

Transtornos Mentais (DSM-5)

Cartilha

*Cartilha com informações e orientações sobre **Transtornos Mentais***

Comissão de Elaboração do Documento:

*Equipe de psicologia que atua na assistência estudantil da
Universidade Federal Rural da Amazônia - UFRA*

Autores:

Aneska Oliveira (Psicóloga – Campus Paragominas)

Cláudia Camilo (Psicóloga – Campus Parauapebas)

Hadassa Almeida (Psicóloga – Campus Capitão Poço)

Stephanie Corrêa (Psicóloga PROAES – Campus Belém)

Suzane Lima (Psicóloga – Campus Tomé-Açú)

Thiago Costa (Psicólogo – Campus Capanema)

Belém – PA

2021

Introdução

Caros (as) discentes,

Nós, psicólogos da assistência estudantil, criamos este material para apresentar os transtornos mentais que mais acometem a população brasileira e mundial. O que é, os sintomas, as formas de tratamento e onde procurar suporte profissional na rede de saúde.

Esse material foi elaborado, para que a população tenha maior conhecimento e informações acerca dos transtornos mentais e também porque o mês de outubro é o mês considerado o mês mundial da saúde mental, segundo a Organização mundial de Saúde (OMS), mais especificamente o dia 10 de outubro.

Transtorno Depressivo

O transtorno Depressivo consiste em um transtorno de humor comum e de curso crônico, associada a altos níveis de incapacitação. Se caracteriza pela redução de comportamentos ocasionados por situações prazerosas e aumento da sensibilidade a estímulos adversos, sendo assim, um padrão de comportamento de indivíduos com depressão se apresenta pelo aumento

de comportamentos de sofrimento estando este mais sensível a situações de adversidade e perda de sensibilidade a situações em que antes ocasionavam prazer (LOMBARDO, 2020)

De acordo com o DSM-V, o diagnóstico da depressão é realizado a partir de cinco ou mais sinais e sintomas, descritos abaixo:

- 1) Um tom emocional constante de tristeza, vazio ou sofrimento;
- 2) Perda generalizada de interesse;



- 3) Perda de sensibilidade a estímulos; apetitivos (prazerosos);
- 4) Autoavaliação de inutilidade ou culpa, perda ou excesso de apetite, insônia ou hipersonia, inibição ou agitação psicomotora;
- 5) Fadiga constante;
- 6) Inibição cognitiva em termos de atenção, concentração, tomada de decisão e pensamento em geral;
- 7) Ideias de morte, ideação suicida ou mesmo planos ou tentativas de suicídio.

A duração mínima para o diagnóstico de depressão deve ser de cinco desses critérios ou mais, sendo apresentados em no mínimo duas semanas (AMERICAN PSQUIÁTRIC ASSOCIATION, 2013/2014).



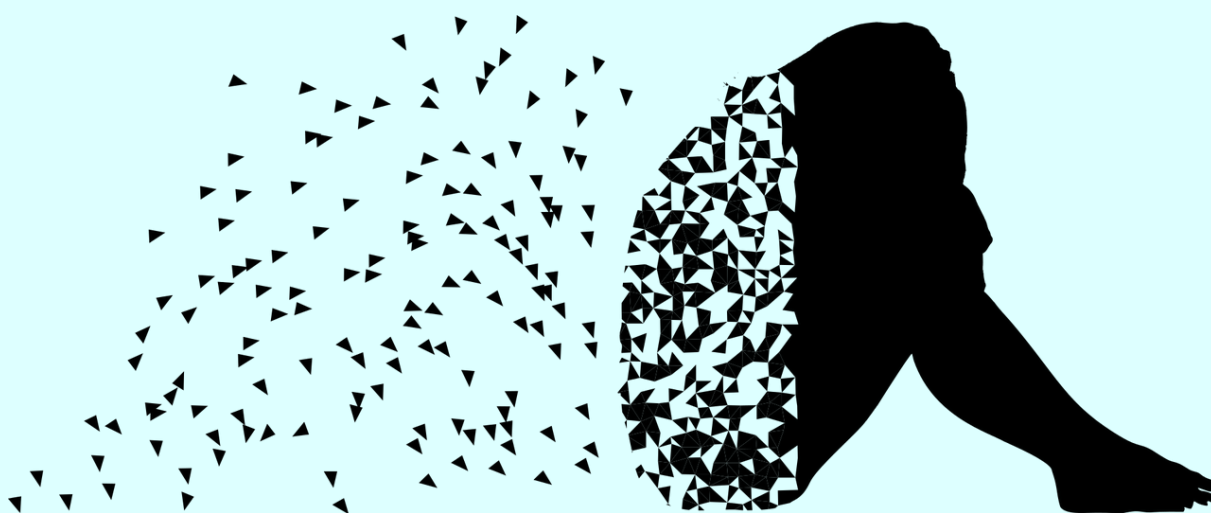
- Como se origina a depressão?

O transtorno Depressivo maior ou Depressão, como é mais comumente conhecido, assim como qualquer outro tipo de transtorno de adoecimento emocional tem causas multifatoriais, diante disso, o modelo de etiológico se caracteriza por relações causais de ordem biológica, comportamental e cultural.

Em relação a ordem biológica, o modelo mais amplamente utilizado, e que sustenta uso de várias drogas psicoativas, é a redução de neurotransmissores responsáveis pelas sensações de prazer, bem-estar e disposição, que são: a serotonina, a dopamina e a noradrenalina. A redução desses neurotransmissores

pode gerar também um baixo nível de prazer, fadiga constante e alterações emocionais que caracterizam por sensação constante de tristeza, culpa, incapacidade e infelicidade (BELUJON; GRACE, 2017).

Em termos comportamentais, alguns autores (ABREU; ABREU, 2020; FESTER, 1973) afirmam que os quadros depressivos podem estar relacionados a perda de reforçadores, ou seja, consequências dos comportamentos que ocasionam prazer e bem estar, fazendo assim com que o indivíduo deixe de se engajar em atividades que anteriormente poderiam os produzir. Esse fenômeno poderia ocorrer por mudanças ambientais drásticas, como perdas de emprego, relacionamento amoroso, morte de familiares e amigos ou rupturas de desenvolvimento como saída da adolescência e juventude para a fase adulta, ou da idade adulta para velhice. As mudanças em fases da vida poderiam provocar redução de reforçadores e



necessidade de mudança na vida do sujeito, passando este então por adversidades naturais e provenientes da necessidade de reconfigurar suas habilidades de enfrentamento, desenvolvimento de resolução de problemas e reconfiguração de laços afetivos, financeiros e comportamentais.

Além de todos esses aspectos, devemos levar em conta os contextos culturais que levam a adoecimentos cada vez mais frequentes como a depressão. As estatísticas apontam o Brasil como o segundo maior país das Américas em números de casos de depressão, perdendo apenas para os Estados Unidos (OMS, 2021). Hayes, Strosahl e Wilson (2021) apontam sobre o dilema do sofrimento humano e como a cultura ocidental está constantemente se esquivando de lidar com o mesmo, entretanto, o sofrimento é inerente a qualquer humano, independentemente de

cultura. Os autores apontam que como seres vivos estamos expostos a catástrofes naturais, perdas e também infringimos sofrimento uns aos outros, instituições cada vez mais adoecidas em uma sociedade capitalista e moderna cobram desempenhos e metas cada vez maiores em menos tempo, minorias étnicas, de orientação sexual e gênero são desprivilegiadas e encontram dificuldade em manter-se em uma sociedade que determina um padrão, logo sofrem consequências desagradáveis e adoecedoras. Em contrapartida, a cultura ocidental olha para o sofrimento humano como uma doença e culpabilizando os indivíduos com rótulos de adoecimentos sem enxergar os motivos de seu adoecimento e ensinar-lhes a vivenciar e manejar as suas dores. Sendo assim, esse dilema moderno leva as pessoas a sofrerem por sofrer, sem compreender o que está por traz de sua condição.

• Tratamento

O tratamento para depressão deve ser entendido de uma forma globalizada levando em consideração o ser humano como um todo incluindo dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Portanto, a terapia deve abranger todos esses pontos e utilizar a psicoterapia, mudanças no estilo de vida e a medicamentos, quando necessário. Deve-se mencionar que não se trata “depressão” de forma abstrata, mas sim pacientes deprimidos, contextualizados em seus meios sociais e culturais e compreendidos nas suas dimensões biológicas e psicológica.

• Medicamentoso

Segundo Souza (1999) o tratamento antidepressivo farmacológico deve ser realizado considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do paciente. Na média, não há diferenças significativas em termos de



twinkl.com

eficácia entre os diferentes antidepressivos, mas o perfil em termos de efeitos colaterais, preço, risco de suicídio, tolerabilidade varia bastante o que implica em diferenças na efetividade das drogas para cada paciente.

A conduta, portanto, deve ser individualizada e avaliada por um médico psiquiatra competente que acompanhe o caso. A prescrição de antidepressivos irá

dependem da intensidade e frequência dos episódios depressivos. O risco de suicídio deve ser sempre avaliado e os efeitos colaterais da medicação em relação às condições de sofrimento do paciente.

Não há antidepressivo ideal, entretanto, atualmente existe uma disponibilidade grande de drogas atuando através de diferentes mecanismos de ação o que permite que, mesmo em depressões consideradas resistentes, o tratamento possa obter êxito.

É importante que o médico sinalize ao paciente os possíveis efeitos colaterais do uso de antidepressivos e realize junto com o paciente avaliação se o mesmo dá conta de lidar com tais situações de desconforto, verificando assim uma conduta medicamentosa mais adequada para cada caso, pois a principal variável relacionada à não adesão dos pacientes são os efeitos colaterais. Portanto, a redução dos efeitos colaterais é fundamental para o êxito do tratamento (Souza, 1999)

• Psicoterapia



A psicoterapia tem sido associada ao tratamento da depressão junto ao tratamento farmacológico. A psicoterapia, por se tratar de um ambiente sigiloso e seguro e não punitivo, tem se mostrado uma intervenção eficaz na remissão dos sintomas depressivos e na prevenção de recaídas. Vale

ressaltar que neste setting terapêutico, o objetivo não é apenas a redução dos sintomas do indivíduo em processo psicoterapêutico, mas a avaliação das situações gatilhos para os sintomas depressivos, aumento do autoconhecimento do sujeito a fim de desenvolver estratégias de mudança, aceitação, escolhas e fortalecimento emocional.

O mais importante do processo psicoterapêutico é a escuta do indivíduo e acolhimento dos seus sentimentos e emoções, dessa forma reduzindo sentimento de culpa e sofrimento por conta do adoecimento. Nas relações de conexão terapêutica são desenvolvidas habilidades interpessoais no sujeito que permitam maior resiliência

para lidar com as adversidades e aumento das potencialidades, no intuito do indivíduo tornar-se mais engajado e entrando em contato em contextos que o proporcionem uma vida que vale a pena ser vivida (HAYES *et al*, 2021)

- **Mudança de estilo de vida**

Segundo Souza (1999) para além do tratamento medicamentoso, torna-se fundamental a mudança na vida do sujeito em tratamento para depressão, práticas como adoção de atividade física constante, rotina adequada de sono, evitação do uso de bebidas alcoólicas e outras substâncias que alterem o sistema nervoso central são fundamentais.



Práticas como meditação e cultivo de hábitos de lazer, hobbies e terapias alternativas também devem ser incentivadas no tratamento e na prevenção da depressão.

Transtornos de Ansiedade



Antes de falarmos de transtornos de ansiedade, devemos primeiramente compreender o que é a ansiedade em si, de forma sucinta podemos compreender a ansiedade como uma emoção. Para Brandão (2019), em sua manifestação mais simples a emoção é uma expressão de um ato motor, de natureza motivacional, desencadeado por sensações oriundas de estímulos sensoriais de onde o indivíduo

esteja. Ainda pode incluir pensamentos e planos sobre o que já ocorreu, está

ocorrendo ou ocorrerá e manifestações de expressões faciais, podendo ocorrer ainda outras alterações fisiológicas.

A ansiedade tem importantes bases para proteção do indivíduo, evolutivamente tem função de resguardar o sujeito de perigos (BRAVIN; DE-FARIAS, 2010). Durante a evolução, esses mecanismos foram e são muito importantes para preservação e sobrevivência de várias espécies. Contudo, devido às condições da vida moderna, os processos fisiológicos relatados podem ser mais prolongados, uma vez que as situações de perigo nem sempre são remetidas à fuga ou luta, necessitando que seja preciso refletir sobre as possíveis situações de perigo (BRANDÃO, 2019).



O conceito de ansiedade foi sendo construído ao longo dos séculos e em seguida sistemas de classificações começam a descrever o que seria as ansiedades comuns daquelas consideradas patológicas, em nossa sociedade ocidental dois sistemas têm sido muitos usados, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde -CID que atualmente está 1ª versão e o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais que no momento está em sua 5 versão. Nesse trabalho adotaremos o DSM-5.

O DSM em sua primeira versão agrupava os transtornos de ansiedade em 7 classificações, atualmente o DSM-5 apresenta 11 Classificações para os quadros de ansiedade, sendo elas: 1) Transtorno de Ansiedade de Separação; 2) Mutismo Seletivo; 3) Fobia específica; 4) Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social); 5) Transtorno de Pânico; 6) Agorafobia; 7) Transtorno de Ansiedade Generalizada; 8) Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento; 9) transtorno de Ansiedade devido a Outra Condição Médica; 10) Outro Transtorno de Ansiedade Especificado e 11) Transtorno de Ansiedade Não Especificado.

[Saiba mais](#)

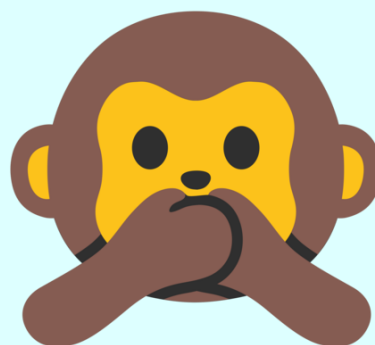
1) Transtorno de Ansiedade de Separação:

O transtorno de ansiedade de separação é caracterizado por medo ou ansiedades excessivas ou impróprios envolvendo a separação com alguém com a qual tenha apego. Não se trata apenas de apego a alguém, nessa condição a pessoa pode desenvolver preocupação e sofrimento constantes com a possibilidade de afastamento ou perda da figura de apego, insônias, queixas somáticas (cefaleia, náuseas ou vômitos) entre outros sintomas.



2) Mutismo Seletivo:

O Mutismo Seletivo é uma condição onde há uma dificuldade do indivíduo se comunicar verbalmente e em determinadas situações, as primeiras manifestações podem ser verificadas nas escolas com crianças de 3 a 6 anos, em casa elas podem se comunicar normalmente, cabe observar que não trata-se de timidez, nessa fobia a criança é incapaz de se comunicar, ocorrendo fracassos persistentes na tentativa de comunicação.



3) Fobia específica:

Na fobia específica o medo ou ansiedade são direcionados para um objeto ou situação (agulhas, animais, alturas, etc.). A pessoa pode reconhecer que seu medo é irracional e/ou excessivo, mas tem muita dificuldade enfrentar, por isso muitas vezes evita o objeto fóbico ou quando suporta é com muito sofrimento.



4) Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social):

Na Fobia social a ansiedade e/ou medo são direcionadas os para interações sociais, nessa condição há um medo irracional e acentuado em uma ou mais condições da vida social. A possibilidade de avaliações por outras pessoas torna-se pavoroso. As interações sociais cotidianas são prejudicadas pelo medo excessivo e preocupação em ser julgado ou humilhado.



5) Transtorno de Pânico:

O transtorno do pânico é caracterizado por crises de ansiedade recorrentes e inesperadas. Nas crises ocorrem ataques de pânico, os ataques de pânico podem ser descritos como surto abrupto de medo ou desconforto intenso, ele ocorre alcança seu pico em alguns minutos, são comuns os seguintes sintomas: coração acelerado, sudorese, tremores, sensações de falta de ar ou sufocamento, sensações de asfixia, dor ou desconforto torácico, medo de perder o controle ou “enlouquecer”, medo de morrer, entre outros.



6) Agorafobia:

A Agorafobia é um transtorno de ansiedade que está relacionado ao medo de lugares ou situações onde seja difícil escapar ou conseguir auxílio de alguém caso seja necessário diante de sintomas de pânico ou outros sintomas incapacitantes.



7) Transtorno de Ansiedade Generalizada:

Nesse transtorno a ansiedade e preocupação excessivas, ocorrem na maioria dos dias e apresentam prejuízos em diversos eventos ou atividades do indivíduo, para eles são difíceis controlar a preocupação. São comuns nesses quadros os seguintes sintomas: Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, fadigabilidade, dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente, irritabilidade, tensão nos músculos e perturbação do sono.



8) Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento:

Os transtornos de ansiedade podem ainda ter origem ou sendo resultado do uso/abuso de substância. Intoxicações por estimulantes do sistema nervoso central como cocaína, anfetaminas e cafeínas, podem alterar a fisiologia do corpo. Da mesma forma como Cannabis e abstinência de depressores como álcool podem levar a provocar um ataque de pânico.



Transtorno do Humor Bipolar

Para uma melhor compreensão do Transtorno Bipolar é necessário primeiramente entendermos que ele se refere a um dos tipos de transtorno de humor. A seguir será apresentado os conceitos e sintetizado a diferença entre Humor e Transtorno do Humor.

Humor é o estado emocional de uma pessoa em determinado momento. Baseado nos sentimentos, o humor e suas alterações interferem diretamente nas relações pessoais, sociais, de trabalho e familiares. Há evidências de que episódios de tristeza gerados a partir de acontecimentos negativos, não permanecem por períodos longos, pois o cérebro humano trabalha para equilibrar as emoções que geram desconforto (KUTCHER *et al*, 2014)

Para Bastos e Fleck (2016) alteração do humor, de modo geral faz referência a mudanças no estado afetivo percebidos como moderada, de fácil controle e menos nocivo então podemos afirmar que a alteração do humor se apresenta como alteração dentro de padrões considerados saudáveis diferente do transtorno do Humor é quando a oscilação de humor se apresenta de modo mais acentuado, marcado por mudanças extremamente profundas e que geram impacto nas relações sociais e pessoais tais como escola, trabalho, família e amizades.

Segundo a OMS, entre os anos de 1996 e 2013 houve um aumento de quase 50% no número de pessoas comprometidas por algum transtorno do humor, atualmente 10% da população mundial é afetada de alguma forma por essa patologia (PASSOS *et al*, 2019).

Os transtornos do humor estão entre as doenças neuropsicológicas mais frequentes (BASTOS; FLECK, 2016).



O Transtorno Bipolar é uma doença grave e que pode se tornar crônica. A pessoa apresenta oscilações entre estados patológicos do humor denominado mania, hipomania, depressão e estado de humor misto. Essas condições afetam além do humor, o pensamento, o comportamento e o ritmo biológico (sono, apetite, libido) da pessoa. (PASSOS *et al*, 2019)

Estados patológicos do humor no TB para Kutcher et al (2014)

- **Mania**

- Humor: Eufórico, exaltado, irritado.
- Pensamento: Acelerados com redução do juízo crítico
- Comportamento agitado, tanto ao falar quanto inquietação física
- Ritmo Biológico: Mudanças nos hábitos de sono, aumento ou diminuição do apetite, se tornando bastante sexualizado ou, diminuir.

- **Hipomania:**

- Estado menos intenso do quadro maníaco

- **Depressão:**

- Tristeza, pensamentos sobre a morte, indecisão excessivo

- **Misto:**

- Sintomas de mania (ex: muita energia) associado a sintomas depressivos (como tristeza, pensamentos sobre a morte, indecisão excessiva)
- Oscilações de humor podem ser muito evidentes ou sutis, dificultando sua identificação.

- **Incidência do TB**

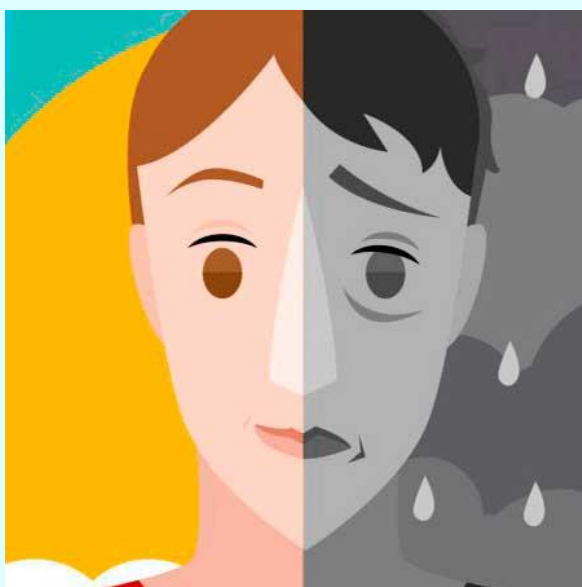
O TB acomete cerca de 2 a 4% da população mundial, acredita-se que a prevalência entre homens e mulheres seja a mesma. Estudos apontam que pelo menos 40% da população com Tb necessitará de internação em algum momento da vida (PASSOS *et al*, 2019).

Segundo Kutcher *et al* (2014) um estudo recentemente apontou que a frequência do Tb na infância e adolescência pareceu muito semelhante a encontrada em adultos, ficou evidente que entre os adolescentes a frequência é maior quando comparada as crianças.

- **Causas**

Fatores Genéticos, biológico, psicológicos, ambientais e familiares tem se mostrado principais causas do TB. Os fatores genéticos tem sido considerados o de maior importância, sendo responsáveis por cerca de 70% das possibilidades de a pessoa desenvolver os sintomas de TB (KUTCHER *et al*, 2014)

- **Diagnóstico**



Processo Bastante complexo em razão das diferentes formas de apresentação do transtorno, sendo dificultado pela presença de comorbidades. Não há exames de imagem ou sangue que possam auxiliar na identificação do diagnóstico. (KUTCHER *et al*, 2014)

A avaliação deve ser feita por um profissional de saúde com especificamente capacitado para essa função. (BASTOS; FLECK, 2016)

O diagnóstico geralmente exige mais de um encontro com o paciente e quando necessário com seus familiares (KUTCHER *et al*, 2014)

- **Comorbidades**

Kutcher *et al* (2014) afirmam que os principais transtornos que ocorrem simultaneamente com o TB são:

- Transtorno de Déficit de Atenção e hiperatividade (TDAH)
- Transtorno de conduta
- Transtorno de Oposição Desafiante
- Transtornos de ansiedade

- **Tratamento**

- Identificação precoce do transtorno e após o diagnóstico é indicado mais de um tipo de tratamento simultaneamente combinando terapia medicamentosa (KUTCHER *et al*, 2014)
- Atenção para a necessidade de adaptação devido o perfil oscilatório do TB (PASSOS *et al.*, 2019)
- Estratégias básicas de Psicoeducação: Aumentar o conhecimento sobre a doença, facilitar a adesão ao tratamento. (PASSOS *et al*, 2019)
- Tratamentos específicos: Psicoterapias e uso de medicamentos aliados a intervenções psicossociais (KUTCHER *et al*, 2014)

Esquizofrenia

Agora vamos conhecer um pouco sobre a esquizofrenia!

❖ **Conceito:**

Esse transtorno é denominado pelo protocolo clínico de diretrizes terapêuticas (2013) como: um grupo de distúrbios mentais graves caracterizados por distorções do pensamento e da percepção, por inadequação e embotamento do afeto sem prejuízo da capacidade intelectual (embora ao longo do tempo possam aparecer prejuízos cognitivos).

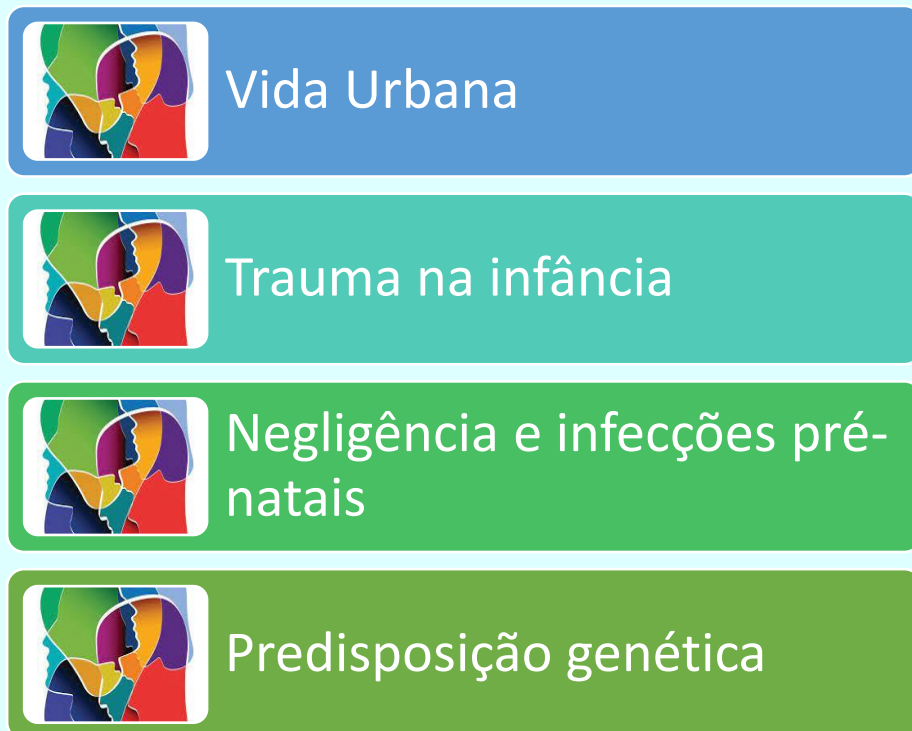
Em muitos conceitos encontramos o termo psicose, que se denomina como perda do contato com a realidade, a título de curiosidade a esquizofrenia foi considerada por muito tempo como “única psicose”.



De acordo com o DSM-V, mundialmente, a prevalência da esquizofrenia é de 1%, esta prevalência é equiparada entre homens e mulheres e relativamente constante entre culturas.

❖ **Possíveis causas:**

Porém, alguns são os fatores de risco, entre eles temos:



Este transtorno geralmente se apresenta no indivíduo no final da adolescência e é considerado crônico, ou seja, dura a vida toda, geralmente com função psicossocial prejudicada durante todo o tempo.

❖ **Classificação:**

Segundo a classificação estatística internacional de doenças (CID-10), os transtornos esquizofrênicos podem ser: Esquizofrenia paranoide; Esquizofrenia

hebefrênica; Esquizofrenia catatônica; Esquizofrenia indiferenciada; Depressão pós-esquizofrênica; Esquizofrenia simples e outras esquizofrenias.

❖ **Diagnóstico:**

O diagnóstico de esquizofrenia é clínico realizado por um médico psiquiatra e baseado nos critérios da CID-10. Existem alguns critérios que devem ser atendidos, estes combinam história, sinais e sintomas do paciente e o médico é responsável pela avaliação de tais critérios, devemos evitar autodiagnóstico, assim como automedicação. Lembrem sempre disso!!

❖ **Principais sintomas:**



Os sinais e sintomas dependem muito da fase do transtorno que o paciente se encontra, muitos demoram a procurar avaliação médica. O início do quadro de

esquizofrenia (delírios e alucinações) pode ser repentino em questão de dias e semanas, ou lento que vai evoluindo de acordo com a fase no decorrer dos anos.

Para Silva (2006), os aspectos mais característicos da esquizofrenia são alucinações e delírios, transtornos de pensamento e fala, perturbação das emoções e do afeto, déficits cognitivos e avaliação.

Os delírios envolvem mudança de pensamento, comportamento e linguagem, esta mudança de pensamento é facilmente percebida pelo discurso do paciente. Segundo a autora os distúrbios do comportamento na esquizofrenia incluem comportamento grosseiramente desordenado e comportamento catatônico.

Um ponto que queremos enfatizar quando falamos de esquizofrenia é a questão de comportamentos violentos apresentados por alguns pacientes, sim esse é um distúrbio de comportamento possível, porém no DSM-V encontramos que a esquizofrenia tem risco relativamente pequeno para comportamento violento. Ameaças de violência e acessos de agressividade são mais comuns do que comportamentos realmente perigosos. Segundo o manual, os esquizofrênicos costumam ser menos violentos do que pessoas sem esquizofrenia.

❖ **Tratamento:**

O tratamento da esquizofrenia é medicamentoso e psicoterápico, os remédios são antipsicóticos e o acompanhamento médico é fundamental.

A assistência psicoterapêutica auxilia o indivíduo nas relações sociais e pessoais, isto envolve, aceitação, tratamento e prognóstico. Enquanto a medicação pode reduzir os sintomas positivos e prevenir recaídas psicóticas, o apoio psicoterapêutico e o treinamento de estratégias de enfrentamento e manejo

de situações de vida ajudam o paciente a adaptar-se ao ambiente e a enfrentar o estresse, sendo que as intervenções familiares e sócio-profissionais modificam fatores ambientais de acordo com a capacidade do paciente. (SILVA, 2006, p. 276, 277).

Esse acompanhamento de uma equipe multiprofissional vai de acordo com a necessidade do paciente, este tem de forma singular e única suas necessidades e o profissional precisa reconhecê-las.

Um acompanhamento após o tratamento também é necessário segundo o Protocolo clínico e diretrizes Terapêuticas, pois este tratamento não tem tempo determinado e o paciente precisa de reavaliações médicas periódicas de no máximo de 6 em 6 meses.



Burnout



Burnout, foi o nome escolhido; em português, algo como ‘perder o fogo’ ‘perder a energia’ ou “queimar para fora” (numa tradução mais direta).

A definição mais aceita sobre a síndrome de burnout fundamenta-se na perspectiva social psicológica de Maslach & Jackson. Essa considera burnout como uma reação à tensão emocional crônica por lidar excessivamente com pessoas, porém é uma crise nas relações com o trabalho e não necessariamente uma crise com as pessoas do trabalho. O *burnout*, o qual é conceitualizado por Maslach como uma síndrome caracterizada por três diferentes componentes – exaustão emocional, despersonalização dos outros e ausência de realização pessoal – que afeta sobretudo indivíduos que trabalham com pessoas, ou seja, serviços onde os empregados

desenvolvem durante um tempo considerável uma interação com os “clientes”, como sejam os serviços de saúde, sociais, da justiça e da educação.

A exaustão emocional revela-se quando o trabalhador se sente emocional e fisicamente sobrecarregado, com sensação de que lhe resta pouco para dar, evidenciando alguns destes sentimentos ou sintomas:

- (i) irritabilidade, impaciência, frustração, mau humor, aumento de conflitos, reação de uma forma violenta.
- (ii) fadiga constante, falta de energia, problemas de sono, tremores, dores, tensão muscular, suores frios, palpitações e aumento da susceptibilidade às doenças físicas.

A despersonalização revela-se quando o trabalhador se sente alienado para com os outros, mostrando indiferença em relação aos superiores e colegas, enquanto a ausência de realização pessoal revela-se quando o trabalhador se sente ineficaz, com perda de confiança em si mesmo e de confiança por parte dos que o rodeiam.

Mas, *burnout* não é o mesmo que stress, depressão, tédio ou aborrecimento, assim como também não se identifica com os “*life events*” (eventos da vida), crise de meia-idade ou insatisfação profissional ainda que esteja numa íntima relação com esta última (PINA, 2004).

O *burnout* é o efeito incapacitante de uma exposição prolongada a condições de stress no trabalho. De acordo com Maslach apud Sá (2004) as consequências do burnout manifestam-se a três níveis: individual, caracterizado por um desgaste emocional excessivo, fadiga e afastamento psicológico com conseqüente desinteresse e falta de satisfação pelo exercício da profissão; organizacional, sendo os mais comuns o absentismo e a frequente mudança de serviço ou turnover; social, caracterizado por um fraco relacionamento social, familiar e recreativo.

Como falamos a síndrome ocorre em diversas profissões, de um modo geral podemos destacar alguns pontos comuns para falar sobre estratégias de prevenção, quando forem possíveis de realizar:

1. Formação contínua dos trabalhadores, visando a adoção de mecanismos de adaptação eficazes (*coping*: conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou estressantes) com vista à redução do stress (ou seja, a aprendizagem de técnicas de relaxamento e de exercícios físicos que aliviam a tensão e melhoram o humor e a resistência ao stress);

2. Avaliação periódica da saúde dos trabalhadores (a todos os níveis biopsicossociocultural e espiritual);
3. Disponibilização de locais de convívio e atividades lúdicas (de forma a serem criadas condições de relaxamento e de recreação condizentes à estimulação de um clima organizacional saudável);
4. Avaliação contínua do envolvimento do trabalhador com o seu universo de trabalho (preconizando um maior ajustamento do posto de trabalho ao trabalhador e vice-versa).

Transtornos de estresse pós-traumático



O que é o Transtorno de estresse pós-traumático?

O transtorno do estresse pós-traumático é uma síndrome psicológica no qual a pessoa "revive" algum acontecimento perturbador ou violento no passado. Constitui-se de lembranças recorrentes intrusivas de um evento traumático opressivo; as lembranças duram por mais de 1 mês e começam em até 6 meses depois do evento. Alguns exemplos podem ser: ter sido assaltado, ter sofrido violência doméstica, abuso

sexual, ter participado de uma guerra, catástrofes naturais ou provocadas pelo homem são as causas comuns, entre outros.

Geralmente, eventos susceptíveis de provocar TEPT são aqueles que invocam sentimentos de medo, impotência ou horror. Esses eventos podem ser experimentados diretamente (exemplo: como uma lesão grave ou a ameaça de morte) ou indiretamente (exemplo: testemunhar outros sendo seriamente feridos, mortos ou ameaçados de morte; ter conhecimento dos eventos que ocorreram a membros familiares ou amigos íntimos). Vale lembrar que o medo é uma reação normal do organismo, durante e após essas situações, no entanto, o estresse pós-traumático pode causar um medo excessivo, constante e patológico para realizar as atividades do dia a dia, como ir ao supermercado ou outro lugar público ou então ficar sozinho em casa, mesmo quando não existe perigo aparente.

Este transtorno pode trazer consequências para a vida da pessoa, incluindo problemas com a família, amigos, no trabalho ou na escola, além de haver uma maior possibilidade de abuso de substâncias psicoativas. Por isso, é importante que o psicólogo seja consultado quando os sintomas de estresse pós-traumático forem notados.

Principais sintomas do transtorno de estresse pós-traumático:











Os sintomas do TEPT podem ser subdivididos em categorias: intrusões, esquiva, alterações negativas da cognição e do humor e alterações da excitação e da reatividade. Mais comumente, os pacientes têm memórias indesejadas frequentes que reproduzem o evento desencadeante. Pesadelos com o evento são comuns.

Estados dissociativos transitórios durante a vigília são menos comuns, nos quais os eventos são revividos como se estivessem acontecendo (lembranças vívidas), às vezes fazendo os pacientes reagirem como se estivessem na situação original (p. ex., ruídos altos como fogos de artifício podem desencadear uma lembrança vívida de estar em combate, que por sua vez pode levar o paciente a procurar abrigo ou se jogar no chão para buscar proteção). Pacientes evitam estímulos associados ao trauma e muitas vezes se sentem emocionalmente entorpecidos e desinteressados em relação a atividades diárias.

Depressão, outros transtornos de ansiedade e abuso de substâncias são comuns entre pacientes com TEPT crônico. Além de ansiedade específica ao trauma,

os pacientes podem sentir culpa por causa de suas ações durante o evento ou porque sobreviveram quando outros não.

Em resumo, os sintomas podem ser:

-  Recordações intensas
-  Pensamentos assustadores ou pesadelos constantes
-  Ansiedade frequente
-  Dificuldade para dormir
-  Ataques de raiva
-  Evitar ir a lugares que recordem a situação traumática
-  Evitar pensar sobre o ocorrido
-  Sentir menor interesse por atividades agradáveis e prazerosas
-  Sentir culpa
-  Pensamentos negativos sobre si

Estes sintomas devem estar presentes por pelo menos 1 mês e não serem causados por outra possível doença orgânica para que possa ser considerado o diagnóstico do estresse pós-traumático.

Possíveis causas do transtorno de estresse pós-traumático:

O transtorno do estresse pós-traumático pode surgir desde os 6 anos de idade até a vida adulta e são mais frequentes em mulheres sendo os principais fatores relacionados com o seu desenvolvimento:



Ter vivido um evento traumático



Exposição repetida a detalhes de um evento traumático, como viver junto de um hospital e ver as ambulâncias com pessoas feridas, por exemplo



Presenciar um evento traumático que aconteceu a outra pessoa (sequestro ou agressão, por exemplo);



Saber sobre um evento traumático que aconteceu com alguém próximo.



Quando o evento traumático está relacionado com lesões físicas como espancamentos, queimaduras e violência sexual, por exemplo.

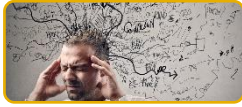
Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático:

O principal fator para diagnosticar o transtorno de estresse pós-traumático é o antecedente de um evento traumático que tenha posto a vida do indivíduo em risco, o que deve ser avaliado por um psicólogo ou psiquiatra.

O psiquiatra pode também solicitar outras avaliações para descartar doenças orgânicas como o abuso de álcool e de substâncias e outros transtornos psicológicos, como depressão ou síndrome do pânico, os quais podem ter sintomas similares ao do estresse pós-traumático.

Para atender os critérios para o diagnóstico, os pacientes devem ter sido expostos direta ou indiretamente a um evento traumático e devem ter os sintomas de cada uma das seguintes categorias durante o período de mais ou igual a 1 mês.

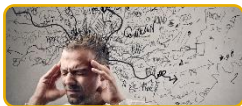
Sintomas de intrusão:



Ter memórias recorrentes, involuntárias, intrusivas e/ou perturbadoras



Ter sonhos perturbadores recorrentes, por exemplo, pesadelos do evento



Agir ou sentir como se o evento estivesse acontecendo de novo, desde flashbacks até perda total de consciência do ambiente atual



Sentir sofrimento psicológico ou fisiológico intenso ao lembrar o evento (p. ex., aniversários do evento, sons semelhantes àqueles ouvidos durante o evento)

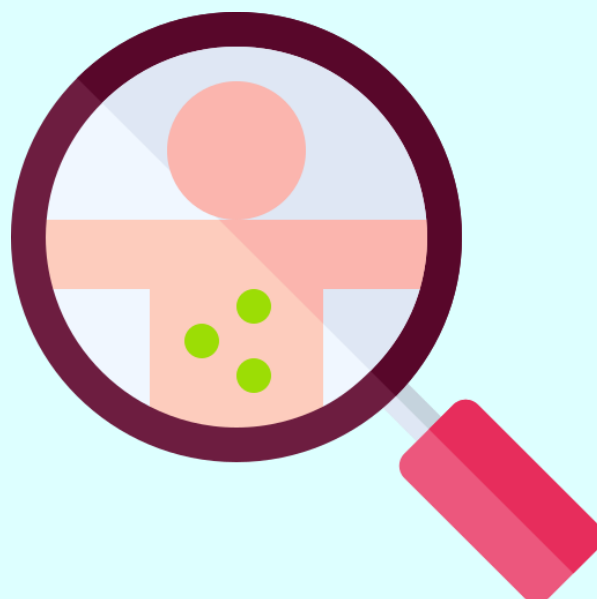
Sintomas de esquiva:










Evitar pensamentos, sentimentos ou memórias associados ao evento








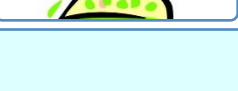
Evitar atividades, locais, conversas ou pessoas que desencadeiam memórias do evento



Efeitos negativos sobre a cognição e o humor:

-  Perda de memória para partes significativas do evento (amnésia dissociativa)
-  Convicções ou expectativas negativas persistentes e exageradas sobre si mesmo, outros ou o mundo
-  Pensamentos distorcidos persistentes sobre a causa ou consequências do trauma que levam a culpar a si mesmo ou outros
-  Estado emocional negativo persistente (exemplo: medo, horror, raiva, culpa vergonha)
-  Diminuição acentuada do interesse ou participação em atividades significativas
-  Sensação de distanciamento ou estranhamento em relação a outras pessoas
-  Incapacidade persistente de experimentar emoções positivas (exemplo: felicidade, satisfação, sentimentos amorosos)

Reatividade e excitação alteradas:

-  Dificuldade para dormir
-  Irritabilidade ou explosões exacerbadas
-  Comportamento imprudente ou autodestrutivo
-  Problemas de concentração
-  Maior resposta de sobressalto
-  Hipervigilância

Além disso, as manifestações devem causar sofrimento significativo ou prejudicar significativamente o funcionamento social ou ocupacional e não serem atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância ou de outra doença médica.

Tratamento:

O tratamento do estresse pós-traumático sempre deve ser orientado e avaliado por um psicólogo ou psiquiatra, pois precisa ser adaptado a cada pessoa. Na maior parte dos casos, o tratamento é iniciado com sessões de psicoterapia, que deve começar o mais rápido possível. O psiquiatra também pode recomendar o uso de medicamentos para ajudar a aliviar os sintomas do transtorno do sono e ataques de pânico, além de aliviar os sintomas de ansiedade. Além do paciente praticar o autocuidado.

CAPS - (CAPS 1, 2 e 3, CAPS AD e CAPSi)

BREVE CONTEXTO HISTÓRICO PARA A CRIAÇÃO DOS CAPS



A criação dos CAPS, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais.

Nesse contexto, os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”.

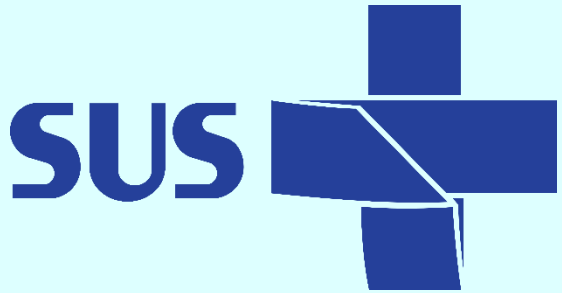
Os CAPS são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

Vale lembrar que o SUS, foi instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem como fundamento que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988.

Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças e garantindo o cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam.

O QUE É UM CAPS?

Como já vimos, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.



O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

Os CAPS visam:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família);
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

Os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente acolhedor e estruturado.

Deverão contar, no mínimo, com os seguintes recursos físicos:

- consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias);
- salas para atividades grupais;

- espaço de convivência;
- oficinas;
- refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade);
- sanitários;
- área externa para oficinas, recreação e esportes.

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.

QUEM PODE SER ATENDIDO NOS CAPS?

As pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Os usuários dos CAPS podem ter tido uma longa história de internações psiquiátricas, podem nunca ter sido internados ou podem já ter sido atendidos em outros serviços de saúde (ambulatório, hospital-dia, consultórios etc.). O importante é que essas pessoas saibam que podem ser atendidas e saibam o que são e o que fazem os CAPS.

COMO FAZ PARA SER ATENDIDO NO CAPS?

Para ser atendido no CAPS pode-se procurar **diretamente** esse serviço ou ser encaminhado pelo Programa de Saúde da Família ou por qualquer serviço de saúde. A pessoa pode ir sozinha ou acompanhada, devendo procurar, preferencialmente, o CAPS que atende à região onde mora. Quando a pessoa chega deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Esse acolhimento poderá ser de diversas formas, de acordo com a organização do serviço.

O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico

e de confiança com os profissionais que lá trabalham. Estabelecer um diagnóstico é importante, mas não deverá ser o único nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço.

A partir daí irá se construindo, conjuntamente, uma estratégia ou um projeto terapêutico para cada usuário. Caso essa pessoa não queira ou não possa ser beneficiada com o trabalho oferecido pelo CAPS, ela deverá ser encaminhada para outro serviço de saúde mais adequado para sua necessidade. Se uma pessoa está isolada, sem condições de acesso ao serviço, ela poderá ser atendida por um profissional da equipe do CAPS em casa, de forma articulada com as equipes de saúde da família do local, quando um familiar ou vizinho solicitar ao CAPS. Por isso, é importante que o CAPS seja o mais próximo possível da região de moradia da pessoa.

TODOS OS CAPS SÃO IGUAIS?

Não, os CAPS são diferentes:

- a) Quanto ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas.
- b) Quanto à especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves.

Os diferentes tipos de CAPS são:

CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com população entre 20.000 e 70.000 habitantes.

CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões que possuem entre 70.000 a 200 mil habitantes.

CAPS i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com população de cerca de 200.000 habitantes.

CAPS AD (Álcool e Drogas): Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com população superior a 70.000 habitantes.

CAPS III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e fins de semana; atende cidades e ou regiões com pelo menos 200 mil habitantes.

CAPS AD III (Álcool e Drogas): Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 200 mil habitantes.

De acordo com a Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais apresenta as seguintes atividades prestadas comuns em todos os CAPS:

- a - Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - Visitas domiciliares;
- e - Atendimento à família;
- f - Atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

A mesma Portaria também apresenta de forma mais específica cada atividade dos diferentes CAPS.

REFERÊNCIAS:

ABREU, P.R; ABREU, J.H.S.S. **Ativação comportamental na depressão**. Barueri: Manole. 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-V**. Artmed. 2014.

BASTOS, A. G.; FLECK, M. P. A. Psicodiagnóstico e alteração do humor. *In*: Hutz, C. S. et al. **Psicodiagnóstico**. Porto Alegre: Artmed, 2016. cap.26, p.331-337.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em 30 set 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em 30 set 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 364, de 09 de abril de 2013. **Protocolo clínico e diretrizes Terapêuticas** – Esquizofrenia.

BRANDÃO, M. L. **Comportamento emocional** (2019). In Brandão, M. L. (Org.). *Psicofisiologia* Atheneu.

BRAVIN, A. A.; DE-FARIAS, A. K. C. R. (2010). **Análise Comportamental do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)**: implicações para avaliação e tratamento. In: De-Farias, A. K. C. R. (Org.). *Análise Comportamental clínica: aspectos teóricos e estudos de caso*. Artmed. (130-152).

BARNHILL, J. W. **Transtorno de estresse pós-traumático**. 2020. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psiqui%C3%A1tricos/ansiedade-e-transtornos-relacionados-a-estressores/transtorno-de-estresse-p%C3%B3s-traum%C3%A1tico-tept>. Acesso em 27 set 2021.

BELUJON, P.; E GRACE, A.A. (2017). Dopamine system dysregulation in major depressive disorders. **Internacional Journal of Neuropsychopharmacology**. 2012, 1036-1046. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyx056>

COUTINHO, F. C.; DIAS, G. P.; G. P.; BEVILAQUA, M. C. N. (2013). História. In Nardi, A. E., Quevedo, J. & Silva, A. G. (Orgs.). **Transtorno de Pânico: Teoria e Clínica**. (17-26). Artmed.

DUMAN, R.S.; HENINGER, G.R.; NESTLER, E.J. **A molecular and Cellular theory of depression**. Archives of General Psychiatry, 54(7), 597-606. 1997.

FESTER, C. B. **A functional analysis of depression**. American Psychologist, 28(10), 857-870. 1973. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/h0035605>

G. M.; BRESSAN, R. A. **Saúde mental na escola: O que os educadores devem saber**. Porto Alegre: Artmed, 2014. cap.10, p.133-151.

KUTCHER, S. **Transtorno do humor – depressão e transtorno bipolar**. In: Estanislau.

LOMBARDO, M. A. A. **Eficácia e efetividade da ativação comportamental para transtorno Depressivo maior: a resposta está dentro e no passado**. Cap 2. Publicação em Transtornos Psicológicos: Terapias Baseadas em Evidências/ editores Paulo R. Abreu, Juliana H.S.S. Abreu- 1 ed – Santana de Parnaíba [SP]: Manole, 2021.

MANUAL MERCK ON-LINE. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psi%C3%A1tricos/esquizofrenia-e-transtornos-relacionados/esquizofrenial>. Acesso em 21/10/21.

NARDI, A. E. **A história dos ataques de pânico**. Ciência Hoje. 2004;34(202):71-3. https://www.espiritismo.net/sites/default/files/pages/a_historia_dos_ataques_de_pânico.pdf

PASSOS, I.C. Intervenções psicoterápicas para o tratamento do transtorno bipolar. In: Cordioli, A. V. e Grevet, E. H. **Psicoterapias abordagens atuais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. cap.33, p.522-536.

RAMIREZ, G. **Estresse pós-traumático: o que é, sintomas e tratamentos**. 2021. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/sintomas-de-estresse-pos-traumatico/> Acesso em 27 set 2021.

STEVEN C.; HAYES, KIRK D. STROSAHL, Kelly G. Wilson. **Terapia de Aceitação e Compromisso: o processo e a prática de mudança consciente**. 2º edição: Artmed: São Paulo.

SOUZA, F. G. **Tratamento da depressão**. Braz. J. Psychiatry 21 (suppl 1). Maio 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590>

SILVA, R.C.B. **Esquizofrenia: Uma Revisão**. Psicologia USP. 2006; 17(4): 263-285. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/Vt9jGsLzGs535fdrsXKHxz/?lang=pt&format=pdf>