

# ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

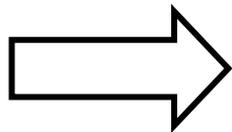
## SAÚDE MENTAL

“Estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade onde se insere.”

→ Não há saúde sem saúde mental.

→ É essencial para captar, compreender e interpretar o que nos rodeia e para nos ajudar e ou mudar o ambiente.

**INDICADORES DE SAÚDE MENTAL**  
(Bons indicadores de saúde mental estão associados a menor risco de desenvolver outras doenças)



1. Atitudes positivas em relação a si mesmo
2. Crescimento, desenvolvimento e autorrealização
3. Integração/regulação- impulsos, comportamentos e emoções
4. Autonomia
5. Perceção da realidade
6. Domínio sobre o ambiente (lidar com as dificuldades, resolver problemas, sentido de coerência interna, realização pessoal)

## Determinantes de Saúde Mental

Os determinantes de saúde mental podem ser tanto os que promovem a saúde mental positiva, como aqueles que a reduzem (fatores de risco):

- **Individuais** (emoções, cognições, autoestima, autonomia, capacidades de adaptação, coping)
- **Interação social** (esfera pessoal e familiar, comunidade, ambiente, atividades de lazer)
- **Estruturas sociais e recursos** (políticas sociais e organizacionais, recursos educativos)
- **Culturais** (estigma, equidade, direitos humanos, tolerância em relação à diferença)
- **Genéticos e biológicos**

→ Cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou comportamentais, mas apenas uma pequena minoria tem acesso ao tratamento

→ Alvos de estigma e de discriminação

→ Das **10** principais causas de incapacidade no mundo **5** são perturbações psiquiátricas

**Perturbações mais comuns:** Perturbações de humor e ansiedade

→ No ano 2020 prevê-se que a **depressão** seja a primeira causa de morbilidade nos países desenvolvidos

### Em Portugal:

- **22,9%** das pessoas sofrem de perturbações psiquiátricas
- Perturbações mais comuns: perturbações de ansiedade 16,5%, depressivas 7,9 do controlo 3,5% e 1,6% relacionadas com o álcool
- Os mais afetados são **mulheres** e os jovens com idades compreendidas entre os **18 e 24 anos**, especialmente os que estão separados (**viúvos e divorciados**) e os que têm **níveis de literacia baixos** e médios
- 10 a 20% das crianças têm problemas de saúde mental, sobretudo perturbações emocionais e do comportamento (ex. hiperatividade e défice de atenção)
- **33.6%** das pessoas com perturbações psiquiátricas, em Portugal, **não recebem** tratamento
- Apenas **1.7%** das pessoas doentes procura ajuda nos serviços de saúde mental

### **1ª Revolução Psiquiátrica (Pinel) – Época Racionalista**

- asilos e hospital exclusivos para insanos
- internamento com cuidados médicos

### **2ª Revolução Psiquiátrica – Época Contemporânea**

- revolução dos psicofármacos no tratamento
- 1º antipsicótico: clorpromazina
- conceção de psicoterapias
- compreensão da doença mental com base na origem psicológica em vez de biológica

Inclusão Social do doente na Comunidade  
Desinstitucionalização

### **3ª Revolução Psiquiátrica - Época Contemporânea**

- psiquiatria preventiva ou comunitária
- reintegração social dos doentes

### **PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS:**

“Condições cónicas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento”

- São fenómenos claramente **anormais ou patológicos**.
- Para serem classificadas como perturbações é necessário que estas sejam continuadas ou recorrentes e que resultem numa certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais esferas da vida.
- Incluem uma **variedade de sintomas** que causa grande **sofrimento** a nível individual.

### **Segundo a lei 36/98**

→ As ações de prevenção primárias, secundárias e terciárias da doença mental, bem como as que contribuam para a promoção da saúde mental das populações servem para:

- ✓ restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos
- ✓ favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade
- ✓ promover a sua integração crítica no meio social em que vive

### Tem como princípio:

A prestação de cuidados de saúde mental promovida prioritariamente a nível da comunidade para que os doentes não saiam do seu meio de forma a facilitar a sua reabilitação e inserção social

- ✓ A prestação de cuidados de saúde mental é assegurada por equipas multidisciplinares (médicos, enfermeiros, psicólogos e área da reabilitação)

### O utente dos serviços de saúde mental tem como direitos:

- ♣ Ser informado
- ♣ Respeito à sua individualidade e dignidade
- ♣ Decidir sobre o seu tratamento (exceto em caso de internamento compulsivo/urgência)

**Internamento compulsivo:** internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave

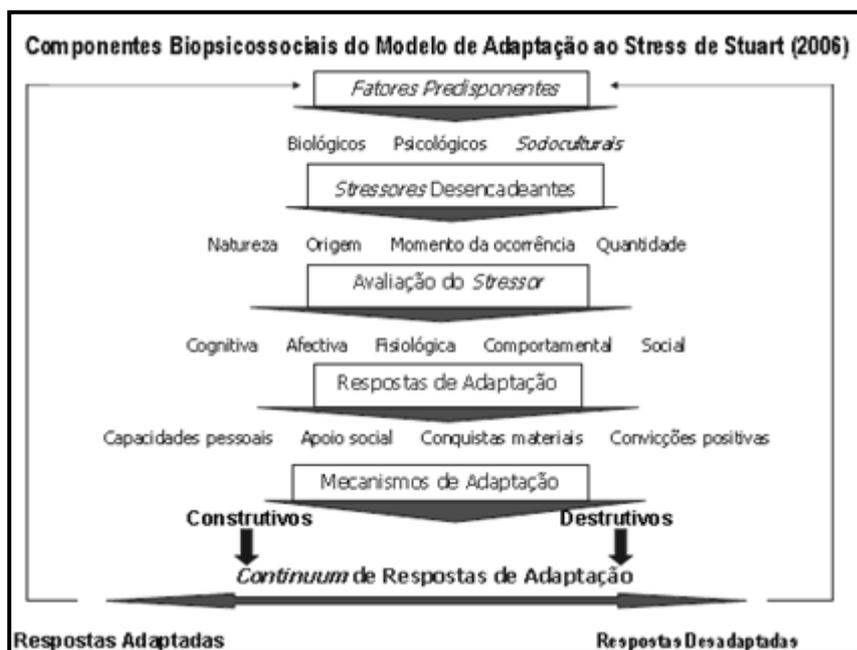
**Internamento voluntário:** internamento a solicitação do portador de anomalia psíquica ou a solicitação do representante legal de menor de 14 anos

→ O internamento compulsivo só pode ser determinado quando for a única maneira de garantir a submissão ao tratamento do internado

→ Não ser submetido a electroconvulsoterapia sem o consentimento escrito

### MODELO DE ADAPTAÇÃO AO STRESS DE STUART

- Padrão de referência para a prática de enfermagem de saúde mental
- Facilita a compreensão das diferentes problemáticas na perspetiva da enfermagem de saúde mental
- Ajuda a perceber o processo dos cuidados e os resultados esperados
- Perspetiva holística, integrando os aspetos biológicos, psicológicos e socioculturais na assistência



## 1. Fatores Predisponentes = Fatores de risco

### Biológicos

- História genética, estado nutricional, saúde geral, exposição a toxinas

### Psicológicos

- Personalidade, Auto-conceito, capacidades adaptativas, capacidade de resiliência

### Socioculturais

- Idade, gênero, escolaridade, ocupação, bagagem cultural, grupos sociais

## 2. Stressores Desencadeantes = Precipitantes

- São estímulos percebidos pelo indivíduo como difíceis, perigosos ou desafiadores que produzem estado de tensão e stress

- Podem ser de natureza biológica, psicológica ou sociocultural.

- Pode ser de origem interna ou externa ao indivíduo.

- Depende também do momento da ocorrência (quando? A frequência da ocorrência?) e do número de stressores que o indivíduo esteve exposto num determinado período



**Daí**, importância de avaliar o momento da ocorrência e quantidade de stressores no qual esteve exposto.

Os stressores desencadeantes são circunstâncias indutoras de stress que podem ser:

- Acontecimentos traumáticos
- Acontecimentos significativos de vida
- Situações crônicas
- Acontecimentos desejados que não ocorrem
- Traumatismos ocorridos

## 3. Avaliação do Stressor

É o processamento, compreensão e significado (intensidade e importância) que o indivíduo dá à situação stressante.

- ✓ Envolve respostas cognitivas, fisiológicas, comportamentais e sociais
- ✓ A atribuição de significado é **única**

→ Causa próxima é o significado psicológico que o indivíduo constrói sobre o acontecimento. A causa distante diz respeito às experiências ao longo do desenvolvimento.

As situações indutoras podem ser avaliadas como:

**Ameaça:** antecipação de uma contingência desagradável que pode vir a acontecer mas ainda não surgiu (sofrimento por antecipação)

**Dano:** refere-se a alguma coisa que já ocorreu e ao indivíduo apenas lhe resta tolerar o acontecimento ou reinterpretar o seu significado ou as suas consequências.

**Desafio:** representa uma circunstância em que o indivíduo sente que as exigências estabelecidas podem ser alcançadas ou ultrapassadas. (ex. um entorse pode fazer com que a pessoa considere voltar a fazer exercício → pessoa já interpretou a situação)

### **Respostas cognitivas**

- Papel central na adaptação do indivíduo às situações de vida, implicando diferentes formas de agir, sendo mediadores psicológicos entre o indivíduo e o ambiente
- As diferenças na avaliação cognitiva refletem-se nas respostas dos indivíduos aos eventos, sendo que as pessoas resistentes ao stress têm uma atitude perante a vida de receptividade à mudança, sentido de envolvimento naquilo que fazem e controlo sobre os eventos

### **Respostas afetivas**

- Refere-se ao despertar de uma emoção suscitada

### **Respostas fisiológicas**

- Refletem a interação de diferentes eixos neuro-endócrinos (afeta o sistema imunológico)

### **Respostas comportamentais**

- Refletem emoções, mudanças cognitivas e a análise cognitiva da situação stressante
- Comportamento de modificação do ambiente ou fuga **ou** comportamento destinado a adquirir novas capacidades de ação

### **Respostas sociais**

- Envolve a **procura de significado** (o indivíduo procura as informações sobre o seu problema, e ainda a **atribuição social** (o indivíduo procura identificar os fatores que contribuíram para o seu problema) e a **comparação social** (a pessoa procura comparar as suas habilidades e capacidades com outras pessoas com problemas semelhantes).

## **4. Respostas de Adaptação**

Capacidade da pessoa responder e recuperar perante as adversidades, implicando um conjunto de qualidade que promovem um processo de adaptação com êxito e transformação, apesar dos riscos e obstáculos

### **Recursos de Adaptação Individual e de Resiliência:**

- ✓ Sentido de Coerência (Antonovsky) – sentimento de confiança generalizado e estável que se traduz em estímulos internos e externos, no decurso da vida que são percebidos como sendo estruturados, previsíveis e explicáveis. Existem recursos para fazer face às exigências desses estímulos, tal como existem exigências que constituem desafio merecedores de investimento e compromisso.

- ✓ Locus de Controlo (Rotter) – expectativas generalizadas que a pessoa cria relativas à obtenção de reforços em dada situação
  - **Interno:** quando a pessoa obtém dado reforço, se acredita que ele foi devido ao seu esforço e/ou qualidades
  - **Externo:** quando a pessoa obtém dado reforço, se acredita que ele foi devido ao seu esforço e/ou qualidades
  
- ✓ Expetativa de Eficácia Pessoal (Bandura) – crença de ser realmente capaz de executar e de obter êxito em determinada tarefa. É uma percepção ou expectativa das próprias capacidades que se refere aos juízos acerca do que a pessoa pode fazer, independentemente das competências que possua
  
- ✓ Robustez “hardiness”(Kabasa et al) – características de personalidade que parecem ter uma influencia positiva no estado de saúde e que contrariam o efeito negativo de eventos perturbadores, evitando, assim, que conduzam à doença. Inclui três componentes interrelacionados:
  - **Compromisso:** capacidade da pessoa em acreditar que tem valor e que aquilo que faz é importante
  - **Controlo:** capacidade da pessoa em acreditar que a ocorrência de determinados acontecimentos é influenciada não apenas pelas ações dos outros mas também e em grande medida por si próprio
  - **Desafio:** convicção que a pessoa tem de que a mudança é uma situação normal da vida
  
- ✓ Personalidade Autocurativa ou Protetora (Friedman) – Comprometimento a princípios e objectivos elevados; Atitude de integração social; Construção de um contexto de vida gerador de desafios e incitamentos; Sentimento de realização criativa que conduz a vivência de emoções positivas.

**Existem alguns fatores psicossociais que podem influenciar:**

- Interação com os pais e educadores
- Apoio Social
- Interação na educação e na vida laboral
- Interação em situações específicas



**APOIO SOCIAL**

- Engloba diversos tipos de apoio específicos prestados por indivíduos, grupos ou instituições
- É um conceito interativo, implicando transações entre as pessoas

**Características:** apoio instrumental e emocional; aconselhamento; a interação positiva e feedback; a confiança; a orientação e oportunidade de expressão dos sentimentos; a

socialização e integração social; o sentimento de pertença; a estima; os laços de confiança; a ajuda material; a informação; a partilha de actividades.

1. Recursos da Rede de Apoio (utilizados pelo sujeito quando necessita de apoio)
  2. Comportamentos de Apoio (diferentes formas de prestar ajuda)
  3. Apreciações de Apoio (apreciações subjetivas relativas às funções de apoio)
- } **DIMENSÕES DO APOIO SOCIAL**  
(Processo dinâmico de transações verificadas entre o sujeito e o contexto)

Efeitos do apoio social na saúde:

- ✓ **Direto/principal**  
-A rede social influencia a saúde fomentando a adaptação pela informação que emite ou pelo aumento da motivação oferecida
- ✓ **Protetor/Amortecedor**  
-O apoio social alivia o impacto do stress, facilitando comportamentos salutogénicos

#### 5. Mecanismo de Adaptação

**Coping:** mecanismos psicológicos que promovem a redução do impacto de qualquer manifestação que possa colocar em perigo a integridade da pessoa, lidar com situações ameaçadoras.

Segundo uma **perspectiva cognitivista** (Folkman e Lazarus):

#### **Coping focalizado no problema**

(Esforço para atuar na situação que deu origem ao stress, tentando mudá-la)

- Quando o coping focalizado no problema é dirigido para uma fonte externa de stress inclui estratégias tais como negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda de outras pessoas
- Quando dirigido para uma fonte interna inclui reestruturação cognitiva

#### **Coping focalizado na emoção**

(Esforço para regular o estado emocional que é associado ao stress, ou é resultado de eventos stressantes)

- Estes esforços de Coping são dirigidos a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos tendo por objetivo alterar o estado emocional do indivíduo.

**Ex:** fumar um cigarro, tomar um tranquilizante são estratégias que servem para reduzir a sensação física desagradável de um estado de stress

#### **OU SEJA:**

**Coping:** conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de stress e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais

Os mecanismos de defesa **inconscientes e não intencionais**, como negação, regressão e deslocamento **não devem ser vistos como estratégias de coping**, visto que estas são **ações deliberadas** que podem ser aprendidas, usadas e descartadas, daí o papel do enfermeiro no ensino de estratégias de coping.

A resposta de Coping é uma ação intencional, física ou mental iniciada em resposta a um stressor.

## ADAPTAÇÃO E MUDANÇA: CRISE

### O QUE É A CRISE?

“Situação de ameaça na qual as estratégias habitualmente utilizadas pelo próprio na resolução não são apropriadas para lidar com essa situação de forma adaptativa. Situações de crise são transições de vida ou acontecimentos geradores de stress num tempo limitado.”

→ A pessoa experimenta sentimentos de ineficácia e impotência, tensão com ansiedade e desorganização



### Características :

- Sintomas fisiológicos de ansiedade (diarreia, vertigens,...)
- Distúrbio de sono
- Cansaço, falta de concentração
- Agitação, choro
- Pensamentos paranóides, sentimentos de isolamento
- Irritabilidade

### Desenvolvimento do Processo de Crise

#### 1. Período pré-crise

- Equilíbrio emocional
- Mecanismos de coping eficazes

#### 2. Período de crise

- Estado de agitação constante, transtorno permanente
- Estratégias de coping habituais não são eficazes
- Subida de tensão

#### 3. Período posterior à crise

- Regresso a um nível habitual de funcionamento
- Resolução da crise

### PERDA E PROCESSO DE LUTO

- O processo de luto ajudou na compreensão da intervenção na crise
- A morte é uma experiência universal antecipada por ansiedade
- O luto é uma experiência pessoal relacionada com a perda de alguém ou algo

#### **Fases do luto:**

1. Choque ou negação
2. Desenvolvimento de consciência acerca da perda e do sofrimento emocional
3. Resolução, reorganização (até dois anos)

#### **Fatores que afetam o equilíbrio**

- ✓ **Perceção do acontecimento** (como o acontecimento de crise é avaliado, comportamentos de coping)
- ✓ **Apoio situacional** (Pessoas a quem a pessoa socorre, outros recursos)
- ✓ **Capacidades de coping** dependem de:
  - Recursos individuais
  - Formas de lidar em crises anteriores
  - Capacidades de resolução de problemas
  - Número de situações geradoras de stress na vida

### **Distúrbios Relacionados com Crises Não Resolvidas:**

#### **1. Distúrbios de adaptação**

- Reacções mal - adaptativas relacionadas com um agente psicossocial gerador de stress
- Ocorrem dentro de 3 meses após a ocorrência do acontecimento e não persistem mais de 6 meses.
- A reacção à situação geradora de stress é excessiva e envolve prejuízo social

#### **2. Síndrome de Stress Pós-Traumático**

- Desenvolve-se após um acontecimento traumático e tem com sintomatologia:
  - ✓ Reviver a experiência traumática
  - ✓ Pesadelos recorrentes
  - ✓ Sintomas depressivos e ansiosos

## **INTERVENÇÃO NA CRISE**

- Procedimento para exercer influência no funcionamento psicológico do indivíduo durante o período de desequilíbrio, aliviando o impacto direto do evento traumático.



**Objetivo:** Ajudar a acionar a parte saudável preservada da pessoa, assim como os seus recursos sociais, enfrentado de maneira adaptativa os efeitos do stress.

### **1. RECOLHA DE DADOS**

- Identificar o acontecimento precipitante
  - Circunstâncias que levaram à crise
  - Sequência cronológica dos acontecimentos
  - Grau de disfunção provocado pela crise
  - Avaliar estado físico e mental do indivíduo
  - Explorar capacidades de coping
- **Explorar percepção da pessoa**
  - Necessidade acessórias que estão ameaçadas pela crise
  - Significado que a pessoa dá
- Explorar Sistemas de apoio
  - Situação de co-habitação
  - Pessoas disponíveis para ajudar a pessoa doente
- **Estabelecer contato, escuta ativa e empatia**

### **2. ANALISAR PROBLEMA**

- Circunstâncias e contextos
  - Relação mãe – filho: nascimento de criança prematura, anomalias congénitas
  - Pediátricas: ocorrência de doença grave, doença crónica ou debilitante, acidentes graves, criança moribunda
  - Médico-cirúrgicas: diagnóstico grave, perda de uma parte ou função corporal, processo de morte
  - Gerontologia: perdas cumulativas, dependência, internamento asilar
  - Emergência: trauma físico, doença, aguda, violação
  - Psiquiatria: ser hospitalizado por doença psiquiátrica, acontecimentos geradores de stress para doentes mentais crónicos, comportamentos suicidários
- Identificar os problemas que necessitam de resolução imediata e quais podem ficar intervenção posterior

### **3. ANALISAR AS ALTERNATIVAS (possíveis soluções)**

→Planeamento e Intervenção

Processo de resolução de problemas

- Ajudar a dar sentido à crise
- Ajudar a corrigir más interpretações
- Explorar opções para resolução
- Reforçar mecanismos de defesa adaptativos

#### 4. ASSISTIR NA EXECUÇÃO DE AÇÕES CONCRETAS

→ Intervenções em qualquer plano de suicídio ou homicídio:

- Considerar seriamente os sinais de alarme
- Determinar o grau de concretização do plano
- Se possível, remover materiais ou objectos perigosos
- Colocar a pessoa doente em ambiente seguro e protegido; vigiar e mobilizar apoios
- Comunicar a sua presença e desejo de proteger o indivíduo de danos sobre si próprio ou sobre outros
- Encorajar o doente a falar sobre o acontecimento gerador de stress; sentimentos de dor, raiva e angústia; acerca de planos de suicídio ou homicídio
- Escutar com empatia
- Reforçar o desejo do indivíduo de resolver os problemas, de viver
- Recomendar para tratamento de seguimento

→ Aumentar a auto-estima do doente, reconhecendo as suas forças, criando empatia e mostrando preocupação

→ Mobilizar sistemas de apoio

→ Ajudar a realizar ações concretas para gerir a crise (facilitar)

#### 5. SEGUIMENTO

-Verificar progresso

- indivíduo demonstra ausência de comportamentos de crise
- exibe retorno à situação anterior à crise ou melhoria

-Colaborar com restabelecimento das redes de apoio social

#### Técnicas de Adaptação à crise:

- ✓ **Reação:** expressão de sentimentos que se produzem quando o doente fala sobre os seus problemas. Exemplo: "Diga-me como se sentiu quando mudou de cidade"
- ✓ **Clarificação:** incentiva o doente a que explique, o mais claramente possível, a relação entre certos acontecimentos da sua vida. Exemplo: "Pelo que me está a dizer quando se aborrece com o seu marido vai dormir para o sofá"
- ✓ **Sugestão:** exploração de alternativas para solucionar um problema. Exemplo: O bairro onde mora tem um excelente centro de tempos livres. Porque é que não tenta saber quais as alternativas relativamente às actividades extracurriculares dos seus filhos?
- ✓ Manipulação
- ✓ **Reforço de conduta e processos adaptativos:** reforçar o comportamento de adaptação do doente. Exemplo: "Conseguiu exprimir os seus pontos de vista. Os meus parabéns"; Incentivar a utilização dos processos que facilitam mudanças positivas e satisfatórias e não recorrer a mecanismos de defesa que conduzem a comportamentos de não adaptação
- ✓ **Aumentar auto-estima:** ajudar o doente a recuperar a confiança em si mesmo. Exemplo: "A Sra. /Sr. é uma pessoa que tem demonstrado ser competente e decidida e

## ESTIGMA E EXCLUSÃO SOCIAL

➔ A pessoa com perturbação psiquiátrica enfrenta numerosos obstáculos (ambientais, de acesso, legais, institucionais e de atitudes) → **EXCLUSÃO SOCIAL**

### O QUE É O ESTIGMA?

→ Marca ou sinal distinto

→ Descreve uma característica específica (física ou psicológica) socialmente inaceitável ou repreensível

→ Atributo ou comportamento reprovado pela sociedade

### Interpretado em 3 dimensões:

1. Perspectiva- como o estigma é percebido pelo estigmatizador ou pelo estigmatizado
2. Identidade- consciência do seu todo e percepção da identificação e sentimento de pertença a um grupo
3. Reação- como o estigmatizador e o estigmatizado respondem ao estigma e às suas consequências

➔ O Estigma é considerado um atributo que distingue a pessoa dos outros, deixando de ser considerada pela sociedade uma pessoa comum, sendo transformada em uma pessoa deteriorada e diminuída (Goffman)



### **3 fatores relacionados com esta temática:**

- Conhecimento (ignorância e baixa literacia)
- Atitudes (**preconceito** - resposta cognitiva e afetiva que leva à discriminação)
- Comportamento (**discriminação** - atitude negativa: exclusão de pessoas que não pertencem ao grupo; atitude positiva: inclusão de pessoas que pertencem ao grupo)

Estigma Público ≠ Auto-Estigma

	Estigma Público	Auto-estigma
<b>Estereótipos</b>	Crença negativa sobre o grupo (perigosidade, fraqueza de carácter, incompetência)	Crença negativa sobre o próprio (incompetência e fraqueza de carácter)
<b>Preconceito</b>	Acordo com a crença, resposta emocional negativa (ira, medo)	Acordo com a crença, resposta emocional negativa (baixa auto-estima e eficácia)
<b>Discriminação</b>	Resposta ao preconceito (evitamento, recusa)	Resposta ao preconceito (dificuldade em oportunidades de emprego)

Componentes do Estigma Social

- ✓ Homens com esquizofrenia apresentam níveis maiores de auto estigma (AE) que as mulheres
- ✓ Pessoas mais velhas têm maior risco de desenvolver AE
- ✓ Quanto maior o tempo de duração da doença maior o nível de AE
- ✓ Quanto maior o AE menor é a adesão ao tratamento psicossocial
- ✓ Empowerment e o apoio social contribuem para a redução do AE
- ✓ AE aumenta as estratégias de coping de evitamento e sintomatologia depressiva

### Fases de formação do auto estigma:

- 1) Tomada de consciência do estigma
- 2) Aceitação do estigma
- 3) Internalização do estigma
- 4) Surgimento das consequências da internalização: diminuição da auto estima e auto eficácia

### O ADOECER MENTAL

→O conceito social da doença estabelece o papel atribuído ao doente e o tipo de resposta a dar à doença. O seu conceito depende da corrente de pensamento dominante

A normalidade é relativa, contendo 3 elementos fundamentais:

- A fase de desenvolvimento em que a pessoa se encontra
- O local e a cultura
- A época e circunstância histórica em que se situa



Conceito estatístico de normalidade: os fenómenos normais são aqueles que ocorrem com maior frequência e os fenómenos excecionais podem ser vistos como mórbidos ou patológicos. O ponto de referência da normalidade é um tipo médio que reúne os traços mais comuns da espécie.

Conceito antropológico: cada cultura seleciona um certo número de comportamentos que considera adequados, dando uma certa margem de variação individual

### A PESSOA COM PERTURBAÇÃO MENTAL GRAVE E FAMÍLIA

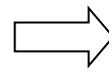
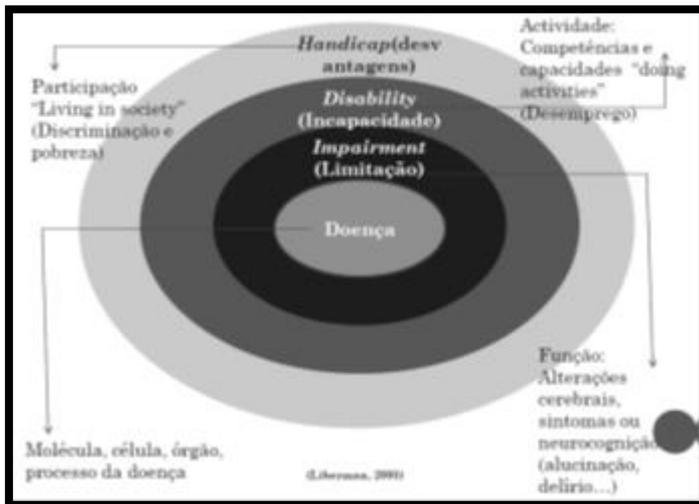
A **saúde mental comunitária** diz que se a pessoa tiver acesso aos recursos existentes na comunidade poderão melhorar, crescer e fortalecer-se. Este processo chama-se de **RECOVERY** e faz-se através de redes de suporte, grupos de ajuda mútua, etc.

#### O que são Perturbações persistentes e incapacitantes?

→São aquelas que envolvem mudanças duradouras no funcionamento da pessoa, tornando-a mais propícia a ter problemas para viver produtivamente na comunidade.

#### **Problemas que as pessoas PMG apresentam:**

- × Dificuldades nas AVD
- × Dificuldades nas relações interpessoais
- × Baixa auto-estima
- × Falta de motivação
- × Falta de adesão aos programas terapêuticos



**CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS**

**Fatores que influenciam a função social e o funcionamento profissional:**

- Ambientais (estigma, apoios sociais, stressores sociais, oportunidades,...)
- Complexidades do papel social (expectativas e normas sociais, fatores contextuais e dificuldades,...)
- Individuais (sintomas psiquiátricos, motivação, efeitos da medicação, dificuldades cognitivas,...)
- Serviços de Reabilitação (psicoeducação familiar, serviços de apoio,...)

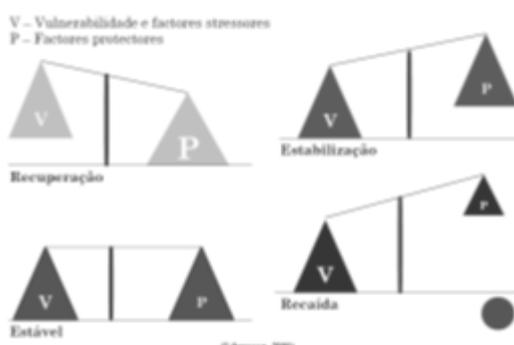
**CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE MENTAL**

- ➔ Ter diagnóstico de esquizofrenia, perturbação do humor ou perturbação invasiva do desenvolvimento
- ➔ Duração do tratamento de 2 ou mais anos
- ➔ Disfunção psicossocial extrema
- ➔ Pontuação igual ou inferior a 50 na Global Assessment of Functioning Scale

**RECOVERY**

Nova conceção de recuperação da doença mental que requer a descoberta por parte da pessoa e profissionais dos seus pontos fortes e atributos que possibilitem a

Envolve MUDANÇA de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, habilidades e ou funções



➔ Os profissionais facilitam a recuperação, que pode ser facilitada também pelo sistema de apoio do doente natural

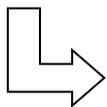
**Valores fundamentais para o recovery:**

- ✓ Orientação para a pessoa
- ✓ Envolvimento da pessoa
- ✓ Autodeterminação/escolha
- ✓ Potencial de crescimento

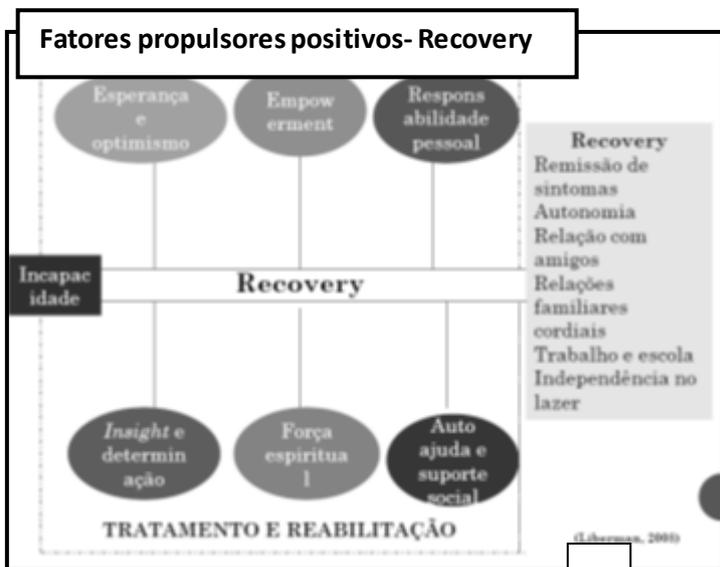
→ Sendo o RECOVERY uma condição humana, as pessoas que estão envolvidas no processo podem ajudar (família, grupos de ajuda, amigos,...)

**RECOVERY ≠ REABILITAÇÃO**

- **A REABILITAÇÃO** refere-se a serviços e técnicas que são disponibilizadas às pessoas com problemáticas de saúde mental para que aprendam a adaptar-se ao mundo com sucesso
  - **Reabilitação psiquiátrica** tem como objetivos: emancipação do dte, redução do estigma, melhoria da competência social e individual, criação de um sistema de apoio social de longa duração. Recuperar as aptidões práticas necessárias para viver em comunidade.
- **O RECOVERY** refere-se á experiência vivida ou real de uma pessoa à medida que aceita e ultrapassa o desafio da sua situação e vulnerabilidade.



SÃO 2 PROCESSOS **INTERDEPENDENTES**: alcançar os objetivos na reabilitação influencia o processo de Recovery e as mudanças interiores que neste acontecem melhoram o desempenho de papéis

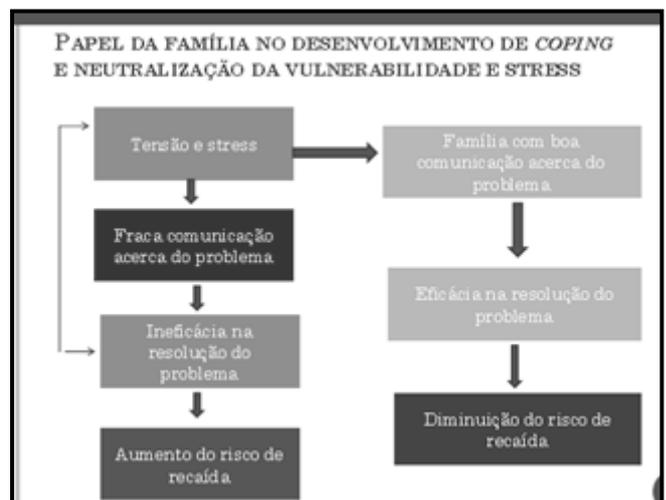


**MODELO DE REABILITAÇÃO PSIQUIÁTRICA E O MODELO MÉDICO TRADICIONAL**

Aspecto do Cuidado	Reabilitação Psiquiátrica	Reabilitação Médica Tradicional
Foco	Bem-estar e na saúde	Doença e sintomas
Base da pessoa	Capacidades e comportamento funcional	Deficiências e funcionamento intrapsíquico
Contexto	Natural	Institucional
Relacionamento	Adulto para adulto	Especialista para adulto
Medicação	Apropriada, com tolerância para alguns sintomas	Até obter o controlo dos sintomas
Decisões	Planeamento em parceria com o doente	O médico toma as decisões e prescreve o tratamento
Ênfase	Qualidades, auto-ajuda e interdependência do doente	Dependência e obediência

Envolvendo a família no tratamento e reabilitação tem 3 sobrecargas: financeira, desenvolvimento de rotinas familiares, e manifestações de doença física e emocional

**PSICOEDUCAÇÃO:** ajudar os doentes e seus familiares a aprender o que precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e problemas quotidianos



## PSICOPATOLOGIA E SAÚDE MENTAL

### PSIQUIATRIA

- Especialidade médica que se ocupa do estudo, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças psiquiátricas
- Centra-se na pessoa doente e socorre-se de outras disciplinas

### PSICOPATOLOGIA

- Estuda os estados psíquicos patológicos
- Fundamenta cientificamente a psiquiatria
- Avalia o estado de diversas funções psíquicas e procura detetar e descrever as suas alterações

### **PSICOPATOLOGIA DO PENSAMENTO**

A avaliação do conteúdo e do processo do pensamento é crucial para a avaliação do estado de saúde mental da pessoa, é baseada na exploração da linguagem verbal e não verbal.

### **PROCESSO DO PENSAMENTO**

#### **1- Alterações da conexão e da organização**

- Circunstancialidade (falar à “volta” do tema)
- Tangencialidade (Desviar a conversa)
- Afrouxamento das associações (sem lógica)
- Fuga de ideias (frases incompletas seguidas)
- Salada de palavras (palavras sem ligação aparente ou significado; forma extrema de afrouxamento das associações)
- Bloqueio do pensamento

#### Alguns exemplos:

**1.**

Caro Sr.:  
Esta pessoa está em desequilíbrio grave do equilíbrio físico e mental do seu corpo. Tem tecidos cancerosos malignizados dormentes nas pernas. A fotossíntese química estava a programar visualmente a minha reacção química às mesmas tensões reprimidas. Digo que tenho visto os meus filhos com roupa suja e esfarrapada, e falta de higiene da pele. Que o pai adoptivo não tem personalidade feminina. Ela tem falta de resposta à coordenação da sua higiene pessoal, uma imagem visual da mente, deu-me uma intoxicação das agressões hostis dominantes da sua natureza prévia. Ela demonstrou violência aos meus filhos na minha presença. Obrigado por um serviço lindamente suficiente.

**Afrouxamento de associações**

**2.**

Estou aqui porque a minha mãe me mandou. Ela trouxe-me de carro. O carro é um Lincoln, o Lincoln é o meu presidente preferido. Não sei porque o mataram. Eu nunca pensei em matar ninguém porque eu gosto muito das pessoas, mas só o meu cão é que gosta de mim. Os cães têm uma vida horrível, sempre enjaulados e espancados a toda a hora. As pessoas são enjauladas na prisão. Será que posso ir preso por tocar nas mulheres? Gosto de mulheres mais velhas...

**Fuga de Ideias**

#### **2- Alterações específicas do processo de pensamento (Outras particularidades)**

- Ecolália (repetição de frases e perguntas feitas pelo entrevistador)
- Neologismos (palavras novas, inventadas pelo doente)

- Perseveração (Repetição involuntária de uma atividade verbal ou motora, a mesma palavra ou frase repetida fora do contexto)

## CONTEÚDO DO PENSAMENTO

### DELÍRIOS

- Falsas crenças
- Alteração primária do pensamento, com conteúdo impossível, mas o indivíduo tem convicção da veracidade da sua interpretação.

#### 1. Delírio de Perseguição e Controlo

- *Delírio paranóide*, frequentemente associados
- os mais frequentes na Esquizofrenia
- o doente **sente-se em perigo e/ou ameaçado, pode sentir que o controlo e a perseguição se realiza por sofisticados mecanismos**, que de alguma forma modificam a sua mente; pode queixar-se que lhe **roubam o pensamento** ou que todo o seu pensamento é fruto de forças externas; pode surgir associado à sensação de **difusão do pensamento** julgando o doente que os seus pensamentos são sonoros ou se difundem

#### 2. Delírio místico

- sente-se uma **personagem religiosa ou um eleito** para realizar uma missão

#### 3. Delírio de Ciúmes

- convicção falsa que deriva de **ciúmes patológicos** de que o companheiro lhe é infiel;
- frequente no alcoolismo crónico e perturbação delirante crónica

#### 4. Delírio Erotomaníaco

- doente sente-se **amado** por uma pessoa muito distinta acreditando que deve **ocultar a relação** por convencionalismo social
- frequente nas mulheres

#### 5. Delírio de Culpa

- sente-se **indigno e culpado de todos os males** que lhe sucedem ou à família, achando que a sua vida será sempre um “inferno merecido”

#### 6. Delírio de Ruína

- referem estar num **estado de máxima pobreza** e carentes de bens indispensáveis à família

#### 7. Delírio Hipocondríaco

- **2 tipos:**
  - Delírio de Cottard (crença delirante de que se encontra morta, não existe, está em putrefacção ou ficou sem sangue/órgãos)

- Delírio de Infestação (vivência de agressão sobre o próprio corpo por agentes estranhos) → frequente esquizofrenia

#### 8. Delírio Megalómano ou de Grandeza

- falso aumento dos valores subjetivos (talentos extraordinários), julgando-se possuidor de fortunas imensas ou lugares sociais de destaque
- frequente na bipolaridade

#### OBCESSÕES

- Pensamentos intrusivos, indesejados e desagradáveis, que não conseguem ser suprimidos pela vontade da pessoa (egodistônicos)
- frequente nas POC, perturbações de humor e ansiedade

#### IDEACÃO SUICÍDA E HOMICÍDA

- Varia na sua intensidade; avaliar a sua presença/ausência e a avaliação da sua gravidade
- Desejo de morte (passivo ou ativo)

#### PSICOPATOLOGIA DA PERCEÇÃO

→ **A função senso-perceptiva** traduz-se pela capacidade da pessoa apreender na sua consciência os objectos do mundo, ou mesmo o próprio mundo; capta intuitivamente (órgãos sensoriais) e integra com significado (consciência reflexiva).

Alucinoses	}	<b>Alterações perceptivas</b>
Ilusões		
Alucinações		

→ Podem ocorrer em qualquer das modalidades sensoriais, na ausência de qualquer estímulo e podem ser simples ou complexas

#### **ALUCINOSES**

- Estado alucinatório agudo, resultantes da consciência-vigília ou da ação de substâncias de natureza orgânica (intoxicação alcoólica, substâncias psicoativas, neurológicas).
- Imagem patológica que possui todas as características da imagem alucinatória, menos a convicção de realidade ou participação do eu.
- O individuo reconhece aquela experiência perceptiva como algo estranho a si mesmo- **experiência perceptiva egodistónica**.

**Alucinose alcoólica** – vozes que tratam o doente na terceira pessoa; existe preservação da crítica e níveis normais de consciência neurológica

**Alucinose visual**- encontrada em patologias e tumores neurológicos e abuso de drogas alucinogénicas

## ILUSÕES

- Presença real de um estímulo ou um objeto com deformação do percebido
- São mais frequentes as visuais, mas podem ser auditivas, olfativas, etc

## ALUCINAÇÕES



Percepção clara, definida e convicta de um objeto inexistente

### **Alucinações Auditivas**

(Esquizofrenia, episódios maníacos, depressão)

- Algumas formas descritas deste fenómeno são: precedência exterior e interior, sonorização (eco do pensamento), dialogantes, reveladoras, insultantes, ameaçadoras, imperativas, comentadoras
- São frequentes na fase inicial de Esquizofrenia, perdendo intensidade com evolução da doença; o doente ouve vozes que falam ou dialogam entre si, sobre os seus pensamentos
- A perda do Insight é inevitável
- Os doentes nem sempre referem espontaneamente as alucinações, é necessário inferir o sintoma através de uma observação cuidada.

### **Alucinações visuais**

(Alteração orgânica cerebral, intoxicações por drogas alucinogénicas)

- O doente vê objetos ou seres reconhecíveis (ex: **zoopsias**, são características do delirium tremens: o doente vê pequenos animais que lhe induzem intenso medo)

### **Alucinações Táteis**

(Psicoses tóxicas, carcinomas mediastino e pulmão)

- Geralmente são reportadas à derme. Podem ser sensações de animais pequenos circulando por debaixo da pele. Podem apresentar escoriações

### **Alucinações Olfato-Gustativas**

(Epilepsia do lóbulo temporal, esquizofrenia, processos traumáticos, oncológicos)

- Trata-se de odores ou sabores raramente agradáveis

### **Alucinações Somáticas ou Cinestésicas**

(Esquizofrenia, depressão grave)

- Raramente surgem isoladas.
- Referidas ao interior do corpo ou alguma das suas partes.
- O doente refere que sente os seus órgãos mortos ou em decomposição

### **Alucinações Hipnopómpicas**

(vigília-sono)

- Transição entre o sono e o estado de alerta (acordar)

### **Alucinações Hipnagógicas**

(sono-vigília)

- Ocorrem entre o estado acordado e a dormir (adormecer)

**As alucinações hipnagógicas e hipnopómpicas parecem ser estados semelhantes aos sonhos e não são necessariamente indicadoras de patologia**

Associadas à narcolepsia (ataques súbitos, inevitáveis, incontroláveis e inadequados de sono)

## **PERTURBAÇÕES DO ESPETRO DA ESQUIZOFRENIA E OUTRAS PERTURBAÇÕES PSICÓTICAS**

Estas perturbações caracterizam-se por terem por definição **sintomas psicóticos**

referem-se à presença de delírios e alucinações, podendo também incluir comportamentos e discurso gravemente desorganizado. Também podem ocorrer durante a evolução de outras perturbações (mas não como característica) - delirium, demência, perturbações de humor com características psicóticas.

→ As perturbações do espectro da Esquizofrenia e OPP incluem a esquizofrenia, outras perturbações psicóticas e perturbação esquizotípica (da personalidade).

São definidas por alterações em um ou mais dos 5 domínios de sintomas psicóticos.

**Presença de SINTOMAS PSICÓTICOS:** → Perda do limite do “eu” com incapacidade para avaliar o real

### **1. Delírios**

→ Delírios de Referência (crença de que certos gestos ou comentários, estímulos do ambiente são dirigidos ao próprio)

→ Delírios Nilísticos (convicção de que uma grande catástrofe vai ocorrer)

Os delírios que expressam uma falta de controlo sobre a mente ou o corpo são habitualmente considerados bizarros. A crença de que os pensamentos de alguém foram removidos por alguma força exterior (**Roubo do pensamento**), que pensamentos estranhos ao próprio foram colocados na sua mente (**Inserção do pensamento**) ou que as ações ou o corpo de um indivíduo estão a agir ou a ser manipulados por uma força exterior (**delírio de controlo**).

### **2. Alucinações**

→ Experiências de tipo perceptivo que ocorrem sem estímulo externo.

→ São vividas e dadas, com toda a força das percepções normais, e não estão sobre controlo voluntário.

→ Podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial, mas as alucinações auditivas são as mais comuns na esquizofrenia e perturbações relacionadas.

→ As alucinações devem ocorrer no contexto do estado vígil

### 3. Pensamento e Discurso Desorganizado

- Perturbação formal do pensamento que é tipicamente inferido a partir do discurso do indivíduo

- Pode mudar de um assunto para outro (**descarrilamento ou afrouxamento de ideias**)
- Pode respostas que dá podem estar obliquamente relacionadas ou completamente não relacionadas com as perguntas (**tangencialidade**)
- Pode ter um discurso desorganizado de forma tão grave que se torna incompreensível (**salada de palavras**)

→ Um pensamento desorganizado menos grave pode ocorrer durante os períodos prodrômicos ou residuais da esquizofrenia.

### 4. Comportamento motor anormal ou grosseiramente desorganizado

- Vão desde o comportamento infantil – “puerilidade” – à agitação imprevisível.

- O comportamento catatônico é uma diminuição marcada da reatividade ao ambiente.

- Resistência às instruções (**negativismo**)
- Manutenção de postura rígida ou mesmo completa ausência de resposta verbal ou motora (**mutismo e estupor**)
- Atividade motora excessiva e sem objetivo e causa óbvia (**excitação catatônica**)
- Movimentos repetidos estereotipados, o olhar fixo, o fazer caretas e o eco do discurso

### 5. Sintomas negativos

- Responsáveis pela morbidade associada à esquizofrenia, e são menos proeminentes noutras perturbações psicóticas.

- Diminuição da expressão emocional
- Avolição (diminuição de envolvimento em atividades com objetivo e motivação própria)
- Anedonia (diminuição da capacidade de sentir prazer)
- Isolamento social
- Alogia (diminuição do débito do discurso)

## ESQUIZOFRENIA

Critérios para definição:

- A. Presença de **2 ou mais sintomas** acima descritos com duração de **mais de 1 mês** (ou menos se tratados com sucesso)
- B. Desde o início da perturbação, por um período de tempo significativo, **o nível de funcionamento em uma ou mais áreas principais**, tais como o trabalho, as relações interpessoais ou o autocuidado, está marcadamente abaixo do nível previamente atingido (ou, quando se inicia na infância ou na adolescência, não se

atinge o nível esperado de funcionamento interpessoal, académico ou ocupacional)

**C. Sinais contínuos de perturbação persistem pelo menos 6 meses**

→ Este período de 6 meses tem de incluir **pelo menos 1 mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso)** que preenchem o critério A (sintomas de fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrómicos ou residuais. Durante estes períodos os sinais da perturbação podem apenas manifestar-se por sintomas negativos ou pela presença de uma forma atenuada, de dois ou mais sintomas (critério A)

**D. Exclusão prévia de perturbação esquizoaffectiva e bipolaridade**

**E. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (ex: drogas) ou a outra condição médica**

→ A evolução habitual é crónica. Alguns doentes parecem ter uma evolução relativamente estável, outros um agravamento progressivo associado a uma incapacidade grave

**SINTOMAS POSITIVOS**

(reflectem uma distorção ou excessividade de funções)

- Incluem perturbações do pensamento (delírios), percepção (alucinações) e do discurso/comportamento desorganizado
- Surgem posteriormente aos sintomas negativos
- Respondem bem aos tratamento

≠

**SINTOMAS NEGATIVOS**

(reflectem perda ou diminuição da função)

- Induem perturbações emocionais, no pensamento e no discurso (alogia) e no comportamento (avolição)
- São dominantes no início da doença, surgindo primeiramente como características prodrómicas

**O rácio entre géneros difere entre amostras e populações:** enfâse nos sintomas negativos e numa duração maior da perturbação (associada a pior prognóstico) **mostra maiores taxas de incidência no género masculino**  
Desenvolvimento e curso: as características psicóticas da esquizofrenia emergem **tipicamente entre o final da adolescência e o meio da quarta década de vida**

**BOM Prognóstico:** Bom ajustamento pré-mórbido, aparecimento súbito, início tardio, sexo feminino

**MAU Prognóstico:** início insidioso, história familiar, sintomas negativos, idade precoce, sexo masculino, isolamento social, episódio inicial prolongado

### Qual o tratamento adequado?

- ✓ Psicofármacos (70% episódios agudos respondem bem aos antipsicóticos)
- ✓ Psicoterapia/terapia comportamental/treino de competências sociais
- ✓ Abordagem psicossocial e Recovery (tratamento assertivo na comunidade)

**Modelo Comunitário de Intervenção** preconiza que a pessoa, independentemente do seu diagnóstico, ou de qualquer outra vulnerabilidade, deve viver e manter-se na comunidade, mesmo nos momentos mais difíceis, com acesso aos recursos disponíveis.

O **Processo de Recovery** faz-se através de redes de suporte, de grupos de ajuda mútua e de participação em contextos naturais variados (prevenção da rutura pessoal e social e promoção da estabilidade e bem-estar)

### PSICOPATOLOGIA DA CONSCIÊNCIA

A consciência é um estado mental em que temos conhecimento da nossa própria existência e daquilo que nos rodeia.

“...para se obter uma **nota positiva na pauta da consciência** é indispensável:

1. estar acordado
2. ter uma mente operacional
3. ter, nessa mente, uma sensação automática, espontânea e directa do eu enquanto protagonista de experiência, por mais subtil que a sensação do eu possa ser”

**Vigília:** Condição prévia para o estado de consciência claro

**Clareza da Consciência (lucidez):** Funções perceptiva e cognitiva claras para experimentar como tais objetos que estão ao alcance do seu horizonte

**Consciência de si mesmo (do “eu”):** O sujeito reconhece-se a si mesmo como pessoa ativa e passiva, consciente da unidade do seu ser ao longo da sua vida, da qual faz parte a consciência da experiência e da realidade e a vivência do tempo.



Perturbações da consciência podem dividir-se em 3 campos:

#### **1- Alterações quantitativas ou sensoriais**

Referem-se ao nível alerta e de atenção e à capacidade para reagir apropriadamente e de forma compreensível a estímulos interno e externos

## Alterações Quantitativas ou Sensoriais

Hipervigília	Letargia/Sonolência	Obnubilação	Estupor	Coma e morte cerebral
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resulta da hiperactividade dos sistemas neurobiológicos que controlam a atenção e a alerta</li> <li>• Sensação subjectiva da "claridade mental"</li> <li>• Por exemplo: antecede início episódios maníacos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldade em manter as capacidades de alerta e de atenção, apesar do esforço</li> <li>• Pode existir uma distorção da memória e ligeira desorientação tempo</li> <li>• Apatia e lentificação;</li> <li>• Facilmente despertável: voz alta/ao toque</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difícil manter a pessoa alerta</li> <li>• Pode apresentar-se confusa e desorientada mesmo que mantenha certa cooperação</li> <li>• Alternam sintomas de excitação e irritabilidade com sonolência</li> <li>• Distorção das percepções auditivas e visuais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Só desperta com estímulos intensos</li> <li>• IMOBILIDADE (s/correção da postura)</li> <li>• Ocasionalmente respostas verbais são incoerentes e ininteligíveis</li> <li>• Conteúdos da consciência são inexploráveis</li> <li>• Pré-coma ou semi-coma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A morte cerebral declara-se</li> <li>• Cérebro deixa de responder à estimulação (coma profundo)</li> <li>• Ausência de reflexos</li> <li>• Apneia</li> <li>• EEG plano durante 30 min</li> <li>• Dilatação pupilar</li> </ul>

## 2- Alterações Qualitativas ou do Conhecimento

Alterações do Conhecimento			
Alterações globais		Alterações Circunscritas	
Estado Confusional	Delirium	Despersonalização e desrealização	Alterações da consciência corporal
Características comuns com delirium - identidade patológica - início súbito (horas ou dias) - ausência de sistematização delirante - repercussão +/- intensa no estado geral - curta duração - possibilidade de reversibilidade ao estado pré-morbido Confusão – incapacidade de distinção	Estado confusional pode evoluir para uma súbita desintegração da consciência caracterizada por: - delírios caóticos - alucinações - agitação psicomotora - desorientação parcial ou total Curta duração (1 a 2 semanas) Compromisso vital importante Delirium tremens	Perturbação subjectiva da consciência de si Associa sentimentos de - estranheza, - vazio interior - dúvida sobre a identidade de si - indecisão na acção Sentimento doloroso de não reconhecimento da integridade de si Desrealização – sentimento de irrealidade do mundo exterior Por ex: Esquizofrenia Psicoses agudas	Alterações circunscritas ao reconhecimento das partes do corpo Anosognosia (Hemiplegia) Astrognosia (objectos) Prosopagnosia (rostos) Membro fantasma (membro amputado)

Estados de Restrição e Dissociação da Consciência	
uma ruptura da continuidade do curso normal de ideias, pensamento, percepção um comportamento aparentemente normal	
Elementos psicopatológicos presentes:	Estados Crepusculares
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição do nível de alerta ou atenção</li> <li>• Desorientação temporo-espacial</li> <li>• Comportamento automático</li> <li>• Amnésia pós- crise</li> <li>• Ausência de delirium</li> <li>• Reacção sensorial parcialmente conservada</li> </ul>	<u>Causas:</u> Orgânicas (epiléticas (estado pequeno mal), traumáticas, tóxicas) Psicogénicas (sustos, pânico...) O indivíduo apresenta-se - confuso - perseverante (repetições automáticas verbais e motoras) - lentificado - expressão de perplexidade - automatismos - impulsões Ausência de sonolência

## PSICOPATOLOGIA DA ATENÇÃO

- Atenção é uma atividade psíquica de base que produz o fenómeno da concentração sobre determinados estímulos que podem ser sensoriais, cognitivos ou afetivos
- Não é considerada uma função psíquica autónoma mas sim integrada com outras atividades basais como a consciência, orientação e memória.

As **alterações mais acentuadas** da atenção são encontradas em **quadros de lesão ou disfunção orgânica**, mas podem surgir **alterações simples** e flutuantes **na maioria das perturbações psíquicas**.

Podem **ser associadas a influências exógenas** como alimentos, álcool e outras drogas; medicamentos e factores stressores que condicionam alterações significativas da eficácia da atenção e concentração

<b>ATENÇÃO</b>			
Produz o fenómeno da concentração sobre determinados estímulos que podem ser sensoriais, cognitivos ou afectivos			
<b>INATENÇÃO</b>		<b>DISTRACTIBILIDADE</b>	
Incapacidade para mobilizar a atenção ou alterar o foco de atenção perante estímulos externos		Alterações bruscas da atenção por incapacidade de ignorar os estímulos	
<b>Origem orgânica</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Característica dos estados agudos de causa orgânica, associada frequentemente com desorientação, perda memória e outras alterações cognitivas</li></ul>	<b>Origem psiquiátrica</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Acompanha todos os estados de inibição motora</li><li>• Epifenómeno que surge simultaneamente com a restante psicopatologia<ul style="list-style-type: none"><li>• Ex: esquizofrenia, depressão grave</li></ul></li></ul>	<b>Origem orgânica</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Estados crepusculares</li><li>• Dispersam atenção perante qq estímulo ext.</li><li>• Frequente nas intoxicações por álcool e outras substâncias psicoactivas</li></ul>	<b>Origem psiquiátrica</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Característica dos estados maníacos</li><li>• Perda da capacidade para manter a atenção, conservando a capacidade parcialmente para a focalizar ou alterar</li></ul>

### Perturbações da Atenção:

**Ativa** : focaliza a atenção num acontecimento interno ou externo

- Distratibilidade
- Inatenção
- Desatenção seletiva (bloqueio somente dos estímulos que geram ansiedade)
- Hipervigilância (atenção e focagem excessiva sobre estímulos internos e externos secundários)

**Passiva**: acontecimento interno ou externo, que atrai a atenção do indivíduo sem nenhum esforço consciente da sua parte

## PSICOPATOLOGIA DA ORIENTAÇÃO

**Orientação:** função mental complexa, que dá ao indivíduo a capacidade de situar-se em relação a si próprio e ao mundo, no tempo e no espaço

Pode ser 

- Alopsíquica** (relativa ao tempo e espaço)
- Autopsíquica** (relativa a si próprio e ao ambiente circundante)

ORIENTAÇÃO			
DESORIENTAÇÃO ORGÂNICA	DESORIENTAÇÃO AFECTIVO-VOLITIVA	DUPLA ORIENTAÇÃO	FALSA ORIENTAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda da capacidade para situar-se correctamente no lugar e tempo (mês, dia, morada...)</li> <li>• Predominantemente alopsíquica</li> <li>• Desorientação autopsíquica é menos frequente e representa um estado grave de confusão</li> <li>• Esta desorientação massiva é rara nos dtes com pert. psiquiátricas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É decorrente de factores emocionais, de alterações do humor e da vontade</li> <li>• Neuroses dissociativas e ansiosas</li> <li>• Depressões e episódios maníacos</li> <li>• Perturbações de personalidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qdo o dte se orienta simultaneamente ou de forma alternativa com seus parâmetros anormais e com os correctos</li> <li>• Ex<sup>o</sup> um dte esquizofrénico (com delírios e alucinações) pode orientar-se em relação ao espaço real do hospital e por sua vez substituir certos elementos desse espaço com elementos do seu delírio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ou «orientação confabulada»</li> <li>• Qdo o dte parece ignorar os parâmetros espaço-temporais e só se orienta pelas suas próprias coordenadas patológicas</li> </ul>

## PSICOPATOLOGIA DA MEMÓRIA

Atividade psíquica basal que inclui **3 capacidades:**

1. Fixação ou aquisição
  - a) Fixação imediata ou de curto prazo- **memória recente**
  - b) Fixação definitiva ou de longo prazo- **memória remota**

**2 tipos de memória a longo prazo:**

- **Memória processual** (implícita): recordar como se executa uma tarefa, mantendo-se intacta na maioria dos paciente amnésicos
- **Memória declarativa** (explícita) : informação e fatos verbais ou não (imagens ou sons); é continuamente consolidada ao longo do tempo e pode diminuir com o tempo; afetada nos doentes amnésicos

2. Armazenamento ou consolidação
3. Evocação

AMNÉSIAS			
Traduz-se pela perda total ou parcial da função mnésica			
Anterógrada	Retrógrada	Lacunar	Afectivas ou psicogénicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>Refere-se à incapacidade de aprender ou reter os novos factos (geralmente orgânico)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Traduz-se pela incapacidade para recuperar informação que tenha sido armazenada previamente ao início da perturbação (1 min após a lesão)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perda parcial da memória relativa a um período concreto (p. ex.: obnubilação consciência)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Refere-se aos estados de amnésia produzidos por fatores tipo emocional ou psicológico</li> <li>Em situações afetivas excecionais, tais como estados intensos de terror, medo, pânico</li> <li>Nas perturb. da personalidade múltipla (identidade dissociada) (geralmente há uma amnésia para a identidade respetivamente não presente)</li> </ul>

Recorda acontecimentos do passado prévios à lesão, porém é incapaz de reter info ou acontecimentos posteriores

### ALTERAÇÕES DA MEMÓRIA:

- Amnésias (traduz-se pela perda total ou parcial da função mnésica com incapacidade de reter (adquirir) e/ou recuperar (evocar) informação)
- Hipermnésias
- Paramnésias

Podem classificar-se segundo a causa (ex. pós-traumática, alcoólica, afectiva); modalidade (ex. visual, táctil, auditiva) e cronologia (anterógrada ou retrógrada)

HIPERMNÉSIAS	PARAMNÉSIAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Traduz-se pelo exacerbamento na evocação das recordações</li> <li>A recordação dos factos ocorre com detalhes que escapam às pessoas em estados normais</li> <li>Está relacionada com uma aceleração do ritmo psíquico geral</li> <li>Qdo ocorre a cap para fixação e conservação de novos acontecimentos fica diminuída (estados febris, induzida por substâncias psicoativas, vivência de situações de morte iminente, e na aura epilética)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Referem-se a deformações do processo de evocação de conteúdos previamente fixados</li> <li>As distorções envolvem a inclusão de detalhes, significados ou emoções falsas aos factos</li> <li>Confabulações</li> <li>Falsos reconhecimentos (Déjà-vu) ou desconhecimentos (Jamais-vu)</li> <li>(paixão súbita - reconhecimento não patológico)</li> <li>Regressões hipnóticas (pseudo recordações?)</li> </ul>

### PSICOPATOLOGIA DO HUMOR

→ O humor da pessoa é o conjunto interno de emoções predominantes num determinado momento.

#### Tipos de humor:

- Eutímico
- Disfórico
- Eufórico
- Irritado
- Ansioso
- Apático

PERTURBAÇÕES DO HUMOR					
EUTÍMICO	DISFÓRICO	EUFÓRICO	IRRITADO	ANSIOSO	APÁTICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Agradável</li> <li>Amigável</li> <li>Calm</li> <li>Confortável</li> <li>Eutímico</li> <li>Normal</li> <li>Sem alterações</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abatido</li> <li>Com remorsos</li> <li>Desanimado</li> <li>Desencorajado</li> <li>Disfórico</li> <li>Triste</li> <li>Sem esperança</li> <li>Sensação subjetiva desagradável, com irritabilidade, amargura, desgosto, ansiedade e inquietação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alegre</li> <li>Contente</li> <li>Entusiasmado</li> <li>Eufórico</li> <li>Extasiado</li> <li>Jovial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Combativo</li> <li>Enraivecido</li> <li>Frustrado</li> <li>Furioso</li> <li>Hostil</li> <li>Impaciente</li> <li>Irado</li> <li>Irascível</li> <li>Irritado</li> <li>Obstinado</li> <li>Teimoso</li> <li>Zangado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apreensivo</li> <li>Amedrontado</li> <li>Ansioso</li> <li>Assustado</li> <li>Aterrorizado</li> <li>Em pânico</li> <li>Excitável</li> <li>Preocupado</li> <li>Tenso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apagado</li> <li>Apático</li> <li>Embotado</li> <li>Monótono</li> </ul>

## **Perturbações que têm como característica predominante uma perturbação do humor:**

1. Diferentes episódios de alteração do humor:
  - Episódio Depressivo Major
  - Episódio Maníaco
    - \* Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com duração de pelo menos uma semana.
  - Episódio Misto
  - Episódio Hipomaníaco
  
2. Perturbações do humor
  - Os critérios estabelecidos para a maioria destas perturbações requerem a presença ou ausência, dos episódios do humor referidos acima.
  
3. Perturbações baseadas na Etiologia
  - Perturbação do Humor devida a um estado físico geral
  - Perturbação do Humor induzida por substância

## **PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA**

### **→ Episódio Depressivo Major**



Se presença de 5 ou mais dos seguintes sintomas:

- Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias
- Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias
- Perda de peso ou aumento significativo
- Insónia ou hipersónia quase todos os dias
- Agitação ou inibição psicomotora quase todos os dias
- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias

### **As Perturbações depressivas podem ser:**

- ✓ Comuns
- ✓ Graves (afeta maioritariamente as mulheres)
- ✓ Incapacitante
- ✓ Recorrente

### **Tratamento :**

- Farmacológico – Psicoeducativo – Psicoterapia
- Psicofarmacológico
- Antidepressivos (AD) são eficazes em 60-80% doentes
- Importância do período latência e possíveis efeitos secundários
- Tratamento no mínimo 6 meses após remissão (tratamento continuação)
- Tratamento de manutenção- Sempre na dose eficaz

### Perturbação Distímica

- Caracterizada pelo menos por 2 anos de humor depressivo, durante mais de metade dos dias, acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não preenchem os critérios para Episódio Depressivo Major.

## PERTURBAÇÕES BIPOLARES

**Bipolar I** – caracterizada pela presença de um ou mais episódios Maníacos ou Mistos habitualmente acompanhados por episódios depressivos Major.

**Bipolar II**- caracterizada pela presença de um ou mais episódios depressivos Major acompanhados por pelo menos um episódio hi pomaníaco.

## EXPLORAÇÃO PSIQUIÁTRICA

### **Métodos para avaliar o estado psicopatológico de uma pessoa**

1. OBSERVAÇÃO (aspeto, estado de vigília, atividade psicomotora, expressão afetiva)
2. ENTREVISTA (atenção, concentração, articulação da linguagem, pensamento)
3. EXPLORAÇÃO (avaliar funções)
4. TESTE PSÍQUICOS PSICOMÉTRICOS (capacidade de orientação, memória,..)

### **Instrumentos de recolha de informação para avaliação psiquiátrica**

#### 1- HISTÓRIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

- Identificação
- Motivo
- História atual
- História pessoal e familiar
- Antecedentes pessoais/familiares de saúde e desenvolvimento
- Personalidade prévia
- Situação atual

#### 2- EXAME MENTAL



#### EXAME MENTAL

→ O exame mental corresponde a um corte transversal no estado e sintomatologia do doente

→ Representa a síntese da observação psiquiátrica e as impressões num determinado momento, constituindo um importante meio para avaliar a evolução de um quadro clínico.

### **Proposta de organização do Exame Mental:**

#### **1. Apresentação (Aspeto, Atitude)**

- Vem por vontade própria ou “forçado” por alguém
- Crítica sobre a doença

- Idade aparente
- Posição
- Vestuário
- Higiene e cuidado no vestir
- Contacto com o olhar
- Anomalias físicas evidentes
- Outras características particulares

## **2. Motricidade/Linguagem/Discurso**

- Motricidade geral: lento, apático, estático, inquieto/agitado, hiperativo
- Postura e alinhamento corporal (tenso, flácida, expansiva, retraída)
- Expressão facial
- Coordenação de movimentos
- Apraxias (movimento inadequado à função)
- Disfasia (não é capaz de nomear objetos embora os reconheça)
- Afasias (perturbações primárias da linguagem)
- Afasia de Wernicke (incapaz de compreender) e Afasia da Broca (compreende o que se diz mas não consegue responder)
- Alterações motoras: tiques involuntários, tremores, perseveração (incapacidade de mudar de uma tarefa para outra), ecopraxia (repetição involuntária dos movimentos)

## **3. Contacto**

- Cordial
- Superficial
- Exuberante
- Hostil
- Indiferente
- Negativista

## **4. Estado de consciência, orientação e atenção**

- Parâmetro fundamental para a valorização de toda a psicopatologia
- Consciência de si e do meio envolvente; Estado vígil, clareza de consciência e consciência do Eu e do mundo exterior
- Orientação autopsíquica (relação a si próprio)
- Orientação alopsíquica (tempo e espaço)
- Atenção: activa (quando o indivíduo foca a atenção em algum acontecimento externo ou interno) e passiva (quando é o acontecimento interno ou externo que atrai a atenção do indivíduo)

## **5. Humor, afetividade e ansiedade**

- Humor (tonalidade afectiva que predomina num determinado momento)
- Estado de humor (estado emocional que dura já há algum tempo) eutímico; disfórico; eufórico; irritado; ansioso e apático

- Afectos (sintónicos, superficiais, profundos, inadequados, indiferença, ambivalência, labilidade, etc.)
- Ansiedade (ligeira, moderada, grave)

## **6. Pensamento**

- Processo do pensamento
- Alterações do Conteúdo

## **7. Alterações da percepção**

- Alucinoses
- Ilusões
- Alucinações
- Alucinações Hipnagógicas
- Alucinações Hipnopômicas

## **8. Alterações da estrutura do “eu”**

- Podem ser devidas a perturbações da percepção, da memória, da consciência, a atividade delirante, a perturbações do afeto, a lesões orgânicas
  - Dissociação (perda da identificação temporal de si próprio)
  - Despersonalização (perda da identificação espacial de si próprio)
  - Desrealização (sensação de irrealidade do mundo exterior)
  - Auto-negação
  - Alteração da imagem-corporal

## **9. Memória**

- Amnésia
- Dismésia

## **10. Inteligência**

- Testamos a capacidade do indivíduo para resolver problemas e formar conceitos; usando palavras, número ou outros símbolos

## **11. Funções biológicas vitais**

- Fome (anorexia, polifagia, bulimia)
- Sede (polidipsia)
- Sono (insónia inicial, intermédia, terminal, hipersónia)
- Líbido (aumentada, conservada, diminuída)
- Instinto de conservação (ideação suicida, ideias de morte, auto flagelação)

## **12. Insight e Juízo crítico**

- Capacidade para perceber e avaliar adequadamente a realidade externa e separá-la dos aspetos do mundo interno ou subjetivo.

- Capacidade de autoavaliar-se adequadamente e ter uma visão realista de si mesmo, suas dificuldades e qualidades.
- Insight é uma forma mais complexa de juízo. Envolve um grau de compreensão do paciente sobre si mesmo, seu estado emocional, sua doença e as consequências desta sobre si, pessoas que o cercam e sua vida em geral.



**VER FICHA QUE FIZEMOS NA AULA!!**