



PSIQUIATRIA

INTRODUÇÃO

A psiquiatria ao longo da sua história traz alguns marcos ao atendimento do indivíduo com transtorno mental, como por exemplo, a revolução de Pinel, a introdução dos psicofármacos, o uso da psicoterapia, o desenvolvimento dos recursos terapêuticos e de diagnóstico, entre outros (Amarante, 1998).

Na década de 60, o italiano Franco Basaglia iniciava na Europa um movimento para repensar o tratamento dado a pacientes psiquiátricos. Ele questionava a forma autoritária e pouco humana como pessoas com transtornos mentais eram tratadas, mantidas isoladas e sob condições que acabavam por anular sua individualidade. Era o início da idéia de reforma psiquiátrica, que no Brasil ganhou força na década de 70 e hoje em dia se traduz nas demandas do movimento antimanicomial e nas vitórias que as pessoas e instituições ligadas ao tema já obtiveram (idem).

O maior exemplo dessas conquistas é a promulgação da lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que encerra muitos dos pontos pelos quais a luta antimanicomial vem batalhando. "A lei foi finalmente aprovada, depois de 12 anos de tramitação. Mas houve todo um processo anterior com a criação de leis estaduais e a própria criação e operação de unidades que integram a rede de trabalhos substitutivos".

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (Brasil 2005). Essa Reforma é a ampla mudança do atendimento público em Saúde Mental, garantindo o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade; É amparada pela lei 10.216/2001, conquista de uma luta social que durou 12 anos; Significa a mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio na família e na comunidade; O atendimento é

feito em Caps - Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centros de Convivência; As internações, quando necessárias, são feitas em hospitais gerais ou nos Caps/24 horas; Os hospitais psiquiátricos de grande porte vão sendo progressivamente substituídos.

O surgimento da Instituição Psiquiátrica

Na antiguidade, as pessoas com distúrbios mentais eram tratadas por membros de instituições religiosas que cultuavam Asclépios (deus da medicina na mitologia grega). No início da Idade Média, os doentes mentais conviviam com os demais doentes nas casas de tratamento a eles destinadas. Ainda na Idade Média, a doença mental passou a ser considerada uma obsessão provocada pelos demônios. As mulheres eram vistas como bruxas, e os procedimentos curativos iam do exorcismo à tortura e fogueira (Ramadam & Assumpção JR., 2005).

Segundo esses autores o primeiro asilo para doentes mentais foi fundado em Hamburgo na Alemanha em 1375. O segundo em Valência na Espanha, no ano de 1410, quando teve início o reconhecimento da pessoa portadora de transtorno mental, e a busca da sua cura por métodos acumulados desde a Idade Clássica (idem).

Nas sociedades pré-capitalistas, o louco e a loucura eram considerados como de responsabilidade da família. Na ausência desta, tornava-se uma questão pública, de justiça ou de deliberação do rei (Rosa, 2003).

Historicamente, durante muito tempo, a loucura foi tida como livre expressão do homem. No renascimento, por exemplo, os loucos faziam parte da paisagem da cidade, ou seja, viviam livremente. Contudo, isso foi se modificando progressivamente. Com a queda do Antigo Regime e o advento da burguesia, e por extensão, do capitalismo, surge um novo olhar para a questão da loucura, sobretudo a partir dos séculos XVII e XVIII que, com o ideário do Iluminismo valoriza o homem pela via da razão (idem).

Segundo Rosa (2003), o conhecimento é iluminação, esclarecimento, e tem como concepção de realização humana a liberdade. A essência do Iluminismo consistia em libertar o homem da ignorância, do mito, através do uso da razão como instrumento emancipatório de autogoverno humano. No entanto, a loucura põe em xeque seu funcionamento, a razão. Dentro da lógica burguesa, a loucura era considerada como algo incompatível com suas idéias, pois o louco não podia participar de sua

racionalidade. Estava posto, então, as bases ideológicas de legitimação da exclusão e segregação do louco (Rosa, 2003).

Já no século XVII, os ditos loucos começaram a ser encarcerados, pois o mercantilismo, ideário burguês, valorizava a população consumidora, descartando aqueles que não tinham condições de contribuir com a economia, produção, comércio e consumo. Sobre tudo na Europa, o mundo da loucura havia se tornado o mundo da exclusão social. Inicia-se então a criação de estabelecimentos de internação como uma maneira de se livrar dos aleijados, mendigos, idosos, bem como dos loucos (Belmont *et al*; 1998).

Através do novo estatuto de pobreza, a loucura passou a ser um objeto observável, compreendida não mais como algo sobrenatural e sim como limitação humana, já que se tornava o elemento fundamental de incapacitação para o trabalho.

No século XVIII surge o trabalho do médico francês Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, que teve o mérito de libertar os doentes mentais das correntes. Os asilos foram substituídos pelos manicômios, estes somente destinados aos doentes mentais. Desenvolveram-se com isso várias experiências e formas de tratamento nos hospitais La Bicêtre e Salpêtrière que se difundiram da França para o resto da Europa. A psiquiatria, visão científica da loucura, se estabelece como primeira especialidade médica na França a partir das idéias de Pinel, ganhando reconhecimento no tratamento da loucura.

Jorge (1999), ressalta que o avanço do capitalismo faz surgir críticas ao confinamento do louco, visto como força de trabalho desperdiçada e um peso morto para a sociedade da produção, sendo, portanto, necessário reeducar esse público para adequar-se às novas exigências do sistema.

No início do século XIX o tratamento do doente era uma releitura distorcida do tratamento moral de Pinel e utilizava medidas físicas e higiênicas como duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias e sangrias. Aos poucos, o que era considerado como uma doença moral passou também a ter uma concepção orgânica, de acordo com o pensamento de vários discípulos de Pinel. As técnicas de tratamento usadas pelos que defendiam as teorias organicistas eram as mesmas empregadas pelos adeptos do tratamento moral, todas com explicações e justificativas fisiológicas para sua utilização. A partir daí prevalecem as teorias organicistas da doença mental decorrentes de descobertas experimentais da neurofisiologia e da anatomia

patológica. Mesmo assim, entrando no século XX a idéia de submissão do louco persistia.

A Reforma Psiquiátrica

A primeira reforma psiquiátrica foi realizada por Philippe Pinel em 1793. Primeiro, ele denunciou as condições desumanas dos asilos da época, e, em seguida se empenhou em libertar os loucos das correntes, propondo uma nova lógica para a tutela: o tratamento moral e educativo. A imposição da nova ordem para o tratamento da doença mental era imperativa e o isolamento para a recuperação e socialização do doente fez-se necessário (Gondim, 2001).

Pinel reconhecia que sua obra se assemelhava a uma "reforma administrativa", já que naquele momento ele fora levado a classificar o espaço institucional, os pacientes, por meio de suas nosografias, e a estabelecer uma relação específica de autoridade, entre médico e doente, diante do espírito de ordem que imperava naquele momento histórico.

De acordo com Gondim (2001), as principais operações que fundamentavam a prática asilar eram:

- Isolamento do mundo exterior, de forma que o alienado pudesse ser dominado e não dominar;
- Constituição da ordem no asilo, no sentido de uma estrutura hierárquica a ser obedecida, bem como de uma disciplina em relação ao uso do tempo e do espaço;
- Relação de autoridade e soberania entre o médico e auxiliares com o alienado por intermédio da vigilância.

A ordem constituía-se na principal finalidade do tratamento asilar. O controle dos espaços e do tempo era uma forma de tornar aqueles alienados sociáveis, capacitados para o trabalho, educáveis. Como tratamento moral, o alienado deveria submeter sua liberdade às leis da realidade, ou seja, à educação e aos bons costumes, deixando para trás suas paixões, desejos, que estariam lado a lado com a irresponsabilidade (Gondim, 2001).

A proliferação e a superlotação nos hospícios até a metade do século XX, indicavam que o modelo de Pinel, já não era mais eficaz. Assim, na década de 1950 surgem os psicofármacos, e, em consequência, dá-se o esvaziamento

Disciplina Enfermagem Psiquiátrica – Material Exclusivo

Alunos do Curso Técnico em Enfermagem

dos manicômios. Surge então, a necessidade de se repensar essa estrutura. Até pouco tempo, o hospício mostra-se ineficiente, pois não é um espaço terapêutico, pelo contrário, ele contribui para reforçar e deteriorar a saúde mental. Em razão disso, algumas alternativas de reestruturação do atendimento à saúde mental vêm sendo moldadas. A Comunidade Terapêutica organiza-se na Inglaterra, na década de 1950, com a proposta de humanizar os hospitais psiquiátricos. Sua filosofia era a democracia das relações, onde todos deveriam participar na organização das atividades. Nesse novo modelo, todas as formas de comunicação e participação são valorizadas. Na mesma década, é instituída a Psiquiatria de Setor, na França, cujo objetivo é levar a psiquiatria à população, buscando evitar o isolamento e a segregação. Acompanhando essa transformação, é criada também na França, a Psicoterapia Institucional, um movimento de contestação ao modelo asilar tradicional que prima pela *“restauração do aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico”*.

Na década de 1960 surgem outros modelos de alternativas de atenção à saúde mental, tais como a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana.

A Psiquiatria Democrática Italiana ganha corpo em 1961, a partir da experiência de Franco Basaglia no hospital psiquiátrico em Gorizia, e se intensifica com a Lei nº 180 de 1978 chamada lei Basaglia, constituída a partir do movimento Psiquiatria Democrática, estabelecia mudanças no estatuto jurídico do paciente. Além de proibir novas internações e construção de novos hospitais psiquiátricos, a lei estabeleceu a abolição do estatuto de periculosidade do doente mental. Desta forma, o paciente tornava-se cidadão de pleno direito, mudando, com isso, a natureza do contrato de serviços por ele utilizados. Ao buscar a desconstrução dos aparatos científicos, legislativos, culturais e políticos que a sustenta, ela rompe com o paradigma clínico e psiquiátrico nacional (Basaglia, 1985).

Como relata Delgado,

“A reforma psiquiátrica reivindica a cidadania do louco. Embora trazendo exigências políticas, administrativas, técnicas - também teóricas - bastante novas, a Reforma insiste num argumento originário: os “direitos” do

doente mental, sua “cidadania”
(Delgado, 1992:29).

Rapidamente as idéias de Basaglia e sua experiência se difundiram e inspiraram inúmeras propostas de reformas psiquiátricas no mundo inteiro.

Reforma Psiquiátrica no Brasil

A tendência central da assistência aos loucos, no Brasil, desde seus primórdios, foi de excluí-los, num primeiro momento, junto com os desocupados, os inadaptados e perturbadores da ordem social nas santas casas, onde eles recebiam um tratamento diferente dos demais, amontoados nos porões, sem assistência médica, tendo seus sintomas reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos, condenados à morte por maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas. Neste período, eles não se diferenciavam das outras categorias marginais pelos conceitos nosográficos ou psicopatológicos e sim, pelos critérios de razão e desrazão. Posteriormente, com o surgimento da psiquiatria, os mesmos passaram a ser colocados em hospícios e considerados doentes mentais.

Os primeiros hospícios vieram responder à demanda de organização das cidades, relacionada com o projeto ideal (valores morais, éticos e políticos) da sociedade moderna que estava se constituindo no país. A partir da inauguração do Hospício D. Pedro II, em 1852, houve uma constante necessidade de ampliação e solidificação deste equipamento como única forma de tratamento dos doentes mentais (Araújo, 1999).

Aos poucos a psiquiatria foi-se tornando científica, reconhecida como especialidade médica e foi avançando nos estudos anátomo-clínicos que relacionavam a doença com dano cerebral, passando-se a compreendê-la numa abordagem biológica (Silva Filho, 1987). Esta abordagem localiza fatores internos ao indivíduo como causa da doença, sendo eliminadas todas as variáveis externas que podem contribuir para o desenvolvimento da mesma. Nesta lógica, as propostas de intervenção são a administração de psicofármacos e a contenção dos sintomas por meio da internação psiquiátrica (Lussi, 2003).

O período da ditadura militar compreendido entre 1964 a 1985, provocou sérias transformações sociais, políticas e econômicas no país. Estas transformações levaram a uma política de privatização da assistência e, conseqüentemente, a um sucateamento da saúde pública, devido à falta de investimento do governo. Na assistência psiquiátrica optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados que aumentaram rapidamente, pois os donos dos hospitais visavam obter lucro com as internações (Resende, 1987).

Enquanto os países europeus e os Estados Unidos vivenciavam um processo de transformação da assistência psiquiátrica com ênfase na desospitalização, os brasileiros assistiam a uma expansão dos leitos nos hospitais privados financiados pelo Estado. Para se ter uma idéia desta expansão, em vinte anos (de 1950 até 1970), a população brasileira cresceu 82% e a população dos hospitais psiquiátricos 213%. Este aumento resultou no agravamento da situação dos hospitais psiquiátricos brasileiros, com superpopulação, deficiência de pessoal, maus tratos, péssimas condições de hotelaria e pouca utilidade para o tratamento.

No final da década de 1970, aproveitando o momento político de redemocratização do país, os profissionais que trabalhavam nesses hospitais, de maneira organizada, denunciaram a violência, ausência de recursos para a área, negligência, utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social e reivindicaram a criação de projetos alternativos ao modelo asilar (Amarante, 2000).

O movimento de reforma sanitária que teve início na década de 1970 foi importante para impulsionar as transformações na área de assistência psiquiátrica. Esse movimento, que se concretizou por meio da realização de conferências de saúde, tinha como lema: a saúde como direito de todos e dever do Estado, e baseava-se em princípios como regionalização, hierarquização, participação comunitária, integralidade e equidade (idem).

Em 1987 realizou-se a primeira conferência de saúde mental, a segunda foi em 1992 e a terceira conferência aconteceu em 2001, com expressiva participação dos usuários e familiares. Nesta conferência discutiu-se a necessidade da reorientação do modelo assistencial, por meio de eixos fundamentais como: controle

social, acessibilidade e direitos, financiamento para a área e recursos humanos (Brasil, 2002).

Desde 1989 tramitava no Congresso Nacional uma lei de autoria do Deputado Paulo Delgado que só foi aprovada em 2001, após uma mobilização intensa dos trabalhadores da área, dos usuários, dos familiares e da mídia. Esta lei regulamenta os direitos do doente mental em relação ao tratamento, propõe a extinção progressiva dos manicômios, a substituição dos hospitais psiquiátricos por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória (Amarante, 2000).

Ao longo desses anos foi criada uma rede diferenciada e normalizada de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico: hospitais-dia, centros de atenção psicossocial, destacando-se o tipo III (com funcionamento 24 horas e aos finais de semana), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, centros de convivência, oficinas terapêuticas, serviços residenciais terapêuticos, entre outros.

Do continente europeu as influências vieram da França, da Inglaterra e, sobretudo, do movimento da psiquiatria democrática italiana. Esta experiência, que começou na década de 1960, teve como princípio básico romper com a lógica segregativa e violenta da instituição psiquiátrica e transformar as relações entre doente, médico, equipe hospitalar e sociedade (Basaglia, 1995).

A lei 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil, em vigência desde abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de atenção na Saúde Mental nos país. Foi constituída a partir de um novo paradigma que visa a reabilitação e a reintegração psicossocial do indivíduo adoecido mentalmente.

Teve como inspiração os fundamentos de Basaglia, e ampara-se nos pressupostos da "desinstitucionalização" que, segundo Rotelli (1990) é um processo que tem como palavra-chave o conceito de desconstrução, não só dos manicômios, como também dos saberes e das estratégias, todos referidos ao objeto abstrato, ou seja, à "doença".

Transformam-se os modos como as pessoas são tratadas, e o objeto deixa de ser a doença e passa ser a

Disciplina Enfermagem Psiquiátrica – Material Exclusivo

Alunos do Curso Técnico em Enfermagem

existência - sofrimento do indivíduo e sua relação com o corpo social, portanto, a ênfase não se centra mais no processo de cura e sim no projeto de "invenção de saúde". O olhar passa a ser direcionado à pessoa, sua cultura e vida cotidiana, tornando-se esta o objetivo do trabalho terapêutico e não mais a doença.

2000 – Portaria 106 – Serviço de Residência Terapêutica

2001 – Lei Federal 10.216 - Proteção e direitos dos portador de Sofrimento Psíquico, fim progressivo do leito psiquiátrico

2002 – Portaria 336 – Regulamenta o funcionamento dos CAPS

2003 – Lei Federal 10.708 – Programa de Volta pra Casa

2008

Portaria GM 154, de 24 de janeiro de 2008 – Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. A portaria recomenda que cada NASF conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental.

PT GM 1954, de 18 de setembro de 2008 - Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial (bolsa do Programa De Volta para Casa), instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.

2009

PT GM 1190, de 4 de junho de 2009 - Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.

2010

Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010

- Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPSad III.

Portaria nº 2.842, de 20 de setembro de 2010

- Aprova as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – SHR-ad.

Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de

2010 - Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas

Resolução nº 4, de 30 de julho de 2010, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária - Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança.

PSICOPATOLOGIA

O comportamento normal e o patológico (anormal / doença mental)

A flexibilidade, a alegria e a auto-estima, são as características mais importantes da normalidade.

A flexibilidade para o novo, para a mudança, para uma nova maneira de ser, não querer ser o dono da verdade são traços de normalidade. Na patologia ocorre a rigidez, no sentido de que a pessoa acha que sabe tudo, não aceita o novo. A rigidez é um traço patológico.

A alegria é característica de pessoas sãs e a melancolia de pessoa doentes. Essa alegria pode ser psíquica e/ou corporal. Na pessoa deprimida falta a alegria.

O distúrbio mental ocorre em todas as sociedades, embora os sintomas variem conforme a cultura. Normalmente, a personalidade de qualquer doente mental mostra sinais de inadaptação e excesso de algum comportamento. É importante frisar que para ser patológico, o comportamento deve ser uma constante na vida da pessoa.

Um comportamento que é considerado anormal em uma sociedade pode ser aceitável em outra, pode ocorrer inclusive que, numa mesma sociedade, certas formas de comportamento sejam aceitáveis para uma geração, mas não para as seguintes.

Toda doença mental e seus sintomas se desenvolvem a partir das interações da personalidade da pessoa com uma ou mais tensões. A tensão pode ser "interna" como resultado de alterações orgânicas e psicológicas no organismo ou "externa".

O conhecimento da etiologia dos distúrbios psíquicos ainda é rudimentar, embora esteja se desenvolvendo. Assim, a classificação dos distúrbios psíquicos é insatisfatória, mas como os profissionais da saúde precisam antecipar as conseqüências de qualquer doença, pesquisar e se comunicar entre si, torna-se necessária uma classificação. Os psiquiatras clínicos descrevem a personalidade em termos de estrutura mental que está *constante e regularmente presente em uma pessoa*. Uma síndrome é constituída por um certo número de sintomas que, quando agrupados, formam um padrão reconhecível.

Para que os profissionais da área da saúde reconheçam da mesma maneira um portador de transtornos mentais ou psíquicos há dois sistemas classificatórios importantes das doenças mentais e que foram desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Associação Psiquiátrica Americana (APA). O primeiro é o CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), publicado em 1992 e que contém a 10ª revisão do capítulo sobre Transtornos Mentais e de Comportamento. Todas as tradições e escolas da psiquiatria estão ali representadas, o que dá a este trabalho

seu caráter excepcionalmente internacional. A classificação e as diretrizes foram produzidas e testadas em muitas línguas. Nesta classificação os transtornos mentais estão em 11 categorias maiores compreendendo 99 tipos de doenças mentais.

Um outro sistema de classificação foi coordenado pela Associação Psiquiátrica Americana e é amplamente conhecido como DSM-IV ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição. É um manual mais específico, completo e complexo.

Classificação das doenças mentais, sinais sintomas e tratamento.

Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma doença incapacitante e crônica. Geralmente se inicia no fim da adolescência ou no começo da idade adulta de forma lenta e gradual. O período de conflitos naturais da adolescência e a lentidão de seu início confundem as pessoas que estão próximas. Os sintomas podem ser confundidos com "crises existenciais", "revoltas contra o sistema", "alienação egoísta", uso de drogas, etc. Os primeiros sintomas são: dificuldade de concentração, prejudicando o rendimento nos estudos; estados de tensão de origem desconhecida mesmo pela própria pessoa e insônia e desinteresse pelas atividades sociais com conseqüente isolamento. De modo geral, os sintomas podem ser classificados em três grupos: delírios e alucinações; distúrbios do pensamento e comportamentos estranhos; e sintomas negativos ou de déficit. Um indivíduo pode apresentar sintomas de um ou até três dos grupos. Os sintomas são suficientemente graves para interferir na capacidade laborativa, de se relacionar com as pessoas e de cuidar de si mesmo.

As pessoas que têm esquizofrenia podem perceber a realidade de maneira muito diferente dos outros à sua volta. A experiência de sentir o mundo e os acontecimentos alterados, devido às alucinações e delírios, pode gerar medo, ansiedade e confusão. Em parte devido a essas experiências incomuns, estas pessoas às vezes podem se comportar de maneira muito estranha. Podem, por exemplo, parecer distantes, alheias ou preocupadas. Podem ficar imóveis durante muito tempo sem proferir qualquer palavra. Em

outros momentos podem andar de um lado para o outro parecendo preocupados, vigilantes, alertas e insones.

Alucinações e ilusões são alterações da percepção comumente presentes nas pessoas que sofrem de esquizofrenia. **Alucinações** são percepções que ocorrem sem que haja um estímulo sensorial correspondente. Embora possam ocorrer sob qualquer forma sensorial – auditiva (audição), visual (visão), tátil (tato), gustativa (gosto) e olfativa (olfato) – escutar vozes que os outros não escutam é o tipo de alucinação mais comum na esquizofrenia. As vozes podem descrever, comentar ou mesmo criticar as ações da pessoa. Podem também aconselhar, dar ordens ou conversar entre si (várias vozes). **As ilusões**, por outro lado, ocorrem quando um estímulo sensorial existe, mas é incorretamente interpretado, por exemplo, pessoa vê uma sombra ou escuta um ruído e os interpreta como uma aparição ou mensagem.

Delírios são crenças pessoais falsas que não cedem frente à argumentação lógica ou evidências contrárias, e não

Tratamento: Os objetivos gerais do tratamento são a redução da gravidade dos sintomas psicóticos, a prevenção de recorrências de episódios sintomáticos e da deterioração associada do funcionamento do indivíduo. Os medicamentos antipsicóticos, a reabilitação e as atividades de apoio comunitário e a psicoterapia representam os três principais componentes do tratamento. Os medicamentos antipsicóticos costumam ser eficazes na redução ou eliminação de sintomas como os delírios, as alucinações e o pensamento desorganizado. Após o desaparecimento dos sintomas agudos, o uso contínuo de medicamentos antipsicóticos reduz substancialmente a probabilidade de episódios futuros.

Episódio Maior de Depressão

Um transtorno depressivo é uma doença que envolve o corpo, o humor e os pensamentos. Ele afeta a maneira da pessoa se alimentar e dormir, como ela se sente em relação a si própria e como se pensa sobre as coisas. Um transtorno depressivo não é o mesmo que uma tristeza passageira. As pessoas com uma doença depressiva não podem simplesmente “se acalmar” e melhorar. Sem tratamento os sintomas podem durar semanas, meses ou anos. Um tratamento apropriado, porém, pode ajudar muitas pessoas que sofrem de depressão. Os transtornos depressivos ocorrem em formas diferentes, tal como ocorre com outras doenças, como as doenças cardíacas. Os três dos tipos mais comuns de transtornos depressivos são: **Depressão maior** que se manifesta por uma combinação de sintomas que interferem na capacidade de trabalhar,

são coerentes com crenças ou conceitos compartilhados por pessoas do mesmo grupo ou comunidade. Os delírios podem abranger diferentes temas. Por exemplo, as pessoas que sofrem de sintomas do tipo paranóide – aproximadamente um terço das pessoas com esquizofrenia – geralmente têm delírios de perseguição, com idéias falsas de estarem sendo enganadas, traídas, envenenadas, ou de que existe uma conspiração ou um complô contra elas. Estas pessoas podem acreditar que elas, algum membro da família ou alguém próximo a elas é o foco da perseguição. Além disso, delírios de grandeza, em que a pessoa acredita ser alguém famosa ou importante, também ocorrem na esquizofrenia. Algumas vezes, os delírios são bizarros. Por exemplo, acreditar que um vizinho está controlando o seu comportamento através de ondas magnéticas; que as pessoas na televisão estão enviando mensagens especiais, ou que os seus pensamentos estão sendo irradiados para os outros.

Subtipos da esquizofrenia

estudar, dormir, alimentar-se e apreciar atividades anteriormente prazerosas. Esse episódio incapacitante de depressão pode ocorrer apenas uma vez, porém normalmente repete-se várias vezes na vida do indivíduo; **Depressão de menor gravidade**, a **distímia**, envolve sintomas crônicos e de longa duração que não incapacitam, mas impedem o indivíduo de funcionar bem ou de se sentir bem. Muitas pessoas com distímia também têm episódios depressivos maiores em algum momento da vida. Outro tipo de depressão é o **transtorno bipolar**. Não tão prevalente quanto outras formas de transtornos depressivos, o transtorno bipolar se caracteriza por alterações cíclicas do humor: graves altos (**mania**) e baixos (**depressão**). Às vezes, as oscilações do humor são dramáticas e rápidas, porém são normalmente graduais. No ciclo depressivo, um indivíduo pode ter qualquer um ou todos os sintomas de um transtorno depressivo. No ciclo maníaco, o indivíduo fica muito ativo, falante e com a sensação de ter muita energia. A mania afeta freqüentemente o pensamento, o julgamento e o comportamento social, causando problemas graves e constrangimentos. O indivíduo numa fase maníaca pode, por exemplo, se sentir eufórico, cheio de grandes planos, que podem ir de decisões comerciais insensatas a folias românticas. Deixada sem tratamento a mania pode piorar, chegando até um estado psicótico.

Sinais e sintomas: Nem todas as pessoas que estão deprimidas ou maníacas apresentam todos os sintomas. Algumas pessoas apresentam alguns poucos sintomas, outras têm muitos. A gravidade dos sintomas varia de acordo com os indivíduos e também ao longo do tempo.

Sintomas - Episódio Maior de Depressão

- Humor persistentemente triste, ansioso ou “vazio”
- Sentimentos de desespero, pessimismo
- Sentimentos de culpa, desvalia, impotência
- Perda do interesse ou prazer em atividades que eram anteriormente apreciadas, incluindo sexo
- Energia diminuída, fadiga, ficar “devagar”
- Dificuldade de se concentrar, recordar, tomar decisões
- Insônia, despertar precoce ou dormir demais
- Perda de apetite e/ou peso ou comer demais e ganho de peso

- Irritabilidade fora do comum
- Menor necessidade de sono
- Idéias de grandeza
- Falar demais
- Pensamento acelerado
- Aumento do desejo sexual
- Energia muito aumentada

o paciente já os teve antes e, em caso afirmativo, se os sintomas foram tratados e que tratamento foi dado avaliação. Há várias medicações antidepressivas e psicoterapias que podem ser usadas para se tratar transtornos depressivos. Algumas pessoas com formas mais leves podem evoluir bem somente com psicoterapia. Pessoas com depressão moderada a grave se beneficiam mais de antidepressivos. Muitas se dão bem com o tratamento combinado: medicação para obter um alívio relativamente rápido dos sintomas e psicoterapia para aprender maneiras mais eficazes de lidar com os problemas da vida, incluindo a depressão.

Transtornos de Ansiedade**Ansiedade**

A ansiedade é um sentimento de apreensão desagradável, vago, acompanhado de sensações físicas. As reações de ansiedade normais não precisam ser tratadas por serem naturais e auto-limitadas. Os estados de ansiedade anormais, que constituem síndromes de ansiedade são patológicas e requerem tratamento específico.

O **transtorno de ansiedade generalizada** é basicamente uma preocupação ou ansiedade excessivas, ou com motivos

- Pensamentos de morte ou suicídio; tentativas de suicídio
- Inquietação, irritabilidade
- Sintomas físicos persistentes que não respondem ao tratamento, como cefaléias, transtornos digestivos e dores crônicas

Sintomas Transtorno Bipolar de Humor

- Euforia anormal ou excessiva

- Juízo crítico deficiente
- Comportamento social inadequado

Tratamento: O primeiro passo para um tratamento apropriado da depressão é um exame físico. História completa dos sintomas, isto é, quando eles começaram, quanto tempo dura, qual sua gravidade, se

injustificáveis ou desproporcionais ao nível de ansiedade observada. Uma série de sintomas físicos podem estar associados à ansiedade, identificados por tensão muscular, inquietação, fadiga, falta de ar, taquicardia, sudorese, tontura, boca, seca, micção frequente, diarreia, dificuldade para dormir, problemas de concentração, irritabilidade e cefaléias.

Sinais e sintomas: A ansiedade patológica se manifesta da mesma forma como a ansiedade normal, ou seja, de múltiplas maneiras, tanto fisicamente como mentalmente. Uma das maneiras de diferenciar a ansiedade generalizada da ansiedade normal é através do tempo de duração dos sintomas. A ansiedade normal se restringe a uma determinada situação, e mesmo que uma situação problemática causadora de ansiedade não mude, a pessoa tende a adaptar-se e tolerar melhor a tensão diminuindo o grau de desconforto com o tempo, ainda que a situação permaneça desfavorável. Assim uma pessoa que permaneça apreensiva, tensa, nervosa por um período superior a seis meses, ainda que tenha um motivo para estar ansiosa, começa a ter critérios para diagnóstico de ansiedade generalizada.

Tratamento: As medicações como os tranquilizantes benzodiazepínicos ou a buspirona são eficazes assim como os antidepressivos. É curioso que os antidepressivos sejam eficazes porém empiricamente observamos esse fato: alguns antidepressivos com mais eficácia do que outros. Além das medicações, terapias também proporcionam bons resultados sendo muitas vezes recomendada a combinação de ambas as técnicas.

paciente.

Sinais e sintomas: Não há sintomas típicos de fobia social; como qualquer transtorno de ansiedade os sintomas são aqueles típicos de qualquer manifestação de ansiedade. O que caracteriza a fobia social particularmente é o desencadeamento dos sintomas sempre que a pessoa é submetida à observação externa enquanto executa uma atividade. Observa-se dentre os fóbicos tremores, sudorese, sensação de bolo na garganta, dificuldade para falar, mal estar abdominal, diarreia, tonteiras, falta de ar, vontade de sair do local onde se encontra o quanto antes. A preocupação por antecipação com as situações onde estará sob apreciação alheia, desperta a ansiedade antecipatória,

A **fobia específica** tem como característica essencial o medo acentuado e persistente de objetos ou situações claramente discerníveis e circunscritos. A exposição ao estímulo fóbico provoca, quase invariavelmente, imediata resposta de ansiedade com muitos sintomas físicos. Normalmente os objetos de fobia na fobia específica são animais, não necessariamente peçonhentos e as situações são aquelas que dizem respeito ao escuro, à altura, ao abafamento de ambientes fechados, à água dos rios e mares.

Sinais e sintomas: Medo acentuado e persistente, excessivo ou irracional, revelado pela presença ou antecipação de um objeto ou situação fóbica (por ex., voar, alturas, animais, tomar uma injeção, ver sangue). A exposição ao estímulo fóbico provoca, quase que invariavelmente, uma resposta imediata de ansiedade, que pode assumir a forma de um Ataque de Pânico ligado à situação ou predisposto pela situação.

Fobias

A **fobia social** é a intensa ansiedade gerada quando o paciente é submetido à avaliação de outras pessoas. Essa ansiedade ainda que generalizada não se estende a todas as funções que uma pessoa possa desempenhar. Na maioria das vezes concentra-se sob tarefas ou circunstâncias bem definidas. A intensidade desta reação de ansiedade é desproporcional ao nervosismo que esta situação exigiria das pessoas em geral, e isso é reconhecido pelo

fazendo com que o paciente fique vários dias antes de uma apresentação sofrendo ao imaginar-se na situação. Escrever, assinar, falar, cantar ou tocar um instrumento musical, comer ou beber, ser fotografado ou filmado, em público, dirigir, estacionar um carro enquanto é observado. Os pacientes com fobia social geralmente não conseguem dizer não a um vendedor insistente, compram um produto de que não precisam, só para se verem livres daquele vendedor, mas também nunca mais voltam àquele lugar. Os namoros muitas vezes são aceitos por conveniência e não por desejo verdadeiro. Os fóbicos sociais freqüentemente têm uma auto-estima baixa e julgam que devem aceitar a primeira pessoa que surge porque acham que não despertarão os interesses em mais ninguém.

A **fobia específica** tem como característica essencial o medo acentuado e persistente de objetos ou situações

Tratamento: O tratamento medicamentoso com o clonazepan ou os antidepressivos inibidores da recombinação da serotonina está bem claro e definido. A terapia cognitivo-comportamental vem apresentando bons resultados no tempo de um ou dois anos de duração.

Agorafobia

A agorafobia é o comportamento de evitação provocados por lugares ou situações onde o escape seria difícil ou embaraçoso caso se tenha uma crise de pânico ou algum mal estar.

Sinais e sintomas: O paciente é dependente de outras pessoas para sair de casa e fazer as coisas mais elementares como comprar um pão na padaria pode deixar de ir ao trabalho, ao médico, de ajudar quem dele precisa, Há pacientes que não toleram ficar sozinhos em casa, precisando ou exigindo a presença de alguém. Quando tenta

enfrentar ou permanecer em tais situações, pode ocorrer uma reação intensa de ansiedade com o aparecimento de sintomas, como: taquicardia, tremores, suor, boca seca, ondas de calor, rubor ou até um ataque de pânico.

Tratamento: A agorafobia é um transtorno resistente às medicações: ou ela remite espontaneamente ao longo do tempo, paralelamente ao tratamento dos transtornos relacionados com o pânico como a depressão, ou ela permanece. A terapia cognitiva comportamental é a única técnica eficaz conhecida para tratar a agorafobia.

Transtorno do Pânico

É definido como crises recorrentes de forte ansiedade ou medo. As crises de pânico são entendidas como intensas, repentinas e inesperadas que provocam nas pessoas, sensação de mal estar físico e mental juntamente a um comportamento de fuga do local onde se encontra, seja indo para um pronto socorro, seja buscando ajuda de quem está próximo. A reação de pânico é uma reação normal quando existe uma situação que favoreça seu surgimento. Estar num local fechado onde começa um incêndio, estar afogando-se ou em qualquer situação com eminente perigo de morte, a sensação de pânico é normal. O pânico passa a ser identificado como patológico e por isso ganha o título de transtorno do pânico quando essa mesma reação acontece sem motivo, espontaneamente.

Sinais e sintomas: O transtorno Obsessivo Compulsivo é caracterizado pela presença de pensamentos obsessivos (obsessões) e atos compulsivos (rituais) suficientemente severos para consumirem tempo (mais de uma hora por dia) ou causar sofrimento ou ansiedade acentuados.

Tratamento:

Os tratamentos mais modernos para o TOC, são feitos com medicamentos do grupo dos antidepressivos e a terapia cognitiva. A terapia de exposição, um tipo de terapia comportamental, freqüentemente ajuda os indivíduos com distúrbio obsessivo-compulsivo. Nesse tipo de terapia, o paciente é exposto a situações ou a pessoas que desencadeiam obsessões, rituais ou desconforto. O desconforto ou a ansiedade do paciente diminuem

Sinais e sintomas: A Síndrome do Pânico é caracterizada pela ocorrência de freqüentes e inesperados ataques de pânico. Os ataques de pânico, ou crises, consistem em períodos de intensa ansiedade e são acompanhados de alguns sintomas específicos como taquicardia, perda do foco visual, falta de ar, dificuldade de respirar, formigamentos, vertigem, tontura, dor ou desconforto no peito, medo de perder o controle, sensação de irrealidade, despersonalização, medo de enlouquecer, sudorese, tremores, náuseas, desconforto abdominal, calafrios, ondas de calor, medo de desmaiar, sensação de iminência da morte, boca seca.

Tratamento: O tratamento mais recomendado para o bloqueio das crises são os psicofármacos. Os antidepressivos de todos os grupos e os tranqüilizantes são eficazes no controle das crises. Atualmente mediante a disponibilidade de vários psicofármacos, dificilmente um paciente não melhora com alguma medicação.

Transtorno Obsessivo Compulsivo

Estado em que se apresentam obsessões ou compulsões repetidamente, causando grande sofrimento à pessoa. Obsessões são pensamentos, idéias ou imagens que invadem a consciência da pessoa. Há vários exemplos como dúvidas que sempre retornam (se fechou o gás, se fechou a porta, etc.), fantasias de querer fazer algo que considera errado (machucar alguém, xingar, etc.), entre vários outros. gradualmente se ele evitar de realizar o ritual durante exposições repetidas ao estímulo que o desencadeia. Desse modo, ele aprende que o ritual não é necessário para diminuir o desconforto. Em geral, o tratamento dura anos, provavelmente porque aqueles que conseguem aprender a utilizar esse método de auto-ajuda continuam a utilizá-lo como um modo de vida sem muito esforço após o término do tratamento.

Transtornos Alimentares

Anorexia

É o comportamento persistente que uma pessoa apresenta em manter seu peso corporal abaixo dos níveis esperados para sua estatura, juntamente a uma percepção distorcida quanto ao seu próprio corpo, que leva o paciente a ver-se como "gordo". Apesar das pessoas em volta notarem que o paciente está abaixo do peso, que está

magro ou muito magro, o paciente insiste em negar, em emagrecer e perder mais peso.

Sinais e sintomas: O paciente anoréxico tem uma distorção da imagem corpórea, um medo extremo da obesidade, a recusa em manter um peso corpóreo mínimo normal e que, nas mulheres, produz a ausência de períodos menstruais. Cerca de 95% dos indivíduos que sofrem de anorexia nervosa são do sexo feminino, se destacam pelo seu baixo peso. Isto significa que no seu próprio ambiente as pessoas não notam que um determinado colega está doente, pelo seu comportamento. O paciente com anorexia não considera seu comportamento errado, até recusa-se a ir ao especialista ou tomar medicações. Como não se considera doente é capaz de falar desembaraadamente e convictamente para os amigos, colegas e familiares que deve perder peso apesar de sua magreza. Normalmente, a anorexia nervosa é diagnosticada baseando-se na perda de peso acentuada e nos sintomas psicológicos característicos. O anoréxico típico é uma adolescente que perdeu pelo menos 15% de seu peso corpóreo, teme a obesidade, parou de menstruar, nega estar doente e parece saudável.

Tratamento: Em geral, o tratamento consiste em duas etapas: a primeira é a restauração do peso corpóreo normal; a segunda, a psicoterapia, freqüentemente complementada com um tratamento medicamentoso.

Bulimia

É o transtorno alimentar caracterizado por episódios recorrentes de "orgias alimentares", no qual o paciente come num curto espaço de tempo grande quantidade de alimento como se estivesse com muita fome. O paciente perde o controle sobre si mesmo e depois tenta vomitar e/ou evacuar o que comeu, através de artifícios como medicações, com a finalidade de não ganhar peso.

que o usuário venha tendo problemas decorrentes do uso de álcool durante 12 meses seguidos e preencher pelo menos 3 dos seguintes critérios: a) apresentar tolerância ao álcool, marcante aumento da quantidade ingerida para produção do mesmo efeito obtido no início ou marcante diminuição dos sintomas de embriaguez ou outros resultantes do consumo de álcool apesar da contínua ingestão de álcool. b) sinais de abstinência, após a interrupção do consumo de álcool a pessoa passa a apresentar os seguintes sinais: sudorese excessiva,

Sinais e sintomas: Episódios recorrentes de consumo exagerado e compulsivo de alimento, isto é, ingesta excessiva de alimentos num determinado período, acompanhado por uma sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio. Comportamento compensatório inadequado, recorrente, para impedir o ganho de peso, como vômitos auto-induzidos, uso incorreto de laxantes, diuréticos, enemas, outras medicações (purgação), ou exercícios excessivos. A ingestão excessiva e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana por 3 meses.

Tratamento: O objetivo primário do tratamento da bulimia é reduzir ou eliminar as compulsões alimentares e o comportamento de purgação. Com essa finalidade, são freqüentemente empregadas a reabilitação nutricional, intervenções psicossociais e estratégias de administração de medicações. O estabelecimento de um padrão de refeições regulares e sem excessos, a melhora das atitudes relacionadas ao transtorno alimentar, o encorajamento de exercícios saudáveis.

Alcoolismo

O alcoolismo é o conjunto de problemas relacionado ao consumo excessivo e prolongado do álcool; é entendido como o vício de ingestão excessiva e regular de bebidas alcoólicas, e todas as conseqüências decorrentes. O alcoolismo é, portanto, um conjunto de diagnósticos. Dentro do alcoolismo existe a dependência, a abstinência, o abuso. Síndromes amnésica (perdas restritas de memória), demencial, alucinatória, delirante, de humor. Distúrbios de ansiedade, sexuais, do sono e distúrbios inespecíficos. Por fim o delirium tremens, que pode ser fatal. Para se fazer o diagnóstico de dependência alcoólica é necessário

aceleração do pulso (acima de 100), tremores nas mãos, insônia, náuseas e vômitos, agitação psicomotora, ansiedade, convulsões, alucinações táteis. A reversão desses sinais com a reintrodução do álcool comprova a abstinência. Apesar do álcool "tratar" a abstinência o tratamento de fato é feito com diazepam ou clordiazepóxido dentre outras medicações. c) o dependente de álcool geralmente bebe mais do que planejava beber d) persistente desejo de voltar a beber ou incapacidade de interromper o uso. e)

persistência na bebida apesar dos problemas e prejuízos gerados como perda do emprego e das relações familiares.

A síndrome de abstinência torna-se mais perigosa com o surgimento do delirium tremens. Nesse estado o paciente apresenta confusão mental, alucinações, convulsões. Geralmente começa dentro de 48 a 96 horas a partir da última dose de bebida.

O Delirium Tremens é uma forma mais intensa e complicada da abstinência. Delirium é um diagnóstico inespecífico em psiquiatria que designa estado de confusão mental: a pessoa não sabe onde está, em que dia está, não consegue prestar atenção em nada, tem um comportamento desorganizado, sua fala é desorganizada ou ininteligível, a noite pode ficar mais agitado do que de dia.

PSICOFARMACOLOGIA

A psicofarmacologia tem como objetivo, a melhoria da qualidade de vida, seja através do tratamento dos transtornos psíquicos, controle dos casos crônicos ou mesmo no alívio dos sintomas incômodos.

Ansiolíticos

São medicamentos capazes de atuar sobre a ansiedade e tensão. Estas drogas foram chamadas de tranqüilizantes, por tranqüilizar a pessoa estressada, tensa e ansiosa. Quando falamos de ansiolíticos estamos falando, praticamente, dos Benzodiazepínicos. Os benzodiazepínicos são capazes de estimular no cérebro mecanismos que normalmente equilibram estados de tensão e ansiedade. Ultimamente as pesquisas têm indicado a existência de receptores específicos para os Benzodiazepínicos no Sistema Nervoso Central (SNC), sugerindo a existência de substâncias endógenas (produzidas pelo próprio organismo) muito parecidas com os benzodiazepínicos. Tais substâncias seriam uma espécie de "benzodiazepínicos naturais", ou mais precisamente, de "ansiolíticos naturais". Efeitos Colaterais: Do ponto de vista orgânico, os benzodiazepínicos são bastante seguros, pois são necessárias altas doses (20 a 40

vezes mais altas que as habituais) para trazer efeitos mais graves. Nessas doses pode haver hipotonia muscular, dificuldade grande para ficar de pé e andar, a hipotensão, sonolência, perda da consciência (desmaio). Com doses maiores a pessoa pode entrar em coma e morrer.

Antidepressivos

Os antidepressivos são drogas que aumentam o tônus psíquico melhorando o humor e, conseqüentemente, melhorando a psicomotricidade de maneira global. São vários os fatores que contribuem para a etiologia da depressão emocional e, entre eles, destaca-se cada vez mais a importância da bioquímica cerebral. Efeitos colaterais: Secura da boca, o que propicia o aparecimento de cáries: para contornar o problema a pessoa deve tomar pequenos e constantes goles de água e evitar gomas de mascar com açúcar; Constipação que deve ser regulado com enriquecimento de fibras na dieta e não com laxantes; Tonturas, zumbidos ou dores de cabeça, sedação; Ganho de peso e aumento do apetite; Produz leves arritmias cardíacas; Diminuição do desejo sexual; Embaçamento da visão; Sensação de cansaço e fraqueza muscular. Todos esses efeitos são reversíveis e desaparecem quando a medicação é suspensa. Não é possível saber antes de tomar a medicação quais efeitos e com que intensidade eles se manifestarão: alguns pacientes são muito sensíveis à medicação, outros toleram com facilidade. As indicações para o uso dos antidepressivos vêm, progressivamente, sofrendo ampliação, de acordo com o melhor entendimento sobre a participação dos elementos emocionais em outros transtornos médicos, além da própria depressão. Indicações Formais: estados depressivos, estados ansiosos (Pânico), estados fóbicos, estados obsessivo-compulsivos, anorexia, bulimia.

AURORIX	
MOCLOBEMIDA	
PARNATE,	
TRANILCIPROM	
EFEXOR	
VENLAFAXINA	
TRAZODONA	Lorazepam, Lorax,
TIANEPTINA	Mesmerin
PROLIFT	ORAZEPAM
REBOXETINA	Ansitive,
REMERON	Kalmociteno,
MIRTAZAPINA	GAZEPAM
TOLVEN	Elum, Olcadil
MIANSERINA	GLOXAZOLAM
LUVOX	sicosedim
FLUOXAMINA	CLORDIAZEPOXIDO
AMINEPTINA	Bivotril
NOVATIV,	CLONAZEPAM
SERTRALINA	Frizium, Urbanil
AROPAX,	GLOBALAM
PAROXETINA	Ansienon, Ansitec,
NEFAZODONA	BUSPIRONA
DAFORIM,	Bromazepam
FLUOXETINA	Aprax, Frontal,
CITALOPRAM	ALPRAZOLAM
NOME	NOME QUÍMICO
NOME	ANSIOLÍTICOS
NOME	BENZODIAZEPÍNICO

Antipsicóticos

Os antipsicóticos ou neurolépticos são medicamentos inibidores das funções psicomotoras, a qual pode encontrar-se aumentada em estados, como por exemplo, de excitação e de agitação. Paralelamente eles atenuam também os distúrbios neuro-psíquicos chamados de psicóticos, tais como os delírios e as alucinações. São substâncias químicas sintéticas, capazes de atuar seletivamente nas células nervosas que regulam os processos psíquicos no ser humano e a conduta em animais. Efeitos colaterais: Os principais são os efeitos sobre o sistema motor, como o enrijecimento muscular, a inquietação (dificuldade de ficar parado) e a vontade de ficar

mexendo com as pernas, mesmo estando parado, assim como movimentos musculares (principalmente na face), secura da boca e da pele, constipação intestinal, dificuldade de acomodação visual e, mais raramente, retenção urinária, podem produzir amenorréia (parada das menstruações) e, menos freqüente, galactorréia (secreção de leite) e ginecomastia (aumento da mama). Indicações: Tratamento de distúrbios psicóticos agudos e crônicos, tais como: esquizofrenia, fase maníaca do transtorno afetivo bipolar, psicose Induzida por substâncias, nas fases piores e mais desadaptadas dos transtornos esquizóides, paranóides e obsessivo-compulsivos da personalidade.

CLOPIXOL
ZUCLOPENTIXOL
RISPERDAL, ZARGUS,
RISPERIDONA
SEROQUEL
QUETIAPINA
ZYPREXA
OLANZAPINA
LEPONEX
CLOZAPINA
SOCIAN
AMISULPRIDA
CLOPIXOL
ZUCLOPENTIXOL
PIPORTIL, PIPORTIL L4
PIPOTIAZINA
ORAP
PIMOZIDA
SEMAP
PENFLURIDOL
HALDOL, HALOPERIDOL
HALOPERIDOL
ANATENSOL, FLUFENAN
FLUFENAZINA
SOCIAM
AMISULPRIDA
STELAZINE
TRIFLUOPERAZINA
MELLERIL
TIORIDAZINA
LEVOZINE, NEOZINE
LEVOMEPRIMAZINA
AMPLICTIL,
CLOPPROMAZINA
NOME COMERCIAL
NOME QUÍMICO
**AANTIPSIÓTICOS

Referências Bibliográficas

BARROS, Célia Silva Guimarães **Pontos de Psicologia do desenvolvimento**. Editora Ática: São Paulo 1995.

DALLY, Peter & Harrington, Heather. **Psicologia e Psiquiatria na enfermagem**. E.P.U. São Paulo 1978.

DANIEL, Liliana Felcher. **Atitudes interpersonais em enfermagem**. E.P.U.: São Paulo 1983.

AMARANTE, P. D. **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Ed. Fiocruz. 1995. RJ.

Disciplina Enfermagem Psiquiátrica – Material Exclusivo

Alunos do Curso Técnico em Enfermagem

AMARANTE, P. D. **O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria**. Ed. Fiocruz 1996. RJ.

AMARANTE, P. D. (Coord.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Ed. Fiocruz, 1998. RJ.

AMARANTE, P. D. org. **Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade**. Ed. Fiocruz, 2000. RJ.

ARAUJO, A. **O acompanhamento terapêutico no processo de reabilitação psicossocial de pacientes psiquiátricos com longa história de internação**.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 2ª ed. Ed. Graal, 1985. Rio de Janeiro.

JORGE, M. S. (org). **Saúde mental: de prática asilar ao terceiro milênio**. Ed. INESP, 1999. SP.

ROSA, L.C.S. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família**. Ed. Cortez, 2003. SP.

RAMADAM, Z.B.A; ASSUMPÇÃO JR, F.B. **Psiquiatria: da magia à evidência?** Ed. Manole, 2005. SP.