

# QUADROS ORGÂNICOS, NEUROSES E PSICOSES:

elementos psicopatológicos que  
auxiliam o diagnóstico diferencial

Alexandre de Araújo Pereira



# CASO 1 – CENA 1

Dona Maria Helena tem 51 anos, casada, 06 filhos, do lar. Veio até a unidade de saúde solicitar remédio para dormir. Conta que desde criança é muito impressionada com as coisas, nervosa, preocupada com tudo. Sempre que tem um problema em casa só consegue dormir quando toma seu comprimido de Diazepam. Relata preocupação constante com os filhos, tem receio que algo aconteça a eles quando estão fora de casa, especialmente que se envolvam com bebidas ou drogas. Quando está pior percebe um aperto no peito, coração disparado, tonteira e sensação de que algo ruim vai acontecer a qualquer momento. Geralmente estes sintomas duram apenas alguns minutos, mas são bastante desconfortáveis...

# CASO 1 – CENA 2

A paciente já compareceu várias vezes às unidades de urgência médica durante as crises mais graves, quando apresenta também, quadros que denomina de “desmaios”. Nessas ocasiões, fica de olhos fechados, corpo enrijecido, porém, sem alterações esfinterianas ou abalos corporais. Geralmente é examinada, faz eletrocardiograma, é medicada com injeções e liberada para casa com a orientação de que não apresentava nenhuma doença, “que estava só estressada”...

# CASO 1 – CENA 3

A primeira vez que tomou o Diazepam foi há cerca de 15 anos, desde então, arruma com amigas, compra sem receita na farmácia ou vai ao Pronto Socorro local onde o plantonista sempre atende ao seu pedido por mais “receita azul”. Houve períodos em que chegou a tomar 03 comprimidos por dia, mas atualmente toma 01 pela manhã e 01 à noite. Quando fica alguns dias sem tomar a medicação fica insone e irritada....

# CASO 1 – CENA 4

Informação trazida pela agente comunitária de saúde, que é vizinha da paciente, confirma a história de nervosismo constante e crises mais fortes eventuais, especialmente quando o marido chega bêbado em casa, o que ocorre quase que diariamente. São freqüentes visitas de Dona Maria a sua casa para “desabafar” e pedir algum conselho. A paciente é também hipertensa e não tem conseguido manter os níveis pressóricos dentro da normalidade.

# CASO 2 – CENA 1

Dr Pedro trabalha em uma equipe do PSF da região de Venda Nova em Belo Horizonte e foi interpelado pelos pais de um usuário. A partir do relato dos familiares, resolve fazer uma visita domiciliar já que ele se recusa a comparecer a uma consulta médica. José Mauro é um rapaz de seus 19 anos, estudante do último ano do nível médio de uma escola pública de sua cidade, reside com os pais, com quem parece ter um relacionamento satisfatório e mais duas irmãs, de 15 e 06 anos de idade. Sem histórico de problemas clínicos ou neurológicos significativos no momento ou no passado, é tabagista e faz uso eventual de bebidas alcoólicas....

# CASO 2 – CENA 2

Não há registro de problemas relacionados ao uso de drogas. Seus pais começaram a ficar preocupados com ele, especialmente nos últimos 06 meses, quando começou a ter comportamentos estranhos. Às vezes, aparentava estar zangado, teria comentado com um amigo seu que estava sendo seguido por policiais e agentes secretos, outras vezes era visto sorrindo sozinho, sem nenhum motivo aparente. Começou a passar cada vez mais tempo sozinho, chegava a se trancar no quarto, parecia distraído com seus próprios pensamentos. Passou também a perder noites de sono e seu rendimento escolar, que sempre havia sido bom, estava se deteriorando....

## CASO 2 – CENA 3

Durante a visita, José Mauro estava um pouco inquieto, parecia assustado, mas aceitou conversar com doutor Pedro e o agente comunitário, que também participou da visita. Perguntado sobre o que lhe estava ocorrendo, disse que ouvia pessoas comentando seus atos ou lhe insultando. Disse também que seus professores de escola pareciam estar conspirando com os policiais para prejudicar sua vida, já que no desfile de sete de setembro, os viu conversando na rua....



# CASO 2 – CENA 4

Não tem conseguido ver televisão ou escutar o rádio porque tem a impressão que seu nome é divulgado por estes meios de comunicação para toda a população da cidade. Seus pais queriam levá-lo para o psiquiatra, mas achou a idéia absurda, já que ele não estava doido!

# CASO 3 – CENA 1

Dona Maria Angélica foi levada ao consultório por sua auxiliar doméstica, a pedido de seu irmão que era também médico e que morava em outra cidade. A paciente de 63 anos estava descuidada com sua aparência; ela costumava ser muito vaidosa e trajava roupas, naquele momento, com claros restos alimentares. Cumprimentei a paciente com entusiasmo, pois há muito eu não a via desde que vim para Belo Horizonte fazer minha residência. Maria Angélica era vizinha de minha mãe e eu já a conhecia desde a infância, pessoa sempre alegre e gentil. No entanto, se apresentava com pouca expressão facial, não demonstrava o habitual sorriso, ao falar, choramingava, tinha a voz arrastada....

# CASO 3 – CENA 2

Queixava-se de muitas coisas: de quedas freqüentes, tremores, perda da habilidade manual, não conseguia embaralhar as cartas (atividade que fazia com freqüência com as amigas). Ultimamente não conseguia se alimentar sem derrubar comida em suas roupas. A cuidadora relata que tudo começou há dois anos, quando começou a ficar muito esquecida, com dificuldade de nomear pessoas e objetos, não sabia mais os dias da semana, apresentava quedas freqüentes e rigidez de membros superiores e inferiores. Apresentava quadro flutuante, parecia ver coisas que não existiam e apresentava períodos de agitação psicomotora, quando queria “sair andando por aí”.

# Exame do Estado Mental

1. Impressão geral: aparência e atitudes

2. Consciência

3. Orientação

4. Atenção

5. Memória

6. Inteligência

# Exame do Estado Mental

7. Consciência do eu

8. Pensamento / Linguagem

9. Afetividade / Sentimentos

10. Humor

11. Senso-percepção

12. Impulso – Instinto – Vontade

# Exemplo de Exame do Estado Mental – NORMAL

- Paciente trajado de forma adequada à sua idade e contexto sócioeconômico, cooperativo e afável com o entrevistador. **Consciência clara, normovigil, normotenaz, orientado para si, no tempo e no espaço. Inteligência, memória de fixação e de evocação preservadas. Pensamento de curso normal, lógico e organizado. Afeto síntone, coerente com os pensamentos, humor eutímico. Sem alterações evidentes da senso-percepção. Vontade e aspectos instintivos preservados, sem alteração evidente dos impulsos. Juízo crítico em relação à realidade preservado.**

# HISTÓRIA PREGRESSA

- **DESENVOLVIMENTO:** As vivências do indivíduo ao longo de sua vida apresentam uma lógica compreensiva, compartilhada pelo contexto sócio-cultural, é algo de certa forma previsível, com *preservação do Curso histórico-vital:*

NORMAL

X

ANORMAL: transtorno de personalidade (neuroses) ou retardo mental

OU

- **PROCESSO:** *Quebra de continuidade do Curso histórico-vital* sem lógica aparente. As vivências do indivíduo são peculiares e incompreensíveis, geram uma estranheza para as pessoas que observam o fenômeno.

# Caminhos para a formulação diagnóstica em psiquiatria

- ▣ Trata-se de um PROCESSO (incompreensível) ou de um DESENVOLVIMENTO (passível de compreensão) ?
- ▣ Se suspeitamos de um **PROCESSO**, este é:
- ▣ **ORGÂNICO**: passível de uma explicação etiológica de natureza biológica clara ou;
- ▣ **PSÍQUICO**: sem explicação de etiológica biológica que possa ser evidenciada.

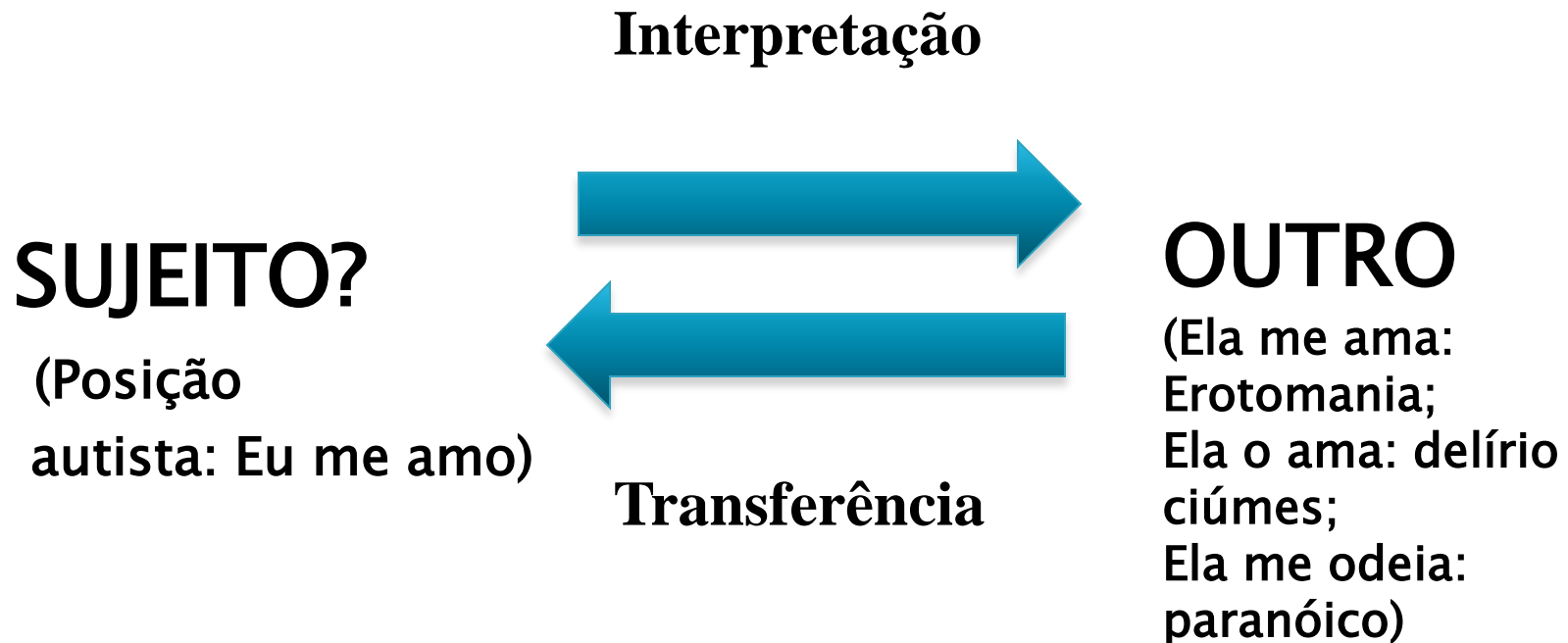


<b>Síndromes Orgânicas</b>	<b>Síndromes Psicóticas</b>	<b>Síndromes Neuróticas</b>
<b>Deterioração: prejuízo das funções mentais superiores</b>	<b>Desintegração: ruptura radical do eu com a realidade</b>	<b>Conflito: angustia gerada entre o eu a cultura</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Delirium (F05) (confusão mental)</b></li> <li>• <b>Demências (F00)</b></li> <li>• <b>Retardo mental (F70)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Síndromes psicóticas crônicas (F20)</b></li> <li>• <b>Síndromes psicóticas agudas (F23)</b></li> <li>• <b>Transtorno Bipolar com sintomas psicóticos(F31)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Síndromes ansiosa / depressivas (F40 e F41)</b></li> <li>• <b>T. ajustamento (F43)</b></li> <li>• <b>T. dissociativos / conversivos (F44)</b></li> <li>• <b>Somatizações (F45)</b></li> <li>• <b>Neurastenia (F48)</b></li> <li>• <b>T. Sexuais (F52)</b></li> </ul>

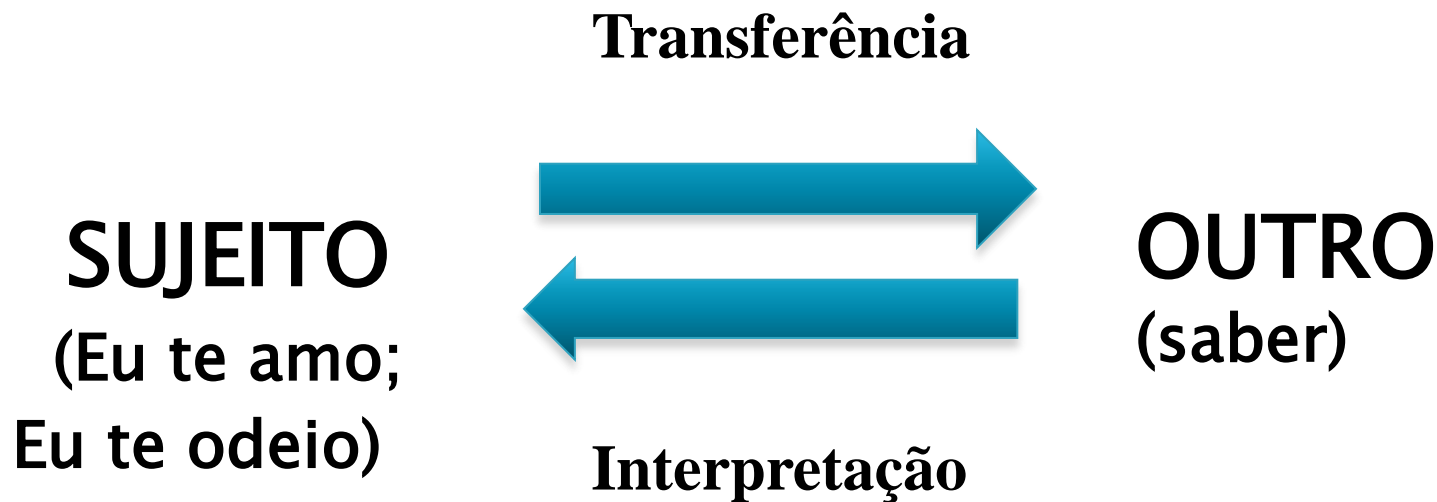
# Principais achados psicopatológicos

<b>Síndromes orgânicas</b>	<b>Síndromes Psicóticas</b>	<b>Síndromes Neuróticas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Rebaixamento do nível de consciência</b></li><li>• <b>Prejuízo da: Orientação, Atenção, Inteligência, Memória</b></li><li>• <b>Alterações da senso – percepção: alucinações visuais</b></li><li>• <b>Pensamento desorganizado</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Delírios</b></li><li>• <b>Alterações da senso – percepção: alucinações auditivas</b></li><li>• <b>Comportamento bizarro</b></li><li>• <b>Agitação ou estupor</b></li><li>• <b>Distanciamento afetivo</b></li><li>• <b>Alteração da vontade</b></li><li>• <b>Polarização do humor grave</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Sintomas mistos de depressão e ansiedade (pânico, fobias, obsessões / compulsões)</b></li><li>• <b>Dissociações / Conversões</b></li><li>• <b>Somatizações</b></li><li>• <b>Conflitos da sexualidade</b></li></ul>

# Relação Transferencial (relação com o saber: certeza) nas Psicoses (neuroses narcísicas)



# Relação Transferencial (relação com o saber: suposição) nas Neuroses



# Referência Bibliográfica

- ▣ MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em Saúde Mental.** Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006, 238p. (Linha Guia da Saúde Mental)
- ▣ CID – 10. **Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários.** OMS. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998
- ▣ BARRETO FP. **Ensaio de Psicanálise e Saúde Mental.** Belo Horizonte:Scriptum, 2010