.

3

Agir em busca de um contato empático, iniciando com perguntas gerais como nome, idade, estado civil, se tem filhos, com que mora, escolaridade, qual é e se exerce a sua profissão, qual é e se exerce uma religião.

4

Inquirir sobre a natureza do problema. Deixar que o paciente diga o que o trouxe até aquele encontro, que fale dos seus sentimentos e dificuldades, das possíveis doenças ou se sente que algo não vai bem.

5

Indagar sobre o início do problema e sobre como o paciente tem passado nos últimos tempos (anos, meses ou semanas).

- 6 | Descobrir se já recebeu algum tratamento e quais foram os resultados obtidos.
- 7 | Investigar na percepção do paciente qual a origem dos seus problemas (pessoas ou situações).
- 8 | Observar atentamente, desde o início da entrevista, as atitudes, posturas, vestimentas e acessórios, comportamentos não verbais, gestuais, mímicas e descrever em detalhes tanto a aparência física como a psíquica geral do paciente.
- 9 | Analisar o impacto produzido pelo paciente no entrevistador, identificando sentimentos como pena, medo, curiosidade, chateação, tédio, confusão, irritação ou dúvida. Avaliar se o paciente lhe é repulsivo ou atraente, simpático ou não, se produz o desejo de oferecer ajuda ou de não querer atendê-lo.
- 10 | Fazer uso de linguagem acessível no decorrer da entrevista, compatível com a intelectualidade do paciente e adequada ao seu contexto cultural e valores morais e religiosos.
- 11 | Para pacientes com bom nível intelectual, utilizar perguntas mais abertas. Enquanto que para pacientes com déficit intelectual, quadros de demência ou muito desestruturados, fazer perguntas mais fechadas que permitam respostas objetivas como “sim” ou “não”.

1.3 ENTREVISTA ESTRUTURADA (ADAPTADO DE PAULO DALGALARRONDO*)

I. Identificação

Nome do examinador: _____ Data: ___ / ___ / ___ Local de atendimento: _____
 Nome do paciente: _____ Sexo: _____ Idade: _____
 Estado civil: ___ (1. casado/amasiado; 2. solteiro; 3. separado/divorciado; 4. viúvo) Nº de filhos: _____
 Escolaridade (anos de escola com sucesso): _____
 Etnia: ___ (1. branca; 2. parda; 3. negra; 4. amarela)
 Quem acompanha o paciente: _____ Que instituição o encaminha: _____
 Procedência/endereço: _____
 Naturalidade (cidade, estado): _____
 Há quantos anos mora no local atual de residência: _____ Profissão: _____
 Vínculo empregatício: _____
 Ocupação atual: _____ (1. dona de casa; 2. ativo; 3. ativo, mas irregular; 4. inativo)
 Religião (igreja que frequenta): _____ Há quanto tempo está nessa igreja: _____
 Frequência à igreja: _____ (vezes por mês que a frequenta) 2ª religião: _____
 Nível socioeconômico:
 1. Tipo de residência: _____ (1. alvenaria; 2. madeira e pavimentada; 3. madeira e piso de terra)
 2. Propriedade da casa: _____ (1. própria; 2. alugada; 3. emprestada ou irregular)
 3. Telefone em casa: _____ (1. sim; 2. não) 4. Carro da família: _____ (1. sim; 2. não)
 Quantas pessoas moram em sua casa: _____
 Renda familiar: _____ Renda *per capita*: _____

II. Queixa principal e história da doença atual

Descrever (de preferência com as palavras do paciente) sintomas, sinais e comportamentos desde o início do último episódio até o presente momento.

Você já consultou, no passado, médico ou psicólogo (ou profissional de saúde mental) para problemas dos nervos, psicológicos ou psiquiátricos? _____

Há quanto tempo foi a primeira consulta? _____

Já tomou remédio para os nervos? _____

Há quanto tempo tomou pela primeira vez? _____

Muitas pessoas procuram ajuda de benzedeira, padre, pastor, centro espírita ou de outra pessoa com poderes de cura. Você já procurou alguma ajuda desse tipo? _____

(Em caso positivo, qual e como foi?) _____

Internação psiquiátrica: _____

(Em caso positivo, há quanto tempo foi a primeira internação psiquiátrica?) _____

Quantas internações psiquiátricas você teve até hoje? _____

Em média, quanto tempo duraram as internações? _____

Há quanto tempo foi a última internação? _____

III. Interrogatório sintomatológico complementar

Cardiorrespiratório; gastrointestinal; geniturinário e ginecológico; endócrino; neurológico; imunológico; osteoarticular; etc. Descrever: _____

IV. Antecedentes mórbidos pessoais

Psiquiátricos: Episódios psiquiátricos anteriores (descrever): _____

Tentativas de suicídio: _____ Quantas: _____ Brigas, agressões: _____

Problemas legais (processos): _____ Problemas com a polícia: _____

Não-psiquiátricos: Hipertensão: _____ Diabete: _____

Traumatismo craniano com perda de consciência: _____ Convulsões: _____ Cisticercose: _____

Chagas: _____ AIDS: _____ Tuberculose: _____ Descrever: _____

V. Hábitos

Álcool: usa esporadicamente? _____

(Em caso positivo, aplicar o CAGE.) Já sentiu que deveria parar ou diminuir a bebida? _____

Sente-se chateado consigo mesmo pela maneira com que costuma beber? _____

Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? _____

As pessoas o aborrecem quando criticam o seu modo de beber? _____

CAGE (soma simples): _____

Há quanto tempo bebe pesadamente? _____ Dose atual diária de álcool: _____

Tabagismo: _____ (Cigarros/dia: _____) Café: _____ (Xícaras pequenas/dia: _____)

Benzodiazepínicos: _____ Qual(is)? _____ Quantos mg/dia? _____ Há quanto tempo? _____

Drogas ilícitas: _____ Qual(is)? _____

Há quanto tempo? _____ Que frequência e quantidade? _____

Drogas injetáveis: _____

VI. Antecedentes patológicos familiares em consangüíneos e parentes não-consangüíneos (descrever e desenhar o familiograma)**VII. Relacionamento e dinâmica familiar (descrever)**



1.4 MATERIAL DE APOIO

DALGALARRONDO, PAULO. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais** [recurso eletrônico]. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

MACKINNON, R. A.; MICHELS, R.; BUCKLEY, P. J. **A entrevista psiquiátrica na prática clínica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.



[LINK 1](#)



1.5 CONCLUSÃO DA UNIDADE 7

Nesta unidade, percebemos a entrevista psiquiátrica como o maior aliado e melhor armamento para a realização da consulta, exame mental, observar funções elementares psiquiátricas e, assim, conseqüentemente, elaborar hipóteses diagnósticas. Na anamnese, com a riqueza de informações, observações e relatos, podemos iniciar um raciocínio clínico profícuo que embasará todo o processo diagnóstico e terapêutico.

UNIDADE 8:

FUNÇÕES PSÍQUICAS ELEMENTARES



1.1 OBJETIVOS DA UNIDADE 8

Conforme o plano de ensino e sua importância na formação profissional e pessoal.

Ao final da unidade, esperamos que você seja capaz de:

- Esclarecer que as funções psíquicas são um processo sistemático para facilitar nosologia, sintomas e diagnósticos;
- Analisar sua função prática, mas lembrar que fazem parte da vida psíquica global de uma pessoa;

- Saber seus papéis na construção do ser e quais eixos podem estar alterados em estado de doença mental;
- Enumerar adequadamente todas as funções psíquicas e suas alterações.

1.2 INTRODUÇÃO DA UNIDADE 8

A separação entre a vida e a atividade mental do indivíduo em áreas ou funções psíquicas isoladas não é um procedimento natural, serve para fins de estudo analítico das funções da mente, mas que pode produzir enganos ou simplificações equivocadas de comportamentos mais complexos. Dessa forma, é útil enquanto instrumento de estudo detalhado e aprofundado de fatos de uma vida psíquica normal em contraposição a uma patológica; mas peca por viabilizar a crença de existir uma autonomia desses fenômenos, como algo isolado e natural do ser humano.

É como se, com a prática clínica cotidiana, fosse algo aceitável crer que a memória, a consciência do EU, a sensopercepção, vontade e afetividade tratam-se de áreas autônomas, isoladas e com vida própria. Quando na verdade, são constructos aproximativos da psicologia e da psicopatologia que facilitam a comunicação e a compreensão dos fatos da vida. Nesse sentido, é importante ressaltar que funções isoladas e alterações psicopatológicas compartimentalizadas não existem, mas sim um indivíduo que adoece na sua totalidade. Interessa avaliar o fundo mental e inter-humano onde os sinais e sintomas se expressam em raciocínio diagnóstico, e que ao final são responsáveis pela sua significação e sentido de ser.

Alterações das funções psíquicas são sentidas pela personalidade como um todo, provocando transtornos subjacentes que afetam a estrutura e modo de existir do indivíduo. Nesse sentido, Minkowski (1966) critica a psicopatologia geral descrita nos manuais que a classificam como apresentação mecânica e irrefletida dos sintomas, sem apontar a real significação dos fenômenos identificados. A origem comum dos transtornos psiquiátricos é mais importante do que um mero agrupamento de sintomas coexistentes regularmente.

A psicopatologia quando focada na pessoa, parte de determinadas síndromes (psicopatologia sindrômica), e a psicopatologia sintomática se trata de uma semiologia psiquiátrica precária, quando focada no estudo dos sintomas isolados. As alterações de funções isoladas constituem, em última análise, objeto da Neurologia, da Neuropsicologia ou da Neurofisiologia, e não da Psicopatologia.



1.3 O PAPEL DAS FUNÇÕES PSÍQUICAS

Funções psíquicas tratam dos instintos, emoções, memórias, desejos, julgamentos e raciocínios que compõem o mundo interior, a consciência de uma pessoa. Todos esses elementos internos se expressam externamente através das palavras, dos gestos e a conduta observável. Portanto, as funções psíquicas são responsáveis pela adaptação do indivíduo no mundo. Pode ser dividida em consciência, orientação, estado de alerta, experiências de tempo e espaço, sensopercepção, lembranças, afetividade, desejo e psicomotricidade, pensamentos, juízo e linguagem.



As **funções afetivas** são aquelas correlacionadas à vida emocional, expressas por sentimentos como alegria, raiva, medo, insegurança, tristeza, etc. Psicopatas experimentam uma diminuição desses sentimentos da afetividade.

As **funções de consciência** estão ligadas a percepção e compreensão do que está acontecendo a sua volta, uma consciência corporal, o senso de existir, estado de alerta, de vigília e sono.

As **funções sensoriais** são relacionados ao compreender, sentir, tocar, degustar.

E as **funções da memória** determinam a capacidade de fixar experiências vividas e podem ser expressas em hipermnésia (rica em detalhes); hipomnésia (pobre em detalhes) e amnesia (esquecimento completo).

1.4 FUNÇÕES PSÍQUICAS ELEMENTARES

Entre as funções psíquicas temos aquelas consideradas como elementares que determinam a **aparência** (modo de andar, vestimenta, acessórios, higiene pessoal e apresentação visual), **posturas e atitudes** (expressões de cooperação, indiferença, passividade, fóbico, agressivo, dissimulado, insegurança, ousadia, sedução, etc., todas verificáveis em entrevista ou mediante simulações) e **nível de consciência** (estado atual de lucidez do indivíduo, com reconhecimento da realidade externa e de si mesmo no tempo e espaço, e resposta frente à estímulos). O nível de consciência pode se apresentar nos seguintes modos:

- **Vigil:** estado de alerta, com capacidade de responder aos estímulos e com abertura ocular espontânea;
- **Sonolência:** processos ideacionais em lentidão;
- **Torpor:** estado dormente, exceto quando estimulado;
- **Coma:** não pode ser acordado.



Outras funções psíquicas elementares são a **orientação autopsíquica** (dizem respeito a pessoa, responde acerca dos dados pessoais, reconhece familiares e conhecidos) e a **orientação alopsíquica** (orientação tempo espacial). Temos ainda a **atenção** (foco em determinada atividade). Durante o exame, o investigador deve observar no paciente:

- **Vigilância:** manutenção da atenção frente aos estímulos externos que pode se apresentar aumentada (hipervigilante) ou diminuída (hipovigilante);
- **Tenacidade:** resiliência de permanecer em uma tarefa específica;
- **Concentração:** manutenção da atenção voluntária em processos internos de pensamento ou atividade mental. Para aferir essa capacidade pode-se realizar o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), com o exemplo de solicitar ao paciente que subtraia, consecutivamente, o número 7, a partir de 100.

A **memória** também é uma função psíquica elementar que registra, retém, evoca e reconhece objetos, pessoas, vivências ou estímulos sensoriais. Pode ser classificada em imediata (abarca os últimos 5 minutos), recente (últimos dias e horas) e remota (desde os primeiros anos de vida).

A **inteligência** engloba raciocínio, planejamento, resolução de problemas, abstração, compreensão de ideias complexas, aprendizagem rápida e a partir de experiências. É o conjunto de habilidades cognitivas adquiridas a partir de diferentes processos intelectivos. No momento da avaliação é feita uma comparação com a média intelectual esperada para o grupo sócio-cultural e faixa etária do indivíduo. Durante a avaliação observe:

- Raciocínio lógico;
- Habilidades matemáticas;
- Dificuldades de estudo/aprendizagem;
- Capacidade de abstração (formulação, comparação e relação entre conceitos e ideias, uso de analogias e metáforas);
- Capacidade de generalização (identificação de grupos de animais ou coisas);
- Juízo crítico (percepção e avaliação adequada da realidade externa em separado do mundo interno ou subjetivo, com habilidade para uma auto-avaliação realista).

Temos ainda o **pensamento**, enquanto conjunto de funções integrativas apto para associar conhecimentos novos e antigos, relacionar estímulos externos e internos, executar análise, abstração, julgamento, conclusão, poder de síntese e criação. É avaliado através da linguagem em seus seguintes aspectos:

- **Forma:** relação e nexos entre as ideias;
- **Coerência:** sintaxe correta na construção de frases;
- **Logicidade:** a realidade enquanto elemento basilar do pensamento;
- **Circunstancialidade:** alcance do objetivo na expressão do pensamento, ainda que detalhes irrelevantes sejam mencionados;
- **Tangencialidade:** ainda que o paciente fique próximo do objetivo na expressão do pensamento, o mesmo não consegue ser alcançado ou claramente definido;
- **Fuga de ideias:** associações livres ou tênues;



- **Fluxo:** velocidade na expressão do pensamento (acelerado, lento, adequado ou bloqueado);
- **Conteúdo:** elaboração de conceitos e relação com a realidade. É importante avaliar qual o conteúdo predominante, as preocupações, obsessões, impulsos suicida ou homicida e delírios.

Já a **linguagem**, enquanto função psíquica elementar, envolve a comunicação em gestos, olhares, expressões faciais e escritas, a verbalização. A linguagem falada pode ser avaliada por sua *quantidade* (mutismo, monossilábico, prolixo, não espontâneo, etc.), *velocidade* (rápida, hesitante, latente ou lenta), e *qualidade* (conteúdo pobre ou elaborado do discurso, alterações na articulação das palavras, neologismo ou ecolalia, que é a repetição das últimas palavras dirigidas ao paciente).

A **sensopercepção** diz respeito a capacidade de identificar e interpretar estímulos efetuados nos órgãos sensoriais. Quando alterada, a sensopercepção se manifesta através de *ilusões* (estímulos sensoriais reais são confundidos ou mal interpretados, como por exemplo confundir pessoas), *alucinações* (percepção sensorial na ausência de estímulo externo, como por exemplo ouvir vozes inexistentes. É importante estar atento aos sinais sugestivos de alucinações, mesmo face à negativa do paciente), *despersonalização* (alteração na percepção de si mesmo, expressa pela estranheza ou irrealidade) e *desrealização* (alteração na percepção do meio ambiente).



Outra função psíquica elementar é o **humor**, ou seja, o estado emocional interno de longa duração. É o sentimento predominante que independe de estímulos externos e pode influenciar a percepção de si e do mundo ao seu redor. Podem se manifestar em hipotimia (sintomas depressivos), hipertimia (euforia), disforia (mau-humor) ou irritável.

Temos também o **afeto**, enquanto experiência subjetiva e imediata das emoções em determinadas situações. Durante o exame pode ser manifestado como resposta emocional do paciente frente a eventos. Tanto o humor quanto o afeto podem ser avaliados através da expressão facial, gestos, tonalidade da voz, conteúdo do discurso e psicomotricidade, choro e riso imotivados. É preciso atentar para a *qualidade do afeto* (tristeza, alegria, culpa, vergonha, etc.) e *modulação do afeto* (hiper ou hipomodulação, embotamento, rigidez, etc.).

Por fim, a **psicomotricidade** também é um elemento psíquico elementar que integra funções motrizes e mentais mediante o desenvolvimento e treinamento do sistema nervoso. Durante o exame importa avaliar: velocidade e intensidade da mobilidade geral (em marcha, sentado e no gestual); agitação ou retardo: acatisia (ato de "amassar barro" com as mãos); maneirismos (movimentos estereotipados involuntários); tiques (movimentos espasmódicos involuntários); sinais de catatonia (obediência automática, flexibilidade cérea).



1.5 MATERIAL DE APOIO

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais** [recurso eletrônico]. 3. ed., Porto Alegre: Artmed, 201.



[LINK 1](#)

[LINK 2](#)

[LINK 3](#)



1.6 CONCLUSÃO DA UNIDADE 8

Nesta unidade, estudamos de forma prática e sistematizada as funções psíquicas elementares. Todas as partes de um único ser humano, comunicantes entre si e na história de vida do paciente. Ressaltamos a importância de não olhar a patologia mental como conjunto de sinais e sintomas ou alterações de funções psíquicas, mas como parte de eixos psicológicos, sociais, familiares e biológicos que interagem entre si.

UNIDADE 9:

EXAME DE ESTADO MENTAL



1.1 OBJETIVOS DA UNIDADE 9

Conforme o plano de ensino e sua importância na formação profissional e pessoal.

Ao final da unidade, esperamos que você seja capaz de:

- Formular um adequado diagnóstico em saúde mental;
- Conhecer as bases (anamnese e funções psíquicas) para formular o exame de estado mental;



- Estar aberto a concepções não apenas biomédicas, ampliando horizontes e vendo o paciente de uma forma bem mais abrangente em seu ser e estar doente.

1.2 INTRODUÇÃO DA UNIDADE 9

Avaliar o estado mental de um paciente é uma tarefa extremamente subjetiva que o médico deve decidir se vai ou não realizar. No entanto, entendemos que a execução de um exame psíquico adequado é peça fundamental no processo de raciocínio diagnóstico, basilar para a decisão de encaminhar ou não o paciente para atendimento especializado (psiquiatra).

O exame do estado mental está baseado em referencial teórico fenomenológico, ou seja, é preciso mais do que simplesmente ouvir o paciente. O exercício da empatia é fundamental durante o curso da entrevista, situação em que o entrevistador compara suas próprias vivências com as do paciente, na busca por similaridades e diferenças. Importa que o investigador se pergunte sempre: “se eu estivesse experimentando estas sensações, estes pensamentos, de que forma me sentiria e como me comportaria?”.

Esse é um processo difícil para o entrevistador que também não pode contar com exames complementares de fácil acesso e custos razoáveis que possam confirmar dados encontrados no exame. Muito embora questionários, escalas de avaliação de estado mental e listagem de sintomas sejam excelentes ferramentas de triagem, em uma coleta de dados rápida e confiável, não é possível enquadrar as funções mentais de forma puramente objetiva. É preciso lembrar que não existe como padronizar, agrupar e organizar diferentes funções psíquicas para fins meramente descritivos, dado que cada psiquiatra segue uma sistematização própria embasada nos ensinamentos técnicos que recebeu na sua formação.

A adequada anamnese psiquiátrica e o bem-saber das funções psíquicas elementares já são a base necessária para a realização do exame de estado mental.



Componentes do exame psíquico

- Apresentação
- Atitude
- Contato
- Consciência
- Atenção
- Orientação
- Memória
- Senso-percepção
- Pensamento
- Crítica e Noção de Doença
- Humor e Afeto
- Psicomotricidade

1.3 AVALIAÇÃO PSICODINÂMICA DO PACIENTE

O processo avaliativo postula uma formulação psicodinâmica que analisa a situação clínica do paciente e viabiliza uma clara compreensão do caso clínico em suas motivações, problemáticas, principais elementos da história do desenvolvimento do paciente, relações e mecanismos interpessoais e intrapsíquicos envolvidos (TASK FORCE OPD-2, 2008).



“Seria muito mais fácil se pudéssemos evitar o paciente enquanto exploramos o reino da psicopatologia; seria muito mais simples se pudéssemos nos limitar ao exame da química e da fisiologia de seu cérebro e a tratar os eventos mentais como objetos alheios a nossa experiência imediata ou como meras variáveis de uma fórmula estatística impessoal. Essas abordagens são muito importantes para a compreensão do comportamento humano, mas não podem abranger ou explicar todos os fatos relevantes. A fim de penetrar na mente de outra pessoa, precisamos repetidamente mergulhar no fluxo de suas associações e sentimentos; precisamos, nós mesmos, ser seu instrumento de ressonância” (John Nemiah, 1961, p. 4).

Avaliar os pacientes em seu funcionamento global, com igual importância para o histórico de doenças médicas, sintomas físicos, dificuldades e expectativas psicológicas é tarefa da psiquiatria psicodinâmica. Com esse conceito em mente, o psiquiatra deve buscar os motivos pelos quais foi procurado, e durante a anamnese, levantar todos os dados potencialmente relevantes para o processo terapêutico.

Logo de início se faz necessária a criação de um vínculo entre o médico e paciente, oferecendo condições do paciente se sentir confortável, acolhido e compreendido pelo terapeuta que não adota uma postura superior à dele. A construção da empatia é fundamental para uma relação bem sucedida.

Para realizar o primeiro ponto de aliança entre psicodiagnóstico e psicologia, o psiquiatra ou psicólogo precisa compreender a subjetividade de cada paciente e especificidades de cada caso clínico no ato de diagnosticar. Se o terapeuta não detiver essa habilidade, o paciente não irá expor seus motivos de aflição e os histórico médico pode levar a conclusões equivocadas.

Nessa ótica, o exame de estado mental sob uma perspectiva psicodinâmica ocorrida ao acaso e ao longo da entrevista é feita de forma bem menos formal.

ORIENTAÇÃO E PERCEPÇÃO:

- Não é diretiva – nenhuma pergunta direta;
- Alucinações são percebidas no decorrer da entrevista;
- “Detalhar” a alucinação.

COGNIÇÃO:

- Delírios são revelados com perguntas abertas, ao longo da entrevista;
- Significados e funções dos delírios são importantes;
- Observar parapraxias e lapsos de linguagem;
- A forma que o paciente responde as perguntas pode revelar muito sobre seu estilo inconsciente de caráter;
- Suicídio: Encontro? Fim? Vingança? Qual a razão do suicídio?

AFETO:

- Observamos muitos mecanismos de defesa;
- Avaliar modulação e humor.

AÇÃO:

- Avaliar o comportamento não verbal;
- Que assunto o inquieta?
- Que tópico o silencia?
- O que o faz desviar o olhar?
- Segundo Sigmund Freud um dos "caminhos reais" da observação do inconsciente é o comportamento não verbal.

Além disso, é importante frisar sempre a necessidade da realização de exame físico e neurológico adequados, além da solicitação de exames laboratoriais e de imagem, quando necessário. Ter um diagnóstico descritivo (DSM) e um diagnóstico psicodinâmico (baseado na compreensão do paciente e da doença) trará um conhecimento mais profundo do indivíduo. O diagnóstico descritivo auxilia na farmacoterapia. O diagnóstico dinâmico faz o médico perceber o que significa a prescrição para o paciente e se aceitar a medicação será um problema ou não.



1.4 MATERIAL DE APOIO

GABBARD, G. O. (1994). **Psiquiatria psicodinâmica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998, p. 23.



[LINK 1](#)

[LINK 2](#)

[LINK 3](#)

1.5 CONCLUSÃO DA UNIDADE 9

Na unidade 9, unimos finalmente todo o aprendizado de Psicopatologia: desde a anamnese, as funções psíquicas elementares, o conhecimento psicossocial do paciente e também a união psicodinâmica, que traz uma abordagem bastante completa e diferenciada para o profissional em saúde mental. É essa abordagem que norteará um bom diagnóstico, seguimento e um adequado tratamento, envolvendo eixos médicos e psicológicos que juntos formam a saúde mental.

REFERÊNCIAS BÁSICAS

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia** e semiologia dos transtornos mentais. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. L. **Compêndio de Psiquiatria**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MACKINNON, R. A.; MICHELS, R.; BUCKLEY, P. J. **A entrevista psiquiátrica na prática clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Porto Alegre: Artmed. 5. ed. 2014.

MARCO, M. A. **Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**: um projeto de educação permanente. Rev Bras Educ Méd. 2006;30(1):60-72.

YUDOFKY S.; HALES, R. **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

AMARAL, Marcio. **Psicopatologia: Fundamentos e Semiologia Essencial**. Disponível em: <https://www.ipub.ufrj.br/wp-content/uploads/2017/11/LIVRO-ATUALIZADO-10-08-2017-2.pdf> Acesso em: 04 fev 2022.

ANTONIO, Marco. Conheça um pouco da história da psiquiatria. **Jaleko Artmed, 2019**. Disponível em: <https://blog.jaleko.com.br/historia-da-psiquiatria/> Acesso em: 04 fev 2022.

ARAGUAIA, Mariana. Fases da vida. **UOL**. Disponível em: <https://escolakids.uol.com.br/ciencias/as-fases-da-vida.htm> Acesso em: 04 fev 2022.

ARES UNASUS. **Curso de especialização em saúde da pessoa idosa. A Psicologia na assistência da pessoa idosa**. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7750/1/elet6.pdf> Acesso em: 04 fev 2022.

BARRETO, João Erivan Façanha; SILVA, Luciane Ponte e. Sistema límbico e as emoções: uma revisão anatômica. **Revista Neurociências, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 386-394, 2010**, Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8466> Acesso em: 04 fev 2022.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 11, n. 1, mar. 2008. Disponível em:** <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/3wsBnYKDjF5jvnR-Qkmmpj4s/?lang=pt> Acesso em: 04 fev 2022.

BOSKA, Gabriella de Andrade. **Funções Psíquicas, out. 2018. 57 slides. Disponível em:** https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4456262/mod_resource/content/1/func%CC%A7o%CC%83es%20psi%CC%81quicas.pdf Acesso em: 04 fev 2022.

BOTH, Luciane Maria; MALGARIM, Bibiana Godoi; FREITAS, Lúcia Helena. Avaliação psicodinâmica de pacientes com transtorno de estresse agudo e pós-traumático em uma instituição pública. **Psicologia Clínica. Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 579-593, set.-dez. 2018. Disponível em:** <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v30n3/10.pdf> Acesso em: 04 fev 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Conheça a RAPS: Rede de atenção psicossocial. Disponível em:** https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf Acesso em: 04 fev 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:** https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf Acesso em: 04 fev 2022.

Canal Psicologia e Psicólogos. O que é Psicopatologia? Youtube, 8 mai. 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=rvbAHjQRFj4> Acesso em: 04 fev 2022.

Canal Vida Mental. Funções Psíquicas: **a avaliação das funções psíquicas. Youtube, 9 nov. 2017. Disponível em:** <https://www.youtube.com/watch?v=Oe-f9EsWb9Rw> Acesso em: 04 fev 2022.

CENTRO CULTURAL MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental. Disponível em:** <http://www.ccs.saude.gov.br/VPC/reforma.html#:~:text=Dessa%20lei%20origina%2Dse%20a,fam%C3%A-Dlia%20e%20com%20a%20sociedade> Acesso em: 04 fev 2022.

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

GABBARD, Glen O. **Psiquiatria psicodinâmica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.**

GAINO, Loraine Vivian; SOUZA, Jacqueline de; CIRINEU, Cleber Tiago; et al. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo*. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) Ribeirão Preto, v. 14 n. 2, abr./jun. 2018. Disponível em:** http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1806-69762018000200007 Acesso em: 04 fev 2022.

MACKINNON, Roger A.; MICHELS, Roberto; BUCKLEY, Pedro. **A entrevista psiquiátrica na prática clínica. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.**

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. **Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, ano VII, n.1, p. 128-141, mar. 2004.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/kKkby7Ln9Tr5FQqwrS4cm7S/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 04 fev. 2022.

OLIVEIRA, Marta Kohl de. Ciclos de vida: algumas questões sobre a psicologia do adulto. **Educ. Pesqui. v. 30, n. 2, ago. 2004.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/VfHTCkV5SFZW-Zf8PNwHk5Xk/?lang=pt> Acesso em: 04 fev 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Transtornos mentais.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>. Acesso em: 04 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Curso de vida saudável.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/curso-vida-saudavel> Acesso em: 04 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Relatório da OMS destaca déficit global de investimentos em saúde mental. 8 out 2021.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/8-10-2021-relatorio-da-oms-destaca-deficit-global-investimentos-em-saude-mental> Acesso em: 04 fev. 2022.

PINHEIRO, Clara Virginia de Queiroz; ALBUQUERQUE, Kelly Moreira de. Psicopatologia e saúde mental: questões sobre os critérios que orientam a percepção clínica. **Rev. Subjetividades. Fortaleza, v. 14, n. 1, abr. 2014.** Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692014000100002 Acesso em: 04 fev. 2022.

PSIQUIATRIA GERAL. **Conceitos fundamentais de psicopatologia descritiva [texto adaptado de Andrew Sims].** Disponível em: <https://www.psiquiatria-geral.com.br/psicopatologia/psico-descritiva.htm> Acesso em: 04 fev. 2022.

POLAKIEWICZ, Rafael. A luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica. **PEBMED, 19 mai 2020.** Disponível em: <https://pebmed.com.br/a-luta-antimanicomial-e-a-reforma-psiquiatica/> Acesso em: 04 fev. 2022.

QUARTIERO, Maria Fernanda; BARRANCOS, Luciana. A evolução das políticas em saúde mental no Brasil. **Nexo Políticas Públicas, 10 set 2021.** Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2021/A-evolu%C3%A7%C3%A3o-das-pol%C3%ADticas-em-sa%C3%BAde-mental-no-Brasil> Acesso em: 04 fev. 2022.

RIBAS, Guilherme Carvalhal. As bases neuroanatômicas do comportamento: histórico e contribuições recentes. **Braz. J. Psychiatry, São Paulo, v. 29, n. 1, mar. 2007.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/k5nxfgHwZGSXBHBq-jGcsqZg/abstract/?lang=pt> Acesso em: 04 fev. 2022.

RODRIGUES, Amanda de Souza; JOAZEIRO, Edna Maria Goulart. **Políticas de saúde mental no Brasil, marcos legais e conceituais: os caminhos e desaminhos para o acesso universal.** In: **IX JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, São Luis, 2019.** Universidade Federal do Maranhão. Centro de Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissaoid_1320_13205cca57e47cfe5.pdf Acesso em: 04 fev. 2022.

SANTANA, Rosimere Ferreira; SANTOS, Iraci dos. Transcender com a natureza: a espiritualidade para os idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia, v. 7, n. 2, p.148-158, 2005.** Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/download/888/1068?inline=1> Acesso em: 04 fev. 2022.

SOUZA, Ana Maria Frota Lisboa Pereira de. **O psicodiagnóstico:** uma aliança entre a psiquiatria e a psicologia. Disponível em: https://www.ufrgs.br/psicopatologia/wiki/index.php?title=O_psicodiagn%C3%B3stico:_uma_alian%C3%A7a_entre_a_psiquiatria_e_a_psicologia Acesso em: 04 fev. 2022.

USP. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Centro de Simulações de Práticas de Enfermagem. **Orientações para o exame psiquiátrico.** Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3596396/mod_resource/content/1/ORIENTACOES_PARA_EXAME_PSIQUITRICO.pdf Acesso em: 04 fev. 2022.

