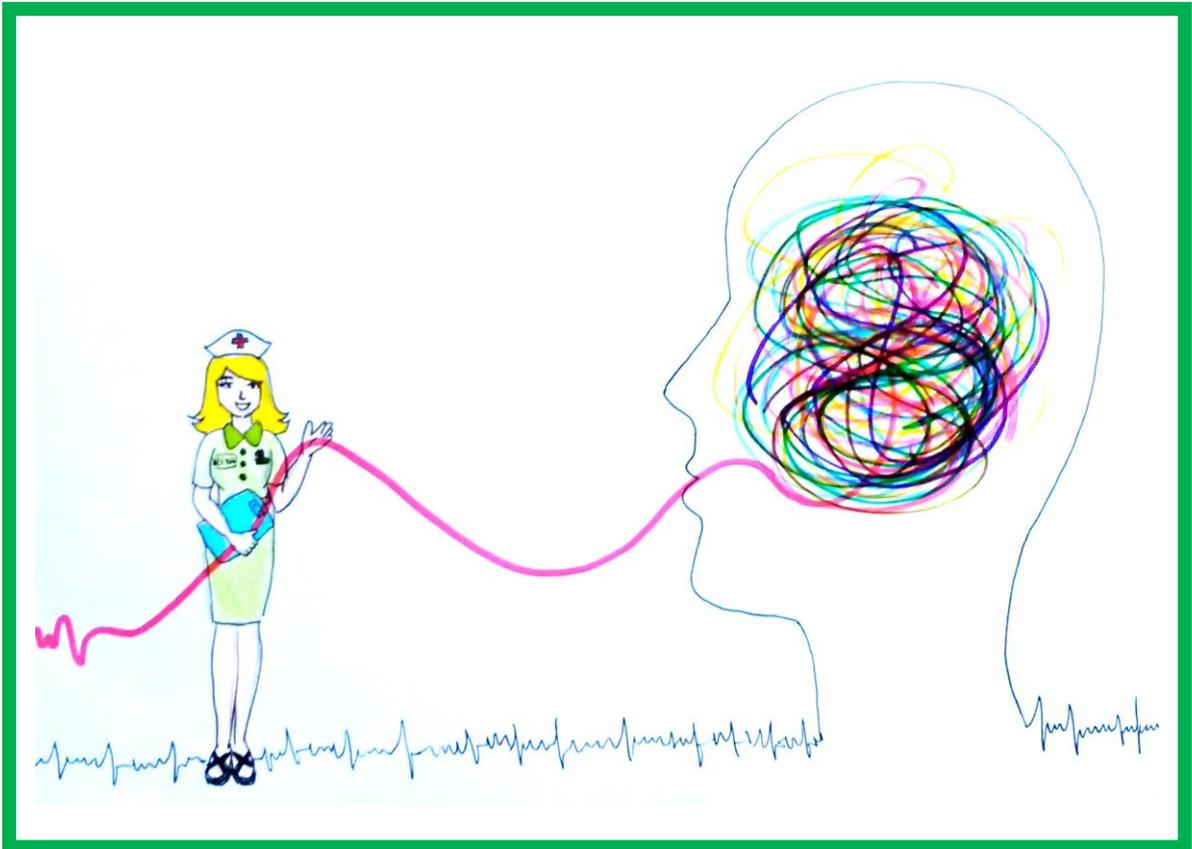


# Cartilha

## Orientações sobre como lidar com o sujeito em sofrimento psíquico



Fonte: Designer Nhanrara

2016  
Belém- Pa

# **Cartilha**

**Orientações sobre como lidar com o sujeito em sofrimento psíquico**

**A enfermagem minimizando o sofrimento psíquico**

**Orientador: Dr Renato da Costa Teixeira**

**Autora: Rita do Socorro Ribeiro Quaresma Oliveira**

**2016  
Belém- Pa**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

O48c Oliveira, Rita do Socorro Ribeiro Quaresma

Cartilha de orientações sobre como lidar com o sujeito em sofrimento psíquico: a enfermidade minimizando o sofrimento psíquico / Rita do Socorro Ribeiro Quaresma. – Belém, UEPA, 2016.

27 f.; 21 x 30 cm.

ISBN:

1. Transtornos mentais – Cartilha. I. Teixeira, Renato da Costa. (co-autor). II. Título.

## **FICHA TÉCNICA**

**Capa: Rita Nhanrrara Quaresma de Oliveira**

**Produção gráfica e diagramação: Elson Sarraf de Oliveira**

**Gráfica: SJS Produções**

**Autoria do texto: Rita do Socorro Ribeiro Quaresma Oliveira**

**Orientador: Renato da Costa Teixeira**

Esta tecnologia educativa do tipo cartilha impressa é componente da dissertação de mestrado profissional orientações de como lidar com o sujeito em sofrimento psíquico, Programa de mestrado Profissional Ensino em Saúde na Amazônia.

Direito reservado do texto Belém Pará autora Rita do Socorro Ribeiro Quaresma Oliveira sendo permitida a reprodução pela autora.

## **Sumário**

<b>1. APRESENTAÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>2. COMO LIDAR COM O SUJEITO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO COM ALGUM TRANSTORNO MENTAL</b>	<b>6</b>
2.1 ORIENTAÇÕES	7
<b>3. NOÇÕES SOBRE FUNÇÕES PSÍQUICAS</b>	<b>8</b>
<b>4. AGORA CONHECENDO UM POUCO SOBRE OS TRANSTORNOS MENTAIS MAIS COMUNS</b>	<b>22</b>
4.1 DEPRESSÃO	22
4.2 ESQUIZOFRENIA	23
4.3 TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR (TBH)	25
4.4 TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADO (TAG)	27
4.5 CRISE PSICÓTICA OU SURTO PSICÓTICO	28
<b>5. CONSIDERAÇÕES</b>	<b>30</b>
<b>6. REFERÊNCIAS</b>	<b>31</b>

# 1. APRESENTAÇÃO

Essa cartilha é um produto do Mestrado Ensino em Saúde da Amazônia que foi elaborada para esclarecer de forma clara e objetiva os discentes do curso de enfermagem sobre os transtornos mentais mais comuns, e a melhor forma de lidar com as emoções, comportamentos, pensamentos e a forma como o paciente expressa tudo isso. Ao conhecer um pouco sobre as funções psíquicas do sujeito em sofrimento psíquico, ao ponto dele apresentar alterações psíquicas que podem comprometer o seu cotidiano considerado normal. Abordaremos noções sobre Funções Psíquicas com suas respectivas alterações para melhor compreender os transtornos de Esquizofrenia, Transtorno Afetivo Bipolar, Depressão, Transtorno de Ansiedade Generalizada e Surto Psicótico e orientações de como lidar com o sujeito em sofrimento psíquico acometido por uma dessas psicopatologias, de forma a contribuir no momento de contato do discente de enfermagem com os doentes mentais.

## 2. Como lidar com o sujeito em sofrimento psíquico com algum transtorno mental



Fonte: [besttemas.com.br](http://besttemas.com.br)

A palavra sofrimento foi desenvolvida entre os gregos com o termo phérein, que, posteriormente, passou a ser designado sufferre, em latim, significando tolerar, suportar, permitir e, somente no século XVI, entre os franceses assumiu a significação da experiência de uma dor (Barus-Michel, 2001).

Nesse contexto, afirma Abou-Yd (2010) que em nosso fazer cotidiano na saúde mental, o importante é entender a relação que cada sujeito estabelece com o que é próprio da sua estrutura: sua organização, funcionamento e seus fenômenos e com as dificuldades que decorrem desses fatores, para assim, podermos reinventar a vida.

## Orientações

O profissional deve manter o equilíbrio emocional

Reconhecer suas limitações e trabalhar em equipe

Conhecer sobre os transtornos mentais

Entender que as reações dos pacientes acontecem devido a sua psicopatologia

Relacionar o comportamento do paciente com o tipo de transtorno

Manter um relacionamento terapêutico com o paciente

Não demonstrar medo ou insegurança diante do paciente

Conduzir as crises de agitação psicomotora com psicofármacos e contenção mecânica, pois nesse momento o paciente está sem escuta.

Sempre orientar a família de como conduzir o tratamento

Especializar-se na área para melhor compreender o doente mental

## Dica!

Para compreender os comportamentos dos doentes mentais é fundamental conhecer as funções psíquicas com suas respectivas alterações para melhor lidar com os pacientes, e fazer a relação com a psicopatologia em questão, sempre mantendo o equilíbrio emocional em cada abordagem, a fim de se estabelecer um relacionamento terapêutico com base científica desconstruindo e resignificando conceitos.

### 3. NOÇÕES SOBRE FUNÇÕES PSÍQUICAS

#### 3.1 AS FUNÇÕES PSÍQUICAS SÃO:



Fonte: zh.clicrbs.com.br

- **Atenção**
- **Sensopercepção**
- **Memória**
- **Consciência**
- **Orientação**
- **Pensamento**
- **Linguagem**
- **Inteligência**
- **Afeto/Humor**
- **Conduta Motora**

#### **ATENÇÃO:**



Fonte: mellycass.wordpress.com

A atenção se refere ao conjunto de processos psicológicos que torna o ser humano capaz de selecionar, filtrar e organizar as informações em unidades controláveis e

significantes, ou seja, o estado de concentração da atividade mental sobre determinado objeto (Dalgalarondo, 2010).

## ANORMALIDADES DA ATENÇÃO

**Hipoprosexia:** é a diminuição global da atenção aqui se verifica uma perda básica da capacidade da concentração EX: as lembranças tornam-se mais difíceis e imprecisas.

**Aprosexia:** é a total abolição a capacidade de atenção, por mais fortes e variados que sejam os estímulos utilizados.

**Hiperprosexia:** consiste em um estudo da atenção exacerbada.

**Distração:** é um sinal. Não de déficit propriamente, mas de superconcentração ativa da atenção sobre determinados conteúdos ou objetos, com a inibição de tudo o mais. EX: o cientista que, pelo fato de seu interesse e de sua atenção estarem totalmente voltados para um problema, comete erros do tipo esquecer onde estacionou o carro ou colocar meias de cores diferentes.

## Orientações

As alterações da atenção podem ocorrer tanto em distúrbios neurológicos e neuropsicológicos como em transtorno mentais

Atentar para avaliar se a distração está associada com a hiperatividade, pois pode se tratar de um transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

Observar se o pacientes ingere as medicações

Verificar se consegue interagir nas terapias de grupo.

## ANORMALIDADES DA ATENÇÃO

Todas as informações do ambiente, necessárias à sobrevivência do indivíduo, chegam até o organismo por meio das sensações. Os diferentes estímulos físicos (luz, som, calor etc....) ou químicos (substâncias com sabor ou odor, estímulos sobre mucosas, a pele, etc...) agem sobre os órgãos dos sentidos, estimulando os diversos receptores e, assim, produzindo as sensações.

Percepção entende-se a tomada de consciência, pelo indivíduo, do estímulo sensorial.

## ALTERAÇÕES QUALITATIVAS DA SENSOPERCEÇÃO

Compreendem as ilusões e alucinações

### Ilusão

O fenômeno descrito como Ilusão se caracteriza pela percepção deformada, alterada, de um objeto real e presente EX: ventilador (aranha); árvore (monstro).

### As alucinações

Define-se como alucinação como a percepção de um objeto, sem que este esteja presente, sem o estímulo sensorial respectivo. Ou seja, a alucinação é a percepção clara e definida de um objeto (voz, ruído, imagem) sem a presença do objeto estimulante real.

EX: a pessoa ver uma cobra na parede, somente ela está vendo, na parede não existe objeto algum.



Os tipos de alucinações são: auditivas, visuais, gustativas, olfativas e táteis.

## Orientações

Atentar para o comportamento do paciente que está alucinando.

Não confronte a alucinação do paciente

Observe se o paciente refere ouvir uma voz de comando dizendo para matar-se ou matar alguém.

Administrar antipsicóticos

## Memória



Fonte: [legaertner.blogspot.com](http://legaertner.blogspot.com)

A memória é a capacidade de registrar, manter e evocar as experiências e os fatos já ocorridos.

### Memória Cognitiva (Psicológica)

É uma atividade altamente diferenciada do sistema nervoso, que permite ao indivíduo registrar, conservar e evocar, a qualquer momento, os dados aprendidos da experiência.

A memória cognitiva é composta de três fases ou elementos básicos:

- Fase de registro (percepção, gerenciamento e início da fixação)
- Fase de conservação (retenção)
- Fase de evocação (também denominada de lembranças, recordações)

## ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS DA MEMÓRIA

### Amnésias (ou hipomnésias)

Denomina-se amnésia, de forma genérica, a perda da memória, seja a da capacidade de fixar ou a da capacidade de manter e evocar antigos conteúdos mnêmicos.

#### Amnésia anterógrada

O indivíduo não consegue mais fixar elementos mnêmicos a partir do evento que lhe causou o dano cerebral EX: o indivíduo não se lembra do que ocorreu nas semanas (ou meses) depois de um trauma cranioencefálico.

#### Amnésia retrógrada

O indivíduo perde a memória para fatos ocorridos antes do início da doença ( ou trauma)

## Amnésia lacunar

O indivíduo não se lembrar de um período do acontecimento formando uma “lacuna” quando fala sobre o assunto

### Orientações

Verificar se há perda da memória recente principalmente do idoso.

Certificar-se se o paciente está lembrando de ingerir os medicamentos, alimentos.

Orientar a família sobre como conduzir o tratamento do paciente

### Consciência



Fonte: [forum.johntitorwold.com](http://forum.johntitorwold.com)

A definição neuropsicológica emprega o termo (consciência no sentido de estado vígil (vigilância), o que, de certa forma, iguala a consciência ao grau de clareza do sensorio. Consciência aqui é fundamentalmente o estado de estar desperto, acordado, vígil, lúcido. Trata-se especificamente do nível de consciência.

**Os diversos graus de rebaixamento da consciência são:**

**Obnubilação ou turvação da consciência:** Trata-se do rebaixamento da consciência em grau leve a moderado paciente está sonolento com lentidão da compreensão e dificuldade de concentração, pensamento ligeiramente confuso.

**Sopor:** É um estado de marcante turvação da consciência, na qual o paciente pode ser despertado apenas por estímulos dolorosos aqui ele está evidentemente sonolento, ele é incapaz de qualquer ação espontânea. A psicomotricidade encontra-se mais inibida do que nos estados de obnubilação.

**Coma:** É o grau mais profundo de rebaixamento do nível de consciência. No estado de coma, não é possível qualquer atividade voluntária consciente.

## Orientações

Manter vigilância sobre o nível de consciência do paciente

Observar o efeito dos Psicofármacos no paciente

Avaliar situações de delirium.

## Orientação

A capacidade de situar-se quanto a si mesmo e quanto ao ambiente é elemento básico da atividade mental. A capacidade de orientar-se requer, de forma consistente, a integração das capacidades de atenção, percepção e memória.

A capacidade de orientar-se é classificada em:

### Orientação Autopsíquica

É a orientação do indivíduo em relação a si mesmo. Revela se o sujeito sabe quem é: nome, idade, data de nascimento profissão, estado civil etc...

### Orientação Alopsíquica

Diz respeito à capacidade de orientar-se em relação ao mundo, isto é, quanto ao espaço (orientação espacial) e quanto ao tempo (orientação temporal)

É importante verificar claramente se o paciente sabe o tipo de lugar em que está por ex: se está em um hospital, uma unidade básica, um consultório, CAPS. Se pode dizer o nome do lugar e onde se situa esse lugar.

## Orientações

Avaliar a orientação do paciente

## Pensamento



Fonte: inexcelsius.blogspot.com

Devem-se inicialmente distinguir os elementos constitutivos do pensamento:

Conceito

Juízo

Raciocínio

**Aspectos do pensamento:**

Curso

Forma ou estrutura

**Conteúdo ou temática do pensamento**

O curso do pensamento é o modo como o pensamento flui, a sua velocidade e seu ritmo ao longo do tempo.

A forma do pensamento é a sua estrutura básica, sua “arquitetura”, preenchida pelos mais diversos conteúdos e interesses do indivíduo.

O conteúdo do pensamento pode ser definido como aquilo que dá substância ao pensamento, os seus temas predominantes, o assunto em si.

**Juízo de realidade ou delírio**

Quando um indivíduo acometido por uma psicose afirma que os vizinhos preparam um complô para matá-lo o conteúdo é de perseguição, mas o que está patologicamente alterado é a atribuição de realidade absoluta a esse pensamento.

## Alterações do processo de pensar

**Quanto ao curso**

**Aceleração do pensamento:** mania, esquizofrenia, ansiedade intensa psicoses tóxicas.

**Lentificação do pensamento:** depressão grave, rebaixamento do nível de consciência e certas intoxicações.

### **Bloqueio**

Verifica-se o bloqueio do pensamento quando o paciente, ao relatar algo, no meio de uma conversa, brusca e repentinamente interrompe seu pensamento sem qualquer motivo aparente. O pensamento “para” é bloqueado.

### **Roubo**

É uma vivência na qual o paciente tem a nítida sensação de que o seu pensamento foi roubado de sua mente, por uma força ou ente estanho, por uma máquina, uma antena etc...

### **Quanto a forma**

#### **Fuga de ideias**

As associações das palavras deixam de seguir uma lógica. Por ex: amor, flor, cor, cidade idade, realidade

#### **Dissociação do pensamento**

É o pensamento desorganizado incoerente e incompreensível.

#### **Desagregação do pensamento**

Neste caso há total perda da coerência, conceitos e ideias fragmentadas, muitas vezes irreconhecíveis, sem qualquer articulação racional. Acontecem na esquizofrenia.

### **Quanto ao conteúdo**

A observação clínica indica que os principais conteúdos que preenchem os sintomas psicopatológicos são: Persecutórios, Depreciativos, Místicos, Grandeza

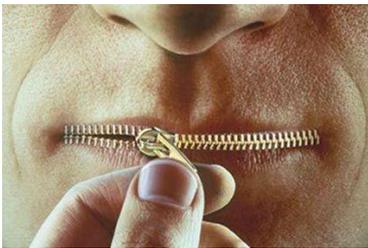
## Orientações

Não confrontar os delírios do paciente pois o delírio é uma convicção dele

Administrar os antipsicóticos

Observar comportamento de risco

## Linguagem



Fonte: outubro.blogspot.com

É o principal instrumento de comunicação dos seres humanos. Além disso, é fundamental na elaboração e na expressão do pensamento.

## Alterações da linguagem

**Disartria** é a incapacidade de articular corretamente as palavras

**Disfemia** é a gagueira (ansiedade e timidez e fatores orgânicos)

**Logorréia** existe a produção aumentada e acelerada (taquifasia) da linguagem verbal, um fluxo incessante de palavras e frases.

**Mutismo** ausência de resposta verbal oral por parte do doente.

**Ecolalia** é a repetição da última ou das últimas palavras que o profissional ou alguém no ambiente falou ou dirigiu ao paciente. Ex: qual seu nome? o paciente fala: Nome, nome, nome

**Palilalia** é a repetição automática pelo paciente da última ou das últimas palavras que ele próprio emitiu em seu discurso. Ele ocorre de forma involuntária, sem controle. Ex: ao falar sobre sua residência, o paciente diz: “Eu moro em uma casa em Jundiaí, casa em Jundiaí, Jundiaí, Jundiaí”.

**Coprolalia** é a emissão involuntária e repetitiva de palavras obscenas.

**Mussitação** é a produção repetitiva de uma voz muito baixa, murmurada, apenas movendo discretamente os lábios.

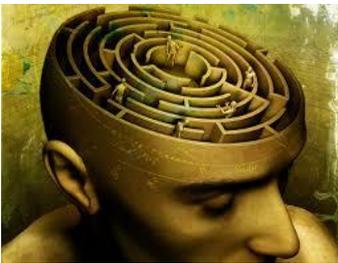
**Solilóquio** é quando ele fala sozinho.

## Orientações

Procurar compreender o discurso do paciente

Proporcionar a melhor comunicação

## Inteligência



Fonte: comunidadeodressnovos.blogspot.com

A inteligência pode ser definida como o conjunto das habilidades cognitivas do indivíduo, a resultante, o vetor final dos diferentes processos intelectivos. Refere-se à capacidade de identificar e resolver problemas novos e encontrar soluções, as mais satisfatórias possíveis para si e para o ambiente, respondendo às exigências de adaptação biológica e sociocultural.

Segundo o parecer nº 274/2015 – CONFEN, deficiência mental e doença mental são fenômenos diferentes, no entanto, por trazerem o adjetivo “mental” muita gente acredita que representam o mesmo fenômeno, havendo uma determinação para que se use o termo deficiência intelectual em detrimento a “deficiência mental”.

A diferença entre doença mental e deficiência intelectual é que o transtorno mental é entendido como um conjunto de comportamentos e atitudes capazes de produzir danos na performance global do indivíduo, causando impactos na sua vida social, ocupacional, familiar e pessoal.

## Características:

- Dependendo do grau e comprometimento:
- Dificuldade de aprendizagem
- Dificuldade na fala

- Dificuldade na adaptação social
- Conduta pueril
- Deficiência física associada
- Irritabilidade/isolamento

## Orientações

Auxiliar ou realizar procedimentos ao deficiente intelectual

Estimular a participação em terapias de grupo

Supervisionar os cuidados ao deficiente intelectual

## Afeto/Humor



Fonte: [www.portaldapsiquiatria.com](http://www.portaldapsiquiatria.com)

Afeto: define-se afeto como a qualidade e o tônus emocional que acompanha uma ideia ou representação mental. Os afetos acoplam-se a ideias, anexando a elas um colorido afetivo.

### Humor ou estado de ânimo

É definido como o tônus afetivo do indivíduo em que se encontra a pessoa em determinado momento.

Ex: Vamos viajar passear e fazer compras.

A vida afetiva ocorre sempre em um contexto e relações do Eu com o mundo e com as pessoas, variando de um momento para outro á medida que os eventos e as circunstâncias da vida se sucedem.

### Alterações patológicas da afetividade

#### Alterações do Humor

**Distímia:** é o termo que designa a alteração básica do humor, tanto no sentido da inibição como no sentido da exaltação.

**Disforia:** diz respeito à distímia acompanhada de uma tonalidade afetiva desagradável, mal humorada.

**Eutímico:** o indivíduo apresenta-se naquele momento com o humor normal.

**Hipotímia:** refere-se à base afetiva de todo transtorno depressivo.

**Hipertímia:** refere-se a humor patologicamente alterado no sentido da exaltação e da alegria.

**Euforia:** define o humor morbidamente exagerado, no qual predomina um estado de alegria intensa e desproporcional às circunstâncias.

**Puerilidade:** é uma alteração do humor que se caracteriza pelo aspecto infantilizado, regredido.

**Ansiedade:** é definida como estado de humor desconfortável apreensão negativa em relação ao futuro inquietação interna desagradável. Inclui manifestações somáticas e fisiológicas.

### **Alterações das emoções e dos sentimentos**

**Apatia:** é a diminuição da excitabilidade emotiva e afetiva. Os pacientes queixam-se de não poderem sentir nem alegria, nem tristeza, nem raiva nada... (quadros depressivos).

**Embotamento afetivo:** é observável, constatável por meio da mímica, da postura da atitude do paciente. Ocorre tipicamente nas formas negativas, deficitárias de esquizofrenia.

**Anedonia:** é a incapacidade total ou parcial de obter e sentir prazer com determinadas atividades e experiências da vida. O paciente com anedonia não consegue mais sentir prazer sexual, não consegue desfrutar de um bom papo com os amigos, de um almoço gostoso com a família, de um bom filme etc....

**Labilidade afetiva (afeto lábil):** são os estados nos quais ocorrem mudanças súbitas e imotivadas de humor, sentimentos ou emoções.

**Ambivalência afetiva:** é um termo que descreve sentimentos opostos em relação a um mesmo estímulo ou objetos sentimentos que ocorrem de modo absolutamente simultâneo. Assim, o indivíduo sente, ao mesmo tempo, ódio e amor, rancor e carinho por alguém. O poeta romano Catulo diz: "Odeio e amo. Por quê? \_você quer saber. Não sei, mas sinto assim e me atormenta".

## Orientações

Observar comportamento silencioso

Atentar para risco de suicídio

Administrar estabilizador do humor

Controlar excitação sexual no caso de euforia da fase maníaca

## Conduta motora



Fonte:educarparacrescer.abril.com.br

## Alterações da psicomotricidade

É observada na expressão final de alterações da volição (vontade) evidenciada na expressão corporal como a agitação psicomotora (APM).

- Agitação psicomotora:
- Exaltação motora
- Agressividade
- Irritabilidade
- Hostilidade
- Frangofilia
- Taquipsiquismo acentuado

## Orientações

Paciente agressivo deve ser medicado e contido no leito

Sempre explicar o procedimento da contenção

Observar comportamento de risco para fuga, agressão

Não demonstrar medo do paciente

Não contê-lo sozinho

## Atos impulsivos e Atos compulsivos

**Ato impulsivo:** abole abruptamente as fases de intenção, deliberação e decisão e na reflexão, a análise, na ponderação, e a contenção dos impulsos e dos desejos.

Impulsos Patológicos: incontroláveis instantâneo e explosivo

**Ato compulsivo:** difere do ato impulsivo por ser reconhecido pelo indivíduo como indesejável e inadequado, assim como pela tentativa de refreá-lo ou adiá-lo.

Acontece:

Desconforto subjetivo

São egodistônicos (contrários aos valores morais e anseios de quem os sofre)

Há a tentativa de resistir

Há alívio ao realizar o ato compulsivo

Associados a ideias obsessivas Ex; lavar-se várias vezes, no TOC.

## Impulsos e compulsões agressivas auto e heterodestrutivas

- Automutilação
- Tricotilomania
- Frangofilia

- Piromania
- Impulso e ato suicida
- Cleptomania
- Jogo patológico
- Bulimia
- Compulsão por comprar

## Lentificação psicomotora

Reflete a lentificação de toda a atividade psíquica (bradipsiquismo)

**Flexibilidade cerácea:** Ex: homem de cera

**Estereotipia motora:** são repetições automáticas.

**Maneirismo:** estereotipia bizarra

**Acatisia:** inquietação motora, necessidade de andar de um lado para o outro.

**Marcha robotizada:** o paciente anda parecendo um robô, avaliar, pois ele pode estar impregnado, ou seja, “impregnação Neuroléptica”.

**Apraxia:** é a impossibilidade ou a dificuldade de realizar atos intencionais, gestos complexos, voluntários, conscientes, sem que haja paralisias. (lesões neuronais).

## 4. Agora Conhecendo um pouco sobre os transtornos mentais mais comuns

### 4.1 DEPRESSÃO

#### O que é?

É um tipo de sofrimento mental bastante comum. Quando a pessoa está deprimida ela pode perder a vontade de tudo e ter dificuldade de fazer as coisas que era acostumada a fazer; às vezes, não consegue trabalhar, cuidar dos filhos ou estudar; ela fica com uma tristeza que não passa, desanimada, pode perder o apetite, sentir angústia, aflição; pode querer ficar todo o tempo sozinha, isolada em um ambiente; pode também ficar nervosa e apresentar dificuldades para se relacionar; pode ter vontade de morrer e fazer planos para acabar com a própria vida.



## O QUE É?

A esquizofrenia é uma desordem cerebral crônica grave. Por uma doença de longa duração, acumula-se, ao longo dos anos, comprometendo o indivíduo em diferentes graus e necessidades.

É classificada como doença psiquiátrica que se caracteriza pela **perda do contato com a realidade**.

## Quais os sintomas?

**Delírios:** são ideias falsas, das quais o paciente tem convicção absoluta. Por exemplo, ele se acha perseguido, acha que é um anjo ou o presidente da república.

**Alucinações:** são percepções falsas dos órgãos dos sentidos; podem ser auditivas, visuais, táteis, gustativas e olfativas

**Alterações do pensamento:** as ideias podem se tornar confusas, desorganizadas ou desconexas, tornando o discurso do paciente difícil de compreender.

**Afeto embotado:** onde o paciente não interage, ficando assim por dias isolado.

## TIPOS DE ESQUIZOFRENIA:

### **Simples**

A esquizofrenia simples tem os seguintes sintomas: emoções erráticas, isolamento social, quase ausência de relações afetivas, uma mudança significativa de personalidade, e ainda, depressão.

### **Paranoide**

A esquizofrenia paranoide tem os seguintes sintomas: ansiedade, propensão a ataques de fúria e a brigas, e a falsa sensação de que as pessoas que os rodeia lhe querem fazer mal, a si ou aos seus familiares mais próximos.

### **Desorganizada**

A esquizofrenia desorganizada tem os seguintes sintomas: comportamento infantil, apatia e ausência de emoção, e dificuldade de raciocínio e em organizar expressar pensamentos lógicos.

### **Catatônica**

A esquizofrenia catatônica tem os seguintes sintomas: músculos e postura tensa e rígida, apatia física, expressões faciais fora do normal, caretas, e a quase ausência de resposta às interpelações de outras pessoas.

### **Indiferenciada**

A esquizofrenia indiferenciada pode ter sintomas de alguns dos outros tipos de esquizofrenia.

### **Residual**

A esquizofrenia residual, como o nome indica, refere-se a pessoas que já tiveram episódios completos de esquizofrenia, e que agora só mantém alguns dos sintomas.

Refere-se a uma esquizofrenia que já tem muitos anos e com muitas consequências.

## **Orientações**

- Reconhecer que o comportamento do paciente é devido as alucinações e delírios
- Entender que os psicofármacos irão tirar o paciente do estado de psicose, ou seja dos delírios e alucinações que o tira do contato com a realidade.
- Atentar para o comportamento de risco do paciente, fuga , agressão, suicídio , automutilação e homicídio.
- Não demonstrar medo e estabelecer um relacionamento terapêutico , porém sempre vigilante.

## **4.3 TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR (TBH)**



Fonte: [www.portaldapsiquiatria.com](http://www.portaldapsiquiatria.com)

### **O QUE É?**

O transtorno afetivo bipolar é um problema em que as pessoas alternam entre períodos de muito bom humor e períodos de irritação ou depressão.

As chamadas "oscilações de humor" entre a mania e a depressão podem ser muito rápidas e podem ocorrer com muita ou pouca frequência.

## ○ QUE CAUSA?

A causa exata do transtorno bipolar ainda é desconhecida, mas a ciência acredita que diversos fatores possam estar envolvidos nas oscilações de humor provocadas pela doença, como:

- Peculiaridades biológicas: pessoas com transtorno bipolar parecem apresentar diferenças físicas em seus cérebros, o que pode levar os cientistas a descobrirem as causas exatas da doença.
- Neurotransmissores: um desequilíbrio entre os neurotransmissores parece ser um importante fator nas causas do transtorno bipolar.
- Hormônios: desequilíbrio hormonal também está entre as possíveis causas.

### Fase maníaca (eufórica).

- Distrair-se facilmente
- Redução da necessidade de sono
- Capacidade de discernimento diminuída
- Pouco controle do temperamento
- Compulsão (comida, bebida, compras)
- Manter relações sexuais com muitos parceiros
- Hiperatividade
- Aumento de energia
- Pensamentos acelerados que se atropelam
- Fala em excesso
- Autoestima muito elevada (ilusão sobre si mesmo ou habilidades)
- Grande envolvimento em atividades
- Grande agitação ou irritação.

### Fase depressiva

- Apresenta-se triste e com choro fácil
- Discurso de desesperança
- Encontra-se em anedonia, não tem prazer para nada
- Humor deprimido
- Falta de ânimo para realizar atividades do cotidiano
- Ideias fúnebres e ideação suicida
- Estado de ânimo comprometido, hipotímico
- Fica lentificado em bradipsiquismo
- Libido sexual diminuído
- Comprometimento da vontade e prazer

## Orientações

- Reconhecer a oscilação do humor como característica do transtorno
- Identificar a fase em que o paciente se encontra
- Atentar para comportamento de risco agressão em fase eufórica e suicídio em fase deprimida
- Administrar estabilizador do humor
- Motivar a participação em terapias
- Observar se ingere os medicamentos
- Estabelecer relacionamento terapêutico em ambas as fases

## 4.4 TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADO (TAG)



Fonte: [paginasdescritas.blogspot.com](http://paginasdescritas.blogspot.com)

### O QUE É?

É um transtorno de ansiedade comum que envolve nervosismo crônico, preocupação e tensão excessiva. Ao contrário de uma fobia, que o medo sentido está ligado a uma coisa ou situação específica, a ansiedade associada ao transtorno de ansiedade generalizada é difusa. Emerge um sentimento geral de medo ou inquietação que afeta a funcionalidade da vida. Essa ansiedade é menos intensa do que num ataque de pânico, mas muito mais duradoura, tornando a vida da pessoa muito difícil, dado que a pessoa fica num estado de hipervigilância.

### O QUE CAUSA?

A causa do TAG ainda não é completamente compreendida, mas acredita-se que existam diversos fatores, entre eles, fisiológicos, genéticos e ambientais.

### Quais os SINTOMAS?

#### Sintomas emocionais de transtorno de ansiedade generalizada:

- Preocupações constantes correndo na sua cabeça.
- Sente-se como se a sua ansiedade fosse incontável, não há nada que você possa fazer para parar de preocupar-se.

- Pensamento intrusivo sobre coisas que fazem você sentir-se ansioso; tenta evitar pensar sobre eles, mas não consegue deixar de pensar.
- Uma incapacidade de tolerar a incerteza; você tem uma necessidade enorme de saber o que vai acontecer no futuro.

### Sintomas comportamentais de transtorno de ansiedade generalizada:

- Incapacidade de relaxar, desfrutar de momentos de quietude, ou ser você mesmo.
- Dificuldade de concentração ou com foco nas coisas.
- Dificuldade em expressar-se, porque sente-se oprimido.
- Evita situações que fazem sentir-se ansioso.

### Sintomas físicos do transtorno de ansiedade generalizada:

Sensações de tensão, rigidez muscular ou dores no corpo.

- Tem problemas para adormecer ou manter o sono porque a sua mente fica muito ativa.
- Sentimento de inquietação.
- Problemas de estômago, náuseas, diarreia.

## 4.5 CRISE PSICÓTICA OU SURTO PSICÓTICO



Fonte: mundodapsi.com

### O que é?

Psicose é o nome usado para um problema médico que afeta o cérebro de maneira que a pessoa perde o contato com a realidade.

Um surto psicótico é caracterizado pela perda da noção de realidade e por uma desorganização do pensamento, onde não há diferenciação entre o mundo real e o imaginário da pessoa. Trata-se de um quadro preocupante, pois não sabemos qual

será a evolução. Pode ser um surto psicótico breve indo até a esquizofrenia, um quadro mais grave.

## Quais os SINTOMAS?

Os principais são:

- Delírios
- Alucinação
- Heteroagressividade

## Tipos de Psicoses:

- 1) Psicose induzida por drogas – como álcool, maconha, cocaína, etc.
- 2) Psicose orgânica – causada por lesão cerebral ou enfermidade física que altere o funcionamento do cérebro, como a encefalite, a AIDS, tumor cerebral, reação química a certos remédios em pessoas predisponentes talvez (pós-cirúrgico).
- 3) Psicose reativa breve – sintomas aparecem de forma súbita em resposta a um evento muito estressante para uma pessoa muito sensível.
- 4) Esquizofrenia – quando há mudanças psicóticas por pelo menos seis meses.
- 5) Transtorno Bipolar – era chamada de psicose maníaco-depressiva.
- 6) Transtorno esquizoafetivo – a pessoa tem alterações como no bipolar e no esquizofrênico, mas não se enquadra em nenhum dos dois diagnósticos.

## Orientações

- Não confronte a pessoa em surto, mantenha uma postura neutra e compreensiva medicar e conter.
- Proteja o ambiente, afastando objetos que podem ser usados para agressão (como facas, armas e utensílios perigosos).
- Manter vigilância a pessoa se houver risco de fuga ou autoagressão se o surto é resultado do não uso de uma medicação habitual, administre-a imediatamente.
- Se a pessoa em surto estiver sob tratamento entre em contato com o profissional que a atende para orientações específicas.
- Se houver risco de agressividade, suicídio ou homicídio iminente deve-se entrar em contato com o corpo de bombeiro e SAMU, para garantir a integridade da pessoa afetada e daqueles que estão com ela no momento do surto.

## 5.Considerações

O discente de enfermagem ao se deparar principalmente pela primeira vez com o doente mental enfrenta vários tipos de sentimentos, como o medo do desconhecido, o medo de ser agredido a angústia, insegurança, porém deve ser conduzido pelo seu professor de como lidar com os seus sentimentos achando o ponto de equilíbrio dentro de suas limitações, e saber lidar com os comportamentos relacionados as psicopatologias dos pacientes em sofrimento psíquico.

Para tanto espero ter contribuído com essa cartilha para esclarecer de forma objetiva de como compreender o doente mental, para depois lidar com seus comportamentos relacionando-os a sua psicopatologia que o faz sofrer.

Como docente também dessa área tão linda, e que por vezes incompreendida e não atrativa, que está ainda em desconstrução e ressignificação de seus conceitos é que deixo essas considerações aos discentes.

A mente humana é linda!

## 6. Referências

ABOU-YD, Miriam. **Por uma clínica antimanicomial: a ousadia de um projeto.** In: CAMPOS, Florianita Braga; LANCETTI, Antonio (Org.) Experiências da reforma psiquiátrica. Hucitec, 2010.

CARVALHO, M. **Psiquiatria para a enfermagem.** São Paulo: Rideel, 2012.

CUNHA, M.C. **Comunicação Terapêutica com o Doente com Perturbações Psiquiátricas** Nursing nº 262 2010.

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

HUMEREZ, D.C: Parecer de conselheira Nº 274/2015. Pedido de informação sobre a atuação do enfermeiro na área de saúde mental.

KAPLAN; SADOCK, Benjamin. **Manual de psiquiatria clínica: ciências comportamentais.** 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2012.

STEFANELLI, M.C; FUKUDA I. M. K; ARANTES E.C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistências** 1ª ed Baueri SP: Manole, 2008.