

# ESQUIZOFRENIA E TRANSTORNO DE PERSONALIDADE: COMO AS DUAS PATOLOGIAS PODEM SE CONFUNDIR

## SCHIZOPHRENIA AND PERSONALITY DISORDER: HOW THE TWO PATHOLOGIES CAN BE CONFUSED

Fernanda Dalapícola Camatta<sup>1</sup>

Camila Mariani Silva<sup>2</sup>

**Resumo:** A reforma psiquiátrica trouxe consigo novas formas de olhar para o indivíduo louco e, principalmente, várias transformações se tornaram possíveis com os eventos que vem acontecendo no processo da reforma. A esquizofrenia e o transtorno de personalidade emocionalmente instável são duas patologias que passaram por estudos e quebras de estigmas. Mas, estes não são os únicos pontos que estas tem em comum, o que causa uma certa facilidade de confundir os diagnósticos. Neste trabalho, tentarei mostrar alguns destes sintomas e suas formas de aparição no in-

---

1 Graduada do curso de Psicologia da Universidade de Vila Velha/UVV

2 Psicóloga, Mestre em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Docente do curso de Psicologia da Universidade Vila Velha - UVV. Orientadora do Estágio Básico II e professora da Universidade Vila Velha/UVV

divíduo a partir de um estudo de caso.

**Palavras-chave:** Esquizofrenia, transtorno de personalidade, saúde pública, saúde mental, borderline.

**Abstract:** The psychiatric reform brought with it new ways of looking at the crazy individual and, mainly, several transformations became possible with the events that have been happening in the reform process. Schizophrenia and emotionally unstable personality disorder are two pathologies that have gone through studies and stigma breaks. But these are not the only points they have in common, which makes it easier to confuse the diagnoses. In this work, I tried to show some of these symptoms and their appearance in the indi-

vidual from a case study.

**Keywords:** Schizophrenia, personality disorder, public health, mental health, borderline.

A experiência do estágio no CAPS de São Pedro me permitiu ter contato com diversas patologias diferentes. Muitas delas me impressionaram, pois se tratavam de coisas que eu nunca tinha visto, ou sabia apenas na teoria. Um desses casos me chamou a atenção, pois se tratava de uma pessoa que foi diagnosticada com esquizofrenia depois de ter sofrido um trauma muito forte. Mas, com a troca de médico, ocorreu uma mudança de diagnóstico, o que me deixou bem confusa.

Foucault trás um posicionamento acerca da loucura que é interessante de ser debatido. No livro História da Loucu-

ra na Idade Clássica (2008), ele busca entender a exclusão dos corpos, ou como ocorre a lógica de exclusão da sociedade. Apesar do seu objetivo não ser o estudo da loucura em si, Foucault (2006, p. 163) entende que:

A loucura não pode ser encontrada no estado selvagem. A loucura só existe em uma sociedade, ela não existe fora das normas de sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou a capturam.

Para ele, a loucura é criação do homem: o estudo dos corpos e das lógicas de exclusão levaram a construção da loucura e do indivíduo louco. No período da Idade Média, a loucura

era como uma forma de linguagem diferente, porém aceita socialmente. Sendo assim, pode-se dizer que os loucos tinham discursos e lugares específicos. A partir do Renascimento, essa idéia começa a cair por terra e os loucos passam ser excluídos da sociedade. O louco era aquele que não estava de acordo com o padrão da sociedade, aquele desprovido de razão e por isso, deveria ser excluído da convivência social para que pudesse retornar à razão. A loucura só foi ser vista como “doença” e como especialidade médica da psiquiatria a partir dos séculos XVIII e XIX, pois é a partir daí que os loucos deixam de ser vistos como uma questão moral e social e passam a ser questão médica, porém, continuam sendo excluídos (Providello e Yasui, 2013). Os manicômios surgiram, no Brasil, em

meados do século XIX, sendo o primeiro o Asilo Pedro II, no Rio de Janeiro, inaugurado em 1853 (Lopes, 2010).

O modelo psiquiátrico tinha como foco o sistema terapêutico de hospitalização, porém, visando o poder, a disciplina e a dominação sob o indivíduo considerado “sem razão” (Amarante, 2007). No Brasil, é a partir do final da década de 70 que o campo da saúde mental passa por momentos importantes que levam a Reforma Psiquiátrica. No período da democratização, no ano de 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) levanta as primeiras críticas ao modelo psiquiátrico da época e propõe transformações no âmbito da saúde mental (Lopes, 2010). Em 1979 temos a criação da primeira associação de familiares do país, que foi

chamada de Sosintra, sendo uma imponente protagonista em defesa da reforma psiquiátrica (Amarante, 2007).

No ano de 1989, ocorre a intervenção da prefeitura à Casa de Saúde Anchieta (Santos/SP), que contava com mais de 500 internos, levando ao fechamento do local e a substituição de profissionais da saúde para assistência aos pacientes. Além disso, o deputado Paulo Delgado (PT/MG) dá entrada no Congresso Nacional com o Projeto de Lei nº 3657 que propõe a regulamentação dos direitos do indivíduo com doença mental e a aniquilação dos hospícios. Porém, é somente no ano de 2001 que a Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216) é aprovada no país (De Mesquita, Novellino e Cavalcanti, 2010). Assim, tem início o fechamento de hospícios em todo país.

O processo da Reforma Psiquiátrica dividiu-se em duas fases: a primeira de 1978 a 1991 compreende uma crítica ao modelo hospitalocêntrico, enquanto a segunda, de 1992 aos dias atuais destaca-se pela implantação de uma rede de serviços extrahospitalares (De Mesquita, Novellino e Cavalcanti, 2010, p. 2)

Logo, projetos para substituição dos manicômios começam a ser levantados e trabalhados em todo o país. Na década de 1990, o Ministério da Saúde emitiu algumas portarias que prezavam ao tratamento adequado para pessoas que apre-

sentassem sofrimento psíquico (Amarante, 1995). Após anos de manifestações, em especial dos movimentos antimanicomiais, têm-se a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, sendo importante de ser citada pois este movimento reuniu áreas da cultura, economia, direitos humanos, assistência social, etc (Amarante, 2007).

O estigma acerca do indivíduo em sofrimento psíquico é algo que ainda percorre os dias atuais. Este é definido, de acordo com Moreira (2006, p. 2), como uma “diferença indesejada, um atributo pejorativo que implica na intolerância do grupo” e, seus efeitos podem fazer com que o indivíduo deixe de procurar pelos cuidados de saúde mental, retardando assim seu processo de recuperação. Além disso, a discriminação pode potenciali-

zar sentimentos de solidão, angústia e desencadear ansiedade, depressão, baixa autoestima, entre outros aspectos que podem diminuir a vontade da pessoa de investir em seu tratamento (Oliveira e Azevedo, 2014).

A esquizofrenia é considerada um dos problemas de saúde pública que exige muito investimento de tempo e disponibilidade de atenção por parte dos profissionais. Causa grande sofrimento tanto para a pessoa considerada doente quanto para a rede de apoio, além de promover, em muitos casos, o distanciamento entre os membros da família. A pessoa com esquizofrenia é dificilmente compreendida, o que causa medo e insegurança por parte daqueles que não conhecem o transtorno.

É necessário entender e propor intervenções a partir de

cada caso e grau do transtorno, principalmente nos primeiros surtos. Assim, é possível ajudar tanto o paciente quanto a rede familiar para que se possa ter uma boa convivência e principalmente fortalecer os laços entre a rede.

A pessoa com esquizofrenia sofre não só pelas consequências psicológicas e sociais da doença, mas também pelo estigma que esta possui (Giacon e Galera, 2006).

A palavra personalidade, do latim persona - que curiosamente eram as máscaras utilizadas nos teatros gregos para representar personagens – retrata as características que tornam um indivíduo único. Estas estão presentes ao longo da vida e reúnem aspectos cognitivos, temperamentais e de caráter. O transtorno de personalidade faz com que o indivíduo apresente padrões de

experiências ou comportamentos diferentes dos previstos socialmente, sendo assim, é esperado que este apresente desarmonia em pelo menos duas das áreas: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal e controle de impulsos (Louzã Neto e Elkis, 2007). Assim como na esquizofrenia, é preciso que se faça um acompanhamento detalhado do caso de cada pessoa em sofrimento, pois da mesma forma, o afastamento e a estranheza daqueles que não conhecem o transtorno afeta negativamente no tratamento.

Este trabalho tem como objetivo geral entender as particularidades da esquizofrenia e do transtorno de personalidade e, como objetivos específicos: discutir sobre os sintomas, o diagnóstico, as formas de tratamento e o cuidado e a assistência do in-

divíduo através de um estudo de caso de uma pessoa acompanhada no CAPS III de São Pedro, na cidade de Vitória, Espírito Santo.

### **Método**

As informações deste trabalho foram obtidas através da revisão narrativa, que de acordo com Rother (2007), é a análise de artigos, livros ou revistas já publicados. Além disso, relato minha experiência no campo de estágio, por 10 meses no Caps III São Pedro, trazendo vivências que me foram de grande aprendizado. Para a pesquisa bibliográfica foram usados como descritores as palavras-chave esquizofrenia, transtorno de personalidade, saúde pública, saúde mental e borderline.

### **Conhecendo o Caso – T.R.B**

Alguns dias depois do início do meu estágio no CAPS, me aproximei muito desta usuária do Caps. Tivemos muitas conversas e cada vez mais fui conhecendo sua história.

T. atualmente tem 29 anos, e, foi uma criança que nasceu antes de completar as 37 semanas de gestação, por isso, precisou passar por alguns procedimentos antes de sair do hospital. Durante sua infância, segundo informações de prontuário, teve um desenvolvimento considerado normal.

Durante sua adolescência, segundo T., ela era “perfeita”: trabalhava, estudava, aprendeu violino e dançava ballet, sendo que todos elogiavam a forma como ela fazia as coisas, sempre diziam que ela teria muito sucesso na vida. No ano de 2010, T. foi

vítima de violência sexual no dia de seu aniversário, aos 18 anos. Ela conta que resolveu assistir ao pôr-do-sol sozinha em cima de uma pedra de Vitória e, foi abordada por 1 homem, sendo forçada a ficar lá até que todos fossem embora. Após escurecer, outros 4 homens chegaram e, T. foi violentada.

Após este fato, T. relata que “perdeu tudo”: não conseguia mais trabalhar, estudar e até mesmo realizar as atividades cotidianas que tanto gostava. Além disso, começou a ter alucinações visuais e auditivas com seus abusadores, que segundo ela a filmaram no dia em questão; dificuldades para dormir e comer, pois via esperma na comida; episódios de automutilação, ideação suicida, ansiedade e sintomas depressivos. Sente-se sempre suja e vê a sujeira em si, acreditando



que caso se aproxime de alguém, contaminará a pessoa.

A usuária conta que vê 79 homens que sempre a acompanham e que fazem “jogos” com ela, como se fossem desafios, como por exemplo, queimar-se com o garfo quente ou colocar fogo na casa com toda a família dentro. Caso ela não faça nenhuma das duas sugestões, ela sofre uma “consequência”: ela deve deitar na cama e todos os homens a tocam. Quando ela está feliz, conta que os homens ficam pequenos e não conseguem fazer mal a ela pois ela não os escuta, mas, por outro lado, quando está se sentindo triste, eles ficam muito fortes. T. demonstra forte rejeição pelo sexo masculino, por isso, se sente ameaçada e amedrontada quando tem que estar junto a uma presença masculina, o que dificulta atendimentos com

médicos, psicólogos e etc.

T. relata que não conseguiu contar para a família sobre o abuso que sofreu, pois os pais frequentam a igreja evangélica e acreditam que se algo de ruim acontecer com ela, é porque ela está “afastada de Deus” e, segundo a usuária, eles não aceitam que ela tome os medicamentos, pois acreditam que a igreja é a cura. T. não permite que o CAPS faça contato com a família, pois relata que a mãe acha que o lá é “lugar de gente endemoniada”, logo, ela faria com que a usuária parasse de frequentar o serviço. Sobre os medicamentos, a usuária diz que eles não mudam nada, mas acredita que se parar de tomar ficará pior do que está.

Nos primeiros meses em que estive no serviço, os sintomas da usuária eram sempre estes. Depois, começaram a mu-

dar um pouco: surgiram 15 personalidades femininas, que com o tempo adquiriram a habilidade de “possuí-la”. Cada personalidade é descrita de uma forma, todas muito distintas e de idades completamente diferentes. T. relata que após o aparecimento das “meninas”, ficou mais fácil lidar com os homens, pois elas a protegem e não permitem que eles cheguem perto.

T. demonstra grande preocupação com todos que a rodeiam, sempre perguntando se está tudo bem e o que ela poderia fazer para que o dia daquela pessoa fique 100% bom. Porém, nunca responde se ela está bem. T. diz que não vai casar, não quer ter filhos e, não gosta de “beijar na boca” e “fazer coisa de adulto”. Para ela namorar alguém, não pode existir toque. Além disso, diz que nunca se relacio-

naria com um homem, mas, não vê problema se for uma mulher pois fica “encantada” com o feminino. Este caso é considerado o mais complicado do serviço, pois com frequência há novos sintomas que levam à reavaliação do diagnóstico constantemente, causando dificuldade em definir o diagnóstico da usuária.

### **A etiologia da Esquizofrenia**

De acordo com o DSM-IV (2002), este transtorno é uma perturbação com duração mínima de 6 meses. O paciente passa por, no mínimo, 1 mês de sintomas da fase ativa, apresentando 2 ou mais dos seguintes sintomas: delírio, alucinação, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico.

A esquizofrenia pode

ser dividida em subtipos I e II, ou positivo e negativo. A classificação de Crow (1980), como citado em Silva (2006), expõe que estas duas tipologias podem ser processos distintos, logo, os principais sintomas que ocorrem no tipo I (positivo) são alucinações e delírios. E, no tipo II (negativo), são a dificuldade de discurso, por apresentar pouco repertório linguístico e, o embotamento afetivo.

Sua incidência é de aproximadamente quatro casos novos por ano em uma população de 10.000 habitantes. Sabe-se que o início da doença ocorre mais cedo em homens do que em mulheres, além disso, o histórico familiar é decisivo para manifestação de distúrbios psicóticos. É raro que este transtorno ocorra antes da puberdade e também, após os 50 anos (Mari e Leitão,

2000).

De forma geral, a esquizofrenia se inicia nos homens por volta dos 18-25 anos e nas mulheres, 25-35 anos, visto que, essa diferença é diretamente proporcional ao diagnóstico utilizado. De acordo com (Chaves, 2000, p. 21), “no início da adolescência, a razão homem/mulher é 2:1. Após os 50 anos, essa proporção se inverte e aproximadamente 3% a 10% das mulheres iniciam a doença após os 45 anos”.

As causas desta patologia ainda não são bem definidas, porém, existem algumas teorias que procuram explicar de onde vem os sintomas. A Teoria Genética a propõe como uma desordem herediária, ou seja, caso exista um parente com esquizofrenia o fator de risco é mais significativo para que esta se desenvolva. Indivíduos que tem parentesco de

primeiro grau com pessoas que possuem esquizofrenia, possuem um risco muito maior de desenvolvê-la (Silva, 2006).

A Hipótese Dopaminérgica é baseada na alta concentração de Dopamina (DA) no cérebro. Logo, os estudos feitos mostram que algumas drogas tem capacidade de estimular a neurotransmissão da dopamina, como por exemplo, a anfetamina. Em doses altas, ela causa efeitos que possuem características muito parecidas com os sintomas da esquizofrenia em fase ativa. Sendo assim, é importante que o psiquiatra esteja atento a possibilidade do paciente ter ingerido anfetamina (Silva, 2006).

Sabe-se que essa droga atua nos terminais dopaminérgicos aumentando a liberação de DA, além de im-

pedir sua inativação na fenda sináptica, por inibir o mecanismo neuronal de recaptção existente na membrana pré-sináptica. Assim, é possível que os sintomas esquizofreniformes - grande agitação psicomotora, alucinações auditivas, e idéias delirantes do tipo persecutório - sejam devidos ao excesso de atividade dopaminérgica determinado pela anfetamina (Silva, 2006, p.268).

Tais sintomas podem ter melhorias consideráveis após o paciente ingerir neurolépticos bloqueadores dos receptores do-



paminérgicos, como a clopromazina e o haloperidol. Estudos sugerem que a ocorrência de eventos traumáticos durante gravidez ou durante o nascimento e má formação das estruturas cerebrais podem tornar o indivíduo mais suscetível ao desenvolvimento da esquizofrenia (Graeff, 1989 – 2004 citado em Silva, 2006).

Os sintomas da esquizofrenia podem surgir em qualquer período da vida, sendo mais comum durante a adolescência ou fase adulta. Algumas teorias sugerem que a forma como o paciente lida com a convivência familiar pode piorar ou amenizar os sintomas esquizofrênicos. As alucinações e os delírios são os aspectos mais comuns da esquizofrenia, além dos transtornos de pensamento e fala. Alucinações auditivas e táteis também são co-

muns nesta patologia (Pull, 2005 citado em Silva, 2006), como pode ser visto no caso de T.R.B. apresentado neste trabalho.

### **A etiologia do Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável**

A personalidade do indivíduo pode ser definida a partir de emoções, pensamentos e formas de agir diante da sociedade. De acordo com Mazer, Maceno e Juruena (2017), as características se associam a variantes individuais, interpessoais e sociais, como por exemplo a felicidade, a saúde (física ou psicológica), a espiritualidade e a identidade. Além disso, também são considerados importantes fatores como a qualidade das relações sociais, as escolhas, satisfações e desempenhos. A partir disso, podemos

conceituar que:

Um transtorno da personalidade é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo (American Psychol Association, 2014, p. 645).

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM-IV), temos a nomenclatura de Transtorno de Personalidade Borderline e, no

CID-10, esta patologia é denominada como Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável, tipo borderline (Buttes et al, 2003). A seguir têm-se a definição de Transtorno de Personalidade, mais atualizada, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (DSM-5):

Instabilidade dos relacionamentos interpessoais, da autoimagem e dos afetos e acentuada impulsividade, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos:

- 1) esforços frenéticos no sentido de evitar um abandono real ou imaginário;
- 2) Um padrão de

relacionamentos interpessoais instáveis e teorizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização;

3) Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e resistente da autoimagem ou do sentimento de Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa;

4) Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automul-tilante;

5) Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade

de do humor;

6) Sentimentos crônicos de vazio;

7) Raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva;

8) Ideação paranóide transitória e relacionada ao estresse ou graves sintomas dissociativos (DSM- 5, 2014 citado em Martins e Dota, 2017).

Para que seja definido o diagnóstico de Transtorno de Personalidade, de acordo com o DSM-5, é necessário que haja a presença de cinco ou mais sintomas desses listados acima. O padrão de comportamento também deve apresentar instabilidade, ser inflexível e se manifestar por longos períodos de tempo, além de

causar sofrimento ou comprometer a vida do indivíduo (Cailhol, Gicquel e Raynaud, 2020).

Não é incomum que pessoas com Transtorno de Personalidade possuam limitações quanto às emoções e comportamentos para lidar com o mundo. As respostas obtidas dessa interação podem causar sofrimento e prejuízos para o próprio indivíduo ou para outros. Pode-se definir três grupos de Transtorno de Personalidade: O primeiro abarca o tipo paranoide, esquizoide e esquizotípico; o segundo é composto pelos antissociais, histriônicos, narcisistas e borderlines; e, finalmente, o terceiro grupo traz as personalidades evitativas, dependentes e obsessivo-compulsivas (Mazer, Maceno e Juruena, 2017).

A noção de borderline constitui-se ini-

cialmente como uma entidade vaga e imprecisa, que compreende sintomas que se estendem desde o espectro “neurótico”, passando pelos “distúrbios de personalidade”, até o espectro “psicótico” (Dalgalarondo e Vilela, 1999, p. 53).

O Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável ou borderline, tem origem nos sintomas esquizofrênicos, pois foi muito associado a esta patologia. É somente no ano de 1980 que, no DSM-III, o quadro de sintomas borderline sai da visão da esquizofrenia para migrar para distúrbios da personalidade. Logo, a esquizofrenia latente ou borderline origina dois tipos de



distúrbios de personalidade: o distúrbio esquizotípico de personalidade e o distúrbio borderline de personalidade (Dalgalarondo e Vilela, 1999), sendo este último o que pode ter uma vivência no campo de estágio com o caso de T.R.B. A área comportamental é marcada pela instabilidade, com crises de autoagressão e automutilação, sentimentos instáveis e medo de abandono. Além disso, uma característica muito marcante é a dúvida acerca da autoimagem do indivíduo, seja sobre objetivos ou orientação sexual (Martins e Dota, 2017).

É comum que o indivíduo que possui sofrimento borderline esteja em relações que, por mais intensas que sejam, são instáveis. Logo, é provável que se encerrem de forma abrupta e muito sentimental, fazendo com que este se esforce de forma ex-

cessiva para não ser deixado de lado. Atos de autoagressão são esperados, assim como alterações na percepção da própria imagem, principalmente acerca de objetivos próprios e preferências sexuais. Sendo assim, pode-se dizer que os principais sintomas do transtorno de personalidade borderline são sentimentos de vazio, impulsividade, automutilação, tentativa de manipulação com o suicídio, episódios psicóticos com duração curta e, relações interpessoais pouco satisfatórias e muito conturbadas (Dalgalarondo e Vilela, 1999). No caso exposto acima, pode-se perceber alguns dos sintomas descritos no transtorno de personalidade borderline. Estes poucos sintomas causam dúvidas quanto a certeza do diagnóstico, principalmente pela mudança abrupta de ocorrência destes.

## Transtorno Factício

O Transtorno Factício Autoimposto ou Síndrome de Münchhausen, tem sua primeira aparição no ano de 1951 descrita pelo endocrinologista e hematologista Richard Asher. Sua descoberta surgiu da análise de indivíduos que criavam sintomas e determinadas doenças para que pudessem obter acompanhamento especializado. O nome deste transtorno traz uma homenagem ao Barão Karl Friedrich Hieronymus Freiherr von Münchhausen que é lembrado pelas histórias inéditas e fantasiosas que contava após retornar das batalhas contra os turcos otomanos, logo após se unir as forças armadas russas. O transtorno factício também é familiar aos nomes “dependência hospitalar”, “sín-

drome do paciente profissional”, “síndrome do vício hospitalar” e “síndrome de hopper hospitalar” (Pereira, Molina-Bastos, Gonçalves e Goulart, 2019).

Este transtorno se caracteriza pela produção intencional e consciente de sintomas e sinais por parte do paciente, para ter atenção da equipe médica pela hospitalização. Mesmo que esta situação ocorra de forma intencional, a motivação é desconhecida, inconsciente (Araújo, de Carvalho, Guarniero e Soares, 2007). Durante algumas conversas com profissionais que acompanham T., este transtorno me foi citado algumas vezes. Acredita-se que essa paciente se molda a cada diagnóstico dado, buscando estar sempre no centro das atenções.

Geralmente, estes pacientes possuem várias passagens

por diferentes médicos e principalmente, diversas internações por motivos muito semelhantes. São bem articulados e possuem conhecimento acerca das patologias que lhes são dadas, medicamentos utilizados e até mesmo seus efeitos colaterais. É possível que a vontade de obter carinho, aceitação e afeto, seja uma necessidade destes pacientes e, conseqüentemente, pode gerar uma relação de dependência com os médicos e outros profissionais de saúde. Talvez por não terem este tipo de relacionamento dentro de suas casas, buscam tê-lo com a equipe médica, fazendo assim uma substituição com os pais e criando uma necessidade de tratamentos de saúde (Aranha, de Carvalho, Guarniero e Soares, 2007).

Outra característica de pacientes com

esse transtorno é a relutância dos mesmos com a menor possibilidade de tratamento psicológico isolado com a alta hospitalar. Quando confrontados com essas possibilidades intensificam os sinais e sintomas apresentados. Se não conseguem controlar a situação podem procurarescapar, fugir do serviço (Aranha, de Carvalho, Guarniero e Soares, 2007, p. 17).

É comum encontrar pacientes com forte tendência a manipulação, além de serem muito sedutores. Analisando os meses que se passaram, percebo que du-

rante algumas conversas com T., me senti analisada. Parece que a usuária estuda todos a sua volta, para que possa conhecer o ambiente e assim, adaptar-se como um camaleão.

### **O auxílio do CAPS à pessoa em sofrimento psíquico**

Os CAPS se dividem de acordo com as particularidades observadas no atendimento dos pacientes e o número populacional do município ou região, sendo os serviços ofertados: CAPSij, que é especializado em atendimento para crianças e adolescentes; CAPS/AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas), que cuida de indivíduos em uso prejudicial de álcool e outras drogas; CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial, que atende em municípios com população

entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial, que possui condições de atendimento para municípios com população entre 70.000 e 150.000 habitantes e, finalmente, o CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial, atendendo em municípios com população acima de 150.000 habitantes. Todos trabalham na modalidade de atenção diária, estando de portas abertas para aqueles que necessitarem (Brasil, 2009; Silveira, Vargas, Reis e Silva, 2011). A portaria 3.088/ 2011, que define a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, da qual os CAPS fazem parte, foi reformulada em 2013. Todos os Centros de Atenção Psicossocial, independente do público, visam evitar a internação e principalmente, promover a inserção social.

É importante frizar que

as atividades que ocorrem dentro dos CAPS são necessárias na construção de vínculos entre familiares e principalmente na quebra de estigmas sociais. (Moll e Saeki, 2009). Pude ver em alguns meses de estágio que a participação da rede de apoio no acompanhamento do usuário que frequenta os serviços é de extrema importância, pois este sente-se acolhido, importante e amado. Porém, este não era o cenário visto tempos atrás.

O afastamento da família durante o período de internamento, ou seja, quando os asilos/manicômios eram a única forma de tratamento conhecida no Brasil, foi muito forte até 1980. Neste período, a família só poderia visitar o paciente quando a instituição permitia ou, quando estes já apresentavam melhoras (Moreno e Alencastre, 2003). Após muitos

anos de estudo acerca da importância da participação da família no processo de cuidado da pessoa em sofrimento psíquico, o cenário mudou: é esperado que a rede de apoio esteja disponível e disposta a acompanhar todo o tratamento. Além disso, é importante frisar que os familiares também necessitam de atendimento por parte da equipe de saúde.

O cuidado passa a ter como premissa a defesa da vida e a percepção dos usuários como cidadãos pertencentes à comunidade. Os tratamentos ofertados pelo CAPS visam a integração e reintegração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social, com o propó-

sito de colaborar para a reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental. Para tanto, é necessário considerar as conexões que envolvem o sujeito buscando entendê-las como produtoras de vida (Ferreira et al., 2017 citado em Leite, dos Santos e Veloso, 2021, p. 6).

O adoecimento é considerado social, pois o a pessoa não vivencia a doença de forma individual. Esse processo acaba por envolver todos da família, fazendo com que os impactos sentidos pelo usuário do serviço atinjam a estrutura familiar (Martins e Dota, 2017). Os CAPS possuem grande importância no cenário

da saúde pública, pois a diversidade de profissionais presentes neste serviço traz propostas inovadoras e que aumentam as chances de sucesso na resposta ao tratamento dos usuários. Tive a oportunidade de participar de atividades de pintura, desenho, criação de artes com papelão e até mesmo um show de talentos, onde cada um mostrava o que sabia fazer de melhor: tivemos apresentações de poesia, violino, canto, etc.

A arte é um instrumento de expressão, comunicação e também de linguagem. É uma energia mútua entre quem cria e o que é criado, tendo a capacidade de expor o que é não-exprimível e, simultaneamente, refletir uma necessi-

dade de modificação pessoal. É capaz de guiar o desenvolvimento da criatividade, expandindo e multiplicando as necessidades do ser humano (Negreiros e Gonçalves, 2019, p. 19).

É indiscutível o quão forte é a minimização do estigma que os transtornos mentais carregam quando se está inserido dentro destes espaços e como ela é natural do ser humano, afinal, o desconhecido é amedrontador.

Os CAPS são entendidos como um dos locais onde a liberdade de expressão de todos os indivíduos, ou seja, a vida nas suas mais diversas formas de existir, não é vista como ameaça. Não se reduz a um lugar que

determina a vida, mas sim que a movimenta e constrói. Estes locais são espaços de criatividade, reconstrução da história de vida, aprendizado de saberes e práticas, pois buscam substituir a exclusão e a disciplina por um tratamento que acolha e dê ao sujeito uma chance de criar uma ponte com a sociedade (Leite, dos Santos e Veloso, 2021).

A relação que o indivíduo constrói com todos dentro do serviço de saúde, sejam profissionais de saúde ou até mesmo outros usuários, é fundamental para que este se expresse e crie uma relação de confiança. Assim, as chances de abandono ao tratamento diminuem e a pessoa em sofrimento psíquico se sente valorizada pelo serviço (Leite, dos Santos e Veloso, 2021).

### **Tratamentos**



## Esquizofrenia

Até meados dos anos 50, as alternativas de tratamento aos pacientes esquizofrênicos eram muito limitadas, logo, a solução era confinar e segregar estes indivíduos em asilos e hospitais. Apesar da utilização dos antipsicóticos em excesso ser um assunto criticado nos dias atuais, é fato que estes foram importantes na história da saúde mental. Infelizmente, estes medicamentos apenas reduzem a intensidade de crises psicóticas agudas, logo, não são capazes de proporcionar a cura. São eficazes no tratamento dos sintomas positivos da esquizofrenia, mas questionáveis quanto aos efeitos negativos (Silva, 2006).

Os efeitos colaterais são a causa mais frequente de reclamação por parte dos pacientes.

Devido a participação da via dopaminérgica nigroestriatal na regulação da atividade motora e o bloqueio dos receptores dopaminérgicos estriatais, os antipsicóticos acabam por produzir alguns efeitos adversos como: tremores, espasmos, acatisia, entre outros sintomas. Os neurolépticos também podem afetar o sistema nervoso autônomo (SNA), fazendo com que ocorram sintomas como secura da boca e da pele, midríase e dificuldade de acomodação visual, taquicardia, constipação intestinal e retenção urinária (Silva, 2006). Apesar de o uso destes serem fundamentais para a medicina e psiquiatria tradicionais, para o tratamento da esquizofrenia, os efeitos colaterais podem ser tão intensos quanto os próprios sintomas do transtorno.

Além do tratamento com medicamentos, a utilização



da terapia é de extrema importância para o indivíduo esquizofrênico. De acordo com Silva (2006), a abordagem terapêutica tem como objetivo a reabilitação social. É a partir dela que o paciente conseguirá desenvolver e treinar habilidades que reduzam os sintomas positivos e evitem que este tenha recaídas psicóticas. Assim, o paciente conseguirá viver melhor em seu ambiente e criar formas de combate aos eventos estressores. E, caso exista uma proximidade da rede de apoio, as chances de sucesso aumentam significativamente.

### **Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável**

Assim como na esquizofrenia, o Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável pode ser suavizado com a psico-

terapia individual, que a longo prazo pode ser eficaz mesmo que a chance desta ser interrompida abruptamente seja alta. A psicoterapia de curto prazo pode ser útil para amenizar crises momentâneas e principalmente para trazer uma forma de introduzir a psicoterapia de longo prazo. A terapia individual deve vir acompanhada de outros tratamentos. É comum que o indivíduo em sofrimento borderline seja familiarizado a internações (Buttes et al, 2003).

O tratamento farmacológico geralmente tem como foco controlar as manifestações sintomáticas da pessoa, buscando diminuir a impulsividade, agressividade e estabilizar o humor (Buttes et al, 2003). Os medicamentos mais utilizados para pessoas em sofrimento borderline são os antipsicóticos atípicos,

que buscam melhorar comportamentos e sintomas cognitivos – impulsos agressivos, afetivos e cognitivos (CARVALHO, 2004 citado em Martins e Dota, 2017).

Os benzodiazepínicos, apesar de apresentarem um risco considerável de dependência, podem ser usados em situações específicas, porém, devem ser ministrados com cuidado (Associação Americana de Psiquiatria, 2001). Como já dito, os antipsicóticos ministrados a curto prazo podem apresentar efeitos benéficos sobre os sintomas cognitivo-perceptuais, raiva e labilidade do humor (Cailhol, Gicquel e Raynaud, 2020).

### Considerações Finais

O caso apresentado neste trabalho trouxe muitas dúvidas enquanto estagiei no CAPS. O

diagnóstico da pessoa em questão acabou por ser modificado pela aparição de novos sintomas e diminuição de frequência de outros. Apesar destas duas patologias serem muito distintas, seus sintomas podem ser confundidos e, conseqüentemente, atrapalhar a definição de um diagnóstico definitivo.

Sabe-se que o uso de medicamentos é normalmente defendido pelos psiquiatras, apesar de nem sempre ela ser eficaz. No caso de T.R.B, ela se queixa de não perceber diferenças significativas no uso de medicamentos, mas diz que gosta de conversar e expor o que sente, pois isso a faz se sentir melhor. Podemos concluir que um tratamento eficaz reúne várias áreas da saúde.

O uso de medicamento é necessário em alguns casos, porém, deve ser administrado com

muito cuidado, tanto pelo médico que define as dosagens quanto pela pessoa em sofrimento. A terapia necessita ser um complemento no tratamento, seja individual ou em grupo, com animais, pinturas, esculturas, dança, canto e etc.

O trabalho que visa saúde mental necessita da reinvenção diária por parte de todo o público envolvido: trabalhadores, gestores, psicólogos, psiquiatras até mesmo o cobrador do ônibus que o indivíduo em sofrimento costuma pegar. A transformação não vem apenas do usuário, mas sim do coletivo. É preciso tecer uma linguagem que possibilite ao usuário empoderar-se, além de aumentar a nossa capacidade empática e ativar nossos próprios afetos (Tassi, 2019).

A empatia é uma base para sustentar o cuidado. Não

é preciso dar tanta importância para a racionalidade, logo, as afinidades, os afetos, a relação do sujeito com seu ambiente natural ou comunitário, o socializar-se com o outro, consigo mesmo e com o mundo é o que trás a sensação de estar vivo. A inquietude é resistência dentro de espaços de saúde (Tassi, 2019).

### Referências

Amarante, Paulo. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11, 491-494.

Amarante, Paulo. (2007). Saúde mental e atenção psicossocial. SciELO-Editora FIOCRUZ.

American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Diagnóstico

manual e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora.

American Psychiatric Association (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Psychiatry on Line.

Aranha, Gustavo Fábio et al. (2007). Transtorno factício: um desafio para as diversasespecialidades. Revista de Medicina, 86(1), 14-19.

BRASIL. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Buttes, Vanessa et al. (2003). Programa de abordagem interdisciplinar no tratamento do transtor-

no de personalidade borderline: relato da experiência no ambulatório Melanie Klein do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Cailhol, Lionel et al. (2020). TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE EM ADOLESCENTES. Ed: Mafalda Marques.

Chaves, A. C. (2000). Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. Revista Brasileira de Psiquiatria, 22 (1), 21-22. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500008>

Dalgalarrondo, Paulo e Vilela, Wolgrand Alves. (1999). Transtorno borderline: história e atualidade. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 2, 52-71.

DE MESQUITA, José Ferreira et al. (2010). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da Saúde Mental. *Abepo*, 1, 9.

DSM-IV. (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtorno mental. Trad. Cláudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artmed.

FOUCAULT, MICHEL. (2006). A loucura só existe em uma sociedade. In: M. Foucault. *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Coleção Ditos e escritos I, org. e seleção de textos Manoel Barros da Motta, (2º Ed.), (pp. 162-164). Rio de Janeiro: Forense universitária.

Foucault, Michel. (2008). *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.

Giacon, Bianca Cristina Ciconne e Galera, Sueli Aparecida Frari. (2006). Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(2), 286-291. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000200019>

Leite, Lara Priscila Lemos, et al. (2021). As ações de enfermagem voltadas a permanência do paciente esquizofrênico vinculado ao Centro de Atenção Psicossocial CAPS. *Research, Society and Development*, 10(6), e13010615717-e13010615717.

LOPES, Maria Helena Itaquí. (2010). *Pesquisa em hospitais psiquiátricos*. Porto Alegre. [documento na Internet]. [acessado 2011 fev 10].

- Louzã Neto, Mario Rodrigues e Elkis, Helio. (2007). Psiquiatria básica. In Psiquiatria básica, 2 ed (p. 712-712).
- Mari, J. J. e Leitão, R J. (2000). A epidemiologia da esquizofrenia. Revista Brasileira de Psiquiatria , 22 (1), 15-17. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000500006>
- Mazer, Angela et al. (2017). Transtornos da personalidade. Medicina, 50(1), 85-97. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127542>.
- Moll, Marcia Fernandes e Saeki, Toyoko. (2009). A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicossocial. Revistalatino-americana de enfermagem, 17(6).
- Moreira, Virginia. (2006). Estigma: minha doença é invisível. In Congresso Internacional De Psicopatologia Fundamental (Vol. 2).
- Moreno, Vania e Alencastre e Marcia Bucchi. (2003). A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 37, 43- 50./
- Negreiros, Anne Karolynne Santos de Negreiros. e Gonçalves, Chirlaine Cristine. (2019). Poesia popular: Ferramenta de inclusão na saúde mental.
- OLIVEIRA, Ana Rita Fernandes e AZEVEDO, Sonia Meira. Estigma na doença mental: estudo observacional. Revista Portuguesa de Medicina Geral

e Familiar, [S. l.], v. 30, n. 4, p. 227–34, 2014. DOI: 10.32385/rpmgf.v30i4.11347. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11347>. Acesso em: 15 mar. 2022.

Pereira, Aline Vianna et al. (2019). Transtorno Factício e a Equipe Interdisciplinar: identificação de sinais e fatores de risco. In CoDAS (Vol. 31, No. 1). Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.

Providello, Guilherme Gonzaga Duarte e Yasui, Silvio. (2013). A loucura em Foucault: arte e loucura loucura e desrazão. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. Rio de Janeiro, 20(4), p. 1515 – 1529.

Rother, Edna Terezinha. (2007).

Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta paulista de enfermagem, 20(2), v-vi.

Silva, Regina Claudia Barbosa da Silva. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. Psicologia Usp, 17, 263-285.

Silveira, Monica Silveira, et al. (2011). Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. Cadernos Saúde Coletiva, 19(1).

Tassi, Daniela Hauch. (2019). Versos, cuidado e produção de vida: uma autoetnografia poética em saúde mental coletiva.