

**TRANSTORNOS
MENTAIS E DO
COMPORTAMENTO**

GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL

Ibaneis Rocha Barros Júnior

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

Lucilene Maria Florêncio de Queiroz

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

Inocência Rocha da Cunha Fernandes

DIRETORA DA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESCS

Profa. Dra. Marta David Rocha de Moura

COORDENADORA DO CURSO DE MEDICINA – CCM

Profa.Dra. Márcia Cardoso Rodrigues

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

TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO

Módulo 401

Manual do Estudante

Coordenador
Prof. Dr. Thiago Blanco Vieira

Brasília - DF
FEPECS/ ESCS
2024

Copyright© 2024 - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS
Curso de Medicina – 4ª série
Módulo 401: Transtornos mentais e de comportamento
Período: 11/03/2024 a 19/04/2024

A reprodução do todo ou parte deste material é permitida somente com autorização formal da FEPECS / ESCS.
Impresso no Brasil
Tiragem: 12 exemplares

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

Coordenadora do Curso de Medicina: Profª. Dra. Márcia Cardoso Rodrigues
Gerente de Educação Médica: Profª. Eliziane Brandão Leite
Gerente de Desenvolvimento Discente e Docente: Prof. Dr. Thiago Blanco Vieira
Gerente de Avaliação: Profª. Cláudia Zaramello
Coordenador da 1ª Série: Prof. André Luiz Afonso de Almeida
Coordenador da 2ª Série: Profª. Fernanda Vieira de Souza Canuto
Coordenador da 3ª Série: Prof. José Ricardo Laranjeiras
Coordenadora da 4ª Série: Profª. Adriana Domingues Graziano
Coordenadora da 5ª Série: Profª. Flávia Kanitz
Coordenadora da 6ª Série: Profª. Camila Lueneberg

Tutores :

Bianca Rodrigues Silva	Edmilson Leal Bastos de Moura
Cristiane Paiva Gadelha de Andrade	Eveline Fernandes Nascimento Vale
Deículo Alves da Silva Junior	José Antônio Barbosa Filho
Denize Bomfim	Pedro Alessandro Leite de Oliveira
Dra. Adriana de Jesus B. Guimarães	Talles Borges Pereira

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

Transtornos mentais e do comportamento: módulo 401 : Manual do estudante /
Thiago Blanco Vieira – Brasília : Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências
da Saúde / Escola Superior de Ciências da Saúde, 2024.

30 p.: il. (Curso de Medicina, módulo 401, 2024).

4ª série do Curso de Medicina

1. Psiquiatria. 2. Psicologia. 3. Distúrbios do comportamento. I. Vieira, Thiago
Blanco. II. Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS.

CDU - 616.895

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

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO, p. 6

2 ÁRVORE TEMÁTICA, p. 7

3 OBJETIVOS, p. 8

3.1 Objetivo geral, p. 8

3.2 Objetivos específicos, p. 8

4 SEMANA PADRÃO, p. 10

5 PALESTRAS, p. 10

6 CRONOGRAMA, p. 10

7 DINÂMICA DOS TUTORIAIS, p. 13

7.1 “Os sete passos” , p. 13

7.2 Papel do tutor, p. 13

7.3 Papel do coordenador, p. 13

7.4 Papel do secretário, p. 14

8 AVALIAÇÃO DO MÓDULO, p. 14

8.1 Profissionalismo - Módulo Temático (PMT) , p. 14

**8.2 Exercício de Avaliação Cognitiva - Módulo Temático (EAC MT) –
Instrumento 1, p. 14**

8.2.2 Exercício de Avaliação Cognitiva de Recuperação (EACr) , p. 15

8.3 Frequência, p. 15

8.4 Avaliação do módulo, p. 15

8.5 Avaliação do EAC, p. 15

8.6 Critérios para aprovação no eixo “Módulos Temáticos” , p. 15

9 PROBLEMAS, p. 16

9.1 Problema 1, p. 16

9.2 Problema 2, p. 17

9.3 Problema 3, p. 18

9.4 Problema 4, p. 19

9.5 Problema 5, p. 20

9.6 Problema 06, p. 21

9.7 Problema 7, p. 22

9.8 Problema 08, p. 23

9.9 Problema 9, p. 24

REFERÊNCIAS, p. 16

1 INTRODUÇÃO

Das dez principais causas de afastamento do trabalho no Brasil, cinco estão relacionadas ao adoecimento em saúde mental. Considere-se o seguinte cenário epidemiológico: três por cento da população geral apresenta algum transtorno mental grave, seis por cento da população apresenta algum comprometimento grave em decorrência do uso de álcool e drogas ilícitas e 14% da população necessita de algum atendimento em saúde mental contínuo ou eventual. Cerca de 25% a 50% dos pacientes que procuram médico na atenção primária, apresentam pelo menos um transtorno psiquiátrico ou neurológico.

Considerando esse painel epidemiológico, não resta dúvida que o bom exercício da medicina, independente de seu local de atuação ou grau de especialização do médico ou da médica, requererá bom domínio de conhecimento para identificação precoce, prevenção e tratamento eficiente das pessoas que necessitam de seus cuidados.

Mas para além da capacidade técnica de cuidar daquele que padece de sofrimento psíquico o bom médico deverá assumir uma postura de acolhimento, amorosidade e empatia para com seu paciente, ainda que acometido pela loucura.

A reação histórica comum da sociedade é a exclusão dos doentes mentais. A “loucura” ainda carrega o peso perverso que não raramente a correlacionou com a irresponsabilidade, a agressividade e a incapacidade. Essa caricatura das pessoas que sofrem de desordens mentais não pode perdurar! Há que encerrar o distanciamento, a esquiva e o intenso preconceito ainda presente entre os profissionais de saúde, os médicos inclusive.

A reforma psiquiatria pela qual o mundo e o Brasil passaram nas décadas anteriores é a mensagem que a sociedade espera: tolerância, respeito e inclusão.

Esse modelo de cuidado centrado na pessoa, fundado na comunidade e na proteção dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental em substituição do modelo

baseado na exclusão dos hospitais psiquiátricos é posição da qual não podemos nos afastar.

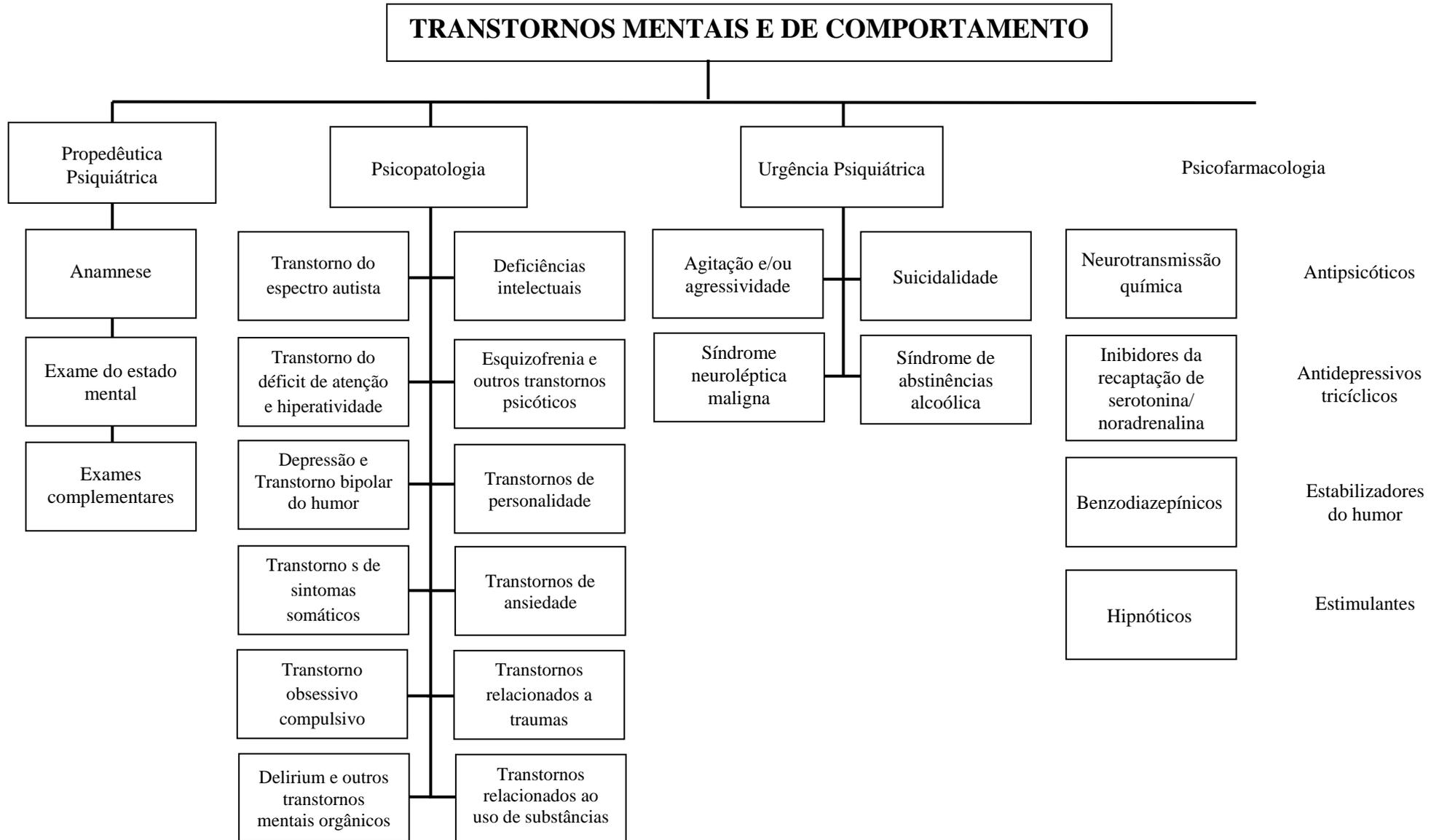
Esta unidade educacional tem como objetivo principal proporcionar ao futuro médico o conhecimento dos transtornos mentais mais prevalentes dentro de uma perspectiva integrada, buscando a compreensão das pessoas como sujeitos singulares, sociais, políticos e biológicos.

Entender a dor psíquica e sua importância no adoecimento do ser humano é fundamental para findar preconceito, exclusão e solidificar a identidade humanística do médico contemporâneo.

Referências:

1. ALMEIDA, J. M. C. D. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, 2019.
2. Bonadiman, C. S. C., Passos, V. M. D. A., Mooney, M., Naghavi, M., & Melo, A. P. S. (2017). The Burden of disease attributable to mental and substance use disorders in Brazil: Global Burden of Disease Study, 1990 and 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 20, 191-204.
3. SANTOS, G. D. B. V. *et al.* Care seeking behavior of people with common mental disorders in São Paulo-Brazil. **International Journal of Mental Health Systems**, Australia, v. 14, n. 36, 2020.
4. MORAES, R. S. A. M. *et al.* Social inequalities in the prevalence of common mental disorders in adults: a population-based study in Southern Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 43-56, jan./mar. 2017.

2 ÁRVORE TEMÁTICA



3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar e diferenciar os transtornos mentais mais prevalentes a partir de uma perspectiva plural que inclui as dimensões biológica, psicológica e social com vistas ao cuidado precoce, prevenção e proteção às pessoas em sofrimento psíquico.

3.2 Objetivos específicos

- a. Conceituar as funções psicopatológicas que constituem o exame do estado mental e nomear suas alterações.
- b. Associar os mecanismos da neurotransmissão química relacionados com as funções psíquicas e suas alterações;
- c. Elaborar hipóteses diagnósticas para pessoas com diferentes tipos de sofrimento psíquico através do conhecimento dos aspectos epidemiológicos, etiológicos, manifestação clínica, e história natural da doença.
- d. Explicar a relação entre o biológico, o psicológico e o social na etiologia e persistência dos transtornos mentais;
- e. Indicar os recursos humanos e materiais necessários para prestar cuidado a pessoas em situações de crise e de urgência decorrentes de sofrimento psíquico;
- f. Prescrever conscienciosamente os exames complementares necessários para elucidação do diagnóstico dos transtornos mentais;
- g. Eleger a classe de medicação indicada para a abordagem medicamentosa dos principais transtornos mentais à luz de sólido conhecimento da farmacodinâmica dos medicamentos psicotrópicos;
- h. Citar os representantes medicamentosos de cada classe de fármacos disponíveis para uso no SUS e mais comumente empregados para o tratamento dos transtornos mentais comuns;
- i. Indicar os principais recursos psicoterápicos para as diferentes condições psicopatológicas;
- j. Caracterizar as atitudes essenciais necessárias ao profissional de saúde em relação ao paciente, a família, comunidade e a equipe de saúde mental para o exercício exitoso do cuidado em saúde àqueles que sofrem de doenças mentais.
- k. Discutir a epidemiologia, etiopatogenia, psicopatologia e os critérios diagnósticos sindrômico e nosológico dos transtornos mentais relacionados ao desenvolvimento (TEA, TDAH, transtorno de oposição e desafio, deficiência intelectual e transtornos de aprendizagem) e conhecer as abordagens terapêuticas indicadas para cada caso.
- l. Discutir a epidemiologia, etiopatogenia, psicopatologia e os critérios diagnósticos sindrômico e nosológico da esquizofrenia, dos transtorno psicóticos agudos e transitórios, do transtorno esquizoafetivo e dos demais transtornos psicóticos existentes e indicar as abordagens terapêuticas recomendadas para cada um deles.
- m. Discutir a epidemiologia, etiopatogenia, psicopatologia e os critérios diagnósticos sindrômico e nosológico dos transtornos de humor (transtorno depressivo maior, transtorno bipolar do humor, transtorno de distímia, transtorno ciclotímico) e explicar as abordagens terapêuticas indicadas para cada um deles.
- n. Discutir a epidemiologia, etiopatogenia, psicopatologia e os critérios diagnósticos sindrômico e nosológico do transtorno obsessivo compulsivo e explicar as abordagens terapêuticas indicadas para essa condição.
- o. Discutir a epidemiologia, etiopatogenia, psicopatologia e os critérios diagnósticos sindrômico e nosológico dos transtornos de ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada, agorafobia, ataques e transtorno do pânico, fobia social, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de estresse agudo e transtorno de adaptação) e explicar as abordagens

- terapêuticas indicadas para cada um deles.
- p. Discutir a epidemiologia, etiopatogenia, psicopatologia e os critérios diagnósticos sindrômico e nosológico dos transtornos de sintomas somáticos (transtorno conversivo, transtornos factícios, transtorno de hipocondria, transtorno de somatização) e explicar as abordagens terapêuticas indicadas para essa condição.
 - q. Discutir a epidemiologia, etiopatogenia, psicopatologia e os critérios diagnósticos sindrômico e nosológico dos transtornos relacionados ao uso de substâncias (incluindo as situações de intoxicação aguda e abstinências) e explicar as abordagens terapêuticas indicadas para cada uma das classes de substâncias de abuso.
 - r. Discutir a epidemiologia, etiopatogenia, psicopatologia e os critérios diagnósticos sindrômico e nosológico dos transtornos mentais orgânicos (demências, delirium, transtornos mentais devidos a lesão ou disfunção cerebral) e explicar as abordagens terapêuticas indicadas para manejo do comportamento de pacientes com essas condições.
 - s. Discutir a abordagem e os recursos essenciais de manejo medicamentoso e não medicamentoso em situação de emergência psiquiátrica que envolvam suicidalidade e intervenção com paciente agitado e/ou agressivo.

4 SEMANA PADRÃO

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

5 PALESTRAS

DATA	HORÁRIO	TEMA	PALESTRANTE
04/03/24	10h-12h	Palestra 1: A entrevista psiquiátrica e o diagnóstico em saúde mental	Prof. Dr. Thiago Blanco (ESCS)
11/03/24	16h-18h	Palestra 2: Psiquiatria do desenvolvimento e os transtornos mentais da infância e adolescência	Prof. Dr. Thiago Blanco (ESCS)
18/03/24	16h-18h	Palestra 3: Esquizofrenia e os transtornos do espectro da esquizofrenia	Prof. Dr. Thiago Blanco (ESCS)
25/03/24	16h-18h	Palestra 4: Emergências psiquiátricas	Dr. Marcelo Martins (HBDF/IGESDF))
01/04/24	16h-18h	Palestra 5: Depressão, transtorno bipolar do humor e transtornos de ansiedade: fundamentos psicopatológicos e tratamento farmacológico	Prof. Dr. Thiago Blanco (ESCS)
08/04/24	16h-18h	Reavaliação Módulo 401	Prof. Dr. Thiago Blanco (ESCS)
15/04/24	16h-18h	Palestra 7: A Lei 10.216/01, a reforma psiquiátrica no Brasil e a política pública em saúde mental no DF	Fernanda Falcomer (SESDF)

6 CRONOGRAMA

Primeira Semana: 11/03 a 15/03

DATA	HORÁRIO	ATIVIDADE
11/03 Segunda-feira	08h às 10h	Abertura do problema 1
	10h às 12h	Apresentação do Módulo/Palestra 1
	14h às 16h	Horário protegido para estudo
	16h às 18h	Palestra 2
12/03 Terça-feira	09h às 12h	Horário protegido para estudo
	14h às 18h	HA/IESC
13/03 Quarta-feira	8h às 12h	Horário protegido para estudo
	14h às 18h	HA/IESC
14/03 Quinta-feira	08h às 12h	Fechamento do problema 1 e Abertura do problema 2
	14h às 18h	HA/IESC
15/03 Sexta-feira	08h às 12h	Horário protegido para estudo
	14h às 18h	HA/IESC

Segunda Semana: 18/03 a 22/03

DATA	HORÁRIO	ATIVIDADE
18/03 Segunda-feira	08h às 12h	Fechamento do problema 2 e Abertura do problema 3
	14h às 16h	Horário protegido para estudo
	16h às 18h	Palestra 3
19/03 Terça-feira	08h às 12h	Horário protegido para estudo
	14h às 18h	HA/IESC
20/03 Quarta-feira	08h às 12h	Horário protegido para estudo
	14h às 18h	HA/IESC
21/03 Quinta-feira	08h às 12h	Fechamento do problema 3 e Abertura do problema 4
	14h às 18h	HA/IESC
22/03 Sexta-feira	08h às 12h	Horário protegido para estudo
	14h às 18h	HA/IESC

Terceira Semana: 25/03 a 29/03

DATA	HORÁRIO	ATIVIDADE
25/03 Segunda-feira	08h às 12h	Fechamento do problema 4 e Abertura do problema 5
	14h às 16h	Horário protegido para estudo
	16h às 18h	Palestra 4
26/03 Terça-feira	08h às 12h	Horário protegido para estudo
	14h às 18h	HA/IESC
27/03 Quarta-feira	08h às 12h	Horário protegido para estudo
	14h às 18h	HA/IESC
28/03 Quinta-feira	08h às 12h	RECESSO ACADÊMICO
	14h às 18h	
29/03 Sexta-feira	08h às 12h	FERIADO
	14h às 18h	

Quarta Semana: 01/04 a 05/04

DATA	HORÁRIO	ATIVIDADE
01/04 Segunda-feira	08h às 12h	Fechamento do problema 5 e Abertura do problema 6
	14h às 16h	Horário protegido para estudo
	16h às 18h	Palestra 5
02/04 Terça-feira	08h às 12h	Horário protegido para estudo
	14h às 18h	HA/IESCS
03/04 Quarta-feira	08h às 12h	Horário protegido para estudo
	14h às 18h	HA/IESCS
04/04 Quinta-feira	08h às 12h	Fechamento do problema 6 e Abertura do problema 7
	14h às 18h	HA/IESCS
05/04 Sexta-feira	08h às 12h	Horário protegido para estudo
	14h às 18h	HA/IESCS

Quinta Semana: 08/04 a 12/04

DATA	HORÁRIO	ATIVIDADE
08/04 Segunda-feira	08h às 12h	Fechamento do problema 7 e Abertura do problema 8
	14h às 18h	EAC de Recuperação do MOD402
09/04 Terça-feira	08h às 12 h	Horário protegido para estudo
	14h às 18 h	HA/IESC
10/04 Quarta-feira	08h às 12 h	Horário protegido para estudo
	14h às 18 h	HA/IESC
11/04 Quinta-feira	08h às 12 h	Fechamento do problema 8 e abertura do problema 9
	14h às 18 h	HA/IESC
12/04 Sexta-feira	08h às 12 h	Horário protegido para estudo
	14h às 18 h	HA/IESC

Sexta Semana: 15/04 a 19/04

DATA	HORÁRIO	ATIVIDADE
15/04 Segunda-feira	08 às 12 h	Fechamento do problema 9
	14h às 16h	Horário protegido para estudo
	16h às 18 h	Palestra 7
16/04 Terça-feira	08 às 12 h	Horário protegido para estudo
	14 às 18 h	HA/IESCS
17/04 Quarta-feira	08 às 12 h	Horário protegido para estudo
	14 às 18 h	HA/IESCS
18/04 Quinta-feira	08 às 12 h	EAC
	14 às 18 h	HA/IESCS
19/04 Sexta-feira	08 às 12 h	Horário protegido para estudo
	14 às 18 h	HA/IESCS

CARGA HORÁRIA DO MÓDULO 401:

Tutoriais	10 x 4h = 40 horas
Palestras	76x 2h = 12 horas
EAC	1 x 4h = 4 horas
TOTAL	56 horas

7 DINÂMICA DOS TUTORIAIS:

7.1 “Os sete passos”

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

7.2 Papel do tutor

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

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

7.3 Papel do coordenador

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

7.4 Papel do secretário

1. Anotar no quadro, de forma legível e compreensível, as discussões e os eventos ocorridos no grupo tutorial de modo a facilitar uma boa visão dos trabalhos por parte de todos os envolvidos.
2. Ser fiel às discussões ocorridas, claro e conciso em suas anotações – para isso solicitar a ajuda do coordenador e do tutor.
3. Respeitar as opiniões do grupo e evitar privilegiar suas próprias opiniões ou aquelas com as quais concorde.
4. Anotar com rigor os objetivos de aprendizagem apontados pelo grupo.

8 AVALIAÇÃO DO MÓDULO

No Módulo Temático 401, os estudantes terão seu desempenho avaliado com base nas seguintes modalidades de avaliação:

8.1 Profissionalismo - Módulo Temático (PMT)

O estudante será avaliado mediante observação direta de sua participação feita pelo tutor, considerando os elementos: responsabilidade, atuação na dinâmica tutorial, colaboração com a construção do conhecimento, comunicação e relacionamento interpessoal. Em cada sessão de tutoria, receberá, por parte do tutor responsável, um escore de **0 (Sem rendimento), 1 (Insuficiente), 2 (Suficiente) ou 3 (Pleno)**, com critérios estabelecidos no Manual de Avaliação (página 33). O Escore Médio Final do Profissionalismo (PMTf) resultará da soma dos escores de cada encontro tutorial dividido pelo nº de sessões de tutoria do módulo. O PMTf do 401 de cada estudante deverá ser enviado ao coordenador do módulo ao final deste.

8.2 Exercício de Avaliação Cognitiva - Módulo Temático (EAC MT) – Instrumento 1

O EAC-MT será discursivo, baseado em problemas, abrangendo os conteúdos abordados no módulo durante as sessões de

tutoria e palestras. A resposta do estudante será avaliada com base nos critérios de qualidade de resposta, descritos no Manual de Avaliação - 2022. Conforme a completude e relevância da resposta, o desempenho do estudante, em cada questão, será classificado como: **Pleno (3); Suficiente (2), Insuficiente (1) e Sem Rendimento (0)**. O Escore Médio do EAC (EME) será calculado mediante divisão da pontuação final obtida pelo número de questões. Com base no EME, o desempenho cognitivo do estudante durante o módulo 401 será classificado em:

ÓTIMO (AO) - Escores 2,55 - 3,00

BOM (AB) - Escores 2,00 - 2,54

RESTRITO (AR) – Escores 1,00 - 1,99

INCONSISTENTE (AI) – Escores 0,00 – 0,99

8.2.1 Data do Exercício de Avaliação Cognitiva (EAC)

Data: 18/04/2024
Horário: 8-12h
Local: salas de tutorial

8.2.2 Exercício de Avaliação Cognitiva de Recuperação (EACr)

Será submetido a uma reavaliação, todo estudante que obtiver escore < 2 no EAC – Instrumento 1.

Data: 20/05/2024
Horário: 14h - 18h
Local: Grande Auditório

8.3 Frequência

O estudante que tiver frequência menor que 75% das atividades do módulo 401, incluindo sessões de tutoria e palestras, será reprovado.

8.4 Avaliação do módulo

Os estudantes avaliarão o módulo 401 utilizando o formato F5MT no último tutorial do módulo.

8.5 Avaliação do EAC

Os estudantes avaliarão o EAC utilizando o formato F4MT.

8.6 Critérios para aprovação no eixo “Módulos Temáticos”

Conforme o Manual de Avaliação:
https://www.escs.edu.br/wp-content/uploads/2022/04/Manual_de_Avaliacao_do_Curso_de_Medicina_Normalizado_BCE_2022_RevTBV.pdf

9 PROBLEMAS

9.1 Problema 1

A diretora do CAPSi Riacho Fundo recebeu uma solicitação da Escola Classe 2 da mesma região para realizar um estudo de caso acerca de dois estudantes que as professoras regentes não estavam tendo sucesso na intervenção escolar.

O primeiro caso comportava um adolescente já em acompanhamento pelo CAPSi. Enzo é um adolescente de 17 anos com diagnóstico de transtorno do espectro autista e retardo mental desde a infância. A queixa da escola era de “falta de contato social” e “ataques de raiva” no ambiente escolar. Quando perturbado, Enzo frequentemente fere-se por mordedura no antebraço e agride outras pessoas (dá beliscões e puxa os cabelos), dificultando muito a convivência com ele.

Ele consegue alimentar-se sozinho, mas é incapaz de cuidar de sua higiene pessoal sem assistência ou de ficar desacompanhado. A professora insiste que a escola regular não é o local apropriado para ele mas, sim uma escola “especial”. Essa opinião gerou um debate acalorado entre os profissionais do CAPSi e da escola sobre os processos que envolvem a inclusão de pessoas com transtorno mentais nas escolas. A discussão não alcançou consenso mas a psicopedagoga do CAPSi comprometeu-se em auxiliar na adaptação curricular de Enzo e a médica o submeterá a nova avaliação para eventual ajuste da dose ou troca da medicação que atualmente é risperidona (dose atual: 4 mg/dia).

O segundo caso é de uma garota de 7 anos chamada Elisa. Ela foi levada a um neuropediatra pelos pais e está tomando “ritalina” por um diagnóstico de TDAH. Ela tem dificuldades para terminar as tarefas no tempo usual dos demais colegas, parece “devanear” muito em sala de aula, e apesar de estar na média, está tendo dificuldade importante na alfabetização. À equipe pedagógica parece um exagero medicar uma criança tão pequena. Os pais também ficaram

reticentes com o uso de remédio controlado pela criança mas que o médico lhes informou que não havia dúvida do diagnóstico já que os exames o haviam confirmado: “P300”, “ressonância” e “eletroencefalograma”. Na discussão, a equipe do CAPSi preocupou-se com o efeito do remédio considerado “forte” para o desenvolvimento infantil e o debate girou bastante em torno do que foi chamado de “medicalização da infância”. A reunião encerrou com indicação de avaliação neuropsicológica seguida de avaliação psiquiátrica pela médica especialista do CAPSi.

9.2 Problema 2

Alexandre é um jovem de 22 anos que foi encaminhado para o serviço de apoio ao discente (SAD) de sua faculdade por um professor que ficou preocupado com sua frequência irregular às aulas e declínio no desempenho. Na última vez que se encontraram, Alexandre disse ao professor que estava sendo atrapalhado pelos “aparelhos de escuta” e pelas “máquinas de controle do pensamento” colocados em seu apartamento.

O jovem contou que seus problemas haviam começado três meses antes, após retornar de uma viagem para a Chapada dos Veadeiros, ocasião em que havia fumado “um monte de maconha”, começou a ouvir sons estranhos e a acreditar que seus amigos riam dele.

Relatou á equipe do SAD que havia descoberto que “as pessoas não são quem elas dizem ser”. Afastou-se do convívio social e interrompeu o curso, pois alunos da faculdade colocaram, sem que ele percebesse, uma minúscula câmera em seu corpo para controlarem todos os seus pensamentos. Descobriu isso na última aula que assistiu quando um colega não o cumprimentou e saiu ao encontro de um grupo próximo; aí teve a certeza que falavam a seu respeito de forma depreciativa e ameaçadora.

Tem um irmão de 27 anos que faz tratamento psiquiátrico há 10 anos com diagnóstico de transtorno esquizoafetivo.

O exame do médico que o entrevistou na clínica universitária assim o descreveu: “Durante o exame, paciente estava bem arrumado e cooperativo, com atividade psicomotora normal. Seu discurso era coerente e orientado para objetivos. Descreveu seu humor como “com medo”. A gama e a mobilidade de sua expressão afetiva estavam normais. Negou ideias de culpa, suicídio ou desvalia. Estava convencido de que era continuamente monitorado e de que havia aparelhos de “controle da mente” em seu apartamento. Negou alucinações. Suas funções cognitivas estavam inteiramente dentro dos limites normais. Parecia não ter *insight* sobre suas crenças”.

No ambulatório especializado em transtornos psicóticos, o tratamento medicamentoso inicialmente instituído foi haloperidol 5 mg/dia porém apesar de melhora dos sintomas, quatorze dias após o início do

tratamento, passou a ficar “tremendo, andando em bloco e com dificuldade para falar e comer”.

Três dias depois foi levado pela família ao pronto-socorro por estar com grave rigidez da musculatura, com os tremores piores, febre (38,5°C) e rebaixamento de nível de consciência e a pressão arterial alta. Ficou internado para manejo e investigação do caso.

9.3 Problema 3

Ricardo foi encontrado sem vida no repouso médico do hospital onde estava de plantão na noite anterior. Ele é um homem de 45 anos que estava enfrentando um processo ético disciplinar pela morte de um paciente sob seus cuidados há nove meses.

Segundo os colegas, Ricardo era um homem reservado, dedicado, cortês e bastante dedicado a sua profissão.

Nos últimos cinco anos o companheiro relatou que ele teve pelo menos dois períodos, com cerca de 2 meses de duração cada, em que tinha muita apatia, anedonia, desesperança, desmotivação, isolamento social e ideias de menosvalia. Por diversas vezes falou que tinha dificuldade de se concentrar e de raciocinar, alegando uma profunda tristeza e total desinteresse pelas suas atividades diárias.

Recusava-se a ir ao especialista por que acreditava que as medicações que os colegas psiquiatras prescreviam poderiam interferir na sua capacidade de trabalho.

Após a morte do paciente e da grande exposição na mídia que o caso gerou, passou a ficar sem querer sair de casa, comendo pouco, passando o dia deitado em seu quarto sempre que não estava no trabalho.

Os irmãos contaram que desde os 12 anos, Ricardo era exagerado em suas preocupações com simetria, ordenação e limpeza. Não tinha rituais mas era também muito rígido com regras. Achavam que era seu jeito e que isso até o teria favorecido na vida por ser muito disciplinado.

Na família tinha pessoas com histórico de transtorno mental: um primo com diagnóstico de TOC que se suicidou há mais de 30 anos e suas duas irmãs fazem tratamento para depressão.

A morte de Ricardo foi confirmada ao exame pericial por intoxicação exógena. O caso gerou uma comoção enorme entre todos os profissionais do centro cirúrgico onde ele cometeu suicídio. A medicina do trabalho em conjunto com a equipe de psicologia e psiquiatria elaboraram um plano de

intervenção para a equipe temendo o efeito Werther.

9.4 Problema 4

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

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

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

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

Recebeu alta após 30 dias com prescrição de carbonato de lítio 900 mg/dia (litemia sérica: 1,0 mEq/L). À ocasião foi contraindicado o uso de anfetaminas.

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

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

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

Seu pai “sempre foi deprimido e bebeu até morrer”. Uma prima já foi internada em hospital psiquiátrico porque “ficou excitada demais e estava tirando a roupa em pleno ‘eixão’ ” e uma tia tem temperamento difícil, estando sempre de mau humor.

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

Após avaliação, foi indicada a internação, sendo introduzido outro estabilizador de humor e risperidona.

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

9.5 Problema 5

Julia tem 25 anos e foi levada ao pronto-socorro pelos familiares por estar ameaçando cortar os pulsos, mesmo com as argumentações da mãe.

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

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

Reclamou ter “depressões” que duravam “apenas algumas horas”. Apresentava comportamento sedutor chegando a fazer piadas enquanto relatava sua história. Justificava que, por vezes, fazia cortes superficiais nos pulsos “para poder sentir algo... tirar este vazio no meu peito”

A mãe relatou que Julia sempre foi de temperamento difícil, com dificuldade de respeitar limites e regras de convivência. É instável, às vezes extremamente afetiva e carinhosa e, em outros momentos, é explosiva, agressiva e irreverente. Pontua que quando ela inicia um namoro “é intensa na relação, até sufoca o outro, mas, de repente rompe completamente e inicia uma nova relação de um dia para outro”.

Já foi internada várias vezes em serviços de saúde mental, devido a episódios de agressividade, tentativas de suicídio e por abuso esporádico de substâncias psicoativas. A família diz que nunca se chegou a definir um diagnóstico: “ora consideram transtorno bipolar, ora transtorno *borderline*, ora dizem ser histeria...”.

A mãe informou que as internações são breves, pois a filha tem muitas discussões com a equipe técnica, pelas dificuldades de seguir normas impostas nas unidades de acolhimento.

Os conflitos domiciliares são frequentes por que o pai tem um padrão de funcionamento rígido, pouco afetivo e inflexível, ao que um

terapeuta de família outrora nomeou como “anancástico”. A mãe é portadora de fibromialgia, tendo tido longos períodos de afastamento do trabalho e isolamento social

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

Quando o psiquiatra acabou a investigação, sua conclusão foi por “baixo risco de suicídio, no momento”. Deu alta hospitalar com orientações para acompanhamento ambulatorial.

Aproveitou para explicar a elas a importância da psicoterapia para todos da família, visando desenvolver mecanismos de enfrentamento melhor adaptados e maior capacidade de resiliência para Julia.

9.6 Problema 06

Luciana tem 23 anos, mora em Brasília há 9 meses, e trabalha como atendente de balcão em uma lanchonete no aeroporto de Brasília. Foi levada ao pronto-socorro pela gerente da loja, com relato de ter desmaiado. Deu entrada pela neurologia mas recuperou a consciência assim que chegou, mas dizia que não sentia mais suas pernas, o que a impossibilitava de andar.

A acompanhante contou que conhecia Luciana há pouco tempo mas que ela era uma jovem bastante reservada, falava pouco, muito sensível a críticas ou qualquer observação que a chefe fazia. Relatou que “é preciso muito jeito para falar com ela... parece muito frágil”.

Os sintomas haviam começado pouco após ter sido alvo de grave hostilidade de uma cliente na frente da gerente, que na ocasião teria acolhido as queixas da cliente e indicado à mesma grande possibilidade de desligamento da funcionária.

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

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

Após minucioso exame físico, o neurologista descartou doença neurológica primária e solicitou avaliação pela psiquiatria.

O psiquiatra percebeu que os sintomas pioravam quando o foco da entrevista estava a eles direcionados. Resolveu mantê-la em observação mas explicou à família que não havia evidência de quadro grave e que provavelmente ela recuperaria os movimentos a qualquer momento.

O médico a acolheu e legitimou o sofrimento através de uma escuta empática. A paciente agradeceu e disse que preferia “descansar um pouco depois de tanta emoção”.

Passadas duas horas, Luciana informou que os movimentos já estavam voltando e que já conseguiria andar. Antes de ir embora assim que a familiar chegou, a gerente da loja questionou ao médico se a paciente havia “simulado a doença”.

Com autorização e na presença da família o psiquiatra esclareceu as diferenças do quadro da paciente, transtorno factício e, simulação e reforçou o potencial das inquietações psíquicas na etiologia de doenças.

A paciente recebeu alta no dia seguinte sem prescrição medicamentosa, com encaminhamento seguimento em psicoterapia ambulatorial.

9.7 Problema 7

Gislane tem 32 anos, é solteira, filha única por parte de mãe. É assessora legislativa no Senado Federal, mora sozinha.

É a terceira vez na semana que comparece ao pronto-socorro com relato de “um medo súbito, com coração disparado e martelando em meu peito, cabeça formigando, suando demais e, ao mesmo tempo, com as mãos e os pés frios; mesmo respirando profundamente, sentia-se sufocada”.

Em todas as ocasiões, após ser recebida no hospital e examinada, teve remissão espontânea dos sintomas. Apesar disso, tem medo de ter os sintomas novamente e insiste em fazer mais exames para identificar a causa de sua doença.

Inconformada com a medicina, ela já procurou três diferentes cardiologistas que indicaram que tanto a ausculta cardíaca quanto os exames complementares estavam normais exceto pelo achado de prolapso de válvula mitral que “não justifica os sintomas tampouco adoção de tratamento específico”. Ambos encaminharam para psiquiatria e o último prescreveu clonazepan para uso diário.

Na consulta com o psiquiatra ao ser questionada sobre a primeira crise contou com riqueza de detalhes que “foi exatamente há seis meses. Tenho nítido na memória: estava saindo para uma viagem de férias ao encontro de amigas, estava feliz e tranquila, mas, minutos antes de embarcar, sem mais nem menos, me veio a crise! É uma espécie de alarme, corpo e mente saem do meu controle, e aí tenho a nítida sensação que vou enlouquecer, ou que vai acontecer algo pior que a morte, o meu coração dispara, minha mente escurece, parece que nunca mais vou melhorar. Quando eu melhoro consigo perceber que talvez tenha exagerado, mas é impossível não apavorar só de pensar na possibilidade de ter outra crise ”

Referiu que desde então não saía de casa sozinha, com medo de passar mal. Estava preocupada pois o uso diário do remédio prescrito pelo cardiologista estava atrapalhando muito no trabalho.

Como antecedente familiar fala do irmão mais velho que “passou a ter alguns destes sintomas depois que foi vítima de um assalto à mão armada e nunca mais conseguiu trabalhar”. E de sua mãe que tem diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada e faz uso regular de remédio controlado além de psicoterapia.

Sentiu-se acolhida pelo médico psiquiatra que prescreveu: escitalopran 10 mg/dia, manteve o clonazepan em regime SOS (apenas para a eventualidade de uma nova crise) e indicou psicoterapia de orientação cognitivo comportamental e atividade física moderada regular.

9.8 Problema 08

Robson tem 59 anos, é casado, trabalha com construção civil, e foi levado ao pronto-socorro por apresentar-se “agitado e confuso”.

Segundo a esposa, seu marido faz uso de bebida alcoólica desde os 18 anos. Antes usava a bebida para divertir “...começava a ficar mais engraçado, brincalhão, depois já se irritava com qualquer coisa e só parava quando já começava a vomitar... ficava a semana se recuperando... Voltando a beber nos finais de semana”.

Atualmente bebe diariamente, no mínimo, meia garrafa de aguardente, e diz que esse é seu único prazer na vida.

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

Desde então não consegue dormir ou trabalhar e hoje, iniciou quadro de intensa ansiedade, agitação, diz sentir-se ameaçado, sentindo insetos andando pelo corpo.

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

Sudorético, taquicárdico, taquipneico, febril, com tremores de extremidades e PA de 170x100 mmHg.

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

A avaliação neurológica, que incluiu a realização de tomografia computadorizada de crânio, não evidenciou alterações.

O plantonista então indicou internação na Unidade de Clínica Médica e instituiu tratamento medicamentoso.

Após 7 dias recebeu alta com encaminhamento para o CAPSad sob protestos da família que queria transferência de Robson contra a vontade dele para uma clínica de tratamento para dependência química.

9.9 Problema 9

Ivone, 75 anos, é uma mulher viúva e residente em uma instituição de longa permanência. Foi admitida no serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital de Sobradinho após fratura de fêmur por queda da própria altura durante o banho. Foi submetida a procedimento cirúrgico para osteossíntese com desfecho peri- e intra-operatório satisfatório.

Ao ser chamado, o médico plantonista foi informado que a paciente estava apresentando quadro de inquietação psicomotora e confusão. Pelo relato da enfermagem, em tom de bastante desagrado para com a paciente, a mesma permanecia caminhando pela unidade de traumatologia durante a noite, incomodando outros pacientes. O quadro teve início pouco tempo após alta da recuperação pós-anestésica e admissão na enfermaria.

À abordagem da equipe demonstrava não recordar o que havia sucedido tampouco o motivo da internação. Durante o dia mostrava leve agitação sem motivo aparente. Não conseguia ler ou assistir televisão e nem sempre reconhecia os familiares que a visitavam. Por vezes, afastava os profissionais de enfermagem e fisioterapeutas à empurrões quando queriam mobilizá-la para prestar os cuidados requeridos. Foi vista conversando com pessoas imaginárias e mirando fixamente em um ponto no teto. Entre os episódios de agressividade, a paciente se acalmava e chegava a dormir por curtos períodos (em média meia hora). Mas à noite parecia não conseguir repousar e sua agitação aumentava. Enquanto os outros pacientes adormeciam, ela vagava pelos corredores e os despertava. Entrava em outras enfermarias e deitava no leito de outros pacientes. Várias vezes tentou sair do hospital com vestes hospitalares e foi impedida e trazida novamente ao seu leito. Antes da cirurgia a paciente comportava-se normalmente apesar das cuidadoras da ILP terem descrito prejuízos notórios em sua memória ou concentração.

Ao exame psíquico sumário, a paciente foi encontrada sentada em seu leito, sussurrando. Mostrava-se perplexa e não cooperativa. Estava globalmente desorientada e apresentava hipoprossexia. Não foi possível aplicar qualquer teste cognitivo. Não se notou qualquer alteração do humor ou afeto.

Ao exame físico, incluindo neurológico, não foram identificadas alterações apesar de ter sido incompleto pela falta de cooperação da paciente. Níveis pressóricos normais, no limite inferior.

O hemograma e transaminases hepáticas mostraram-se normais. O eletrocardiograma mostrou infarto pequeno antigo.

REFERÊNCIAS

Bibliografia básica

- ABREU, C. N. *et al.* **Síndromes psiquiátricas**: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- BALDAÇARA, L.; TUNG, T. C. **Condutas em psiquiatria**. Barueri, SP: Manole, 2020.
- BOTEGA, N. **Prática psiquiátrica no hospital geral**: interconsulta e emergência. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000. 271 p.
- DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- FORLENZA, O. V.; MIGUEL, E. C. **Compêndio de clínica psiquiátrica**. Barueri, SP: Manole, 2012.
- KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I. **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 503 p.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997. 1169 p.
- MIGUEL, E. C. *et al.* **Clínica psiquiátrica**: os fundamentos da psiquiatria, 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2020.
- QUEVEDO, J.; CARVALHO, A. F. **Emergências psiquiátricas**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 336 p.
- TAVARES, H. *et al.* **Psiquiatria, saúde mental e a clínica da impulsividade**. Santana de Parnaíba, SP: Editora Manole, 2016.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Manual de psiquiatria clínica**: referência rápida. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Bibliografia complementar

- CORDIOLI, A. V. **Psicofármacos**: consulta rápida. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 1024 p.
- GABBARD, G. O. **Tratamento dos transtornos psiquiátricos**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 912 p.
- LENT, R. **Cem bilhões de neurônios**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. 698 p.

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

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

YUDOFISKY, S. C; HALES, R. E. **Fundamentos de neuropsiquiatria e ciências do comportamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

YUDOFISKY, S. C; HALE, R. E. **Neuropsiquiatria e neurociências na prática clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

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

GLOSSÁRIO PSICOPATOLÓGICO

ABULIA – Falta de vontade ou motivação

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

AFETO – Sentimento, emoção.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DESREALIZAÇÃO – Sentimento de distanciamento do próprio ambiente.

DISFORIA – Humor desanimado.

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

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

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

ECOPRAXIA – Repetição imitativa dos movimentos de uma outra pessoa.

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

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

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

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

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

FANTASIA – Sequência imaginativa de eventos ou imagens mentais.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ILUSÃO – Percepção errônea de um estímulo externo real.

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

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

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

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

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

LOGORRÉIA – Fala incontrolável, excessiva.

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

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

MUTISMO – Recusa de falar por razões conscientes ou inconscientes.

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

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

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

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

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

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

ORIENTAÇÃO ALOPSÍQUICA – Orientação no tempo e espaço.

ORIENTAÇÃO AUTOPSÍQUICA- Orientação quanto a si mesmo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RUMINAÇÃO – Preocupação obsessiva com ideias e recordações.

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

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

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

TEMPERAMENTO – Predisposição constitucional para reagir de determinada maneira aos estímulos

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

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