

**APARÍCIO CARVALHO DE MORAES**

**PREVALÊNCIA DE PACIENTES PSICÓTICOS NA CLÍNICA  
PSIQUIÁTRICA DO HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO EM  
PORTO VELHO – RO ENTRE 1999 E 2004.**

**BRASÍLIA, 2006**

**APARÍCIO CARVALHO DE MORAES**

**PREVALÊNCIA DE PACIENTES PSICÓTICOS NA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DO  
HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO EM PORTO VELHO – RO  
ENTRE 1999 E 2004.**

**Dissertação para a obtenção do  
título de Mestre, apresentada à  
Faculdade de Ciências da Saúde da  
Universidade de Brasília (UnB), na área  
da Ciências da Saúde.**

**Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto  
Bezerra Tomaz**

**BRASÍLIA, 2006**

## FICHA CATALOGRÁFICA

M827p MORAES, Aparício Carvalho de.

Prevalência de pacientes psicóticos na clínica psiquiátrica do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro em Porto Velho – RO entre 1999 e 2004 / Aparício Carvalho de Moraes – Porto Velho, Rondônia: Brasília/DF: UnB, 2006.

95p.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, UnB, Brasília, DF, 2006.

1. Psiquiatria. 2. Psicose. 3. Medicina. I Título.

CDU: 616.89

Bibliotecária responsável: Eliane Gemaque CRB 11-549

**APARÍCIO CARVALHO DE MORAES**

**PREVALÊNCIA DE PACIENTES PSICÓTICOS NA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DO  
HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO EM PORTO VELHO – RO  
ENTRE 1999 E 2004.**

**Dissertação para a obtenção do título de Mestre, apresentada à Faculdade de  
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - UnB, na área da Ciências da  
Saúde.**

**Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz**

**Data de aprovação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**Conceito: \_\_\_\_\_**

**Banca Examinadora**

---

**Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz  
Orientador**

---

**Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro  
Membro**

---

**Prof. Dr. Carlos Alberto Paraguassu Chaves  
Membro**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Clotilde Henrique Tavares  
Suplente**



## **Porto Velho**

*Os homens devem saber  
que nada a não ser o cérebro  
origina alegrias, prazeres, risos,  
esportes, tristezas, mágoas, desespero  
e lamentações. Por causa disso, de uma  
maneira especial, adquirimos sabedoria  
e conhecimento, visão, audição, e sabemos  
o que é tolo e o que é justo, o que é  
doce e o que é sem gosto.*

*Hipócrates*

## Dedicatórias

Aos meus pais **Apparício Vieira de Moraes e Dolly Carvalho de Moraes**, in memoriam, aos meus irmãos **Carlos Luiz, Clara Luiza e Ceni**, que com imenso amor sempre incentivaram e apoiaram minhas iniciativas de conquista dos meus ideais.

À minha esposa **Maria Silvia Fonseca Ribeiro Carvalho de Moraes**, pela compreensão nas horas difíceis e pelo apoio incansável que permitiu que eu chegasse ao fim com coragem e certeza de que vale a pena lutar.

Aos meus filhos **Mariana e Maurício**, dádiva maior que Deus poderia ter me concedido. Seus sorrisos foram sempre à inspiração e o talento para vencer minhas dificuldades.

Dedico também in memoriam, ao meu tio **Dilton Carvalho**, pelo incentivo a minha formação acadêmica.

## **Agradecimentos**

### **Ao Orientador**

Professor Doutor **Carlos Alberto Bezerra Tomaz**, pela atenção e orientação a mim dispensada na realização deste trabalho e, pelo seu profundo conhecimento na área.

### **Aos professores**

Do Curso de Mestrado e em especial ao professor **Dr. Carlos Alberto Paraguassu Chaves**, pela colaboração, acompanhamento e dedicação que permitiram a realização e conclusão deste trabalho.

### **Aos colegas**

Da Pós-Graduação que compartilharam o dia-a-dia na busca do saber.

### **Ao Diretor do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro**

Dr. Amado Rahhal.

### **Aos colegas médicos psiquiatras**

Da Clínica Psiquiátrica do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, em Porto Velho, Rondônia que indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, entre eles **Dr. Bernardo, Dr. Ivo, Dr. Sebastião, Dr. Henrique, Dr. Ferreira e Dr. Marcos.**

### **Aos funcionários**

Dos setores de Registro e Arquivo-SAME, a secretária Virgínia Lícia Lobato Ramos e a enfermeira Maria de Fátima Galvão da Clínica Psiquiátrica do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, pela acolhida durante a fase de coleta de dados que com extrema paciência e disponibilidade, possibilitaram um melhor andamento para a realização de todos os trabalhos.

### **À Universidade**

A Universidade de Brasília (UnB), pela oportunidade de aprimorar minha carreira universitária.

### **Aos pacientes**

Motivo maior pela busca incessante do meu aperfeiçoamento.

**O Meu Eterno Agradecimento.**

## RESUMO

O crescimento explosivo do número da população migratória, indubitavelmente provocou um aumento de pessoas com risco de doenças neurológicas e psiquiátricas na cidade de Porto Velho, Rondônia. No estudo da prevalência de pacientes psicóticos internados na Clínica Psiquiátrica do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, entre 1999 e 2004, o diagnóstico predominante foi à esquizofrenia, ressaltando apresentação de quadro agudo e recuperação por completo. O perfil da população do total de 187 pacientes, 96 era do sexo masculino, destes 83 eram migrantes, 44 se encontravam na faixa de 21 a 30 anos, 75 eram solteiros, sendo que a maioria vivia no campo ou era desempregado. Em relação ao sexo feminino das 91 mulheres internadas, 86 eram migrantes, 31 na faixa etária de 31 a 40 anos, 50 eram solteiras e 70 tinham atividades dedicadas ao lar. Os episódios depressivos foram descritos e discutidos de acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993). Casos de episódios típicos de depressão discreta, moderada ou grave, apresentaram paciente com rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Observaram-se alterações da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associada à irritabilidade ou agressividade. Também foi visto problemas do sono e diminuição do apetite. O tratamento, geralmente, foi um coquetel de medicamentos onde prevaleceu para o sexo masculino, o carbamazepina (200 mg) no período de 1999, o haloperidol (5 mg) em 2000, 2001 e 2003 e o clorpromazina (100 mg) em 2002 e 2004; o quadro para o sexo feminino apresentou a prevalência do haloperidol (5 mg) em 1999 e 2004, o carbamazepina (200 mg) em 2000 e 2002, o clorpromazina (100 mg) em 2001 e o carbolítium (300 mg) em 2003. Para as mulheres foi receitado o tioridazina medicamento ausente no receituário para os homens, que utilizaram o fenobarbital (100 mg) e fenitoína (100 mg), não prescritos para o sexo feminino. Somente em 1999 houve um número excessivo de recidivas para o sexo masculino, ocorrendo o mesmo em 2003 para o sexo feminino.

**Palavras-chaves:** Psiquiatria. Psicose. Medicina.

## ABSTRACT

The explosive growth of the number of the migratory population, without a doubt provoked an increase of people with risk of neurological and psychiatric illnesses in the city of Porto Velho, Rondônia. The study of the prevalence of the patients psychoses interned in the Psychiatric Clinic of the Hospital of Base Dr. Ary Pinheiro, between 1999 and 2004, I diagnosis it predominant the schizophrenia, standing out presentation of acute picture and recovery for complete. The profile of the population of the total of 187 patients, 96 was of masculine sex, these 83 was immigrants, 44 if 30 years, 75 found in the band of 21 were single, and being that the majority lived in the field or was dismissed. In relation to the feminine sex of the 91 interned women, 86 were immigrants, 31 in the atria band of 31 the 40 years, 50 were single and 70 had dedicated activities to the home. The depressive episodes described and had been argued in accordance with the Classification of Mental Upheavals and Behavior (CID-10) (WHO, 1993). Cases of typical episodes of discrete, moderate or serious depression, presented patient with degradation of the mood, reduction of the energy and reduction of the activity. Alterations of the capacity had been observed to try the pleasure, loss of interest, reduction of the concentration capacity, associate irritability or aggressiveness. Also it was seen problems of the sleep and reduction of the appetite. The treatment, generally, was one cocktail of medicines where it prevailed for the masculine sex, the carbamazepina (200 mg) in the period of 1999, haloperidol (5 mg) in 2000, 2001 and 2003 and the clorpromazina (100 mg) in 2002 and 2004; the picture for the feminine sex presented the prevalence of haloperidol (5 mg) in 1999 and 2004, the carbamazepina (200 mg) in 2000 and 2002, the clorpromazina (100 mg) in 2001 and carbolitium (300 mg) in 2003. For the women the tioridazina absent medicine in the recitation for the men, who had used the fenobarbital (100 mg) and fenitoína (100 mg), not prescribed for the feminine sex was prescribed. In 1999 it only had an extreme number of returns for the masculine sex, occurring the same in 2003 for the feminine sex.

**Key words:** Psychiatry. Psychoses. Medicine.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Freqüência do estado civil dos indivíduos atendidos no setor psiquiátrico .....	54
Tabela 2	Freqüência de faixa etária dos pacientes atendidos no setor psiquiátrico .....	55
Tabela 3	Freqüência de migrantes entre os pacientes .....	55
Tabela 4	Freqüência das atividades registradas nos prontuários .....	57
Tabela 5	Freqüência de códigos assinalados de acordo com diagnósticos determinados na amostragem, sexo masculino ..	59
Tabela 6	Freqüência de códigos assinalados de acordo com diagnósticos determinados na amostragem, sexo feminino .....	61
Tabela 7	Freqüência dos medicamentos receitados aos pacientes do sexo masculino .....	63
Tabela 8	Freqüência dos medicamentos receitados aos pacientes do sexo feminino .....	64

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS

ANOVA	Análise de variância
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AUC	Área abaixo da última curva
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CID-10	Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento
DALZ	Doença de Alzheimer
DMTC	Doença Mista do Tecido Conjuntivo
DS	Desvio Padrão
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EAC-IPq	Estados Alterados de Consciência – Instituto de Psiquiatria
EP	Esquizofrenia Paranóide
FMUSP	Faculdade de Medicina da USP
GARF/APA	Global Assessment of Relational Functioning Scale
HB	Hospital de Base
HC/UNICAMP	Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas
HPLC	High Power Liquid Chromatography.
IPq/HC	Instituto de Psiquiatria Hospital das Clínicas
IRF	Improved Readability Fom
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
LCR	Líquido cefalorraquidiano
LSD	Ácido Lisérgico
Mg/d	Miligrama por dia
MMPI	Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade

NSC	National Cormobity Survey
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPCRIT	Inventário de Critérios Operacionais para Doenças Psicóticas
PIF	Fator de inibição da prolactina
PMD	Distúrbio mental bipolar
RM	Ressonância Magnética
RNP	Ribonucleoproteínas
SUS	Sistema Único de Saúde
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TC	Tomografia Computadorizada
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção /Hiperatividade
THB	Transtorno de Humor Bipolar
TPP	Transtorno de Personalidade Paranóide
USP	Universidade de São Paulo
UV-DAD	Ultravioleta com detentor de arranjo de diodos

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>19</b>
2.1 HISTÓRICO .....	19
2.2 PREVALÊNCIA .....	23
2.3 DELÍRIO .....	32
2.4 DEMÊNCIA .....	33
2.5 DOENÇA DE ALZHEIMER .....	34
2.6 ANSIEDADE .....	35
2.7 QUADRO DE DEPRESSÃO .....	36
2.8 CATATONIA .....	37
2.9 DELÍRIO .....	37
2.10 TRANSTORNOS MENTAIS ORGÂNICOS .....	38
2.11 TRANSTORNO BIPOLAR .....	39
2.12 ESQUIZOFRENIA .....	41
2.13 BIOFÁRMACOS .....	47
<b>3 PROPOSIÇÃO .....</b>	<b>51</b>
<b>4 MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>52</b>
4.1 TIPOS DE ESTUDO E POPULAÇÃO .....	52
4.1.1 Tipo de pesquisa .....	52
4.1.2 Descrição da área de risco .....	52
4.1.3 Coleta de dados .....	53
4.1.4 Tamanho da amostra .....	53
4.1.5 Análise dos dados .....	53

4.1.6 Questões éticas .....	53
5 RESULTADOS .....	54
6 DISCUSSÃO .....	65
7 CONCLUSÕES .....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	82
ANEXO .....	94

## 1 INTRODUÇÃO

Ballone (2002b) em seu artigo sobre Personalidade Criminal e periculosidade descreveu que considerava a loucura como sendo a somatória de dois elementos: uma causa predisponente, atrelada à personalidade, e uma causa excitante, fornecida pelo ambiente. Hoje em dia, depois de muitos anos de reflexão e pesquisas, a psiquiatria moderna reafirma a mesma coisa com palavras atualizadas.

O principal modelo para a integração dos fatores etiológicos da esquizofrenia é o modelo estresse-diátese, o qual supõe o indivíduo possuidor de uma vulnerabilidade específica colocada sob a influência de fatores ambientais estressantes (causa excitante). Em determinadas circunstâncias o binômio diátese-estresse proporcionaria condições para o desenvolvimento da esquizofrenia. Até que um fator etiológico para a doença seja identificado, este modelo parece satisfazer as teorias mais aceitas sobre o assunto (BALLONE, 2002b).

Psicose pode ser definida como uma desordem mental na qual o pensamento, a resposta afetiva e a capacidade em perceber a realidade estão comprometidos. Somado a estes sintomas, o relacionamento interpessoal costuma estar bastante prejudicado, o que interfere substancialmente no convívio social (BALLONE, 2002a).

As características clássicas da psicose são: prejuízo em perceber a realidade de forma adequada, presença de delírios, alucinações e ilusões (SADOCK, 2000).

O termo psicose é difícil de ser precisado, e algumas vezes somos obrigados a reportar qual referencial se está adotando: psicodinâmico, psiquiátrico ou de determinado autor. Existem diferentes conceitos para o termo, tais como: perda do contato afetivo com a realidade, afastamento temporário ou definitivo da realidade objetiva, uma perturbação psíquica grave que leva eventualmente à desintegração das estruturas de personalidade, um exagero patológico das tendências constitucionais, uma desorganização extensa da personalidade, um severo distúrbio mental ou reações patológicas, as quais se alteram e envolve todas as formas de adaptação, o resultado final da confluência de múltiplos fatores nociceptivos sobre o aparelho psíquico ou a personalidade que vai aos pedaços (ASSUMPÇÃO, 1993).

Nas últimas duas décadas vários estudos epidemiológicos proporcionaram uma compreensão mais ampla da ocorrência e do curso dos transtornos mentais,

permitindo que se conheçam as conseqüências diretas e indiretas das doenças, como prejuízo no funcionamento individual, familiar e social. Essas informações servem como uma base para decisões políticas em saúde mental, bem como para a avaliação do acesso à assistência médica e utilização de serviços de saúde (ROBBINS; REGIER, 1991; GENTIL, 1998).

Compreendem-se como desordens psicóticas uma série de transtornos mentais em que há uma perda dos limites do ego e uma etiologia demonstrável de doença ou lesão cerebral, ou outra afecção que leve a uma disfunção cerebral, um prejuízo acentuado do teste da realidade, com delírios ou alucinações proeminentes caracterizados por graves oscilações do humor (episódios de mania ou depressão) e por uma tendência à remissão e à recorrência (PHEULA; BANZATO; DALGALARRONDO, 2003).

Os sintomas psiquiátricos mais freqüentes e incômodos que um indivíduo qualquer pode apresentar em uma ou outra ocasião são: transtornos mentais orgânicos incluindo a demência na doença de Alzheimer, demência vascular, demência não especificada, síndrome amnésica orgânica decorrente de lesão e disfunção cerebrais, como delírio, alucinose, transtorno catatônico, esquizofrenia, ansiedade, transtorno maníaco, bipolar, depressivo ou afetivo. E, naturalmente, outros transtornos mentais orgânicos ou sintomáticos (OMS, 1993).

O uso do termo orgânico não implica que as demais classificações sejam inorgânicas, no sentido de não terem um substrato cerebral. Significa simplesmente que a síndrome assim classificada pode ser atribuída a uma doença ou transtorno cerebral ou sistêmico, independentemente diagnosticável. O termo sintomático é usado para aqueles transtornos mentais orgânicos no qual o envolvimento cerebral é secundário a uma doença (OMS, 1993).

Estudos com pacientes que no momento estão experimentando seu primeiro episódio psicótico têm demonstrado que, tipicamente, permanecem sem diagnóstico e tratamento por 1 ou 2 anos. Isto tem postulado que a psicose sem tratamento por um tempo prolongado pode ter efeitos graves, com respostas fracas a medicamentos neuropsicóticos, pobres resultados clínicos e neurotoxicidade (HO et al, 2003).

Um outro quadro interessante é uma intrigante relação entre a combinação encontrada entre o talento criativo e a susceptibilidade psicótica. Existe ampla evidência de um crescente aumento de riscos de doença mental correlacionados

entre as pessoas altamente dotadas de mente criativa (AREHART-TREICHEL, 2004).

As síndromes psicóticas descritas por Leonhard (1996) no âmbito das psicoses ciclóides (PC) já haviam sido descritas por Wernicke (1900) e Kleist (1928): Wernicke apresentou a psicose de angústia-felicidade em duas formas separadas: de um lado, a psicose de angústia; de outro, a autopsicose expansiva devido a idéias autóctones. Kleist (1928) considerou a psicose de angústia e a psicose de felicidade, denominadas por ele como: psicose de inspiração, psicoses marginais paranóides.

A psicose de angústia-felicidade apresenta-se como uma perturbação básica do afeto. Assim como as demais psicoses ciclóides, esquizofrenias não-sistemáticas, caracterizam-se por apresentar quadros dentro de um espectro bipolar (KLEIST, 1928).

No pólo caracterizado por angústia-ansiedade, a angústia é acompanhada de desconfiança, idéias de auto-referência, hipocondríacas e de desvalia. Também costumam ocorrer alterações senso perceptivas, às vezes acompanhadas de vivências de influência. No seu pólo oposto encontramos um estado de êxtase caracterizado por idéias de felicidade, com as quais costumam estarem associadas idéias de referências e alterações senso perceptivas (SALLER; GATTAZ, 2002).

Na classificação às psicoses ditas orgânicas e das psicoses psicogênicas, o enfoque consistente é com a etiologia do quadro, sendo a esquizofrenia a principal representante deste grupo. Uma outra classificação seria dividir as psicoses de acordo com o início e a duração dos sintomas: agudas ou crônicas (KRYNSKI; ASSUMPÇÃO, 1987). A importância, além do tempo, seria em relação ao prognóstico do quadro, mais reservado para as psicoses crônicas.

A esquizofrenia é um transtorno emocional grave de tipo psicótico, caracterizado por um afastamento da realidade com formação de delírios, alucinações, etc. desequilíbrio emocional e comportamento regressivo. A esquizofrenia acomete cerca de 1% da população; normalmente, a idade de início está entre 15 e 30 anos de idade (MCCLELLAN, 2000).

Para Ballone (2002a) é uma doença da Personalidade total que afeta a zona central do eu e altera toda estrutura vivencial. Culturalmente o esquizofrênico representa o estereótipo do "louco", um indivíduo que produz grande estranheza social devido ao seu desprezo para com a realidade reconhecida. Agindo como

alguém que rompeu as amarras da concordância cultural, o esquizofrênico menospreza a razão e perde a liberdade de escapar às suas fantasias.

Segundo Kaplan; Sadock; Grebb (1997) aproximadamente 1% da população é acometido pela doença, geralmente iniciado antes dos 25 anos e sem predileção por qualquer camada sócio-cultural. O diagnóstico baseia-se exclusivamente na história psiquiátrica e no exame do estado mental. É extremamente raro o aparecimento de esquizofrenia antes dos 10 ou depois dos 50 anos de idade e parece não haver nenhuma diferença na prevalência entre homens e mulheres.

O termo esquizofrenia de início precoce refere-se à idade de início anterior a 17-18 anos, e a de início muito precoce consiste em início antes dos 13 anos de idade. É uma doença rara na infância e, conforme avança à adolescência (próximo dos 11 anos), esses casos tornam-se mais expressivos (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Com o propósito de conhecer características clínicas dos pacientes e a concordância diagnóstica entre psiquiatras e outros médicos, Salvo e Castro (2003) efetuaram um estudo retrospectivo em um total de 385 consultas psiquiátricas em Hospital de Chiam (Chile). A maioria era mulher (63,6%) e tinha em média 36,4 anos.

O diagnóstico psiquiátrico mais freqüente foi intenção de suicídio (24,6%) e a patologia médica mais diagnosticada foi intoxicação por medicamentos (22,2%). Destacou-se a alta percentagem de intento de suicídio entre os pacientes que apresentavam sintomas de delírio e demência. Observou-se 49,6% de acordo com diagnóstico, alta concordância em esquizofrenia, outros, transtornos psicóticos e baixa concordância em transtornos adaptativos (SALVO; CASTRO, 2003).

Manoach et al (2005) investigaram se sujeitos, com aparência saudáveis e pacientes que apresentavam esquizofrenia, demonstravam diferenças no hemisfério especializado, na região do cortex prefrontal ventrolateral (PFC) para memória espacial e memória operacional (working memory - WM). O resultado encontrado sugeriu que o déficit de memória de trabalho (WM) na esquizofrenia reflete falhas de processos de execuções que são requeridas para a performance. O processo está associado com a atividade dorsolateral do PFC, uma região que tem sido repetidamente associada nos estudos da memória operacional.

Ainda para os autores os portadores de esquizofrenia sofrem na ausência de cuidados especiais. Têm dificuldades para trabalhos e seus relacionamentos são

prejudicados e difíceis, mesmo com a melhora dos sintomas. Apesar do comportamento do esquizofrênico demonstrar ser assustador, as pessoas com esquizofrenia não são mais violentas do que as pessoas normais; pelo contrário, são mais capazes de abster-se das violências (MANOACH et al, 2005).

Segundo Ghisolfi (2005) a perda da realidade significa o comprometimento do funcionamento mental, prejudicando a memória. À luz de avalanche de novas descobertas que põem à prova as questões sobre o diagnóstico mais adequado para esses quadros clínicos, os psiquiatras precisam formular estratégias de tratamento que levem em consideração a complexa constelação de sintomas da apresentação clínica de pacientes psicóticos.

Um levantamento da revisão da literatura a respeito do assunto, visando destacar os aspectos importantes da psicose e de um amplo comprometimento do teste da realidade é plenamente justificável a realização do estudo sobre da doença para explanação aos profissionais da área.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Para um melhor entendimento e uma didática simplificada, a revisão da literatura foi subdividida de acordo com os transtornos mentais. A relevância dos diagnósticos e procedimentos clínicos na qual a medicação está relacionada, foram avaliadas conforme os códigos da CID-10 (OMS, 1993).

### 2.1 HISTÓRICO

Kraepelin (1907) propôs a divisão das psicoses entre *dementia praecox*, de prognóstico desfavorável, e as formas maníaco-depressivas, com melhor prognóstico. Embora tenha descrito muitas outras formas subordinadas de psicoses em seus aspectos transversais e longitudinais, preocupando-se em sistematizar o prognóstico como elemento de fundamental importância na sua classificação, este conceito bimodal prevalece até os dias de hoje.

Bleuler (1911) arrolou grande parte das psicoses que Kraepelin havia descrito como maníaco-depressivas no grupo que passou a chamar "Esquizofrenias". Convencido de que se tratava de entidades nosológicas distintas, preocupou-se mais estreitamente com os estudos transversais e com a investigação das "perturbações básicas da esquizofrenia", deixando os aspectos prognósticos destituídos de maior relevância.

Esta tendência foi alvo da crítica de Leonhard à psiquiatria anglo-norte-americana, na medida em que esta comportou o desenlace de tais teorias que, somadas à psicanálise de Freud, despreocupou-se do estudo longitudinal das doenças, fazendo com que prevalecessem os cortes transversais em abordagens cada vez mais preocupadas com a Reliability (instrumentos que forneçam resultados semelhantes quando utilizados por diferentes avaliadores em diferentes períodos) em detrimento da validade clínica (Validity) das entidades nosológicas (LEONHARD, 1996).

Pode-se dizer que desde o século XIX a nosologia psiquiátrica tende por um lado à descrição de entidades nosológicas distintas, como fizeram Kahlbaum (1996)

e muitos autores franceses; por outro, verifica-se a proposta de uma "psicose unitária", apresentada por Neumann e Griesinger (BECKMANN; JAKOB, 1995).

Wernicke (1996), contemporâneo de Kraepelin, pode ser tido como o precursor da escola psiquiátrica alemã cujo método de investigação manteve estreita ligação com os conceitos oriundos da neurologia, que na época de Wernicke obteve importantes avanços com pesquisadores como Meynert, os estudos de Weigert sobre a neurologia e os de His e Flechsig sobre a relação temporal entre o desenvolvimento axônico e a bainha mielínica.

A obra capital de Wernicke, o seu "Gundriss der Psychiatrie in Klinischen Vorlesungen", publicado em 1900, discorre que o cérebro, enquanto órgão de associação, aflora as regularidades do processo de pensamento que possam ser inferidas pela aplicação das leis do funcionamento neurológico, não oferecendo mais do que alterações do conteúdo da consciência.

São as alterações na expressão do conteúdo da consciência que segundo Wernicke (1900) irão direcionar sua classificação em três categorias: segundo representações do mundo exterior (Alopsicoses); do próprio corpo (Somatopsicoses) ou da chamada personalidade ou individualidade (Autopsicoses), isto é, a soma das lembranças individuais de um homem. O processo diagnóstico, portanto, é estabelecido primeiramente segundo o campo da consciência cuja orientação esteja comprometida.

Num segundo momento, os sintomas são analisados conforme um esquema estabelecido por Wernicke (1900) tomando como modelo seus estudos sobre as alterações afásicas, onde um dano nas uniões entre sistemas neuronais levaria a uma hiper, hipo ou para-modulação da função implicada (Teoria da Sejunção) Wernicke, embora consciente do caráter hipotético de suas idéias, propõe um modelo semelhante para interpretar seus achados psicopatológicos. Evidentemente sua hipótese de trabalho não foi contemplada pelos estudos empíricos, o que lhe valeu não poucas críticas.

Jaspers (1987), por exemplo, chamou-o de "mitólogo do cérebro". O que, entretanto conserva sua atualidade, e que passou despercebido por seus críticos, é a cuidadosa elaboração de seus quadros psicopatológicos cuja descrição abrange os aspectos transversais e longitudinais da nosologia.

Kleist (1928), embora tenha tido contato com Wernicke somente durante o último ano de vida deste, foi seguidor da linha de sua investigação. Ambos foram

excelentes neurologistas e tentaram ao longo de suas vidas relacionar psicopatologia com neuropatologia (WERNICKE, 1996; TEICHMANN, 1990).

Kleist (1928) aprofundou e ampliou as observações de Wernicke, estudando exaustivamente pacientes com trauma cerebral. De 1914 a 1916, por exemplo, trabalhou com traumatismos cerebrais ocasionados por ferimentos com armas de fogo em soldados da I Guerra. Escreveu a sua "Gehirnpathologie" em 1934, baseado em estudos empíricos, tentou estabelecer mapas cerebrais relacionados às diferentes funções neurológicas e psíquicas, teorias que passaram a ser conhecida como "localizacionistas", na base das alterações somatopsíquicas estariam implicados sistemas neuronais relativamente específicos, seja enquanto cadeias funcionais ou regulatórias.

Kleist (1935), duvidando da unidade das doenças maníaco-depressivas, fez com que sua aluna Edda Neele realizasse um estudo detalhado das depressões mono e bipolares Neele (1949). Também definiu um subgrupo das psicoses, as psicoses ciclóides, individualizando entidades nosológicas que sob a classificação de Kraepelin encontravam-se no âmbito das doenças afetivas ou das esquizofrenias.

Leonhard (1996) desde 1936, quando passou à Universidade de Frankfurt, foi aluno e seguidor de Kleist, embora não concordasse completamente com a orientação da patologia cerebral deste. Acreditando que seria muito difícil atribuir sintomas específicos a determinadas áreas cerebrais, tal como tentara Kleist em 1935, Leonhard categorizou as psicoses de forma semelhante. Empreendeu juntamente com Kleist a caracterização de diversas doenças que até então não haviam sido categorizadas, sendo mantidas sob a designação de doenças de sistemas cerebrais (esquizofrenias sistemáticas) (TEICHMANN, 1990).

Louzã Neto e Bassitt (1999) descreveram que os dados relativos à história da moléstia atual permitem caracterizar os sintomas e diferenciar entre transtornos agudos e crônicos e fatores precipitantes. Quando se pergunta a respeito dos antecedentes pessoais é importante investigar o uso de substâncias psicoativas que podem desencadear psicose na abstinência e quando estão sendo usadas. Deve-se ainda determinar se existem alterações prévias de personalidade que podem preceder doenças do espectro da esquizofrenia ou ser parte de transtornos de personalidade com manifestações psicóticas.

A presença de privações na infância, incluindo desnutrição, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e problemas no desempenho escolar podem ser

sugestivos de transtorno delirante orgânico, assim como história de trauma cranioencefálico (LOUZÃ NETO; BASSITT, 1999).

A determinação da presença de doenças do espectro da esquizofrenia ou transtornos do humor em familiares aumenta a probabilidade de diagnóstico destes transtornos, que têm em sua etiologia componente transmitido geneticamente. Já o interrogatório sobre os diversos aparelhos, inclui investigações de doenças clínicas que possam causar transtornos mentais orgânicos com sintomas psicóticos, como alterações hormonais, doenças hepáticas e renais, alterações metabólicas, doenças cerebrais (tumores, lesões, AVC, epilepsia, demência e outros) (LOUZÃ NETO e BASSITT, 1999).

Chaimowicz (2000) observou que o envelhecimento da população brasileira deverá aumentar a prevalência de distúrbios neurológicos e psiquiátricos comuns em idosos. O delírium, síndrome clínica caracterizada pela piora abrupta e flutuante da função cognitiva e do estado de consciência freqüentemente tem como causa subjacentes condições médicas graves, como demonstra em seus estudos:

Caso 1: Paciente de 76 anos, em tratamento de depressão, osteoporose e incontinência urinária, em uso de terapia de reposição hormonal, paroxetina, alendronato de sódio e oxibutinina desenvolveu subitamente quadro de desorientação, agitação, alucinações e distúrbio de comportamento. Foi diagnosticada erisipela e o tratamento com penicilina levou à remissão do quadro.

Caso 2: Paciente de 77 anos em uso de bromazepan e clomipramina há vários anos, apresentava déficit cognitivo progressivo há três anos. No decorrer de uma semana desenvolveu quadro flutuante de desorientação, piora da memória e desatenção. O diagnóstico e tratamento de insuficiência cardíaca e a substituição dos medicamentos por neuroléptico levaram à remissão do quadro.

Manifestações do delírium foram, em ambos os casos, o sinal de alerta para a presença de doença orgânica potencialmente fatal. Infecções são causas comuns e sempre devem ser investigadas. Virtualmente qualquer medicamento pode desencadear o quadro e a suspensão imediata das drogas que não sejam estritamente necessárias é conduta adequada. A prescrição de anticolinérgicos, benzodiazepínicos de meia-vida longa e medicamentos antidepressivos tricíclicos para idosos devem ser evitados. O delírium é especialmente freqüente em portadores de demência, e a diferenciação entre "agravamento de demência" e

"delírium sobreposto à demência" pode gerar dificuldades adicionais ao diagnóstico (CHAIMOWICZ, 2000).

## 2.2 PREVALÊNCIA

Almeida Filho e Bastos (1982) comparando prontuários psiquiátricos de pacientes femininos com síndrome depressiva (incluindo quadros de reação depressiva, neurose depressiva, hipocondria e psicose maníaca depressiva) com dados de um inquérito de prevalência de doenças mentais realizados na cidade de Salvador, verificaram que o risco de uma mulher migrante desenvolver tais sintomas é 2,5 vezes maior do que uma não migrante.

Pessoa (1987) com base em dados da literatura estimou as prevalências relativas esperadas (probabilidades a priori) das doenças afetivas maiores (psicoses maníaco-depressivas) em comparação com as da esquizofrenia, no caso de vários tipos de pacientes. Considerou-se, separadamente, pacientes com e sem manifestações psicóticas, bem como os que têm parentes em primeiro grau com estas manifestações, com doença afetiva maior ou com esquizofrenia. Composto as probabilidades parciais, estimou as prevalências relativas esperadas em cada caso.

Concluiu-se que a prevalência da doença afetiva maior deve superar a da esquizofrenia, mesmo entre clientes com manifestações psicóticas e até entre os que têm, além disso, parentes em primeiro grau psicóticos. Nas clínicas, ambulatórios e hospitais em que isso não acontece, deve haver pacientes que têm doença afetiva maior, mas receberam erradamente o diagnóstico de esquizofrenia (PESSOA, 1987).

Piñerúa; Prieto; Bonilla (1992) realizaram o diagnóstico retrospectivo de uma amostra de 300 pacientes formados do Hospital Psiquiátrico do Maracaibo (Venezuela), com o diagnóstico clínico da Esquizofrenia. Estas histórias foram avaliadas com os critérios clínicos do DSM-III, utilizando formatos estruturais aplicados por dois psiquiatras.

Iglesias e Rodríguez (1995) analisaram as características demográficas, diagnóstico e pautas de tratamentos empregadas em um grupo de 100 pacientes

internados no Serviço de Psiquiatria do Hospital Vargas de Caracas, no período janeiro de 1990 a julho 1994, com diagnóstico da esquizofrenia, transtorno delirante (paranóide) e transtornos psicóticos não classificados, segundo critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM III-R6).

O resultado desta pesquisa constatou que a prevalência foi de 23,04 % em pacientes com idade média de surgimento de 32,86 anos e predomínio do sexo masculino (60%). O diagnóstico predominante foi Esquizofrenia (54%) sendo a de tipo paranóide a mais freqüente (83,33%). O neuroléptico mais empregado foi haloperidol, a dose média de 14,93 mg/d por via oral. A melhoria clínica se evidenciou por uma diminuição de 48,5% na escala de BPRS12. À formatura, 87% dos pacientes o faz com tratamento neuroléptico, sendo haloperidol predominante (41%) a dose médio de 15,25 mg/d. Nove destes pacientes utilizaram dito neuroléptico, em forma de decanoato a dose de 122,22 mg/m. O tempo médio de hospitalização foi 37,76 dias. Em geral estes resultados correspondem com os descritos na literatura norte-americana e européia publicada nos últimos anos (IGLESIAS e RODRÍGUEZ, 1995).

Kerr-Corrêa; Souza; Calil (1995) verificaram que a incidência de depressões no inverno em países do Hemisfério Norte é bem estabelecida. Os estudos mostram, além de depressões de inverno, padrão de depressões de verão, freqüentemente acompanhado de hipomania no inverno em outros países do Hemisfério Sul. A carência de estudo nessa área, na América Latina, refletindo-se na ausência de publicações quanto à sazonalidade em pacientes afetivos hospitalizados, objetivou o estudo do padrão de ocorrência sazonal de doença afetiva (DA) num período de dez anos (1982-1991).

Segundo os autores Kerr-Correa; Souza; Calil (1995) todas as internações psiquiátricas com este diagnóstico, em hospital psiquiátrico estadual (Botucatu, SP) foi analisado. Verificando-se que ocorreram 15.450 internações, das quais 2/3 de homens (x anual = 1.122) e 1/3 de mulheres (x anual = 423). Usou-se o critério diagnóstico do DSM-III-R de acordo com a American Psychiatric Association (APA) (2000) em 157 prontuários (total de pacientes com transtornos afetivos localizados): 46% dos diagnósticos foram feitos por psiquiatras do hospital e pelos dois primeiros autores e 54% apenas pelo primeiro autor deste trabalho, tendo anteriormente sido

considerados como esquizofrenia paranóide (295.3, CID-9) ou psicose não especificada (298.9, CID-9).

Os pacientes foram bipolares-manias (72%), bipolar-depressivos (8%) e depressivo-unipolares (20%). Cerca de 40% tiveram apenas uma intervenção e 20%, quatro ou mais. Um padrão sazonal em mania foi encontrado apenas para mulheres, com picos de ocorrência ( $p < 0,02$ ) na primavera e verão. Nenhum paciente usava ou passou a usar lítio. Aparentemente, no Brasil, a DA é pouco diagnosticada e os episódios depressivos são tolerados pela família, levando a menos hospitalizações (KERR-CORRÊA; SOUZA; CALIL, 1995).

Jenkins et al., (1997) revisaram a literatura disponível, comparando as publicações anglo-saxônicas e norte-americanas, concluindo que todos os estudos relatavam altas taxas de morbidade psiquiátrica, com 15% a 32% de prevalência de esquizofrenia. Logo em seguida, foi realizada extensa pesquisa envolvendo a população desabrigada da Grã-Bretanha com idade entre 16 e 64 anos. Encontrou-se que aproximadamente 60% dos entrevistados apresentavam escores sugestivos de transtornos mentais, no General Health Questionnaire, bem acima do encontrado entre a população domiciliada.

Gentil (1998) fez comentários a respeito da reforma psiquiátrica. Fechar os manicômios, desospitalizar, fornecer abrigo e asilo, modernizar e construir novos equipamentos de saúde mental, inclusive alguns bons hospitais e treinar adequadamente os atendentes de saúde mental: uma questão política, mas também de economia e bom senso.

De acordo com Robbins; Regier (1991); Gentil (1998) estudos epidemiológicos confiáveis informam-nos que 48% da população adulta dos Estados Unidos sofreu pelo menos um transtorno psiquiátrico ao longo da vida (quase 17% recebeu três ou mais diagnósticos). Os transtornos do humor atingiram prevalência de 19%. Cerca de 9% da população apresentava os quadros mais graves, requerendo hospitalização ou sofrendo significativa incapacitação.

Estudos realizados pelo IPq-HC/Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, em colaboração com a Faculdade de Saúde Pública da USP encontraram prevalências de transtornos mentais, praticamente idênticas às americanas entre os residentes na área de abrangência/captação do Hospital das Clínicas: 33% (excluída a dependência de tabaco) da população, algum dia teve um transtorno mental (ROBBINS; REGIER, 1991).

Vale lembrar que o problema dessas pessoas, quanto mais grave, interfere significativamente na vida de pelo menos um familiar e que, portanto, a maioria da população sofre, direta ou indiretamente, conseqüências dos transtornos mentais. Além do sofrimento, os prejuízos econômicos decorrentes dessas doenças são enormes.

Segundo publicação da APA (2000), os transtornos mentais em geral resultaram em perdas de mais de 250 bilhões de dólares no ano de 1988. Recente estudo do Banco Mundial, Organização Mundial da Saúde e Escola de Saúde Pública da Harvard ("The Global Burden of Disease and Injury"), resultado de colaboração internacional, estima as conseqüências econômicas de 150 doenças e outros males no ano de 1990 e calcula sua projeção para 2020.

Em síntese, dentre as dez principais causas de incapacitação no mundo, em 1990, cinco foram de natureza psiquiátrica: depressão, abuso de álcool, transtorno bipolar do humor, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo. Os problemas de saúde mental responderam por 8,1% das perdas devidas às doenças em geral, taxa bem maior que a do câncer e a das doenças cardíacas. Nos países em desenvolvimento, isso correspondeu a 12% para a faixa etária entre 15 e 44 anos (APA, 2000).

As projeções indicam que as depressões, em quarto lugar em 1990, serão, individualmente, as principais causas de incapacitação em 2020. Mais ainda, considerando-se conjuntamente morte e incapacitação, os quadros psiquiátricos e neurológicos, notadamente as depressões unipolares (segundo lugar) e os acidentes vasculares cerebrais (quarto lugar) deverão ser responsáveis por 15% de todo o prejuízo econômico decorrente de doenças, acidentes, guerras e violência no mundo em 2020, um incremento maior que o das doenças cardiovasculares (GENTIL, 1998).

Segundo essas estimativas, o aumento da sobrevida nos países em desenvolvimento resultará em que os afetados pela esquizofrenia passarão dos 24 milhões de pessoas nas próximas décadas. Esse custo é desconhecido no Brasil. A recomendação do estudo, porém, é que os responsáveis pelas políticas de saúde alterem suas prioridades, levando em conta essas informações. Para a questão da desospitalização, os recursos disponíveis para saúde mental no país são tão desproporcionais como os problemas enfrentados, e fechar os manicômios, seria irrelevante (APA, 2000).

Porto (1999) narra os estados depressivos pela sua prevalência e pelos problemas que acarretam, têm enorme importância como problema de saúde pública. Estudos epidemiológicos recentes, como o National Comorbidity Survey (NCS), nos Estados Unidos, estimam sua prevalência para o tempo de vida, em 17,1% da população geral. As limitações impostas pela depressão, o sofrimento que acarreta e seu custo social são muito grandes, considerando-se que apenas uma pequena parte das pessoas afetadas tem acesso ao diagnóstico e aos tratamentos adequados (JENKINS, 1997).

Estudando o impacto que as diferentes doenças têm sobre a qualidade de vida, produtividade (dias de falta ao trabalho) e incapacitação social, o Relatório Sobre a Saúde no Mundo (OMS, 2001) afirma que a depressão será, em futuro próximo, a segunda maior causa de incapacitação, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. Sendo que a ocorrência do suicídio, poderá incidir em até 15% dos estados depressivos, e a dependência de drogas entre as possíveis complicações das depressões não tratadas.

De acordo com a OMS (2001) as pessoas deprimidas podem relatar que já não se interessam pelos seus passatempos prediletos; as atividades sociais são freqüentemente negligenciadas e tudo lhes parece agora ter o peso de terríveis "obrigações", apresentando ainda redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades; fadiga persistente, mesmo sem esforço físico; lentificação no tempo para a execução das tarefas; diminuição da capacidade de pensar, concentrar ou tomar decisões.

Pode-se frizar como exemplo rotineiro a dificuldade de um professor experiente se queixar de não conseguir preparar as aulas mais rotineiras, no caso de crianças e adolescentes destaca-se a queda em seus rendimentos escolares, geralmente em função da fatigabilidade e déficit de atenção, além do desinteresse generalizado.

Almeida (1999) relatou que o envelhecimento populacional vem provocando um aumento contínuo no número de idosos que buscam atendimento para problemas de saúde mental. Em estudo sobre a os transtornos mentais que mais freqüentemente levam o idoso a um serviço de emergência psiquiátrica da Santa Casa de São Paulo com idosos atendidos entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 1997, de acordo com as diretrizes da CID-10, detectou que: um total de 5.434 atendimentos foram realizados durante esse período, sendo que 398 desses

indivíduos tinham 60 ou mais anos de idade, apresentando um excesso relativo de mulheres entre os idosos (67,3%), sendo o transtorno do humor o diagnóstico sindrômico mais comum entre os idosos (40,0%), ocorrendo 2,24 vezes mais entre mulheres.

Na maior parte desses casos (78,2%) a presença de um episódio depressivo maior foi a causa da consulta. Onde 14% dos idosos atendidos apresentavam uma síndrome demencial como principal diagnóstico entre outros diagnósticos freqüentes estavam os transtornos ansiosos (15,4%); esquizofreniformes (14,4%); alcoolismo (4,1%) e abuso de sedativos (2,6%). 59% dos idosos atendidos foram encaminhados para tratamento ambulatorial, enquanto 20,3% dos casos necessitaram de acompanhamento em regime de internação (ALMEIDA, 1999).

Diante do exposto é notório ressaltar que os transtornos mentais que acometem o idoso já representam uma parcela significativa dos atendimentos realizados em um pronto-socorro psiquiátrico. Tomando por base este estudo é importante que os profissionais de saúde estejam cientes das particularidades dos quadros clínicos nessa faixa etária e tenham condições de conduzir de forma adequada o tratamento de idosos com problemas de saúde mental.

Ferraz e Alves (1999) apresentam a depressão como uma síndrome muito freqüente na prática clínica. Segundo os autores a Associação Mundial de Psiquiatria estima que 30% dos pacientes atendidos pelos médicos, apresentam quadros depressivos, mas que freqüentemente passam despercebidos.

O "National Comorbidity Survey" relatou a prevalência ao longo da vida de 13% para depressão maior e 5% para distímia. Observou que em pacientes de atenção primária de saúde, a prevalência de depressão maior varia de 2% a 16%, porém quando avaliados pacientes hospitalizados, as taxas encontradas são de 8% para depressão maior e 15% a 36% para a síndrome depressiva (FERRAZ; ALVES, 1999).

Segundo o autor no episódio depressivo maior se observa, durante pelo menos duas semanas, humor deprimido e principalmente perda de prazer ou do interesse nas atividades diárias. Ocorrendo com freqüência queixas de alteração do apetite, mudança do padrão de sono, agitação ou retardo psicomotor, diminuição de energia ou cansaço excessivo, idéias de menos valia ou culpa excessiva, dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões e pensamentos recorrentes sobre morte e eventualmente ideação suicida (JENKINS, 1997).

Kairalla (2003) verificou, através da avaliação neuropsicológica, se a capacidade de atenção de pacientes com esquizofrenia difere daquela de pacientes com psicose esquizomorfa inter-ictal associada às epilepsias, comparados a controles normais. Compôs uma amostra de 36 pacientes com esquizofrenia, 28 com epilepsia e psicose esquizomorfa inter-ictal e 47 controles normais, num total de 111 sujeitos. Foram incluídos todos os pacientes encaminhados que preencheram os critérios diagnósticos segundo o DSM-IV, a Classificação Internacional das Crises e das Síndromes Epilépticas e a Classificação de Pilo para os transtornos mentais inter-ictais esquizomorfos associados às Epilepsias. Todos os sujeitos foram submetidos a uma bateria de testes neuropsicológicos, além dos exames: clínico neurológico (soft signs), Nível de Inteligência, EEG e RNM, após terem assinado o Termo de Consentimento Informado.

Os resultados em relação à idade e escolaridade, não houve diferença significativa entre o grupo de pacientes com esquizofrenia e os controles normais, porém, os pacientes com epilepsia e psicose esquizomorfa mostraram-se significativamente mais velhos e com menor escolaridade que os esquizofrênicos e os controles normais, porém sem significância na clínica. Quanto ao nível intelectual, ambos os grupos de pacientes mostraram inteligência inferior aos controles normais, pior nos epilépticos. Nos testes de atenção seletiva, ambos os grupos de pacientes mostraram resultados significativamente piores do que os indivíduos do grupo de controles normais. Nos testes de atenção alternada, apenas os epilépticos mostraram resultados significativamente piores do que o grupo de controles normais (KAIRALLA, 2003).

Cordeiro Junior e Corbett (2003) verificaram que a depressão é a complicação psiquiátrica mais freqüente nos pacientes com acidente vascular cerebral (AVC). Vários aspectos têm sido detectados como fatores de risco para a sua ocorrência. Em seu artigo pode-se verificar uma revisão dos fatores envolvidos na depressão pós-AVC e o estado atual de seu tratamento, a fim de estimular sua detecção e adequado tratamento pelo médico não-psiquiatra. A prevalência da depressão maior pós-AVC é de 10% a 34%, variando conforme as diferenças dos métodos de pesquisa. O período do pós-AVC, o tipo de população avaliada e o tratamento recebido pelos pacientes, assim como o critério utilizado para o diagnóstico da depressão, podem influir a sua prevalência.

Fatores de risco associados à ocorrência da depressão pós-AVC têm sido detectados, tais como: prejuízo funcional, prejuízo cognitivo, história de depressão no passado, idade, sexo, AVC prévio, hipercortisolemia, precária rede de suporte social e características neuroanatômicas do AVC. Estes têm fornecido suporte para formulação de um mecanismo fisiopatológico da depressão pós-AVC, relacionado às vias prefrontosubcortical e a neurotransmissão das aminas biogênicas (CORDEIRO JUNIOR e CORBETT, 2003)

Mediante os resultados do estudo podemos destacar que as repercussões da depressão são significativas, incorrendo em um maior grau de prejuízo funcional, retardo do processo de reabilitação, complicações na evolução e maior risco de mortalidade. A isto se soma o seu subdiagnóstico e subtratamento.

Com o advento da ressonância magnética, é de suma importância que pesquisadores investiguem a associação de regiões cerebrais específicas com a manifestação depressiva e resposta terapêutica, haja visto que os aspectos metodológicos devem ser levados em consideração para uma análise mais confiável (CORDEIRO JUNIOR e CORBETT, 2003).

Moreno (2004) observou que o espectro bipolar tem sido pouco investigado na população geral, devido a dificuldades metodológicas e crenças de que o transtorno bipolar é raro. Neste estudo a prevalência do espectro bipolar ao longo da vida na amostra do EAC-IPq São Paulo (N=1464) foi de 8,3% ampliando critérios do DSM-III-R e considerando significância clínica.

Uma análise de classes latentes aplicadas aos sintomas maníacos e depressivos do CID-10 revelando 4 classes, entre elas a de bipolares, prevalente em 10,7%. Os grupos do espectro bipolar e a classe de bipolares se assemelharam nas características demográficas, maior uso de serviços de saúde, principalmente médicos gerais, maior risco de suicídio e significância clínica, e mais comorbidades psiquiátricas, comparando com controles não-afetivos, demonstrando sua utilidade clínica (MORENO, 2004).

Mena et al (2004) verificaram que o transtorno afetivo bipolar (TAB) se apresenta em todas as culturas com uma prevalência que oscila entre 3% a 6,5%. A natureza de suas manifestações clínicas e curso evolutivo o expõem como um desafio diagnóstico e terapêutico ainda para o clínico experiente. Analisaram a partir da técnica do Neuro SPECT, a expressão neuro-funcional cortical e subcortical para uma amostra de 44 pacientes eutímicos com critérios DSM IV compatíveis com o diagnóstico do TAB.

Os resultados foram expressos em imagens tridimensionais normalizadas por volume e comparadas com uma base de dados normativa de acordo à idade do paciente. A análise quantitativa considerou a região de máxima perfusão em cada área de Brodmann com significado de conduta. Sendo os resultados expressos em termos de desvio padrão (DP) em relação à população controle empregando uma escala de cores apropriada, considerando-se este valor como uma variável contínua susceptível de analisar estatisticamente (MENA et al, 2004).

A nível cortical se reporta a presença de hiper perfusão em sub-regiões de áreas 8, 9 e 10 do Brodmann (área executiva), assim como em área 7 de Brodmann (lóbulo parietal posterior). Descreve-se, além disso, hipo perfusão relativa em áreas 24 e 32 (lóbulo frontal interno), área 25 (área afetiva) e área 21,22 e 38 (lóbulo temporário). Em estruturas subcorticais se reporta hiper perfusão de Tálamo, Caudado e núcleo Lentiforme com valores superiores a 3 DS sobre a população controle (MENA et al, 2004).

A partir dos dados obtidos é possível expor a presença de marcadores funcionais usados como uma ferramenta de apoio para diagnóstico. Os dados obtidos permitem postular a participação de circuitos cortico-subcorticais como provável substrato etiológico em transtorno afetivo bipolar (CARAMORI et al, 1990).

Para Dalgalarrondo; Banzato; Botega (2004) a religião é uma dimensão fundamental da experiência pessoal e social para muitos brasileiros. Dessa forma é relevante verificar as possíveis influências da afiliação religiosa sobre o adoecimento mental e as vicissitudes do tratamento de pacientes religiosos. Há dez anos constataram, numa amostra de 300 pacientes internados, que pacientes evangélicos apresentavam, em relação aos católicos, maior freqüência de diagnósticos de psicose e menor freqüência de outros diagnósticos, assim como um menor tempo de permanência hospitalar.

Este trabalho visou com uma amostra maior, com mais variáveis estudadas, reavaliar estes achados. Foram revistos os dados sócio-demográficos e clínicos de 989 pacientes internados na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC/UNICAMP) no período de 1986 a 1997, cuja denominação religiosa era católica ou evangélica (outras denominações e os sem religião foram excluídos desse estudo). Isso permitiu o estudo da relação entre afiliação religiosa e variáveis sócio-demográficas e clínicas nos dois grupos. Dos 989 pacientes com a afiliação religiosa adequadamente aferida, 770 (78%) eram católicos e 219 (22%) identificaram-se como evangélicos por Dalgalarrondo; Banzato; Botega (2004).

Realizaram as análises comparando esses dois grupos de pacientes. Os pacientes evangélicos revelaram-se mais jovens, predominantemente do sexo feminino, com menor escolaridade e menos vínculo matrimonial. Apresentaram maior frequência de diagnósticos de transtornos esquizofrênicos e menor frequência de diagnósticos de transtornos relacionados a álcool e drogas. Não se verificaram diferenças na distribuição de outros diagnósticos e em termos de tempo de internação e de condições de alta. Este trabalho confirmou a tendência de pacientes evangélicos internados terem mais frequentemente diagnósticos de transtornos esquizofrênicos. Sendo possível que processos seletivos de retenção ou envio de indivíduos acometidos nas igrejas à psiquiatria expliquem tais achados. Não confirmaram diferenças encontradas em trabalhos anteriores referentes ao tempo de internação, tampouco diferenças em termos de condições de alta (DALGALARRONDO; BANZATO; BOTEGA, 2004).

### 2.3 DELÍRIO

Segundo Lindesay (1999), a palavra Delírium deriva do latim “delirare”, que significa “estar fora dos trilhos” e em sentido figurativo designa estar perturbado, desorientado. O termo Delírium apareceu pela primeira vez nas escrituras de Celsus, o famoso médico romano, no primeiro século dC, em seu livro “De Medicina”. Esse termo, porém, era utilizado de forma ambígua e inconsistente para designar distúrbios mentais crônicos e, mais especificamente, alguns quadros de início agudo associado a doenças febris. Entretanto, o quadro ao qual se referia foi reconhecido previamente por outros autores.

Trzepacz (1999) descreveu que os sintomas psicóticos são menos comuns e podem indicar o envolvimento de estruturas responsáveis por esses sintomas somente em alguns casos. A ocorrência desses sintomas pode depender da etiologia do Delirium. Talvez, as diferentes etiologias acessem diferentes vias cerebrais, causando o aparecimento desses sintomas menos comuns.

Delírios (18 a 62%), alucinações visuais (30 a 77%), alucinações auditivas (4 a 15%), ilusões (9 a 23%) e labilidade afetiva em torno de 43%. Está sendo aventada a hipótese de que os delírios ocorridos no Delírium estejam relacionados com disfunções nos circuitos frontal e temporal e as alucinações relacionadas aos

circuitos temporo-occipitais. A alteração do ciclo sono-vigília está envolvida com os núcleos do hipotálamo supraquiasmático e os da rafe, os quais produzem oscilações do sono REM (TRZEPACZ, 1999).

Delirium é uma síndrome, a qual afeta áreas do cérebro relacionadas com o comportamento, pensamento e a cognição e sinais focais neurológicos não fazem parte do quadro, a não ser que tenha ocorrido uma lesão cerebral como um tumor, um Acidente Vascular Cerebral, decorrente de um problema orgânico e clínico. Isso implica no fato de que, as regiões cerebrais afetadas no Delírium, são outras áreas daquelas envolvidas com funções motoras primárias e sensoriais. As regiões cerebrais envolvidas com personalidade, temperamento, afeto, cognição, pensamento e linguagem incluem o córtex pré-frontal, estruturas límbicostemporais, tálamo anteromedial e a associação terciária do córtex sensorial polimodal, na junção temporoparietaloccipital (TRZEPACZ, 1999).

Brandão (2002) apresentou um estudo descritivo e comparativo do quadro de Delírium, pertencentes em três faixas etárias (adultos jovens-18 a 44 anos; adultos-45 a 64 anos e idosos > 65 anos), descrevendo e comparando os três grupos, em relação ao perfil clínico evolutivo. Pôde-se observar nos resultados a predominância de homens (76%), a maioria dos quais inativos (71%), brancos (46%), com baixa escolaridade (primeiro grau incompleto – 67%). A média de idade dos pacientes foi de 53,9 anos.

## 2.4 DEMÊNCIA

Segundo Almeida (1998) a demência é um problema de saúde altamente prevalente, afetando 5 % das pessoas com mais de 60 anos e 20-40 % daqueles acima dos 80. As características que habitualmente acompanham o quadro clínico desses pacientes incluem deterioração das habilidades intelectuais e alterações do comportamento. Delírios, alucinações, mania, ansiedade, inquietação motora, distúrbios do ciclo vigília-sono, agressividade e transtornos alimentares. São exemplos dos distúrbios que podem comprometer o comportamento do paciente demenciado são justamente estes que causam maior sofrimento e estresse ao paciente e seus familiares.

Mutarelli (1999) citou que a maioria dos pacientes com demência apresenta distúrbios de humor e comportamento. Para se ter uma idéia, estima-se que a segunda causa de alucinações e delírio, depois de esquizofrenia, sejam as demências. A história pode sugerir o diagnóstico nosológico, assim, por exemplo, o tempo de evolução curto leva a pensar em hematoma subdural e uma evolução mais arrastada e doença de Alzheimer. Tempo de duração das alterações cognitivas e possível doença, alterações do exame neurológico também podem sugerir a nosologia do processo.

Achados como mioclonia, ataxia cerebelar e amiotrofia sugerem doença de Creutzfeld-Jakob. Paciente com movimentos coreicos, história familiar de corea e demência sugere o diagnóstico de Coreia de Huntignton. Paciente com apraxia da marcha, ou seja, ter força muscular e movimentação conservada, porém dificuldade para caminhar, associado a incontinência urinária deve sugerir em primeiro lugar hidrocefalia de pressão intermitente, mas também demências por múltiplos infartos (MUTARELLI, 1999).

Apraxia assimétrica, distonia, mioclonia de ação e sinal da mão alienígena sugerem degeneração córtico-basal, neste caso os distúrbios cognitivos mais típicos são acalculia, déficit visuoespacial e apraxia. Déficit do olhar vertical mais acentuado para cima, sinais e sintomas frontais como perseveração, snauting e grasping com discreto déficit de memória sugerem paralisia supranuclear progressiva (MUTARELLI, 1999).

Quadro demencial com síndrome parkinsoniana, ou seja, rigidez, oligocinesia e sensibilidade aos neurolépticos sugerem doença de Parkinson ou doença dos corpúsculos de Lewi, neste último caso é comum observarmos flutuação do quadro de demência, com melhoras e pioras cognitivas diárias e freqüentemente os pacientes são ciumentos do cônjuge, tendo idéia recorrente de estar sendo traído (LINDESAY, 1999).

## 2.5 DOENÇA DE ALZHEIMER

Laks, Rozenthal; Engehardt (1995) relataram que a Doença de Alzheimer (DALZ) é a modalidade de demência de maior prevalência na população em geral.

Embora os distúrbios psiquiátricos e de comportamento sejam muito comuns e causem transtornos de ordem psicossocial e econômica, há controvérsias quanto à frequência e o estágio da gravidade da doença quando do aparecimento desses sintomas.

Em estudo realizado pelos autores foi selecionou 37 pacientes com Doença de Alzheimer, segundo o DSM-III-R em ambulatório de psiquiatria. Estes foram submetidos à avaliação clínica, a exames complementares laboratoriais e tomografia computadorizada cerebral. Sendo também avaliados pelo Mini-Mental State Examination para determinar o grau de déficit cognitivo, pela Escala de Hamilton para depressão e uma entrevista semi-estruturada para os demais sintomas psiquiátricos (LAKS, ROZENTHAL; ENGEHARDT, 1995).

10 desses pacientes ainda foram avaliados com WAIS-R, WSM-R, CAMDEX, Trail Making A-B, Wisconsin Card Sorting Test, Rey Auditory Verbal Learning Test e Benton Visual Recognition Test. Avaliaram a distribuição da prevalência dos sintomas psiquiátricos. A frequência de ansiedade, depressão, insônia, agitação, delírio e alucinação foram observados e correlacionados com o curso da demência (LAKS, ROZENTHAL; ENGEHARDT, 1995).

Os resultados demonstraram que depressão e ansiedade aparecem com maior frequência nos estágios iniciais, sendo inversamente proporcionais ao declínio cognitivo. Agitação e delírio têm comportamento diretamente proporcional ao declínio cognitivo. Insônia, alucinação e apatia são sintomas não relacionados ao estado cognitivo na amostra analisada (LAKS, ROZENTHAL; ENGEHARDT, 1995).

## 2.6 ANSIEDADE

Takeji; Scivoletto (2000) relataram à ansiedade como um estado caracterizado por sinais e sintomas inespecíficos, somáticos e psíquicos que se manifestam de forma fásica ou tônica, que juntos trazem uma sensação desagradável de apreensão, expectativa e medo quanto ao futuro.

Os sintomas somáticos podem ser respiratórios (como a sensação de afogamento, de falta de ar, de "respiração curta", de "peito apertado"), cenestésicos (como parestesias, ondas de calor, calafrios, adormecimentos), musculares (como

dores, tremores, sensação de perda de controle da musculatura e de perda de força), autonômicos (como palpitação, frio nas extremidades, aumento do peristaltismo, náuseas). Deve-se sempre averiguar se as queixas do paciente apresentam correspondência com o exame físico geral e neurológico (TAKEI; SCIVOLETTO, 2000).

Os sintomas psíquicos são de medo, apreensão, mal-estar, desconforto, insegurança, estranheza do ambiente ou de si mesmo, sensação de que algo desagradável pode acontecer (TAKEI; SCIVOLETTO, 2000).

## 2.7 QUADRO DE DEPRESSÃO

Ballone (2002c) entende que qualquer que seja um fato ou acontecimento introduzido em nossa consciência receberá sempre uma maquiagem pessoal oferecida por nossa afetividade. Portanto, os fatos de nossa vida, sejam presentes, passados ou perspectivas futuras, serão sempre coloridos pela afetividade. Alguns deprimidos podem apresentar sintomas somáticos (físicos), juntamente ou ao invés dos sintomas emocionais de tristeza, angústia, medo, etc. Esses sintomas físicos podem ser, por exemplo, dores vagas e imprecisas, tonturas, cólicas, falta de ar e outras queixas de caracterização clínica complicada.

Para estes pacientes somáticos, talvez seja mais fácil comunicar sua aflição e desespero através dos órgãos do que do discurso. Também em crianças e adolescentes a Depressão pode se dissimular sob a forma de um humor irritável ou rabugento, revoltado e irrequieto, ao invés da tristeza e abatimento (BALLONE, 2002c).

Outras pessoas podem manifestar sua Depressão com irritabilidade aumentada, como por exemplo, crises de raiva, explosividade, sentimentos exagerados de frustração, tendência para responder a eventos com ataques de ira ou culpando os outros. Sendo também muito freqüente certo prejuízo na capacidade de pensar, se concentrar ou tomar decisões (MUTARELLI, 2005).

Freqüentemente existem pensamentos sobre a morte nos quadros depressivos. Trata-se, não apenas da ideação suicida típica, mas, sobretudo, da

preferência em estar morto a viver "desse jeito". Nos idosos as dificuldades de memória podem ser a queixa principal e ser confundido com os sinais iniciais de demência. Em crianças pode haver uma queda abrupta no rendimento escolar, como resultado da dificuldade de concentração (KAZDIN; MARCIANO, 1998).

Segundo Ballone (2003) o quadro clínico do estado afetivo depressivo é caracterizado pela inibição geral da pessoa, pela baixa performance global refletida pela lentidão e pobreza dos movimentos, pela mímica apagada, pela linguagem lenta, monótona e pelas dificuldades pragmáticas.

## 2.8 CATATONIA

Goldar (1988) descreveu a revisão dos principais dados históricos e clínicos que permite considerar a catatonia como uma forma de reação encefálica que não pertence a esquizofrenia em sentido estrito - demência precoce - e que, por suas probabilidades de desenvolver manifestações malignas, deve ser incluída como existente da medicina geral. Muitos casos com vários ataques de catatonia não seguem o curso da demência precoce e, além disso, é muito baixa a frequência de verdadeiros ataques catatônicos na esquizofrenia crônica chamada "catatônica".

## 2.9 DELÍRIO

Santos; Babichak; Amaral (2000) constataram que a população idosa mundial tem aumentado consideravelmente com a melhoria da qualidade de vida e que o delírium é um distúrbio freqüentemente encontrado nesta população (três a quatro vezes mais que em adultos jovens), faz-se necessária à compreensão melhor dessa desordem psiquiátrica.

Geralmente, o delírium é encarado como a primeira manifestação de uma doença aguda, exacerbação de uma doença crônica ou intoxicação por drogas. A sua presença em pós-operatórios deve ser salientada. Ainda é especulativa a sua

fisiopatologia; acredita-se em baixa oferta de oxigênio e de glicose aos tecidos, bem como em alteração em neurotransmissores colinérgicos (BRANDÃO, 2002).

É uma síndrome mental orgânica transitória que apresenta três variáveis: (hipoalerta-hipoativo, hiperalerta-hiperativo e misto) e deve ser sempre diferenciado de demência e psicose funcional (CHAIMOWICZ, 2000).

O diagnóstico é basicamente clínico (através de história, exame físico e determinação do fator precipitante) e os testes de avaliação de estado mental ainda não são específicos para o delirium. O tratamento se baseia na experiência clínica e é dividida em três etapas: prevenção de fatores precipitantes, tratamento da doença subjacente e cuidados de suporte, sendo que as medicações psicotrópicas devem ser guardadas para os casos mais graves. Já o prognóstico é um aspecto pouco estudado e alguns o encaram como prenúncio de morte (TRZEPACZ, 1999).

## 2.10 TRANSTORNOS MENTAIS ORGÂNICOS

Caramori et al (1990) observaram que o transtorno mental induzido por corticóides é um dos efeitos colaterais mais freqüentemente associados ao uso destas drogas. Tende a ocorrer nos primeiros dias de terapia, sendo principal fator de risco o uso de doses superiores a 40 mg/dia de prednisona ou equivalente. O quadro psicótico tende a apresentar-se com grande variedade de sintomas esquizofrênicos, afetivos, ou cerebrais orgânicos, podendo alterar seu padrão durante a mesma crise, não havendo uma forma típica. A profilaxia, utilizando a menor dose de esteróides compatível com o efeito clínico desejado, é fundamental. Com o desenvolvimento do surto, está indicada a retirada do fármaco. Abordam-se as possibilidades terapêuticas, caso a retirada do corticóides seja contra-indicada ou ineficaz. Também são discutidas outras medidas profiláticas.

Forlenza; Vieira Filho (1996) demonstraram que a neurocisticercose é a mais comum das parasitoses do sistema nervoso central e ocorre quando o homem se torna acidentalmente o hospedeiro intermediário do cestóide *Taenia solium*. Acomete endemicamente populações rurais e urbanas da região Centro-Sul do Brasil e ocorre praticamente em todos os países latino-americanos. Com variados processos de agressão cerebral, sempre esteve associada à doença mental. Apesar

de ter sido estudada minuciosamente em pacientes manicomiais até a metade do século, são escassas as publicações na literatura psiquiátrica contemporânea.

## 2.11 TRANSTORNO BIPOLAR

Guelli; Jacquemin; Santos (1996) analisaram os conteúdos dos protocolos Rorschach de pacientes bipolares, utilizando o "Crivo de Representação de Si", a fim de avaliar a qualidade da representação de si e as modalidades de relação de objeto no grupo estudado. Foi investigada uma amostra de 11 sujeitos, atendidos pelo Serviço de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, sendo 3 do sexo masculino e 8 do sexo feminino, com idades variando entre 22 a 67 anos e nível intelectual entre Médio e Médio inferior.

Foram analisados os conteúdos, segundo as dimensões de integridade, vitalidade e caráter realista, os tipos de ação, a diferenciação de gênero e os elementos qualitativos particulares, eventualmente introduzidos nas respostas. A análise pluridimensional dos conteúdos evidenciou, no grupo estudado, indicadores de uma representação de si comprometida do ponto de vista da integridade e vitalidade, de uma fragilidade na estrutura da identidade pessoal e de modalidades relacionais pouco satisfatórias, sendo marcante a agressividade nas relações interpessoais (GUELLI; JACQUEMIN; SANTOS, 1996).

Benazzi (2001) considera que o transtorno afetivo bipolar era denominado até bem pouco tempo de psicose maníaco-depressiva. Esse nome foi abandonado principalmente porque este transtorno não apresenta necessariamente sintomas psicóticos, na verdade, na maioria das vezes esses sintomas não aparecem. Os transtornos afetivos não estão com sua classificação terminada.

Provavelmente nos próximos anos surgirão novos subtipos de transtornos afetivos, melhorando a precisão dos diagnósticos. Por enquanto, basta-nos compreender o que vem a ser o transtorno bipolar. Com a mudança de nome esse transtorno deixou de ser considerado uma perturbação psicótica para ser considerada uma perturbação afetiva (MORENO, 2004).

O início desse transtorno geralmente se dá tanto pela fase depressiva como pela fase maníaca, em torno dos 20 a 30 anos de idade, mas pode começar mesmo após os 70 anos, iniciando gradualmente ao longo de semanas, meses ou abruptamente em poucos dias, já com sintomas psicóticos o que muitas vezes confunde com síndromes psicóticas. Além dos quadros depressivos e maníacos, há também os quadros mistos (sintomas depressivos simultâneos aos maníacos) o que muitas vezes confunde os médicos retardando o diagnóstico da fase em atividade (MENA, 2004).

Tucci; Kerr-Corrêa; Dalben (2001) verificaram que os dados internacionais mostram que os transtornos afetivos têm uma prevalência de, aproximadamente, 11,3% da população. Além disso, são umas das doenças que mais geram perdas sociais e nos relacionamentos familiares. Com objetivo de avaliar o ajuste social e familiar de pacientes com transtornos afetivos (bipolar, unipolar, distímia e com depressão dupla), os autores compararam o resultado entre as categorias diagnósticas, verificando quais variáveis estão associadas e conduzem ao pior ajuste.

Foram feitos à caracterização socioeconômica e demográfica e um levantamento dos dados de evolução e de história da doença por meio de um questionário. Para a avaliação de ajuste social, utilizou-se a Escala de Avaliação da Incapacitação Psiquiátrica. O relacionamento familiar foi avaliado pelo Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF) (TUCCI; KERR-CORRÊA; DALBEN, 2001).

100 pacientes em tratamento por pelo menos seis meses, foram estudados no Ambulatório de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp). Com predomínio de mulheres, a maioria dos pacientes tinha no mínimo dois anos de seguimento, idade acima de 50 anos, baixa escolaridade e nível sócio-econômico baixo. Não houve diferença estatística significativa quanto aos dados sócio-econômicos e demográficos (TUCCI; KERR-CORRÊA; DALBEN, 2001).

Na análise de regressão logística, o diagnóstico e o relacionamento familiar tiveram papel significativo no resultado de ajustamento familiar. Os pacientes unipolares e os distímicos tiveram melhores resultados no ajustamento social e no relacionamento familiar do que os bipolares e aqueles com depressão dupla (TUCCI; KERR-CORRÊA; DALBEN, 2001).

Distúrbios do uso do álcool são comuns em ocorrências que afetam a pacientes bipolar Strakowski et al (2005) estudaram a relação do uso do álcool, em seu início, e os distúrbios bipolares que afetam os cursos subseqüentes da doença nos pacientes com ambas as condições. 144 pacientes no estado de critério bipolar tipo I, maníaco ou ambos e não hospitalizados e sem tratamento, foram observados durante 5 anos. Destes, 27 indivíduos tinham distúrbios provocados pelo uso de álcool que precedia o início dos distúrbios bipolar (álcool primeiro); 33 indivíduos tinham distúrbios bipolar no início que precediam os distúrbios provocados pelo do uso de álcool (Bipolar Primeiro) e 83 indivíduos com distúrbios bipolar somente (Não álcool).

O resultado principal encontrado foi à sintomática recuperação e recorrência de ambas as condições e porcentagem de perseguição com episódios afetivos e sintomas de afetividade e de distúrbios alcoólicos. O grupo 1 (álcool primeiro), os pacientes eram mais velhos e mais provável para uma recuperação mais rápida do que os demais grupos. Curvas de afetividade sintomática recorrente foram similares entre os grupos (STRAKOWSKI et al, 2005).

O grupo bipolar primeiro gastou mais tempo com episódios afetivos e sintomas de distúrbios do uso do álcool durante o acompanhamento do que o primeiro grupo. Hospitalização estava associada com um período de redução do abuso do álcool embora, era comum a recorrência de distúrbios do uso do álcool. A idade relativa do início do uso do álcool e distúrbios bipolar está associada com um período de recuperação do abuso mórbido do álcool, sugerindo que este tempo pós-hospital pode fornecer uma oportunidade para tratar esta condição de ocorrência (STRAKOWSKI et al, 2005).

## 2.12 ESQUIZOFRENIA

Cabral (1991) descreveu os fatores psicossociais mais relevantes encontrados em 62 histórias de vida de presidiários confinados em cárceres superpopulosos na região de Campinas (SP). Para coletar os dados foram utilizados como instrumento das entrevistas um anamnese-questionário e uma escala avaliatória de atos e de comportamentos de agressividade.

Os resultados mais significativos encontrados foram: fator sócio-econômico, em que se destacam o desemprego, a má distribuição de renda no país, e a migração do campo para as cidades de indivíduos despreparados; desestruturação dos lares por questões sócio-econômicas e doenças psicofísicas como o alcoolismo; complexo de abandono, como uma reação depressiva e ansiosa, acompanhado de sintomas persecutórios em relação à pessoa perdida (CABRAL, 1991).

Amaral; Cheniaux Júnior (1992) examinaram quatro hipóteses em relação às chamadas psicoses esquizoafetivas: a) seria um subtipo da esquizofrenia; b) seria uma transição entre a esquizofrenia e as desordens do humor; c) constituiria uma entidade nosológica independente (a "3ª Psicose"); d) estaria mais relacionadas às desordens do humor. A maioria das pesquisas mais recentes dá suporte a esta última hipótese.

Relatam-se dois casos clínicos. No primeiro, são mostradas as conseqüências de um diagnóstico errôneo de esquizofrenia dado a uma paciente que na verdade sofria de uma desordem do humor. No segundo, discute-se o diagnóstico de uma doente cuja evolução caracterizou-se pela presença tanto de sintomas esquizofreniformes como de sintomas afetivos; ora associados, ora isolados. Concluiu-se que a questão do diagnóstico em psiquiatria ainda não está resolvida e é sugerida a adoção de critérios diagnósticos para a esquizofrenia bastante restritivos, baseados não somente na sintomatologia (AMARAL; CHENIAUX JÚNIOR, 1992).

Conforme Cheniaux Junior; Braga; Lessa, (2000) o conceito médico de paranóia começou com Heinroth, na Alemanha, passou por Kraepelin, e chega até os dias de hoje, no DSM-IV e na CID-10, agora com a denominação de transtorno delirante. Este se caracteriza pela presença de delírios não-bizarros e crônicos, não associados a outras alterações psicopatológicas importantes.

Existem dúvidas quanto à sua validade como uma categoria nosológica independente. De acordo com Cheniaux Junior; Braga; Lessa, (2000) sua prevalência é estimada em 0,03 por cento. Embora os antipsicóticos sejam a opção terapêutica de primeira escolha, a sua eficácia ainda não está comprovada, em função da escassez de ensaios clínicos controlados.

Brêga (2001) objetivou identificar o funcionamento defensivo de pacientes psiquiátricos com características paranóides, por meio dos indicadores presentes na técnica projetiva Questionário Desiderativo. Foram sujeitos seis pacientes

masculinos, adultos, com nível de escolaridade diverso. Três pacientes tinham como diagnóstico clínico psiquiátrico Transtorno de Personalidade Paranóide (TPP) e três de Esquizofrenia Paranóide (EP). Procedeu-se a avaliação psicodiagnóstica com objetivos clínicos, incluindo várias técnicas, sendo que para o objetivo do presente trabalho foi considerado os dados do Questionário Desiderativo. Os protocolos foram codificados, analisados e comparados com base no funcionamento psicodinâmico.

Com o resultado do estudo pode-se perceber diferenças no padrão defensivo dos dois subgrupos. Os pacientes com TPP privilegiaram o uso maciço da identificação projetiva, sugestiva de vínculos marcados pelo controle, enquanto que os pacientes com EP recorreram principalmente à projeção, caracterizando maior distanciamento e fechamento, em função da restrição dos contatos e do primitivismo das defesas (BRÊGA, 2001).

Moscatello (2001) verificou a ocorrência de comportamento criminal recidivo em uma população de internos do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. Cem internos de um Manicômio Judiciário em cumprimento de medida de segurança foram entrevistados, sendo todos do sexo masculino e com idades variando de 26 a 80 anos. Os diagnósticos preencheram critérios da CID-10, e os delitos cometidos foram verificados segundo o Código Penal Brasileiro.

Dos 100 internos avaliados, 41% cometeram um crime, e 59% cometeram mais de um crime. As psicoses esquizofrênicas foram os diagnósticos mais freqüentes nos internos que cometeram um crime e naqueles que cometeram mais de um crime. Os diagnósticos de retardo mental e transtornos de personalidade seguiram em freqüência nos que cometeram um crime. Transtornos de personalidade e retardo mental foram os diagnósticos que seguiram em freqüência nos que cometeram mais de um crime (MOSCATELLO, 2001).

As conclusões demonstraram que as psicoses esquizofrênicas predominaram nos internos avaliados. Crimes contra a vida foram mais comuns entre os que cometeram um crime; enquanto crimes contra o patrimônio predominaram entre os que cometeram mais de um crime (MOSCATELLO, 2001).

Leonhard (1996) em seu estudo sobre a classificação das psicoses endógenas, comumente arroladas sob o diagnóstico de “esquizofrenia” ou “transtorno esquizoafetivo” nos sistemas diagnósticos internacionais (DSM e CID), apresenta uma síntese dos subtipos nosológicos.

Leonhard (1996) subdivide as doenças do espectro esquizofrênico em três grupos principais: psicoses ciclóides, com início abrupto, sintomatologia polimorfa, em que ocorrem sintomas de tipos opostos (bipolares) e plena remissão após as crises; esquizofrenias não-sistemáticas, que evoluem com surtos de sintomatologia bipolar ao longo de diferentes funções psíquicas, tais como, afeto, pensamento e psicomotricidade, com remissão parcial nos períodos intercrise; e esquizofrenias sistemáticas que, em geral, apresentam início precoce e insidioso, com sintomatologia mais bem delimitada levando os estados residuais de defeito mais pronunciados.

Martins et al (2004) utilizaram uma simulação diagnóstica no caso John Nash, Prêmio Nobel de Matemática de 1994 e descrito como portador de esquizofrenia, para apresentar o Inventário de Critérios Operacionais para Doenças Psicóticas (OPCRIT) e discutir as frágeis delimitações dos diagnósticos categóricos, bem como o uso de diagnósticos dimensionais em psiquiatria.

Baseados na biografia escrita por Sylvia Nasar e no filme Uma mente brilhante, os autores discutiram a sintomatologia e preencheram o OPCRIT. Devido à ausência inicial de consenso, repetiu-se a simulação mais duas vezes, modificando-se os itens que avaliam a presença de pensamentos acelerados, a ocorrência de aumento de sociabilidade e o balanço entre sintomas psicóticos e de humor, a fim de verificar as repercussões dessas mudanças no diagnóstico (MARTINS et al, 2004).

Os diagnósticos obtidos em duas simulações foram esquizofrenia (DSM-IV) e esquizofrenia indiferenciada (CID-10), corroborando o diagnóstico de John Nash em sua biografia. Outra simulação apresentou os diagnósticos de transtorno esquizoafetivo tipo bipolar (DSM-IV) e transtorno esquizoafetivo tipo maníaco (CID-10). Apenas a mudança do critério de proporcionalidade entre sintomas psicóticos e de humor alterou o diagnóstico de esquizofrenia para transtorno esquizoafetivo (MARTINS et al, 2004).

As fronteiras que separam os diagnósticos de esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo são muito tênues, o que explica a freqüente dificuldade diagnóstica. Como conclusão foi ressaltada a importância do estudo detalhado do curso da doença, enfatizando o balanço entre sintomas psicóticos e de humor, para a definição diagnóstica dos transtornos psicóticos conforme as classificações atuais. Por fim, destacou-se a importância dos diagnósticos dimensionais e a necessidade

de mais estudos para a validação das categorias diagnósticas atuais (MARTINS et al, 2004).

GATTAZ (2005) definiu o termo esquizofrenia (esquizo = cisão, frenia = mente), introduzido em 1911 pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler, para uma doença psíquica caracterizada, basicamente, pela "cisão do pensamento, do afeto, da vontade e do sentimento subjetivo da personalidade". Os sintomas da esquizofrenia são classificados em sintomas produtivos e sintomas negativos. Os sintomas produtivos mais característicos são: o delírio e as alucinações.

Entende-se por delírio um juízo falso e irreduzível da realidade, como por exemplo, um delírio de perseguição (delírio paranóide), no qual o paciente sente-se perseguido e ameaçado por outras pessoas, interpretando fatos da vida quotidiana como provas cabais de sua perseguição. Alucinações são percepções sem estímulo externo, como, por exemplo, ver ou ouvir coisas não presentes (BRÊGA, 2001).

De acordo com Cheniaux Junior; Braga; Lessa (2000) na esquizofrenia as alucinações auditivas são as mais freqüentes: o paciente escuta vozes de pessoas ausentes, comentando sobre seu comportamento ou dando-lhe ordens imperativas, às quais ele não consegue resistir; passa a sentir-se influenciado por outros, perde o controle de sua própria vontade, sente-se controlado por telepatia, por hipnose, "como um robô". Pode também interpretar delirantemente estímulos reais, como, por exemplo, achar que uma determinada notícia na televisão ou no rádio refere-se à sua pessoa. Os sintomas negativos caracterizam-se, principalmente, por uma diminuição da ressonância afetiva e por um empobrecimento do conteúdo do pensamento.

Na população geral, o risco de um indivíduo de adoecer de uma esquizofrenia durante a vida é de 1%, a prevalência da doença (freqüência em determinado ponto no tempo) é de 0,5% e a incidência é de 30 novos adoecimentos em cada 100.000 habitantes por ano. A idade média de início da esquizofrenia é de 20 a 25 anos nos homens e de 25 a 30 anos nas mulheres (PESSOA, 1987).

Os sintomas iniciais são uma irritabilidade generalizada, um estreitamento dos interesses, morosidade, indecisão, isolamento social e descuido do aspecto pessoal. De uma maneira geral, sabe-se que após o primeiro surto esquizofrênico 1/3 dos pacientes nunca mais adoecem, 1/3 volta a ter outros surtos com intervalos saudáveis, e apenas 1/3 tem um curso desfavorável, desenvolvendo uma sintomatologia residual

(comportamento excêntrico, diminuição do afeto e da vontade, autismo com perda de contato com o mundo circundante) (PIÑERÚA; PRIETO; BONILLA, 1992).

Diversos estudos mostram que 50% dos esquizofrênicos são hospitalizados apenas uma vez, e que em 60% dos casos, com um tratamento adequado, consegue-se uma reintegração social e profissional satisfatória. Mesmo nos casos de curso desfavorável, a gravidade dos sintomas evolui dentro dos primeiros 5 anos da doença, não havendo piora após este intervalo. Com isto, sabe-se hoje que o prognóstico da esquizofrenia não é tão catastrófico como se acreditava há algumas décadas (PESSOA, 1987; KAIRALLA, 2003).

As causas da esquizofrenia ainda não foram totalmente elucidadas. Supomos tratar-se não de uma doença única, mas de uma síndrome com diferentes etiologias. Sabe-se que um fator genético tem um papel importante, visto que em gêmeos monozigóticos, quando um sofre da esquizofrenia, o outro terá um risco de 50% de adoecer, comparado com 1% na população geral. Entretanto, o fato de que o risco de concordância para a doença nestes indivíduos geneticamente idênticos ser bem abaixo dos 100% prova que outros fatores, não genéticos, também têm que estar operantes (PIÑERÚA; PRIETO; BONILLA, 1992).

Conforme Kazdin; Marciano (1998) um número grande de estudos mostra que a esquizofrenia está associada com uma disfunção cerebral, principalmente do lobo frontal. Como esta disfunção já está presente em pacientes jovens, no primeiro surto da doença, supomos que ela não seja conseqüência da psicose em si ou de seu tratamento, mas sim que resulte de um distúrbio na maturação do cérebro durante a infância e a adolescência. Assim, fatores metabólicos ou ambientais que influenciem este processo de maturação poderiam contribuir facilitando ou protegendo o desencadeamento da doença.

Concluindo, sabemos que a esquizofrenia é uma doença universal, ocorrendo em todos os povos e culturas com incidência semelhante. Aqui, as mulheres parecem ter uma vantagem sobre os homens, visto que elas apresentam um adoecimento mais tardio e um curso mais favorável. Diversos experimentos sugerem que os hormônios sexuais femininos (estrógenos) poderiam contribuir para esta vantagem. O desenvolvimento recente de novos medicamentos antipsicóticos mais eficazes e com menos efeitos colaterais, adicionados à introdução de novas estratégias de reabilitação, causaram um grande impacto no tratamento e no prognóstico da esquizofrenia, permitindo um tempo de hospitalização mais curto e

beneficiando uma maior reintegração social e profissional de nossos pacientes (GATTAZ, 2005).

### 2.13 BIOFÁRMACOS

Rojas (1989) verificou que aproximadamente 75% dos casos respondem adequadamente ao tratamento médico com o carbamazepina. Quando a dor não é controlada por medicamentos recorre-se a procedimentos mais agressivos, e assim se utilizam os bloqueios nervosos com injeções de álcool absoluto nos ramos periféricos do trigêmeo. Viu-se que a nevralgia afeta mais às mulheres e localiza no lado direito em 60% dos casos, atacando sozinho um ramo em 8 a 10% dos casos.

Love (2000) descreve a Risperidona como um neuroléptico do grupo benzisoxazol. Sendo sua principal indicação no tratamento de sintomas psicóticos, especialmente os pacientes esquizofrênicos que não melhoraram com outras medicações antipsicóticas. A ocorrência de insônia ou sedação, esta menos freqüentemente que a insônia, ou dores de cabeça, inquietação e ansiedade, muitas vezes torna-se difícil saber se tais reações são devido à doença em tratamento ou se trata-se de um efeito colateral da medicação.

Alterações do batimento cardíaco e queda da pressão arterial podem acontecer. Apesar de pouco freqüentes e fracos, alguns efeitos motores podem se manifestar como tremores e contrações involuntárias. Mudanças no ciclo menstrual ou no desejo sexual também podem acontecer. Embora não tenha sido relatada até o momento nenhuma má formação fetal não é recomendável sua utilização durante o primeiro trimestre da gestação. As únicas contra-indicações para o seu uso são os pacientes alérgicos ao princípio ativo da medicação (LOVE, 2000).

Pestana (2001) observou que os medicamentos antipsicóticos trazem benefícios sobre os processos mentais, mas podem acarretar graves efeitos indesejáveis, por isso é imprescindível conhecer os possíveis efeitos adversos. Conforme o autor na literatura internacional de enfermagem já existe um volume significativo de artigos sobre o uso incorreto de tais medicamentos pelos serviços de saúde e após a alta. No Brasil são escassas pesquisas sobre esse tema.

Pestana (2001) visando identificar o conhecimento dos familiares de doentes mentais sobre os medicamentos utilizados no tratamento da doença, realizou um estudo com uma amostra de 49 familiares que buscaram atendimento no setor de urgência psiquiátrica de um Hospital Universitário de Ribeirão Preto (SP). Os dados provieram de 31 familiares em condições de informar e que aceitaram participar do estudo; 54% eram mães; 27% cônjuges; pais e irmãos na mesma porcentagem, 26% respectivamente, dentre outros. Os relatos mostraram que 12 deles não sabiam nada sobre os medicamentos usados, 5 sabiam o nome e algo sobre a função, 5 sabiam o nome mas não a função e 5 sabiam apenas algo sobre a função. Finalizando, 4 familiares informaram que os pacientes não aceitaram realizar o tratamento.

Mediante esses resultados ressalta-se a necessidade dos familiares receberem orientação a esse respeito, no sentido de torná-lo participantes efetivos do processo de tratamento e recuperação do doente mental.

Wannmacher (2004) definiu o benefício de antipsicóticos convencionais e atípicos em controle sintomático de esquizofrenia e transtornos psicóticos agudos. Os segundos são tão eficazes quanto os primeiros, porém têm diferentes perfis de efeitos adversos.

De acordo com Wannmacher (2004) os antipsicóticos tradicionais são comprovadamente eficazes em tratamentos de longo prazo. Novos antipsicóticos provavelmente também o são, embora a comprovação de eficácia geralmente provenha de estudos com poucas semanas de seguimento.

Antipsicóticos atípicos têm indicação de uso em casos especiais, em que haja sintomas negativos, refratariedade ou intolerância ao tratamento convencional. O tratamento de longo prazo deve equilibrar risco de efeitos adversos com risco de recaída, bem como levar em conta o mais alto custo dos antipsicóticos atípicos. Esses que comprometem menos algumas das funções orgânicas afetadas por agentes convencionais, podem também acarretar efeitos adversos de monta.

Sendo pertinente adotar critérios mais restritivos no momento da prescrição médica, principalmente quando se tratar da solicitação desses medicamentos à rede pública de saúde.

Castro; Lotufo Neto (2004) verificaram que pacientes com depressão psicótica apresentaram maior índice de morbidade e mortalidade que pacientes com depressão não-psicótica. Apesar de freqüentemente ocorrerem recaídas e

recorrência na depressão psicótica, poucos estudos abordam a eficácia do tratamento de manutenção e continuação. O propósito deste estudo foi avaliar a melhor forma de tratamento da depressão psicótica após remissão dos sintomas.

Após um levantamento bibliográfico sistemático foram encontrados três estudos e apenas um deles preencheu os critérios preestabelecidos. É importante ressaltar que o antipsicótico utilizado inicialmente no tratamento da paciente do primeiro caso, haloperidol, precisou ser trocado por um antipsicótico atípico, ziprasidona, devido aos efeitos colaterais. O que corrobora a constatação de que o uso de antipsicóticos convencionais deve ser evitado reforçando a necessidade de pesquisas com antipsicóticos atípicos (CASTRO; LOTUFO NETO, 2004).

Depressão psicótica é uma forma grave de transtorno de humor. O uso de antipsicótico durante as fases de manutenção e continuação é pouco estudado e não há resultados conclusivos de acordo com Castro; Lotufo Neto (2004). Dois casos são apresentados.

Ruenis et al (2004) compararam a biodisponibilidade de duas formulações de carbamazepina produzidas no Brasil. Um estudo aberto, randomizado, cruzado, em dois períodos e com três semanas de intervalo (washout) foi realizado para comparar a biodisponibilidade de comprimidos de carbamazepina 400mg (Carmazin, Laboratório Teuto-Brasileiro - Teste e Carbamazepina, Novartis Biociências - Referência), administrados em regime de dose única a 24 voluntários saudáveis (12 homens e 12 mulheres).

As concentrações plasmáticas de carbamazepina foram obtidas por HPLC utilizando-se detector UV-DAD ( $\lambda=245\text{nm}$ ). Os valores foram submetidos à Análise de variância (ANOVA) com 95 por cento de Intervalo de Confiança (IC).

Resultados: as médias ( $\pm dp$ ) obtidas para AUC 0-192 (mg.h.mL) AUC 0-inf (mg.h.mL) e C max (mg.mL) foram respectivamente: 650,742 ( $\pm 176,657$ ); 679,497 ( $\pm 205,340$ ) e 10,897 ( $\pm 3,421$ ) (teste) e 673,479 ( $\pm 188,310$ ), 695,254 ( $\pm 167,718$ ) e 10,165 ( $\pm 2,165$ ) (referência).

O Intervalo de Confiança para as razões dos parâmetros AUC 0-t' e C (teste/referência) foram: 0,84 - 1,11% e 0,91 - 1,25%, satisfazendo os critérios estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Brasil. As médias correspondentes para o parâmetro T max (h) teste e referência foram respectivamente: 9,055 ( $\pm 13,458$ ) e 10,032 ( $\pm 9,570$ ).

Concluindo, a formulação teste foi considerada bioequivalente a formulação referência baseando-se na velocidade e extensão de absorção, podendo assim, serem intercambiáveis (RUENIS et al, 2004).

### 3 PROPOSIÇÃO

Tendo em vista o impacto que as doenças mentais representam no contexto da saúde pública, buscou-se pesquisar a magnitude destas enfermidades em pacientes que receberam assistência no Hospital Dr. Ary Pinheiro em Porto Velho, Estado de Rondônia, no período de 1999 a 2004.

- 1 Identificar os possíveis fatores que contribuíram para à internação dos pacientes Psiquiátricos;
- 2 Avaliar a prevalência de psicóticos internados;
- 3 Avaliar as diferentes enfermidades, segundo o sexo, idade e ocupação dos pacientes psicóticos internados;
- 4 Avaliar a prevalência dos diagnósticos da CID-10 prescritos aos psicóticos internados;
- 5 Avaliar a frequência e os tipos de medicamentos receitados aos psicóticos internados.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 TIPO DE ESTUDO E POPULAÇÃO

4.1.1. *Tipo de pesquisa* – trata-se de um estudo do tipo transversal descritivo e analítico (PEREIRA, 2002, p. 274). Este tipo de metodologia é utilizado quando se quer estudar riscos entre grupos de populações que tenham sido expostas e aquelas não expostas a fatores de risco .

4.1.2. *Descrição da área de risco* – o estudo foi realizado no Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, é Unidade Terciária que é Referência em assistência a população da capital e municípios do interior, além de outras unidades da federação como o Estado do Acre e do Amazonas, além de receber pacientes oriundos da Bolívia.

O Hospital de Base “Dr. Ary Pinheiro” (HBAP) está localizado na Av. Governador Jorge Teixeira, 3766, Bairro Industrial, no Município de Porto Velho – RO, é um órgão público pertencente ao Poder Executivo Estadual de Rondônia, que foi fundado em Janeiro de 1983, no governo do Cel. Jorge Teixeira de Oliveira, e através do Decreto Estadual número 1271, de 28.06.1983, suas competências estabelecidas, aprovada a sua estrutura e instituído o seu Conselho Diretor. Este Decreto foi publicado no Suplemento do Diário Oficial do Estado de Rondônia – Ano II, Número 356, de Porto Velho – quarta-feira, 29 de junho de 1983. Através do Decreto Estadual número 9997, de 03.07.2002, o Governo do Estado de Rondônia veio dispor sobre a estrutura básica da Secretária Estadual de Saúde (SESAU), estabeleceu as competências, revogou o Decreto número 9968, de 24.09.2001, e deu outras providências. O HBAP passou a ser unidade subordinada a SESAU, conforme Art. 60 até o Art. 84, Subseção I, Seção XII, Capítulo III.

A Instituição dispõe de 311 leitos, que atendem diferentes clínicas, tendo um corpo clínico de 204 médicos; 98 enfermeiros, 164 técnicos em enfermagem; 295 auxiliares de enfermagem; 6 nutricionista etc. A Clínica Psiquiátrica conta com 35 leitos e seu corpo clínico é composto por sete médicos, quatro enfermeiros, cinco técnicos em enfermagem e dezenove auxiliares de enfermagem.

4.1.3. *Coleta de dados* – os dados foram coletados tendo como fonte documental, os prontuários médicos. Para a coleta das informações foi elaborado um questionário semi-estruturado com vistas a selecionar-se as variáveis de interesse para o estudo da seguinte forma: para a avaliação do contexto do mapa nosológico os prontuários foram preenchidos de forma padronizada de acordo com as descrições dos códigos definidos no CID-10. Durante a coleta de dados os transtornos foram determinados com as seguintes características: 1) demográficas, onde foram relacionados o nome, idade e o sexo do entrevistado; 2) sintomatológicas, de acordo com tipo de transtorno; 3) data de internação e data da alta; 4) código do CID-10, referente aos transtornos e 5) medicação conforme o tipo de transtorno. De acordo com estes dados foi estabelecido o questionário apresentado abaixo no quadro 1, e as respostas registradas foram transportadas para uma planilha a fim de avaliar a correlação do diagnóstico com a medicação levando em conta as demais características.

4.1.4. *Tamanho da amostra* – a amostra foi constituída por todos os pacientes que foram internados na Clínica Psiquiátrica e que tiveram a confirmação de doença mental, totalizando 187 pacientes.

4.1.5. *Análise dos dados* – os dados foram analisados no software EPI-INFO 6.0.

4.1.6. *Questões Éticas* – a coleta de dados foi realizada após o projeto ter sido examinado e aprovado na Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Dr. Ary Pinheiro e de autorização da Direção do Hospital. Foi garantido o anonimato dos pacientes

**Quadro 1** - Prontuário utilizado para coleta de dados dos pacientes internados no Setor de Psiquiatria do HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO.

GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO											MAPA ESTATÍSTICO NOSOLÓGICO / ANO _____	
Nº do Paciente	Est. Civil	Sexo	Idade	Migração	Internação	Alta	Atividade	Diagnóstico Principal	Código	Medicação		

Fonte: HB, 1999.

## 5 RESULTADOS

Embora seja possível destacar manifestações psíquicas isoladas quando é observado o estado psíquico atual de um paciente, como por exemplo, o estado de sua memória, não se pode acreditar na valorização absoluta de quaisquer aspectos desse psiquismo isoladamente, pois, cada aspecto da realidade psíquica só existe em estreita vinculação com as demais ocorrências psíquicas. Assim, o diagnóstico dado é uma combinação de aspectos dos transtornos mentais encontrados durante as consultas psiquiátricas dos pacientes.

A distribuição dos 187 pacientes examinados no Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro entre 1999 e 2004, em referência às categorias das variáveis pesquisadas e os respectivos intervalos de confiança, encontra-se na tabela 1. Cerca de 75 (40,11%) da amostra era formada por pacientes solteiros do gênero masculino e 50 (26,74%) eram do sexo feminino. Na categoria de indivíduos casados ocorreu o inverso, 29 (15,51%) eram do gênero feminino e somente 17 (9,09%) eram masculinos. Separados ou desquitados teve maior quantidade para o sexo feminino com 10 (5,35%) e somente 4 (2,14%) do sexo masculino. Na amostragem ainda foi constada 2 (1,06%) de viúvas.

**Tabela 1** – Frequência do estado civil dos indivíduos atendidos no setor psiquiátrico

Estado Civil	Masculino	Feminino
Casado (a)	17 (9,09%)	29 (15,51%)
Separado (a)	4 (2,14%)	10 (5,35%)
Solteiro (a)	75 (40,11%)	50 (26,74%)
Viúvo (a)	0 (0,00%)	2 (1,06%)
<b>Total</b>	<b>96 (51,34%)</b>	<b>91 (48,66%)</b>

**Fonte:** o autor

O perfil da população estudada mostrou que a maioria dos participantes é do sexo masculino e se encontrava na faixa etária mais jovem, de 21 a 30 anos de idade. Nas mulheres a faixa etária com maior número de pacientes foi entre 31 a 40 anos de idade.

**Tabela 2** – Freqüência da faixa etária dos pacientes do setor psiquiátrico

Faixa Etária	Total Paciente	Masculino	Feminino
10-20	16 (...%)	6 (...%)	10 (...%)
21-30	67 (...%)	44 (...%)	23 (...%)
31-40	57 (...%)	26 (...%)	31 (...%)
41-50	38 (...%)	16 (...%)	22 (...%)
51-60	6 (...%)	1 (...%)	5 (...%)
61-70	2 (...%)	2 (...%)	0 (...%)
71-80	1 (...%)	1 (...%)	0 (...%)
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>96</b>	<b>91</b>

**Fonte:** o autor

Dentre as variáveis freqüentemente estudadas pela Epidemiologia Psiquiátrica, aquela que mais tem chamado a atenção de pesquisadores, principalmente na América do Sul, é o fenômeno da migração (BARBIERI; JACQUEMIN 2001).

Vários estudos no Brasil e no exterior têm apontado a migração como desencadeante de doenças psicossomáticas. De acordo com SILVA (2003) o fator coadjuvante para o adoecimento psicossomático seria: a falta de emprego, fragmentação dos relacionamentos familiares e comunitários e poucos recursos psicológicos individuais para lidar com os valores do novo contexto de vida.

**Tabela 3** – Freqüência de migrantes entre os pacientes

Migração	Masculino	Feminino	%
Migrante	83 (86%)	86 (94,6%)	169 (90%)
Não Migrante	13 (14%)	5 (5,4%)	18 (10%)
<b>Total</b>	<b>96 (100%)</b>	<b>91 (100%)</b>	<b>187 (100%)</b>

**Fonte:** o autor

Para explicar a existência de risco, ou seja, será que a DOENÇA é mais freqüente em MIGRANTES do que NÃO MIGRANTES, foi utilizada uma população de 1000 pessoas. Das pessoas que migraram 169 adoeceram e entre as que NÃO MIGRARAM 18 adoeceram.

Isso significa que os que migraram tem uma Taxa de prevalência da doença 53.3% e que o risco pode ser atribuído ao fato da MIGRAÇÃO; enquanto que nos não migrantes a doença (2,5%) pode ser atribuída a outros fatores.

Os migrantes são em quantidade superiores aos indivíduos que nasceram ou moram no estado de Rondônia, mostrando que a migração é um fator altamente significativo e sem dúvida muito importante.

Os resultados encontrados permitem observar algumas considerações quanto às possibilidades do item migração não estar associada com o sexo, visto que a similaridade dos valores demonstra que não existe uma diferença significativa, pois 90,0% de indivíduos da amostragem que mudaram para o estado Rondônia mostram que não se adaptaram com o seu novo modo de viver e a decepção de seus ideais não realizados podem ter levado estas pessoas ao estado psíquico a algum tipo de transtorno mental.

Os desvios da saúde mental, em graus variados de complexidade e duração, contribuem significativamente no peso da morbidade da população migrante, a julgar pelos indicadores de prevalência nos prontuários do setor de psiquiatria, pelo número de atendimentos médicos e de internações hospitalares como causa de incapacidade para o trabalho.

Com o propósito de estimar as repercussões dos efeitos da atividade do paciente sobre os distúrbios mentais e estresse esta foi registrada de acordo com a sua declaração, pois muitos não tinham carteira ou profissão definida.

**Tabela 4** – Freqüência das atividades registradas nos prontuários

Atividade	M	F	Atividade	M	F
Agricultor(a)	29	3	Leiteiro	1	0
Aposenado(a)	6	4	Marceneiro	1	0
Balconista	0	1	Mecânico	1	0
Beneficiário(a)	1	0	Motorista	2	0
Braçal	4	1	Padeiro	1	0
Comerciário(a)	0	1	Pedreiro	6	0
Costureiro(a)	0	1	Presidiário(a)	1	0
Do Lar	0	70	Professor(a)	1	0
Doméstica	0	1	Sem emprego	11	4
Eletrotécnico(a)	1	0	Serralheiro	1	0
Engraxate	1	0	Servente	2	0
Estudante	5	4	Serviços Gerais	2	0
Func. Público(a)	3	0	Vaqueiro	1	0
Lavrador(a)	14	0	Vendedor(a)	0	2
			Vigia	1	0

**Fonte:** o autor

Como se pode constatar a população estudada na pesquisa, que serviu de base para o presente trabalho, não mostrou um perfil homogêneo. A atividade mais presente de agricultor que associada a de lavrador, provavelmente pode ter o mesmo significado, representando 43 pacientes do sexo masculino. Mas o fato relevante foi determinado pelo sexo feminino que correspondeu um total de 70 pacientes para a atividade do lar sobre as outras ocupações.

Os que receberam diagnóstico de esquizofrenia ou de transtorno delirante constituíam um subgrupo bem definido, quando comparados com o restante da amostra: eram oito indivíduos, que perfaziam 9,6% do total de entrevistados, sendo a forma clínica mais diagnosticada entre eles, a esquizofrenia paranóide, num total que variava de 38% a 72% no período de 1999 a 2004.

O registro nos prontuários mostra que para os pacientes atendidos, o diagnóstico foi considerado dentro de determinada circunstância no momento da internação, os sintomas inseridos no universo existencial e psíquico da pessoa, foram classificados de acordo com o livro de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. O médico especialista durante o exame procura saber o que, exatamente, representam esses fenômenos (seja uma alteração da sensopercepção, do pensamento, memória, etc) para esse determinado paciente.

A CID-10 (OMS, 1993) foi estruturada para ser uma classificação central. Os códigos prescritos durante a consulta médica relacionada com os transtornos médicos diagnosticados estão determinados nas tabelas 5 e 6, abaixo detalhada, conforme número de pacientes atendidos e sua frequência no período de 1999 a 2004. A tabela 5 representa o prosaetrio dos pacientes do sexo masculino atendidos e as internações e a tabela 6 para os pacientes do sexo feminino. O foco importante é a porcentagem da frequência do número do CID-10, prescrito pelo especialista.

**Tabela 5** – Frequência de códigos assinalados de acordo com os diagnósticos determinados na amostragem do sexo masculino.

PACIENTES DO SEXO MASCULINO												
ANO	1999		2000		2001		2002		2003		2001	
Código	QT	%										
F.06.0	4	10%										
F.06.2			2	8%								
F.10.0	1	2%			1	6%						
F.10.2					1	6%						
F.14.0			1	4%								
F.14.2			1	4%								
F.14.5					1	6%			1	5%	1	4%
F.14.9					1	6%						
F.12.5/14.1							1	6%				
F.19.0											1	4%
F.19.5											1	4%
F.19.9									1	5%		
F.20.0	17	41%	18	72%	6	39%	9	50%	12	60%	8	38%
F.20.0/23.8							1	6%				
F.20.1			1	4%	1	6%			2	10%		
F.20.3					1	6%	1	6%				
F.20.5					4	25%	2	11%			6	29%
F.22.0	1	3%										
F.23.2											2	10%
F.23.8			1	4%			2	11%	3	15%		
F.25.6			1	4%								
F.29.0							1	5%				
F.31.2							1	5%			1	5%
F.32.2	2	5%										
F.64.0									1	5%		
F.69.1											1	5%
F.72.0	16	39%										
<b>Internações</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

Fonte: o autor

O código F.20.0 que representa o estado de esquizofrenia paranóide, transtorno mental mais comum em muitas partes do mundo, foi o mais assinalado entre o sexo masculino demonstrando que no ano de 1999 houve 17 internações com este diagnóstico, aumentando esse quadro para 18 internações em 2000. No ano de 2001 existiu uma queda de dois terço, aumentando para 9 internações em 2002, 12 internações em 2003, diminuindo para 8 em 2004.

Os códigos F.20.0 até F.20.9 tornam-se presentes no quadro de esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes. Os códigos F.30.0 a F.30.9 referem-se aos transtornos do humor (afetivos). Somente um caso de F. 64 foi relatado e que encena transtornos de identidade sexual, por fim a família F.70 a F.79 com a interpretação de retardo mental.

**Tabela 6** – Freqüência de códigos assinalados de acordo com os diagnósticos determinados na amostragem do sexo feminino

PACIENTES DO SEXO FEMININO												
ANO	1999		2000		2001		2002		2003		2001	
Código	QT	%										
F.11.0			1	8%								
F.20.0	8	42%	5	42%	4	22%	3	18%	8	47%	8	44%
F.20.1					3	17%						
F.20.3							1	5%	1	6%		
F.20.4											1	6%
F.20.5	6	32%			1	6%	1	5%	3	18%	2	11%
F.20.8							1	5%				
F.20.9					1	6%						
F.22.0			1	8%			1	5%				
F.23.0											1	6%
F.23.1					1	6%	1	5%				
F.23.3			1	8%								
F.23.8	1	5%					1	5%	1	6%	1	6%
F.23.9	1	5%					1	5%			1	6%
F.25.0							1	5%				
F.25.1			1	8%	1	6%						
F.29.0.							2	11%				
F.30.1											1	6%
F.30.9							1	5%	1	6%		
F.31.1							1	5%				
F.31.2					3	17%	1	5%	3	14%	2	9%
F.31.3					1	5%						
F.31.5					1	5%						
F.31.9			1	8%								
F.32.3											1	6%
F.33.3							2	11%				
F.34.2					1	5%						
F.53.1							1	5%				
F.71.0			1	8%	1	5%						
F.72.0	3	16%										
F.73.0			1	8%								
<b>Internações</b>	19	100%	12	100%	18	100%	19	100%	17	100%	18	100%

Fonte: o autor

Para o sexo feminino o código F.20.0 também apresentou valor mais elevado entre os demais. Respectivamente, 8, 5, 4, 3, 8, e 8 internações. Diferentemente do gênero masculino, aparece para o sexo feminino o código F.53.1 que representa transtornos mentais e de comportamentos associados ao puerpério.

O tratamento, geralmente, foi um coquetel de medicamentos onde prevaleceu para o sexo masculino, o carbamazepina (200 mg) no período de 1999, o haloperidol (5 mg) em 2000, 2001 e 2003 e o clorpromazina (100 mg) em 2002 e 2004; o quadro para o sexo feminino apresentou a prevalência do haloperidol (5 mg) em 1999 e 2004, o carbamazepina (200 mg) em 2000 e 2002, o clorpromazina (100 mg) em 2001 e o carbolitium (300 mg) em 2003. Para as mulheres foi receitado o tioridazina medicamento ausente no receituário para os homens, que utilizaram o fenobarbital (100 mg) e fenitoína (100 mg), não prescritos para o sexo feminino.

Nas tabelas 7 (sexo masculino) e 8 (sexo feminino) pode-se observar o medicamento receitado e as respectivas internações efetuadas nos anos de 1999 a 2004.

O objetivo da apresentação da listagem de medicamentos é mostrar quais os medicamentos foram os mais utilizados, tendo um significado muito importante, pois envolve os princípios de conhecimento dos médicos especialistas, assim como possibilitar a avaliação do almoxarifado da farmácia disponível daquela época. Ressaltamos que a listagem original depende das compras efetuadas continuamente em função da própria orientação dos médicos. As modificações são responsabilidades de quem indica, de quem compra e das disponibilidades financeiras do Hospital.

**Tabela 7 - Freqüência dos medicamentos receitados aos pacientes do sexo masculino**

Medicamentos	1999		2000		2001		2002		2003		2004	
Ácido Valpróico 250mg	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,89%
Amitriptilina	2	1,46%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Biperideno 2mg	11	8,03%	1	1,22%	1	2,50%	1	2,04%	0	0,00%	3	5,66%
Carbamazepina 200mg	24	17,52%	14	17,07%	2	5,00%	5	10,20%	6	11,11%	7	13,21%
Carbolitium 300mg	2	1,46%	3	3,66%	2	5,00%	0	0,00%	1	1,85%	3	5,66%
Clomipramina 25mg	1	0,73%	2	2,44%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,89%
Clonazepam 2mg	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,85%	0	0,00%
Clorpromazina 100mg	18	13,14%	15	18,29%	10	25,00%	15	30,61%	8	14,81%	11	20,75%
Clorpromazina 25mg	1	0,73%	0	0,00%	1	2,50%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Diazepam 10mg	4	2,92%	1	1,22%	5	12,50%	0	0,00%	1	1,85%	0	0,00%
Fenobarbital 100mg	14	10,22%	0	0,00%	0	0,00%	1	2,04%	1	1,85%	1	1,89%
Fenitoína 100mg	10	7,30%	0	0,00%	0	0,00%	1	2,04%	1	1,85%	1	1,89%
Haloperidol 5mg	23	16,79%	18	21,95%	11	27,50%	10	20,41%	17	31,48%	10	18,87%
Levomepromazina 100mg	11	8,03%	11	13,41%	4	10,00%	5	10,20%	3	5,56%	6	11,32%
Levomepromazina 25mg	1	0,73%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	3,77%
Olanzapine	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	5,56%	1	1,89%
Prometazina 25mg	15	10,95%	17	20,73%	4	10,00%	11	22,45%	12	22,22%	6	11,32%
Tioridazina 100mg	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Internações	41		25		16		18		20		21	
Total	137	100,00%	82	100,00%	40	100,00%	49	100,00%	54	100,00%	53	100,00%

**Fonte:** o autor

**Tabela 8 –** Frequência dos medicamentos receitados aos pacientes do sexo feminino

Medicamentos	1999		2000		2001		2002		2003		2004	
Amitriptilina	4	7,55%	2	6,45%	0	0,00%	2	4,26%	0	0,00%	1	2,44%
Biperideno 2mg	3	5,66%	1	3,23%	0	0,00%	2	4,26%	2	4,08%	2	4,88%
Carbamazepina 200mg	8	15,09%	7	22,58%	8	18,18%	10	21,28%	2	4,08%	1	2,44%
Carbolitium 300mg	4	7,55%	2	6,45%	6	13,64%	4	8,51%	11	22,45%	2	4,88%
Clomipramina 25mg	0	0,00%	0	0,00%	1	2,27%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Clonazapan 2mg	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	4,88%
Clorpromazina 25mg	2	3,77%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Clorpromazina 100mg	4	7,55%	6	19,35%	15	34,09%	9	19,15%	6	12,24%	10	24,39%
Diazepam 10mg	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	2,10%	0	0,00%	0	0,00%
Fenobarbital 100mg	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Fenitoína 100mg	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Haloperidol 5mg	12	22,64%	5	16,13%	9	20,45%	6	12,77%	10	20,41%	12	29,27%
Levomepromazina 25mg	1	1,89%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Levomepromazina 100mg	2	3,77%	2	6,45%	1	2,27%	5	10,64%	6	12,24%	5	12,20%
Olanzapine	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	2,13%	0	0,00%	0	0,00%
Prometazina 25mg	10	18,87%	3	9,68%	2	4,55%	5	10,64%	9	18,37%	6	14,62%
Tioridazina 100mg	3	5,66%	3	9,68%	2	4,55%	2	4,26%	3	6,13%	0	0,00%
Internações	19		32		44		48		51		41	
Total	53	100,00%	31	100,00%	44	100,00%	47	100,00%	49	100,00%	41	100,00%

**Fonte:** o autor

## 6 DISCUSSÃO

Os psiquiatras explicam os transtornos da personalidade como um desvio importante dos padrões de comportamento normal. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV), da APA, descreve o "transtorno de personalidade agressivo-passiva" como um padrão de atitudes negativas e de resistência passiva diante dos pedidos de produzir um desempenho adequado. O sujeito se recusa, passivamente, a cumprir tanto sua rotina social quanto suas tarefas ocupacionais. A personalidade agressiva-passiva é tipicamente masculina. Nas brigas de casais, o homem agressivo-passivo é a parede, contra a qual mulheres enlouquecidas pela fria compostura de seus companheiros jogam a louça de casa (CALLIGARIS, 2005).

Os psiquiatras podem discordar quanto às causas do transtorno, que se encontram na vida pregressa do sujeito, mas todos parecem concordar quanto ao seguinte: o agressivo-passivo é cheio de ódio e ressentimento. Talvez ele se limite a resistir passivamente para não soltar uma agressão que, sem isso, seria explosiva e mortífera; além da conta (CALLIGARIS, 2005).

Mesmo que várias teorias tentem explicar a causa exata dos distúrbios de personalidade, esta ainda permanece desconhecida. Os teóricos da biologia acreditam que a causa sejam os distúrbios cromossômicos ou os distúrbios do sistema nervoso. Já os teóricos da sociologia crêem que a causa esteja nas reações ao comportamento adquirido. Enquanto os teóricos da psicodinâmica explicam os distúrbios com base nas deficiências do desenvolvimento do ego (BALLONE, 2002b).

A depressão, no entanto, acometem ambos os sexos e não costuma obedecer nenhum nível social, econômico, religioso ou cultural específico, como poderiam pensar alguns. O Dicionário Houaiss define depressão, como estado de desencorajamento, de perda de interesse. Sensação de prostração física ou abatimento moral. Sentimento de falta de esperança no futuro, de dúvida sobre seu próprio valor ou capacidade (HOUAISS; VILLAR; FRACO, 2001).

Nos resultados obtidos dos mapas nosológicos do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro foi observado que havia uma prevalência de pacientes solteiros nos dois gêneros. Porém, tratando do fenômeno da imigração, Cochrane; Bal (1987)

examinaram as taxas de admissão psiquiátrica por esquizofrenia na Inglaterra, encontrando maior número dessa atribuição diagnóstica entre imigrantes do sexo masculino.

Johanson, et al (1998) por sua vez, comparando as taxas de admissão psiquiátrica entre nativos da Suécia e pessoas que imigraram para esse país, não encontraram diferenças significativas nesse sentido. Contudo, verificaram que, considerando a amostra total, o risco de readmissão psiquiátrica aumentava significativamente entre os sujeitos que apresentavam altas taxas de migração interna.

No Brasil, Almeida Filho; Bastos (1982) comparando prontuários psiquiátricos de pacientes femininos com síndrome depressiva (incluindo quadros de reação depressiva, neurose depressiva, hipocondria e psicose maníaca depressiva) com dados de um inquérito de prevalência de doenças mentais realizado na cidade de Salvador, verificaram que o risco de uma mulher migrante desenvolver tais sintomas é 2,5 vezes maior do que uma não migrante. Estes resultados em si são concordantes, porquanto 94,6% os dados desta pesquisa, as mulheres com transtornos mentais eram migrantes e com atividades do lar; solteiras na faixa etária de 31 a 40 anos. Provavelmente nessa idade apresentam problemas psicóticos devido às dificuldades financeiras, sexuais ou mesmo sociais.

Em termos de Psicologia e Psiquiatria, vários estudos no Brasil e no exterior têm demonstrado a existência de uma associação entre o fenômeno da migração e o desenvolvimento de distúrbios mentais por Barbieri; Jacquemin (2001).

Observou-se, que dentre os perfis dos pacientes internados no setor psiquiátrico, houve a prevalência da faixa etária de 21 a 30 anos de idade, com 67 pacientes, ambos os sexos, sendo 44 masculinos e 23 femininos. Contudo, na faixa de idade de 31 a 40 houve o inverso, o número do sexo feminino, 31 pacientes era o maior em relação ao masculino, com 26 pacientes; o mesmo acontecendo na faixa entre 10 a 20, 41 a 50 e 51 a 60 anos.

Dalgalarrondo; Banzato; Botega (2004) analisaram os dados sócio-demográficos e clínicos de 989 pacientes internados na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC/UNICAMP) no período de 1986 a 1997. Os pacientes revelaram-se mais jovens, predominantemente do sexo feminino, com menor escolaridade e menos vínculo matrimonial.

A manifestação da depressão em adolescentes costuma apresentar sintomas semelhantes aos dos adultos de faixa etária de 21 a 30 anos de idade, mas também existem importantes características fenomenológicas que são típicas do transtorno depressivo nesta fase da vida. Adolescentes deprimidos não estão sempre tristes; apresentam-se principalmente irritáveis e instáveis, podendo ocorrer crises de explosão e raiva em seu comportamento.

Segundo Kazdin e Marciano (1998), mais de 80% dos jovens deprimidos apresentam humor irritado e ainda perda de energia, apatia e desinteresse importante, retardo psicomotor, sentimentos de desesperança, culpa, perturbações do sono, principalmente hipersonia, alterações de apetite e peso, isolamento e dificuldade de concentração. Outras características próprias desta fase são: o prejuízo no desempenho escolar, a baixa auto-estima, as idéias e tentativas de suicídio e graves problemas de comportamento, especialmente o uso abusivo de álcool e drogas (MAIA; ARIANE; RAMOS, 2004).

A idade média de início da esquizofrenia é de 20 a 25 anos nos homens e de 25 a 30 anos nas mulheres. Os sintomas iniciais são irritabilidade generalizada, um estreitamento dos interesses, morosidade, indecisão, isolamento social e descuido do aspecto pessoal (GATTAZ, 2005). O início dos sintomas ocorre na vida adulta (idade média de 25 anos), sendo mais precoce em homens do que em mulheres. A doença afeta uma em cada cem pessoas ao correr da vida. Cerca de 80% dos acometidos desenvolvem recidivas e sintomas crônicos (WANNMACHER, 2004).

O crescimento explosivo do número da população idosa provoca um aumento de pessoas com risco de adquirir doenças neurológicas e psiquiátricas (ALMEIDA, 1999). O envelhecimento pode resultar na presença de múltiplas doenças, prejuízos e incapacidade com conseqüente deterioração da saúde dos idosos (RAMOS; SIMÕES; ALBERT, 2001). Vários fatores associados ao aumento da idade podem predispor ao desenvolvimento de transtornos mentais, especialmente sintomas distímicos, entretanto, nesse trabalho os jovens foram os que mais procuraram tratamento psiquiátrico.

Via de regra, a migração não produz melhoria do bem-estar social; ao contrário, resulta freqüentemente em altos índices de desemprego e condições miseráveis de vida, expondo milhares de migrantes ao estresse social e a um risco maior de Transtornos Mentais devido à ausência de redes de apoio social. A vida real também é cheia de problemas para muitas pessoas. São problemas comuns: os isolamentos, falta de comunicações, e limitadas oportunidades educacionais e econômicas. Ademais, os

serviços mentais e sociais tendem a concentrar os recursos e a perícia clínica nas grandes áreas metropolitanas, deixando poucas e limitadas opções para os habitantes rurais que, porventura, necessitem de atenção em saúde mental.

Existe uma relação complexa e multidimensional entre pobreza e saúde mental. Em sua definição mais estrita, pobreza é a falta de dinheiro ou de posses materiais. Em termos mais amplos, talvez mais apropriados para discussões relacionadas com Transtornos Mentais e Comportamentais, pode-se entender como pobreza, um estado em que não se dispõe dos meios suficientes, podendo incluir-se nisto a falta de recursos sociais ou educacionais.

A pobreza e as condições associadas a ela, como é o caso do desemprego, do baixo nível de instrução, da privação e do desabrigo, não estão somente muito difundidas nos países pobres, como também afetam uma minoria bastante considerável nos países ricos.

Os pobres e os desfavorecidos acusam uma prevalência maior de Transtornos Mentais e Comportamentais, inclusive transtornos do uso de substâncias. Essa prevalência maior pode ser explicada tanto por uma ocorrência maior desses transtornos entre os pobres, como pela tendência à queda na pobreza dos mentalmente enfermos.

SILVA (2003) considera que a vivência do brasileiro com a necessidade de ajustamento tornou-se uma realidade concreta à medida que nossas portas abriram-se para receber um grande número de empreendimentos estrangeiros. Em contrapartida, muitos brasileiros mudaram-se e continuam mudando para o exterior.

Com o advento de mercados comuns, a tendência é que este movimento torne-se ainda mais marcante, fazendo com que as pessoas tenham que lidar cada vez mais com culturas diferentes da sua cultura original. O que pode estar por trás das migrações, portanto, são interesses que vão desde necessidades de trabalho, contatos de negócios, busca de aperfeiçoamento e /ou melhores qualificações profissionais e educacionais, até interesses de natureza afetiva.

A convivência com pessoas de outra cultura pode durar um tempo breve ou mais duradouro. As pessoas chegam a compartilhar as suas vidas em coabitação, tanto de caráter voluntário quanto impositivo, devido às necessidades emergentes do novo cenário. Tais necessidades podem incluir solicitações ambientais inéditas que exigem uma rápida adaptação pessoal e adoção de modos de vida diferentes dos da cultura original do migrante.

O conjunto de mudanças ambientais pode suscitar sentimentos, afetos e desafetos importantes. Talvez ninguém passe incólume por isso. O acervo cultural da humanidade contém inúmeras referências aos sentimentos saudosistas da terra de origem: saudades das comidas, da paisagem, das pessoas da terra hospedeira que não se equiparam às deixadas na terra natal.

Outro item muito interessante obtido dos mapas nosológicos do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro foi à questão da atividade do paciente. Nos prontuários de 2004 existe um paciente de 27 anos, casado, não migrante que é um prisioneiro, apresentando esquizofrenia paranóide (F.20.0). A associação desse paciente e das pacientes com atividades denominadas: “mulher do lar”, diagnosticados como depressivos merece fazer algumas ilações.

Obviamente a diferença em si apresenta uma similaridade da situação e isso tem sua importância relevante sob dois aspectos: primeiro, devido ao sofrimento indescritível que imputa às suas vítimas, muitas vezes silenciosas e, em segundo, porque, comprovadamente, a violência seja na prisão ou doméstica, incluindo aí a Negligência Precoce e o Abuso Sexual, podem impedir um bom desenvolvimento físico e mental da vítima.

A depressão, para o presidiário, a intensidade do sofrimento é grande durante maior parte do dia. As horas ociosas provocam um sofrimento psíquico. Ele torna-se incompetente para saber como irá desenvolver sua vida. Sente-se triste, desesperançado, descuidando da alimentação, cuidados com a higiene pessoal e tornando-se agressivo ou passivo de acordo com o tipo de relacionamento com os demais presos. À noite, o medo aumenta ocorrendo com frequência insônia ou dificuldade de dormir.

Os presidiários vivem numa fase de profunda insegurança em razão das mudanças que experimentam em si próprios; em relação ao ambiente em que vivem; com os companheiros com quem convivem e as ausências de seus familiares. O medo se instala no momento de sua adentrada na prisão, seguida de angústia da perda de privilégios, a ansiedade do enfrentamento do desconhecido e por fim a depressão sobrevém com a realidade.

Diante de tantas transformações concomitantes, eles se sentem isolados, inseguros quanto ao aspecto físico, ao preparo sócio-cultural e à sexualidade. Esse processo de vida privada, enjaulada, leva o indivíduo a um conhecimento especial das contradições de seu viver e dos demais.

Na personalidade pré-mórbida dos presidiários destacam-se características como: agressividade, ambição, ciúmes e baixa tolerância a frustrações. Numa análise mais aprofundada da história de vida destes seres e destas características de personalidade, somos favoráveis a enquadrá-los não apenas como indivíduos anti-sociais, mas também com características tipo borderline, intermediária entre a neurose e a psicose (CABRAL; STANGENHAUS, 1992).

A depressão na mulher do lar, provocada por violência psicológica ou agressão emocional, às vezes é tão ou mais prejudicial que a física, é caracterizada por rejeição; depreciação do marido ou humilhação e desrespeito dos filhos, ou ainda indiferenças exageradas por seu trabalho doméstico. Trata-se de uma agressão que não deixa marcas corporais visíveis, mas emocionalmente causa cicatrizes indelévels para toda a vida.

Têm registrado nos protocolos mulheres com confusão mental heretorientada, pensamentos desorganizados e transtornos afetivos. A mulher se faz sentir inferior, dependente e em sua percepção depressiva se acha culpada ou omissa e ao ocultar ou dissimular os terríveis episódios torna prisioneira de uma depressão grave e crônica o que constitui um impedimento em sua conduta perante os familiares.

Jacobucci e Cabral (2004) observaram que as mulheres agredidas e que permanecem no vínculo conjugal são mais propensas à depressão, exprimindo sentimentos de solidão, tristeza, desamparo, descrença, irritação, baixa auto-estima e baixa autoconfiança, que podem caracterizar sintomas distímicos.

Quanto aos traços de personalidade, verificaram que as mulheres que sofrem violência doméstica apresentam traços esquizóides ou esquizotípicos, que favorecem a introversão, o isolamento afetivo, a ansiedade persecutória, entre outros. Isto levaria tais mulheres a fazer escolhas objetais amorosas identificadas com as mesmas características, aumentando-se, assim, os riscos de tentar resolver conflitos por impulsos agressivos, já que existe a crescente dificuldade de resolução através do diálogo (JACOBUCCI; CABRAL, 2004).

Tem-se, assim, um círculo vicioso: as mulheres agredidas que permanecem com os companheiros agressores tornam-se freqüentemente, agressivas, o que leva os casais terem um dia-a-dia cada vez mais violento, em que os conflitos se multiplicam e se intensificam.

Para a mulher casada com atividade “do lar” D'Andrea (1991) aborda aspectos do papel materno fracassado e as dificuldades de seu manejo terapêutico no psicodrama. Estas dificuldades relacionam-se à resistência, à regressão por parte das pacientes, uma vez que esta implicaria em perda de status.

A solução psicodramática é encontrada quando, em vez da regressão, estimula-se a progressão, isto é, procura-se a substituição do papel fracassado por um papel exitoso, em lugar de enfatizar-se a compreensão das causas infantis do atual fracasso da mãe (D'ANDREA, 1991).

O livro organizado por Lafer et al (2000) abrange o conceito e limites da depressão com dados epidemiológicos atuais e descrições clínicas por faixa etária: infância, adolescência e senectude.

A depressão é um transtorno do humor grave freqüente, e ocorre em todas as faixas etárias, sendo que as taxas parecem estar aumentando entre jovens e idosos. Por razões ainda não totalmente esclarecidas, a depressão vem se tornando cada vez mais freqüente neste século. Talvez isso seja apenas o resultado de uma melhor identificação e de maior esclarecimento (LAFER et al, 2000).

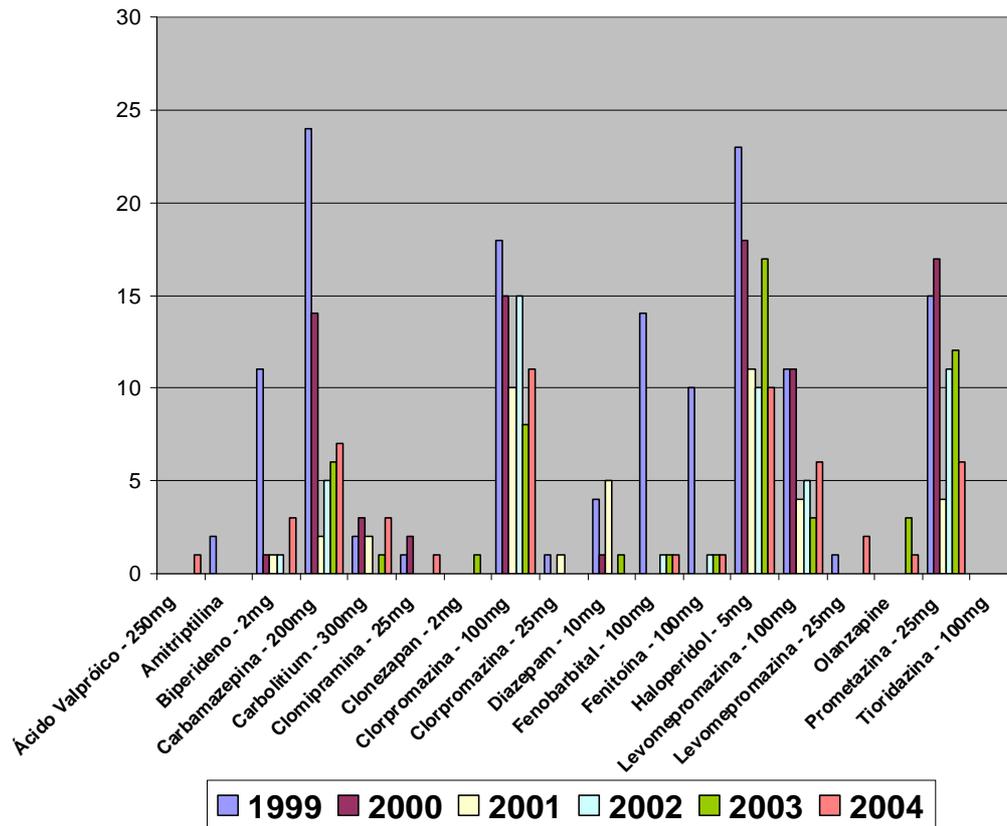
Dados recentes do estudo epidemiológico norte-americano apontam que 30% dos entrevistados relataram já terem se sentido deprimido por no mínimo duas semanas, e 5% relataram já terem tido ao mesmo tempo um episódio de depressão. Distímia foi encontrada em 3% da população. Com esses números, podemos calcular que existem no Brasil aproximadamente 54 milhões de pessoas que em um momento de suas vidas terão algum tipo de depressão, sendo que 7,5 milhões terão episódios agudos e graves, muitas com risco de suicídio (ROBBINS; REGIER, 1991).

Apesar de a depressão ter causas desconhecidas, fatores genéticos, psicológicos, ambientais, anatomopatológicos e bioquímicos estão envolvidos na sua gênese e evolução, estando presentes em graus variáveis em cada indivíduo com depressão (ROBBINS; REGIER, 1991).

Episódios depressivos são descrições que podem ser discutidas, pois depressão vai além do F20.0 a F20.9 da classificação da CID-10. Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: discreto, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves (KAZDIN; MARCIANO, 1998).

No episódio depressivo discreto, geralmente está presente ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas, mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades. Para o tipo episódio depressivo moderado, costumeiramente está presente quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina. Em relação ao episódio depressivo grave não apresenta sintomas psicóticos (KAZDIN; MARCIANO, 1998).

Episódios depressivos onde vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da auto-estima e idéias de desvalia ou culpa. As idéias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas "somáticos".

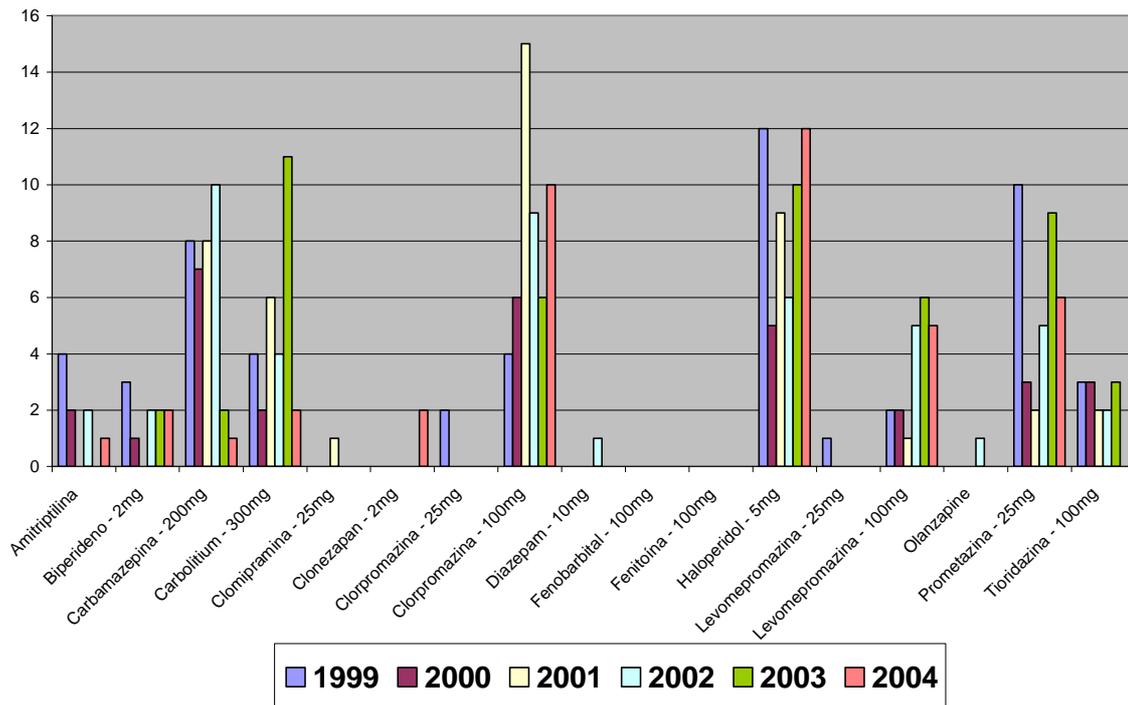


**Gráfico 1** – Prevalência dos medicamentos mais prescritos sexo masculino

**Fonte:** o autor

Os medicamentos antipsicóticos trazem benefícios sobre os processos mentais, mas podem acarretar graves efeitos indesejáveis, por isso é imprescindível conhecer os possíveis efeitos adversos (PESTANA, 2001).

Os antipsicóticos tradicionais são eficazes em tratamentos de longo prazo. Novos antipsicóticos provavelmente também o são, embora, não tenham sido estudados adequadamente, podendo, porém, ser utilizados em casos especiais. O tratamento de longo prazo deve equilibrar risco de efeitos adversos com risco de recaída. Revisões sistemáticas mostraram que os novos antipsicóticos são tão eficazes quanto os agentes convencionais, porém têm diferentes perfis de efeitos adversos (WANNMACHER, 2004).



**Gráfico 2** – Prevalência dos medicamentos mais prescritos sexo feminino

**Fonte:** o autor

O presidiário teve como medicação o olanzapine; indicado para o tratamento agudo e de manutenção da esquizofrenia e outras psicoses onde os sintomas positivos (delírios, alucinações, alterações de pensamento, hostilidade e desconfiança) e/ou sintomas negativos (afeto diminuído, isolamento emocional e social, pobreza de linguagem) são proeminentes. O olanzapine alivia também os sintomas afetivos secundários comumente associados com esquizofrenia e distúrbios relacionados. É eficaz no tratamento de manutenção, uma vez alcançada a melhora clínica nos pacientes que responderam ao tratamento inicial.

Este medicamento também foi prescrito em associação com haloperidol (5mg) e clorpromazina (100mg) para paciente, agricultor, solteiro de 25 anos, com quadro psicótico em associação ao uso de drogas ilícitas (F.14.5). Também o olanzapine associado com clorpromazina (100mg) foi usado em paciente idoso de 63 anos aposentado, com quadro psicótico hebefreniforme, rico em estereótipos, maneirismos solilóquio, nuissitação e risos imotivados (F.20.1).

O haloperidol é um sedativo eficiente, o que explica seus efeitos favoráveis na mania, agitação psicomotora e outras síndromes de agitação. A atividade em nível dos gânglios da base é provavelmente responsável pelos efeitos extrapiramidais (distonia, acatisia e parkinsonismo). Os efeitos antidopaminérgicos periféricos explicam a ação contra náuseas e vômitos (via quimiorreceptores - zona do gatilho), o relaxamento dos esfíncteres gastrintestinais e o aumento na liberação de prolactina (através da inibição da atividade do PIF - fator de inibição da prolactina) em nível de adeno-hipófise.

Já a Clorpromazina (100mg) é um medicamento inibidor das funções psicomotoras, como é o caso da excitação e da agitação. Paralelamente eles atenuam também os distúrbios neuropsíquicos ditos psicóticos, tais como os delírios e as alucinações. São substâncias químicas sintéticas, capazes de atuar seletivamente em células nervosas que regulam os processos no homem.

O primeiro antipsicótico a ser utilizado foi a clorpromazina em 1952, que revolucionou o tratamento das psicoses, especialmente da esquizofrenia. Logo foram descobertos outros antipsicóticos (haloperidol, flufenazina, tioridazina) que tem como mecanismo básico de ação o bloqueio de um neurotransmissor cerebral denominado dopamina. Estes antipsicóticos, denominados clássicos ou convencionais, são eficazes principalmente no controle de sintomas chamados positivos, como os delírios, as alucinações, a desorganização do pensamento. Eles também produzem efeitos colaterais denominados extrapiramidais, tais como tremores e rigidez muscular (CASTRO; LOTUFO NETO, 2004).

A partir dos anos 90 uma nova geração de antipsicóticos como a clozapina, risperidona, olanzapine vem sendo desenvolvida. Os novos antipsicóticos, além de bloquear a dopamina, bloqueiam também outros neurotransmissores cerebrais, especialmente a serotonina. Esses novos antipsicóticos agem não apenas nos sintomas positivos, mas também nos sintomas chamados negativos, como a pobreza de pensamento, o embotamento afetivo e a falta de motivação. Eles produzem menos efeitos colaterais extrapiramidais do que os antipsicóticos clássicos (ALMEIDA, 1998).

Existem numerosos antipsicóticos disponíveis no mercado brasileiro; alguns deles, além da forma de comprimidos são apresentados como injeção de longa duração (depot) para ser aplicada com intervalo de semanas. Os antipsicóticos demoram até algumas semanas para fazer efeito e melhorar o paciente. Para algumas doenças eles precisam ser utilizados por longos períodos de tempo, mas eles não causam dependência (não "viciam").

Na fase aguda (surto psicótico) o objetivo do tratamento é o alívio e redução dos sintomas, com melhora do funcionamento social do indivíduo. O tratamento visa evitar danos advindos da agressividade e permitir rápido retorno o melhor nível de funcionamento. Medicamentos antipsicóticos (principalmente os mais sedativos) são indicados em quase todos os episódios psicóticos agudos. Embora seja importante que o paciente participe da decisão quanto a uso de medicamentos, no surto psicótico sua administração costuma ser feita independentemente do desejo do paciente. Do ponto de vista de eficácia e segurança, os antipsicóticos convencionais e alguns dos novos, como a risperidona, são opções para tratamento inicial da esquizofrenia (LOVE, 2000).

Na fase de manutenção, objetiva-se manter o paciente assintomático ou ainda melhorar o nível de funcionamento e a qualidade de vida, além de reduzir as recaídas. Antipsicóticos tradicionais alcançam esses objetivos. Novos antipsicóticos provavelmente também são eficazes, embora não tenham sido estudados adequadamente, podendo, porém, ser utilizados em casos especiais. O plano em longo prazo deve equilibrar risco de efeitos adversos com risco de recaída. Em pacientes com pouca adesão a tratamento, formas intramusculares de depósito - que permitem grande espaçamento entre doses – constituem alternativa. A escolha de um representante deve levar em consideração resposta prévia do paciente, perfil de efeitos adversos, preferências do paciente, via de administração e duração de efeito desejada.

A resposta ao tratamento pode ser lenta, devendo-se aguardar pelo menos três semanas antes de realizar alterações posológicas ou substituição de medicamentos. Dosagens dos níveis séricos dos medicamentos podem ajudar em casos de ausência de resposta satisfatória ou aparecimento de sintomas adversos em presença de dosagens terapêuticas, além de medirem adesão a tratamento. Quando o paciente não responde a tentativas adequadas (4 a 6 semanas com doses

plenas) de pelo menos dois antipsicóticos, fica caracterizada a refratariedade, indicação para uso de clozapina. Em pacientes com contra-indicação ao emprego desse medicamento, pode-se considerar o uso de olanzapine ou a associação de antipsicóticos com lítio, carbamazepina, ácido valpróico ou benzodiazepínico (APA, 2000).

Outro medicamento receitado em todos os anos no período de 1999 a 2004 para os pacientes de ambos os sexos foi o antipsicótico levomepromazina. Em psicopatias leves ou moderadas a dose média aconselhada é de 6-12mg/dia; em casos de pacientes graves com psicopatias rebeldes, refratárias ou recidivantes, com quadro de agitação e excitação, são empregados 50-150 mg/dia, ou mais, segundo orientação médica. O interessante que ele foi medicado com a dosagem de 100mg. Em todos os períodos, porém em dosagem menor, de 25mg foi receitada para algumas pessoas principalmente no ano 2002, dosagem esta que não coaduna com os relatos de BALLONE (2002d).

A levomepromazina é um antipsicótico que pertence à classe das fenotiazinas alifáticas como a clorpromazina. Quimicamente é a metotrimeprazina, somente utilizada como isômero levógiro denominado levomepromazina. Como os outros neurolépticos, seu mecanismo de ação ocorre bloqueando os receptores possinápticos dopaminérgicos mesolímbicos cerebrais. Possui uma potência farmacológica menor (1/3) que a clorpromazina e, como ela, desenvolve efeito sedativo, potencializador de analgésicos (neuroleptoanalgesia). Em quadros psicóticos e na esquizofrenia a levomepromazina é ativa em casos agudos com excitação e agitação. Sua administração via oral garante uma boa absorção e biodisponibilidade do fármaco. Passa por biotransformação metabólica hepática e é eliminada especialmente pela urina e bÍlis (BALLONE, 2002d).

A literatura nacional e internacional tem adotado a designação de Distúrbios Graves e Persistentes, principalmente pelo caráter estigmatizante dos termos crônico e cronicidade em Psiquiatria e Saúde Mental, para uma gama extensa e heterogênea de pacientes com características e necessidades por vezes muito diferentes. É uma definição que associa a duração dos problemas, o grau de sofrimento emocional, o nível de incapacidade que interfere nas relações interpessoais e nas competências sociais e o diagnóstico psiquiátrico.

Geralmente, estão agrupadas sob esta designação pessoas portadoras de alguma psicose funcional (não orgânica), que, no campo dos diagnósticos da CID-10, estariam essencialmente compreendidas nos códigos F20-F22, F24, F25, F28-F31, F32.3 e F33.3 (OMS, 1993). Dentre elas, o transtorno de maior prevalência é a Esquizofrenia, que a Organização Mundial de Saúde estima em 0,4% a incidência desse transtorno.

Sua evolução é variável, estimando-se que cerca de 1/3 daqueles que enfrentam um episódio esquizofrênico apresentam remissão do quadro e se recuperam por completo. O restante, entretanto, pode apresentar curso episódico, com quadro variável de sintomas residuais e limitações nas atividades cotidianas. Se tratados adequadamente, espera-se que cerca de 50% dos pacientes tenham prognóstico favorável. A faixa de indivíduos com quadro mais grave e invalidante seria de 20% (OMS, 1993).

Este quadro realmente foi predominante nos resultados obtidos neste estudo com o levantamento dos prontuários no período de 1999 a 2004. Aproximadamente 90% representam os códigos acima citados e a maioria portadora de esquizofrenia são as mulheres com atividades do lar ou os homens do campo ou desempregados.

Somente no ano de 1999 houve fortemente uma abrangência evidenciando particular ênfase para a questão da cronicidade, justificada pelo perfil epidemiológico dos distúrbios mentais severos, que apresentam uma prevalência alta de casos com evolução persistente e grave. Nos demais períodos a reinternação ou recidiva se deram em um ou dois casos no máximo.

To a medicação prescrita, nos mapas nosológicos pode-se observar que para o sexo masculino no período de 1999 a 2004 houve 59 receituários com carbamazepina, ocorrendo com maior prevalência no ano de 1999. Para o sexo feminino a carbamazepina foi prescrita 31 vezes sendo que, nos anos 2003 duas vezes e 2004 uma vez somente. Além de agitação motora, agressividade ou distúrbio de comportamento a carbamazepina também foi prescrita para pacientes com o tratamento da epilepsia. A carbamazepina é um medicamento considerado estabilizador do humor, tem como objetivo manter o humor do paciente estável, mas encontra-se bons resultados para o controle do Transtorno Afetivo Bipolar (antigo PMD) (BENAZZI, 2001).

Além desta indicação pode também ser usado para controlar a agressividade em pacientes com outros tipos de transtornos mentais, como o retardo mental e com

pacientes psicóticos. Também foi usado para tratar a síndrome das pernas inquietas, a abstinência alcoólica.

Para os pacientes psicóticos do sexo feminino com ansiedade, estados de tensão, agitação, distúrbios emocionais e do sono, foi receitado o tioridazina. Mulheres com atividades do lar em estados de confusão, ansiosas, depressivas e insônia ou com dificuldade de concentração, distúrbios de conduta como hiperatividade ou agressividade, também receberam tioridazina de 100mg. O interessante que foi receitado somente para as mulheres e no ano de 2004 não houve medicação nenhuma.

Os ansiolíticos são capazes de estimular os mecanismos no nosso cérebro que normalmente combatem estados de tensão e ansiedade. Assim, quando, devido às tensões do dia-a-dia ou por causas mais sérias, determinadas áreas do nosso cérebro funcionam exageradamente resultando num estado de ansiedade, os benzodiazepínicos exercem um efeito contrário, isto é, inibem os mecanismos que estavam hiperfuncionantes e a pessoa fica mais tranqüila, como que desligada do meio ambiente e dos estímulos externos. Como consequência desta ação os ansiolíticos produzem uma depressão da atividade do nosso cérebro que se caracteriza por: 1) diminuição de ansiedade; 2) indução de sono; 3) relaxamento muscular e 4) redução do estado de alerta (BALLONE, 2005).

É importante notar que estes efeitos dos ansiolíticos benzodiazepínicos são grandemente alimentados pelo álcool, e a mistura álcool mais estas drogas podem levar uma pessoa ao estado de coma. Além desses efeitos principais, os ansiolíticos dificultam os processos de aprendizagem e memória, o que é, evidentemente, bastante prejudicial para as pessoas que habitualmente utilizam-se destas drogas.

Em estudo de caso, Cavalcante (2002) apresentou a experiência de um casal de classe popular cujo único filho apresentou uma psicose infantil nos primeiros anos de vida. Uma análise genealógica evidenciou histórias de violência em duas gerações, levando ao aparecimento da psicose na terceira geração, surgindo com um meio de "escape" de um destino violento. É um caso surpreendente pela forma selvagem com que a psicose se manifesta numa criança tão pequena e pelo modo como a mãe lutou, com todas as suas forças, para buscar no mundo social os meios de ajudar seu filho a se tornar um ser civilizado.

A carência de recursos internos e externos, a ausência de apoio familiar e uma história de abuso levou essa mãe a procurar apoio em variadas instituições sociais. Foi, sobretudo, apostando na possibilidade de transformação das relações entre as pessoas que esta jovem mulher foi em busca de práticas sociais que favorecessem a reconstrução de sua interioridade e da interioridade de seu filho. Beneficiada por uma conjuntura de reforma sanitária e reforma psiquiátrica, ela encontrou num hospital psiquiátrico público do Rio de Janeiro um apoio que integrou ações da saúde mental e da educação. No entanto, o que mais chama atenção, nesta história, é a variedade de alternativas sociais que a mãe foi capaz de mobilizar (CAVALCANTE, 2002).

O sucesso deste caso, que conduziu a uma inesperada cura, só pode ser explicado pela articulação entre saúde, educação e religião, mediada por pessoas altamente mobilizadas para que essas reformas se tornassem reais para os pacientes e uma mãe absolutamente determinada à busca de alternativas para seu filho. Tudo isso mostra que a reinvenção da saúde não está restrita apenas ao "setor", mas ao contrário, pode ser reconstruída "no território da vida social", numa perspectiva holística, global e complexa (CAVALCANTE, 2002).

O atendimento e o tempo de internação hospitalar na Clínica psiquiátrica do Hospital Dr. Ary Pinheiro de Porto Velho, Rondônia, têm passado por transformações significativas de acordo com novas propostas de políticas assistenciais e no período estudado apresentou condições significantes de melhoria no tratamento psicossomático dos pacientes internados e os profissionais, médicos especialistas, salientam a importância do reconhecimento o mais precoce possível quadro psicótico de forma a minimizar o sofrimento dos que dele padecem. Valorizam, ainda, o significado da interconsultoria psiquiátrica em hospital geral para a elucidação de tal transtorno.

## 7 CONCLUSÕES

Ao final deste trabalho, e em face das inferências observadas na exposição teórica e dos resultados obtidos das avaliações dos contextos dos mapas nosológicos, dos prontuários utilizados para coletas de dados dos pacientes internados no Setor de Psiquiatria do HOSPITAL DE BASE DR. ARY PINHEIRO, entre 1999 e 2004, pode-se concluir que:

1. O perfil da população do total de 187 pacientes, 75 (40,11%) do sexo masculino e 50 (26,74%) do sexo feminino, era solteiro e para aqueles elencados como casados 29 (15,51%) eram mulheres e 17 (9,09%) homens.
2. Os estudos epidemiológicos realizados no Setor de Psiquiatria do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, mostraram incidência e prevalência compatíveis com as observadas no Brasil. Não há consistência de possíveis diferenças na prevalência da esquizofrenia entre sexos, independentemente da metodologia empregada nos diferentes levantamentos epidemiológicos.
3. Dos internados na Clínica Psiquiátrica do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, entre 1999 e 2004, 90% dos pacientes eram migrantes e a maioria se encontrava na faixa de 21 a 30 anos para ambos os sexos.
4. Dentre as mulheres internadas a maioria tinha atividades dedicadas ao lar, e para os homens, a maioria vivia no campo ou eram desempregados.
5. A prevalência de transtornos psicóticos foram episódios esquizofrênicos que apresentavam quadro agudo e se recuperaram por completo. Somente em 1999 houve um número excessivo de recidivas, sendo 14 reinternações e 2 recidivas.
6. A prevalência de transtornos psicóticos com episódios típicos de depressão discreta, moderada ou grave, apresentou pacientes com rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade.
7. Observaram-se também alterações da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse e diminuição da capacidade de concentração, associadas a irritabilidade ou agressividade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, O. P. Manejo farmacológico dos transtornos do comportamento em pacientes demenciados. **Rev ABP-APAL**, v. 20, n. 2, p. 59-65, abr./jun. 1998.

ALMEIDA, O. P. Idosos atendidos em serviços de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 21, n. 1, p. 12-8, jan./mar. 1999.

ALMEIDA FILHO, N.; BASTOS, S. B. Estudo de caso do controle da associação entre migração e desordens depressivas em mulheres. **J Bras de Psiquiatr**, v. 31, p. 25-29, 1982.

AMARAL, M.; CHENIAUX JÚNIOR, E. Psicoses com características afetivas e esquizofreniformes simultâneas. **J Bras Psiquiatr**, v. 41, n. 6, p. 297-302, jul. 1992.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diretrizes no tratamento da esquizofrenia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

AREHART-TREICHEL, J. Families with psychosis, the numbers tell a story. **Psychiatric News**, v. 39, n. 11, p. 36-42, jun. 2004.

ASSUMPÇÃO, F. B. Psicoses: crítica dos conceitos. **Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência**, v. 1, n. 2, p. 13-18, 1993.

BALLONE, G. J. **Psicoses**. 2002. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/psicoses.html>>. Acesso em: 2005. a

BALLONE, G. J. **Personalidade criminosa.** 2002. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/forense/crime.html>>. Acesso em: 2005. b

BALLONE, G. J.; ORTOLANI IV; PEREIRA NETO, E. **Da emoção à lesão.** [S. l.]: Manole, 2002. c

BALLONE, G. J. **Antipsicóticos sedativos.** 2002. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/farmaco/antipsicse.html>>. Acesso em: 2005. d

BALLONE, G. J. **Afetividade.** 2003. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/cursos/afet.html>>. Acesso em: 2005.

BALLONE, G. J. **Ansiolíticos** Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/farmaco/ansiol.html>>. Acesso em: 2005.

BARBIERI, V.; JACQUEMIN, A. Perfil psicológico de migrantes através da norma IRF do MMP11. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 17 n. 1, p. 13-18, jan./abr. 2001.

BECKMANN, H.; JAKOB, H. Trastornos en el desarrollo prenatal del allocortex límbico en esquizofrénicos. **Alcmeon – Revista Argentina de Neuropsiquiatria**, v. 4, p. 1-31, 1995.

BENAZZI, F. Age of onset of bipolar II depressive mixed state. **Psychiatry Research**, v. 10, p. 229-235, 2001.

BLEULER, E. **Dementia praecox oder gruppe der Schizophrenien** Franz Deuticke. [S. l.]: Leipzig und Wien, 1911.

BRANDÃO, F. R. **Delírium**: um estudo comparativo entre adultos jovens, adultos e idosos. 2002. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, São Paulo, 2002.

BRÊGA, F. M. P.; FRAZATTO, L.; LOUREIRO, S. R. Pacientes com características paranóides: funcionamento defensivo. **Psico USF**, v. 6, n. 2, p. 85-94, jul./dez. 2001.

CABRAL, M. A. A. Aspectos psicossociais mais relevantes de 62 histórias de vida de presidiários confinados em cárceres superpopulosos. **J Bras Psiquiatr**, v. 40, n. 10, p.575-520, 1991.

CABRAL, M. A. A.; STANGENHAUS, G. Algumas características de personalidade de presidiários, em comparação com as de um grupo controle sem antecedentes criminais. **J Bras Psiquiatr**, v. 41, n. 1, p. 31-38, jan./fev. 1992.

CALLIGARIS, C. Bartleby. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 11 ago. 2005. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrad/fq1108200520.htm>>. Acesso em: 2005.

CARAMORI, P. R. A. et al. Psicose induzida por corticóides. **Rev AMRIGS**, v. 34, n. 4, p. 234-238, out./dez. 1990.

CASTRO, A. A. P. W.; LOTUFO NETO, L. Continuação do antipsicótico em depressão psicótica. **Rev Psiq Clín**, v. 31, n. 6, p. 300-305, 2004.

CAVALCANTE, F. G. **Pessoas muito especiais**: a construção social do portador de deficiência e reinvenção da família. 2002. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002. 393 p.

CHAIMOWICZ, F. Delirium em idosos: um desafio clínico. **Rev Bras Clín Ter**, v. 26, n. 2, p. 73-75, mar. 2000.

CHENIAUX JUNIOR, E.; BRAGA, R. J. C.; LESSA, J. L. M. Transtorno delirante: a paranóia nos dias de hoje. **J Bras Psiquiatr**, v. 49, n. 8, p. 301-308, ago. 2000.

CORDEIRO JÚNIOR, Q.; CORBETT, C. E. P. Delírio de infestação parasitária e folie a deux: relato de caso. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 61, n. 3B, p. 872-875, set. 2003.

COCHRANE, R.; BAL, S. S. Migration and schizophrenia: an examination of five hypotheses. **Soc Psychiatry**, v. 22, n. 4, p. 181-191, 1987.

D'ANDREA, F. F. O papel de mãe no psicodrama. **J Bras Psiquiatr**, v. 40, n. 6, p. 331-334, 1991.

DALGALARRONDO, P.; BANZATO, C. E. M.; BOTECA, N. J. Frequência aumentada de esquizofrenia em pacientes evangélicos internados. **J Bras Psiquiatr**, v. 53, n. 3, p. 143-152, maio/jun. 2004.

FERRAZ, M. P. T.; ALVES, T. C. T. F. Depressão maior. **Rev Bras Méd**, v. 56, n. esp. set. 1999. Disponível em: <[http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=442](http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=442)>. Acesso em: 2005.

FORLENZA, O. V.; VIEIRA FILHO, A. H. G. Neurocisticercose e doença mental: aspectos históricos e revisão da literatura. **Rev ABP-APAL**, v. 18, n. 3, p. 82-88, jul./set. 1996.

GATTAZ, W. F. **Esquizofrenia**. Dicionário médico para leigos de psiquiatria. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/dicionario/psiquiatria.htm>>. Acesso em: 2005.

GENTIL, V. Reforma psiquiátrica. **Rev Psiq Clín**, v. 25, n. 4, jul./ago. 1998.

GHISOLFI, E. S. **Síndrome psicótica**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/8833-sindromepsicotica.html>>. Acesso em: 2005.

GOLDAR, J. C. La posición clínica de la catatonía. **Acta Psiquiatr Psicol Am Lat**, v. 34, n. 3, p. 197-209, sept. 1988.

GUELLI, A. V.; JACQUEMIN, A. SANTOS, M. A. Análise dos conteúdos de Rorschach de pacientes com distúrbio afetivo bipolar. **Medicina**, [Ribeirão Preto], v. 29, n. 2/3, p. 269-277, abr./set. 1996.

HO, B. C. et al. Untreated initial psychosis: relation to cognitive deficits and brain morphology in first-episode schizophrenia. **Am J Psychiatry**, v. 160, p. 142-148, jan. 2003.

HOUAISS, Antonio; VILLAR, Mauro de Salles; FRACO, Francisco Manoel de Mello. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 2922p.

IGLESIAS, G.; RODRÍGUEZ, M. A. Transtornos psicóticos: casuística del Hospital Vargas. **Arch Venez Psiquiatr Neurol**, v. 41, n. 84, p. 9-12, jan./jun. 1995.

JACOBUCCI, P. G.; CABRAL, M. A. A. Depression and personality traits among women submitted to domestic violence. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, n. 3, p. 215-215, sept. 2004.

JASPERS, K. **Psicopatologia geral**. [S. l.]: Atheneu, 1987. v. 2

JENKINS, R. et al. The National psychiatric surveys of Great Britain: strategy and methods. **Psychol Med**, v. 27, n. 4, p. 765-774, 1997.

JOHANSON, L. M. et al. Immigration, moving house and psychiatric admissions. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, n. 98, p. 105-111, 1998.

KAHLBAUM, K. L. História e psicopatologia do transtorno Borderline: da esquizofrenia latente aos transtornos de personalidade. **Psiquiatria Biológica**, v. 4, n. 3, set. 1996.

KAIRALLA, I. C. J. **Esquizofrenia**: estudo neuropsicológico da atenção, como contribuição para o diagnóstico diferencial com psicose epiléptica esquizomorfa interictal. 2003. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2003.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria. Ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KAZDIN, A. E.; MARCIANO, P. L. Childhood and adolescent depression. In: MASH, E.; BARKLEY, R. **Treatment of childhood disorders**. 2. ed. New York: The Guilford Press, 1998.

KLEIST, K. Über zyloide, Paranoide und Epileptoide Psychosen und Über die Frage der Degenerationspsychosen. **Schweiz Arch Neurol Psychiat**, v. 23, n. 1, 1928.

KLEIST, K. Leitvortrag über Gehirnpathologie und Klinik der Persönlichkeit und Körperlichkeit. **Arch Psychiatr**, n. 103, p. 301-9, 1935.

KRAEPELIN, E. **Trattado di psichiatria**. 7. ed. [S. l.]: Valardi, 1907.

KERR-CORRÊA, F.; SOUZA, L. B.; CALIL, H. M. Doenças afetivas e sazonalidade no Brasil. **Rev ABP-APAL**, v. 17, n. 3, p. 122-6, jul./set. 1995.

KRYNSKI, S.; ASSUMPÇÃO, F. B. Nota sobre o conceito e classificação das psicoses na infância. **Boletim CEEP**, v. 5, p. 20-23, 1987.

LAFER, B. et al. **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: ARTMED, 2000.

LAKS, J.; ROZENTHAL, M.; ENGEHARDT, E. Sintomas psiquiátricos na doença de Alzheimer e sua relação com o estado cognitivo. **Rev Bras Neurol**, v. 31, n. 5, p. 225-234, set./out. 1995.

LEONHARD, K. Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology. **Alcmeon – Revista Argentina de Neuropsiquiatria**, v. 4, n. 4, 1996.

LINDESAY, J. The concept of delirium. **Dement Geriatr Disord**, v. 10, p. 310-314, 1999.

LOVE, L. C. Pharmacology and clinical experience with risperidone. **Expert Opin Pharmacother**, v. 1, n. 7, p. 1441-53, dec. 2000.

LOUZÃ NETO, M. R.; BASSITT, D. P. Psicose. **Rev Bras Méd**, v. 56, n. esp. set. 1999. Disponível em: <[http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=443](http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=443)>. Acesso em: 2005.

MAIA, L. C.; ARIANE, M. G.; RAMOS, L. R. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 650-656, 2004.

MANOACH, D. S. Intact hemispheric specialization for spatial and shape working memory in schizophrenia. **Schizophr Rev**, p. 30, jul. 2005.

MARTINS, G. A. **Manual para elaboração de monografia e dissertação**. São Paulo: Atlas, 1994.

MARTINS, C. D. et al. Humor e psicose em esquizofrenia: explorando fronteiras diagnósticas com o Inventário de Critérios Operacionais para Doenças Psicóticas (OPCRIT) e o caso John Nash. **Rev Psiquiatr**, Rio Grande do Sul, v. 26, n. 2, p. 135-157, maio/ago. 2004.

MCCLELLAN, J. M. Early-onset schizophrenia. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. (Ed.). **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. 7. ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. p. 2782-2789.

MENA, I. et al. Transtorno afectivo bipolar: evaluación de cambios funcionales cerebrales a partir de la técnica de neuro-spect Tc99mHMPAO. **Rev Med Nucl**, Alasbimnj, v. 6, n. 23, jan. 2004.

MORENO, D. H. **Prevalência e características do espectro bipolar em amostra populacional definida da cidade de São Paulo**. 2004. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, 2004. 233 p.

MOSCATELLO, R. Recidiva criminal em 100 internos do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 23, n. 1, p. 34-35, mar. 2001.

MUTARELLI, E. G. Demências. **Rev Bras Méd**, v. 56, n. esp. set. 1999. Disponível em: <[http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=445](http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=445)>. Acesso em: 2005.

NEELE, E. **Die phasischen psychosen nach ihrem erscheinungs und erbild**. Barth: Leipzig, 1949.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e do comportamento (CID-10)**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Tradução de: Dorgival Caetano.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo**, 2001. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/acad/oms1.html>>. Acesso em: 2005.

PESTANA, A. G. **Conhecimentos dos familiares sobre os medicamentos prescritos aos parentes mentalmente enfermos**. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2001.

PESSOA, O. F. Prevalência nas famílias e diagnóstico diferencial das psicoses. **Rev ABP-APAL**, v. 9, n. 2, p. 41-48, abr./jun. 1987.

PHEULA, G. F.; BANZATO, C. E. M.; DALGALARRONDO, P. Mania e gravidez: implicações para o tratamento farmacológico e proposta de manejo. **J Bras Psiquiatr**, v. 52, n. 2, p. 97-107, mar./abr. 2003.

PIÑERÚA, S. L.; PRIETO R. D.; BONILLA, E. Diagnóstico retrospectivo de una muestra de pacientes egresados con el diagnóstico de esquizofrenia. **Invest Clín**, v. 33, n. 3, p. 107-119, 1992.

PORTO, J. A. Del. Depressão. **Rev Bras Méd**, v. 56, n. esp, set. 1999. Disponível em: <[http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=441](http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=441)>. Acesso em: 2005.

RAMOS, L. R.; SIMÕES, E. J.; ALBERT, M. S. Dependence in activities of daily diving and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urbana residents in Brazil: a 2-year follow-up. **J Am Geriatr Soc**, v. 49, p. 1168-1175, 2001.

ROBBINS, N.; REGIER, D. A. **Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study**. New York: Lybrary of Congress, 1991.

ROJAS, F. G. Neuropatia y neuralgia trigeminal. **Cuad Hosp Clín**, v. 35, n. 1, p. 59-63, 1989.

RUENIS, A. P. B. et al. Bioequivalência de formulações orais de carbamazepina disponíveis no Brasil. **Rev Bras Ciênc Saúde**, v. 8, n. 2, p. 113-124, maio/ago. 2004.

SADOCK, B. J. Signs and symptoms in psychiatry. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. (Ed.). **Comprehensive textbook of psychiatry**. 7. ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. p. 677-689.

SALLER, P. C.; GATTAZ, W. F. Classificação das psicoses endógenas de Karl Leonhard. **Rev Psiq Clin**, v. 29, n. 3, p. 135-149, 2002.

SALVO, L.; CASTRO, J. Psiquiatria de enlace en un hospital general. **Psiquiatr Salud Ment**, v. 20, n. 4, p. 223-230, oct./dec. 2003.

SANTOS, F. S.; BABICHAK, A. C.; AMARAL, A. Delirium em pacientes idosos. **Rev Bras Méd**, v. 57, n. 10, p. 1165-1174, out. 2000.

SILVA, M. A. M. **Migração e adoecimento**: a cultura e o espaço de simbolização da doença. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2003.

STRAKOWSKI, S. M. Effects of co-occurring alcohol abuse on the course of bipolar disorder following a first hospitalization for mania. **Arch Gen Psychiatry**, v. 62, n. 8, p. 851-858, aug. 2005.

TAKEI, E. H.; SCIVOLETTO, S. Ansiedade. **Rev Bras Méd**, v. 57, n. 7, jul. 2000. Disponível em: <<http://www.cibersaude.com.br/search.asp>>. Acesso em: 2005.

TEICHMANN, G. The Influence of Karl Kleist on the Nosology of Karl Leonhard. **Psychopathology**, v. 23, p. 267-276, 1990.

TRZEPACZ, P. T. Update on the Neuropathogenesis of Delirium. **Dement Geriatr Cogn Disord**, v. 10, p. 330-334, 1999.

TUCCI, A. M.; KERR-CORRÊA, F.; DALBEN, I. Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 23, n. 2, p. 79-87, jun. 2001.

WANNMACHER, L. **Antipsicóticos atípicos: mais eficazes, mais seguros?** Organização Pan-Americana da Saúde /Organização Mundial da Saúde (Brasil), Brasília, v.1, n.12, nov. 2004.

WERNICKE, C. Grundriss der psychiatrie. In: THIEME, Georg. **Klinischen Vorlesungen**. [S. l.]: Leipzig, 1900.

WERNICKE, C. **Grundriss der psychiatrie**. Buenos Aires: Polemos, 1996.

# ANEXO

## **ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA**